

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

PARTE I – Políticas sociales, cuidados y atención a la dependencia

alimara

Innovació i Metodologia en Afers Socials

COL·LECCIÓ ACTES 1/2023

Colección Actas 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social
Palma, 25, 26 y 27 de octubre de 2023

Edita:

Consell de Mallorca
Departament de Benestar Social

Col·laboració:

REPS
Universitat de les Illes Balears

Equip editor:

Secció de Programes Transversals (Servei de
Planificació i Documentació, IMAS)

Observatori de les Illes Balears (OSIB)

Portada:

Fotografia: Francesc Serra

Edició electrònica:

www.revistaalimara.net

ISSN:

2659-5273

Adreça:

General Riera, 67. 07010 Palma
Tel. 971 760 762



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de
Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| AVANZANDO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE ACCESIBILIDAD COGNITIVA Y PERSONAS MAYORES: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO | 8 |
| EL RETO DE DISEÑAR POLÍTICAS SOCIALES PARA LA PLENA RE-INCORPORACIÓN DE LOS MAYORES A LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS TRAS LA PANDEMIA | 24 |
| MANIFESTACIONES DE EDADISMO EN LAS POLÍTICAS DE EMPLEO | 31 |
| AVANCES Y CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN RESIDENCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES | 38 |
| DIAGNÓSTICO PREVIO DEL PLAN JAÉN, CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES: PRINCIPALES RESULTADOS | 45 |
| EL RETO DE DEFENDER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. ESTUDIO RIDPA, EL CASO PORTUGUÉS | 53 |
| PERSONAS MIGRANTES ENVEJECIDAS EN ESPAÑA: UNA REALIDAD CARACTERIZADA POR LA DOBLE VULNERABILIDAD | 60 |
| ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA, INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE GARANTÍA AL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN | 67 |
| CIUDADES AMIGABLES: POLÍTICAS DE ACCESIBILIDAD COMO GARANTÍA DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES | 75 |
| LOS DETERMINANTES INDIVIDUALES DE LA PROLONGACIÓN DE LA VIDA LABORAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA | 81 |
| EL MALTRACTAMENT A LES PERSONES GRANS DES D'UNA MIRADA PREVENTIVA I COMUNITÀRIA: TAULA COMARCAL MALTRACTAMENTS A LES PERSONES GRANS | 87 |
| UN ESPEJO MÁGICO PARA EL CUIDADO | 94 |
| PLANIFICACIÓN SOCIAL EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO | 99 |
| www.revistaalimara.net | 3 |

| | |
|--|-----|
| ALCANCES, LIMITACIONES, RETOS Y ELEMENTOS DIFERENCIADORES DE LA POLÍTICA DE EDUCACIÓN 0-3 EN ANDALUCÍA | 106 |
| ¿QUÉ POLÍTICAS SOCIALES DEBEMOS ARTICULAR PARA PROTEGER EL BIENESTAR DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL ESCENARIO (POS)PANDÉMICO? LA PERSPECTIVA DE LAS/OS EXPERTAS/OS | 9 |
| ACCEDER A LA UNIVERSIDAD: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON JÓVENES EN DESVENTAJA SOCIAL | 19 |
| COLLABORATIVE PROCESSES TO CREATE COMMON SPACES: ‘CHILDREN’S CLUB’ SMOOTH PROJECT | 23 |
| EVALUAR PARA APRENDER Y MEJORAR. LOS GOBIERNOS LOCALES Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL ANTE EL SISTEMA DE INDICADORES DE UNICEF | 38 |
| TRANSICIONES DE PRIMARIA A SECUNDARIA: HACIENDO CONFLUIR LA MIRADA DEL ALUMNADO Y LA ADMINISTRACIÓN | 46 |
| LA PANDEMIA PARALELA: SALUD MENTAL Y SUICIDIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA | 53 |
| LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS RADIOS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS | 62 |
| PSIQUIATRIZACIÓN Y CUERDISMO: LAS VOCES EN PRIMERA PERSONA EN EL ESTADO ESPAÑOL | 69 |
| EL DISEÑO DE POLÍTICAS SOCIALES INCLUSIVAS EN EL ÁMBITO MUNICIPAL | 76 |
| NORMOPASABILIDAD, DESHUMANIZACIÓN Y AUTOSUFICIENCIA: UN ANÁLISIS DE LOS IMAGINARIOS Y LAS REPRESENTACIONES EN EL DISCURSO SOCIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD | 83 |
| LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN LAS UNIVERSIDADES DE JAÉN Y GRANADA: MICROAGRESIONES CAPACITISTAS EN EL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD | 88 |
| DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL: RETOS PENDIENTES | 96 |
| LA TECNOLOGÍA COMO MEDIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN ESTUDIANTADO UNIVERSITARIO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL | 106 |
| ¿LOS CENTROS EDUCATIVOS ORDINARIOS FAVORECEN LA INCLUSIÓN DEL ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES? UNA APROXIMACIÓN PRELIMINAR A PARTIR DE LAS VISIONES DE LAS FAMILIAS DEL ALUMNADO | 111 |
| CUERPOS NO NORMATIVOS, TECNOCUIDADOS Y SEXUALIDADES CAPACITISTAS | 118 |

| | |
|---|-----|
| DESGRANANDO EL DIS/CAPACITISMO: HACIA UNAS POLÍTICAS DE CUIDADO CRÍTICAS E INTERSECCIONALES | 124 |
| EL CAPACITISMO NEOLIBERAL: LA INSTITUCIÓN NORMATIVA DE LA FLEXIBILIDAD | 130 |
| NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA RECONFIGURACIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS EN ESPAÑA Y LA UNIÓN EUROPEA. CONTRIBUCIONES PARA AFRONTAR EL RETO DESDE EL TRABAJO SOCIAL | 135 |
| DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA CIUDAD DE BARCELONA | 144 |
| MÁS FORMADAS, PERO MÁS PRECARIAS: LA PROFESIONALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES | 152 |
| REPENSAR LA MATERNITAT, EL TREBALL I LES CURES: UN ESTUDI DE CAS DE DONES JOVES FEMINISTES | 159 |
| LA INCORPORACIÓN DE LOS HOMBRES AL TRABAJO DE CUIDADOS REMUNERADO: RETOS Y OPORTUNIDADES | 164 |
| CAMBIOS, CONTINUIDADES Y RESISTENCIAS EN LOS IMAGINARIOS SOBRE LOS TIEMPOS Y LOS TRABAJOS | 171 |
| GÈNERE, TREBALLS DE CURA I PANDÈMIA | 177 |
| ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADO DENTRO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y SUS PROFESIONALES | 182 |
| LAS TRANSFORMACIONES RECIENTES DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS GALLEGO | 190 |
| ¿REVOLUCIÓN INCOMPLETA? ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO REPRODUCTIVO EN LAS PAREJAS CONVIVIENTES EN ANDALUCÍA | 199 |
| EL IMPACTO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DEL DESARROLLO | 207 |
| LAS Y LOS JÓVENES ANTE LOS CUIDADOS: VALOR ASIGNADO Y RELEVANCIA DE LAS FIGURAS QUE LOS PRESTAN | 214 |
| LA GOBERNANZA DE LOS CUIDADOS: OPORTUNIDADES Y RESPONSABILIDADES EN CONTEXTOS DE GOBERNANZA MULTINIVEL | 222 |
| RASTREANDO INNOVACIONES EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: UN ANÁLISIS DEL PROCESO DE DIFUSIÓN Y ADOPCIÓN DE BUURTZORG EN CATALUÑA Y DINAMARCA | 231 |

| | |
|---|-----|
| EL PAPEL DE LA PARRESÍA DIGITAL EN LOS TECNOCUIDADOS: DISCAPACIDAD Y REDES DE AYUDA EN LÍNEA | 239 |
| APROXIMACIÓ QUALITATIVA A LES CONSEQÜÈNCIES DE LA COVID-19 EN LA CONFIGURACIÓ DE LES CURES NO REMUNERADES A L'ESTAT ESPANYOL | 246 |
| CARE AND MINIMUM INCOME POLICIES: BETWEEN SOCIAL RIGHTS AND SOCIAL MONETARY BENEFITS | 252 |
| INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: DESDE UNA EXPERIENCIA PILOTO A UNA COMUNIDAD DE APRENDIZAJE COLABORATIVA | 272 |
| METODOLOGÍAS GRUPALES EN LOS PROGRAMAS DE TRABAJO Y FORMACIÓN. LA PERTENENCIA COMO PRIMER PASO PARA LA INCLUSIÓN SOCIOLABORAL | 279 |
| POLÍTICAS ACTIVAS DE EMPLEO Y PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (LANBIDE) | 286 |
| LA INCLUSIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESDE LA EXPERIENCIA DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO SALUD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN | 295 |
| EL PROGRAMA DE EMPLEO Y FORMACIÓN PROFESIONAL DE FAISEM. EL MODELO DE INCLUSIÓN LABORAL APLICADO EN ANDALUCÍA | 304 |
| EMPLEO, EMPLEABILIDAD, SALUD MENTAL Y BIENESTAR EMOCIONAL. VISIONES ALTERNATIVAS DESDE UNA NUEVA ESTRATEGIA | 314 |
| LA EXPERIENCIA DE LA ESTRATEGIA IPS PARA LA INTEGRACIÓN DEL EMPLEO ORDINARIO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE | 321 |
| EMPRESA SOCIAL: UNA SERRERÍA QUE TODO LO CURA | 332 |
| FAISEM-EMPLEO, 22 AÑOS DE HISTORIA: DE LA 'ENDOGAMIA' INICIAL NECESARIA CON SU EMPRESA SOCIAL A LA 'POLIGAMIA' ACTUAL DEL MERCADO LABORAL ABIERTO | 340 |
| ABORDAJE PSICOSOCIAL A PERSONAS CON UN PRIMER BROTE PSICÓTICO DESDE FAISEM | 346 |
| 18 AÑOS GESTIONANDO PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN LABORAL PARA TGM EN EXTREMADURA. FUNDACIÓN SORAPÁN DE RIEROS | 354 |
| EXPERIÈNCIA D'ACOMPANYAMENT INTEGRAL DE PERSONES EN RISC D'EXCLUSIÓ DES D'UN ENFOCAMENT ECO-SOCIAL: EL MODEL DEIXALLES (ILLES BALEARS) | 362 |
| ITINERARIOS DE EMPLEO PERSONALIZADO EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO EN HOGAR SÍ | 369 |

**LA FORMACIÓN PROFESIONAL DUAL DE GRADO SUPERIOR EN ANDALUCÍA, ¿SOLUCIÓN
CONTRA EL DESEMPLEO JUVENIL?**

375

**EMPLEO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA DE LA EVIDENCIA EN ESPAÑA**

381



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Avanzando en el conocimiento sobre accesibilidad cognitiva y personas mayores: análisis bibliométrico

El envejecimiento de la población: los retos (ignorados) para las políticas de bienestar

David, Ruiz-Ortega, Universidad de Jaén; (dro00012@red.ujaen.es)
Marta, García-Domingo, Universidad de Jaén; (mgdoming@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La accesibilidad cognitiva, como variante de la accesibilidad universal, permite la fácil comprensión, comunicación e interacción para todas las personas, utilizando lectura fácil, sistemas alternativos, pictogramas y otros apoyos humanos y tecnológicos (BOE, 2022). Es útil y beneficiosa para la población en general y, especialmente, necesaria para grupos vulnerables, como personas mayores con deterioro cognitivo, discapacidad intelectual y migrantes con otra lengua materna, entre otros.

En este sentido, no es de extrañar que, en 2022, la Ley 6/2022, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, con el fin de suplir el déficit normativo sobre deficiencia cognitiva, incorporase la accesibilidad cognitiva como variante de la accesibilidad universal. Establece, asimismo, que el II Plan de Accesibilidad contendrá, transversalmente, los aspectos referidos a la accesibilidad cognitiva, promoviendo su conocimiento, difusión y aplicación

Para dar respuesta al necesario avanzar en el conocimiento científico en la materia, se plantea este estudio con el objeto de: (a) realizar un análisis bibliométrico de la producción científica en accesibilidad cognitiva web; y (b) analizar el impacto de la accesibilidad cognitiva en personas mayores y su contribución a la reducción de la brecha digital.

Palabras clave

Accesibilidad cognitiva, usabilidad, personas mayores, sitios web, brecha digital

1 Introducción/descripción general

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades (Arabany et al., 2018). Sin embargo, existe una brecha entre quienes tienen acceso a ellas y quienes no, esto se conoce como la brecha digital (De Benito-Castanedo, 2017).

Dada la importancia que ha adquirido la brecha digital como consecuencia de su impacto social y la proliferación de las TIC, los estudios la han clasificado en tres niveles: (1) la brecha digital de primer nivel o brecha de acceso, (2) la brecha digital de segundo nivel brecha digital o brecha de habilidades y (3) la brecha digital de tercer nivel o brecha de beneficios (López- Meneses et al., 2020). Cada nivel aborda el papel del individuo y el de la tecnología de una manera particular que determina el tipo de estrategias a implementar para cerrar esta brecha (Peña et al., 2017).

La brecha digital de segundo nivel se refiere a las disparidades en las habilidades y competencias requeridas para analizar información, generar contenidos y mejorar la comunicación a través de la tecnología, lo que subraya la necesidad de desarrollar procesos de alfabetización digital (Joshi et al., 2020).

Al igual que hay niveles, también se habla de tipos de brecha digital según el grupo de población al que se refiera. Los estudios distinguen diferentes grupos de población vulnerable: personas mayores, personas con discapacidad, habitantes de zonas rurales, entre otros (Gutiérrez-Provecho, et al., 2021).

Las personas mayores no suelen estar digitalmente alfabetizadas y, por lo tanto, desconectadas de estos medios (Ma, 2020). Algunos autores han denominado a la brecha digital de las personas mayores “brecha digital gris”, y consideran otros factores básicos, como el género, la educación, y otros más específicos, como la disminución de la capacidad cognitiva que acompaña a la edad y el nivel de exposición a la tecnología (Huxhold et al., 2020).

Junto a la brecha digital, existe otro concepto, la inclusión digital, que se refiere a las iniciativas y esfuerzos realizados para cerrar dicha brecha (Vega y Rodríguez, 2008). Un claro ejemplo de inclusión digital es aplicar la accesibilidad cognitiva a espacios digitales. La accesibilidad cognitiva se define como una variante de la accesibilidad universal, que permite la fácil comprensión, la comunicación e interacción a todas las personas, haciéndose efectiva a través de la lectura fácil, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos disponibles para tal fin (BOE, 2022). La accesibilidad cognitiva resulta útil, necesaria y beneficiosa para el conjunto de la población, siendo a su vez necesaria para grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, entre los que destacan las personas mayores.

En esta línea, la accesibilidad cognitiva aplicada a los sistemas y servicios digitales y, concretamente, la accesibilidad de los espacios web son estrategias aliadas frente al reto de facilitar y mejorar la comunicación y participación de todas las personas en la “sociedad red” (Miesenberger et al., 2019). Tal y como se afirma en la iniciativa de accesibilidad web del World Wide Web Consortium (W3C); la web ha pasado a convertirse cada vez en mayor medida en un espacio central para muchos aspectos de la vida, como pueden ser la educación, el empleo, la salud, el comercio, el ocio, las interacciones sociales, entre otros (W3C, 2018).

Para dar respuesta al necesario avanzar en el conocimiento científico en la materia, se plantea la presente comunicación con el objeto de: (a) realizar un análisis bibliométrico de la producción científica en accesibilidad cognitiva web; y (b) analizar el impacto de la accesibilidad cognitiva en personas mayores y su contribución a la reducción de la brecha digital.

2 Metodología

Los análisis bibliométricos han cobrado relevancia en la construcción del conocimiento porque permiten conocer los avances en un determinado campo de estudio, e identificar tendencias, oportunidades y posibles brechas de conocimiento (Subirana et al., 2002).

2.1 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se ha llevado a cabo durante el mes de agosto de 2023 utilizando la base de datos electrónica Scopus. Scopus es una de las bases de datos más ampliamente utilizadas en casi todas las disciplinas científicas (AlRyalat et al., 2019). Además, esta base de datos es ampliamente utilizada en análisis bibliométricos (Sweileh, 2021).

Las búsquedas bibliográficas se realizaron utilizando cadenas de búsquedas por medio de los operadores booleanos AND/OR, combinando las siguientes palabras clave y sinónimos de estas: “accessibility”, “usability”, “web”, “elder” y “digital divide”. La Tabla 1 refleja la estrategia de búsqueda bibliográfica completa.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

| Base de datos | Estrategia de búsqueda |
|---------------|---|
| Scopus | TITLE-ABS-KEY ("accessibility" OR "usability") AND TITLE-ABS-KEY (web* OR digital* OR ict* OR "mobile") AND TITLE-ABS-KEY (senior* OR old* OR elder*) AND TITLE-ABS-KEY ("digital divide"OR "older adults" OR "seniors" OR "aging population") |

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la realización del análisis bibliométrico se aplicaron las siguientes consideraciones y criterios de inclusión:

(1) Investigaciones primarias y revisiones;

(2) Los artículos no se filtraron según el idioma o la disponibilidad de texto completo gratuito; (3) Análisis de las funciones de la accesibilidad cognitiva web en la reducción de la brecha digital de las personas mayores.

De igual forma, se establecieron criterios de exclusión, que fueron los siguientes: (1) Otros tipos de documentos (documentos de conferencias, libros, capítulos de libros, cartas editoriales, etc.); (2) Investigaciones que no proporcionaban datos sobre el fenómeno de estudio. Así mismo, las variables de autor, institución, país y palabras clave no se filtraron, ya que se utilizaron para generar los indicadores bibliométricos.

2.3 Análisis de datos

Todos los datos bibliográficos se extrajeron de la base de datos Scopus y se exportaron al software en formato de archivo "CSV". Las técnicas y software bibliométricos utilizados para evaluar la investigación fueron los siguientes: análisis de autor; análisis de países; y análisis de revistas. Programa: VOSviewer versión

1.6.19. Estas herramientas y técnicas permitieron llevar a cabo un análisis exhaustivo de la investigación en accesibilidad web en personas mayores y proporcionaron información valiosa sobre las tendencias de investigación y los enfoques clave en el campo.

3 Resultados

3.1 Resultados de la búsqueda bibliográfica

De la búsqueda inicial se recuperaron un total de 219 documentos de la base de datos Scopus. Posteriormente, y para evitar sesgos, realizamos una revisión por pares ciega de los títulos y resúmenes. Sin embargo, ningún estudio fue eliminado en función del tema, ya que todos estaban relacionados con la brecha digital en personas mayores y la accesibilidad web. Luego, los estudios se filtraron según el tipo de documento. Durante esta fase, se eliminaron 92 documentos, es decir, todos los artículos de conferencia (32%), capítulos de libros (5.5%), libros (0.5%), revisiones de conferencias (3.2%), notas (0.9%) y cartas (0.30%). En total, se incluyeron 127 estudios en el análisis bibliométrico.

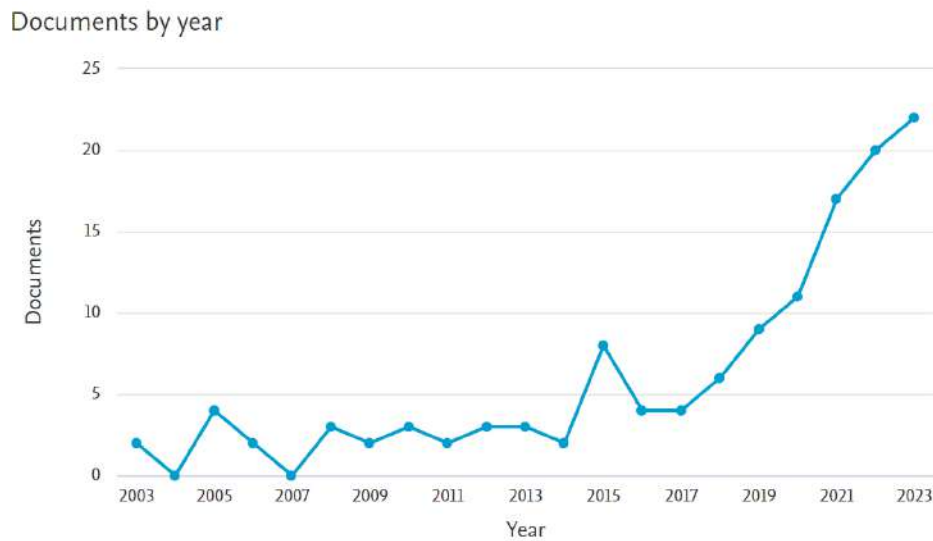


Figura 1. Total de estudios publicados entre los años 2003-2023

3.2 Resultados por tipo de publicación y tendencias

Se incluyeron un total de 127 estudios en el análisis bibliométrico, de los cuales 120 eran artículos originales (54.8%) y 7 eran artículos de revisión (3.2%). Nuestro análisis muestra cómo el volumen de investigación en brecha digital en mayores ha aumentado progresivamente en los últimos 20 años, pasando de 2 artículos en 2003 a 20 en 2022 (2023 no se consideró ya que aún estaba en curso en el momento de la búsqueda).

A partir de 2016 se tomaron medidas a nivel europeo para regular la accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles de los organismos del sector público. La Directiva 2016/2102 incluye pautas que pretenden armonizar las diferentes normas existentes en materia de reducción de barreras en los servicios digitales para hacerlos "perceptibles, operables, comprensibles y sólidos" a la ciudadanía. Estas directrices han servido de base y guía para numerosos estudios posteriores.

3.3 Análisis de países

Autores de 15 países han publicado investigaciones sobre accesibilidad y usabilidad web para reducir la brecha digital de personas mayores. Los 10 países más productivos, en orden, han sido Estados Unidos (n = 28 estudios; 22.04%), el Reino Unido (n = 20; 15.74%), España (n = 16; 12.59%), Australia (n = 10; 7.87%), Corea del Sur (n = 10; 7.87%), Canadá (n = 7; 5.51%), China (n = 6; 4.72%), Alemania (6; 4.72%), Italia (4; 3.15%) y Finlandia (3; 2.36%). La contribución de los países a la investigación en la materia objeto de estudio se ilustra en la Figura 2.

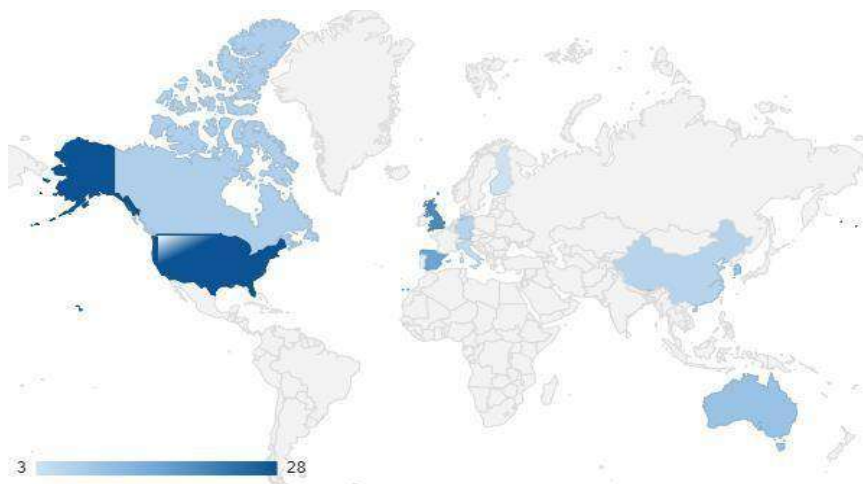


Figura 2. Distribución geográfica mundial de los resultados de la investigación

3.4 Análisis de revistas

Los 127 artículos se publicaron en 103 revistas académicas. La Figura 3 muestra las tendencias anuales en las publicaciones en las cinco principales revistas a nivel mundial en términos de investigación en accesibilidad web en personas mayores. "Journal of Medical Internet Research" es la revista mejor clasificada, con cuatro estudios sobre accesibilidad web en personas mayores publicados entre 2017 y 2023.

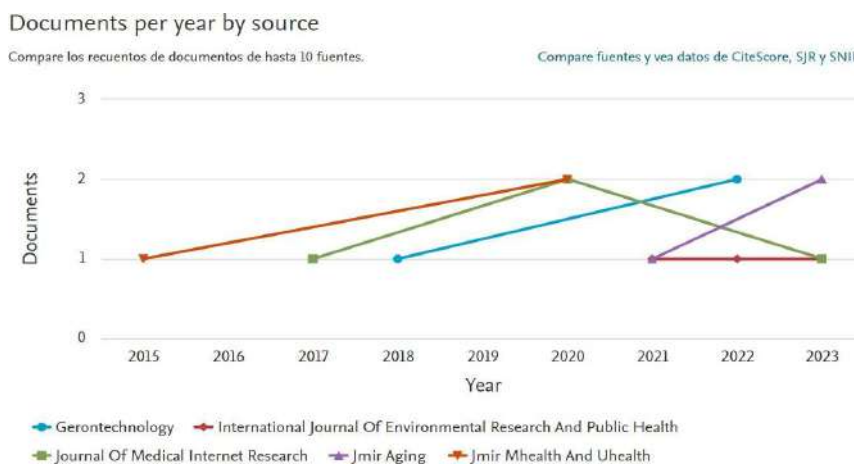


Figura 3. Número de documentos por año y Fuente

3.5 Análisis de autores

Un total de 160 autores participaron en los 127 artículos recuperados. Los 10 autores más influyentes se muestran en la Tabla 2. Los autores mejor representados fueron Botella, C.; Castilla, D.; Garcia-Palacios, A.; y Miralles, I., quienes comparten autoría en los artículos publicados en esta materia de estudio.

Tabla 2. Los diez autores más influyentes

| <i>Clasificación</i> | <i>Autor/a</i> | <i>Documentos (%) N=127</i> | <i>Citaciones</i> |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
| 1º | Botella, C. | 3 | 154 |
| 2º | Castilla, D. | 3 | 154 |
| 3º | Garcia-Palacios, A. | 3 | 154 |
| 4º | Miralles, I. | 3 | 154 |
| 5º | Bretón-López, J. | 2 | 101 |
| 6º | Fernández-Ardèvol, M. | 2 | 54 |
| 7º | Hardy, A. | 2 | 11 |
| 8º | Hilliman, C. | 2 | 31 |
| 9º | Lau, A.Y.S. | 2 | 10 |
| 10º | Pevzner, J. | 2 | 31 |

3.6 Red de coocurrencia de palabras clave

El análisis de palabras clave ha sido ampliamente utilizado para comprender la estructura del conocimiento en dominios de investigación específicos. Estos análisis se consideran esenciales dentro de los estudios bibliométricos (Chen y Xiao, 2016). En este estudio, utilizando VOSviewer versión 1.6.19, se aplicó una medida automática de red basada en centralidad para seleccionar palabras clave altamente similares. El programa se utilizó para llevar a cabo un análisis de co-ocurrencia de todas las palabras clave. El programa detectó un total de 1108 palabras clave entre los 127 artículos incluidos en este análisis bibliométrico. Para lograr claridad en el gráfico generado, se requería que cada palabra clave apareciera al menos dos veces; 267 palabras clave cumplieron con este umbral. El mapa de la red de coocurrencia de palabras clave (Figura 4) muestra el pasado, presente y tendencias futuras en la literatura sobre accesibilidad web para reducir la brecha digital en personas mayores.

4 Conclusiones

Este estudio presenta un análisis bibliométrico de la literatura científica sobre la accesibilidad cognitiva web en personas mayores y revela una escasez general de investigación hasta la fecha. Aunque algunos países, instituciones, autores y financiadores han contribuido al campo de estudio, la productividad global es relativamente baja.

En conclusión, este artículo sintetiza la investigación sobre la accesibilidad web en dispositivos digitales para personas mayores. Se espera que la información bibliométrica proporcionada en este estudio sirva como base para investigaciones futuras en este campo. Este estudio resalta la importancia de entornos digitales accesibles para mejorar la calidad de vida y la participación de las personas mayores, y puede despertar el interés de investigadores y profesionales en todo el mundo.

Referencias bibliográficas

- AlRyalat, S. A. S., Malkawi, L. W., y Momani, S. M. (2019). Comparing Bibliometric Analysis Using PubMed, Scopus, and Web of Science Databases. *Journal of Visualized Experiments*, 152. <https://doi.org/10.3791/58494>
- Burmeister, O. (2010). Websites for seniors: Cognitive accessibility. *International Journal of Emerging Technologies and Society*, 8(2), 99-113.
- Chen, G., y Xiao, L. (2016). Selecting publication keywords for domain analysis in bibliometrics: A comparison of three methods. *Journal of Informetrics*, 10(1), 212–223.
- De Benito-Castanedo, J. (2017). Bibliographic Analysis of the Digital Divide and Literacy in New Technologies. *Revista Electrónica Educare*, 21(2), 1-10. <https://doi.org/10.15359/ree.21-2.9>
- Hanson, V. L. (2011). Social inclusion through digital engagement. In *Universal Access in Human-Computer Interaction. Design for All and eInclusion: 6th International Conference, UAHCI 2011, Held as Part of HCI International 2011, Orlando, FL, USA, July 9-14, 2011, Proceedings, Part I 6* (pp. 473-477). Springer Berlin Heidelberg.
- Huxhold, O., Hees, E. y Webster, N. J. (2020). Towards bridging the grey digital divide: changes in internet access and its predictors from 2002 to 2014 in Germany. *European Journal of Ageing*, 17, 271–280. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00552-z>
- Joshi, A., Malhotra, B., Amadi, C., Loomba, M., Misra, A., Sharma, S., y Amatya, J. (2020). Gender and the Digital Divide Across Urban Slums of New Delhi, India: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6). <https://doi.org/10.2196/14714>
- Leonardi, C., Mennecozzi, C., Not, E., Pianesi, F., y Zancanaro, M. (2008). Designing a familiar technology for elderly people. *Gerontechnology*, 7(2), 151.
- Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Boletín Oficial del Estado, 78, de 1 de abril de 2022. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-5140
- López-Meneses, E., Sirignano, F. M., Vázquez-Cano, E., y Ramírez-Hurtado, J. M. (2020). University students' digital competence in three areas of the DigCom 2.1 model: A comparative study at three European universities. *Australasian Journal of Educational Technology*, 36(3), 69-88. <https://doi.org/10.14742/ajet.5583>
- Ma, Q., Chan, A. H. S. y Teh, P. (2020). Bridging the Digital Divide for Older Adults via Observational Training: Effects of Model Identity from a Generational Perspective. *Sustainability*, 12(11). <https://doi.org/10.3390/su12114555>
- Miesenberger, K., Edler, C., Heumader, P., y Petz, A. (2019). Tools and Applications for Cognitive Accessibility. En Yesilada, Y., Harper, S. (eds) *Web Accessibility. Human-Computer Interaction Series* (pp. 523-546) Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-7440-0_28

- Peña, H., Cuartas, K., y Tarazona, G. (2017). La brecha digital en Colombia: Un análisis de las políticas gubernamentales para su disminución. *Redes de ingeniería*, 8, 59-71.
- Sepúlveda López, J. J., y Ramírez Castañeda, L. A. (2018). Brecha digital e inclusión digital: fenómenos socio – tecnológicos. *Revista EIA*, 15(30), 89–97. <https://doi.org/10.24050/reia.v15i30.1152>
- Sixsmith, A., Horst, B. R., Simeonov, D. y Mihailidis, A. (2022). Older People’s Use of Digital Technology During the COVID-19 Pandemic. *Bull Sci Technol Soc.*, 42(1-2), 19-24.
- Sweileh, W.M. (2021). Global Research Activity on Elder Abuse: A Bibliometric Analysis (1950–2017). *Journal of Immigrant Minority Health*, 23, 79–87. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01034-1>
- Vega, O.A. y Rodríguez-Baena, L. (2008). La inclusión digital como motor de desarrollo. Una opción para la Colombia rural, *Sociedad y Utopía*. *Revista de Ciencias Sociales*, 32, 75-95.
- Word Wide Web Consortium/WAI/WCAG 2.1. (2018). Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1. <https://www.w3.org/TR/WCAG21/>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Las terapias de Estimulación Cognitiva en centros de mayores. Una propuesta de intervención preventiva de las demencias basada en la práctica de AFA Aljarafe

Carmen María Santos Moreno, Universidad de Jaén (cmsm0006@red.ujaen.es)

Gabriela Vásquez Peña, Universidad de Jaén (gvp00005@red.ujaen.es)

Virginia, Fuentes Gutiérrez, Universidad de Jaén (vfuentes@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Esta propuesta de intervención tiene como objetivo la detección precoz de casos de deterioro cognitivo leve (en adelante: DCL), en personas mayores de 60 años usuarias de Centros de Participación Activa (en adelante, CPA) de Sevilla. En estos centros existen iniciativas similares, que promueven el envejecimiento activo, pero no existe un protocolo específico, integral y preventivo que intervenga en el área individual y en el entorno más cercano.

El proyecto enmarca la intervención de un Equipo de Evaluación Integral del DCL, con el fin de detectar casos a partir de la valoración cognitiva y con la realización y análisis de ejercicios de estimulación cognitiva. Se supervisa la evolución de estos ejercicios derivando en una evaluación neuropsicológica más exhaustiva si se tuvieran sospechas de un deterioro cognitivo más notorio durante los seguimientos.

Se desarrolla un mecanismo de prevención y detección precoz de un DCL no realizado con anterioridad. La detección de estos casos permitirá una mayor aproximación a unos adecuados y amplios criterios diagnósticos frente a esta afección en las personas mayores, cuya demencia evolucione de manera temprana en fases preclínicas. Se atajarán así de manera temprana las consecuencias para la persona y su entorno más cercano, minimizando el impacto de la enfermedad.

El proyecto contempla también una intervención integral que abarca formación a los/as profesionales de los CPA, para capacitarlos en la detección de los primeros síntomas de las demencias, así como el manejo de la sintomatología en la persona y en el entorno más cercano.

Palabras clave

Personas mayores, deterioro cognitivo, estimulación cognitiva, prevención, demencias

1 Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que plantea desafíos significativos en términos de salud y bienestar. Uno de estos desafíos es el deterioro cognitivo leve (DCL), una condición que se caracteriza por un declive cognitivo más allá de lo esperado para la edad, pero que aún no cumple los criterios para la demencia. La detección temprana del DCL es esencial para abordar este problema de manera efectiva y brindar el apoyo necesario a las personas afectadas. En este capítulo, se presenta un proyecto de detección temprana basado en la práctica real de la intervención del DCL implementado en la entidad AFA Aljarafe, junto con los resultados y las reflexiones derivadas de su aplicación.

Esta iniciativa es financiada por la Línea 1 de Subvenciones dirigidas a entidades del Tercer Sector para la realización de proyectos piloto e innovación en servicios sociales con cargo a los Fondos Europeos procedentes

del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia. El proyecto desarrolla e implanta un protocolo de detección precoz del DCL en personas mayores de 60 años, sanas usuarias de los CPA de la provincia de Sevilla. A través de ejercicios de estimulación cognitiva individualizados y adaptados al nivel de personas sanas, se pretende detectar los primeros síntomas que muestren indicios de un posible DCL. La intervención en estos estadios de la enfermedad supone implementar una acción preventiva. A pesar de que algunas comunidades y administraciones han desarrollado planes específicos de atención al deterioro cognitivo y las demencias, el nivel de implantación y ejecución real es bastante limitado. Por lo que, no existe una intervención e investigación explícita basada en la prevención y detección de las demencias. Esto se debe, a que no se han desarrollado programas específicos de detección temprana del deterioro cognitivo a nivel estatal o autonómico en personas sanas a modo de cribado.

La literatura científica muestra una evidencia clara en la necesidad de implantar programas de cribado en población sana (Rosell, 2018 y Ballesteros et al, 2015). Se considera de gran importancia la implantación de estrategias de detección de deterioro cognitivo con pruebas breves como el seguimiento de los ejercicios de estimulación cognitiva.

La importancia de este proyecto, de la detección del DCL permitirá atajar posibles casos que evolucionan en demencia de manera muy temprana, en fases preclínicas, y atajar de manera precoz las consecuencias para la persona y su entorno más cercano (Shatil, 2013, Corbett et al, 2015). Se minimizaría el impacto sociosanitario de la enfermedad, así como el coste de los recursos sociales que tienen que asignarse a este tipo de enfermedades que producen a un largo plazo una dependencia muy severa (Rosell, 2018 y Ballesteros et al, 2015)

Las personas destinatarias directas de este proyecto son las personas mayores de 60 años que participan activamente en los CPA. Además de las patologías asociadas al envejecimiento de la población, las fases preclínicas de las demencias pueden comenzar a notarse a partir de esta edad. Con una detección precoz de estas patologías se podrá actuar con anterioridad a que los síntomas sean muy graves y que generen una situación de dependencia severa.

Uno de los problemas fundamentales a los que nos enfrentamos, de cara a prevenir las enfermedades neurodegenerativas, está asociado al desconocimiento de las patologías: al pensar que solamente se puede actuar cuando los síntomas aparecen, obviando la etapa de prevención y detección precoz.

Según la incidencia estimada del Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (2021) esta enfermedad afecta de manera acentuada a las personas adultas mayores de 65 años, (6,5% de la población en edades comprendidas entre los 65-79 años y el 13% de mayores de 80 años) (Garre- Olmo, 2018) y en menor medida a personas adultas con edades comprendidas entre los 40 y 65 años (0,05% de la población) (Ministerio de Sanidad, 2019), datos que nos permiten estimar la prevalencia de la enfermedad en la Comarca del Aljarafe en una cantidad de 4.029 casos, sobre una población de 35.626 habitantes (Instituto de Cartografía de Andalucía, 2022), de las cuales el 70% son mujeres y el 30% son hombres.

Con los datos de las investigaciones realizadas y la investigación académica, teniendo en cuenta que los Centros de Participación Activa atienden a personas mayores de 60 años, se prevé una incidencia de que aproximadamente un 10% de las personas participantes podrían tener algún síntoma compatible con el desarrollo de Alzheimer u otras demencias. Siguiendo los datos proporcionados por los Servicios de Gestión de Servicios Sociales el desglose de la población usuaria de los CPA en la provincia de Sevilla es: 105.809,

teniendo en cuenta la estimación del 10% de casos de demencia de los estudios científicos realizados, alrededor de 10.500 personas serían susceptibles de ser diagnosticadas con alguna enfermedad neurodegenerativa.

Con la ejecución de estos proyectos de intervención se puede impedir o retrasar el progreso de la enfermedad. La detección precoz permitirá hacer las adecuadas previsiones y provisiones para la atención adecuada a estas personas usuarias.

En una primera fase de este proyecto se están llevando a cabo desde junio 3 grupos en 3 CPA, con ampliación de grupos y CPA en septiembre, con un período de ejecución hasta diciembre de 2024. Este proyecto tendrá como objetivo también formar a profesionales, sensibilizándolos y enseñando herramientas de detección temprana y eficaz para los casos de demencia.

2 Metodología

2.1 Diseño y población

Se realizó un estudio de tipo analítico basado en la toma de datos primaria de información sociodemográfica. Se incluyó a personas adultas mayores de 60 años, socias usuarias de los Centros de Participación Activa. Se configuraron 3 grupos de 10 a 20 personas como cupo máximo. El muestreo estuvo marcado por la participación de las personas usuarias en los grupos de trabajo.

2.2 Variables y procedimientos

En la primera fase del proyecto se realizó la prueba Montreal Cognitive Assessment (MOCA) a todas las personas participantes en el que se mide el deterioro cognitivo leve a través del examen de la orientación, memoria corto plazo, función ejecutiva espacio visoespacial, habilidades de lenguaje y abstracción. Para realizar un cribado que determinaría el punto de corte para la realización de las evaluaciones neuropsicológicas más extensas. Para la obtención de datos se utilizó una planilla Excel donde se registraron los resultados desagregados por sexo y edad, así como puntuación obtenida.

2.3 Análisis de datos y ética

El análisis se realizó a través de la codificación anónima de las personas usuarias y la formulación de medias en el Excel de resultados. Se determinaron los parámetros de alerta para evaluar de manera exhaustiva a las personas susceptibles de tener un deterioro cognitivo más avanzado.

3 Resultados y conclusiones

Las $n=34$ personas participantes $n=11$ (32,5%) son hombres y $n=23$ mujeres (67,5%). La edad media de las personas participantes fue de 76 años. Los resultados de los CPA se desglosaron de la siguiente manera: CPA1 con una edad media de 72 años y una puntuación media de MOCA de 25,5 puntos, CPA2 con una edad media de 77 años y una puntuación media de MOCA de 20,72 puntos, y CPA3 con una edad media de 71 años y una puntuación media de MOCA de 26,7 puntos. La puntuación media general del MOCA fue de 24,29 sobre un máximo de 30 puntos. Se observó una correlación entre la edad y la puntuación MOCA, indicando que las personas mayores tendían a obtener puntuaciones más bajas. Parece haber una correlación de menor puntuación en la valoración MOCA y la edad de las personas participantes. De las 34 personas participantes,

solo 13 superaron el punto de corte de 25 puntos en el MOCA, lo que sugiere una sospecha de deterioro cognitivo leve en las 21 personas restantes. Estos casos se someterán a un seguimiento más detallado, que incluirá ejercicios de estimulación cognitiva y una evaluación cognitiva completa. Se espera que este seguimiento permita identificar signos tempranos de deterioro cognitivo que pueden no ser evidentes en una evaluación única.

Además de la evaluación inicial, se implementarán actividades de estimulación cognitiva con el objetivo de mejorar las funciones cognitivas de los participantes y monitorear su progreso a lo largo del tiempo. Se construirá una gráfica que refleje la evolución de cada subfunción cognitiva, lo que proporcionará señales de alerta en caso de un deterioro significativo. Esta información permitirá una intervención temprana y personalizada para las personas en riesgo de DCL.

A modo de conclusión y con las valoraciones previas se puede ir determinando que las evidencias científicas previas van en línea con los resultados de las personas participantes y que el deterioro cognitivo puede ser detectado a través del estudio de las capacidades cognitivas. Este cribado en los CPA, el seguimiento de la realización de los ejercicios de estimulación cognitiva durante más de 10 meses, así como la formación a los y las profesionales que trabajan de manera diaria con las personas mayores permitirá un diagnóstico precoz que ralentice las consecuencias más atroces de las enfermedades neurodegenerativas, con una atención mucho más temprana. El programa destaca así la importancia de la estimulación cognitiva y el monitoreo constante de las funciones cognitivas en la población de personas mayores. La atención personalizada y la intervención temprana pueden marcar la diferencia en la progresión del DCL y la calidad de vida de quienes lo experimentan. En última instancia, demuestra además el compromiso de la asociación con el bienestar de las personas mayores y su capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de esta población en envejecimiento. La detección temprana del DCL y la atención integran son pasos esenciales hacia un enfoque más completo y efectivo en el cuidado de las personas mayores.

Referencias bibliográficas

- Ballesteros, S., Kraft, E., Santana, S., & Tziraki, C. (2015). Maintaining older brain functionality: A targeted review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 55, 453-477. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.008>
- Corbett, A., Owen, A., Hampshire, A., Grahn, J., Stenton, R., Dajani, S., y Ballard, C. (2015). The effect of an online cognitive training package in healthy older adults: An online randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 990-997. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.014>
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*, 66(11), 377-386. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>
- Instituto de Estadísticas y Cartografía de Andalucía (2022). Padrón Municipal de Habitantes. Cifras Oficiales de Población Municipal. https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/pa_dron/index.htm
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Rosell, J. (2018). Estimulación cognitiva para personas mayores sanas mediante programas computarizados: Una revisión de la literatura [Cognitive stimulation for healthy older adults through computer-based programs: A review of the literature]. *Estudios de Psicología*, 39(2-3), 407-436. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1494678>

Shatil, E. (2013). Does combined cognitive training and physical activity training enhance cognitive abilities more than either alone? A four-condition randomized controlled trial among healthy older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 5(8), 1,12. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2013.00008>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El reto de diseñar políticas sociales para la plena re-incorporación de los mayores a las actividades cotidianas tras la pandemia

Ángel Martín Gómez, Universidad de Salamanca, (angelmartin@usal.es)

Sara Galindo Pérez, ZIES Investigación y Consultoría (sgalindo@zies.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Nuestro modelo de cuidados ha mostrado carencias durante la emergencia sanitaria derivada de la COVID-19, siendo los mayores uno de los colectivos más afectados. De hecho, el trato recibido no ha sido acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. El confinamiento en el hogar, la posterior reducción de salidas a una hora diaria, o el doble confinamiento de las personas en residencias (aislados del exterior y en su habitación, sin posibilidad de convivir en las zonas comunes) ha tenido múltiples consecuencias negativas.

La investigación que hemos realizado a los mayores de la provincia de Salamanca, mediante la aplicación de técnicas cualitativas de investigación social, entrevistas y grupos de discusión, nos ha permitido constatar variaciones en sus hábitos, con diferencias en función del hábitat de residencia (urbano o rural), que han supuesto restringir la vida social y la asistencia a actividades pese a la vuelta a una situación de normalidad. Además, los participantes en el estudio manifiestan sentirse maltratados por el resto de la sociedad, denunciando comportamientos insolidarios y discriminación por razón de la edad.

En definitiva, los resultados muestran que la pandemia ha tenido repercusiones sobre la salud mental y el ánimo de los mayores y las restricciones supusieron separaciones de sus familiares y amistades en momentos dolorosos como el confinamiento, el ingreso en unidades de cuidados intensivos o en el mismo momento del fallecimiento.

Palabras clave

Envejecimiento, repercusiones COVID 19, hábitos, hábitat residencia

1 Introducción

Los mayores han sido uno de los colectivos más afectados por la pandemia y el trato recibido no ha sido acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, tampoco han podido ser actores activos en la respuesta a la crisis y en la toma de decisiones.

Asimismo, el modelo de cuidados ha mostrado carencias a lo largo de la emergencia sanitaria. En el caso concreto de las residencias para mayores, se ha constatado que éstas se vieron sobrepasadas por el impacto de la enfermedad y no dispusieron de recursos adecuados para afrontarlo. Los testimonios de los mayores sobre lo vivido en las residencias nos hablan de miedo, desconcierto, tristeza, aislamiento, etc. Y quienes pasaron el confinamiento en sus domicilios también se encontraron muy afectados anímicamente por las informaciones de los medios de comunicación. A esta realidad es necesario sumar las restricciones que los separaron de sus familias y amigos en momentos dolorosos como el confinamiento, el ingreso en unidades de cuidados intensivos o en el mismo momento del fallecimiento.

Por todo ello, entendemos necesario estudiar cómo la pandemia ha podido tener repercusiones sobre la salud mental y el ánimo de los mayores en la provincia de Salamanca. Así, analizaremos si han variado sus hábitos restringiendo su vida social y sus actividades pese a la vuelta a una situación de normalidad. En el caso de las residencias, comprobaremos si el aislamiento ha sido más intenso y el único medio de mantener una interacción social ha sido el teléfono o la videoconferencia.

En definitiva, el objetivo del trabajo es aproximarnos a los efectos de la pandemia en los mayores salmantinos desde su propio punto de vista, con el propósito de establecer una serie de pistas que ayuden a la conformación de políticas sociales para su plena incorporación a las actividades cotidianas.

2 Metodología

Hemos realizado el estudio de los mayores salmantinos con una metodología cualitativa, entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión. La aplicación de técnicas cualitativas ha permitido obtener información sobre las opiniones, creencias y valores de una sociedad en un momento dado sin perseguir criterios de exhaustividad, extensión ni representatividad. Se trata de creencias que las personas no manifiestan espontáneamente en cualquier lugar y ante cualquier público.

En concreto, hemos llevado a cabo 4 entrevistas a personas que viven en su propio hogar (E) y 5 a personas institucionalizadas en residencias de mayores en diferentes municipios de la provincia de Salamanca (ER).

De manera paralela, organizamos un total de 8 grupos de discusión:

- GD1. Grupo exploratorio.
- GD2. Mayores residentes en municipio entre 1.000 y 4.999 habitantes.
- GD3. Mayores residentes en municipio mayor de 5.000 habitantes.
- GD4. Mayores residentes en barrio de clase media de Salamanca capital.
- GD5. Mayores residentes en zona centro de Salamanca capital.
- GD6. Mayores residentes en municipio menor de 1.000 habitantes.
- GD7. Mayores residentes en barrio tras Tormes de Salamanca capital.
- GD8. Municipio del alfoz de Salamanca capital.

Los criterios de captación que se siguieron para la composición de los grupos fueron los siguientes:

- Mayores de 70 años.
- Presencia de al menos 3 hombres por grupo.
- Diversidad de situaciones de convivencia (solos/en pareja/con la familia).
- Diversidad de situaciones de familia (hijos residentes en la provincia/hijos fuera de la provincia).

Grabamos digitalmente entrevistas y grupos de discusión previo consentimiento. Posteriormente, transcribimos el material para facilitar el análisis cualitativo de los discursos recogidos. A tal efecto, utilizamos el método comparativo constante de la teoría fundamentada (Carrero, Soriano y Trinidad, 2006). Analizamos los discursos transcritos a partir de una codificación abierta. La constante comparación entre códigos ha permitido una interpretación más amplia de la información a través de la construcción de categorías.

3 Resultados y conclusiones

La organización no gubernamental Médicos sin Fronteras (MSF, 2020) señaló que las residencias tenían un déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia. Esta combinación hizo inviable que pudieran responder a la epidemia. Esto condujo a que la asistencia médica quedara desatendida, a una alta mortalidad y a una merma en la calidad de la atención social.

Las diferentes voces recogidas en el trabajo de campo muestran que la situación relatada y denunciada no ha sido muy diferente en las residencias salmantinas.

Murieron 25 en esta residencia, parecía la guerra (ER1)

Aquí se murieron 37 de COVID, al principio no se sabía, y claro, había uno que lo tenía y lo ponían con otro que no lo tenía. Entonces claro, como aquí normalmente son habitaciones de dos, pues... sí, fue muy triste (ER3)

La puerta cerrada con llave, una señora que estaba en otra habitación y no tenía bien la cabeza gritaba que la dejaran salir hasta quedarse afónica (ER2)

La pandemia no se ha circunscrito a las afecciones de salud, sino que el miedo, el primer desconocimiento del alcance del virus y el confinamiento han modificado las relaciones interpersonales. La salud psicológica y emocional de muchas personas, no solo de los mayores, se ha visto perjudicada y puede ser que de forma más duradera. Las restricciones distanciaron a las familias en momentos dolorosos como el confinamiento, el ingreso en unidades de cuidados intensivos o en el mismo momento del fallecimiento.

Yo, se me ha muerto un hermano y una cuñada de COVID y claro, pues tienes mucho miedo (GD8.5)

En mi caso, ha muerto un hermano y una hermana, eran mayores, es ley de vida, y toca y toca, pero... Yo el entierro de mi hermano no puede asistir, eso es duro, si además estás sola, te pasa una desgracia de esas y no puedes asistir, la soledad como que se multiplica. La soledad se te acentúa, y claro, luego se te pasa, la fe ayuda mucho, la vida nos da (GD8.1)

La COVID-19 ha modificado muchos aspectos de la vida cotidiana en nuestro país. También los mayores salmantinos han visto interrumpidas sus rutinas y modificados sus hábitos.

Ha habido mucha gente que con el tema de la pandemia han dejado de venir al centro de mayores, a las actividades, a los talleres, han perdido ese hábito de venir y ya les va a costar muchísimo el volver (GD2.1)

En las fiestas lo pasábamos fenomenal. Y ahora llevamos dos años que lo echamos de menos (GD2.7)

Es que falla mucha gente, empezamos muchas a las cartas, pero a cuenta de que las hijas, a cuenta de... que, si no vayáis que esto se puede contagiar y esto, y hemos quedado cuatro" (GD7.4)

Otro aspecto que afecta a los mayores es el aumento de los comportamientos discriminatorios sobre este colectivo. Recientes estudios alertan de un aumento del edadismo. Por ejemplo, Ayalon (2021) señala que el coronavirus está reforzando estereotipos edadistas. En redes sociales y medios de comunicación se han referido a los mayores como inservibles, necesitados de ayuda, no válidos, incapaces de contribuir a la sociedad obviando su condición de ciudadanos de pleno derecho. Los mayores salmantinos han sentido estos prejuicios y así lo han expresado en los grupos y entrevistas.

Veías que los chicos se saltaban el confinamiento para salir de fiesta. Total, como los que nos morimos somos los viejos, eso decían. Si hubiese sido al revés, nosotros no habríamos hecho eso (GD7.4)

La atención a los mayores, que ya nos dejan así como un poco... de... lado. Digamos, las instituciones y demás, porque ya como no somos productivos, pues ya parece que no servimos para nada... (GD1.4)

Es que la gente cuida mejor al perro que al abuelo, porque ya han dicho que el perro forma parte de la familia, pero el abuelo no forma parte de la familia (GD4.7)

También se utilizan por parte de medios de comunicación y autoridades términos como “nuestros mayores” o “los abuelos”. Pero lo cierto es que ni son «nuestros» en sentido de posesión ni todos son «abuelos» en su significado de parentesco familiar (Pinazo-Hernandis, 2020; Freixas, 2021).

A mí las cosas que nos proponen para el tiempo libre en la residencia no me cuadran vamos, y la verdad es que el trato es bueno, pero... nos tienen como... como a niños. Por eso no... no participo en las actividades la verdad (ER2)

No me gusta que nos traten como a niños. Con respeto sí, claro, pero no como si fuéramos tontos (GD3.5)

En el caso concreto de la prohibición de visitas a las personas que viven en residencias de mayores, si bien es una medida preventiva, conlleva un aumento del aislamiento social y de la soledad emocional que ya habían remarcado trabajos como el de Rodríguez y Castro (2019). También aquellos mayores salmantinos con sus hijos residiendo en otros lugares han echado en falta el poder estar con ellos en estos momentos. En muchos casos, el único medio de mantener una interacción social ha sido el teléfono o la videoconferencia.

Pero tú salías. A mí no, no me dejaban salir de la habitación y la cabeza se ponía a pensar y no paraba (ER2)

Eso ha sido lo peor, no poder comunicarte con los hijos, abrazarlos, los nietos... (GD2.5)

Y podemos dar gracias a Dios a que el teléfono ya no cuesta lo que costaba, estamos todo el día con el chivato enganchado con la amiga, con la prima... sino ¿usted se imagina venir de la UVI, sin la cabeza muy bien, y ahí sentada en un sillón sin poder andar? Y venir con tantos problemas como se traen, de otra muerte que entró junta conmigo (GD4.7)

El confinamiento en el hogar, la posterior reducción de salidas a una hora diaria, o el doble confinamiento de las personas en residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes) tiene muchas consecuencias negativas: reducción o inactividad física y su implicación en problemas de sueño; aumento del deterioro cognitivo por haber dejado de realizar actividades de estimulación cognitiva, talleres, tertulias, terapias grupales, voluntariado, participación en asociaciones; afectación del estado emocional y anímico, con un aumento de la sintomatología depresiva; falta de contacto con red social y soledad (Pinazo-Hernandis, 2020). Así lo han manifestado los mayores salmantinos que han participado en el estudio.

Y es que el estar ahí tanto encerrada, al estar una persona sola, se te acumulan una de cosas, una de cosas, y es como cuando sale el matrimonio, pero tú sola, te daba una de vueltas la cabeza, pensabas en muchas cosas, pero muy malas muy malas (GD4.3)

Bueno la pandemia también nos ha marcado mucho, eh. Yo a mi bastante, porque me cogió, murió mi marido y empezó justo el confinamiento, he tenido que estar sola porque no podía ir mis hijos ninguno a verme ni nada, entonces la soledad la llevé muy mal (GD1.1)

En el lado positivo los mayores han detectado una mayor empatía y unos principios de cuidado mutuo que antes no existían. Tal vez sirva para darse cuenta de cuántas personas eran invisibles hasta ahora, para mejorar las redes sociales entre vecinos y la solidaridad intergeneracional. El hecho de salir al balcón permite relacionarnos con los vecinos de una forma inusual. Por otra parte, numerosos ejemplos de jóvenes apoyando a personas mayores durante el confinamiento: llevándoles la compra, paseando a los perros o llamándoles por teléfono para aliviar su soledad (Pinazo-Hernandis, 2020).

Cuando llegaban las 8, era una alegría ver a la gente aplaudiendo, era una alegría (GD4.6)

Y hay mucha juventud que es maravillosa y se ha volcado en ayudar a los vecinos (GD1.2)

Ciertamente, los mayores se han llevado la peor parte en esta crisis sanitaria. Las consecuencias del aislamiento pueden persistir en el tiempo, no sólo para quienes viven en residencias, donde ha habido miles de fallecidos y se ha vivido el confinamiento más duro también para quienes acudían a centros de día, asociaciones de barrio, actividades varias.

La psicóloga que me estuvo atendiendo por teléfono muy bien, pero se acabó el programa y no se han vuelto a acordar nadie de tal psicología. Usted cree que, en tan poco tiempo, ¿yo me he recuperado? La verdad que estoy más recuperada, porque pongo mucho ánimo, pongo mucho de mi parte (GD4.7) (Persona que estuvo un mes en la UVI)

Es el hábito y no vuelven y yo pienso que les va a costar mucho retomar. No sé si en las ciudades como hay otro ambiente y tal, pues sí va a ser más fácil retomar, pero en los pueblos desde luego hay gente que esto significa que hay gente que se ha quedado en casa durante dos años y se van, eh...a seguir quedando en casa hasta que Dios quiera. (GD2.1)

Tras efectuar el análisis cualitativo, podemos concluir que los residentes en Salamanca capital reclaman nuevos y mayores espacios públicos amigables y denuncian la falta de mantenimiento y degradación de los existentes. Asimismo, a raíz de la pandemia experimentan un empeoramiento en los servicios públicos y una inquietud ante las dificultades económicas que anticipan en un futuro cercano. Por su parte, en el resto de la provincia se defiende la calidad de vida de los pueblos aunque se es consciente de la progresiva pérdida de servicios y recursos públicos y privados tal y como señalan en sus trabajos Esparza (2011) o Martín y Rivera (2022). También se apunta, en consonancia con Pinilla y Sáez (2021), que la pérdida de habitantes que experimentan la práctica totalidad de municipios debilita la red de apoyo informal y, a su vez, lastra el dinamismo social y económico-empresarial de estos territorios. En el caso concreto de las residencias, los participantes acusan una mayor monotonía y sedentarismo en su vida diaria que se vio incrementada durante la pandemia. Se demandan actividades más acordes a sus gustos y preferencias.

Es así como una de las lecciones que debemos extraer de la pandemia consiste en revisar el modelo de cuidados de las personas mayores cuestionado por la crisis sanitaria. El nuevo modelo deberá estar centrado en la persona y no en la institución y tendrá que formar parte de una estrategia de políticas públicas con una visión más amplia.

En definitiva, la situación de pandemia, con un confinamiento que afecta a todos, ha sido una situación excepcional pero que puede repetirse. Son necesarias investigaciones que incidan en la relación entre estas variables para prepararnos frente a futuras crisis sanitarias. En consecuencia, debemos disponer de evidencias, como las aquí presentadas, por si fueran necesarios nuevos confinamientos por rebrotes de la enfermedad para prevenir, revertir o paliar los efectos psico-sociales en las personas mayores.

Referencias bibliográficas

- Ayalon, Liat et Alia (2021). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76, e49–e52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Carrero, V., Soriano R. M. y Trinidad, A. (2006). *Teoría fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Esparza Catalán, C. (2011). Discapacidad y dependencia en Castilla León. *Informes Portal Mayores*, 117. Disponible en <http://digital.csic.es/bitstream/10261/39620/1/pm-discapacidadcastillaleon-01.pdf> (29 de mayo de 2023).
- Freixas, A. (2021). *Yo, vieja. Apuntes de supervivencia para ser libres*. Madrid: Capitán Swing.
- Martín Gómez, A. y Rivera Navarro, J. (2022). Provisión de cuidados a personas mayores dependientes en los entornos rurales en España. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 18, 11-40. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0011>
- Médicos sin Fronteras (MSF) (2020). *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*. Barcelona: MSF.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55, 249-252.
- Pinilla, V. y Sáez, L. A. (2021). La despoblación rural en España: características, causas e implicaciones para las políticas públicas. *Presupuesto y Gasto Público*, 102, 75-92.
- Rodríguez López, E. y Castro Clemente, C. (2019). Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en ámbito de las personas mayores en España. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 12, 127-154. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0012>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Manifestaciones de edadismo en las políticas de empleo

Trinidad Ortega Expósito, Universidad de Jaén (tortega@ujaen.es)

Juana Pérez Villar, Universidad de Jaén (jpvillar@ujaen.es)

Isabel María Martínez Salvador, Universidad de Almería (isabelmartinez@ual.es)

Antonia Rodríguez Martínez, Universidad de Jaén (armartin@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Cuando existen estereotipos o prejuicios referidos a la edad de una persona, se promueve la discriminación por edadismo (Butler, 1969).

Este fenómeno está generalizado en las instituciones, legislaciones y políticas de todo el mundo, llegando a afectar, a la economía, a la sociedad, a la salud y la dignidad de las personas.

Este estudio pretende analizar la posible existencia de edadismo en la normativa básica de las políticas públicas de empleo en España. Para ello, se ha utilizado una metodología cualitativa con planteamiento científico fenomenológico, empleando el análisis documental de la legislación aplicable en materia de empleo a nivel estatal, promulgada desde la Constitución de 1978 hasta nuestros días y que constituye la fuente primaria objeto de análisis sobre edadismo en el ámbito laboral.

Los resultados ponen de manifiesto que, existen normativas que podrían contribuir al edadismo en cuanto a un estereotipo negativo asociado a la edad, mientras que en otras normas se observan medidas edadistas que tienden hacia una acción protectora.

Estos hallazgos instan a promover una mediación efectiva en el diseño de futuras políticas públicas que no contribuyan a la perpetuación del edadismo y que fomenten la inclusión de la participación y toma de decisiones de las personas.

Palabras clave

Edadismo, normativa laboral, prejuicios, estereotipos, políticas públicas

1 Introducción/descripción general

A lo largo de la vida y en los diferentes contextos, para describir, categorizar y clasificar a las personas, las sociedades han empleado la edad, el género o la raza. En base a estas clasificaciones, las personas participan en un rol predeterminado por la sociedad en la que desarrollamos nuestras vidas (Seco-Lozano, 2022).

La edad es uno de los primeros rasgos por el que clasificamos automáticamente a las personas según construcciones sociales, imaginando sus capacidades y habilidades. El edadismo, o discriminación por edad, ocurre cuando las personas son categorizadas y divididas en función de su edad de manera que dañan, perjudican o infringen la solidaridad intergeneracional. La discriminación por edad perjudica nuestra salud y bienestar y es un componente clave de las políticas y acciones efectivas sobre un envejecimiento saludable, como han reconocido los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Estrategia Global y el Plan de Acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud y en el Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030) (World Health Organization, 2021).

Según el Ministerio de Sanidad español, el edadismo se produce cuando se perpetúan estereotipos negativos asociados a la edad, cuando existe un trato diferencial en cuanto a servicios, administraciones, etc., cuando se excluya de la participación y toma de decisiones y se invisibilice en medios de comunicación, redes sociales, etc.

Teniendo en cuenta estas cuatro premisas, el desarrollo de este trabajo se ha centrado en el objetivo de analizar la posible existencia de edadismo en la normativa básica de las políticas públicas de empleo en España.

2 Metodología

Se ha utilizado una metodología de investigación cualitativa, con un planteamiento de investigación científico fenomenológico, centrada en aspectos no susceptibles de cuantificación, abordando distintas perspectivas del objeto de estudio, lo que permite obtener elementos referenciales para el logro de resultados precisos y fiables.

El enfoque cualitativo procura brindar profundidad y al mismo tiempo el detalle mediante una descripción y registro minucioso (Pérez, 2000). Por su parte, el planteamiento fenomenológico, teniendo en cuenta que es un enfoque adecuado dentro de la investigación cualitativa, es utilizado para “descubrir en el fenómeno su esencia y hacerla de utilidad científica” (Díaz de Salas, 2020, p. 3), poniendo el acento, en este caso, en el alcance que contiene la normativa referida a la discriminación por edad.

Para ello, se ha empleado el análisis documental de la legislación básica publicada por el Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023) aplicable en materia de empleo a nivel estatal, promulgada desde la Constitución de 1978 hasta nuestros días, y que constituye la fuente primaria objeto de análisis sobre edadismo en el ámbito laboral.

3 Resultados y conclusiones

Se han analizado un total de 19 normativas básicas, indagando si en las mismas se puede detectar un trato diferencial en cuanto a servicios, recursos, ayudas, etc., a causa de la edad; si excluyen a las personas mayores o menores de la participación en la toma de decisiones; si en algún caso se perpetúan estereotipos negativos asociados a la edad y si las normas analizadas son de aplicación al amplio espectro de la edad de una persona o no.

Ocho de estas normas¹ no presentan connotaciones edadistas. Básicamente, se trata de normativas generalistas en las que se establece, entre otras cuestiones, la protección de todas las personas sin discriminación por edad, raza, sexo o cualquier otra circunstancia; así como a garantizar la igualdad y dignidad y establecer mecanismos de participación de la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social.

En definitiva, por lo que se refiere a aspectos relativos a la edad en este grupo de normas no se alude a ningún tipo de diferenciación, muy al contrario, casi todas hacen referencia explícitamente, de un modo u otro, a la no discriminación de las personas y a remover cualquier obstáculo que impida o dificulte su participación y la libertad de decisión.

¹ Constitución Española, LO de Libertad Sindical, LO de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, Ley de Empresas de Trabajo Temporal, Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Ley General de Subvenciones, RDL que aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y RDL que aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

En cuanto a las once normas restantes², si contemplan referencias en su articulado diferenciando por razón de edad, pudiendo destacar los siguientes aspectos en cada una:

- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. En ella se establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo independientemente de su edad, sin embargo, en su desarrollo se hacen varias referencias a la edad, en concreto establece medidas específicas para la protección de trabajadores menores de dieciocho años. Además, hace referencia a las relaciones de trabajo temporales o de duración determinada, así como los contratados por empresas de trabajo temporal, que pueden incluir a jóvenes trabajadores, así como la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, instando al empresario a garantizar la protección de los mismos, con una mención especial en su artículo 27 a la protección de los trabajadores menores de 18 años. Por otra parte, contempla que el empresario deberá realizar consulta a todos los trabajadores y permitir su participación (art. 33).
- Real Decreto Legislativo 5/2000 Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, en el que se indica que las decisiones unilaterales tomadas por la empresa que impliquen discriminaciones directas o indirectas por razón de edad, constituirán una infracción muy grave (art. 8), así como la solicitud de datos de carácter personal para cualquier proceso selectivo, o el establecimiento de condiciones de colocación u otras cuestiones análogas que constituyan discriminación para el acceso al empleo por razón de la edad (art. 16). En definitiva, esta ley busca prevenir y sancionar la exclusión por razón de edad en el ámbito laboral.
- Ley 20/2007, del Estatuto del Trabajo Autónomo. Ya en el apartado II del Preámbulo, se propone el establecimiento de medidas especiales aplicando minoraciones en la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en función de la edad, así como para el fomento del empleo autónomo. Posteriormente, en el apartado V plantea establecer reducciones en cotización de los hijos de trabajadores autónomos menores de 30 años que comiencen a trabajar en la actividad familiar, con exclusión de los menores de 16 años que tal y como se establece en su artículo 9 queda prohibido explícitamente que realicen actividad laboral alguna, con excepción de servicios en espectáculos públicos que tiene una normativa especial. Por último, en la disposición adicional decimotercera se establecen reducciones y bonificaciones para aquellos trabajadores autónomos que tengan 30 años o menos, o 35 años si son mujeres.
- Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Prohíbe expresamente cualquier discriminación por razón de edad, así como cualquier decisión empresarial que suponga un trato desfavorable a los trabajadores como reacción ante una reclamación destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad. La única alusión en esta ley diferenciando por edad, se refiere a los beneficiarios de las prestaciones por maternidad, ya que establece unos periodos mínimos de cotización según la edad del trabajador en el momento del hecho causante, por lo que se podría decir que existe un trato diferencial en el acceso a prestaciones por motivos de edad (art. 133 ter.).
- Ley 43/2006, para la mejora del crecimiento y del empleo. En esta norma se encuentran referencias explícitas a rangos o franjas de edad, fundamentalmente, cuando se hace referencia a la aplicación de incentivos a la contratación, las situaciones de exclusión de dichos incentivos y la incompatibilidad de

² LO sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, LO para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley para la mejora del crecimiento y del empleo, Ley del Estatuto del trabajo autónomo, Ley reguladora de la jurisdicción social, RDL sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, RDL de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo y RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

las diferentes bonificaciones, estableciendo medidas diferenciadas para jóvenes entre 16 y 30 años y para mayores de 45 años, así como bonificaciones para el mantenimiento del empleo indefinido para trabajadores de 60 o más años. También se tiene en cuenta la edad en el establecimiento de medidas para mejorar la utilización de la contratación temporal, haciendo referencia expresa a trabajadores entre 16 y 21 años, con un límite máximo de edad de 24 años. Así como en las medidas relacionadas con la mejora de la protección por desempleo de colectivos específicos, aludiendo directamente a los mayores de 45 años.

- Real Decreto Legislativo 8/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En esta norma se pueden destacar los siguientes aspectos: derecho de las empresas a una reducción del 75% de las cuotas a la Seguridad Social durante la situación de incapacidad temporal de los trabajadores que hubieran cumplido 62 años (art. 144), la exención de las empresas y trabajadores de cotizar a la Seguridad Social por contingencias comunes respecto a los trabajadores por cuenta ajena, una vez estos hayan alcanzado la edad de acceso a la pensión de jubilación (art. 152), y el artículo 214, sobre pensión de jubilación y envejecimiento activo, ya que contempla las medidas y requerimientos para compatibilizar la pensión de jubilación en su modalidad contributiva con la realización de cualquier trabajo por cuenta ajena o propia. Así como la Disposición transitoria séptima que recoge como se aplicarán de manera gradual las edades de jubilación y el periodo de cotización hasta el año 2027 en que queda establecida la edad de jubilación a los 67 años.
- Ley 36/2011, reguladora de la jurisdicción social, cuyo objetivo es conseguir la efectividad de la respuesta judicial, alude, entre otros, a los casos de discriminación por razón de la edad, contemplando la posibilidad de recabar informes de expertos (art. 95) e indicando que corresponde a la persona demandada la aportación de las pruebas precisas (art. 96).
- Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Es de destacar la definición en la ley de la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial [...]”. Indicar la edad como un criterio para la aparición de las situaciones de dependencia, perpetúa los estereotipos negativos asociados a la edad, factor que no debería de ser valorable en cuestiones de dependencia.
- Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración social. Son varios los artículos de la ley que muestran un trato diferencial, asociado a la edad, lo que repercute en el acceso a servicios y recursos, entre los que destacan los derechos a la educación (art. 9), a la asistencia sanitaria (art. 12), las características de las familias reagrupables (art. 17) y residencias de menores tutelados por una Administración Pública (art. 32), donde se muestra que existe trato diferencial en el acceso a los servicios y
- exclusión en la participación por motivos exclusivamente de edad, lo que perpetúa los estereotipos y el edadismo.
- Real Decreto-ley 10/2010, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Destacan las medidas relacionadas con el fomento de la contratación indefinida asociadas en función de la edad (art. 3) y las bonificaciones para favorecer el empleo de los jóvenes (art. 10), evidenciando un trato diferencial en función de la edad.

- Real Decreto Legislativo 3/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. Ya desde el establecimiento de los objetivos, la ley marca que se deben asegurar políticas de integración laboral dirigidas a jóvenes y mayores de 45 años, entre otros (art. 2d). Asimismo, en el artículo 30.1 se indica la necesidad de implementar programas destinados a fomentar el empleo en jóvenes y mayores de 45 años, lo que entraña un trato diferencial a determinados grupos de edad, excluyendo a otras personas de los beneficios de estas medidas a causa de su edad biológica.

En definitiva, se observa que en las políticas analizadas se mantiene un trato diferencial por motivos de edad. Aunque, en general, se puede percibir que estas medidas discriminan positivamente, es importante reflexionar en mayor profundidad sobre ello, ya que en ocasiones dichas medidas generan confusión y agravios comparativos, además de poner el acento en las posibles dificultades de los individuos, más que en sus potencialidades.

Referencias bibliográficas

- Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246.
https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243
- Díaz de Salas, Y.C. (2020). Mirada Fenomenológica desde las Competencias Investigativas en las Líneas de Investigación de la UNESR. *Revista Científica*, 5, pp.269-287. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.15.13.269-287>
- Generales, E. C. (1978). Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de trabajo temporal, BOE, N. 131 (2 junio 1994)
- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo autónomo. BOE, N. 166 (12 de julio 2007)
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE, N. 269 (10 de noviembre de 1995)
- Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. BOE, N. 245 (11 de noviembre de 2011)
- Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. BOE, N. 276 (18 de noviembre de 2003)
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE, N. 266 (12 de noviembre de 1999)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, N. 299 (15 diciembre 2006)
- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE, N. 312 (30 de diciembre de 2006)
- Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical. BOE, N. 189 (8 de agosto de 1985)
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE, N. 71 (23 de marzo de 2007)
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE, N. 10 (12 de enero de 2000)
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. BOE, N. 147 (20 de junio de 2002)
- Pérez, G. (2000). *Investigación Cualitativa I: Retos e Interrogantes: Métodos*. Editorial La Muralla
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE, N. 289 (03 de diciembre de 2013)
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE, N. 255 (24 de octubre de 2015)

Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. BOE, N. 255, (24 de octubre de 2015)

Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. BOE, N. 189 (8 de agosto de 2000)

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE, N. 261 (31 de octubre de 2015)

Real Decreto-ley 10/2010, de 16 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. BOE, N. 147 (17 de junio de 2010)

Seco-Lozano, L. (2022). Edadismo: la barrera invisible. *Enfermería Nefrológica*, 25(1), 7-9.
<https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022001>

World Health Organization (2021). Informe Mundial sobre el edadismo. Global report on ageism. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. ISBN 978- 92-4-001686-6. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://doi.org/10.37774/9789275324455>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Avances y cambios en las políticas sociales para la atención residencial de las personas adultas mayores

Antonia Rodríguez Martínez, Universidad de Jaén (armartin@ujaen.es)

María del Carmen Martín Cano, Universidad de Jaén (mmcano@ujaen.es)

Cristina Díaz Román, Universidad de Jaén (cdiaz@ujaen.es)

María Dolores Muñoz de Dios, Universidad de Jaén (mdmunoz@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Relacionado con el rápido crecimiento de la población de personas adultas mayores, en los últimos 30 años, se viene estudiando el uso de diversas opciones de vivienda y en concreto, la atención residencial integral y personal. En España, se aprueba el nuevo modelo de residencias y de atención a la dependencia en junio de 2022, promoviendo la tendencia de cambio cultural para la mejora de la calidad de vida en centros residenciales.

El objetivo principal de este estudio plantea analizar el impacto de los acuerdos para la mejora de la calidad de los centros residenciales en España. Con una metodología de investigación cualitativa, y planteamiento científico fenomenológico, mediante el análisis documental y la revisión bibliográfica. Los resultados indican que los acuerdos promulgados generan debate y diferencias de opiniones, ya que el nuevo modelo conlleva cambios, que, de momento, no se han visto materializados. Los centros residenciales de personas adultas mayores afrontan un cambio integral, enfrentándose al rediseño completo de centros y procesos para mejorar el bienestar físico, psicológico y social de las personas residentes, de sus familiares y del personal.

Palabras clave

Personas adultas mayores, centros residenciales, normativa, nuevo modelo residencial

1 Introducción/descripción general

El envejecimiento de la población es un hecho. España es uno de los países de la Unión Europea donde el porcentaje de personas mayores y concretamente de mayores de 80 años más ha aumentado, debido principalmente al incremento de la esperanza de vida (Rodríguez-Martínez, 2021).

Relacionado con el rápido crecimiento de la población de personas adultas mayores, en los últimos 30 años, se viene estudiando el uso de diversas opciones de vivienda y en concreto, la atención residencial integral y personal (Rodríguez-Martínez, 2021). En esta línea, en España, se ha intensificado el uso de diversas opciones de vivienda. Esto junto con la longevidad ha provocado el fenómeno de un alto número de personas mayores

Atendidas en entornos de atención en función de sus patologías o deterioros naturales de la edad (Burnette, 1986).

Sin embargo, esta situación no es nueva, es necesario recordar que ya desde la época de Juan Luis Vives, existían centros asistenciales para personas mayores, los denominados asilos. Que poco a poco fueron normativizándose. A este respecto, existe un amplio abanico normativo en nuestro país desde 1971, con el nacimiento del Primer Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos (IMSERSO, 2004). A partir de esta fecha, tanto en nuestro país, como a nivel internacional identificamos diferentes momentos en

los que se hacen intentos por normativizar las medidas de acción y actuación relativas a las personas mayores. De ellos destaca, en el año 2006, la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. Y la más actual, el pasado mes de junio, el acuerdo del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las comunidades autónomas, en el que se propone un nuevo modelo de residencias y atención a la dependencia, buscando reducir el número de plazas en los centros y aumentar la cantidad de personas trabajadoras, para ofrecer un cuidado personalizado y adaptado a las necesidades individuales. En esta línea se promueve la tendencia de cambio cultural para la mejora de la calidad de vida de este grupo etario en centros residenciales (Rodríguez-Martínez, 2023). Planteando en este trabajo el objetivo principal de analizar el impacto de los acuerdos para la mejora de la calidad de los centros residenciales en España.

2 Metodología

Se ha utilizado una metodología de investigación cualitativa, con un planteamiento de investigación científico fenomenológico, centrada en aspectos no susceptibles de cuantificación, abordando distintas perspectivas del objeto de estudio, lo que permite obtener elementos referenciales para el logro de resultados precisos y fiables.

El enfoque cualitativo procura brindar profundidad y al mismo tiempo el detalle mediante una descripción y registro minucioso (Pérez, 2000). Por su parte, el planteamiento fenomenológico, teniendo en cuenta que es un enfoque adecuado dentro de la investigación cualitativa, es utilizado para “descubrir en el fenómeno su esencia y hacerla de utilidad científica” (Díaz de Salas, 2020, p. 3), poniendo el acento, en este caso, en el alcance que contiene la normativa referida a la discriminación por edad.

Para ello, se ha empleado el análisis documental de la legislación básica publicada por el Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023) aplicable en materia de empleo a nivel estatal, promulgada desde la Constitución de 1978 hasta nuestros días, y que constituye la fuente primaria objeto de análisis sobre edadismo en el ámbito laboral.

3 Resultados

Se han analizado un total de 19 normativas básicas, indagando si en las mismas se puede detectar un trato diferencial en cuanto a servicios, recursos, ayudas, etc., a causa de la edad; si excluyen a las personas mayores o menores de la participación en la toma de decisiones; si en algún caso se perpetúan estereotipos negativos asociados a la edad y si las normas analizadas son de aplicación al amplio espectro de la edad de una persona o no.

Ocho de estas normas³ no presentan connotaciones edadistas. Básicamente, se trata de normativas generalistas en las que se establece, entre otras cuestiones, la protección de todas las personas sin discriminación por edad, raza, sexo o cualquier otra circunstancia; así como a garantizar la igualdad y dignidad y establecer mecanismos de participación de la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social.

En definitiva, por lo que se refiere a aspectos relativos a la edad en este grupo de normas no se alude a ningún tipo de diferenciación, muy al contrario, casi todas hacen referencia explícitamente, de un modo u otro, a la no

³ Constitución Española, LO de Libertad Sindical, LO de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, Ley de Empresas de Trabajo Temporal, Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Ley General de Subvenciones, RDL que aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y RDL que aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

discriminación de las personas y a remover cualquier obstáculo que impida o dificulte su participación y la libertad de decisión.

En cuanto a las once normas restantes⁴, si contemplan referencias en su articulado diferenciando por razón de edad, pudiendo destacar los siguientes aspectos en cada una:

- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. En ella se establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo independientemente de su edad, sin embargo, en su desarrollo se hacen varias referencias a la edad, en concreto establece medidas específicas para la protección de trabajadores menores de dieciocho años. Además, hace referencia a las relaciones de trabajo temporales o de duración determinada, así como los contratados por empresas de trabajo temporal, que pueden incluir a jóvenes trabajadores, así como la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, instando al empresario a garantizar la protección de los mismos, con una mención especial en su artículo 27 a la protección de los trabajadores menores de 18 años. Por otra parte, contempla que el empresario deberá realizar consulta a todos los trabajadores y permitir su participación (art. 33).
- Real Decreto Legislativo 5/2000 Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, en el que se indica que las decisiones unilaterales tomadas por la empresa que impliquen discriminaciones directas o indirectas por razón de edad, constituirán una infracción muy grave (art. 8), así como la solicitud de datos de carácter personal para cualquier proceso selectivo, o el establecimiento de condiciones de colocación u otras cuestiones análogas que constituyan discriminación para el acceso al empleo por razón de la edad (art. 16). En definitiva, esta ley busca prevenir y sancionar la exclusión por razón de edad en el ámbito laboral.
- Ley 20/2007, del Estatuto del Trabajo Autónomo. Ya en el apartado II del Preámbulo, se propone el establecimiento de medidas especiales aplicando minoraciones en la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en función de la edad, así como para el fomento del empleo autónomo. Posteriormente, en el apartado V plantea establecer reducciones en cotización de los hijos de trabajadores autónomos menores de 30 años que comiencen a trabajar en la actividad familiar, con exclusión de los menores de 16 años que tal y como se establece en su artículo 9 queda prohibido explícitamente que realicen actividad laboral alguna, con excepción de servicios en espectáculos públicos que tiene una normativa especial. Por último, en la disposición adicional decimotercera se establecen reducciones y bonificaciones para aquellos trabajadores autónomos que tengan 30 años o menos, o 35 años si son mujeres.
- Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Prohíbe expresamente cualquier discriminación por razón de edad, así como cualquier decisión empresarial que suponga un trato desfavorable a los trabajadores como reacción ante una reclamación destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad. La única alusión en esta ley diferenciando por edad, se refiere a los beneficiarios de las prestaciones por maternidad, ya que establece unos periodos mínimos de cotización según la edad del trabajador en el momento del hecho causante, por lo que se podría decir que existe un trato diferencial en el acceso a prestaciones por motivos de edad (art. 133 ter.).

⁴ LO sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, LO para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley para la mejora del crecimiento y del empleo, Ley del Estatuto del trabajo autónomo, Ley reguladora de la jurisdicción social, RDL sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, RDL de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo y RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

- Ley 43/2006, para la mejora del crecimiento y del empleo. En esta norma se encuentran referencias explícitas a rangos o franjas de edad, fundamentalmente, cuando se hace referencia a la aplicación de incentivos a la contratación, las situaciones de exclusión de dichos incentivos y la incompatibilidad de las diferentes bonificaciones, estableciendo medidas diferenciadas para jóvenes entre 16 y 30 años y para mayores de 45 años, así como bonificaciones para el mantenimiento del empleo indefinido para trabajadores de 60 o más años. También se tiene en cuenta la edad en el establecimiento de medidas para mejorar la utilización de la contratación temporal, haciendo referencia expresa a trabajadores entre 16 y 21 años, con un límite máximo de edad de 24 años. Así como en las medidas relacionadas con la mejora de la protección por desempleo de colectivos específicos, aludiendo directamente a los mayores de 45 años.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En esta norma se pueden destacar los siguientes aspectos: derecho de las empresas a una reducción del 75% de las cuotas a la Seguridad Social durante la situación de incapacidad temporal de los trabajadores que hubieran cumplido 62 años (art. 144), la exención de las empresas y trabajadores de cotizar a la Seguridad Social por contingencias comunes respecto a los trabajadores por cuenta ajena, una vez estos hayan alcanzado la edad de acceso a la pensión de jubilación (art. 152), y el artículo 214, sobre pensión de jubilación y envejecimiento activo, ya que contempla las medidas y requerimientos para compatibilizar la pensión de jubilación en su modalidad contributiva con la realización de cualquier trabajo por cuenta ajena o propia. Así como la Disposición transitoria séptima que recoge como se aplicarán de manera gradual las edades de jubilación y el periodo de cotización hasta el año 2027 en que queda establecida la edad de jubilación a los 67 años.
- Ley 36/2011, reguladora de la jurisdicción social, cuyo objetivo es conseguir la efectividad de la respuesta judicial, alude, entre otros, a los casos de discriminación por razón de la edad, contemplando la posibilidad de recabar informes de expertos (art. 95) e indicando que corresponde a la persona demandada la aportación de las pruebas precisas (art. 96).
- Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Es de destacar la definición en la ley de la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial [...]”. Indicar la edad como un criterio para la aparición de las situaciones de dependencia, perpetúa los estereotipos negativos asociados a la edad, factor que no debería de ser valorable en cuestiones de dependencia.
- Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración social. Son varios los artículos de la ley que muestran un trato diferencial, asociado a la edad, lo que repercute en el acceso a servicios y recursos, entre los que destacan los derechos a la educación (art. 9), a la asistencia sanitaria (art. 12), las características de las familias reagrupables (art. 17) y residencias de menores tutelados por una Administración Pública (art. 32), donde se muestra que existe trato diferencial en el acceso a los servicios y
- exclusión en la participación por motivos exclusivamente de edad, lo que perpetúa los estereotipos y el edadismo.
- Real Decreto-ley 10/2010, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Destacan las medidas relacionadas con el fomento de la contratación indefinida asociadas en función de la edad (art. 3) y las bonificaciones para favorecer el empleo de los jóvenes (art. 10), evidenciando un trato diferencial en función de la edad.

- Real Decreto Legislativo 3/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. Ya desde el establecimiento de los objetivos, la ley marca que se deben asegurar políticas de integración laboral dirigidas a jóvenes y mayores de 45 años, entre otros (art. 2d). Asimismo, en el artículo 30.1 se indica la necesidad de implementar programas destinados a fomentar el empleo en jóvenes y mayores de 45 años, lo que entraña un trato diferencial a determinados grupos de edad, excluyendo a otras personas de los beneficios de estas medidas a causa de su edad biológica.

En definitiva, se observa que en las políticas analizadas se mantiene un trato diferencial por motivos de edad. Aunque, en general, se puede percibir que estas medidas discriminan positivamente, es importante reflexionar en mayor profundidad sobre ello, ya que en ocasiones dichas medidas generan confusión y agravios comparativos, además de poner el acento en las posibles dificultades de los individuos, más que en sus potencialidades.

Referencias bibliográficas

- Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243
- Díaz de Salas, Y.C. (2020). Mirada Fenomenológica desde las Competencias Investigativas en las Líneas de Investigación de la UNESR. *Revista Cientific*, 5, pp.269-287. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.15.13.269-287>
- Generales, E. C. (1978). Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de trabajo temporal, BOE, N. 131 (2 junio 1994)
- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo autónomo. BOE, N. 166 (12 de julio 2007)
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE, N. 269 (10 de noviembre de 1995)
- Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. BOE, N. 245 (11 de noviembre de 2011)
- Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. BOE, N. 276 (18 de noviembre de 2003)
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE, N. 266 (12 de noviembre de 1999)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, N. 299 (15 diciembre 2006)
- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE, N. 312 (30 de diciembre de 2006)
- Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical. BOE, N. 189 (8 de agosto de 1985)
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE, N. 71 (23 de marzo de 2007)
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE, N. 10 (12 de enero de 2000)
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. BOE, N. 147 (20 de junio de 2002)
- Pérez, G. (2000). *Investigación Cualitativa I: Retos e Interrogantes: Métodos*. Editorial La Muralla
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE, N. 289 (03 de diciembre de 2013)

- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE, N. 255 (24 de octubre de 2015)
- Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. BOE, N. 255, (24 de octubre de 2015)
- Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. BOE, N. 189 (8 de agosto de 2000)
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE, N. 261 (31 de octubre de 2015)
- Real Decreto-ley 10/2010, de 16 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. BOE, N. 147 (17 de junio de 2010)
- Seco-Lozano, L. (2022). Edadismo: la barrera invisible. *Enfermería Nefrológica*, 25(1), 7- 9.
<https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022001>
- World Health Organization (2021). Informe Mundial sobre el edadismo. Global report on ageism. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. ISBN 978- 92-4-001686-6. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://doi.org/10.37774/97892753244>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Diagnóstico previo del Plan Jaén, ciudad amigable con las personas mayores: principales resultados

Adrián Jesús Ricoy-Cano, Universidad de Jaén (aricoy@ujaen.es)

Marta García-Domingo, Universidad de Jaén (mgdoming@ujaen.es)

Isabel María Martínez-Salvador, Universidad de Almería (isabelmartinez@ual.es)

Virginia Fuentes-Gutiérrez, Universidad de Jaén (vfuentes@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Tras la adhesión de la ciudad de Jaén a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables, es necesario realizar la Evaluación y Diagnóstico para la adaptación de la ciudad a las personas mayores. Los objetivos principales del proyecto son conocer las necesidades de las personas mayores en la ciudad de Jaén; analizar la situación de los accesos en espacios de ocio y tiempo libre, edificios, transportes, viviendas, inclusión social, participación ciudadana, servicios sociales y salud, y valorar las dificultades que tienen para acceder a éstos, escuchando las propuestas de mejora de las personas mayores. El proyecto se realiza desde una metodología participativa, con un enfoque centrado en las ciudades. Se formalizan diferentes Grupos Focales divididos en: A) Proveedores de servicios; B) Cuidadoras/es profesionales y no profesionales; C) Personas Mayores. Los resultados muestran diferentes dificultades sobre movilidad y accesibilidad especialmente para las personas mayores, evidenciando la sensación de inseguridad percibida. Se enfatiza la importancia de la participación de las personas mayores en el diseño de programas, así como de aprovechar el potencial de la sinergia intergeneracional. Los hallazgos instan a fortalecer la política social local una vez realizado el diagnóstico de las necesidades reales de personas mayores, comunidad e instituciones.

Palabras clave

Ciudades amigables, diagnóstico, necesidades detectadas, estudio de caso, ciudad de Jaén

1 Introducción/descripción general

En la actualidad, la población mundial está envejeciendo a un ritmo nunca experimentado. En la mayoría de los países del mundo se está produciendo un aumento acelerado del número de personas mayores, con el consiguiente incremento de las tasas y grados de discapacidad y dependencia. De acuerdo con las cifras y previsiones reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se espera que para el año 2030 una de cada seis personas en todo el mundo tenga 60 años o más. En términos porcentuales es previsible que, entre los años 2015 y 2050, el número de personas mayores en todo el mundo se duplique, pasando del 12% al 22%.

De esta forma, los organismos internacionales especializados en la materia entienden el envejecimiento poblacional como una de las transformaciones sociales más relevantes del siglo XXI, principalmente por sus inferencias en todos los sectores de la sociedad. Este fenómeno social, sin lugar a dudas, ha venido asociado a la demanda de nuevos bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social...), así como a diversas mejoras en los ya existentes, que convergen en necesidades imperantes de accesibilidad y adaptabilidad de los mismos. En este contexto, cada vez en mayor medida, las personas mayores son concebidas como “motor”

para el desarrollo y, por tanto, se insta a integrar sus habilidades y capacidades en pro de la mejora de sus propias realidades y de la sociedad en su conjunto, tomándolas en consideración en el diseño e implementación de políticas, programas, bienes y servicios en todos los niveles, sectores y ámbitos de actuación (United Nations, 2020). Este potencial humano y grupal para enfrentar el reto social en cuestión, ya quedó reflejado en la Guía Ciudades Globales Amigables con los Mayores (OMS, 2007), donde se especificaba:

El envejecimiento y la urbanización de la población son dos tendencias globales que, juntas, constituyen fuerzas importantes que caracterizan el siglo XXI. A medida que las ciudades crecen, su proporción de residentes de 60 años de edad y más va en aumento. Las personas mayores son un recurso para sus familias, comunidades y economías en entornos de vida sustentadores y facilitadores (p.6).

Al amparo de estas transformaciones sociales, en el año 2010 nace la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la Organización Mundial de la Salud, como respuesta al incremento exponencial del envejecimiento poblacional y con el objetivo de que “cada ciudad y comunidad se esfuerce por adaptarse cada vez más a las personas mayores” (OMS, 2018, p.5).

A nivel global, las ciudades amigables con las personas mayores son aquellas cuyo objetivo principal persigue crear unos entornos urbanos que promuevan y aseguren la inclusión, la participación y el bienestar de las personas mayores que viven en la comunidad. De acuerdo con Fitzgerald et al. (2014) algunos de los retos específicos que persiguen estas ciudades son:

1. Promoción de la accesibilidad y la movilidad sostenible.
2. El fomento de la vida activa y saludable en las personas mayores.
3. El desarrollo de servicios y apoyos específicos para la promoción del envejecimiento activo
4. El incremento de la inclusión social y de la participación y vida comunitaria.
5. Las mejoras en la seguridad y protección ciudadana.

En síntesis, el propósito último de esta iniciativa se basa en conseguir la creación y adecuación de nuevos entornos urbanos que aseguren la inclusión, la accesibilidad, la salud, la seguridad y que propicien un envejecimiento activo y participativo en comunidad.

De forma más concreta, el Plan municipal, Jaén Ciudad Amigable con las Personas Mayores (2023-2026), ha sido diseñado y enmarcado dentro de los Ejes propuestos en el marco del Proyecto “Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores” promovido por la Organización Mundial de la Salud, que a su vez constituye una prioridad dentro de la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud y del Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030), en el marco de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. De igual forma, se consideró de especial relevancia cohesionar los planteamientos expuestos en este plan con la Estrategia Nacional “España 2050; Fundamentos y Propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo”, más concretamente con el 5º Desafío: Preparar nuestro Estado de Bienestar para una sociedad más longeva, donde se promueve que las personas en edades avanzadas tengan una participación e implicación cada vez más activa en las esferas de la vida económica y social.

En el presente trabajo se presentan los principales resultados obtenidos de la evaluación de la adaptación de la ciudad de Jaén a las necesidades de personas mayores. Esta evaluación y diagnóstico, con enfoque participativo, sienta las bases para el diseño de un Plan de Acción que garantice que la ciudad cumple con los requerimientos de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores.

2 Metodología

Para el análisis de la realidad, se siguen las pautas y recomendaciones establecidas por el Protocolo de Vancouver, en su adaptación al contexto español. Éste es un protocolo diseñado y promovido por la World Health Organization (2007), con una metodología de investigación basada en grupos focales en la que se le otorga una especial relevancia a la participación activa de las personas mayores. La propuesta metodológica ofrece una evaluación y diagnóstico completo que con posterioridad se emplea como eje guía para el diseño de Plan de Acción y la propuesta de indicadores. El proceso metodológico englobó un total de 4 pasos:

- Paso 1. Definición y selección de las personas participantes, atendiendo a la distribución espacial/territorial de los 9 distritos en los que se encuentra organizada la ciudad de Jaén. Un total de 20 grupos focales fueron llevados a cabo sobre los siguientes sectores poblacionales:
 - A) Proveedores de servicios públicos y privados (nueve grupos focales); B) Cuidadoras/es, profesionales y no profesionales (un grupo focal); C) Personas Mayores con y sin discapacidad (nueve grupos focales); D) Además, y aunque el protocolo no lo exige, se añadió un cuarto grupo, por la relevancia que podrían tener sus aportaciones ante los objetivos perseguidos, constituido por representantes políticos (un grupo focal).
- Paso 2. Diseño de los ejes guía de los grupos focales y plantillas de recolección de datos. Las dimensiones de análisis seleccionadas del protocolo y sobre la que se mostrarán en la siguiente sección los resultados fueron: (1) Espacios al aire libre y edificios; (2) Respeto e inclusión social; (3) Participación social. Además, se añadió una última dimensión para recabar información sociodemográfica exclusivamente de las personas mayores participantes.
- Paso 3. Toma de contacto y desarrollo de los grupos focales.
- Paso 4. Proceso de transcripción y análisis de datos/información.

Para dar respuesta al objetivo abordado en la presente comunicación se realizó un análisis de contenido cualitativo de la información obtenida en los grupos focales en relación con las dimensiones previamente mencionadas (Forman y Damschroder, 2007), desde una perspectiva hermenéutica para enfatizar la interpretación de los mismos y el contexto en el que se generan (Wiklund et al., 2002).

3 Resultados y conclusiones

3.1 Participantes

Un total de 132 personas participaron en el estudio, de las cuales 57 (un 43,18%) son personas mayores. En relación con las principales características sociodemográficas del grupo de personas mayores, éstas aparecen sintetizadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas participantes mayores

| | <i>n</i> | % |
|--------------------------------------|----------|-----------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Mujer | 49 | 85,9% |
| Hombre | 8 | 14,1% |
| <i>Situación de empleo</i> | | |
| Trabajador/a tiempo completo | 1 | 1,7% |
| Trabajador/a media jornada | 1 | 1,7% |
| Jubilado/a | 55 | 96,6% |
| <i>Estado de salud autopercebido</i> | | |
| Excelente | 6 | 10,5% |
| Bueno | 17 | 29,8% |
| Normal | 21 | 36,8% |
| Débil/frágil | 13 | 22,8% |
| | <i>M</i> | <i>DE</i> |
| Edad | 72,5 | 8,8 |

Nota. M = media estadística; DE = Desviación Estándar. La perspectiva de género fue una constante durante el desarrollo del proyecto, quedando la muestra final del bloque de personas mayores constituida en un 85,9% por mujeres.

3.2 Principales resultados y discusión

Señalamos a continuación los principales hallazgos del análisis de contenido, así como una breve discusión de los mismos, agrupados en las siguientes categorías: espacios al aire libre y edificios; respeto e inclusión social; y participación. Se incorporan citas textuales y no textuales, las textuales van entre “” y en las no textuales se identifican al final del code como NT (no textual). El anonimato se garantiza en la codificación, sí que es posible conocer el perfil de quien emite el discurso, personas mayores (GFM), cuidadores/as (GC) y proveedores de servicio (GFP).

(1) Espacios al aire libre y edificios

De los diferentes grupos focales, pero principalmente de los constituidos por personas mayores, se desprende un sentimiento de inseguridad ciudadana en diferentes distritos que se ve influenciado por factores como: las limitaciones en aceras y en la accesibilidad al comercio de proximidad, por una iluminación insuficiente y por la escasa limpieza de parques.

Hace mucha falta el pasamanos o barandillas en la calle para nosotras las personas con discapacidad o mayores, que las aceras no sean con tanto hueco (GFM-D3-P11).

¹ = Distrito; P= Participante.

El acerado provoca numerosas caídas y tropiezos, se debería tener un canal de comunicación (como un número de teléfono) al que poder trasladar estas cuestiones que son un peligro, como un árbol a punto de caerse por ejemplo (GFM-D7-NT).

Así, y siguiendo las surgencias del Protocolo Vancouver, la participación de las personas mayores es un elemento clave ante las mejoras de amigabilidad de la ciudad. Dar voz a este grupo poblacional supone involucrarnos en procesos de codiseño y cocreación de valor, que mejorarán el debate democrático y empoderarán a la ciudadanía (Kudo, 2016).

Los comercios deberían estar informados de las ayudas económicas que les permiten hacer accesibles sus accesos si la hubiese (NT).

(2) Respeto e inclusión social

Las sensaciones manifestadas apuntaban a unas relaciones sociales sólidas en barrios históricos, zonas donde las personas mayores han vivido durante mucho tiempo y en las que se han ido constituyendo redes de apoyo y amistad basadas en una amplia interactividad comunitaria. En los barrios de nueva creación, y con la aparición de vecinos/as más jóvenes, se percibe un detrimento de la interactividad vecinal y de la conciencia comunitaria, presentándose así nuevas fórmulas de discriminación por edad (edadismo). En este sentido, los/as participantes del grupo de proveedores de servicios consideran que las actividades y programas intergeneracionales pueden tener aportes significativos a la hora de revertir estas situaciones.

Y sería muy bonito que los jóvenes acompañaran a las personas mayores. Aprenden ellos de nosotras y nosotras de ellos (GFP-D7-P1)

Se debería hacer que los niños compartan más experiencias con los mayores o que los mayores vayan a los colegios. Y que ahí participasen los que quieran, como una actividad voluntaria (GFP-D7-P2)

(3) Participación social

Una ciudad amigable con las personas mayores es aquella que potencia y pone en valor la participación de las mismas como elemento vertebrador de la promoción del bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, existen barreras que pueden limitar la capacidad para la participación en actividades sociales como pueden ser la falta de movilidad, la disminución de la salud física o psíquica, la falta de acceso a transporte o servicios públicos. Los resultados mostraron las diferentes dificultades sobre movilidad y accesibilidad que tienen los/as ciudadanos, concretamente las personas mayores. Muchos de estos inconvenientes estructurales para la participación quedaban ligados con las limitaciones en las rutas y accesibilidad en los medios de transporte, los problemas para recibir una adecuada atención en los servicios sociales y de salud de la ciudad, donde se acusaban unas amplias listas de espera, y barreras en la atención presencial derivadas de la digitalización y despersonalización de la atención, aunque esta idea era además ampliable en otros servicios como son las entidades bancarias. Entre las propuestas y solicitudes destacan aquellas en las que se solicitaba una mayor inversión y recursos para mejorar los niveles de atención presencial o la creación de servicios de ayuda.

La administración debe dotar de recursos a Jaén para que haya un mayor número de personal de atención en los centros de salud (GFM-D6-NT).

Para que los mayores puedan participar de las actividades de ocio y de otras cosas, salir a la calle solos muchas veces... que es tan importante todo eso... hay que valorar que alguien los pueda acompañar y/o llevar, por ejemplo, la ayuda a domicilio. Pero para eso se necesitan más horas de ayuda a domicilio (GFC-D1- P5)

4 Conclusiones

El constante incremento de ciudades españolas adheridas a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores evidencia un claro compromiso nacional por la mejora de la calidad de vida y el bienestar de este grupo poblacional, cumpliendo así con lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud sobre preparar los sistemas sociales y de salud para aprovechar este reto demográfico. En esta primera fase de evaluación y diagnóstico de necesidades desarrollada para el I Plan municipal, Jaén Ciudad Amigable con las Personas Mayores, se han alcanzado unos hallazgos prometedores, sin embargo, en los próximos años, durante el desarrollo del plan de acción será necesario potenciar la participación de las personas mayores al objeto de dar una respuesta adaptada a sus necesidades y demandas.

Las actuaciones que han sido diseñadas por el equipo promotor para la implementación del plan de actuación recogen acciones concretas dirigidas a:

1. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Haciendo hincapié en la necesidad de crear y mejorar los espacios públicos para que sean accesibles y seguros; un transporte público adaptado a las necesidades de las personas mayores, así como un estudio y rediseño de rutas; y nuevas medidas para mejorar los procesos de atención y citas de los servicios sociosanitarios.
2. Promover la participación social. Haciendo eco al conjunto de la población jienense sobre los aportes que pueden realizar las personas mayores a la sociedad y concretamente a la vida urbana. Jaén, como ciudad amigable con las personas mayores debe poder ofrecer espacios público que potencien las relaciones intergeneracionales, donde las personas puedan encontrarse y participar en actividades culturales, deportivas y sociales.
3. Incrementar las posibilidades de contribución económica. Desarrollar una conciencia ciudadana sobre la fuerza económica que pueden aportar las personas mayores a la ciudad, si se les da acceso al empleo, servicios y oportunidades, pudiendo ejercer un papel activo y directo en la economía local, o convirtiéndose en asesores de nuevos emprendedores.
4. Conserva y mejorar los niveles de salud y bienestar. La ciudad de Jaén, como ciudad amigables con las personas mayores, debe cuidar de aquellos espacios verdes y entornos seguros que inciden en el fomento de la actividad física y la movilidad, como pueden ser los parques biosaludables, que promueven el desarrollo de la actividad física y la movilidad, lo que puede contribuir a prevenir enfermedades y a mantener una buena salud mental.

Referencias bibliográficas

- Fitzgerald, K.G., y Caro, F.G. (2014). An Overview of Age-Friendly Cities and Communities Around the World. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 1-18. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786>
- Forman, J., y Damschroder, L. (2007). Qualitative Content Analysis. *Advances in Bioethics*, 39-62. [https://doi.org/10.1016/s1479-3709\(07\)11003-7](https://doi.org/10.1016/s1479-3709(07)11003-7)
- Kudo, H. (2016). Co-design, Co-creation, and Co-production of Smart Mobility System. *Lecture Notes in Computer Science*, 551-562. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40093-8_54

- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (2021). *España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Ministerio de la Presidencia. <https://futuros.gob.es/nuestro-trabajo/espana-2050# block-paginaespana2050bloque3es>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *WHO Age-friendly Cities Project Methodology Vancouver Protocol*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-age-friendly-cities-project-methodology-the-vancouver-protocol/>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. <https://www.paho.org/es/documentos/ciudades-globales-amigables-con-mayores-guia>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *The Global Network for Age-friendly Cities and Communities*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Década del Envejecimiento Saludable 2021- 2030*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- United Nations (2020). *World Population Ageing 2020*. doi: <https://doi.org/10.18356/9789210051934>
- Wiklund, L., Lindholm, L., y Lindström, U. Å. (2002). Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. *Nursing inquiry*, 9(2), 114-125.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El reto de defender los derechos de las personas mayores durante la pandemia del Covid-19. Estudio RIDPA, el caso portugués

Ana M. Guillén, Universidad de Oviedo

Rodolfo Gutiérrez Palacios, Universidad de Oviedo

Yolanda de la Fuente, Universidad de Jaén (ymfuente@ujaen.es)

David Luque Balbona, Universidad de Oviedo (luquedavid@uniovi.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El Estudio “RIDPA - Recherche Internationale sur les Droits des Personnes Âgées en situation de pandémie COVID-19” - tiene como objetivo explorar el impacto de la crisis sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-19 en 2020 en los derechos de las personas mayores. La investigación cuenta con un equipo internacional y multidisciplinar de 44 investigadores de 18 países de 4 continentes. El objetivo del proyecto está relacionado con el análisis de las respuestas de políticas públicas y el ejercicio de los derechos de las personas mayores en diferentes países. En esta comunicación hablaremos del caso portugués. El estudio se realizó entre enero de 2020 y junio de 2022. Las metodologías utilizadas fueron: 1/ análisis de los datos cuantitativos oficiales del Ministerio de Sanidad; 2/ entrevistas a actores clave (decisiones públicos y privados, sociedad civil y comunidad científica) y 3/ análisis de la prensa nacional (137 noticias), mediante análisis temático con el programa NVIVO. En Portugal las medidas contra la COVID-19 profundizaron el impacto de la segregación y exclusión social de las personas mayores en áreas fundamentales como el derecho a la salud; a la libre circulación; a las visitas y a la convivencia social, y también el derecho a la ciudadanía, participación y consentimiento.

Autores: Filomena Gerardo¹, Inês Filipe¹, Sibila Marques², Jean-Philippe Viriot- Durandal³

Afiliación: ¹Dinâmia CET-IUL, ²CIS-IUL, ³Université de Lorraine

Correo electrónico: Filomena.Gerardo@iscte-iul.pt

Palabras clave

Exclusión social, edadismo, personas mayores, derechos, COVID-19

1 Introducción/descripción general

El informe 2011 del Secretario General reconoce por primera vez los problemas y desafíos en el campo de los derechos humanos de las personas mayores (...). Los desafíos mencionados demandan una perspectiva de derechos humanos, igualmente relevante para países desarrollados y países en vías de desarrollo. Esos mismos problemas, ya identificados en 2011, en tiempos de pandemia todavía se incrementaron. Destacamos dos de ellos:

- **“Falta de servicios y medidas específicas.** Frente a la demanda creciente de servicios especializados, la oferta continúa siendo insuficiente. Las personas mayores requieren centros de cuidado y atención, programas de cuidado a largo plazo, incluyendo en sus propios hogares, así como servicios geriátricos u otros que permitan garantizar el ejercicio de una amplia gama de derechos humanos.

- **Discriminación.** En diferentes países del mundo los estereotipos y prejuicios sobre las personas mayores son tolerados socialmente. La discriminación por edad tiende a combinarse con otras, como la discriminación por sexo, raza o etnicidad, religión, discapacidad, condiciones socioeconómicas o estado de salud, lo cual impacta negativamente en el ejercicio y disfrute de los derechos humanos por parte de las personas adultas mayores.” (Informe de Naciones Unidas A/66/173)

En Portugal, las medidas para combatir la pandemia de COVID-19 dieron como resultado la segregación por edad. La segregación institucional por edad ocurre cuando las normas institucionales incluyen la edad cronológica como criterio de elegibilidad para participar con la segregación social intergrupala exacerbada por las prácticas institucionales (Hagestad, 2006). En el contexto de la pandemia portuguesa, el uso del criterio de edad y grupos de edad permitió al Gobierno anclar medidas y programas de protección social. Desde el principio, se percibió que el virus afectaba particularmente a los ancianos, con tasas de mortalidad más altas. La preocupación por este colectivo motivó la creación de medidas especiales para este grupo de edad. Sin embargo, estas medidas limitaron algunos de los derechos de las personas mayores en diferentes ámbitos de su vida privada y social. Una versión agravada de la segregación espacial por edad se produjo en los hogares y espacios dedicados a las personas mayores. El proyecto "RIDPA - Recherche Internationale sur les Droits des Personnes Âgées en situation de pandémie COVID-19" tiene como objetivo demostrar cómo la segregación por edad y la segregación espacial han impactado el derecho de las personas mayores a la atención y la salud, el derecho a la libertad de circulación, el derecho a las visitas y la convivencia social, así como el derecho a la participación y consentimiento cívicos.

2 Metodología

El estudio se realizó en tres fases: 1) estudio de indicadores sociodemográficos y de la pandemia de COVID-19, así como de las políticas públicas adoptadas con miras a la elaboración de un perfil nacional, 2) realización de entrevistas a actores sociales y 3) análisis desde la prensa a noticias de tres diarios portugueses en formato digital. El análisis del Perfil Nacional se basó en un cuadro metodológico, compuesto por la Cédula de Identidad del país (indicadores demográficos) y las Políticas Públicas dirigidas a las personas mayores durante la pandemia (específicamente en 4 ejes/derechos). En cuanto a la metodología de las entrevistas, el proyecto fue sometido al consejo de ética del ISCTE-IUL que, por deliberación, no permitió la grabación de audio de las entrevistas, porque la voz es considerada un elemento personal que se puede reconocer. Las entrevistas, basadas en un guion propuesto por el grupo metodológico del proyecto, fueron realizadas por un investigador, mientras dos miembros del equipo tomaban notas. En cuanto a los actores sociales, se entrevistó a los siguientes:

1. Asociación de la Prensa Portuguesa (Nivel Nacional)
2. Proyecto de Desinformación de Adultos Mayores (Nivel Regional)
3. Orden de Enfermeras (Nivel Nacional)
4. Presidente de una Misericordia (Nivel Regional)
5. Oficina de Acción Social de la União das Misericórdias Portuguesas (Nivel Nacional)
6. Red de Universidades Mayores (Nivel Nacional)
7. Dirección de Servicios para la Tercera Edad de la Santa Casa da Misericordia de Lisboa (Nivel Regional)
8. Caritas Portuguesa (Nivel Nacional)

9. Gestión de estructuras para personas mayores (Nivel Nacional)
10. Departamento de Políticas Públicas y Ciencia Política de una Institución de Educación Superior (Nivel Regional)

El análisis de prensa se basó en una tabla de análisis propuesta por el grupo metodológico, seleccionando inicialmente los diarios de mayor circulación digital, según la Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação (APCT), a saber, Jornal de Notícias y Público (diarios) y Expresso (semanario), Búsqueda por palabras clave: personas mayores; derechos; cuidado; salud; circulación; social; visitas; ciudadanía y consentimiento. Las palabras clave se combinaron entre sí para garantizar el mayor número posible de resultados. Se recolectaron 137 noticias a través de la extensión web Ncapture del programa NVIVO. Finalmente, se realizó un análisis temático simplificado, con la categorización de las noticias en temas y subtemas.

3 Resultados y conclusiones

En cuanto al Perfil Nacional, se recogieron algunos indicadores respecto al COVID-19 (Direção-Geral da Saúde, 2020), a saber, el número de defunciones (99.356 entre el 2 de marzo y el 27 de diciembre de 2020), con 12.852 defunciones más que en la misma fecha, en los últimos 5 años. Del total de muertes, 49.453 fueron hombres y 49.903 mujeres. Más del 70 % de las muertes se produjeron en personas de 75 años o más: 10 886 (personas mayores de 75 años) y 8038 (personas mayores de 85 años). Los mayores aumentos de muertes se produjeron en la región Norte, seguida del Área Metropolitana de Lisboa. Además de estos indicadores, también se añadieron datos sobre la evolución de los confinamientos y estados de alarma, así como de las medidas de salud pública adoptadas.

1. Derecho de acceso a la atención sanitaria

En cuanto al derecho de acceso a la salud, cabe señalar que los adultos mayores no fueron excluidos de la atención/urgencias sanitarias, pero la población mayor de 65 años terminó huyendo de los hospitales y citas médicas por temor al contagio, como se pudo verificar en una entrevista: “Los viajes al hospital estaban asociados a un grado de contagio muy alto (...)” (Entrevista 005). Las citas fueron canceladas, además de la redefinición de las reglas de acceso a la atención y la falta de seguimiento: “(...) todas las citas fueron canceladas (...), se pusieron más enfermos que antes” (Entrevista 006). A través del análisis de la prensa, se pudo comprobar la dificultad para acceder a la atención médica (n = 79): “En cuanto a las pruebas diagnósticas y estadificación del cáncer, también hubo un retraso, ya que se postergaron”, concluyendo además que “Ciertamente hubo un impacto muy grande en los pacientes con cáncer que aún no sabemos cuantificar» (*Público*, 6 de julio de 2020). Varios medios describieron el inicio del proceso de vacunación contra la COVID-19 (n=44): “Según propuesta de especialistas de la Dirección General de Salud, (...) personas entre 50 y 75 años con enfermedades graves, los trabajadores y usuarios de las residencias de ancianos y los profesionales de la salud involucrados en la prestación directa de cuidados deben ser los primeros en vacunarse contra la covid-19”. (*Público*, 27 de noviembre de 2020). Cabe señalar la dificultad que tienen las personas mayores con relación a las nuevas tecnologías: “Es una generación que no está acostumbrada a tratar con la tecnología, que tiene dificultad, por ejemplo, solo para contestar 'sí' por mensaje para reservar la vacuna.” (*Expresso*, 21 de junio de 2021, Periódico).

2. Derecho a la libre circulación

En cuanto al derecho a la libre circulación, las personas mayores no podían salir de sus residencias (ERPI) y los que aún residían en su domicilio solo conseguían salir a la calle por motivos importantes, como acudir a citas médicas o ir a comprar bienes de primera necesidad. En las entrevistas se reforzó que la libertad de movimiento estaba severamente limitada: “A los que no están encerrados en casas también se les cortó la libertad de movimiento, pero lo peor fue para los que estaban confinados en casas (...) la falta de contacto humano hizo una inmensa falta”. (Entrevista 002). También en el análisis de prensa fue posible analizar el tema del derecho a la libre circulación (n=3 diarios): “El Primer Ministro hizo un llamado, este jueves por la tarde, a las personas mayores de 70 años, así como a quienes padecen otras enfermedades, que se abstengan de salir de casa, salvo en situaciones excepcionales, como acudir a los establecimientos de salud, o acceder a servicios esenciales” (JN, 19 de marzo de 2020). Se verificó una protección desmedida que provocaba graves daños psicológicos y afectaba el bienestar general de los ancianos, quienes “(...) “han sufrido inmensamente” por la disminución de los contactos sociales (...) que repercuten negativamente en el cerebro” (*Público*, 12 de octubre de 2020).

3. Derecho a las visitas y vida social

Las personas mayores en residencias colectivas no tuvieron derecho a visitas durante los distintos confinamientos, habiendo pasado varios meses sin contacto social con sus familiares y amigos. Por otra parte, las personas mayores que residían en sus domicilios estaban sujetas al deber especial de protección de las personas mayores de 70 años, por lo que no podían asistir a los centros de día, universidades de mayores y comedores comunitarios, reduciéndose así sus contactos sociales. A través de las entrevistas realizadas, se constató que, en las residencias de mayores, las limitaciones eran importantes: “No solo estamos recortando los derechos de los adultos mayores, sino también de los que van a visitar y las conexiones que tienen estas personas con quienes están ahí (...)” (Entrevista 001). Otro entrevistado agregó que “hasta los presos en las cárceles tenían más contacto con el aire puro que los ancianos” (Entrevista 006). En el análisis de prensa, algunas noticias se refieren al aislamiento social (n=12) impuesto a las personas mayores, concretamente en centros de día o residencias de mayores: “Sabemos que muchos de los que acuden a los centros de día son personas en situación de aislamiento con relación a las redes sociales familiares, por un lado, porque son viudos, por otro lado, porque las familias trabajan y tienen su propia vida. Por tanto, con los centros de día cerrados, estas personas también están encerradas, solas, dentro de sus casas”. (Expreso, 4 de abril de 2021). Para luchar contra el aislamiento, algunas personas mayores han recurrido a las nuevas tecnologías: “Creamos un grupo y todas las semanas, los ocho amigos, tenemos una reunión por Zoom. No es en el café, es en la red”. Y también empezó a tomar clases de gimnasia y universitarias en vivo y por videoconferencia. “No es lo mismo, pero ayudó mucho. Era una forma de ver gente amable”. (JN, 12 de enero de 2021).

4. Derecho a participar en las decisiones y consentimiento

Fue posible verificar que la opinión de los ancianos no fue tomada en cuenta en la elaboración e implementación de las medidas que fueron específicamente destinadas a ellos. En las entrevistas se resaltó con relación a la situación en la que un anciano va a una residencia colectiva que este “(...) se convierte en un número, no eliges nada - lo que te pones, lo que comes, lo que ves en la televisión.” (Entrevista 006). Aunque en opinión de otro entrevistado, de la prensa portuguesa, este grupo social tuvo “(...) siempre el derecho a la información”, pero que a pesar de eso “(...) realmente no pudieron decidir mucho, pero nosotros tampoco

(prensa), estábamos obligados a cumplir con las reglas”. (Entrevista 008). Para otro entrevistado, la población anciana no tenía “voz activa” (Entrevista 003). Hubo intentos de organizar asociaciones colectivas, pero “No hubo preocupación por parte de las entidades de escuchar a los representantes” (Entrevista 010). Por otro lado, varios artículos de prensa destacan la importancia de la contribución de los mayores a la sociedad: “La contribución de los mayores sigue siendo objeto de importantes reflexiones en todas las civilizaciones. Aceptar la diversidad de valores significa deshacer el tejido social de solidaridad entre generaciones y destruir la sociedad entera. No es posible dejar a la generación que luchó contra las dictaduras, trabajó por la reconstrucción después de la guerra y construyó Europa para morir”. (*Público*, 23 de mayo de 2020). La reducida participación de la población anciana en la sociedad puede atribuirse a la baja socialización en este sentido. En general, a esta generación no se le enseñó a expresar sus necesidades e insatisfacciones, ya que la mayoría vivió durante 40 años bajo un régimen dictatorial.

4 El papel de los medios de comunicación en la difusión de noticias discriminatorias

Después de realizar entrevistas con dos personas de la prensa portuguesa y analizar noticias en un período de pandemia, fue posible percibir, a través de la búsqueda de la palabra clave “derechos”, el número reducido de resultados contenidos en los motores de búsqueda de los periódicos seleccionados. Este resultado, por sí mismo, revela que los derechos de las personas mayores no están en el centro de las preocupaciones de la prensa y la sociedad portuguesa. Esto podría explicarse por el fenómeno del envejecimiento sutil, ya que la sociedad puede no percibir ciertas prácticas como discriminatorias hacia las personas mayores. Tal vez la falta de una especialización de los periodistas para

las cuestiones de la gerontología, la información sobre este grupo social se hizo visible desde un primer momento en los titulares de noticias que, por ejemplo, informaban sobre un virus que victimizaba especialmente a los mayores, contribuyendo a aumentar el grado de miedo de esta edad rango, pero también pasar una imagen de personas frágiles y que podían atascar los hospitales y ser un problema sociosanitario.

En el estudio RIDPA, fue posible percibir que las medidas de salud pública adoptadas llevaron no solo al aislamiento social de los ancianos, sino también a su exclusión etaria, espacial y digital. En términos digitales, el uso de las nuevas tecnologías como forma de superar el aislamiento y promover el acceso a servicios de salud, recreativos y otros, era inaccesible para la población con baja socialización digital y/o pocos recursos económicos, lo que aumentaba su exclusión. En cuanto a la representación social de las personas mayores, hubo una creencia generalizada de que las medidas adoptadas y la supuesta necesidad de protección contribuyeron a incrementar la discriminación por edad. También se enfatizó que, en todo el proceso de la pandemia, la opinión de los adultos mayores no fue tomada en cuenta en las medidas que les conciernen. En definitiva, es necesario promover buenas prácticas en materia de envejecimiento y combatir el envejecimiento para una sociedad más justa e igualitaria.

Referencias bibliográficas

Derechos Humanos de Personas Mayores, “Informe del Secretario General para la Asamblea “(A/66/173), Naciones Unidas. El informe está disponible en <http://www.un.org/Docs/> (Búsqueda por código: A/66/173)

Direção-Geral da Saúde. (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Hagestad GO, Uhlenberg P. (2006) Should We Be Concerned About Age Segregation?: Some Theoretical and Empirical Explorations. *Research on Aging*. 2006;28(6):638-653. doi:10.1177/0164027506291872

Marques, Sibila (2011) *Discriminação da Terceira Idade*, Livro, editora Fundação Manuel dos Santos, ISBN 9789898424228.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Personas migrantes envejecidas en España: una realidad caracterizada por la doble vulnerabilidad

Cristina Belén Sampedro Palacios, Universidad de Jaén (Cbsamped@ujaen.es)

Juana Pérez Villar, Universidad de Jaén (jpvillar@ujaen.es)

Francisco Luís Rodríguez Fernández, Universidad de Jaén (frodri@ujaen.es)

Trinidad Ortega Expósito, Universidad de Jaén (tortega@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Desde el momento del nacimiento, las personas inician un proceso de envejecimiento como precepto de su existencia. Intrínseco al ciclo vital, el proyecto de vida puede ser de diversa naturaleza en función de cada persona. Es ahí donde se identifican los procesos migratorios, que interactúan con las características personales como es la edad. Desde este estudio, se pretende vincular ambas realidades (edad y migración). Con el objetivo de revisar y describir las principales teorías que abordan el fenómeno de personas mayores migrantes en España. A través del análisis documental y teórico, mostrando datos y analizando hitos en el fenómeno del envejecimiento y la migración. A través de una metodología cualitativa de acuerdo a un estudio del estado de la cuestión. Los principales instrumentos de investigación, fueron el Software Refworks y las bases de datos WOS y Scopus. Como resultados, se establece una base teórica de referencia, en la que se exponen datos estadísticos sobre personas migrantes de edad y aquellos aspectos relevantes a su realidad. Las principales conclusiones muestran la necesidad de estudio del fenómeno de personas de edad migrantes. Y a la necesidad de protección por parte de las diferentes políticas de bienestar.

Palabras clave

Envejecimiento, migrantes, vulnerabilidad, cualitativa, España

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida, unido a las mejoras en la calidad de vida propicia que el desarrollo del proyecto vital se extienda cada vez más. Llegando a crear términos como el de gerontolescencia, para referirse a esa segunda adolescencia que es vivida por parte de muchas personas mayores. Tanto es así, que se podría decir que la edad, lejos de reprimir los proyectos, los hace cada vez más latentes (Dubois, 2023).

También, cuando se habla de migración las personas mayores forman parte de ella. Pues, en muchos casos, alcanzar cierta edad y el retiro laboral, es precisamente, el motivo de la migración. Casi siempre como forma de reagrupación familiar, en la que los cuidados, tanto de las personas mayores como de los/as descendientes, son necesarios (Pedone y Gil, 2008). Sea como sea, la migración de personas mayores es una realidad que ha de ser visibilizada. Sobre todo, por su carácter vulnerable (Cabieses, 2018).

Para la completa comprensión del fenómeno abordado, es necesario definir ambas realidades. Por un lado, las personas mayores son definidas como aquellas que tienen 65 años en adelante. Haciendo referencia a estimaciones, en las que se prevé que para 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrán 60 años o más. Indicador del inminente envejecimiento poblacional, en el que para 2050 se habrá pasado de un 12% de personas mayores de 65 años en 2015 a un 22% (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Por otro lado, la migración es comprendida como el desplazamiento de personas hacia otro lugar diferente a su lugar de residencia habitual. Ya sea dentro del propio país o fuera de las fronteras de este. Contemplando la gran diversidad de causas de la migración y su duración. Se estima que una de cada 30 personas es migrante, con un total de 281 millones de personas migrantes en el mundo (Organización Internacional para las Migraciones, 2023).

Dadas las definiciones y los datos expuestos, es de esperar que el colectivo de personas mayores se encuentre dentro del fenómeno migratorio. Sin embargo, a pesar de existir varias fuentes estadísticas con las que se pueden identificar a las personas mayores migrantes. No existen evidencias científicas que aborden la realidad de personas mayores migrantes. Así mismo, los planes de acción sobre envejecimiento son los que se aplican a toda la población mayor. Sin distinción de situaciones de vulnerabilidad en la mayoría de los casos. La etnicidad y cultural, al igual que el género es algo que se ha de implementar de manera transversal en estas acciones de protección. Pues, al igual que en las teorías de los cuidados transculturales de salud, se ha de garantizar una plena inclusión social de las personas mayores migrantes. Ya hayan envejecido en el país de origen o en el de destino. En síntesis, se podría decir que son escasos los antecedentes científico-teóricos sobre el tema (Global Migration Data Analysis Centre, 2023).

Es por ello, por lo que desde este estudio se pretende abordar ambas realidades (envejecimiento y migración). Con el objetivo de revisar las principales fuentes teóricas y describir el fenómeno personas mayores migrantes en España y en el mundo. A través, del análisis documental y teórico, de investigaciones, datos, planes de actuación. Y, en definitiva, todas las fuentes que puedan proporcionar una visión global del fenómeno estudiado.

2 Metodología

La metodología empleada en el presente estudio es de tipo cualitativo, de acuerdo a la naturaleza de los objetivos. Que implica el estudio del estado de la cuestión, a través de una revisión de la teoría que existe del fenómeno, hasta el momento (Hart, 1998).

Por lo que, se realizó una revisión de la literatura a través de bases de datos como Web of Science y Scopus, en el buscador Google Scholar, bases de datos estadísticas y páginas web de organismos oficiales internacionales y bases de datos nacionales. Utilizando como instrumento el Software Refworks, para la gestión de la información.

Las fases por las que ha transcurrido esta investigación han sido: I) Identificación del problema de estudio; II) Establecimiento de los objetivos; III) Identificación de la metodología; IV) Búsqueda de la información; V) Organización de la información; VI) Análisis de la información; VII) Generación de resultado y conclusiones.

3 Resultados

Los principales resultados obtenidos, tienen que ver, sobre todo, con datos sobre la población mayor extranjera en el mundo y en España. Además, de algunas actuaciones que enmarcan un plan de intervención y/o protección del colectivo de personas migrantes mayores.

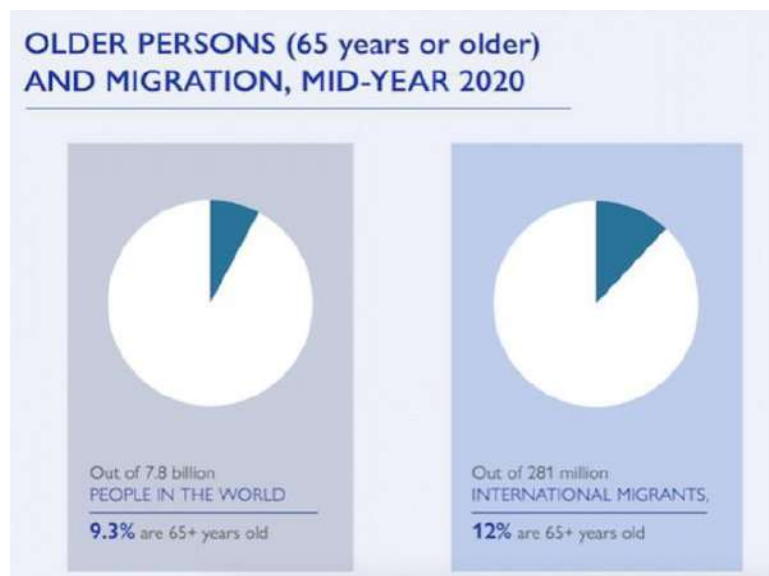
3.1 Datos sobre personas mayores migrantes

Según los informes del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES, 2021). A mediados de 2020, más del 12% de personas migrantes internacionales del mundo eran personas mayores. Lo cual equivale a 34,3 millones de personas.

Resultando ser mayor el número de mujeres mayores migrantes (6,8%) que de hombres (5,4%). Representando las mujeres el 56% de personas migrantes internacionales a modo general.

Figura 1. Migrantes mayores 2020.

Fuente: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2021).



De la misma manera, pero ahora sí atendiendo a datos a nivel nacional, se encuentran los datos que según el Instituto Nacional de Estadística (2023) español. Muestran que la población de personas migrantes mayores en 2023, cuyo motivo de la migración es la reagrupación familiar es de 110.088 personas. Contando con 41.169 hombres y 68.920 mujeres. Lo que implica que es el mayor el número de mujeres de edad que migran con el objetivo de reagrupación familiar. Sin embargo, cuando se trata de los datos de personas mayores migrantes en su total (diferentes motivos), el número de hombres es mayor (327.743 H) que el de mujeres (289.962 M). Lo cual da como total que, 617.705 personas son migrantes de edades comprendidas entre 65 años y más de 85, en España en la actualidad (Tabla 1).

Tabla 1. Migrantes mayores por motivos de la migración.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos INE, 2023

| <i>Motivos de la Migración</i> | <i>Migrantes por edad (De 65 años a más de 85)</i> |
|---|--|
| Por su jubilación | 88.779 |
| Por cambio de destino laboral | 15.502 |
| Por falta de empleo | 9.903 |
| En busca de un empleo mejor | 21.229 |
| Por razones políticas | 18.611 |
| Por razones religiosas | 387 |
| Por razones formativas o educativas | 5.950 |
| Por la calidad de vida | 116.932 |
| Por razones familiares (reagrupación) | 110.088 |
| Por el coste de vida | 59.735 |
| Por el clima | 113.785 |
| Por estancia temporal en país de tránsito | 2.291 |
| Por otras razones | 54.513 |
| Total | 617.705 |

Tal y como se muestra en la tabla, son muchos los motivos que empujan a las personas mayores a embarcarse en un proceso migratorio, además del de reagrupación familiar. Es por ello, por lo que, debido a su gran número, se requiere del estudio del fenómeno migratorio en personas mayores. Tal y como se realiza en este estudio, además por el elevado número que muestran los datos del INE, que significa que no son casos aislados.

3.2 Migración y edad en salud pública

Otro de los principales aspectos que rodean el fenómeno de personas migrantes de edad es el de la salud pública o el sistema de bienestar social. Pues, al igual que el resto de población autóctona, la salud es un derecho que no ha de ser vulnerado a la población migrante. En este sentido, son algunos los estudios que se encuentran sobre el abordaje del fenómeno de la salud como derecho a las personas migrantes, en los que se encuentra que la migración es un valor añadido a la sociedad y por ende debería de ser observada como tal. Partiendo del reconocimiento de la diversidad de etnia, cultura, idioma, edad, etc. como riqueza social y no como motivo de exclusión. Lo que genera situaciones de vulnerabilidad que obstaculizan el ejercicio de los derechos de las personas (Cabieses, Gálvez y Ajraz, 2018).

De manera más específica, las personas de edad migrantes requieren de esa atención por parte de la salud pública al que todas las personas tienen derecho. En este sentido, la experiencia de países con mayor trayectoria en la recepción de migración de edad. Muestra que las principales afecciones que han de ser atendidas son las relacionadas con la salud mental. Sobre todo, si se tiene en cuenta la migración como un determinante social de la salud. Aún con más peso, cuando se trata de una migración a una edad más alta, en la que el desarraigo y la asimilación de la nueva cultura encuentran mayores barreras de adaptación (Jansà, 2006). Pues, además, de la mano de la migración se encuentra la dificultad para el establecimiento de redes de apoyo y redes sociales y la pérdida de redes familiares (Sotomayor y Melgoza, 2013). Por lo que la adaptación en la atención sanitaria y social a personas mayores migrantes es esencial, tal y como muestran estos estudios (Cabieses, Gálvez y Arjaz, 2018).

3.3 Envejecimiento Internacional

Para asegurar que el colectivo de personas mayores y/o envejecidas en España migrantes, o que han retornado después de toda una vida como migrantes en otro país, tienen asegurados sus Derechos Humanos. Se requiere de una serie de legislación, normativa y políticas sociales que traten de dar respuesta a las necesidades que el fenómeno migratorio presenta. Teniendo en cuenta aquellas situaciones de doble vulnerabilidad como puede ser la migración en su vinculación con la edad mayor.

Una de las actuaciones que se han dado a nivel internacional, en el campo de los derechos de las personas mayores y que se puede considerar como un ejemplo perfecto en este estudio. Es la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid (España) en 2002, por la Organización de Naciones Unidas (2003). Con la que se establece la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). En que se plantean recomendaciones para la adopción de medidas para con las personas de edad y el desarrollo; El fomento de la salud y el bienestar en la vejez; Y la creación de un entorno propicio y favorable a una buena calidad de vida en personas con edad. Teniendo en cuenta y reflejando en el informe las situaciones de migración de las personas de edad como fenómeno a tener en cuenta. En 2020, se produjo el cuarto examen de la implementación del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en la que se trató de examinar las actuaciones y políticas sociales sobre envejecimiento.

Si bien, otro de los hitos, que preestablecen unas pautas a cumplir para con el envejecimiento y la migración son los Objetivos de Desarrollo sostenible y la Agenda 2030. En la que se identifica el envejecimiento poblacional como un reto al que dar respuesta. Específicamente en su objetivo 2. Hambre Cero, en la que se trata de asegurar la nutrición, teniendo especial inferencia en niños/as, adolescentes y personas mayores entre otras. En su objetivo 11. Ciudades y comunidades sostenibles, en su meta 11.2 y 11.7 en la que se proponen ciudades accesibles y amigables con las personas mayores, además de la proporción de espacios verdes y seguros. Haciendo extensible todos los ODS, pues en ellos se incluyen a todas las personas, con relación a la edad, el género, etc. (Rudge, 2020).

Por otro lado, se tienen en cuenta la migración, en la meta 10. Reducción de las desigualdades, en su meta 10.7 facilitar la migración segura, ordenadas, regulares y responsables a todas las personas a través de la aplicación de políticas sociales. Así como el su meta 10.2 en la que se promueve la inclusión social, económica y política de todas las personas sin distinción de edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión u otras condiciones. Lo cual deja ver esa vinculación entre migración y edad dentro de los ODS y la agenda 2030 (Organización de Naciones Unidas, 2023).

Ambos hitos son un eje transversal a aplicar a todas aquellas actuaciones que diseñen los países para dar respuesta a las necesidades de personas de edad en situación de migración. Ya sea desde el ámbito internacional o nacional.

4 Conclusiones

A partir de los resultados y de las propias limitaciones del estudio, como es la falta de base teórica sobre el fenómeno estudiado, se pueden determinar como principales conclusiones:

- En primer lugar, se requiere de estudio del fenómeno de personas mayores migrantes, por parte de la comunidad científica para generar una base de conocimiento y proporción de datos.

- En segundo lugar, que la doble vulnerabilidad que viven las personas migrantes de edad limita sus derechos e inclusión social. Por lo que, es un reto la protección a las personas mayores migrantes, en los sistemas de bienestar social, por parte de las administraciones estatales.
- En tercer lugar y último, es una oportunidad de estudio y especialización por parte del Trabajo Social en el fenómeno sobre personas mayores migrantes. Como disciplina científica y práctica de las ciencias sociales.

Referencias bibliográficas

- Dubois, E. F. (2023). *Buenas prácticas para mayores: Cómo vivir y aprovechar la nueva longevidad*. Editorial Galerna.
- Pedone, C., y Gil, S. (2008). Maternidades transnacionales entre América Latina y el Estado español. El impacto de las políticas migratorias en las estrategias de reagrupación familiar. En Solé, C., Parella, S. y Cavalcanti, L. (Coordinaodres) *Nuevos retos del transnacionalismo en el estudio de las migraciones*, 149-176.
- Cabieses, B., & Obach, A. (2018). Explorando la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(4), 109-119. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/336>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y Salud*. OMS. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Internacional para las Migraciones. *Definición de la OIM del término "Migrante"*. OIM. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>
- Global Migration Data Analysis Centre. (2023). *Migración y vulnerabilidad*. OIM. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/personnes-agees-et-migration>
- Hart, C. (1998). *Doing a literature review*. Sage Publications
- Gómez, E., Fernando, D., Aponte, G. y Betancourt, L. A. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*, 81(184). pp. 158-163. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49630405022>
- DAES. (2021). *International Migrant Stock. United Nation*. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Inmigrantes por edad, sexo, según motivos de traslado a España*. INE. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=22198#!tabs-tabla>
- Cabieses, B., Gálvez, P., y Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 285-291. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>
- Jansà, J. M. (2006). Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20, 10-14. <https://doi.org/10.1157/13086021>
- Sotomayor, U. H. Á., & Melgoza, J. T. (2013). Migración y vejez: una mirada desde las representaciones sociales. *Cimexus*, 5(2), 149-161. <https://acortar.link/nJuVpC>
- Organización de Naciones Unidad. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002* [Informe]. <https://n9.cl/g27yc>
- Rudge, M. (2020). El envejecimiento y los objetivos del desarrollo sostenible: Mensajes clave para garantizar políticas que incluyan la edad. HelpAge International. Recuperado el 11 de mayor de 2023, de <https://www.helpage.org/silo/files/el-envejecimiento-y-los-ods-mensajes-clave-para-garantizar-polticas-que-incluyan-la-edad.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2023). *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015*. ONU. Recuperado el 10 de mayor de 2023, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Envejecimiento de la población brasileña, inseguridad alimentaria y las políticas públicas de garantía al derecho a la alimentación

Claudia Juzwiak, Universidad Federal de São Paulo (claudia.juzwiak@unifesp.br)

Claudia Soar, Universidad Federal de Santa Catarina (claudiasoar@hotmail.com)

Mabel Gracia-Arnaiz, Universitat Rovira i Virgill (mabel.gracia@urv.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En Brasil, la expectativa de vida al nacer ha aumentado, caracterizando un proceso de envejecimiento de la población. Las PM representan un grupo vulnerable con elevada prevalencia de enfermedades crónicas y costos con la salud mientras una proporción importante reciben bajo ingresos personales y se han convertido en responsables por los gastos familiares. Con el fin de reflejar sobre las políticas públicas sociales dirigidas a la población de personas mayores (PM), con énfasis en la alimentación y nutrición resaltase como marco legal, el Estatuto de las PM (2003) reúne diferentes áreas de los derechos fundamentales y de protección social, incluyendo la seguridad alimentaria. Un conjunto de acciones que incluyen la creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la consolidación de una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional consolidó avances en Brasil que en 2014 logró salir del mapa del hambre. Sin embargo, el desmantelamiento de varias políticas sociales entre 2019-2022 y la pandemia de COVID-19, generaron aumento en la proporción de personas en situación de inseguridad alimentaria en la población general y adulta mayor. Es fundamental en este momento que se rescaten acciones para proteger el derecho a la alimentación, con foco en las PM.

Palabras clave

Personas mayores, políticas sociales

1 Introducción

El envejecimiento se caracteriza como un proceso fisiológico y continuo que representa una etapa natural de la vida. Sin embargo, el envejecimiento puede representar un período de mayor vulnerabilidad tanto biológica como socioeconómica y psicosocial (de Freitas et al., 2022), principalmente en países como Brasil, que son históricamente marcados por desigualdades sociales y dificultades de que derechos fundamentales sean atendidos (Menezes et al, 2010). Ante este escenario debe asegurarse que las políticas públicas dirigidas a este público sean foco de atención.

Según la FAO (1996), “seguridad alimentaria”, significa asegurar que todos tengan acceso a alimentos básicos de calidad y cantidad suficientes, sin comprometer otras necesidades esenciales. Pobreza, degradación ambiental, guerras, falta de inversión en agricultura, políticas insuficientes o inadecuadas, inestabilidad de los mercados y el desperdicio de alimentos son factores que afectan la realización de la seguridad alimentaria (Aulestia-Guerrero & Capa-Mora, 2020; FAO, 2022) y han sido considerados en estrategias para prevenir el hambre en el mundo. Como ejemplo, el establecimiento de uno de los objetivos para el desarrollo sostenible (ODS) propuesto por la Organización de las Naciones Unidas para el período de 2015-2030 que visa “poner

fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición y promover la agricultura sostenible” (UN, 2015).

Con el fin de reflejar sobre las políticas públicas sociales dirigidas a la población de personas mayores (PM), con énfasis en la alimentación y nutrición, en este artículo se evidencian aspectos sobre el proceso de envejecimiento en Brasil y se resumen las principales leyes y políticas dirigidas a este grupo de edad.

2 Metodología

Como parte de las actividades del proyecto Comer Importa¹, esta comunicación se trata de un relevamiento de la producción científica disponible para la (re)construcción de redes de pensamientos y conceptos que articulan informaciones sobre el envejecimiento en Brasil y las políticas dirigidas a la población mayor (PM), específicamente con relación a la garantía al derecho a la alimentación.

3 Resultados

3.1 El proceso de envejecimiento de la población brasileña

Por muchos años Brasil se ha caracterizado como un país joven, con gran crecimiento poblacional y elevada proporción de la población entre 0-14 años. Sin embargo, principalmente desde la década de los años 70, las tasas de fecundidad y natalidad han disminuido, con reducción del crecimiento de la población, siendo de aproximadamente 1,3% al año, desde los años 1990 (Tavassos et al., 2020). Mientras tanto, hubo también disminución de la tasa de mortalidad y, en consecuencia, la expectativa de vida al nacer ha aumentado, caracterizando un proceso de envejecimiento de la población (Oliveira, 2019; Travassos et al., 2020).

Para ejemplificar esa situación, datos de la Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Continuada (PNAD) indican que entre 2012 y 2021 hubo un aumento de 11,3% para 14,7% en la población de PM (con 60 años o más), mientras hubo una reducción de 5,4% de personas con menos de 30 años (IBGE, 2022).

Considerando la población total de Brasil en 2020 y que aproximadamente 14% eran PM, en números absolutos esto representaba 30,1 millones de PM, con una proporción más grande de mujeres, resultante de una tasa de mortalidad más alta entre los hombres y mayor expectativa de vida al nacer de las mujeres (Travassos et al., 2020).

Otro indicador de interés y que también apunta para el crecimiento de la población mayor en Brasil es el índice de envejecimiento, definido como “número de mayores de 60 años o más, para cada 100 personas menores de 15 años, en la población residente en un área geográfica determinada, en el año considerado” (SISAP, s/d). El crecimiento de este índice, como se puede ver en la Figura 1, supone que la transición demográfica está avanzando y confirma el número más grande de mujeres mayores que hombres en la población.

¹ Proyecto ID+ ref. PID2019-104253RB-C21 y PID2019-104253RB-C22, en colaboración del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universitat Rovira i Virgili con el Departamento de Antropología Social de la Universitat de Barcelona.

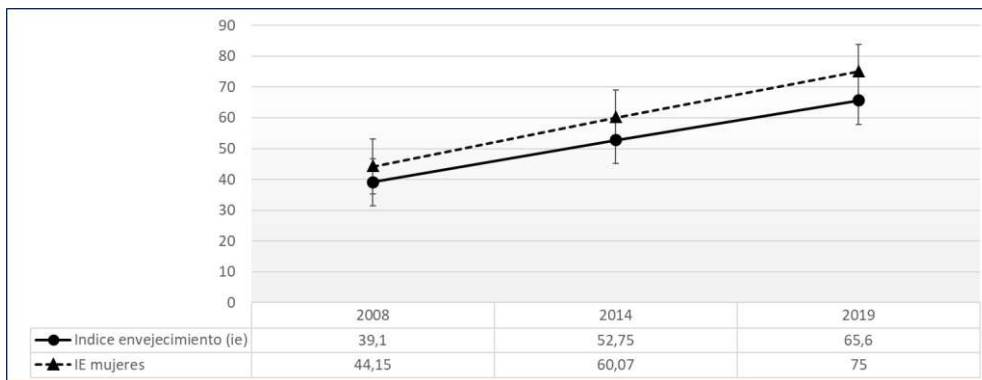


Figura 1. Índice de envejecimiento general y de mujeres en Brasil (2008-2019)

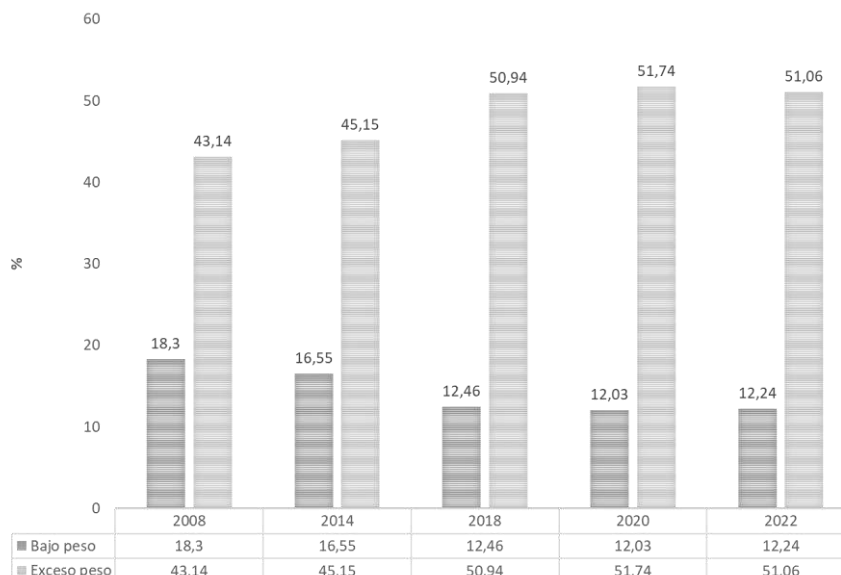
Fuente: SISAP (s/d)

3.1.1 Aspectos nutricionales y socioeconómicos

Con una población de ancianos más grande se está observando una transición de la mortalidad, ahora más prevalente entre las personas con más edad y sus causas también más relacionadas a enfermedades más comunes durante el envejecimiento, o sea, una transición epidemiológica, consecuencia de la transición demográfica y también de la transición nutricional: pasamos a encontrar mayor prevalencia de enfermedades crónicas, principalmente de la obesidad y de las enfermedades a ella asociadas, como por ejemplo el diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares (Soar, 2015; Oliveira, 2019), que conllevan elevados costos con la salud.

Aunque la elevada prevalencia de exceso de peso, el bajo peso todavía está presente, caracterizando una doble carga de enfermedades relacionadas a la alimentación, como indicado en la Figura 2.

Figura 2. Prevalencia de enfermedades relacionadas a la alimentación en personas mayores en Brasil (2008-2022).



Fuente: SISAP, s/d

Una proporción importante de PM se han convertido en responsables por los gastos familiares. Travassos et al (2020) informan, a partir de datos del IBGE de 2019, que, en 2018, 50,3% hogares tenían PM como cabezas

de familia y que, entre los hogares unipersonales, el 15,2% eran de hombres mayores frente al 23,2% de mujeres mayores, una vez más resaltando la feminización del envejecimiento y sus consecuencias.

Una manera de valorar la situación de vulnerabilidad es identificar la proporción de adultos mayores con bajo ingreso per cápita mensual del hogar. En 2020, el 69% de las personas mayores de Brasil vivían con una renta personal mensual de hasta 2 salarios mínimos, mientras que, en la población general, 59% vivían con este valor (Brasil, 2021). De hecho, representan el grupo de edad con peor desempeño de la renta en los últimos trimestres de 2022, con una caída del 14,5% en la renta efectiva (de Carvalho, 2022).

3.1.2 Las políticas brasileñas enfocadas al envejecimiento y a la alimentación y nutrición

Entre las políticas sociales enfocadas al envejecimiento, como principal marco legal, resaltase la publicación en 1988 de la Constitución Brasileña que consolidó las políticas públicas de protección social para la población en general, incluyendo la población de PM. En este documento se establece el concepto de seguridad social, en el que la noción de protección social bajo la responsabilidad del estado asume una dimensión ampliada (Brasil, 2016).

En 1994 fue publicada la Política Nacional para las PM (Decreto nº1.948, 1996) que garantiza los derechos sociales de los ancianos, creando así condiciones para promover su autonomía, integración y participación efectiva en la sociedad. Hasta 2003 no se publica el Estatuto de las PM, que reúne diferentes áreas de los derechos fundamentales y de protección social, incluyendo la seguridad alimentaria (Lei nº10.741, 2003).

Otro marco importante fue la publicación en 2006 de la Política Nacional de Salud para las PM (Portaria nº2528, 2006) cuyo fin es recuperar, mantener y promover su autonomía e independencia, orientando para ello medidas de salud colectivas e individuales, de acuerdo con los principios y lineamientos del Sistema Único de Salud. La preocupación con la alimentación, hambre e (in)seguridad alimentaria en Brasil tiene una trayectoria de altos y bajos. La atención al problema del hambre existe desde la década de 1930 y estuvo marcada por la publicación del libro Geografía del Hambre de Josué de Castro en 1946. En la década de los años 1970 fueron creados varios programas de alimentación, pero solo en mediados de la década de 1980 varias movilizaciones sociales en el país tornaron el combate al hambre prominente en el escenario brasileño. En 1985 surgieron las primeras referencias al concepto de seguridad alimentaria en la agenda nacional. Lamentablemente, la década de los 1990 fue marcada por retrocesos en esta agenda (Del Espote et al., 2022).

Los esfuerzos iniciados en 2003 con procesos participativos y coordinados entre instituciones generaron políticas para la reducción del hambre y la pobreza, tales como los programas Hambre Zero, de Adquisición de Alimentos, Bolsa Familia, Agricultura Familiar y énfasis en acciones direccionadas al ya existente Programa Nacional de Alimentación Escolar (Del Espote et al., 2022).

La Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), cuya aprobación se dio en 1999 y que fue actualizada en 2011, tiene el objetivo de mejorar las condiciones alimentarias, nutricionales y de salud de la población brasileña, a través de la promoción de prácticas alimentarias adecuadas y saludables y la vigilancia alimentaria (Brasil, 2013). Esto originó, en 2006, el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN) y se consolidó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) en 2010 (Lei nº11.346, 2006). También en 2010, como nuevo marco fundamental, el derecho humano a la alimentación adecuada fue incorporado en la Constitución brasileña (Brasil, 2016). Es importante resaltar que las políticas y programas enfatizan patrones de producción y consumo sostenibles.

En 2011, el Plano Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional propuesto para 2012/2015, basado en las pautas de la PNSAN, tenía como uno de sus objetivos “promover la mejora de las condiciones socioeconómicas

y el acceso a la alimentación y nutrición de las personas mayores y personas con discapacidad en situación de pobreza, beneficiarias del Beneficio de Prestación Continuada (BPC), a través del acceso a la red de servicios de asistencia social, acciones de seguridad alimentaria y nutrición y otras políticas sectoriales” (CAISAN, p.51). El BPC, todavía vigente, está previsto en la Ley Orgánica de Asistencia Social y garantiza un salario mínimo mensual a los adultos mayores de 65 años o más (además de los discapacitados de cualquier edad) en cuyas familias, la renta per-persona del grupo familiar sea igual o inferior a un cuarto del salario-mínimo y que estén registrados en el sistema Cadastro Único (Brasil, 2022).

Esta serie de medidas consolidaron los avances en Brasil y en 2014 logró salir del mapa del hambre (FAO, 2014). La Figura 3 resume las principales políticas sociales para PM y alimentación y nutrición en Brasil.



Figura 3. Principales políticas sociales para PM y de alimentación y nutrición en Brasil

Sin embargo, aunque Brasil cuente con sólidas políticas direccionadas a la PM y a las cuestiones de alimentación y nutrición, todavía la implementación efectiva de estas políticas sigue siendo un desafío. Muchas PM enfrentan situación de vulnerabilidad, con dificultades para acceder a servicios de salud, vivienda adecuada, transporte e inclusión social (De Freitas et al., 2022).

Además, considerando el impacto de las acciones del gobierno en la gestión 2019-2022, con desmantelamiento de varias políticas sociales, además del impacto sobre la economía causado por la pandemia del COVID-19, hubo un importante aumento en la inseguridad alimentaria y que puede tener consecuencias sobre el estado nutricional y de enfermedades de la población mayor en los próximos años. La proporción de personas en inseguridad alimentaria tuvo un salto significativo en 2020 (Figura 4).

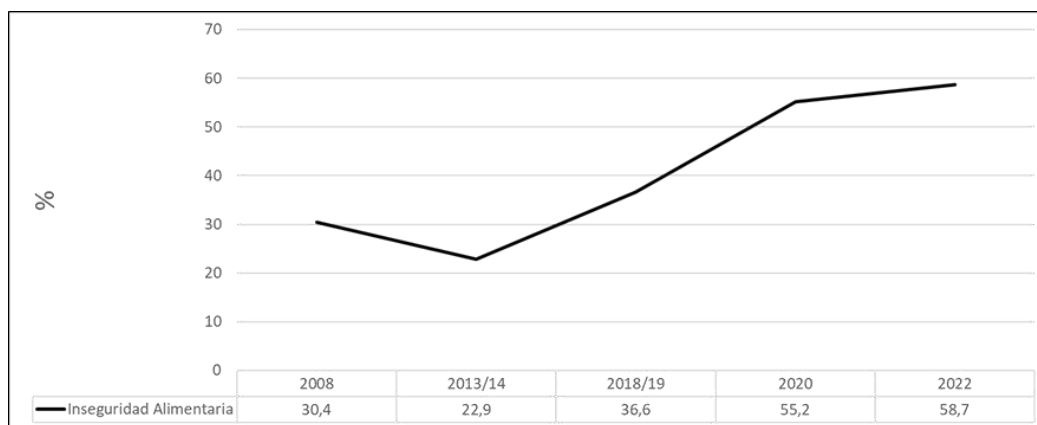


Figura 4. Inseguridad Alimentaria en la Población Brasileña.

Fuente: Rede PENSSAN (2021, 2022)

De la población general, 33,1 millones presentaron inseguridad alimentaria grave en 2022, un aumento de 60% con relación a 2018. No hay datos específicos para la población mayor sobre IA. Sin embargo, en domicilios brasileños en los cuales la persona de referencia tenía 65 años (representando 18,8% de los domicilios

investigados en 2020) la IA tuvo prevalencia de 46,8%, mientras que en domicilios con personas de referencia entre 18-49 años y 50-64 años la prevalencia fue de 58,5% y 57,3%, respectivamente (Rede PENSSAN, 2021).

Las PM han sido duramente afectadas, ya que constituyen un grupo de riesgo para la enfermedad. Las medidas de aislamiento social adoptadas durante la pandemia también han tenido un impacto en las políticas de alimentación, con interrupciones en la distribución de alimentos y el acceso a servicios de salud.

4 Consideraciones finales

Ante este panorama, es fundamental que se amplíen las políticas públicas que promuevan la inclusión social y mejoren la calidad de vida de las PM, garantizando el acceso a servicios de salud y asistencia social. Es necesario proteger el derecho a la alimentación, rescatando y fortaleciendo las políticas existentes, principalmente con relación a la discusión sobre sostenibilidad y transición ecológica, teniendo la población mayor como diana y participante.

Referencias bibliográficas

- Aulestia-Guerrero, E.M., & Capa-Mora, E.D. (2020). Una mirada hacia la inseguridad alimentaria sudamericana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(7), 2507-2517. DOI: 10.1590/1413-81232020257.27622018
- Brasil. (2016). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas.
- Brasil. Ministério da Cidadania. (2022). Benefício de Prestação Continuada (BPC). Acceso em 24 Mai, 2022. Disponible em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico (2022). Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim_epidemiologico_svs_2.pdf
- CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (2011). Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. Brasília, DF: CAISAN.
- de Carvalho, S.S. (2022). Mercado de trabalho - Retrato dos rendimentos e horas trabalhadas – resultados da PNAD Contínua do primeiro trimestre de 2022. Nota 25, IPEA.
- de Freitas, G.E., & et al. (2022). Situações de vulnerabilidade vividas pelo idoso: uma revisão narrativa. In: Siva, P.F. (org). Atenção primária à saúde no Brasil: avanços, retrocessos e práticas em pesquisa. *Científica Digital*. DOI: 10.37885/220308291.
- Decreto nº1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Del Esposte, J.D., Faria, E.L., Ferreira, A.M., Monelis, M.B., & Silva VR. (2002) A trajetória da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. In: Open Science Research III. *Científica Digital*. Doi.10.37885/220308407
- FAO (2014). The state of food insecurity in the world. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition. Roma: FAO. Disponible en: <https://www.fao.org/3/i4030e/i4030e.pdf>
- FAO (2022). The state of food insecurity and nutrition in the world. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome, FAO. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639en>.

FAO. (1996). Rome Declaration on World Food Security.

Disponibile en: <https://www.fao.org/3/w3613e/w3613e00.htm>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos moradores 2020-2021. IBGE. Disponible en: <https://static.poder360.com.br/2022/07/populacao-ibge-2021-22jul2022.pdf>.

Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União.

Lei nº11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União.

Menezes, M.F.G, & et al. (2010). Alimentação saudável na experiência de idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 13(2):267-275.

Oliveira, A.S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia*, 15 (31): 69-79.

Portaria nº2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União.

Rede PENSSAN. (2021). VIGISAN. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. Disponible en: <https://olheparaafome.com.br/pesquisa2020/>

Rede PENSSAN. (2022). II VIGISAN. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. Disponible en : <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>

SISAP-Idoso: Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS, Fundação Oswaldo Cruz (s/d). Disponible en: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/matriz-de-dimensoes>.

Soar, C. (2015). Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 18 (2):385-395.

Travassos, G.F., Coelho, A.B., & Arends-Kuenning MP. (2020) The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. *Rev. bras. Estud. Popul*, 37.

UN - United Nations. (2015). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development A/RES/70/1. Disponible en: sustainabledevelopment.un.org



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Ciudades amigables: políticas de accesibilidad como garantía de inclusión de las personas mayores

Cristina Díaz Román, Universidad de Jaén (cdiaz@ujaen.es)

M^a Dolores Muñoz de Dios, Universidad de Jaén (mdmunoz@ujaen.es)

Cristina Belén Sampedro Palacios, Universidad de Jaén (cbsamped@ujaen.es)

Francisco Luis Rodríguez Fernández, Universidad de Jaén (flrodri@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El aumento progresivo de personas mayores en las pirámides poblacionales, a nivel mundial, y su consecuente envejecimiento, ha puesto de manifiesto la necesidad de transformar el diseño de las políticas sociales, adaptándose a las necesidades emergentes de este sector de la población. Una de las propuestas, relacionada con la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas, es la creación de ciudades amigables con las personas mayores, que se encuentra incluida en la Agenda 2030 y en el apartado 11 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este tipo de ciudades está cada vez más presente en España, país adherido a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la OMS en 2010.

El objetivo de este trabajo es analizar los elementos que deben estar presentes en el diseño de una ciudad amigable con las personas mayores y estudiar el impacto de ello con respecto al envejecimiento activo y cobertura de necesidades de sus habitantes.

Se utiliza una metodología cualitativa, con un planteamiento fenomenológico. Para ello, se emplean fuentes secundarias de impacto científico y se recogen también datos primarios a través de entrevistas y grupos focales.

Como conclusión, la rápida transformación de la población acontecida en España ha mostrado que las necesidades y demandas de las personas mayores han cambiado. Para poder abordarlas desde todos los ámbitos, la solución más integral y transversal es el diseño de los servicios y los espacios de la ciudad bajo los criterios de accesibilidad universal. La transición de las ciudades hacia el nuevo paradigma supone un gran reto. Sin embargo, enfrentarse a dicha variación supone la inclusión social plena de un porcentaje elevado de la población que, previsiblemente, seguirá aumentando, convirtiéndose, aún más, en el sector población mayoritario. De este modo, las ciudades dan respuesta a las necesidades de la población, en su conjunto por lo que integrar políticas de accesibilidad supone una garantía de inclusión

Palabras clave

Envejecimiento, igualdad, accesibilidad universal, diseño para todas las personas, ciudades amigables

1 Introducción

En un mundo en constante evolución, las poblaciones envejecen a un ritmo sin precedentes. A medida que la esperanza de vida aumenta y las generaciones mayores continúan creciendo en número, surge una preocupación creciente por garantizar que estas personas disfruten de una calidad de vida plena y participativa (Pérez y Gilsanz, 2022). En este contexto, el concepto de "ciudades amigables para las personas mayores" se ha convertido en un tema central en la planificación urbana y el diseño de comunidades (Organización Mundial

de la Salud, 2015). Estas ciudades se esfuerzan por crear entornos que no solo sean accesibles y seguros para las personas mayores, sino también enriquecedores y en sintonía con las necesidades cambiantes de esta población (Samper, 2003). Además, la implementación de políticas sociales sólidas desempeña un papel fundamental en la creación de ciudades verdaderamente amigables y en el respaldo de una calidad de vida equitativa para todas las edades (Rodríguez-Porrero y Gil, 2014).

En las últimas décadas, el paradigma de diseño urbano ha ido evolucionando para reconocer la importancia de la diversidad demográfica (Fernández y De la Fuente, 2023). Las ciudades amigables para las personas mayores buscan, no solo abordar las necesidades específicas de esta población, como la accesibilidad física o los servicios de atención médica, sino también fomentar la inclusión social y el envejecimiento activo (Castellón, Hernández, Román, y Cano, 2020; IMSERSO, 2022). Estos lugares buscan romper con los estereotipos negativos relacionados con la vejez y promover una visión de comunidad intergeneracional. Donde las personas mayores se sientan valoradas y puedan contribuir con su experiencia y sabiduría, sin atender al edadismo (Medina, 2018).

En una ciudad amigable para las personas mayores, es común encontrar parques bien mantenidos con bancos para descansar, aceras anchas y sin obstáculos, sistemas de transporte público accesibles, y una amplia gama de oportunidades recreativas y culturales. Estos elementos no solo benefician a las personas mayores, sino que también mejoran la calidad de vida de todos los ciudadanos/as, independientemente de su edad (Muñoz, Galán y De la Fuente, 2014).

Además, a medida que la tecnología continúa avanzando, las ciudades amigables para las personas mayores también buscan integrar soluciones innovadoras, como la domótica y la telemedicina, para hacer que la vida cotidiana sea más cómoda y segura para esta población (Sampedro y Pérez, 2019; Martínez, 2022).

En síntesis, las ciudades amigables para las personas mayores son un testimonio de una sociedad inclusiva y orientada al bienestar de todos sus ciudadanos. En los párrafos siguientes, exploraremos en mayor detalle los elementos clave que conforman una ciudad amigable para las personas mayores, así como la importancia de las políticas sociales en su desarrollo y mantenimiento. Atendiendo a los objetivos que se persiguen desde este estudio, que no es más que: I) Analizar los elementos que deben estar presentes en el diseño de una ciudad amigable con las personas mayores; II) Estudiar el impacto de ello con respecto al envejecimiento activo y cobertura de necesidades de sus habitantes.

2 Metodología

La metodología empleada en el estudio es de tipo cualitativo, de acuerdo a un tipo de estudio de análisis teórico. Para ello, se emplean fuentes secundarias de impacto científico. Además, se analizan datos primarios, recogidos con anterioridad a través de entrevistas y grupos focales realizados en la ciudad de Jaén, España.

Para el primer análisis teórico se utilizan bases de datos como Web of Science y Scopus, con las que acceder a la producción científica en torno al objeto de estudio. La gestión de la información de las bases teóricas se realiza con la ayuda del software Refworks, que permite organizar y cribar la información más importante.

Seguidamente, se analizan algunos casos concretos de ciudades amigables. Identificando aquellos casos que pueden suponer un ejemplo de buenas prácticas a exponer en los resultados, cuyos preceptos han sido trabajados en estudios anteriores. Por último, se procede a la producción de resultados y conclusiones como fase final del estudio y proceso científico.

3 Resultados

Con un carácter totalmente actualizado y como ejemplo real que da valor al objetivo principal de este trabajo, destaca el caso de Jaén como ciudad amigable con las personas mayores y sobre todo como modelo de transformación e implementación de las políticas sociales, siendo un escenario de adaptación e implicación a las necesidades de las personas mayores de la ciudad.

La ya existencia del I Plan Municipal “Jaén, Ciudad Amigable con las Personas Mayores”, contribuye a la creación de entornos y servicios y pretende reorganizar los ya existentes de forma que permitan a las personas mayores vivir dignamente y puedan continuar participando de una manera plena y activa. Este I Plan Municipal, desarrolla el contexto de la ciudad de Jaén describiendo la distribución del territorio, así como la población jiennense mayor de 65 años o su nivel educativo entre otros datos sociodemográficos generales y recursos específicos que presta el Ayuntamiento para las personas mayores. Así mismo, describe los ejes estratégicos del Plan, así como los indicadores a través de los cuales se recoge la información necesaria para el monitoreo del plan con el fin de ejecutar, medir, controlar e introducir las modificaciones necesarias para alcanzar los hitos y logros propuestos.

Dada la importancia metodológica del proceso, destacamos los diferentes ejes estratégicos recogido en el Plan, moldeables según la ciudad, pero ejemplo de implementación en la metodología para la consecución de una ciudad amigable con las personas mayores:

| EJES ESTRATÉGICOS I PLAN MUNICIPAL, JAÉN CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES (2023-2026) | |
|--|--|
| EJE 1 | Promoción de la autonomía personal y la vida independiente de las personas mayores desde la mejora de la accesibilidad y diseño universal (eje transversal). |
| EJE 2 | Desarrollo de una conciencia cívica basada en el respeto y la inclusión social. |
| EJE 3 | Evolución hacia nuevos modelos de participación social y comunitaria para las personas mayores. |
| EJE 4 | Respeto a la decisión: garantías para el envejecimiento en el propio hogar y contribuciones para modelos de atención centrados en la persona. |
| EJE 5 | Fomento del envejecimiento activo y de éxito o saludable. |
| EJE 6 | Restablecimiento y mejora de la comunicación, información y difusión sobre la base del codiseño y la accesibilidad. |
| EJE 7 | Progresos hacia una movilidad y deambulación accesible y sostenible. |
| EJE 8 | Garantías de eficacia y eficiencia en la atención a personas mayores desde los servicios de la administración pública local. |

Figura 1. Ejes estratégicos I Plan Municipal.

Fuente: Ayuntamiento de Jaén (2023)

Cabe mencionar que, el objetivo principal de este plan es hacer un diagnóstico de la realidad de las personas mayores en Jaén que permita elaborar un Plan de Acción participado y basado en la evidencia. Como resultado, se obtiene en qué medida Jaén es una ciudad amigable con las personas mayores, respondiendo así a las recomendaciones de la OMS para formar parte de la Red Mundial de Ciudades Amigables con las personas mayores.

En este sentido y en relación a los elementos que deben estar presentes en el diseño de una ciudad amigable con las personas mayores, haremos alusión a las diferentes áreas temáticas que la OMS considera fundamentales en el proceso de envejecimiento activo y que responde a las siguientes:

- Espacios al aire libre y edificios
- Transporte
- Vivienda
- Proximidad de los servicios
- Respeto e inclusión social
- Participación social
- Comunicación e información
- Trabajo y participación ciudadana
- Servicios sociales y de salud

En relación a las políticas de accesibilidad como garantía de inclusión de las personas mayores y el contexto de las ciudades amigables, haremos alusión a los Indicadores, enmarcados a través de la Guía para el uso de los indicadores básicos “Medición del Grado de Adaptación de las Ciudades a las Personas Mayores”, y que supone un marco y un conjunto de indicadores esenciales y complementarios con el fin de inspirar la selección de un conjunto de indicadores locales para el seguimiento y la evaluación de los progresos hacia el mejoramiento de la adaptación de los entornos urbanos a las personas mayores (OMS, 2015).

Recordemos que la accesibilidad es una condición previa para que las personas puedan participar plenamente en la sociedad en igualdad de condiciones independientemente de sus capacidades funcionales (BOE, núm. 78). En este sentido, realzamos la importancia de aquellos indicadores relacionados con las condiciones de accesibilidad ligadas a la consecución de una ciudad amigable con las personas mayores, destacando los siguientes objetivos específicos del Plan en cuanto a su marco de indicadores según los diferentes ámbitos de actuación:

- Mejorar paulatinamente la seguridad ciudadana manifiesta por limitaciones como: deficiencias en la iluminación, en acerados y pavimentos, presencia de barreras arquitectónicas e inaccesibilidad a espacios, escasez de limpieza / mantenimiento de espacios y necesaria educación cívica y vial.
- Desarrollar nuevos espacios y servicios y mejorar alguno de los ya existentes con la participación de la población mayor mediante proceso de cocreación y codiseño.
- Realizar una estrategia de evaluación específica en el transporte sobre la base de los requisitos DALCO, adaptado a las personas mayores e incorporando los hallazgos relacionados.
- Facilitar las transformaciones para la adecuación funcional básica de viviendas y elementos de uso comunitario.
- Mejorar los servicios y prestaciones para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia, potenciar y evaluar sus índices de cobertura y acortar plazos.
- Apoyar en la creación de sistemas de comunicación e información accesibles y en la capacitación de los mismos para frenar el avance de la brecha digital.

4 Conclusiones

A partir de los resultados se generan una serie de conclusiones que sirven de preceptos a futuros estudios y que pueden identificarse como aplicables al plano general:

En primer lugar, se concluye que la rápida transformación de la población acontecida en España, ha mostrado que las necesidades y demandas de las personas mayores han cambiado. Para poder abordarlas desde todos los ámbitos, la solución más integral y transversal es el diseño de los servicios y los espacios de la ciudad bajo los criterios de accesibilidad universal.

En segundo lugar, que La transición de las ciudades hacia el nuevo paradigma supone un gran reto. Sin embargo, enfrentarse a dicha variación supone la inclusión social plena de un porcentaje elevado de la población que, previsiblemente, seguirá aumentando, convirtiéndose, aún más, en el sector población mayoritario. De este modo, las ciudades dan respuesta a las necesidades de la población, en su conjunto por lo que integrar políticas de accesibilidad supone una garantía de inclusión.

Referencias bibliográficas

- Ayuntamiento de Jaén. (2023). *I Plan Municipal. Jaén, Ciudad Amigable con las Personas Mayores*. Recuperado el 15 de junio de 2023, de https://www.aytojaen.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_31197_1.pdf
- Boletín Oficial del Estado. Núm. 78. (2022). Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2023, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de aplicación
- Castellón, G. D., Hernández, M. D. C. F., Román, C. D., & Cano, A. J. R. (2020). Ciudades amables con las personas mayores. Experiencia comparada España-Cuba. *Novedades en Población*, 16(Especial).
- Fernández, C., y De la Fuente, Y. M. (2023). *Envejecimiento y diseño urbano. Luchando por la socialización desde los entornos*.
- IMSERSO. (2022). *Red internacional de ciudades amigables con las personas mayores*. Recuperado el 10 de junio de 2023, de <https://n9.cl/i6z2j>
- Martínez, C. (2022). *El papel de las tecnologías digitales en el envejecimiento activo hacia una mayor independencia* [Trabajos Académicos]. Universidad de Jaén.
- Medina, R. (2018). Vejez, envejecimiento y edadismo. *Vejez, envejecimiento y edadismo*, 27-41.
- Muñoz, M. D., Galán, J. H., y De la Fuente, Y. M. (2014). Trabajo Social y Ciudades Inteligentes: Hacia una nueva concepción de accesibilidad en los destinos turísticos para la promoción de la autonomía personal. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (3).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores. Guía para el uso de los indicadores básicos*. Recuperado el 20 de junio de 2023, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693_spa.pdf
- Pérez, J., y Gilsanz, L. (2022). *Trabajo social en escenarios de vulnerabilidad: una mirada para la inclusión social*. Tirant Humanidades.
- Rodríguez-Porrero, C., y Gil, S. (2014). *Ciudades amigables con la edad, accesibles e inteligentes*.
- Sampedro, C. B., y Pérez, J. (2019). Innovación Social como herramienta en la transformación de una sociedad inclusiva. Accesibilidad e Innovación Social. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (28), 93-119.
- Samper, P. G. (2003). El sentido urbano del espacio público. *Bitácora Urbano Territorial*, 7(1), 13-18.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Los determinantes individuales de la prolongación de la vida laboral: una revisión sistemática de la literatura

Fermín López, Universidad de Oviedo (lopezfermin@uniovi.es)

Aroa Tejero, Universidad de Oviedo (tejeroaroa@uniovi.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La prolongación de la vida laboral (PVL) es un asunto central en los análisis y debates sobre el empleo de una población más longeva y la sostenibilidad y equidad de los sistemas de pensiones. La tendencia casi uniforme en los países occidentales a incrementar los requisitos y los incentivos para alargar la vida laboral y para flexibilizar esa transición no se ha traducido en cambios paralelos en la esfera microsocial: las preferencias sobre la edad de jubilación no han registrado un incremento paralelo al aumento de la esperanza de vida, y la PVL es lenta y alcanza a un porcentaje aún muy reducido de trabajadores.

Este trabajo ofrece una revisión de los resultados de la investigación internacional centrada en los cuatro tipos de determinantes individuales de la PVL: los rasgos sociodemográficos, las características de los hogares, las trayectorias laborales y las variables de salud. Se realiza una revisión sistemática de la literatura basada en la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*). Se revisaron publicaciones indexadas en las bases de datos de Web of Science (WoS) y Scopus, que estuvieran publicadas desde el año 2000, sobre países europeos y EEUU, y que analizaran factores micro relacionados con algún concepto de PVL.

Palabras clave

Prolongación de la vida laboral, jubilación, trayectorias laborales, factores individuales, revisión sistemática de la literatura

1 Introducción

Tanto los análisis científicos como los debates sobre el futuro de la jubilación giran en torno a las causas y las consecuencias de una prolongación de la vida laboral (PVL). La tendencia a una PVL parece de largo recorrido, empujada por dos grandes transformaciones sociales. Por un lado, el aumento de la longevidad, que ha hecho que la esperanza de vida a la edad de la jubilación se haya duplicado en el conjunto de países de la OCDE en las cinco últimas décadas. Las proyecciones disponibles indican que esa tendencia aún no se ha agotado (OECD, 2019; OECD, 2021; Weber y Loichinger, 2022). Por otro lado, una evolución bastante uniforme de los sistemas de pensiones en la dirección de incrementar los requisitos para acceder de manera completa a los beneficios del sistema y de aumentar los incentivos para alargar la vida laboral y/o para flexibilizar la transición favoreciendo la combinación de pensión y de trabajo (Hinrichs, 2021; Lis *et al.*, 2021; Myck, 2015).

De todos modos, no es nada seguro que a esas grandes transformaciones en la esfera macrosocial le hayan seguido cambios paralelos en la esfera microsocial. En el ámbito de las expectativas, las actitudes sobre la edad preferida de jubilación no han registrado un incremento paralelo al aumento de la esperanza de vida: la

mayoría de los individuos en las cohortes próximas a la jubilación perciben que la fase de vida de la vejez se retrasa, pero la edad ideal de la jubilación sigue anclada en torno a los 65 años, con ligeras diferencias entre países (Eurofound, 2014; European Social Survey, 2021). En el ámbito de los hechos, se viene observando un aumento generalizado de las edades medias de jubilación, pero esa tendencia es de una intensidad menor que la prometida por las reformas de los sistemas de pensiones. Sumado a esto, hay evidencias de efectos limitados de los incentivos financieros, al menos por sí solos, para extender la PVL y las formas flexibles de transición a la jubilación más allá de un pequeño grupo de trabajadores muy cualificados (Eurofound, 2016; OECD, 2017).

Esa potencial disonancia entre cambios estructurales y cambios individuales es de gran interés y viene a señalar dos hechos muy importantes para la investigación sobre estos asuntos. En primer lugar, que los diferentes rasgos sociodemográficos (de salud, género, familia, educación, ocupación y trayectoria laboral) de los individuos se asocian a diferencias muy relevantes en sus expectativas y sus condiciones efectivas de transición a la jubilación. En segundo lugar, y en contraposición a esto, las políticas de reforma de los sistemas de pensiones y de los mercados de trabajo han evolucionado en la dirección de prolongar y flexibilizar la vida laboral, pudiendo ignorar la importancia de esas diferencias individuales y dando por supuesto que los incentivos financieros se traducen en cambios uniformes de expectativas y de conductas, con el riesgo asociado de aumentar las desigualdades en el momento y condiciones de jubilación (Barslund, 2019; Ní Leime *et al.*, 2020). Esas políticas han integrado mejor los resultados de la investigación sobre los determinantes macrosociales de la jubilación que los de la investigación sobre los determinantes individuales. La sospecha de que esas políticas tienden a ignorar la heterogeneidad de los rasgos objetivos y subjetivos de diferentes grupos de individuos tiene algún fundamento.

Este trabajo pretende ofrecer un panorama reciente de los resultados de la investigación internacional sobre los dos tipos principales de determinantes individuales de la PVL a través de una revisión sistemática de la literatura. Esta revisión aporta una contribución novedosa en varios aspectos. Por un lado, se ocupa tanto de las variantes como de los determinantes de la PVL. Ese doble panorama acerca más los resultados de la revisión a la discusión explicativa. Al hacerlo sobre los determinantes individuales ayuda, también, a entender mejor la variedad de formas de PVL que pueden ocurrir en contextos macro muy similares. Además, la revisión se extiende hasta investigaciones publicadas en 2023, lo que permite recoger la etapa más reciente en la que ese panorama de resultados también se ha enriquecido singularmente.

2 Metodología

Esta revisión sistemática de la literatura ha seguido la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*, 2020), que ha sido diseñada para poder realizar este tipo de revisiones con mayor transparencia y que permite una mejor identificación, selección, evaluación y síntesis de los resultados (Page *et al.*, 2021).

Se han seleccionado publicaciones (artículos y capítulos de libro) incluidos en las bases de datos de la *Web of Science* (WoS) y SCOPUS. En las búsquedas se han incluido palabras clave que identificaran las dimensiones de los objetivos de la investigación en torno a la PVL y de los factores explicativos a nivel microsocial. Esa primera búsqueda identificó un total de 2317 y 2964 documentos en WoS y SCOPUS, respectivamente.

En la siguiente fase se eliminaron los registros duplicados y se aplicaron, por un lado, criterios de exclusión automáticos para eliminar de la muestra a todas aquellas publicaciones que no estuvieran publicadas en inglés, después del año 2000, y que no estuvieran adscritas a áreas de Ciencias Sociales relacionadas con los objetivos de la investigación. Por otro lado, se realizó un proceso de revisión de los títulos y resúmenes de las

publicaciones por parte de los investigadores para eliminar de la muestra aquellas investigaciones que no tuvieran algún tipo de PVL como variable dependiente, que no analizaran factores microsociales como variables independientes, que no fueran investigaciones cuantitativas con muestras representativas a nivel nacional, y que no estuvieran contextualizadas en Europa o EEUU. Todo lo anterior redujo la muestra a un total de 61 publicaciones, que fueron revisadas en mayor detalle para su elegibilidad en la muestra final.

En la última fase de revisión y selección, se revisaron esos 61 registros en profundidad empleando una plantilla de extracción de información que incluía, por un lado, información metodológica (fuentes de datos, tamaño de muestra, países y años analizados). Por otro lado, se sistematizó la información de la dimensión conceptual detallando el concepto de PVL y los factores microsociales incluidos en cada investigación. Además, también se incluyó información general (resultados, principales contribuciones, limitaciones y futuras líneas de investigación). En esta fase se excluyeron 23 publicaciones porque no cumplían los criterios de inclusión, por lo que la muestra final de la revisión sistemática de la literatura se compuso de 38 artículos y capítulos de libro.

3 Resultados y conclusiones

Los resultados obtenidos ofrecen contribuciones valiosas a la literatura sobre PVL en varios sentidos. En primer lugar, se ha encontrado que la investigación da cuenta de una variedad de situaciones de PVL en la que se refleja que la transición entre la ocupación y la jubilación adopta múltiples formas. Esta revisión ha agregado y categorizado las tres variantes conceptuales de la PVL que están ya bastante asentadas en la investigación disponible. Por un lado, se han identificado aquellas situaciones en las que se tiene un empleo después de la edad legal de la jubilación (*employment after retirement*). Por otro lado, algunas personas prolongan su vida laboral a través de un cambio en algunas condiciones de empleo (cambiando de empleador, de funciones o de duración) de su empleo habitual a tiempo completo (*bridge employment*). Por último, también se alargan las trayectorias laborales a través de una vuelta al mercado laboral después de haber accedido a la jubilación a tiempo completo (*unretirement*).

En segundo lugar, se puede concluir que dentro de los cuatro grupos de factores individuales analizados (*características sociodemográficas, características del hogar, trayectorias laborales y condición de salud*) hay variables significativamente influyentes sobre la PVL, lo cual confirma la relevancia de consolidar sistemáticamente tales patrones de asociación. En ese sentido, hay cuatro variables explicativas cuya influencia se ha probado más consistente: el nivel educativo, el nivel ocupacional, la salud y las responsabilidades domésticas. El nivel educativo y el nivel ocupacional son los que más claramente favorecen la PVL, lo hacen en cualquiera de sus variantes y su efecto positivo alcanza no sólo a los niveles más altos de educación u ocupación, sino también a las categorías intermedias respecto a las más bajas. La buena salud también contribuye a prolongar la vida laboral y lo hace tanto si el estado de salud se ha medido con indicadores objetivos como subjetivos. Las responsabilidades de cuidados en el hogar es la variable explicativa que más nítidamente dificulta la PVL, un efecto que se registra en cualquiera de sus variantes.

En tercer lugar, se identifican factores cuya influencia es menos consistente, lo que aconseja abundar sobre ellos en la investigación futura. Por un lado, en cuanto a las *variables sociodemográficas*, la influencia del género está condicionada por la interacción con otros factores: si bien las mujeres tienen menos probabilidades de PVL, esa influencia se ve modificada por el sector de actividad, el entorno institucional o país, y, sobre todo, por los rasgos del hogar, como el estado marital, la presencia de menores y la convivencia familiar. La edad se muestra influyente, especialmente en las fases cercanas la jubilación, lo que aconseja investigar comparativamente esa influencia en poblaciones que pertenezcan a esas cohortes. Por otro lado, atendiendo a las variables socioeconómicas, la influencia del nivel de renta comparte esa limitada consistencia, muy

probablemente porque debe afinarse su medición y evitar sesgos asociados a otras variables como la riqueza. Es crucial que en la investigación futura este factor distinga bien entre renta y riqueza, o si tales variables se definen como medidas absolutas o como niveles relativos en una distribución.

En cuarto lugar, interesa también tomar en cuenta algunas evidencias sobre variantes específicas de PVL. Mientras que la edad se asocia negativamente con el *employment after retirement* y el *bridge employment*, no sucede así con *unretirement*. Para este tipo específico de PVL, que se define de forma inversa a los anteriores y suele implicar vueltas a la situación de empleo anterior a la jubilación, se aprecia una influencia positiva de la edad que se mantiene hasta los años más cercanos a la edad estatutaria de retiro. De igual forma, y dado que también el *bridge employment* implica definir cambios en el tiempo a partir de información retrospectiva, las evidencias sobre las variables de trayectoria laboral se han concentrado en su mayoría sobre la variante de *employment after retirement*, indicando un potencial vacío y reto empírico a la hora de analizar su influencia sobre el resto de las conceptualizaciones de PVL. Sumado a lo anterior, se ha observado cómo algunas categorías de variables explicativas han mostrado efectos contradictorios entre las variantes conceptuales analizadas. Mientras que los hombres casados tendrían más probabilidades de *unretirement*, para el caso del *bridge employment* son las mujeres divorciadas o viudas. Además, en el caso de *unretirement* son los propietarios quienes están más predispuestos a permanecer en sus puestos de trabajo, pero en la conceptualización de *employment after retirement* serían las personas arrendadas.

En quinto lugar, la influencia del género en interacción con otros factores merece ser destacada. La interacción con el nivel educativo muestra como los varones menos educados tienen una mayor probabilidad de trabajar después de la jubilación, al tiempo que para las mujeres se observa esa influencia positiva entre las más educadas. Respecto al estado civil, las mujeres solteras tienen más probabilidad de seguir trayectorias de PVL. También la salud interacciona con el género, de manera que aquellas mujeres que siguen trabajando después de su edad de jubilación tienen muchas más probabilidades que los hombres en su misma situación de tener una salud auto percibida peor. Otros factores, como la edad, las dificultades financieras o de renta, los cuidados familiares, las responsabilidades de crianza o la dificultad de lograr jornadas laborales completas empujan en mayor medida la prolongación de la vida laboral de las mujeres, que también suelen hacerlo cuando trabajan a tiempo parcial.

Referencias bibliográficas

- Barslund M (2019) *Policies for an Ageing Workforce. Work-life balance, working conditions and equal opportunities*. Center for European Policy Studies, Brussels.
- Eurofound (2014) *Work preferences after 50*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2016) *Extending working lives through flexible retirement schemes: Partial retirement*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Social Survey (2021) *The Timing of Life. Top Results from Round 9 of European Social Survey. ESS Topline Result Series: 11.*: https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS9_toplines_issue_11_timing_life.pdf (accessed 23 July 2023)
- Hinrichs, K. (2021). Recent pensions reforms in Europe: More challenges, new directions. *Social Policy Administration*, 55, 409-422.
- Lis, M., H. Boulhol and Y. Fujiki (2021), Recent pension reforms. *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9a567f6c-en>

- Myck M (2015) Living longer, working longer: the need for a comprehensive approach to labour market reform in response to demographic changes. *Eur J Ageing* 12: 3-5. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0332-x>
- Ní Léime, A., Ogg J, Rastivová, M., Street, D, Krekula C, Bédiova M, Madero-Cabib I (2020) *Extended Working Lifes Policies. International Gender and Health Perspectives*. Springer, New York.
- OECD (2017), "Flexible retirement in OECD countries", in *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/pension_glance-2017-5-en.
- OECD (2019) *Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>.
- OECD (2021), "Life expectancy", in *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a957e891-en>.
- Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow D, et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 372: n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Weber D, Loichinger E (2022) Live longer, retire later? Developments of healthy life expectancies and working life expectancies between age 50–59 and age 60–69. *Europe. Eur J Ageing* 19:75-93. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00592-5>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El maltractament a les persones grans des d'una mirada preventiva i comunitària: taula comarcal maltractaments a les persones grans

Sandra Devesa, Fundació Salut Empordà i Consell Comarcal de l'Alt Empordà (adevesa@salutemporda.cat)

Glòria Pla, Fundació Salut Empordà i Consell Comarcal de l'Alt Empordà, (gpla@altemporda.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Des de la pràctica professional, surt la necessitat d'aprofundir en els maltractaments a les persones grans, amb el convenciment que amb una detecció precoç i una intervenció adequada és el model òptim. Treballem per promoure una xarxa i una acció comunitària que faciliti la detecció de situacions de maltractaments.

La voluntat és promoure una mirada de sensibilització a la societat en general, als professionals i a les mateixes persones grans en una conscienciació dels seus drets, i del que són els maltractaments. Per tal de poder avançar cap a una societat més digna, més justa i inclusiva.

Els maltractaments tenen conseqüències sobre el benestar físic i emocional per les persones afectades. Tot i que cada vegada hi ha més estudis, i se'n parla més, encara desconeixem la magnitud dels maltractaments a les persones grans i de la seva tipologia, a causa de a les moltes barreres per la seva detecció: aïllament o por, vergonya de les víctimes, falta d'implicació dels professionals, manca de reconeixement dels drets de les persones grans, imatge social negativa de l'envelliment... Són situacions molt invisibilitzades que viuen amb soledat les famílies i també els professionals. Detectem i coneixem només la punta de l'iceberg del fenomen.

L'estudi dels maltractaments a les persones grans s'ha inclòs moltes vegades, dins la categoria de violència de gènere o intrafamiliar, el que evidencia la seva invisibilitat i poca consciència social. Hi ha pocs registres, i els estudis de prevalença mostren moltes diferències, índexs que van del 0,8 al 52,6%, evidencien les dificultats de detecció, i la manca de consens en els conceptes.

Paraules clau

Drets, envellir amb sentit, comunitat, prevenció, maltractaments persones grans, edatisme

1 Introducció

El maltractament a les persones grans, és un fenomen prou important per ser qualificat per l'OMS (2011) com un problema de salut pública. L'abús pot tenir greus conseqüències físiques, psicològiques, sobre la dignitat, el benestar físic i emocional de les persones. Sigui quin sigui els tipus de maltractament té unes conseqüències sobre la dignitat, el benestar físic i emocional de les persones. Vulnera els drets que tota persona té, tingui l'edat que tingui, les característiques de salut, i d'autonomia.

Per tal d'avançar cap a la millor qualitat de vida de les persones, i cap a una societat més inclusiva, que respecti els drets de les persones, hauria de ser una societat lliure de maltractaments, però mentre no sigui possible, cal treballar amb les mateixes persones grans i també amb els professionals per aconseguir denunciar les vulneracions, a tenir un tracte just, digne que permeti, amb tota llibertat, el desenvolupament de les persones a sentir-se lliures i poder prendre decisions, promovent així la salut, el seu benestar i també la seva felicitat.

Primer de tot contextualitzar el treball de la taula de maltractaments comarcal, ja que és fruit d'un treball en xarxa a nivell comarcal i a nivell de comarques gironines, va més enllà de la nostra comarca.

Formem part del Grup de treball de seguiment del protocol contra els maltractaments a les persones grans a la demarcació de Girona, on vam realitzar la Guia Territorial de la demarcació de Girona contra els maltractaments a les persones grans, amb una mirada comunitària, preventiva, i amb la voluntat de crear un model gironí d'abordatge dels maltractaments, que aquesta guia serveixi de base per anar creant xarxa, dintre cada comarca i entre les comarques.

En el marc del Pla d'Atenció integrada social i sanitària (PAISS) de l'Alt Empordà, vam definir com una de les línies prioritàries els maltractaments a les persones grans, d'aquí emergeix la necessitat de constituir la Taula comarcal de Maltractaments.

La Taula vol promoure una xarxa de treball i acció comunitària que faciliti la prevenció de situacions de maltractaments, a més de potenciar la mirada preventiva sobre aquest fenomen, tant des de la perspectiva de la intervenció professional com pel que fa a la conscienciació ciutadana.

Aquesta taula:

- Té la voluntat de garantir una major eficàcia en la prevenció, detecció i l'abordatge integral i multidisciplinari d'aquestes situacions.
- Vol promoure una mirada positiva de l'envelliment, promoure el bon tracte, així com el valor positiu de les cures, que permetin avançar cap a una societat més respectuosa i inclusiva que afavoreixi un envelliment saludable i participatiu com a factor protector dels maltractaments.
- La visualització i comprensió d'aquest fenomen per poder intervenir i abordar-lo de forma adequada. Així com la seva conceptualització, clarificar els conceptes per ajudar els professionals a treballar millor els maltractaments.
- El foment del bon tracte, la promoció d'un envelliment digne, amb sentit, la sensibilització comunitària com la millor prevenció contra els maltractaments.
- Col·laborar amb l'objectivació del fenomen, i la seva avaluació a partir de fomentar l'ús d'una eina validada, per obtenir evidència i dades sobre els maltractaments a les persones grans.

Objectius:

- Promoure una xarxa de treball i acció comunitària que facilitin la prevenció i detecció de situacions de maltractaments.
- Potenciar la mirada preventiva sobre el fenomen dels maltractaments, tant des de la perspectiva de la intervenció professional com a nivell de la conscienciació ciutadana.
- Contribuir a visualitzar el fenomen dels maltractaments a les persones grans i la seva tipologia, així com promoure bones pràctiques per la seva detecció precoç.
- Descriure i comprendre el fenomen, per tal de reconèixer-lo i poder detectar, prevenir i actuar.
- Promoure bones pràctiques com la millor eina per arribar als maltractaments zero.
- Detectar la situació en un moment incipient, quan s'ha produït menys dany, quan la situació és reversible, es pot canviar, millorar i es pot fer una intervenció més respectuosa, que millor s'adapti al que vol la mateixa persona gran.

- Fomentar un envelliment actiu, participatiu, saludable, amb tots els drets com la millor prevenció contra els maltractaments.
- Empoderar les persones grans i sensibilitzar la societat com acció comunitària per acabar amb els maltractaments.
- Treballar amb les professionals per millorar les pràctiques i donar-los eines validades i útils per millorar el bon tracte, i l'abordatge en situacions de maltractaments, en aquesta línia consensuar indicadors de maltractaments psicològics i crear una escala per poder avaluar-los.

2 Metodologia

Proposta de treball coordinada, transversal i acció comunitària en el territori que parteix dels drets de les persones grans i evitar abusos i maltractaments amb el treball amb i des de la comunitat.

Es constitueix la Taula Comarcal per fer front als maltractaments de les persones grans, per tal de promoure una xarxa de treball i acció comunitària que facilitin la prevenció i detecció de situacions de maltractaments.

El primer pas va ser validar un protocol tant institucional com comunitari d'abordatge dels maltractaments. Proposem un abordatge interdisciplinari, coordinat i transversal dels maltractaments a les persones grans entre els serveis socials, sanitaris, les persones grans i la resta d'agents implicats en aquest àmbit. Les situacions de maltractaments són situacions complexes, que requereixen una intervenció integral i coordinada amb tots els agents.

En el marc d'aquest espai de treball, s'han format tres comissions:

- Comissió de suport en casos complexos.
- Comissió sobre el maltractament institucional.
- Comissió sensibilització i formació

3 Qui som?

- Salut: Albera Salut, Fundació Salut Empordà, ICS, IAS (Xarxa de Salut Mental i CAS)
- Serveis Socials: Ajuntament de Figueres, Consell Comarcal Alt Empordà, SAD (Sumar), TAD (Tunstall-Televida), Servei Valoració de la Dependència
- Justícia/Seguretat: Fundació Tutelar de l'Empordà, Support, Col·legi d'Advocats de Figueres, Mossos d'Esquadra.
- Entitats: Consell de la Gent Gran de l'Alt Empordà, Càritas, Creu Roja, Fundació Vergés i Ginjaume, Fundació Altem, MIFAS, Associació de Malalts d'Alzheimer (AMA), Dret a Morir Dignament, Punt Omnia, Residències, centres de dia i SAIARS (centres de serveis d'àmbit rural).
- Educació i esports: EAP Alt Empordà, representants d'escoles i instituts, Universitat de Girona. Consell esportiu de l'Alt Empordà i servei esport Ajuntament de Figueres i representant d'entitats esportives.

4 Comissió de suport en casos complexos de maltractaments a persones grans

Creació d'un equip especialitzat de referència en l'abordatge/ assessorament en casos complexos de maltractaments

4.1 Objectius

- Suport i assessorament als professionals i a la xarxa en casos de maltractaments a persones grans.
- Sensibilització/ formació als equips de professionals amb relació a la detecció i abordatge de situacions de maltractaments.
- Per a casos complexos, proposta de treball amb la metodologia de conferència de cas, i elaboració conjunta d'un pla de treball consensuat entre tots els professionals de la xarxa, i amb la mateixa persona gran i la seva família.
- Treball en xarxa, amb els diferents serveis, per l'agilització dels recursos necessaris.
- Millorar l'abordatge d'aquest tipus de situacions, i la millora del benestar de les persones afectades i les seves famílies.
- Treball des del respecte a la voluntat de la persona, des de l'acompanyament i vinculació, evitant intervencions paternalistes.

Derivacions, consultes i assessoraments:

Correu electrònic: maltractamentgentgran@altemporda.

Activació pot ser URGENT i NO URGENT, considerem que ha de ser urgent quan es tracta d'un maltractament d'alt risc, és a dir si impliquen un risc imminent per la integritat física de la persona o emergència social.

Si la situació és de risc moderat o lleu es preveuen les situacions en què hi ha maltractaments que no presenten un risc imminent sobre la vida de la persona. En els casos en què el risc és moderat o lleu la voluntat de la persona gran determina les actuacions que es duren a terme, per aquest motiu es diferencia entre els casos en què la persona accepta que la intervenció professional i aquells en què no. En aquest sentit, cal recordar que els principis bàsics que guien la intervenció inclouen el dret l'autodeterminació i el principi d'autonomia. Per tant, si una persona gran no té modificada la capacitat d'obrar legalment ha de tenir la possibilitat de prendre les seves pròpies decisions, és a dir, la capacitat de rebutjar o acceptar ajuts.

També cal dir que és important fer un seguiment i treballar el vincle en aquests casos per empoderar la persona.

La Comissió de Suport a Casos Complexos de Maltractaments a les Persones Grans s'han atès 26 casos el darrer any. Aquesta xifra és pràcticament el doble que la registrada el 2022 i, per tipus de maltractament, el més freqüent és el psicològic.

4.2 Comissió sensibilització comunitària

Dins les accions de la Taula, volem incidir en una imatge social de la vellesa més realista i diversa, volem incidir en els prejudicis i estereotips al voltant de l'edat. Fomentar un envelliment digne, conscienciar a la ciutadania sobre els drets de les persones grans.

Aquesta comissió treballa de forma intergeneracional, amb accions conjuntes amb escoles i instituts, ciutadania en general i representants de persones grans.

Hem impulsat la creació i difusió de l'obra teatral, una obra de teatre científic, que reflexiona sobre l'envelliment i la vellesa, "tothom vol viure molts anys, però ningú vol ser vell". Des d'aquesta idea, s'articulen arguments sobre els prejudicis al voltant de l'edat, l'edatisme, present a la nostra societat, basats en una recerca científica dels seus creadors.

5 Resultats i conclusions

En l'abordatge integral d'un fenomen complex com són els maltractaments a les persones grans, s'evidencia la necessitat d'implicar els diversos agents del territori amb l'objectiu de completar una actuació finalista integral. En aquest sentit, cal establir mecanismes de coordinació per connectar de forma eficaç àmbits tan diversos com poden ser el sanitari, el social, el policial, l'educatiu, el judicial per la millora de l'abordatge d'aquest tipus de situacions, i la millora del benestar de les persones afectades i les seves famílies:

5.1 Respecte a les famílies

Els plans de treball consensuats entre tots els professionals de la xarxa, i amb la mateixa persona gran i la seva família des del respecte a la voluntat de la persona, des de l'acompanyament i vinculació, evitant intervencions paternalistes. Aquesta proposta d'intervenció, d'anar vinculant amb la persona gran i els seus familiar, són situacions de cocció lenta, acompanyaments llargs en el temps. Treballem i acompanyem a la persona afectada i també amb l'agressor/a per poder revertir la situació.

Aquest model d'intervenció respon al que ens demanen les famílies, respon al respecte a la presa de decisions, la llibertat és risc i l'hem d'assumir.

Cal tenir present que la majoria dels maltractaments a persones grans no són intencionats, venen de situacions d'alta complexitat (sobrecàrrega, manca de recursos per part del cuidador,...) per tant, són situacions que amb un acompanyament i suport poden canviar/millorar.

5.2 Respecte als professionals

Els casos treballats des de la gestió de cas, han donat tranquil·litat, trencat el sentiment de soledat dels professionals, davant situacions molt complexes i a vegades cronificades.

Reforç el treball en xarxa entre els professionals. Les situacions de maltractaments a les persones grans són situacions complexes, que requereixen una resposta, intervenció integral i coordinada amb tots els agents. No es poden abordar des d'un professional en soledat.

Millora en el registre de situacions de maltractaments. Col·laborar amb l'objectivació del fenomen, i la seva avaluació a partir de fomentar l'ús d'una eina validada, per obtenir evidències i dades sobre els maltractaments a les persones grans.

Agilització dels recursos quan és necessari.

La formació i capacitació dels professionals, respecte a la prevenció, detecció i abordatge dels maltractaments a les persones grans, per millorar les pràctiques, per dotar als professionals d'eines i estratègies per millorar la detecció i l'abordatge d'aquestes situacions.

5.3 Respecte a la societat/comunitat

- Fomentar els drets al llarg del cicle vital
- Promoció d'un envelliment amb sentit
- Acompanyaments a mida, vincle, proximitat, temps
- Amb les persones grans, respectar la presa de decisions
- Persones grans amb discapacitat psíquica
- Persones grans d'altres cultures orígens
- Acompanyament en les cures de llarga durada al llarg del cicle vital
- Sensibilitzar a la comunitat, treball en xarxa
- Incidir en una comunitat més inclusiva, cuidadora, respectuosa i participativa

És cosa de tots (professionals i ciutadans) fer una comarca on viure i envellir dignament. Per això volem anar teixint xarxes sensibles a aquesta realitat.

Sensibilitzar a la comunitat i formar als professionals



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Un espejo mágico para el cuidado

Vicente Díaz Gandasegui, Universidad Carlos III de Madrid (vdgandas@polsoc.uc3m.es)

Begoña Elizalde-San Miguel, Universidad Pública de Navarra (begona.elizalde@unavarra.es)

Magdalena Díaz Gorfinkiel, Universidad Carlos III de Madrid (mdiazg@polsoc.uc3m.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La presente comunicación presenta la propuesta y los resultados preliminares del proyecto de investigación MIRATAR-CARE. Este proyecto multi-disciplinar propone investigar la aplicación de tecnología para mejorar el bienestar de segmentos poblacionales vulnerables para incrementar su bienestar a través de un dispositivo con apariencia de espejo que facilite el autodiagnóstico y, por lo tanto, aumente la autonomía de las personas. Por un lado, la propuesta de MIRATAR-CARE se orienta hacia la investigación empírica, mediante técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas, sobre la utilización de una tecnología concreta y la percepción o respuesta de los individuos sobre este dispositivo. De esta manera se pretende obtener una representación socio-estructural del segmento poblacional a estudiar, examinando así las diferencias que pudiesen existir en la aplicación de este dispositivo tecnológico a distintos segmentos poblacionales, considerando en este caso variables como el género, el nivel socio-cultural y conocimiento previo o uso de tecnología similar.

Por otro lado, la investigación explora las implicaciones morales que conlleva el surgimiento de un entorno en el que el *big data* se ha convertido en un recurso muy útil para hacer más eficientes nuestras vidas, pero también supone, en ocasiones, que la información sea procesada con nuevos procedimientos y mecanismos de actuación.

Palabras clave

Tecnología; cuidado; población vulnerable; *big data*; información.

1 Introducción

Esta propuesta parte de la premisa de que los retos que plantea el actualmente deficitario modelo de cuidados requiere de re-formulaciones que deben ser definidas bajo el prisma de generar cohesión social y no contribuir a crear nuevas brechas de desigualdad. En este sentido, esta propuesta de comunicación se centra en analizar el potencial que tienen las nuevas tecnologías como herramientas para potenciar el cuidado y la autonomía de las personas mayores.

La presente comunicación presenta el trabajo en progreso del proyecto de investigación MIRATAR-CARE. Este es un proyecto multi-disciplinar que propone investigar la aplicación de nuevas herramientas tecnológicas en segmentos poblacionales vulnerables – principalmente personas mayores– con el objetivo de incrementar su bienestar. La dimensión tecnológica de este proyecto coordinado se realiza a través de un dispositivo con apariencia de espejo que facilita el autodiagnóstico y, por lo tanto, aumenta la autonomía de las personas. En este proyecto, la investigación social se orienta hacia la investigación empírica examinando, mediante técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas, la utilización de este dispositivo tecnológico y la percepción o respuesta de las personas usuarias sobre el mismo. De esta manera se accede a una representación socio-

estructural del segmento poblacional a estudiar, examinando las posibles diferencias que pudiesen existir en la aplicación de este dispositivo tecnológico entre distintos colectivos, considerando variables como el género, el nivel sociocultural y conocimiento previo o uso de tecnología similar. El análisis sociológico pretende, en última instancia, indagar en las consecuencias que el uso de este tipo de dispositivos puede tener en términos de igualdad y cohesión social.

Por otro lado, MIRATAR-CARE explora las implicaciones éticas o morales que conlleva la aplicación del *big data* al ámbito del cuidado, teniendo en cuenta que estos nuevos sistemas de recopilación de datos empíricos generan ambivalencia entre, por un lado, su utilidad para hacer más eficientes nuestras vidas y, por otro, la incertidumbre social que generan sus mecanismos de actuación.

2 MIRATAR-CARE

España es uno de los pocos Estados miembros de la UE que han decidido impulsar la economía del cuidado en su plan de recuperación para hacer frente a la crisis del COVID-19. El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España propone, medidas para modernizar y fortalecer los servicios sociales, como el desarrollo de nuevas redes de teleasistencia, modernizar los sistemas de atención a la dependencia y desarrollar nuevas infraestructuras residenciales que faciliten la autonomía de las personas mayores y dependientes, así como la reorientación del sistema de cuidado a largo plazo que se vincule de manera más eficiente con la red de atención primaria de salud.

El uso de tecnologías innovadoras, como dispositivos portátiles o asistentes virtuales, puede desempeñar un papel importante en el apoyo a la gestión de los factores de riesgo asociados a determinadas enfermedades y a condiciones vitales. En este sentido, se pueden encontrar dispositivos y Apps estándar para la actividad física y control de peso como los de Fitbit, Apple Watch, Google Fit o Xiaomi MiFit. Todos ellos ofrecen una gama de funcionalidades que facilitan la monitorización, provisión de información y recordatorios para promover un estilo de vida más saludable. Desde un punto de vista tecnológico o, los asistentes de voz como "Oye, Siri", "Ok, Google" o "Alexa" están en pleno funcionamiento y han revolucionado la forma en que interactuamos con nuestros dispositivos cercanos y rutinas diarias. Sin embargo, hasta el momento hay escasas tecnologías que conjungen el potencial de estos -de monitorización e interacción- para aplicarlos a la mejora de la salud y el bienestar.

Este artículo presenta un trabajo en progreso destinado a proporcionar un cuidador virtual para impulsar el empoderamiento de las personas para contribuir activamente a mejorar el bienestar de personas identificadas con fragilidad y la multimorbilidad. Para ello, los principales factores de riesgo que contribuyen negativamente a la salud de estas personas serán monitoreados, para que en el futuro los riesgos se pueden predecir de antemano, y las intervenciones apropiadas pueda ser dispuestas con la intención de prevenirlos o mitigarlos. El cuidador virtual propuesto aquí, conocido como MIRATAR, se ejecuta en una plataforma innovadora: un espejo inteligente. Los espejos, y más concretamente su reflejo, nos ayudan a construir nuestro sentido de identidad. En este sentido, MIRATAR planea explotar la fascinación humana por los espejos y el papel que pueden desempeñar para permitir la autoconciencia y el auto-diagnóstico. Además, el espejo inteligente plantea soluciones de software que proporcionarán al cuidador virtual información necesaria para guiar a las personas hacia el auto- diagnóstico y la gestión de la salud y el bienestar.

MIRATAR facilitará con su aplicación una modificación de los comportamientos y actitudes hacia estilos de vida más saludables, ayudando en la gestión de condiciones crónicas y, en última instancia, a la identificación de riesgos futuros que proveerá seguridad y autonomía en entornos cotidianos, pues la tecnología además de facilitar recursos de monitorización canaliza la información a profesionales de la salud. No obstante, aunque

el espejo inteligente está especialmente dirigido a la atención de pacientes con enfermedades crónicas y multimorbilidades, su uso no está limitado a quienes padecen alguna enfermedad.

MIRATAR está centrado en brindar soluciones para el hogar. De esta forma, el contexto domiciliario y cotidiano debe ser el lugar objetivo de la atención integral requerida por pacientes crónicos. Esto contribuirá a la sostenibilidad de la asistencia sanitaria, facilitará el tratamiento de enfermedades en zonas en las que los servicios de salud no siempre tienen acceso -o no lo tienen con la frecuencia deseada- y mejorará la calidad de la atención recibida.

Los cuidadores, profesionales de la salud y proveedores de servicios también serán usuarios de la plataforma MIRATAR. Los cuidadores y profesionales se beneficiarán del uso de la plataforma debido a la información relevante que proporciona sobre la salud y el estilo de vida del individuo (relativa a la actividad física que realiza, los parámetros fisiológicos básicos y la medicación que tiene prescrita). Asimismo, el espejo que ha diseñado MIRATAR proporciona un vehículo con el que intercambiar información y conocimientos a los profesionales de la salud identificados para crear estrategias de atención que beneficien al paciente. En definitiva, los proveedores de servicios interactuarán con MIRATAR de manera dual, ya que proveerán atención médica a los usuarios y recibirán información de los mismos. Por lo tanto, la plataforma implementará los mecanismos normativos y éticos apropiados para asegurar que los individuos puedan controlar y administrar quién tiene acceso a sus datos.

Ciertamente, el cuidador virtual necesita información de diversos dispositivos portátiles y ambientales, esto es lo que tradicionalmente se ha denominado un ecosistema del Internet de las Cosas (IoT). Tal ecosistema tiene que ser orquestado o aglutinado por un interlocutor que garantice la privacidad y la seguridad, evitando el uso de nubes de terceros. En este caso se contemplan dos flujos de datos diferentes: tecnologías destinadas a recopilar información sobre el estilo de vida y el estado de salud del usuario y, por otro lado, se aplicarán otras tecnologías destinadas a realizar intervenciones sobre la salud del usuario, mediante la pantalla del espejo y otros dispositivos asociados.

La propuesta de MIRATAR-CARE se enmarca en la sociedad de la información, en un contexto en el que el rápido desarrollo tecnológico está provocando cambios sociales a gran velocidad. Se trata, en definitiva, de abordar las consecuencias de un mundo líquido y una sociedad del riesgo, examinando dos aspectos concretos que tienen gran calado e impacto. Así, en coherencia con la propuesta elaborada, el impacto del proyecto se orienta en dos dimensiones diferentes: por un lado, se pretende examinar las consecuencias de la generación y gestión de la información en el bienestar de las personas atendiendo también a elementos que afectan a su privacidad. Y, en la misma línea, se analizará la generación y gestión de la información privada y su implicación ética y económica en la población.

MIRATAR-CARE evaluará el impacto que los recursos TIC propuestos tienen en el bienestar de las personas considerando el resultado de su implementación en diferentes dimensiones sociales, particularmente en lo que se refiere a género, el acceso a la tecnología y su aplicación a colectivos vulnerables. Por ello, la propuesta contempla estudiar el papel que tiene la administración pública en el impulso de soluciones aplicables al conjunto de la sociedad, evitando las desigualdades. De ahí que se analice el uso de la tecnología por parte de diversas categorías sociales y, también, la brecha digital existente, para observar cómo los distintos grupos sociales responden a los nuevos recursos tecnológicos.

Por otro lado, se examinará la respuesta de las personas seleccionadas ante una tecnología que facilita su autonomía. La propuesta, por lo tanto, pretende arrojar luz sobre los beneficios y consecuencias colaterales de la aplicación de la tecnología a nuestra salud, examinando como colectivos con mayor vulnerabilidad pueden mejorar su bienestar mediante el uso de una tecnología destinada a que obtengan mayor independencia y

seguimiento médico. En este sentido, desde una perspectiva sociológica, se proyecta examinar la percepción de los individuos, su experiencia y grado de satisfacción con la tecnología utilizada.

Para desarrollar esta investigación y acercarse al objeto de estudio, se prevé utilizar métodos de investigación social cualitativos y cuantitativos: encuestas y entrevistas en profundidad. Las pruebas de validación del proyecto MIRATAR se realizarán en entornos reales y escenarios clínicos, reclutando a 50 participantes, con distribución igualitaria entre hombres y mujeres. Así, se ha diseñado una metodología adecuada a la población objeto de estudio con la intención de analizar y comprender el fenómeno a examinar. De esta forma la información de los datos cuantitativos se matizará y ampliará con las expresiones verbales y reflexiones obtenidas en las entrevistas en profundidad que se realizarán a algunos de los participantes en las pruebas piloto. En el diseño de la muestra se tendrán en cuenta categorías sociodemográficas relevantes como el género, la edad o la trayectoria profesional, pero también valores, normas y patrones culturales de uso de la tecnología médica.

3 Género en el espejo

Asimismo, ya que la tecnología se orienta hacia el cuidado, la propuesta incorpora una perspectiva de género. MIRATAR-CARE depositará su mirada en las diferencias de género en el diseño y uso de la tecnología y, al mismo tiempo, significará el cuidado tradicionalmente desempeñado por las mujeres examinando las consecuencias sociales que tendrá la aplicación de esta tecnología en la población objeto de estudio. En este sentido, MIRATAR-CARE

conecta con el proceso de envejecimiento poblacional, uno de los grandes retos del siglo XXI, un desafío especialmente complejo en zonas rurales poco pobladas; por ello, se analizará el impacto social que tendrá el diseño de tecnologías que sustituyan o complementen la labor de cuidado tradicionalmente desempeñado por personas cercanas, sobre todo mujeres, y su potencial contribución a la salud de las personas vulnerables.

Asimismo, MIRATAR-CARE incorporará una perspectiva de género para examinar la diferente predisposición y aplicación hacia la tecnología diseñada. Se entiende así que la multimorbilidad y fragilidad afecta de manera diferente a hombres y mujeres y que puede haber interpretaciones específicas de género sobre la relevancia de estas soluciones tecnológicas en su vida diaria. De esta forma, las soluciones tecnológicas que apunten a prevenir y paliar la dependencia deben reconocer, identificar e integrar estas diferencias desde el diseño de la tecnología, pasando por su implementación, análisis de datos para soluciones médicas y sociosanitarias y evaluaciones posteriores.



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Planificación social en materia de envejecimiento

Esther Raya Diez, Universidad de La Rioja (esther.raya@unirioja.es)

Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo, Universidad de La Rioja (ana-belen.cuesta@unirioja.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El envejecimiento de la población es una realidad presente a nivel mundial y, de forma particular, en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los 60 años o más. Además, quienes tienen 60 años, pueden vivir un promedio de 22 años más (OMS, 2020). Por tanto, se han añadido años a la vida, y el reto está en garantizar la calidad de vida durante todos esos años.

En este trabajo se analiza la planificación social en materia de envejecimiento desarrollada en España en el periodo 2015 – 2022. Se ha realizado una búsqueda de información a través de las páginas web del ministerio y de las comunidades autónomas. Una vez identificados los planes y estrategias se presenta un mapa de situación y se realiza un análisis comparativo de los mismos en cuanto a principios y líneas de acción.

Entre las principales conclusiones del trabajo se destaca la importancia de contar con planificaciones estratégicas que ordenen y guíen las actuaciones superando acciones aisladas. Se identifican diferencias territoriales y una progresiva superación de políticas asistencialistas en favor de modelos orientados al envejecimiento activo y saludable. Se señala la figura profesional del Trabajo Social por su visión holística para intervenir en la realidad social.

Palabras clave

Personas mayores, trabajo social, política social

1 Introducción

El incremento de la esperanza de vida abre nuevos retos a las políticas sociales. A nivel internacional se han ido desarrollando diferentes instrumentos en favor de las personas mayores, como la Declaración de Principios de las personas de Edad (ONU, 1991), Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (ONU, 2002) y La Década de Envejecimiento Saludable (OMS, 2020) entre otros.

En los últimos años se han ido ampliando la concepción del envejecimiento y, la atención a las personas mayores. No se trata solo del cuidado y la protección en la etapa final de la vida, sino de promover un envejecimiento activo y saludable. Este último concepto se refiere a la posibilidad de desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional de hacer posible el bienestar desde enfoques macro, meso y micro. Por ello las políticas de envejecimiento se orientan, a las personas, a las familias y a las comunidades. (OMS, 2002; Fernández-Ballesteros; Caprara & García 2004; Fernández- Ballesteros, 2006, 2009; Walker & Maltby, 2012; Caprara et al., 2013; Foster & Walker, 2013; Zamarrón, 2013; Cuesta, 2021). Esto es un proceso que

abarca toda la vida, que afecta a todas las personas e implica a todos los agentes sociales, y en particular a los titulares de obligaciones, es decir, gobiernos y administraciones en el desarrollo de políticas que garanticen el bienestar de todas las personas, incluidas las personas mayores.

En España, el Instituto de Servicios Sociales ha aprobado la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y Buen Trato 2018-2021, en el que se establecen las siguientes grandes líneas de actuación para la atención a las personas mayores: empleo, participación, promoción de vida saludable y entornos seguros, no discriminación e igualdad de oportunidades y evitar el maltrato y abusos a las personas mayores. Por su parte, las comunidades autónomas tienen las competencias para el desarrollo de programas y servicios de bienestar social.

El objetivo de este trabajo se centra en conocer el desarrollo de las políticas de envejecimiento a través de las planificaciones que se han desarrollado en España en esta materia durante los últimos años.

2 Metodología

El trabajo se basa en una metodología cualitativa, a través del análisis de contenido de las planificaciones estratégicas realizadas por las comunidades autónomas de España. Se ha realizado una búsqueda de información a través de las páginas web de las administraciones públicas. Se ha considerado tanto la administración central, a través del ministerio, como las 17 comunidades autónomas.

Cuando la búsqueda a través de la web institucional no ha proporcionado datos, se ha realizado un segundo intento mediante la introducción de los términos envejecimiento o personas mayores y el nombre de la comunidad.

Se ha analizado el contenido de los planes identificados, en cuanto a la denominación, principios y líneas estratégicas. La información se ha tabulado en tablas de doble entrada, para realizar un análisis comparativo que permite conocer la convergencia o divergencia en los aspectos relevantes para la promoción del envejecimiento en las comunidades autónomas respecto a las líneas marcadas en la Estrategia Nacional.

3 Resultados

Se presentan los principales resultados del trabajo. En primer lugar, se presenta una tabla con los planes identificados; posteriormente, se muestra el análisis de la convergencia en cuanto a los principios; y, finalmente, se analizan las líneas estratégicas señaladas en los planes analizados.

Tabla 1. Planificación estratégica en materia de envejecimiento activo

| <i>Año</i> | <i>CC.AA.</i> | <i>Denominación</i> |
|------------|--------------------|---|
| 2015 | País Vasco | Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020 |
| 2016 | Castilla La-Mancha | Marco de Actuación de EA Castilla la Mancha 2016 |
| 2016 | Galicia | Estrategia Gallega de EA para la Innovación marco de actuación para una vida activa, saludable, independiente y segura. 2016-2020 |
| 2017 | Navarra | Estrategia de EA y saludable de Navarra 2017-2022 |

| | | |
|-------------|-----------------|--|
| 2017 | Castilla y León | Estrategia de Prevención de la Dependencia para las personas mayores y de promoción EA en Castilla León 2017- 2021 |
| 2017 | Canarias | Estrategia Canaria de EA 2017-2020 |
| 2017 | Madrid | Estrategia de Acción a las Personas Mayores 2017-2021 |
| 2018 | España | Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021 |
| 2018 | Asturias | Estrategia de EA Estrena. 2018-2021 |
| 2018 | Aragón | Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón 2018 |
| 2020 | Andalucía | I Plan estratégico integral personas mayores en Andalucía: 2020-2023 |
| 2021 | País Vasco | Estrategia Vasca de EA. 2015-2020. |
| 2023 | Valencia | Estrategia Valencia del EA y de la Soledad No deseada 2022 |

Un total de once comunidades autónomas cuenta con planificaciones estratégicas en materia de envejecimiento o atención a personas mayores. En nueve se utilizan los términos envejecimiento activo y/o saludable en la denominación. Todas ellas aportan enfoques de atención integral en los que se ponen de manifiesto cuestiones tan relevantes como la participación social, la promoción de la autonomía y la garantía de derechos.

En su mayoría se han realizado entre los años 2017 y 2018. La Comunidad Autónoma del País Vasco ha aprobado dos estrategias en el periodo analizado. Por su parte la comunidad valenciana ha aprobado en 2023 la Estrategia para el Envejecimiento Activo 2023-2027 y la estrategia de lucha contra la soledad no deseada como elemento marco orientador de las políticas con este grupo de población.

En la tabla 2 se presentan los principios inspiradores establecidos por la ONU en 1991 que han sido asumidos por la Estrategia española. A partir de este listado de ocho principios, se analizan las referencias que aparecen recogidas de forma expresa en las planificaciones autonómicas.

Tabla 2. Principios inspiradores en las planificaciones estratégicas
Fuente: elaboración a partir de Cuesta (2021)

| Principios | | Galicia | Castilla-La Mancha ¹ | Navarra | Castilla y León | I. Canarias | P. Asturias | Andalucía | Aragón ² | Madrid | País Vasco | C. Valenciana | Nº CCAA |
|---------------------------------|--|---------|---------------------------------|---------|-----------------|-------------|-------------|-----------|---------------------|--------|------------|---------------|---------|
| ONU, 1991 | Independencia/ autonomía | | | | | | | | | | | | 6 |
| | Dignidad | | | | | | | | | | | | 7 |
| | Participación | | | | | | | | | | | | 7 |
| | Cuidados/atención | | | | | | | | | | | | 8 |
| | Autorrealización /autodeterminación | | | | | | | | | | | | 9 |
| | Equidad social/igualdad de oportunidades | | | | | | | | | | | | 8 |
| | Corresponsabilidad /transversalidad | | | | | | | | | | | | 7 |
| | Solidaridad intergeneracional/ contribución social | | | | | | | | | | | | 5 |
| Total planes autonómicos | 6 | 4 | 6 | 7 | 5 | 6 | 5 | 8 | 1 | 4 | 5 | | |

El principio de autorrealización es el más frecuente y aparece reflejado en nueve de las once planificaciones. En segundo lugar, los principios de cuidados/ atención junto con el principio de equidad social / igualdad de oportunidad están presentes en ocho de las planificaciones analizadas. El principio con menor convergencia es el relativo a la solidaridad intergeneracional / contribución social.

El plan de Aragón hace referencia a todos los principios analizados. El de Castilla-León recoge siete de los ocho principios. El plan de Madrid solo incluye, de forma expresa, uno de los principios (cuidados y atención).

La Estrategia Nacional se articula en torno a cuatro líneas estratégicas que incluyen diferentes medidas. En cada línea se contemplan varias actuaciones. En la segunda columna de la tabla se señala el número total de medidas establecidas en la Estrategia Nacional dentro de cada línea. Las siguientes columnas presentan el número de medidas convergentes con las de la Estrategia Nacional en cada planificación autonómica.

Tabla 3. Grado de convergencia de las planificaciones autonómicas con respecto a la Estrategia Nacional
Fuente: elaboración propia a partir de IMSERSO, 2018 y Cuesta 2021

| Planificaciones Líneas estratégicas | Total Estrategia | Valencia | Galicia | Navarra | Castilla y León | País Vasco | Asturias | Castilla-La Mancha | Islas Canarias | Andalucía | Aragón | Madrid |
|--|------------------|----------|---------|---------|-----------------|------------|----------|--------------------|----------------|-----------|--------|--------|
| Empleo: Mejorar los derechos de los trabajadores. Mayores y alargar vida laboral | 7 | | 6 | 6 | 4 | 7 | 5 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| Participación Social | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| Promoción de la vida saludable e independiente en entornos adecuados y seguros | 5 | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| No discriminación e igualdad de oportunidades y atención a situaciones de mayor vulnerabilidad | 4 | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 |

La línea de empleo, orientada a *mejorar los derechos de las personas trabajadoras y alargar la vida laboral*, que cuenta con 7 medidas en la Estrategia Nacional, está también reflejada en la estrategia del País Vasco, seguida de las de Galicia y Navarra. Por su parte, las planificaciones de Aragón y Madrid, no incluyen esta línea.

En el resto de las líneas se observa un alto grado de convergencia entre la Estrategia Nacional y las autonómicas. La relativa a la *promoción de la vida saludable e independiente en entornos adecuados y seguros* está presente en todas las planificaciones autonómicas con reflejo de todas las medidas, salvo en Castilla-León e Islas Canarias, que cuentan con cuatro de las cinco medidas.

En la línea cuarta de *No discriminación e igualdad de oportunidades y atención a situaciones de mayor vulnerabilidad* el grado de convergencia es alto. Si bien, tres comunidades (Islas Canarias, Andalucía y Madrid), presentan tres de las cuatro medidas.

La línea relativa a la participación social está presente en todas las comunidades autónomas. En este caso, solo tres comunidades contemplan las cinco medidas señaladas en la Estrategia Nacional (Navarra, País Vasco y Andalucía).

4 Conclusiones

La atención social a las personas mayores ha ido evolucionando a medida que ha ido cambiando la concepción del envejecimiento y de los derechos de las personas mayores. Con el incremento de la esperanza de la vida las políticas de atención a las personas mayores se amplían a nuevas esferas y no solo las relacionadas con los cuidados y la atención a la dependencia.

España cuenta con una Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y Buen Trato y once de las diecisiete comunidades tienen una planificación estratégica aprobada en el periodo analizado. Este tipo de planificaciones sirven para definir y orientar las políticas de acción, programas y medidas.

La Estrategia Nacional contempla todos los principios establecidos por Naciones Unidas y añade tres principios adicionales. El principio de autodeterminación aparece reflejado de forma mayoritaria en las planificaciones autonómicas.

Se observa un alto grado de convergencia entre las diferentes planificaciones en cuanto a las líneas estratégicas. Si bien, la relativa al empleo y los derechos de las personas mayores es la que presenta menor nivel de convergencia.

En síntesis, se puede afirmar que en España se cuenta con planificaciones estratégicas que ordenan y guían las actuaciones superando acciones aisladas. Se identifican diferencias territoriales y una progresiva superación de políticas asistencialistas en favor de modelos orientados al envejecimiento activo y saludable.

La promoción del envejecimiento y saludable requiere de enfoques holísticos de intervención donde el papel del Trabajo Social es relevante. Este perfil profesional tiene entre sus funciones la intervención con personas, familias, grupos y comunidades, desde la intervención directa en las situaciones que requieren intervenciones individualizadas hasta las intervenciones indirectas de coordinación para la promoción social

Referencias bibliográficas

Caprara, M. Molina, M. Á. Schettini, R. Santacreu, M. Orosa, T. Mendoza-Núñez, V. M. & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013 (817813), 14. doi:10.1155/2013/817813

Cuesta, A.B. (2021). *Estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva del Trabajo Social*. (tesis doctoral Universidad de La Rioja). Repositorio Dialnet. Estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva del Trabajo Social - Dialnet (unirioja.es)

Fernández-Ballesteros, R. Caprara, M. G. & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M. Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13, 63-85.

Foster, L. & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3- 10. doi:10.1007/s10433-013-0261-0

Fernández-Ballesteros, R., et al. (2006). *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº38. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-estudiosidi-38.pdf>

- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide
- Organización de las Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad*.
<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/buscador/search/printInstrumento/49>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decenio del Envejecimiento Saludable 2020- 2030*. Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) (who.int)
- Walker, A. & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21 (Suppl. 1), 117– 130. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- Zamarrón, M.D. (2007). Envejecimiento activo. *Infocop*, 34, 7-9.
<http://www.cop.es/infocop/pdf/2013.pdf> \n http://www.infocop.es/view_article.asp?id=36 31



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Alcances, limitaciones, retos y elementos diferenciadores de la política de educación 0-3 en Andalucía

Manuel Ángel Río Ruiz, Universidad de Sevilla (manurio@us.es)

María Ortega Gómez, Universidad de Sevilla (mortega5@us.es)

Rubén Martín Gimeno, Universidad Pablo de Olavide (rmargim@upo.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La comunicación aborda las características y retos de la Educación Infantil 0-3 en Andalucía. Compara datos de Andalucía, mediante fuentes estadísticas y entrevistas, con datos de otras regiones provenientes de estadísticas y recientes estudios. En un sistema donde prima la diversidad territorial de normativas, de plazas ofertadas, de condiciones de acceso y de escolarización resulta fundamental identificar divergencias y convergencias en las políticas autonómicas de EI03 y explicarlas por los tipos de mercados de cuidado infantil prevalecientes.

La comparación de Andalucía con otras comunidades muestra llamativos logros en tasas de escolarización, pero también los déficits del modelo configurado hace casi 20 años con bonificaciones que dejan fuera a las familias precarias estabilizadas y regulación general de precios, pero al margen de la oferta pública apenas potenciada. Muy presente en otras Comunidades, la extendida privatización e infrafinanciación de la EI03 son dos características especialmente limitantes de la equidad y calidad del ciclo

Palabras clave

Educación infantil 0-3, mercados de cuidado infantil, privatización educativa, desigualdad educativa, España

1 Introducción

Presentamos, para este texto corto, información sobre acceso y extensión social del ciclo, sobre las barreras de acceso, así como sobre algunas consecuencias del modelo privatizado e infrafinanciado existente en Andalucía. Las dimensiones estudiadas se compararán con lo que recientes investigaciones muestran sobre los distintos modelos de EI03 en diferentes CCAA. En un sistema donde prima la diversidad de normativa y de condiciones de escolarización por territorios resulta fundamental encontrar divergencias y convergencias en las políticas autonómicas de EI03. El modelo privatizador especialmente fomentado, y que sigue creciendo, en Andalucía tiene consecuencias. Por un lado, reproduce las barreras económicas: dificulta la posibilidad de optar a plazas subvencionadas a las familias precarias

estabilizadas. Por otro lado, se trata de un sistema que sirve más a la conciliación laboral que a la inclusión escolar. A todo ello se une algo que no se aborda aquí: las consecuencias negativas de la privatización y de la infrafinanciación de centros privados en las condiciones de escolarización y la calidad educativa.

2 Metodología

La comunicación integra entrevistas a profesionales de la EI-03 andaluza con la explotación de datos procedentes de estadísticas públicas educativas –registros estadísticos cedidos por la administración educativa andaluza para el curso 2019- 2020–, así como de encuestas e informes estatales. Para identificar convergencias y divergencias entre la EI03 andaluza y la de otras Autonomías se revisaron estudios recientes sobre EI03 en España y se explotaron datos de informes nacionales, como el Informe sobre el Estado del Sistema Educativo (2022). Los resultados (de la presentación) también se apoyan en una estrategia de investigación cualitativa con actores del sistema de EI03 andaluz.

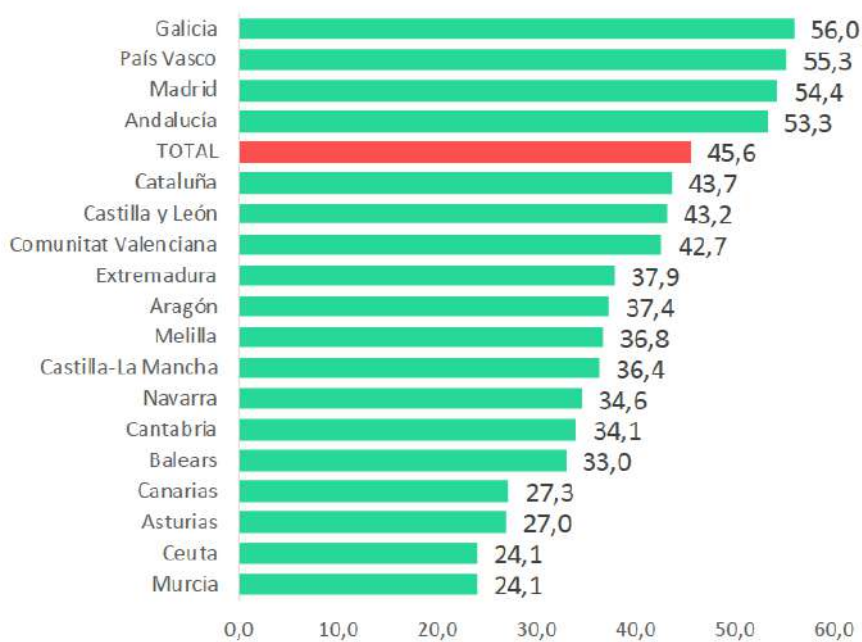
El análisis de la EI03 se ve dificultado por la dispersión de los datos entre las autonomías responsables. Son pocas e incompletas las fuentes oficiales que reportan datos sobre esta etapa. Incluso la frecuentemente utilizada Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) presenta limitaciones para analizar la estructuración social de la EI-03, al no reunir la muestra estadística necesaria para explotar con validez los datos desagregados por comunidades autónomas. De forma similar, las estadísticas ministeriales sobre nivel de ayudas (no son becas) y gasto público en educación infantil no permiten diferenciar qué se destina a primer y segundo ciclo, un problema común a la estadística europea en educación infantil que empobrece los análisis también en España

3 Resultados y conclusiones

3.1 El hecho diferencial de la EI03 andaluza: a la cabeza en matriculación global, a la cola en matriculación en plazas públicas

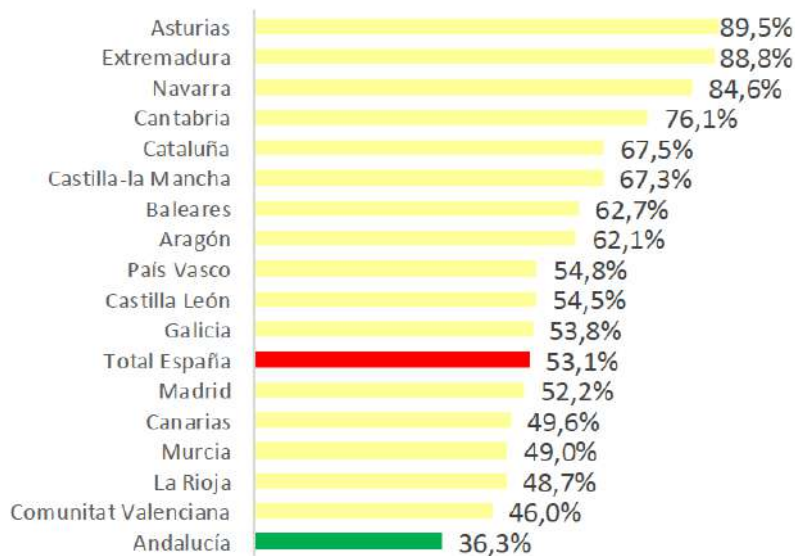
Andalucía se encuentra entre las 4 primeras Comunidades Autónomas con tasas más altas de matriculación en EI03 y por encima de la media española (Gráfico 1). Antes de la Covid-19 estaba a la cabeza, un logro en una comunidad azotada por el desempleo sobre todo femenino y la pobreza. Sin embargo, frente a otras CCAA, Andalucía estaba, está y seguirá en los próximos años a la cola en matriculación en centros públicos. Hoy registra la tasa más baja de matriculación en escuelas infantiles públicas de toda España (Gráfico 2).

Gráfico 1. Tasas netas de escolarización de 0 a 2 años por Comunidad Autónoma. Curso 2022-2023



Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance.

Gráfico 2. Porcentaje de alumnado de 0 a 2 años matriculado en escuelas públicas por Comunidad Autónoma. Curso 2022-2023



Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance

Prevalece claramente la oferta privada que no se ha revertido en los últimos años postcrisis. Andalucía presenta un tipo de oferta con 3 clases de centros: públicos (escuelas infantiles), privados-concertados regulados por un programa de ayudas a familias y centros completamente privados (Centros de Educación Infantil) que escolarizan a una minoría de alumnos. Solo el 36% del alumnado se encuentra en escuelas infantiles públicas. Así, con la mayor población entre 0 y 3 años, Andalucía representa un ejemplo extendido de creación,

consolidación y naturalización ideológica de un modelo ampliamente privatizado de EI03 basado en bonificaciones a parte de las familias de menos ingresos, así como en la regulación de los precios que cobran las escuelas infantiles privadas adheridas a conciertos con la Consejería de Educación. Este desequilibrio en ocupación de plazas afecta a las distintas edades del ciclo, como se puede observar en la tabla 1.

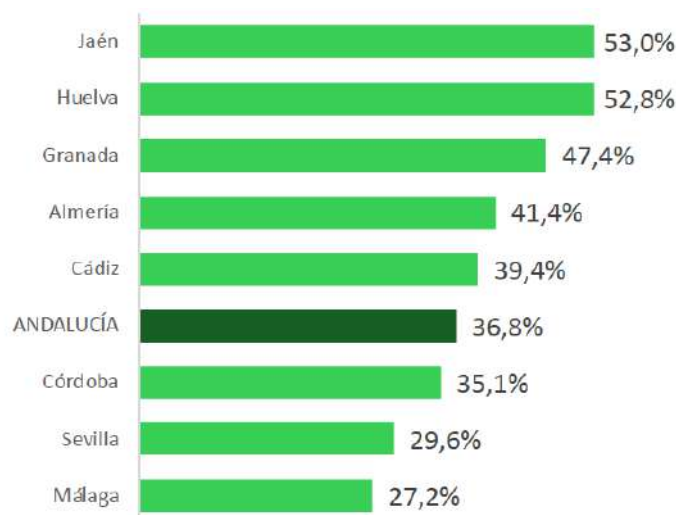
Tabla 3. Alumnado matriculado en Educación Infantil de primera etapa en España y Andalucía por año. Curso 2022-2023

| | | <i>Públicos</i> | <i>Privados</i> | <i>Total</i> |
|-----------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| España | Menos de 1 año | 50,2% | 49,8% | 100,0% |
| | 1 año | 51,3% | 48,7% | 100,0% |
| | 2 años | 55,0% | 45,0% | 100,0% |
| Andalucía | Menos de 1 año | 33,6% | 66,4% | 100,0% |
| | 1 año | 36,3% | 63,7% | 100,0% |
| | 2 años | 36,8% | 63,2% | 100,0% |

Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance.

Sin embargo, la EI03 andaluza tan privatizada, no es territorialmente homogénea. La comparación provincial, como se observa en el gráfico 2, revela que provincias como Jaén y Huelva tienen porcentajes de matriculación pública cercanos a la media estatal. Son, sin embargo, las provincias-capitales de mayor tamaño, las que decisivamente producen las grandes diferencias en privatización de la EI03 respecto al resto de CCAA. Se observan diferencias de casi 25 puntos en ocupación de plazas públicas entre Málaga (27,2%) y Jaén (53%), por ejemplo. Habría, en consecuencia, que analizar más en detalle los elementos diferenciales en las políticas educativas desde una perspectiva de hábitat y densidad urbana, algo que trasciende los objetivos del presente texto.

Gráfico 3. Porcentaje de alumnado de 2 años matriculado en escuelas públicas por provincia Curso 2022-2023.



Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance.

En realidad, la historia reciente de la EI03 andaluza es la de una oportunidad perdida de crecer; pero a través de la potenciación de una red pública de plazas. Por el contrario, se optó por externalizar la necesidad social

hacia centros privados y abaratar los costes de las promesas electorales de creación de plazas. El porcentaje de menores andaluces en EI03 pública está muy por debajo de la media española, la cual esconde distribuciones de alumnado 03 en escuelas públicas muy dispares.

3.2 Las privatizaciones de la EI03 y modelos de otras comunidades autónomas.

Los desiguales logros por clases sociales registrados en tasas de escolarización en EI03 no han sido por lo general producto de políticas públicas planificadas, sostenidas y equitativas, sino la consecuencia de los imperativos crecientes de conciliación de muchas familias respondido a golpe de ofertas electorales de creación de plazas privadas a cualquier precio. Los dos gobiernos que hemos experimentado en Andalucía coinciden, pero en sus políticas autonómicas de expansión del sector privado en detrimento de la potenciación de la red pública. El aumento de la demanda ciudadana andaluza en EI-03 se ha gestionado de forma que, actualmente, la mayor parte de las escuelas infantiles son privadas. En Andalucía, la regulación de 2009 se caracterizó por fomentar un modelo privatizador con bonificaciones graduales, de hasta el 100% y acceso directo para familias con menor renta (Río, Martín y Ortega, 2022; León et al., 2022:13).

Esta evolución contrasta con la de otras Comunidades Autónomas, siempre teniendo presente que cada una tiene peculiaridades específicas que han ido configurando la hibridación entre la red pública y la privada.

Cataluña presenta una desigual extensión de la EI03 entre los municipios catalanes (Navarro, 2022: 3). Si bien el porcentaje de alumnado de 0 a 2 años matriculado en escuelas públicas sería del 67,5% para este curso (Gráfico 3). Por tanto, pese a los problemas que vienen subrayando investigadoras de esta realidad autonómica, la oferta pública catalana dobla a la andaluza.

Una característica fundamental del modelo catalán es el fuerte protagonismo que se le da a los municipios para construir la red de escuelas infantiles de titularidad pública y competencia municipal. Su modelo de escuelas municipales funcionaría como complemento a la oferta privada (Martín et al., 2016: 3) y hasta 2010, el coste de la matriculación quedaría asumido a partes iguales entre Generalitat, administración local y familias (Navarro, 2022:8). Barcelona juega un papel importante en la regulación de la EI03 y financia gran parte de los costes. De 3755 unidades de EI03 del sector público, solo 331 son autonómicas y las restantes de corporaciones locales, pero con criterios de la Generalitat. En cuanto a los centros privados, Cataluña no subvenciona a las familias que allí matriculan, pero sí a los centros privados. Establece módulos de subvención para centros privados de iniciativa social de 328€ por alumno y curso (León et al., 2022:17).

En Madrid, en cambio, la gestión es compartida entre Comunidad y Ayuntamiento, pero las competencias de este último son limitadas: solo cuenta con 56 escuelas municipales de 0 a 3 años (Martín-Sonseca et al., 2016:7). La financiación es compartida entre las familias y la administración. Los recortes en el 03 hicieron que el apoquino de las familias aumentara. La cobertura en centros privados ha sido de entre un 17% y un 20% más alta que la pública, acelerado por subvenciones a escuelas privada a través de “cheques guardería” (Martín-Sonseca et al., 2016:108). Su porcentaje en matriculación en centros de titularidad pública, aunque por encima de Andalucía, está por debajo de la media española con un 52,5% (Gráfico 3).

En el modelo madrileño es importante atender a la gestión directa (consistorio) o indirecta (que puede ser de titularidad privada gestionada por entidades privadas con contrato de gestión de servicio público). Presenta un modelo muy neoliberal consistente en la externalización, según la lógica del cuasi-mercado (Martín-Sonseca et al., 2016:119).

Se dan deducciones directas y fiscales para sufragar costes de la EI privada: la CAM sufraga hasta 1000€ por menor en primer ciclo, base imponible inferior a 30000€ por miembro de la unidad familiar (León et al.,

2022:16-17). Cuenta con un sistema de becas para pagar la EI privada de entre 100-160€, quedando excluidos los hogares con más de 25000 anuales (León et al., 2022:17). Se financian los gastos hasta familias con ingresos por encima de la renta media, indicador de que prima la conciliación (León et al., 2022:17).

Navarra se encuentra entre las tres primeras CCAA a la cabeza en niveles de matriculación en centros públicos frente otras CCAA (84,6%) junto con Asturias y Extremadura (Gráfico 3). En Navarra el número de plazas ofertadas va en aumento de la edad: un 8,8% entre 0-1 y un 55% para 2-3 (Martínez-Virto y Canals, 2022:5). Presenta notables desigualdades territoriales, con zonas sin demanda y otras con listas de espera y diferencias en la financiación. Para Navarra, el baremo de acceso para centros públicos que mejoran la equidad con máximo de 80 puntos: situación laboral de los progenitores hasta 20 puntos, por lo que priman el trabajo (Martínez- Virto y Canals, 2022:11).

El mínimo para pagar serían 72€ (salvo en Pamplona, gratuita desde 2021) (León et al., 2022:16) para familias con menos de 3350€ anuales (43€ para familias monoparentales). Se da facilidad de acceso y exención de cuota para niños con riesgo social o psicosocial y NEE. Pamplona estima que el ayuntamiento financiaría aproximadamente el 55% del coste de cada módulo (León et al., 2022:17).

En la Comunidad Valenciana, a pesar de la gratuidad de las aulas de 2 años, la tasa de matriculación no alcanza ni la mitad de la población destinataria (42,7%), situándose por debajo de la media española. Se mantiene, además, junto con Andalucía, a la cola de matriculación en centros públicos frente a otras CCAA (47,2%) y por debajo de la media española (Gráfico 3). La oferta de plazas públicas en EI03 se lleva a cabo a través de escuelas dependientes de la Generalitat, escuelas dependientes de corporaciones locales, y de centros públicos de la Generalitat con aulas autorizadas para 2-3 años (Ancheta-Arrabal et al.,2022:13).

Se regulan que los costes no superen los 476€ mensuales (0-1) y descienden a medida que aumenta la edad. La ayuda mensual máxima será para 0-1 años de 200€ y mínimo de 70€. Se ofrece gratuidad para familias que tengan la renta de inclusión y deducciones directas y fiscales para sufragar costes de la EI privada (León et al., 2022:16).

3.3 Privatizaciones y otros déficits de las políticas de EI03 en Andalucía y otras CCAA

La evolución característica de cada CCAA genera consecuencias diferenciales. En el caso andaluz, las principales implicaciones del modelo privatizador se traducen en barreras económicas para las familias y en una situación de infrafinanciación y precariedad en los centros. Actualmente, de los casi noventa mil matriculados en el primer ciclo de Infantil en Andalucía, alrededor del 50% tienen gratuidad total en la plaza. Sin embargo, no es suficiente. Los estrictos criterios de renta establecidos para bonificar a las familias dejan fuera, por motivos económicos, a buena parte de la población precaria estabilizada de Andalucía. No podrían hacer frente, por ejemplo, a cubrir 80€ de los 320€ mensuales (con comedor) que puede costar una plaza en la escuela infantil privada adherida. Muchas familias “milleuristas” interesadas desisten por motivos o cálculos económicos de coste-beneficio en los que la matriculación ya “no compensa”, lo que condiciona negativamente, desincentiva y aplaza la escolarización temprana (Río, Martín y Ortega, 2022: 141).

Por otro lado, continuos recortes educativos han llevado a que la cobertura en 0-3 se haya sostenido en la precariedad generalizada de un sistema masivamente privatizado, limitando la calidad de la atención socioeducativa en la etapa. La diferencia de costes de mantenimiento entre plazas públicas y privadas explica, en gran medida, las diferencias generalizadas entre escuelas infantiles públicas y privadas adheridas. A pesar de establecerse en ambas modalidades el mismo sistema de bonificaciones y precios, basta con decir que, en las escuelas públicas, el precio-coste real estimado por plaza es tres veces mayor que en las privadas:

aproximadamente 1000€ de inversión por alumno en una escuela pública frente a los 240€ (sin comedor) de precio fijado por plaza en centros de titularidad privada adheridos al programa de ayudas a familias.

Como en Cataluña, especialmente en el caso de las remunicipalizadas Bressols de Barcelona, las escuelas públicas apuestan por el valor educativo y la innovación pedagógica. En cambio, la escuela privada se caracteriza más por priorizar la función de conciliación al tener horarios y calendarios más extensos (Saurí y González, 2022:11-12). El caso de Barcelona ciudad, con una alta demanda y una presión de las clases medias por más plazas, muestra que donde existe oferta pública de calidad, las familias se decantan por elegir centros públicos frente a escuelas privadas. Aunque los centros públicos no sean más baratos.

Estas dificultades económicas de acceso se dan también en otras CCAA como Madrid, donde la oferta de plazas es limitada y parte de la demanda queda sin plaza pública, optando por escuelas privadas u otro tipo de atención. El principal baremo a la hora de controlar el acceso es la situación de los padres. Tendrán preferencia las familias con ambos progenitores trabajando, lo que reduce el acceso a familias en situación vulnerable y desempleo. En segundo lugar, se tiene en cuenta la situación económica de la familia. Lo que permitiría, en su caso, el acceso a familias con trabajo, pero rentas bajas. Sin embargo, el alto peso en el acceso que se da a la empleabilidad de los padres hace que, una madre desempleada en el segundo tramo más bajo de ingresos perdería la plaza frente a una madre trabajadora en el tramo más alto de ingresos (León et al., 2022:13).

Los efectos de esta primacía de los criterios de conciliación son menores en Andalucía, dado que el problema no radica en la falta de plazas (hoy se dan zonas de oferta saturada), sino en la escasez de plazas públicas insuficientemente financiadas.

4 Conclusiones

Andalucía y Madrid están por encima de la media estatal en niveles de matriculación. Por debajo están Cataluña, Valencia y Navarra. Sin embargo, Madrid y Andalucía están por debajo en matriculación en centros públicos. En cambio, Cataluña y Navarra son de las CCAA con mayor alumnado matriculado en centros públicos. De esta manera, las CCAA con más demanda cubierta son aquellas que más plazas privadas ocupan.

Hace tres lustros que Andalucía, a base de fomentar centros privados, desarrolló una arquitectura normativa de la EI-03, que regularizó formalmente las condiciones de escolarización en este ciclo y garantizó a las familias solicitantes el derecho a una plaza en él. Son logros. Hoy Andalucía está dotada de una amplia oferta de plazas, aunque con algunos desequilibrios territoriales. Además, más del 90% de las plazas disponibles, exceptuando las ofrecidas por el minoritario conjunto de escuelas infantiles privadas no concertadas, están acogidas a un sistema de bonificaciones y precios comunes. Pese a las aquí menores tasas de ocupación femenina, las tasas de escolarización en EI-03 se sitúan desde hace años entre las más elevadas de España. Estamos incluso por encima de los niveles de escolarización en este ciclo alcanzados por comunidades de mayores niveles de renta y de mayor gasto educativo en enseñanzas preuniversitarias. La expansión ha sido indudable. Sin embargo, como hemos ilustrado, el modelo andaluz de EI-03 presenta también un gran déficit que ha afectado y afectará notablemente a la equidad, viabilidad y calidad del sistema en los próximos años.

Referencias bibliográficas

Ancheta-Arrabal, Ana; Romero-Crespo, Juan A. y Gabaldón-Estevan, Daniel. Educación y equidad en la primera infancia. El caso de las aulas de 2 años en los centros públicos de la Comunidad Valenciana. *Papers*, 107(3), e3066

- Jiménez-Delgado, María, Jareño-Ruiz, Diana, & El-Habib Draoui, Brahim (2016). La expansión de la educación infantil en España: entre la igualdad de oportunidades y la segregación. *Revista Iberoamericana De Educación*, 72, 19-44 <https://doi.org/10.35362/rie72034>
- León, Margarita; Palomera, David; Ibáñez, Zyab; Martínez-Virto, Lucía y Gabaldón- Estevan, Daniel. (2022). Entre la equidad y la conciliación: similitudes y disparidades en el diseño institucional del primer ciclo de educación infantil en España. *Papers*, 107(3), e3084
- Martínez-Virto, Lucía y Canals-Botas, Leonor. (2022). Las escuelas infantiles 0-3 en Navarra: características, estrategias y retos para promover la equidad. *Papers*, 107(3), e3059
- Martín-Sonseca, Ángel; Rujas, Javier; Herrera, Ignacio; Ortí, Mario y Pereda, Carlos. (2016): Una aproximación al impacto social de las políticas municipales del Ayuntamiento de Madrid (2003-2015) (en línea)
- Navarro-Varas, Lara. (2022). La importancia del coste de los servicios de educación y atención de la primera infancia en la ocupación laboral femenina de la metrópolis de Barcelona. *Papers*, 107(3), e.3076
- Río-Ruiz, Manuel; Martín-Gimeno, Rubén y Ortega-Gómez, María (2022). Luces y sombras de la educación infantil 0-3 en Andalucía: condiciones de acceso y de escolarización. *Revista de Sociología de la Educación – RASE*, 15(1), 127-151. <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.15.1.22990>
- Saurí, Enric y González, Sheila. (2022). Justificacions i condicionants de la tria de cura en el 0-3: és a pública una opció per mi? *Papers*, 107(3), 1-21
- Informe sobre el estado del sistema educativo (2022) <http://ntic.educacion.es/cee/informe2022/i22cee-informe.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

¿Qué políticas sociales debemos articular para proteger el bienestar de la infancia y adolescencia en el escenario (pos)pandémico? La perspectiva de las/os expertas/os

Iván Rodríguez Pascual, COIDESO-Universidad de Huelva (ivan@uhu.es)

Naraia Berasategi Sancho, Kideon-Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (naiara.berasategi@ehu.eus)

Nahia Idoiaga, Kideon-Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, (nahia.idoiaga@ehu.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El período pandémico ha quedado caracterizado por el escaso papel que se ha concedido a niñas, niños y adolescentes, pese a haber producido un impacto severo sobre su bienestar. En esta comunicación se presenta un análisis basado en un cuestionario exploratorio semiabierto dirigido a un colectivo de personas expertas del ámbito académico, privado y del tercer sector (n=57) como parte del trabajo de campo del proyecto INFAPOST¹. Los objetivos de este análisis son: a) anticipar el conjunto de tendencias de mayor impacto en la población infantil y adolescente en el escenario de reconstrucción social pospandémica, ayudando a identificar problemáticas emergentes y/o agravadas, así como b) sistematizar las que para la población experta deben ser las principales iniciativas de política social que deben activarse tras la crisis pandémica tras el COVID-19. Se parte de un análisis mixto, cuantitativo y cualitativo, apoyándonos en este último en software lexicométrico (Iramuteq). Tras el mismo, se evidencia como principal resultado preliminar que la perspectiva de los expertos está anclada en una visión pesimista del escenario pospandémico, que se prevé caracterizado tanto por la falta de centralidad de niños, niñas y adolescentes (y sus derechos) en las políticas públicas como por una clara diversificación de problemáticas que amenazan su bienestar. Esta información resultará particularmente relevante para poder formular recomendaciones a medio-largo plazo tanto para la intervención socioeducativa como para la política social en su conjunto.

Palabras clave

Infancia, adolescencia, pandemia, políticas sociales

1 Introducción

La población infantil ha sufrido, a causa del COVID-19, una fuerte invisibilización de sus necesidades y derechos. Combatirla es necesario y para ello precisamos de una investigación social que indague desde una perspectiva centrada en la población menor de edad el contexto post-COVID. Las políticas sociales no deberían permanecer ajenas al hecho de que nos hallamos en un escenario en el que sólo caben dos opciones: ahondar en la injusticia social que ha supuesto el de los intereses, las voces y los derechos de este grupo de población quedaran relegados a un segundo plano en el periodo pandémico (Campbell y Carnevale, 2020) o contribuir con decisión a la tarea de reconstrucción tanto del incierto escenario relacional socioeducativo post-COVID, como del resto de áreas de la vida social de niñas, niños y adolescentes. Un paso crucial en este propósito es

¹ INFAPOST es un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación a través de la convocatoria 2020 de «Proyectos de I+D+i» en el marco de los programas estatales de Generación de Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I+D+i y de I+D+i orientada a los retos de la sociedad “ (Ref: PID2020-119011RB-I00/AEI/10.13039/501100011033).

comprender las tendencias de cambio y la evolución del escenario pandémico hacia un contexto pospandémico en el que coexisten problemáticas duraderas con otro producto de la crisis pandémica. Conocer debe ser el paso previo a formular políticas públicas que pueden compensar las posibles tensiones y desequilibrios que van a surgir en este escenario de reconstrucción social tras la pandemia.

Ya se cuenta, desde el inicio del tiempo pandémico, con una abundante producción científica internacional que coincide en subrayar los importantes efectos de la crisis sociosanitaria sobre diferentes áreas del bienestar infantil y adolescente. Por supuesto, en aspectos sociales como la presencia de sentimientos de soledad, falta de apoyo social etc. (Jiao et al., 2020); pero también emocionales: miedo, estrés, ansiedad e incluso estrés postraumático (Leung, Lam, y Cheng, 2020); físicos: ganancia de peso, sedentarismo etc. (Idoiaga et al., 2020b; Lippi et al., 2020); o académicos: falta de contacto con profesorado y alumnado, dificultad de seguir las clases etc. (Idoiaga et al., 2020b; Wang et al., 2020). En este contexto, también se ha evidenciado una mayor fragilidad económica, preocupación por la subsistencia y peores hábitos de salud (Sharma et al., 2020), además de un espacio comunitario contraído favorable a la aparición de diferentes manifestaciones de negligencia adulta frente a las necesidades de la población infantil (Berubé et al., 2020); La pandemia también ha afectado simultáneamente el bienestar emocional de la población infantil y sus progenitores (Patrick et al., 2020) y provocado fuertes disparidades en la disponibilidad parental durante los procesos de educación telemática (Brossardi et al., 2020). La sociedad española no ha escapado a esta tendencia, agravada por haber puesto en marcha medidas de contención singularmente estrictas para la población infantil al inicio de la pandemia, detectándose importantes indicios tanto de estrés y otras formas de malestar emocional como de problemas relacionados con el sedentarismo, la soledad y la reducción del apoyo social (Berasategi et al., 2020; Idoiaga et al., 2020a; Idoiaga et al., 2020b)

¿Cómo responder desde la política social al desafío de un escenario pospandémico marcado por este fuerte impacto sobre el bienestar de niñas, niños y adolescentes? Coincidimos con Tirivayi y otros (2020) cuando apuntan a que son necesarias políticas y respuestas desde los sistemas de protección social sensibles a la especificidad de las necesidades y derechos de la población menor de edad [o child-sensitive]. Por ello necesitamos un diagnóstico de un

escenario tan incierto como el que ha dejado el tiempo pandémico. El proyecto INFAPOST ha tratado de realizar esta tarea de cartografiar las fuentes del malestar emocional y material de la población menor de edad a través de varias estrategias metodológicas; entre ellas un cuestionario exploratorio mayormente abierto dirigido a un colectivo de personas expertas de ámbitos diversos de la sociedad española, de cuyos resultados damos cuenta en el resto de este documento.

2 Metodología

Nuestro estudio se basa en el lanzamiento de un cuestionario en línea de carácter exploratorio, anónimo y conformado por 13 preguntas abiertas sobre problemas y propuestas en el escenario pandémico y pospandémico para los ámbitos de la educación; la salud y el bienestar personal y familiar; y la exclusión social y la desigualdad. Además, se han incluido 2 preguntas cerradas para que las y los encuestados expresaran la probabilidad de ocurrencia de varios problemas sociales. Este cuestionario se lanzó el 13 de julio de 2022, en la última fase de la pandemia que se declaró cerrada por la OMS el pasado 5 de mayo de 2023 (se hizo un último recordatorio en diciembre de 2022). La muestra recogida parte de una base de datos previa de 133 expertos/as en diversos temas relacionados con la población infantil del Estado español, fruto del vaciado de webs institucionales y la selección de personas representativas de esta condición en el ámbito de las distintas

disciplinas que participan en el proyecto. Igualmente, se ha pedido a las personas que respondían que hicieran llegar el cuestionario a otros colegas, aplicando una estrategia de “bola de nieve”.

Finalmente, la muestra recogida es de 57 respuestas al cuestionario (una tasa de cobertura aproximada del 42% sobre la muestra diseñada), si bien muchas de estas han sido parciales lo que hace que en algunas preguntas tengamos un “n” más reducido. Son 40 mujeres y 17 hombres de 9 CCAA, aunque la mayor parte (algo más del 80%) pertenecen a la Comunidad Valenciana, Andalucía, Madrid y Cataluña. Entre las respuestas, son mayoría las/os investigadores/as de instituciones públicas y privadas (aprox. 47%), pero también encontramos personal de organizaciones no gubernamentales (el 21%) y otros perfiles minoritarios como la consultoría (10,5%) o personal técnico de administraciones públicas (12,3%).

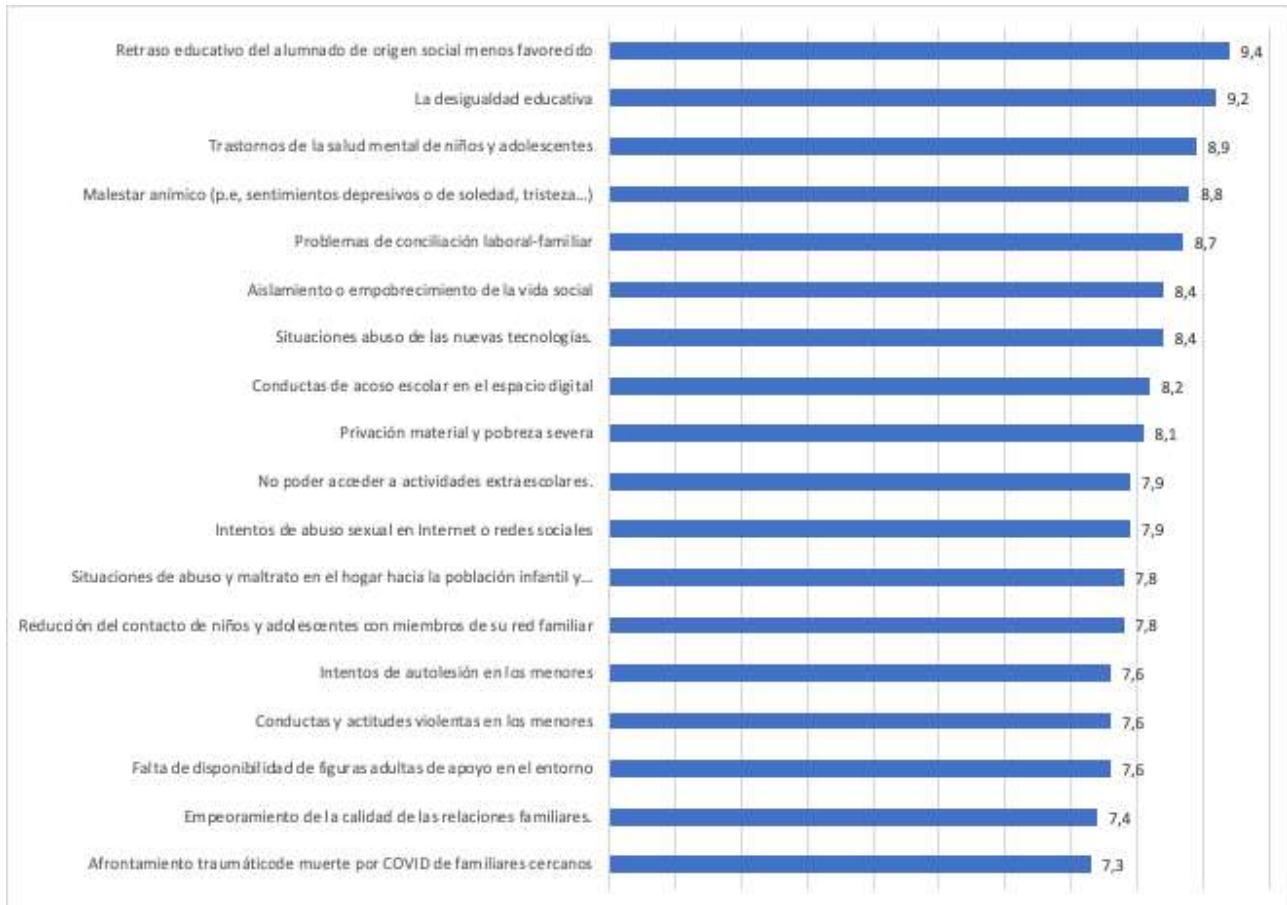
Se proponen dos vías de análisis: una puramente cuantitativa y otra que, aunque también cuantitativa, está basada en el tratamiento léxicométrico de los distintos textos producidos por la muestra de expertos y expertas de nuestro estudio. En este último caso, para analizar las propuestas socioeducativas planteadas por las/os encuestadas/os se empleó el método Reinert (Reinert, 1983, Reinert, 1990) utilizando el software Iramuteq para el análisis léxico (Ratinaud & Marchand, 2012). En concreto, el software identifica las palabras y segmentos de texto que mejor identifican cada clase o idea que los participantes han mencionado repetidamente, detectando patrones discursivos.

3 Resultados

3.1 Cuantitativos

Una de las cuestiones planteadas es cuál consideraban que era la probabilidad de que estuvieran ocurriendo una serie de problemas (donde 1=nada probable y 10=muy probable). El gráfico 1 recoge la lista de problemas y su probabilidad asociada. El personal experto considera muy probables (con puntuaciones => 8) problemas relacionados con: a) retraso y desigualdad educativa b) trastornos anímicos y de la salud mental c) empobrecimiento de la vida social, d) abuso tecnológico y ciberacoso y e) pobreza y privación material. Otros problemas también se consideran bastante probables con puntuaciones cercanas a 7 y en ningún caso se han identificado problemas con una probabilidad de ocurrencia baja o moderada. El problema considerado menos probable es el “enfrentamiento traumático de muerte por COVID de familiares” que, aun así, obtiene 7,3 puntos.

Gráfico 1. Probabilidad de ocurrencia de los siguientes problemas durante la pandemia (1=nada probable y 10=muy probable)
n=25



Cabe destacar que en algunos de estos aspectos encontramos también diferencias por género muy expresivas. Las expertas tienden a ver más probables muchos de estos problemas. Por ejemplo, las diferencias frente a los expertos varones² son iguales o superiores a 1 punto en muchos aspectos de tipo relacional (“Reducción del contacto con miembros de la red familiar”-8,1 y “aislamiento o empobrecimiento de la vida social”-8,7), pero también en otros como “Intentos de abuso sexual en Internet o Redes Sociales” (8,1 frente a 7 puntos en los varones) o “intentos de autolesión en los menores” (7,9 frente a 6,6 en los varones).

En lo tocante al escenario que espera tras la pandemia, entre las personas consultadas es generalizada la impresión negativa de que este escenario priorizará las políticas de reactivación económica frente a las sociales (7,6 puntos), como también se considera probable que esto implique recortes y ajustes en políticas sociales destinadas a la población infantil y adolescente (7,2 puntos). El gráfico siguiente muestra estas dos cuestiones y el resto de las planteadas en nuestro cuestionario exploratorio.

² Sólo 5 varones respondieron a esta pregunta, por lo que estas diferencias, aunque nos parecen muy expresivas, también deben consideradas con cuidado porque pueden incorporar sesgos.

Gráfico 2. Probabilidad de que en el escenario pospandémico sucedan estas cuestiones en el escenario pospandémico (P. Media entre 1 “nada probable” a 10 “muy probable”)



Aunque esta impresión general es firme y compartida por las personas encuestadas independientemente de otras variables consideradas, otras percepciones sí evolucionan y son muy sensibles al posicionamiento de las y los expertos. Hemos seleccionado dos ítems que se han mostrado particularmente sensibles a la creencia en que los derechos e intereses de las personas menores de edad tendrán un lugar central en las políticas del escenario pospandémico. Aunque la probabilidad de ocurrencia de este último supuesto ha sido marcada como baja (apenas 4 puntos sobre 10), las puntuaciones individuales de cada experto/a en él predicen bastante bien sus puntuaciones en otros aspectos. Mostramos esta relación a través de sendos gráficos de dispersión a continuación.

Gráfico 3. Nube de puntos que muestra la relación entre probabilidad de un escenario centrado en los derechos e intereses de personas menores de edad y la de que se formulen políticas sociales específicas dirigidas a este colectivo (ambos ejes puntuación de 1=nada)

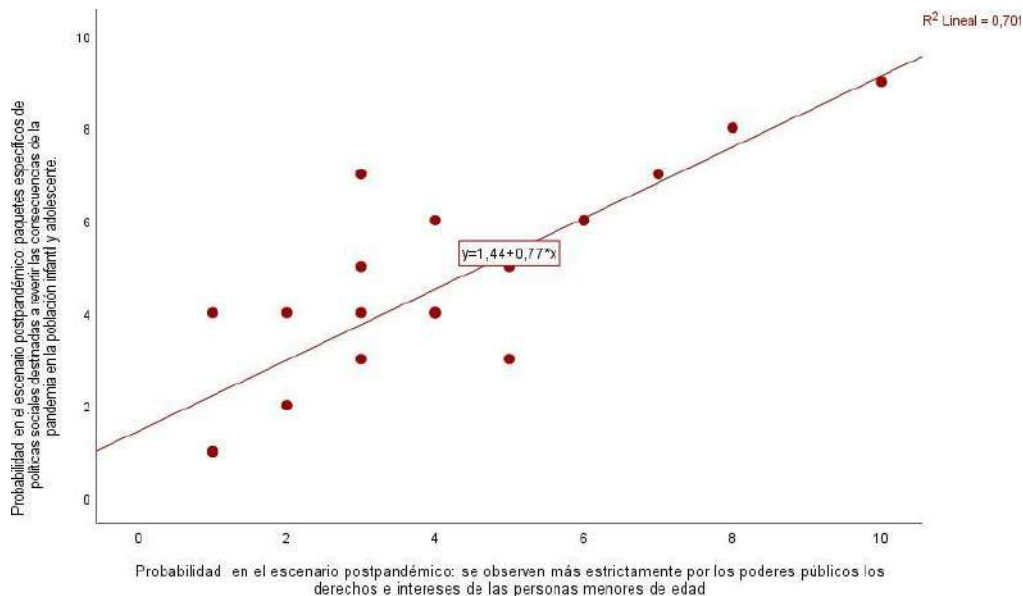
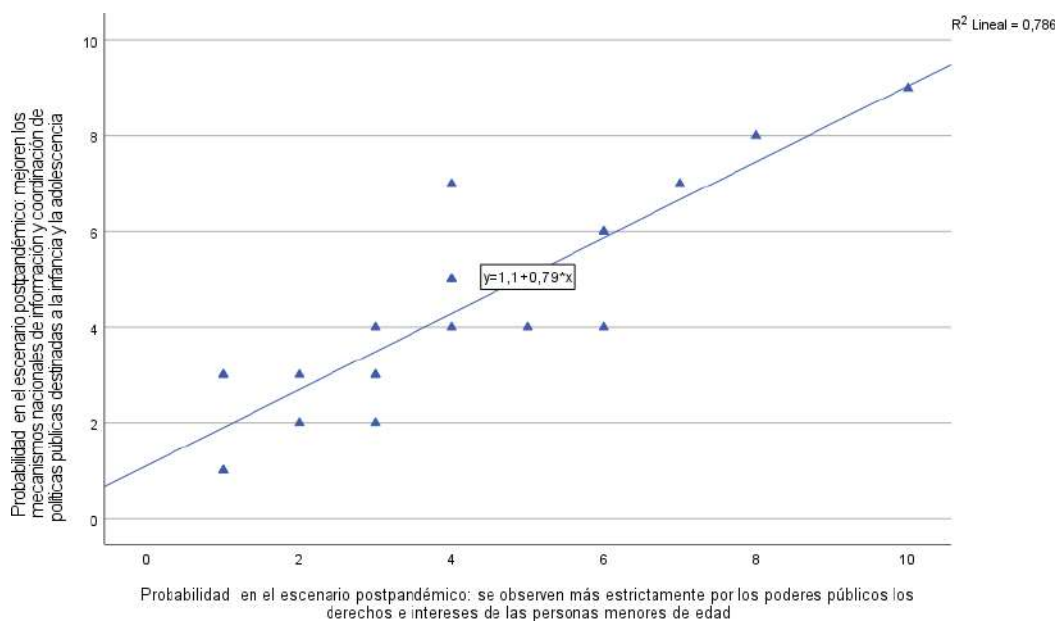


Gráfico 4. Nube de puntos que muestra la relación entre probabilidad de un escenario centrado en los derechos e intereses de personas menores de edad y la de que se mejoren mecanismos de información y coordinación (ambos ejes puntuación de 1=nada probable a 10=muy probable) n=16



En el primer caso, el posicionamiento en relación a la centralidad de los derechos de la población menor de edad tiene una fuerte asociación expresada en términos de regresión lineal ($R^2=0,7$) con las puntuaciones que miden la probabilidad de ocurrencia de que se formulen paquetes específicos de políticas sociales para la Infancia y la Adolescencia. En el segundo, se obtiene un resultado incluso mayor ($R^2=0,78$), pero considerando que una mayor

probabilidad de que ocurra lo primero explica también que sea más probable la mejora de los mecanismos nacionales de información y coordinación sobre políticas públicas para la Infancia y la Adolescencia. Entendemos que esto no deja de ser una apuesta por parte del colectivo consultado, también en un escenario pospandémico, por la necesidad de partir de una consideración central de los derechos humanos de la población menor de edad como acicate para construir un sistema de políticas públicas más sensible y atento a este colectivo.

3.2 Resultados lexicométricos

Se ha realizado un análisis léxicométrico del conjunto de respuestas a las distintas preguntas abiertas del cuestionario, considerándose estas el corpus o conjunto de textos analizables. Este corpus completo contenía 2.487 palabras, de las cuales 830 eran únicas. El análisis jerárquico descendente del método Reinert dividió el corpus en 167 segmentos y seis clases o dimensiones que hemos renombrado. Consideramos que estas pueden dividirse, a su vez, en medidas focalizadas en la población infantil y medidas focalizadas en el sistema socioeconómico e institucional. Los resultados de este análisis pueden observarse en la Figura siguiente.

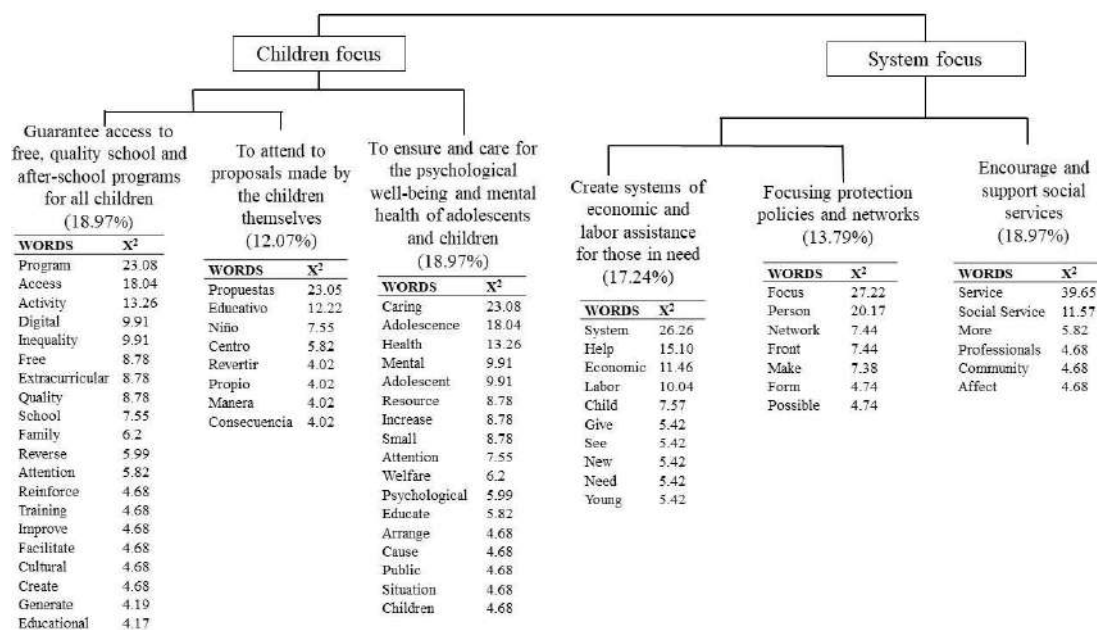


Figura 5. Análisis lexicométrico del corpus identificado: principales dimensiones identificadas

Como puede deducirse de la figura, cuando se agrupan los fragmentos de texto conforme a su centralidad aparecen seis grandes dimensiones referidas a las propuestas para el escenario pospandémico de las y los expertos consultados:

- a) garantizar acceso a una educación gratuita y de calidad;
- b) prestar atención a las propuestas de los propios niños y adolescentes;
- c) cuidar el bienestar psicológico y la salud mental de niños y adolescentes;
- d) generar sistemas de protección socioeconómica para población vulnerable;
- e) centrar políticas y redes de protección y
- f) apoyar el trabajo de los servicios sociales.

4 Conclusiones

Aunque tenga un carácter exploratorio, el cuestionario a expertos del Proyecto INFAPOST sirve para representar cuáles son las principales preocupaciones del conjunto de personas expertas en la Infancia y la Adolescencia, al mismo tiempo que sus propuestas referidas a políticas sociales para el escenario pospandémico.

Comprobamos que, en general, este colectivo tiene una impresión muy negativa tanto sobre el conjunto de problemáticas que consideran probable que hayan venido afectando a niñas, niños y adolescentes durante la pandemia, como sobre la posibilidad de que no se vean afectados también, en este escenario pospandémico, por recortes y ajustes o políticas sociales poco centradas en sus necesidades. Sin embargo, admiten que políticas más centradas en sus derechos significarían también mejores sistemas de información y coordinación y un mejor ajuste a sus problemas específicos. También se constata que sus propuestas giran en torno a producir políticas centradas en garantizar el acceso e integración educativa, el cuidado de la salud mental de niños y adolescentes, el apoyo a los Servicios Sociales y la generación de un espacio socioeconómico que ayude a la población vulnerable. A esto añaden la idoneidad del trabajo en red y en políticas con foco en colectivos y/o problemas específicos y una clara llamada a escuchar y atender las propuestas de los propios niños y adolescentes.

Referencias bibliográficas

- Berasategi, N., Idoiaga, N., Dosil, M., y Eiguren, A. (2020) Design and Validation of a Scale for Measuring Well-Being of Children in Lockdown (WCL). *Frontiers in Psychology* 11,2225. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02225>
- Berasategi, N. (Coord.) (2020). *Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19*. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua. <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/43056/USP00202291.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bérubé, A., Clement, M.E., Lafantaisie V., LeBlanc, A., Baron, M., Picher G., Turgeon, J., Ruiz-Casares, M., y Lacharite, C. (In press) How societal responses to COVID-19 could contribute to child neglect. *Child Abuse and Neglect*, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104761>
- Brossardi, M., Cardoso, M., Kameii, A., Mishraiii, S., Mizunoyai, S., y Reuge, N. (2020). Parental Engagement in Children's Learning. *Innocenti Research Brief* 2020-09.
- Campbell, S., y Carnevale, A. (2020) Injustices faced by children during the COVID-19 pandemic and crucial next steps. *Canadian Journal of Public Health* 111:658–659 <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00410-6>
- Idoiaga, N., Berasategi, N., Eiguren, A., y Picaza, M. (2020a). Exploring children's social and emotional representations of the Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychology* 11, 1952. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01952>
- Idoiaga, N., Berasategi, N., Dosil, M., y Eiguren, A. (2020b). Struggling to breathe: a qualitative study of children's wellbeing during lockdown in Spain. *Psychology and Health*. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1804570>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., y Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Leung, C. C., Lam, T. H., y Cheng, K. K. (2020). Mass masking in the COVID-19 epidemic: people need guidance. *The Lancet*, 395(10228), 945-947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30520-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30520-1)
- Lippi, G., Henry, B. M., Bovo, C., y Sanchis-Gomar, F.(2020). Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis* 7(2), 85-90. <https://doi.org/10.1515/dx-2020-0041>

- Marchand, P., yRatinaud, P. (2012). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*. JADT, 2012, 687-699.
- Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique: application à l'analyse lexicale par contexte. *Cahiers de l'Analyse des Données*, 8(2), 187-198.
- Reinert, M. (1990). Alceste, Une méthode d'analyse des données textuelles. Application au texte "Aurélia" de Gérard de Nerval [Alceste, a method for analyzing textual data. Applying to the text "Aurelia" of Gérard de Nerval]. *Bull. Methodol. Sociol.* 26, 25–54. doi: 10.1177/07591063900260010
- Sharma S.V., Chuang R.J., Rushing M., Naylor B., Ranjit N., Pomeroy M., et al. (2020) Social Determinants of Health–Related Needs During COVID-19 Among Low-Income Households With Children. *Preventing Chronic Disease*. 17, 200322. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200322>
- Tirivayi, N., Richardson, D., Gavrilovic, M., Groppo, V., Kajula, L., Valli, E. y Viola, F. (2020). A rapid review of economic policy and social protection responses to health and economic crises and their effects on children - Lessons for the COVID-19 pandemic response. *Innocenti Working Paper*



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Acceder a la universidad: una propuesta de intervención social con jóvenes en desventaja social

Alejandro Peña Gutiérrez, Universidad Pública de Navarra (alejandro.pena@unavarra.es)

Begoña Pérez Eransus, Universidad Pública de Navarra (begonia.perez@unavarra.es)

Lucía Martínez-Virto, Universidad Pública de Navarra (lucia.martinez@unavarra.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La literatura académica sostiene que no alcanzar estudios superiores es un factor de exclusión y vulnerabilidad. Igualmente, plantea que la juventud de entornos desfavorecidos presenta mayores tasas de abandono educativo y sufre más dificultades de promoción educativa, situándose en mayor desventaja social para acceder, mantenerse y superar los estudios superiores.

Por ello, las acciones orientadas a promover que las y los jóvenes de entornos vulnerables accedan y culminen sus estudios universitarios, son una estrategia de intervención clave para frenar la reproducción social de la pobreza y la exclusión.

En este marco, la Universidad Pública de Navarra y el Departamento de Políticas Migratorias y Justicia del Gobierno de Navarra han desarrollado una estrategia de intervención para promover el acceso a la universidad de jóvenes en situación de desventaja.

Palabras clave

Mentoría socio-educativa; inclusión educativa; promoción y éxito educativo.

1 Descripción general

El Programa Prometeus es un proyecto que tiene como finalidad motivar y facilitar el acceso a estudios superiores universitarios. Igualmente, busca fomentar trayectorias de éxito educativo entre jóvenes en situación de vulnerabilidad. Este proyecto se inspira en la experiencia "Prometeus" financiada e impulsada por el Ayuntamiento de Barcelona, de donde toma el nombre y la filosofía del programa. En este caso, se desarrollará un proyecto piloto adaptado al entorno de Navarra y la UPNA.

Este Programa ofrecerá orientación, información y acompañamiento al alumnado de secundaria que esté interesado en acceder y continuar estudios superiores en la UPNA. De modo que a través del Programa puedan conocer los cauces para acceder, cursar y culminar estudios universitarios. También reconoce la potencialidad que reside en el tejido asociativo o entidades de la comunidad en el apoyo a estos procesos.

2 Metodología

Esta investigación se sustenta en un enfoque cualitativo, el cual sigue una lógica inductiva, que va de lo particular a lo general. Además, se ha seleccionado por las posibilidades que brinda para estudiar y comprender los fenómenos en sus entornos naturales, a la vez que permite interpretarlos a partir de los significados que le atribuyen las partes implicadas.

A su vez, dentro del enfoque cualitativo se emplearán simultáneamente, el Modelo Interactivo (Maxwell, 1996) y la metodología de Cruce de Saberes y Prácticas (ATD Quart Monde- Ateliers du Croisement des Savoirs et des Pratiques, 2013). La elección del primero se debe a que aporta un modo de estructurar la investigación desde una lógica iterativa que implica avances y retrocesos entre los componentes del diseño, los cuales son entendidos y organizados como una totalidad integrada e interactuante. La segunda elección surge de la necesidad de legitimar y poner en valor los saberes del colectivo acompañado, a la vez que reconocerles como actores de pleno derecho.

3 Resultados previsibles

1. Haber fomentado trayectorias de éxito educativo entre las personas jóvenes participantes en el programa piloto. Lo cual se traduce en:
 - 1.1. Haber incrementado la cantidad de jóvenes en situación de desventaja que acceden a la universidad.
 - 1.2. Haber conseguido que lograsen mantener y superar sus estudios universitarios.
2. Mostrar una caracterización de la implementación del programa piloto de inclusión educativa.

4 Conclusiones

Necesidad de favorecer e incrementar el acceso a la universidad de las personas jóvenes en situación de desventaja. Como un factor de protección que beneficia la inclusión y es motor de la movilidad social ascendente.

Necesidad de promover la mentoría socioeducativa como metodología de intervención social que cuenta con potencialidades para apoyar la promoción social de este alumnado. Que a la vez ofrece que cuenten con referentes positivos que motiven a no abandonar la escuela y a seguir estudiando.

Referencias bibliográficas

Alonso García, M. A., Sánchez Ávila, C., Macías Guarasa, J., & Calles Doñate, A. M. (2009). Validación de una escala de evaluación de las competencias del mentor en contextos universitarios. *Mentoring & Coaching*, 2, 153-169.

ATD Quart Monde- Ateliers du Croisement des Savoirs et des Pratiques. (2013). *Carta del Cruce de Saberes y Prácticas con personas en situación de pobreza y exclusión social*. Movimiento ATD Cuarto Mundo España. <https://www.atd-cuartomundo.org/talleres-del-cruce-de-los-saberes/>

Casado-Muñoz, R., Lezcano-Barbero, F., & Colomer-Feliu, J. (2015). Diez pasos clave en el desarrollo de un programa de mentoría universitaria para estudiantes de nuevo ingreso. *Revista Electrónica Educare*, 19(2), 155-179. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-2.10>

- Cotán Fernández, A., & Ruiz-Bejarano, A. M. (2019). La mentoría en la universidad: Revisión sistemática sobre el estado de la cuestión. *Edunovatic 2019 conference proceedings: 4th Virtual International Conference on Education, Innovation and ICT: 18-19 December, 2019, 2019, ISBN 978-84-09-19568-8, pág. 330, 330.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7381230>
- Maxwell, J. A. (1996). Qualitative research design. An interactive Approach. *Sage Publications*, 1-13.
- Perrone, J. (2003). Creating a mentoring culture. Learn steps for establishing a formal mentoring system in your organization. *Healthcare Executive*, 18(3), 84-85.
- Rose, G. L. (2003). Enhancement of Mentor Selection Using the Ideal Mentor Scale. *Research in Higher Education*, 44(4), 473-494. <https://doi.org/10.1023/A:1024289000849>
- Terrion, J. L., & Leonard, D. (2007). A taxonomy of the characteristics of student peer mentors in higher education: Findings from a literature review. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 15(2), 149-164. <https://doi.org/10.1080/13611260601086311>
- Watts, A. G., & Van Esbroeck, R. (2000). New skills for new futures: A comparative review of higher education guidance and counselling services in the European Union. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 22(3), 173-187. <https://doi.org/10.1023/A:1005653018941>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Collaborative processes to create common spaces: ‘Children’s Club’ Smooth project

Natália Fernandes, University of Minho (natfs@uminho.pt)

Marlene Barra, University of Minho (marlenebarra2016@gmail.com)

Teresa Sarmento, University of Minho (tsarmento@ie.uminho.pt)

Fernanda Martins, University of Minho (fmartins@ie.uminho.pt)

Daniela Silva, University of Minho (dsilva@ie.uminho.pt)

Joana Casanova, University of Minho (joana.casanova@ie.uminho.pt)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Abstract

The SMOOTH project is a Horizon 2020-funded initiative involving eight European countries and approximately 50 educational institutions. It aims to reduce inequalities and promote active social inclusion of children and young people through collaborative processes between children and adults. The project is based on principles such as relevance, being a viable alternative for existing conditions, being effective in fighting inequalities and contributing to active participation and inclusion. The project involves action-research projects, and one of the case studies carried out in Portugal is the "Children's Club," which aimed to provide a physical space for children aged 8 to 10 from disadvantaged social backgrounds to express and hone their skills, talk about their rights and wellbeing, and promote social inclusion and active citizenship. This paper presents the main data conclusions emerging from the "Children's Club" project, which lasted for 10 months and involved 19 children in a non-formal education context.

Keywords

Commons, Education, Collaborative processes, Inclusion

1 Introduction

This proposal presents data from an action research project, framed in a wider scope of research, which involves the participation of higher education researchers and local third parties from 8 European countries (<https://smooth-ecs.eu/>). Briefly, the SMOOTH - "Common Goods in Education and Active Social Inclusion. Passing through contexts and reversing inequalities" is a European project funded by Horizon 2020, led by the University of Thessaloniki (Greece), with the participation of universities and organisations from various European countries, such as Spain, Italy, Sweden, Belgium, Germany, Estonia and Portugal. The project, to be implemented from 2021 to 2024, involves the participation of about 50 educational institutions (working in formal and non-formal education), in which action-research projects were carried out with the aim of understanding, developing, and accelerating the potential impact of Education in reducing inequalities and promoting active social inclusion of children and young people.

2 General description

Smooth project is based on collaborative processes between children and adults to create common spaces enabling the co-production of knowledge and providing alternative ways of thinking for children, young people and adults, as interdependent beings, considering intra and intergenerational relationships. It is based on

principles such as relevance, being a viable alternative for institution's existing conditions, being effective in fighting inequalities and contributing to active participation and inclusion.

The educational practices and relationships explored and put into practice in this investigative process are based on the principle of Education as a common good, which critically mobilises collective freedom and experimentation, participation, solidarity, care, and sharing (Pechtelidis & Kioupkiolis, 2020). These dimensions challenge dominant discourses on the role of education and inclusion and promote shared governance, opening up new possibilities for a balanced exercise of power. Thus, we sought to ensure that children were involved in decision-making processes, and for this purpose, it was essential to work with them on dimensions related to the right to be informed, to express informed opinions, and to organise themselves in spaces that ensured that their opinions were considered so that they could feel part of the decision-making process (Alderson & Montgomery, 1996). Breaking with classical approaches to socialisation that saw children as passive beings in the educational process, we also mobilised the perception of the child as a social actor (Marchi, 2017; Baraldi & Cockburn, 2018; Pechtelidis, 2021), that is, the child-citizen or subject holder of rights, namely of democratic participation, that is, in decision-making (Lima, 1992).

This paper presents a collection of data emerging from a Portuguese project called the "Children's Club", which was conducted in a non-formal education context with children aged 8 to 10 from disadvantaged social backgrounds. The project lasted for 10 months and involved 19 children. The project began with the recognition of the necessity to have a special area for children within the institution, where they could have a physical space to express and hone their skills in line with the project's stated principles. In this perspective, institutions dedicated to childhood education are viewed as being socially constructed by a community of human agents who are immersed in an interactive process with people and society (Dahlberg, Moss, & Pence, 2003). Thus, the "Children's Club" emerged as a place where children could discuss issues related to their rights and well-being, engage in activities that both children and adults deemed relevant to fulfil their needs, and receive support to overcome identified problems, promoting social inclusion and active citizenship.

3 Methodology

The SMOOTH project promotes the participation and active involvement of children in decision-making processes that concern their lives, with a focus on promoting social inclusion and well-being. In this Portuguese case study presented here, the research team partnered with teachers and professionals from a non-formal education institution to implement the project's principles. Qualitative methodology was used, with the action research method, which involved adapting and refining data collection techniques to accommodate the unique characteristics of the children involved. The techniques used included participant observation, interviews, field notes, and analysis of documents produced during the sessions, such as photographs and video recordings. The approach was participatory, actively encouraging children's involvement in the conceptualization and organisation of activities. The ultimate goal was to ensure that the perspectives of the children were heard and taken into account during the decision-making process.

The first phase of this action research process took place between March 2022 and July 2022, with the second phase occurring between September 2022 and January 2023. A break was taken between these two phases for analysis and reflection by the SMOOTH research team, from which the intervention was restructured for the second phase. The weekly dynamic adopted by the SMOOTH research team shows a concern for constant reflection and analysis of the action research process, which can lead to a more effective and informed

intervention. That is, the dynamic included cyclically 1 day for activity preparation before going into the field, 2 days for the implementation of the pedagogical scenario, and 1 day for reflection and data organization.

The non-formal education context selected for this intervention is a highly disadvantaged socio-economic and cultural setting, characterized by a lack of material resources both within the community and the school itself. Children in this setting demonstrate difficulties with school performance, indiscipline, and precarious health and well-being behaviours. Prior to the intervention, the research team engaged in preliminary work with teachers and educators to gain a deep understanding of the children's needs and desires. Based on this understanding, the team deemed it essential to propose the organisation of a space that prioritises active listening and dialogue with and among the children on topics related to their rights and well-being. This approach aimed to promote social inclusion and foster active citizenship among the children.

Nineteen children between the ages of 8 to 10, belonging to a socioeconomically and culturally disadvantaged context with scarcity of material resources both in the community and in the school itself, were involved in this study. A large proportion of the children had difficulties in school performance, discipline, and exhibited precarious health and well-being behaviours. The group was characterised by interpersonal conflicts and frequent incidents of verbal and physical aggression. Given this scenario, the research team had to closely guide the process initially to support the development of self-regulation skills among the children, enabling them to effectively express their opinions and make collaborative decisions.

In general, researchers and children were involved in data generation, while the final interpretation was conducted exclusively by the research team. This analysis was based on a process of triangulation of data collected through different techniques (participant observation, audio-visual records, interviews), which was organised according to a categorical framework constructed based on the core dimensions of the SMOOTH project: Children as Commoners; Commoning Practices; and Community & The Common Goods. Furthermore, the interpretation was grounded in the theoretical framework that supports the project and the intersubjectivity of the research team members.

4 Results and Conclusions

Data analysis was organised according to the categorical framework built on the SMOOTH project's core dimensions: 1. Children as commoners; 2. Commoning Practices; and 3. Community & The Common Goods - leading to the following conclusions presented below.

Regarding the "Core research dimension 1 - Children as commoners" the main conclusions are that children are interested in activities that allow them to play, interact with others, and have fun. In the initial phase of the project, the children used non-verbal communication to express themselves, but struggled with self-regulation and following group rules. However, the introduction of music-related activities played a crucial role in helping the children develop self-regulation skills and adhere to group rules, which facilitated their engagement, communication, and collaboration. So, the use of non-verbal communication is important for adults to be aware of and respond to children's needs and perspectives, and it is essential to provide opportunities for children to develop self-regulation skills to promote their active participation and inclusion.

Children's interests are also expressed through the materials and opportunities for movement available in the room, with most preferring group participation. As the intervention progressed, some children became more involved in decision-making processes, indicating a growing sense of agency and ownership in the group's activities. The musical activities involving instruments, singing, and movement of the body were the most appreciated by the group, and the enthusiasm and joy observed in all activities were indicative of effective

participation by the entire group. Overall, the findings suggest that providing opportunities for children to participate in decision-making and engage in activities that align with their interests can facilitate their sense of agency and ownership and promote effective participation in group activities.

Data analysis allows us to conclude that boys and girls exhibit different behaviour and reactions, with girls being more collaborative and physically restrained, while boys can be noisy and disruptive. However, boys tend to take on more active roles as the intervention progresses, demonstrating a sense of agency and ownership in the activities. The group of children demonstrated affection towards each other through hugs and playfulness, with girls tending to hug other girls and boys hugging other boys, and there were conversations about mutual respect and consent for touching each other's bodies, indicating the importance of addressing personal space boundaries.

Taking into account the "Core research dimension 2 – Commoning Practices", the main conclusion is that the group of children struggled with sharing and showing caution towards one another. However, there were instances of positive behaviour, such as when two children advocated for sharing and when another one offered a cookie to the educational assistant and stored the remaining cookies to take home to his siblings. The data suggests that the struggles with sharing and caution may have been related to issues of ownership and access, which could potentially be addressed through interventions focused on building a culture of sharing and caring.

The dimensions of cooperation and collective creativity gradually emerged in the "Children's Club" through the development of an activity focused on composing a song. The children initially had difficulties getting involved in cooperative processes, but the intervention of the adults intentionally created possibilities for the development of these skills. The process of composing the Children's Club Song involved small groups working together to brainstorm and collect words, which were then assembled into final lyrics by collaborating with the adults. The children engaged in musical and choreographic activities spontaneously and enthusiastically, demonstrating collective cooperation and creativity. Overall, the data analysis indicates that children can present challenges but also demonstrate the capacity for collaboration and interest in playful and musical activities.

The intervention successfully promoted a collaborative effort to establish a healthy environment for coexistence among the children. The process of negotiating rights and responsibilities, as well as the democratic decision-making process used to select a name for the space, are examples of how the intervention fostered a sense of shared ownership and collective identity among the children. Despite some initial difficulties in understanding and following established rules, the children demonstrated an ability to regulate themselves and engage in negotiations with their peers to establish a more peaceful and respectful environment. Some children also demonstrated the ability to revise or reformulate their positions through the negotiation process, indicating a willingness to collaborate and find common ground.

There were significant challenges in fostering engaged citizenship and commoning practices due to the conflictual and aggressive relationships within the group. The adults had to lead different strategies to organise the group, including working in small groups to allow greater opportunities for all children to express themselves. However, despite these efforts, the children did not take much initiative or protagonism in co-constructing the group's dynamics, and it was difficult to observe their empowerment as active participating social agents in public life.

One notable observation was that the group realised the interdependence of their actions and the impact of non-cooperation with the rules. This awareness may serve as a starting point for the children to understand the importance of their contribution to the group's dynamics and their role as active citizens. However, there is

still much work to be done in creating a more collaborative and participatory environment where children can develop their agency and co-create their common spaces.

The children also demonstrate a desire to protect themselves and their peers from the possible consequences of inappropriate behaviour by recording their actions, which suggests a level of responsibility and concern for the group's well-being. The children are willing to speak freely, but active listening is not always present in the group, highlighting the need to develop communication and listening skills among the children. Although aggressive and violent behaviour is only observed among some children, especially boys, as a way of dealing with conflicts, this indicates the need for these children to develop social skills to handle conflict situations without resorting to violence. On the other hand, collaboration is evident in certain activities, such as playing the drum or cleaning up the room, but there are still difficulties in speaking and acting freely due to the lack of developed listening and respect for others.

The children exhibit violent and challenging behaviour towards each other, which often results in conflicts that require intervention from the practitioner. While some conflicts are resolved autonomously by the children, they lack the skills to regulate and resolve conflicts independently, and the practitioner is primarily responsible for conflict resolution. The children also have difficulties in actively listening to each other and are not equipped with self-regulatory skills. It is important to note that girls are often the victims of conflicts, and there is no identification of major conflicts occurring during the activities. There are observable differences in the way boys and girls react during conflicts within the group. That is, girls who get distracted and do not collaborate in activities may continue to do so occasionally over time, but their behaviour does not bother the progress of the activities or warrant comments or attention from adults. In contrast, boys' behaviour is often noticed by adults because their noise and attitudes disturb the progress or even the completion of activities. Furthermore, it was observed that certain boys who self-identified as more prone to violence began to exhibit greater levels of collaboration and assumed the perspective of adults as relationships with adults developed. They also initiated songs and movements, mirroring the strategies used by adults to promote greater group harmony. This suggests that adult guidance and positive relationships can have a positive impact on the behaviour of boys who exhibit challenging behaviour.

While there were instances where the children were able to successfully build community relations, there were also instances where they struggled to do so, and individual interests and preferences took precedence. Although, it is important to note that this was not a consistent pattern, and the children's ability to prioritise community relations varied depending on the situation and their personalities. The co-development of convivial tools, open technologies, and infrastructures was limited in this research project, and the primary technology used was a computer with internet connection, projector, and sound system, which were used to facilitate the observed sessions. The use of the video camera was also gradually negotiated with the children, and they were given rules for its use, allowing them to record episodes during the development of activities. Additionally, the children collaborated with adults to develop the "Children's Club" song and made their own recordings, even though there were no other significant examples of co-development of convivial tools or infrastructure observed in the case study.

Concerning the "Core research dimension 3 – Community & The Common Goods" the data analysis reveals that the participation of two investigators from the music field had a very positive effect on the group, and the children engaged with pleasure in the dynamics and achieved a harmony that had not been seen before. As a result of this finding, the investigators were invited to continue working with the group, developing activities of a musical nature, which led to the physical and symbolic construction of the space dedicated to the group by choosing their name through a vote, and the collaborative composition of the "Children's Club" song. This

dynamic is significant to illustrate the importance of involving the community members, whose specialised knowledge brought significant contributions to the development of commons-based peer education and products, routines, activities, tools, and artefacts that were generated from the commoners in the commoning processes. The main idea of community that seems to be present in the data is the one that is built within the institution's own space, more specifically within the Children's Club, and in the relationships and interactions established with the technicians and guests received there.

Referencias bibliográficas

- Alderson, P., & Montgomery, J. (1996). Health care choices: Making decisions with children. London: Institute for Public Policy Research. https://www.researchgate.net/publication/264713596_Health_Care_Choices_Making_Decisions_with_Children
- Baraldi, C., & Cockburn, T. (Eds.) (2018). *Theorising Childhood: Citizenship, Rights, and Participation*. Palgrave Macmillan.
- Dahlberg, G., Moss, P., & Pence, A. (2003). *Qualidade na educação da primeira infância: Perspectivas pós-modernas*. Porto Alegre: Artmed.
- Marchi, R. (2017). A criança como ator social - críticas, réplicas e desafios teóricos e empíricos. *Práxis Educativa*, , 12(2) , 617-637. <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa>
- Pato, J., Schmidt, M., & Gonçalves, M. (Coords.) (2013). Bem Comum: Público e/ou Privado. Ed. Imprensa de Ciências Sociais
- Pechtelidis, Y. (2021). A Criança como Ator Social. In Tomás, C. A., Trevisan, G., Carvalho, M. J., & Fernandes, N., (Orgs.), *Conceitos-chave em Sociologia da Infância. Perspetivas Globais* (pp. 52-57). Braga: UMinho Editora. <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.36>.
- Pechtelidis, Y., & Kioupkiolis, A. (2020). Education as commons, children as commoners. The case study of the Little Tree Community. *Democracy & Education*, 28(1), 1-11.
- UNESCO (2021). *Reimagining our futures together: A new social contract for education*. UNESCO Digital Library. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Impactos de la crisis de la vivienda en las vidas de niños, niñas y adolescentes

Miryam Navarro Rupérez, Institut Infància i Adolescència de Barcelona (mnavarro01@umanresa.cat)

Laia Pineda Rüegg, Institut Infància i Adolescència de Barcelona (lpineda@institutinfancia.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En España existen pocos estudios sobre la crisis de la vivienda con perspectiva de infancia. Los informes cuantitativos y esta etnografía, realizada en una de las zonas más tensionadas de Barcelona (2018-2022, Ciutat Vella), demuestran que la turistificación, gentrificación y especulación inmobiliaria engendran unas estrategias de expulsión de la población local que vulnera los derechos fundamentales de la infancia. Tal violencia atraviesa todas las esferas de la infancia, individuales y comunitarias. Las familias empobrecidas sobreviven a la precariedad laboral y residencial y sufren especialmente sus consecuencias. Para hacerle frente, activan tácticas de resistencia que, desde la lógica de la reducción de daños y, muy a su pesar, acaban también incidiendo negativamente en el bienestar de sus hijos e hijas. El estudio revela cómo el arraigo es una estrategia imprescindible para las familias en situación de vulnerabilidad. El capital social y las redes de apoyo administrativas y vecinales generan estrategias de afrontamiento enraizadas en el territorio que construyen la agencia necesaria para afrontar las expulsiones. La pérdida del hogar impacta profunda y transversalmente en la infancia, y sus efectos varían según el momento de desarrollo y crecimiento del menor de edad. Esta investigación proporciona información útil para las políticas públicas.

Palabras clave

Crisis de la vivienda, derechos de la infancia, arraigo, expulsión inmobiliaria, estrategias de afrontamiento.

1 De la crisis económica a la crisis de la vivienda, y viceversa

La vivienda es un derecho constitucional. Sin embargo, tras la crisis del 2008, a muchas familias les resulta imposible acceder a una vivienda digna. En Barcelona, la mayoría de hogares no tienen medios para adquirir una casa en propiedad y, a pesar de su encarecimiento escalado, la mayoría vive en régimen de alquiler. La movilidad forzada incide principalmente en las familias con hijos (Antón-Alonso, F et al., 2019). La situación se agrava para los hogares monoparentales, pauperizados, en situación administrativa irregular o para personas racializadas. El acceso a la vivienda y a los suministros básicos son la causa y la consecuencia de un bucle que ahoga y empobrece, y que la infancia acusa en extremo, mucho más, tras la pandemia. La mitad de la población infantil vive en hogares que destinan más del 40% de sus ingresos a los gastos de vivienda, y hay un 27,4% de los hogares que destina más del 60% de sus ingresos (EMCV 2020-2021, IERMB).

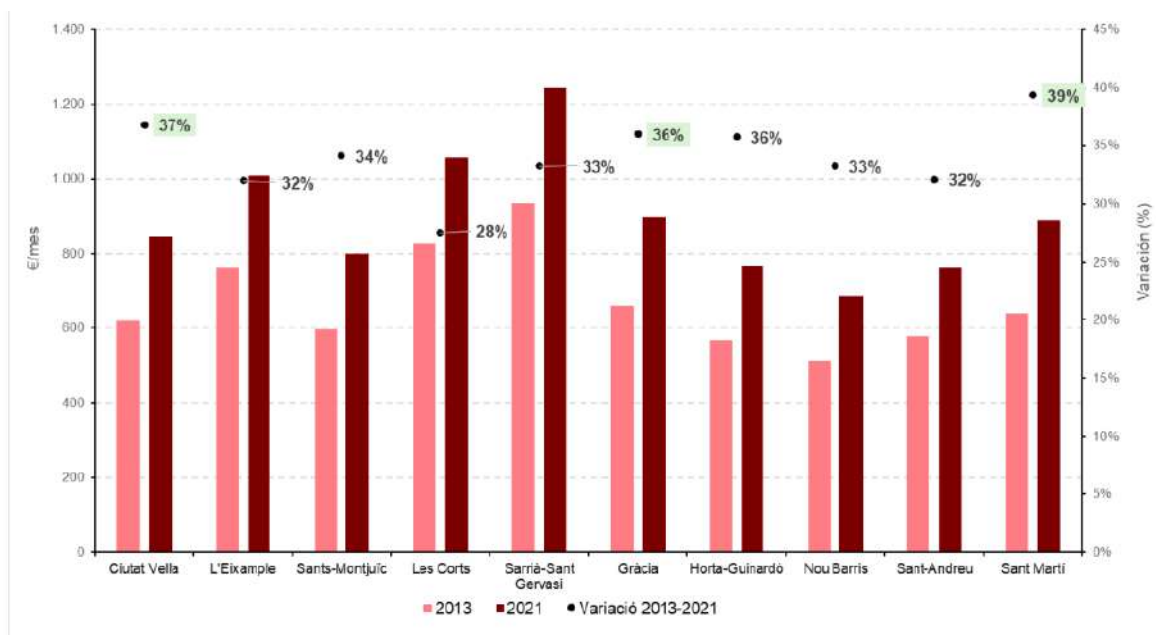
Se han vuelto locos, ¿cómo voy a pagar 950 € de alquiler si cobro 700 € al mes? Estoy sola con mi hijo. Vivo en la Barceloneta en un piso de 50 m². Claro, si lo alquilan a ‘guiris’ cobran en una semana lo que yo les pago en un mes, y a nosotras que nos den, les importamos una mierda... ¿Qué hacemos? Si me como las paredes sigo debiendo 250 €, y me queda el agua, la luz, y todo lo

demás. No, no voy a vivir con mi hijo en la calle, antes muerta. Esto es un exterminio. Nos tendríamos que rebelar. (Amina, Barceloneta, 2020.)

El Institut Municipal de la Vivienda de Barcelona y el Padrón Municipal, desvela un hogar con menores tiene 3 veces más riesgo de pérdida de la vivienda que un hogar sin ellos (IIAB, 2023). En 2021, cerca de 2.000 niños, niñas y adolescentes se vieron implicados en intervenciones de la Unidad Contra la Exclusión Residencial (UCER) para evitar la pérdida de su vivienda (IMHAB, 2021).

Su causa principal, agravada con los años, entronca con los intereses del gran capital inmobiliario globalizado. La turistificación y la gentrificación, mal endémico en Ciutat Vella, convierten la casa en un bien de consumo-mercancía y generan múltiples estrategias de expulsión de la población de renta media y baja. Barcelona es escenario de la pugna de dos paradigmas: la casa-mercancía frente a la casa hogar y la ciudad como objeto de consumo frente a la ciudad como espacio político y social. Ambos se asientan en la tensión entre dos derechos constitucionales, a los que obligadamente tiene que atender la administración pública: el derecho a la propiedad frente al derecho a la vivienda digna. Esta rivalidad impacta sobre otros derechos fundamentales, los de la niñez y la adolescencia (IIAB, 2023).

Gráfico 1. Precio medio de la vivienda de alquilar según distrito (€/mes) y variación 2013-2021 (%). Barcelona



Fuente: Observatori Metropolità de l'habitatge de Barcelona (OHB)

2 La etnografía: un método clave para dialogar con los datos cuantitativos

El Institut Infància i Adolència de Barcelona analiza los impactos a partir de un estudio etnográfico a fin de dialogar y generar una diagnosis comparada con datos cuantitativos (Antón-Alonso, F et al., 2019). Se han triangulado diferentes técnicas de investigación antropológicas entre los años 2018 a 2022. Además de las observaciones (600 horas en calle, seguimiento de 10 movimientos sociales) y las entrevistas a familias y profesionales (55 en profundidad y 2 grupales) (IIAB, 2022), cuenta con 20 estudios de caso de familias en situación de exclusión social e inseguridad habitacional.

3 Impactos y resistencias

Tanto el proceso de desahucio como la amenaza del lanzamiento y el hecho de que niños y niñas tengan que sufrir situaciones límite (vivir uno, o varios, desahucios o tener que crecer en una pensión durante años o instalarse en viviendas inadecuadas o sobreocupadas), condiciona su crecimiento óptimo. También vulnera sus derechos. Lo que angustia a las familias empobrecidas.

Estoy hablando de mujeres que no tienen una casa de protección oficial [...] hay gente que está pagando 400 y 500 € con alquileres antiguos y que les están desahuciando. ¡Y que van todas a la calle! ¡Desesperadas! Cielo, desesperación total y absoluta. (Alma, viuda, Raval, 2018).

Los resultados evidencian impactos materiales, relacionales, psicoemocionales, e inclusive simbólicos, además de que afecta la salud y el aprendizaje. El sufrimiento por la pérdida de la vivienda atraviesa todas las esferas vitales: íntima y personal, familiar, entre iguales, laboral o escolar y comunitaria de los niños y niñas. Sus efectos se reflejan de formas específicas en cada etapa del ciclo vital:

desde la pequeña infancia a la adolescencia. Hemos visto cómo estos hechos limitan seriamente las oportunidades de un desarrollo sano, feliz y en igualdad de condiciones.

Los impactos materiales suponen la privación y el hacinamiento. La renuncia a bienes básicos por el pago del alquiler acarrea pobreza energética, desistir de tomarse vacaciones y viajes a la naturaleza, lo que ayudaría a desconectar del estrés por perder la casa. Cuando no son subvencionadas por la administración, la privación material obliga a abandonar actividades escolares de pago, extraescolares y actividades culturales.

No tenemos agua, tenemos pinchada la luz, estoy con mi peque y la bebé. Tengo que bajar a la fuente a por agua. La caliente en el butano y tengo que lavarlas como puedo. Necesitan mucha higiene y sin agua es muy difícil, sobre todo en invierno. (Sarah, monomarental, Barceloneta, 2020).

En los hogares más empobrecidos, repercute sobre lo más esencial, con riesgo de malnutrición, problemas de crecimiento y enfermedades crónicas. En caso de sobreocupación, destaca la imposibilidad de tener un espacio de intimidad o de descanso. La falta de espacio puede generar trastornos en los hábitos y las rutinas, incluidas las de aseo. También, puede perturbar los hábitos de estudio ante la imposibilidad de tener un espacio donde concentrarse para hacer los deberes.

Cuando estamos todos, tenemos que hacer turnos. Si hace bueno sacamos la mesita plegable al balcón, y ella estudia, y nosotros podemos comer dentro. Tenemos que ser muy organizados (Familia de 5 miembros, casa de 20 m², 3 hijos. Durante el confinamiento fueron 7 personas (suegra y cuñado incluidos) (Martina, casada, Gòtic, 2021).

Los amenazados por un desahucio o quienes viven prolongadamente en pensiones ven afectada su cultura material, dado que se crea una sensación de inestabilidad espacial y existencial cronificada cuando se rompe el vínculo con las pertenencias y los recuerdos.

Lo tenemos todo en cajas, en maletas, debajo de la cama, no podemos tener nada. Solo hay una taquilla para cada uno. No guardo nada de cuando era pequeño. Él me pregunta, pero no he podido guardar nada. (Berta, monomarental, Gòtic, 2020).

En el aspecto relacional, los niños transitan por la inseguridad, los miedos, además de por la rabia, la desconfianza y la decepción que las personas adultas les inspiran. Se sienten atacados o desprotegidos y esto les produce rechazo, o la pérdida de respeto hacia los adultos y las autoridades, especialmente hacia la policía.

Mi hija pequeña me pregunta: ‘Si en la escuela me dicen que la policía es buena, ¿por qué nos quieren echar de casa?, ¿por qué pegan a la gente que nos quiere ayudar?’ No sé qué decirle [silencio]. (Mireia, monomarental, Barceloneta, 2021).

Las niñas y niños también sufren un duelo por la pérdida de su entorno social y de amistades —tanto si son ellos los que se marchan del barrio como si se quedan, dejan de frecuentar a sus amigos y amigas—. Este duelo puede ir acompañado de una sensación de incompreensión, de la vergüenza de hablar de su situación o de desconexión del grupo, entre otros.

A la mejor amiga de mi hija, la han desahuciado. Se ha ido a Ciudad Meridiana, y ahora sigue viniendo al barrio, a la escuela. Se levanta a las 6.00 h para salir con su madre y venir en metro. Tiene que esperar media hora delante de la puerta, cada día, haga frío o calor. Está agotada, se duerme en clase. Ha suspendido casi todas y le echan la bronca en el cole. Yo voy a hablar con ellos, porque no puede ser que esté así. No quiere decir que la han desahuciado para que no se rían de ella en el cole. (Alma, monomarental, Raval, 2022).

Asimismo, hay que subrayar las consecuencias en la salud física y mental. La vivienda es uno de los determinantes de las desigualdades, y demuestra una relación entre el acceso y las condiciones de la vivienda y la salud (Novoa, A. et al, 2013). La etnografía evidencia la malnutrición infantil y las enfermedades crónicas debidas a la insalubridad y sobreocupación de las infraviviendas (asma, alergias, virus, bacterias y parásitos). En lo relativo a salud mental y comunitaria, hemos recogido sensaciones de soledad y desprotección, violencias, depresión o apatía, ansiedad y estrés, adicciones (pantallas, alcohol, tabaco y otros). Por otro lado, la turistificación tiene impactos en la salud, por la suciedad y el ruido —y sus efectos sobre el descanso—. Esto va acompañado de la pérdida de identidad y desconexión con el barrio, lo que aumenta la sensación de inseguridad.

Todas estas situaciones crean un clima de estrés permanente, que en casos extremos lleva a graves problemas de convivencia, incluso a la violencia. La rabia y el enfado acumulado también pueden hacer que niños y niñas tengan problemas de comportamiento y convivencia en la escuela, hasta el punto de sufrir o a hacer bullying.

Desde lo del desahucio él no ha podido dormir. Se hace pis en la cama, no le digas que te lo he dicho, le da mucha vergüenza. La pequeña no se entera, pero él sí. Ahora pega en el colegio, y tenemos que explicarle a la profesora, que llama para preguntar si pasa algo en casa. (Yasmin, casada, Gòtic, 2018).

Los datos indican que afecta el aprendizaje durante todas las etapas con bajos rendimientos escolares, déficit de atención, hiperactividad, baja autoestima, problemas de convivencia, trastornos del comportamiento, del sueño o de la alimentación.

Cuando un niño pasa por un desahucio, pasa por un duelo, sufre. Y cuando un niño sufre, no puede aprender. (directora de escuela, Santa Caterina, 2023).

Los impactos de tipo simbólico expresan carencias trascendentales para el desarrollo social y emocional, la autoconciencia y autorrepresentación respecto al yo y al grupo. Que un niño o niña no pueda colgar dibujos en las paredes, un acto aparentemente insignificante, o no vea cocinar a los padres en la pensión, tenga las cosas guardadas en un almacén municipal o no disponga de espacios propios para celebrar fiestas o verse con amigos, merma el sentimiento de pertenencia a la comunidad y genera una gran frustración.

4 Las estrategias de afrontamiento que tejen las familias

La subida de alquiler, no renovar los contratos, estratagemas legales y alegales, mobbing y extorsión, cierre del acceso al alquiler a las personas racializadas e indocumentadas, entre otras, obliga a las familias a crear

estrategias de afrontamiento. Tienen la voluntad de minimizar los impactos negativos que tienen los desahucios en las vidas de sus hijos e hijas. Sus decisiones priorizan la estabilidad en la vivienda, a veces es necesario entender que deben asumir males colaterales como inevitables: elegir la entrada forzosa a una pensión frente a quedarse en la calle, ocupar una casa frente a una estancia demasiado prolongada en una pensión, etc.

Ante esta situación de sobrecarga, las familias exploran redes de apoyo más allá de las opciones que ofrece la administración pública. Estas redes informales son capaces de movilizar gran cantidad de recursos humanos, económicos y materiales en un tiempo récord, de forma autónoma y de forma autogestionada. La existencia de redes vecinales y comunitarias de apoyo, en coordinación con la red de servicios públicos, optimizan las posibilidades de éxito en la negociación y búsqueda de soluciones favorables a las familias cuando estas se ven afectadas por una expulsión forzada. El soporte material y emocional de estas redes comunitarias enraizadas en el territorio reduce significativamente su nivel de estrés y de ansiedad (Navarro_Rupérez, 2021).

Cuando ves que no eres tú, que no es que hayas hecho algo mal; que todo el mundo está igual, o peor, piensas: ‘Yo puedo. Puedo hacer algo por el otro, como el otro lo ha hecho por mí’. Primero, flipas, qué desconocidos te ayuden tanto. Ahora ya no somos vecinos, somos familia. (Hombre, viudo, 68 años a cargo de 2 nietos de 6 y 3 años. La Ribera, 2018).

El arraigo es una estrategia de afrontamiento imprescindible para la subsistencia de las familias empobrecidas, y a su vez, la herramienta para hacer frente a la expulsión y garantizar los derechos de la infancia. El arraigo tiene esta dimensión múltiple, es una necesidad esencial conectada con la identidad y la pertenencia, y una estrategia de resistencia, que a su vez se sostiene por el capital social y relacional. Porque, del hecho de estar arraigado en el territorio, depende poder contar con la comunidad para afrontar la expulsión. El apoyo cotidiano del vecindario facilita la conciliación laboral, préstamos e intercambios, recursos inmateriales e informaciones de gran valor, cuidados y acompañamiento emocional y psicológico. La casa es más que un techo. Perder la casa es perder el barrio y poner en peligro la propia subsistencia y la calidad de vida de los hijos e hijas.

A mi amiga le ofrecieron un piso en Terrassa, y me dice ‘¿pero ¿qué se me ha perdido en Terrassa?! No tengo a nadie, no conozco a nadie. (Rosa, casada, Gòtic, 2019).



Fuente: elaboración propia del IIAB.

5 Conclusiones

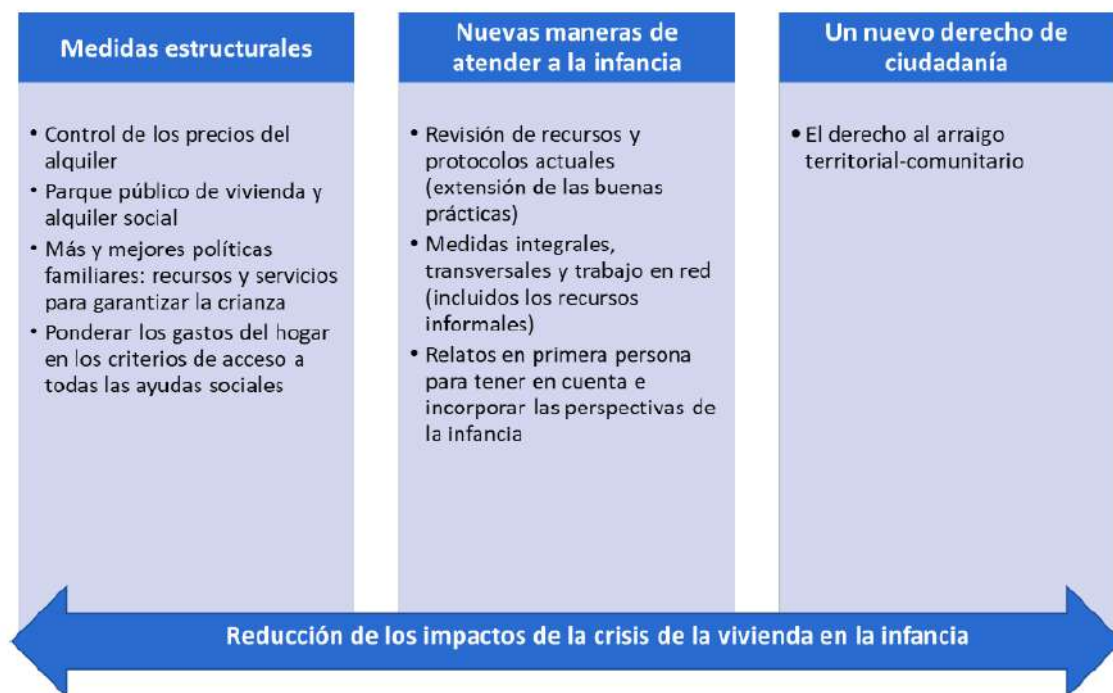
El estudio demuestra que la inaccesibilidad, la pérdida de la vivienda o riesgo de expulsión del barrio menoscaba, de manera transversal y profunda, la vida de la infancia en todas sus etapas y dimensiones, vulnerando sus derechos fundamentales.

En los últimos 5 años se ha incrementado significativamente la inversión de la administración municipal para hacer frente a la crisis de la vivienda. Aun así, hacen falta leyes, más y mejores medios y un mayor compromiso por parte de todas las administraciones. La coordinación entre los servicios y dispositivos de la Administración Pública con los servicios sociales, centros educativos y de salud, y redes comunitarias arraigadas en el territorio optimizan los recursos y minimizan los impactos. Las ayudas directas en vivienda y en infancia desde las políticas públicas de rentas alivian a las familias del estrés que impone la carga económica del hogar, aleja de la segregación residencial y atenúa la pobreza energética.

En este sentido, es necesario reivindicar el derecho al arraigo en el barrio (no reconocido en ninguna constitución ni convención internacional) y entender que una familia empobrecida y desarraigada de su barrio y de su red de proximidad (comercio local, vecindad, redes comunitarias, amistades, escuela y servicios municipales) es una familia todavía más vulnerabilizada.

Además, se deberían revisar algunas medidas, como los lugares de estancia de los menores de edad expulsados de su hogar. También habría que fomentar más experiencias pioneras, como las impulsadas desde los equipos de servicios sociales de Ciutat Meridiana y Raval Sud para cambiar las formas de atención a las familias en procesos de desahucio, con especial foco y acompañamientos a los niños, niñas y adolescentes y extenderlas a toda la ciudad.

1 Recomendaciones ante los impactos de la crisis de la vivienda en la infancia



Fuente: elaboración propia del IIAB.

Referencias bibliográficas

- Institut Infància i Adolescència de Barcelona (2022). *Impactes de la crisi de l'habitatge en les vides dels infants i els adolescents*. IIAB-IERMB y Ayuntamiento de Barcelona.
- Institut Infància i Adolescència de Barcelona (2023) *Context residencial de la infància, cost de l'habitatge i dinàmiques d'expulsió a la ciutat de Barcelona. Estat de la qüestió 2021-2022*. IIAB-Institut Metròpoli.
- Donat, C., Sender, M., Bosch, J., Arcarons, A. (2021) *State of housing. Catalunya i Barcelona*. Observatori Metropolità de l'Habitatge (OHB) y Observatori DESC.
- Antón-Alonso, F., Cruz, I., Porcel, S. & Sánchez, A., (2019): *Infàncies i habitatge: sobre costos, gentrificació i emergència habitacional a Barcelona* Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona.
- Observatori Metropolità de l'Habitatge de Barcelona (2019). *L'habitatge a la metròpoli, 2018*. Observatori Metropolità de l'Habitatge de Barcelona - Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona.
- Navarro-Ruperez, M. (2021) *Redes vecinales de apoyo y estrategias de afrontamiento en familias empobrecidas en Barcelona en tiempos de pandemia*. *Gazeta de Antropolgia*.
- Novoa, A. et al. (2013) *El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda*. *Gaceta Sanitaria*. Volume 28, Supplement 1, June 2014, Pages 44-50



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Evaluar para aprender y mejorar. Los gobiernos locales y la intervención social ante el sistema de indicadores de Unicef

Gonzalo Navarrete, Traza Territorio (+34 605 44 83 89)

Paula Jiménez, Traza Territorio (+34 634 47 48 46)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La posición social de la infancia y adolescencia está cambiando; es un colectivo cada vez menor, que a su vez está sobreprotegido y privatizado. Además, con el tiempo ha ido ganando atención política, mediática y social, e incluso se ha diseñado un certificado de Ciudades Amigas de la Infancia por Unicef. Si bien dirigir la mirada hacia las problemáticas y necesidades de niños, niñas, adolescentes y familias es fundamental, cabe preguntarse qué dinámicas hay en juego, y qué oportunidades o retos plantea esta certificación y sus requisitos. Este artículo analiza el sistema de evaluación cuantitativa propuesto por Unicef para hacer seguimiento de las políticas locales de infancia y adolescencia. Plantea el riesgo de sistematizar datos sin promover el aprendizaje, o la socavación de las instituciones y su capacidad de pensar de manera creativa y local. El texto también señala algunas propuestas de evaluación, de índole más cualitativa y participativa, que podrían paliar los efectos negativos identificados.

Palabras clave

Infancia y adolescencia, evaluación, políticas locales, Unicef

1 Introducción. El lugar de la infancia

La infancia y la adolescencia constituyen hoy un colectivo de importancia social. Si bien este colectivo es cada vez más pequeño, nunca se ha hablado tanto de los niños y las niñas. En sociedades neoliberales, la infancia se reduce¹ mientras se reconoce, idealiza y protege, y su posición social cambia.

El envejecimiento de población no puede separarse de la pérdida de poder de la institución de la familia, pues ya ni el matrimonio ni la decisión de tener hijos está tan determinada. La sociología crítica moderna (Giddens, 1991; Beck, 2003) habla de desinstitucionalización: la erosión de las instituciones como la cárcel, la fábrica, la escuela, la familia o la iglesia, y el auge de los proyectos individuales. La desinstitucionalización ha facilitado el caldo de cultivo idóneo para la individualización y atomización de la vida social, ya que renueva las relaciones entre sujetos y normas sociales, dejando vía libre a los deseos, las percepciones y las actitudes individuales, y no a la adscripción a una institución. Ya no deciden las instituciones sobre los sujetos, sino que cada sujeto debe decidirlo todo; el género, la identidad, las creencias religiosas, la muerte o la educación de los hijos.

La pérdida de peso de la infancia como grupo social ha desembocado en una disminución de su visibilidad pública (en la calle, en los equipamientos públicos) y, también, en mayores dificultades para influir como colectivo ante los adultos, que les superan con creces en número y poder. Sin embargo, tener hijos e hijas sigue

¹ La población infantil se reduce en términos relativos, en relación con la inversión de la pirámide de población en numerosos países del Norte Global.

representando un proyecto vital importante para numerosas familias, aunque mermado por la incertidumbre económica y social. En este contexto aparece cierta privatización y control de la infancia y la adolescencia, ensalzada y añorada por sujetos adultos que tienen menos hijos e hijas. Estos aspectos son esenciales para entender la sobreprotección infantil y el estrecho margen de riesgo que la sociedad está dispuesta a asumir con relación a sus escasos “efectivos” infantiles (Pernas & Román, 2021).

Numerosos agentes participan en este doble proceso de sobreprotección y reconocimiento de la infancia. Este artículo pretende analizar y abrir preguntas sobre una herramienta impulsada por Unicef. Tras la segunda conferencia de Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos en 1996, Unicef impulsó el reconocimiento o certificado Ciudades Amigas de la Infancia (CAI) con el objetivo de favorecer la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en los municipios, con las entidades locales como agentes clave².

Los requisitos para lograr el reconocimiento han ido cambiando; cuando comenzó, Unicef solicitaba que los Ayuntamientos tuvieran poco más que un Plan Local de Infancia y Adolescencia (PLIA). En el año 2022 se incorporó un nuevo sistema de evaluación cuantitativa con el propósito de garantizar que los planes se desarrollen y ejecuten. Este trabajo ahonda en la función que juega este reconocimiento en la política local en el marco del nuevo sistema de evaluación impulsado por Unicef.

2 Metodología. Aprender acompañando

El presente análisis está nutrido de experiencias de consultoría del sector público en torno al diseño y evaluación de políticas de infancia. Estas experiencias conllevaron un trabajo de estudio de PLIAs recientes, poniendo el foco en las decisiones la evaluación que los planes incluían. El análisis documental y las entrevistas grupales con equipos técnicos y políticos de diferentes municipios, y la participación en encuentros entre ayuntamientos, han permitido recoger y contrastar información sobre el contexto, los criterios y los resultados de los planes y sus sistemas de seguimiento y evaluación.

Por un lado, el análisis se basa en el proceso de trabajo de acompañamiento al Ayuntamiento de Parla, en el proceso de reconocimiento CAI con su PLIA “Parla A tu Altura” (2021-2025). Este Plan se desarrolló mientras Unicef elaboraba la nueva herramienta digital para el reconocimiento. Tras año y medio desde la puesta en marcha del Plan, se publicó el nuevo marco de evaluación cuantitativa propuesto por Unicef. Desde entonces, los indicadores planteados por esta agencia centraron todo el esfuerzo municipal.

Por otro lado, este artículo recoge la experiencia de desarrollo del PLIA de San Fernando de Henares en 2023, orientado desde su inicio al reconocimiento CAI, con el nuevo sistema de evaluación ya en marcha. Dado el trabajo que requiere entender el sistema y elegir indicadores, el desarrollo de esta política pública estuvo dedicado a cumplir con el sistema de Unicef y, en mucha menor medida, a pensar – de forma abierta y creativa – en cómo abordar los retos concretos de la infancia y adolescencia desde un trabajo interdepartamental.

Por último, la escucha y participación en cuatro encuentros y varios hilos de correo de un grupo de ayuntamientos preocupado por el sistema de Unicef ha permitido recoger la opinión de más equipos municipales, principalmente equipos técnicos de las concejalías de infancia y adolescencia. Los testimonios de estas personas han facilitado la comprensión de retos comunes y obstáculos del nuevo sistema.

² 342 ciudades españolas disponen actualmente de la certificación, además de miles de municipios en casi 50 países del mundo que suscriben la iniciativa.

3 Resultados y conclusiones. La evaluación y el reconocimiento como objetivo

Si bien este reconocimiento ha sido un motor para la elaboración de políticas locales orientadas a abordar los problemas y las necesidades de niños, niñas, adolescentes y familias, podría estar desencadenando un cierto vaciamiento de las políticas locales de infancia. Esto ocurre al convertir el certificado en el objetivo de las políticas en detrimento del impacto en la vida de la infancia y adolescencia.

Unicef considera que el primer objetivo de la iniciativa es lograr que los resultados sean demostrables, y ha incorporado como requisito a las candidaturas la exigencia de que los PLIA usen un sistema de evaluación determinado. Este sistema presenta dudas en cuanto a su capacidad para promover el diseño, la implantación y el impacto favorable de las acciones, pero sobre todo no parece la mejor forma de ayudar a reflexionar, aprender y mejorar en torno a las políticas locales de infancia.

Entre las apuestas de Unicef para hacer efectivos los derechos de la infancia a nivel local, destacan la participación multiactor con hincapié en el papel de niños y niñas, la colaboración interdepartamental transversalizando el enfoque de infancia en los gobiernos locales, y el seguimiento y evaluación como requisito indispensable de la mejora de las políticas públicas (Unicef, 2022).

Unicef España ha publicado no solamente folletos de instrucciones para el reconocimiento sino estudios y guías sobre gobernanza, participación y evaluación de Planes locales, referencias útiles que han ayudado a identificar ámbitos de trabajo necesarios en algunos ayuntamientos, como la formación interna sobre perspectiva de género y generación en el seno de las administraciones locales (Unicef, 2022).

Sin embargo, la certificación podría estar operando más como una marca que como un impulso al desarrollo de políticas locales con impacto en la vida de niños, niñas, adolescentes y familias. La extrapolación de la lógica mercantil del uso de marcas es ya una práctica extendida en la racionalidad neoliberal (Costa, 2004) y ha llegado a las instituciones públicas. Las ciudades utilizan estrategias de marketing o city branding para atraer inversiones y oportunidades. Para ello, se presentan empleando signos, cada vez más visuales y simples, para ser percibidas de una determinada manera. Asimilada a un bien de mercado, parece estar fraguando una mercantilización de la infancia y la ciudad a través de la certificación CAI, exhibiéndose como marca de los Ayuntamientos para convencer a grupos de interés y emocionar o conmover a la población.

3.1 El sistema de indicadores de Unicef para la evaluación de políticas de infancia y adolescencia

Unicef plantea que “en el ámbito de las políticas locales de infancia y adolescencia hay que avanzar en la objetivación matemática de la realidad” y en segundo lugar, añade la posibilidad de contar con “la información cualitativa que se pueda aportar al respecto” (Unicef, 2022). Propone por tanto una evaluación para “objetivar una realidad mediante datos” y compararla con estándares internacionales. Esto se concreta en indicadores cuantitativos, principalmente de seguimiento y, en menor medida, de resultados de las acciones que componen los PLIA. Este sistema³ se presenta en una matriz de componentes, con objetivos y áreas de trabajo vinculados a un enfoque de derechos de la infancia (Convención de Derechos del Niño).

³ Cada ayuntamiento tiene acceso propio e independiente a una plataforma digital gestionada por Unicef en la que introducir datos generales del municipio y del de PLIA y, sobre todo, los datos de los indicadores de las tres áreas de trabajo en cada uno de los cinco objetivos y en dos áreas transversales

Además, Unicef establece un número mínimo de indicadores a elegir entre ciertos objetivos y áreas de trabajo, mínimo ya de partida elevado que crece según el tamaño de la población del municipio y según sea o no la primera vez que presenta la candidatura al reconocimiento. Todos los indicadores se refieren al diseño del Plan, a su estado de desarrollo o, en algunos casos, a los resultados obtenidos. Es decir, se trata fundamentalmente de un sistema evaluativo de seguimiento del Plan. Apenas se pide información sobre la situación de la infancia, las claves de diagnóstico, la evolución en el logro de objetivos específicos o el impacto esperado del Plan.

Varios gobiernos locales han señalado barreras importantes no únicamente por el diseño de la plataforma sino por la dificultad en obtener los datos que se solicitan a todos los Planes por igual, el tiempo que requiere el uso de la herramienta, la ausencia de criterios generales de diseño y evaluación y la falta de espacios de intercambio y aprendizaje conjunto. Como resultado del análisis de casos, se han identificado tres ejes descriptivos del sistema de evaluación de Unicef.

3.1.1 Datos sin fuentes

Unicef argumenta que la función del sistema de evaluación, recientemente incorporado como requisito para el reconocimiento CAI, es la de garantizar el cumplimiento de las acciones de los PLIA. En este sentido, la plataforma digital para el reconocimiento incluía muchos indicadores de seguimiento y la obligación de justificar los datos aportados para los indicadores que cada ayuntamiento selecciona. Esta justificación se concretaba en la petición de fuentes de verificación, es decir, un soporte, evidencia o prueba para el valor que se está aportando del indicador elegido, pudiendo ser un informe, un acta o un certificado, por ejemplo. Sin embargo, en un intento por facilitar que más ayuntamientos sean capaces de completar la información requerida, el sistema ha dejado de exigir fuentes de verificación, comprometiendo la fiabilidad de los datos.

Unicef España, ante la petición de revisión del nuevo sistema de evaluación por parte de diferentes ayuntamientos, no ha replanteado el enfoque, los criterios o la metodología plasmada en la plataforma de indicadores, sino solamente cuestiones operativas que bloqueaban que más ayuntamientos rellenaran la información solicitada. Por supuesto, esto ha aliviado la presión sobre equipos técnicos municipales que no tenían la capacidad de sumar la carga de trabajo de aportar fuentes de verificación para tantos datos. Sin embargo, el resultado es que se puede cumplir con los criterios para obtener el reconocimiento CAI sin justificar que la información sea verídica y fiable, con tal de aportarla en la cantidad requerida.

3.1.2 Globalización de la evaluación

La evaluación de seguimiento y basada en datos cuantitativos no es sensible a la historia o el contexto sociocultural en el que está la infancia y la adolescencia. Se plantea un mismo sistema de indicadores para ciudades con características y problemáticas muy diferentes. De hecho, el núcleo de la propuesta de Unicef consiste en que los gobiernos locales elijan indicadores de una lista cerrada, impulsando una estructura y resultados homogéneos para todos los municipios sin tener en cuenta su diversidad.

Hay muchas acciones que no pueden tener cabida en el Plan porque no se contempla en el sistema de indicadores; por ejemplo, la creación de proyectos público-comunitarios en torno a la reactivación de edificios municipales en desuso para crear equipamientos para la infancia o la sensibilización sobre

temas climáticos implicando a la infancia⁴. En el caso de los municipios que hicieron Planes antes de que se publicara el sistema de indicadores, se ha visto cómo hay acciones de gran valor para los municipios y que no se recogen en el sistema de indicadores. El sistema deja fuera acciones creativas, innovadoras y locales, y

⁴ Este es el caso del piloto ManzaEnergía, del proyecto Lightness, que ha implicado a la comunidad educativa y ha resultado ser una política pública-comunitaria innovadora de implicar a la infancia en una transición energética justa. Este proyecto fue financiado por la EU's Horizon 2020, bajo el Grant Agreement nº 953020.

fomenta Planes casi iguales. Podemos decir que Unicef propone un único molde para cocinar el mismo bizcocho en cada lugar; es una cadena de montaje para hacer PLIA fáciles, sin pensar de manera local y creativa. Para ajustar Planes a la infancia y adolescencia habría que hacer un trabajo más casero.

3.1.3 Sistematizar sin pensar

La evaluación de Unicef plantea un sistema que se repite, y que permite comparar los datos entre ciudades, pero que limita pensar y encontrar el sentido del Plan. Cuando los objetivos ya vienen marcados, no es fácil generar una visión o estrategia política. La evaluación y el propio PLIA parece más un producto precocinado para conseguir (o consumir) una marca. Por ejemplo, el objetivo de “Lucha contra la pobreza y las desigualdades de acceso” tiene indicadores concretos como “Número de familias que recibieron ayudas de emergencia en el año” (Unicef, 2023). Por lo tanto, únicamente acciones que respondan a esos indicadores pueden reconocerse por Unicef, y no investigaciones para entender la pobreza de un barrio concreto o una población determinada, o programas que no sean de ayudas directas⁵.

Usando la plataforma de Unicef se comprende que los equipos municipales elijan indicadores cuya información es fácil de obtener, por disponibilidad, por no ser necesario un buen diagnóstico, por tener competencias y por asociarse unívocamente a una de las acciones del Plan. Es decir, el sistema invita a centrarse exclusivamente en rellenar datos para cumplir con los mínimos a cubrir de la matriz de componentes que impone la certificación, de forma desconectada de la realidad de la situación de la infancia. Así se aparta a los equipos técnicos y políticos de pensar en lo que de verdad hace falta, y dirige los planes hacia objetivos e indicadores predeterminados. El reconocimiento podría estar imponiendo un enfoque y generando una burocracia que hace más difícil aprender y cambiar en las entidades locales.

3.2 Propuestas prácticas para evaluar las políticas locales

3.2.1 Entender el impacto

La parcialidad en cuanto al enfoque de la evaluación, centrada en el seguimiento y evitando hablar de impacto, es una acción decidida. La agencia señala que “los ayuntamientos, u otras Entidades Locales, no siempre tienen capacidad para gestionar indicadores de impacto” pues requieren un proceso complejo. Sin embargo, su conclusión, a juzgar por la plataforma digital de evaluación, es prescindir de la reflexión sobre el impacto. El número de programas, uno de los indicadores sugeridos en distintos ámbitos, difícilmente permite evaluar una política pública, únicamente dará cuenta de si se han hecho intervenciones. Incluso el número de personas participantes o afectadas por una medida, por sí mismo, solamente facilita información sobre si han llegado a más o menos gente. Pero estas medidas no tienen por qué cambiar la situación de la infancia, pueden estar apuntalando desigualdades.

En la evaluación de impacto es complicado aislar el efecto de la política que se evalúa, del efecto de la evolución del contexto y otros fenómenos que afecten a la infancia. Se puede hacer, algunas veces, con investigación social. Esto significa que hace falta más conocimiento, no necesariamente más datos, interpretando cambios socioculturales y transformaciones en las formas de gestión municipal. Será relevante preguntarse, entre otras cuestiones, qué hubiera pasado sin el Plan, si efectivamente está alcanzando sus objetivos, y si hace falta revisar cuál es la población objetivo.

⁵ De hecho, cuando se identifica un indicador de interés para el Plan entre los planteados por Unicef, puede que no sea parte de los señalados como imprescindibles o mínimos por la agencia internacional y que por tanto acabe descartado si se busca obtener el reconocimiento de Ciudad Amiga de la Infancia.

3.2.2 Metodologías cualitativas y participativas

El reconocimiento puede ligarse a criterios y objetivos generales, y por tanto en riesgo de quedarse vacíos de contenido, o asociarse a objetivos específicos locales y a indicadores propios. Para esta última opción, una red de gobiernos locales comprometidos con la infancia, acompañados por Unicef, podría profundizar en la complejidad de los problemas, con una reflexión desde muchos lados, con grupos y personas diversas que sigan haciendo preguntas. Podría ser útil dedicar tiempo a analizar algunas acciones para ver por qué han salido mejor o peor y aprender de ello, contrastando entre equipos de diferentes entidades locales. También sería interesante usar metodologías de evaluación participativa, como talleres con agentes clave, para dilucidar si, por ejemplo, hace falta información que no se está analizando o si está siendo difícil asumir cambios por obstáculos de tipo cultural, legal o económico. Es decir, un trabajo más artesanal que permita compartir experiencias y aprender.

Las entrevistas o dinámicas participativas son también herramientas para profundizar de manera cualitativa en el resultado que políticas, programas o acciones han tenido en la vida de la infancia, la adolescencia y sus familias. Por ejemplo, en relación con la violencia vicaria, es clave idear metodologías participativas y creativas donde identificar los resultados de programas. El dibujo resulta una metodología interesante para escuchar a la infancia, en temas que puede ser difícil expresar con palabras. Encuentros con profesionales de la salud o de centros educativos, pueden también ser formas útiles para entender la implementación de una política pública, y poder así entender si logra abordar los problemas a los que apunta.

3.2.3 Evaluar para aprender y mejorar

Esta creciente atención por la infancia y, en menor medida, por la adolescencia, podría aprovecharse para impulsar criterios de análisis, diseño y evaluación de políticas públicas que inviten al aprendizaje sobre la realidad social y la mejor manera de intervenir, como una suerte de autorreflexión crítica de la gestión pública (Álvarez, Pernas & Flores, 2016). Los criterios se pueden

trabajar con intercambio de experiencias entre entidades locales, un camino en el que Unicef puede contribuir sin caer en la homogeneización de la formalización de las políticas. Pero la mejora de las políticas públicas requiere diagnóstico y preguntas en cada lugar, compartidas entre muchas personas diferentes, abordando en primer lugar cuál es el problema que se pretende resolver, así como cuáles son los objetivos de transformación en relación a la infancia y si deben ser los mismos en cada lugar. Sabiendo algo del problema y los objetivos, y considerando que en tiempos de adelgazamiento institucional los recursos y equipos de los gobiernos locales son muy limitados, también habrá que preguntarse qué acciones públicas son más eficaces.

Como Unicef señala en sus guías de evaluación, en contradicción con el sistema de indicadores que la agencia ha fijado para el reconocimiento CAI, “conviene insistir en que sobredimensionar el sistema de indicadores no es buena idea (...). Lo mejor es avanzar de menos a más, progresivamente (Unicef, 2022). Efectivamente, más que cumplir con un largo listado de indicadores, evaluar políticas de infancia tendría que suponer la activación de un ciclo constante de aprendizaje e intervención sobre la infancia y sobre la propia actuación de los poderes públicos.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, Elena; Pernas, Begoña & Flores, Milagros. (2016). Evaluación de la Estrategia para la Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de la ciudad de Madrid 2011-2015.
- Beck, Ulrich. (2003). Adiós a lo tradicional: la individualización y las “libertades precarias”. En Beck, Ulrich et al. *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Paidós.

Costa, Joan. (2004). *La imagen de marca un fenómeno social*. Editorial Paidós, Barcelona, España.

Giddens, Anthony. (1991). *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península.

Pernas, Begoña & Román, Marta. (2021). Investigación acción sobre la violencia vicaria en el contexto de la violencia de género en Castilla La Mancha. “Padres que lo ocupan todo”. La infancia en la violencia de género y la violencia vicaria. *Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha*.

Unicef. (2023). Guía para la obtención del Reconocimiento como Ciudad Amiga de la Infancia. Marco regulador.

Unicef. (2022). Guías sobre indicadores y seguimiento aplicados a los planes locales de infancia y adolescencia.

Unicef. (2022). Guía. Indicadores, concepto y utilidad en las políticas locales de infancia y adolescencia.

Unicef. (2022). Guía. Para una buena gobernanza de una política local de infancia.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Transiciones de Primaria a Secundaria: haciendo confluir la mirada del alumnado y la administración

Mercedes Ávila Francés, Facultad de Educación de Cuenca, UCLM (Mercedes.Avila@uclm.es)

Paloma Candela Soto, Facultad de Educación de Ciudad Real, UCLM (Paloma.Candela@uclm.es)

M^a Carmen Sánchez Pérez, Facultad de Educación de Albacete, UCLM (Mariacarmen.Sanchez@uclm.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El estudio de la transición de primaria a secundaria se ha focalizado en las percepciones de docentes, estudiantes y familias. Pero su complejidad exige incluir la visión de la administración educativa. Esta comunicación analiza el papel de la administración educativa en el proceso de transición a la educación secundaria, considerando la necesaria participación del alumnado protagonista. Desde una perspectiva crítica, avalada por los estudios sociales de la infancia (Gaitán, 2022), se exploran las ventajas de escuchar la voz del alumnado en los espacios de coordinación administrativa (Sierra y Parrilla, 2019). Los objetivos del trabajo se orientan a analizar el marco jurídico sobre la transición de Primaria a Secundaria y su funcionamiento real, incorporando la perspectiva de técnicos y especialistas de la administración, para trabajar en propuestas de mejora que cuenten con participación comunitaria. La metodología se basa en análisis documental, explotación de datos secundarios y entrevistas a informantes clave. Los resultados apuntan a la falta de homogeneidad en los procedimientos, al peso que los y las docentes otorgan al rol de la administración y a la necesidad de establecer comunicación entre administración y protagonistas, especialmente los y las adolescentes que transitan.

Palabras clave

Transición primaria a secundaria, Administración educativa, protagonismo del alumnado

1 Introducción

La transición de Educación Primaria a Educación Secundaria presenta unas características que lo convierten en un proceso de enorme relevancia en las trayectorias vitales, tanto para los y las adolescentes, como sus familias (Bharara, 2020; Monarca et al., 2012). El estudio de esta etapa se ha centrado en identificar principalmente las perspectivas del profesorado (Folgar et al., 2013; Monarca et al., 2013) y del alumnado protagonista (Douglas, 1998; Monarca et al., 2012). Respecto al alumnado, nuestra investigación (Ávila et al., 2022), constata la ambivalencia con la que vive la transición, expresada en las inquietudes, expectativas e ilusiones sobre el propio proceso. El grueso de sus inquietudes (y preocupaciones) tiene que ver con el cambio de amistades, las relaciones con el profesorado, las cuestiones académicas y el desconocimiento de los nuevos espacios. La incertidumbre y el desconocimiento del nuevo escenario les provoca, en buena medida, una sensación de inseguridad y preocupación al culminar la etapa de primaria; especialmente en los perfiles más vulnerables. En las imágenes y relatos que los y las preadolescentes construyen del instituto, abundan los mitos y los estereotipos; al no disponer de información sobre cuestiones que a ellos y ellas les preocupan e interesan, recurren a lo que circula en su contexto. Además, no podemos olvidar la visión y las expectativas adultas (de docentes y familia) que están influyendo en las inseguridades del alumnado ante el cambio de etapa.

Es, sin embargo, menos habitual encontrar estudios centrados en el rol de las familias (Chen y Gregory, 2009) y resulta aún más complicado identificar estudios orientados a investigar el papel de la administración educativa, como muestran González-Rodríguez et al. (2019) en los resultados de su revisión sistemática. No obstante, cabe identificar claramente algunos elementos que influyen en el proceso de transición de educación primaria a secundaria, como una alta ratio estudiante-profesor (Holas y Huston, 2012), que están directamente vinculados con competencias y decisiones administrativas.

Coincidiendo con Antúnez (2005), entendemos que la falta de cooperación institucional supone una dificultad para la transición y, por tanto, impide generar actuaciones colectivas (que incluyan a la administración y al alumnado) que puedan favorecer una transición positiva (Álvarez y Pareja, 2011). Así se constata, por ejemplo, en la investigación desarrollada en Cataluña por Darder (1999), que analizó la colaboración territorial de la administración educativa en el proceso de transición. También Plotner et al. (2020) identifican efectos positivos de la colaboración y comunicación entre los agentes implicados en el proceso.

Con la investigación que venimos desarrollando, Transición de Primaria a Secundaria en Castilla-La Mancha, se ha adoptado un enfoque holístico, considerando las diferentes perspectivas. En este trabajo se presentan los primeros resultados del análisis realizado sobre el papel de la administración, que, aunque menos estudiado, tiene gran relevancia. Aunque no será objeto de esta comunicación, se realiza una aproximación al tema desde un paradigma participativo, considerando esencial la inclusión del alumnado en la toma de decisiones y en el diseño de políticas para esta transición educativa.

2 Metodología

Este trabajo se enmarca en una fase de ampliación de una investigación reciente sobre la transición de Primaria a Secundaria en Castilla-La Mancha. Dicha investigación consistió en un estudio cualitativo que analizaba los discursos sobre la transición del alumnado, sus familias y los docentes de ambas etapas. Se llevó a cabo en dos fases. En la primera, el trabajo de campo se desarrolló en 6 colegios de educación primaria de distintas localidades de Castilla-La Mancha con diferentes tamaños de población. La segunda fase se llevó a cabo en el siguiente curso académico, cuando los alumnos que promocionaron de sexto de primaria cursaban 1º de ESO. El trabajo de campo se realizó, por tanto, con el mismo alumnado, primero en colegios y luego en institutos. Para cada colegio de primaria se seleccionó el instituto al que mayoritariamente transitó su alumnado.

Para el alumnado, las técnicas de recogida de datos consistieron en cuestionarios abiertos. Para facilitar su cumplimentación se diseñaron sendas dinámicas. La dinámica de 1º de ESO incluyó también un grupo focal. En cuanto al profesorado, se llevaron a cabo grupos focales.

Para recabar la información correspondiente a la administración, hemos recurrido a dos técnicas: el análisis documental de la normativa relacionada con la transición y las entrevistas a informantes clave. A través de la primera, conocemos los aspectos formales del proceso, mientras que la segunda nos descubre la visión y el funcionamiento real del proceso. El perfil de los y las informantes clave han sido: inspectores de educación, orientadores y técnicos del Servicio de Inclusión de la Consejería de Educación de Castilla-La Mancha. En este momento, el estudio se encuentra en la fase de explotación y análisis de la información, con el fin de realizar un análisis temático reflexivo. Se anticipan en esta comunicación algunos de los principales hallazgos.

3 Resultados y conclusiones

En el análisis de la normativa, vemos como en la LOE ya se apuntan mecanismos para facilitar la transición, como la obligatoriedad de elaborar para cada alumno un informe personalizado sobre su aprendizaje y los objetivos y competencias adquiridas al finalizar la primaria (art. 20.5). La LOMLOE propone adoptar “medidas de carácter organizativo y curricular”, como la coordinación entre los proyectos educativos de los colegios y los institutos, y que se procure que en primero y segundo de ESO haya como máximo un área más que las que hay en el último ciclo de primaria.

En Castilla-La Mancha, la coordinación entre primaria y secundaria se contempla principalmente en tres normas: el Decreto 92/2022, por el que se regula la organización de la orientación académica, educativa y profesional en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha; la Orden 121/2022, que regula la organización y el funcionamiento de los centros públicos de Infantil y Primaria, y la Orden 118/2022, que regula la organización y funcionamiento de los institutos de educación secundaria. Se trata de una normativa más general de centros, al no existir una regulación específica de este proceso, como si ocurre en otras autonomías (por ejemplo, la Orden 46/2011, de 8 de junio, de la Conselleria de Educación, por la que se regula la transición desde la etapa de Educación Primaria a la Educación Secundaria obligatoria en la Comunitat Valenciana).

Según la mencionada normativa castellanomanchega, la transición entre etapas es competencia, por un lado, de los Equipos de Orientación (en el caso de los colegios) y de los Departamentos de Orientación (en el caso de los institutos) y, por otro, de las personas tutoras. Los mecanismos que se fijan para facilitarla por parte de colegios e institutos consisten en:

1. Traspaso de información sobre el alumnado, siendo prescriptivo el informe final de etapa y el historial académico.
2. Actuaciones de acogida y presentación para informar al alumnado y las familias sobre los proyectos y las normas.
3. Presentación y revisión mutua de las programaciones didácticas de las áreas de 6º de Primaria y de sus correspondientes materias en 1º de ESO.
4. Otras actuaciones conjuntas.

En el análisis de este marco regulador, no aparece la participación del alumnado que transita. Su perspectiva y aportaciones también quedan fuera, en la práctica, del diseño o propuesta de actuaciones vinculadas a la transición.

Buscando conocer cómo esta normativa se concreta en la realidad y en función del contexto de actuación, se desplegó un trabajo de campo con entrevistas a informantes clave. Así, encontramos que la región se divide en “zonas de orientación” y al frente de cada una hay un coordinador. En cada zona de orientación se celebra a finales de junio una reunión específica de transición, a la que acuden todos los orientadores de primaria y de secundaria de la misma. En esas reuniones, los orientadores de primaria trasladan información sobre su alumnado a los orientadores de cada instituto a los que va a transitar. Adicionalmente, los orientadores u orientadoras de secundaria mantienen un encuentro particular con los orientadores de cada colegio de origen del alumnado. Es aquí donde se traspasan los informes individuales de final de etapa y los historiales académicos de los alumnos. Se ha detectado, sin embargo, que no existe una normalización de este informe, encontrándose un desarrollo dispar de la información que reciben los IES. Consideramos relevante, además, que todos los informantes destacan la importancia de la comunicación verbal; es decir, los comentarios sobre determinado alumnado que no se escriben en la documentación oficial.

En un segundo momento, esta información relevante de cada estudiante que llegará a 1º de ESO, recopilada por el o la orientadora del IES, es trasladada a Jefatura de Estudios para hacer los agrupamientos. Los centros dan mucha importancia a la confección de los grupos. Una vez constituidos los grupos, la información relativa al alumnado se pasa a los tutores y tutoras y al profesorado de ese grupo.

A nivel de centro, las acciones relacionadas con la transición se recogen en el Plan de Acción Tutorial de 1º de ESO. Por ejemplo, técnicas de estudio por materias, charlas y dinámicas sobre convivencia, etc. Estos dos aspectos, estudio y convivencia, son los que más se trabajan.

En nuestro estudio, hemos identificado que las acciones típicas de la transición son:

- Jornadas de puertas abiertas durante el periodo de admisión (febrero) para enseñar el IES, su funcionamiento, etc. al alumnado de 6º de primaria y sus familias.
- Primera reunión informativa en el IES con las familias y el alumnado que ya ha sido admitido o que ha solicitado ese IES.
- Evaluación inicial. Se trata de un proceso que abarca desde el principio de curso hasta la primera semana de octubre en la que se recopila información sobre el alumnado de cada grupo mediante exámenes de las distintas materias para comprobar “el nivel” y observación del comportamiento. La evaluación inicial culmina en el acto de la sesión de la evaluación inicial, que reúne al Equipo Docente de cada grupo. Aquí se realizan comentarios del tipo “este grupo es muy hablador”, “este otro es muy infantil”, etc. La evaluación inicial es sumamente importante, pues en ella suelen comenzar los procesos de etiquetación de los que hablan los distintos autores (Río Ruiz, 2015).
- Después de la evaluación inicial, con la información obtenida, cada tutor hace una reunión con las familias, a las que puede asistir el alumnado. Esta reunión supone el primer contacto entre las familias y el tutor, por lo que según cómo se prepare, qué puesta en escena se siga, qué se diga y cómo, qué imagen se transmita, etc. puede predisponer positiva o negativamente a las familias para acudir a las tutorías. Sería pues, muy importante, diseñar esa reunión para crear cercanía y confianza.

Resalta de nuevo la ausencia de la perspectiva del alumnado en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de estas actuaciones. Sí se han identificado experiencias que incorporan al alumnado “senior” en la bienvenida de los y las nuevas estudiantes al instituto.

Pese a no formar parte de nuestros objetivos iniciales, en los resultados preliminares cabe destacar un elemento de análisis que se pone de manifiesto en la realidad castellanomanchega: el contexto rural. Si bien la normativa, los procedimientos y acciones establecidas para acompañar la transición en esta etapa educativa, como hemos visto anteriormente, no distinguen entre contextos urbanos y rurales, se identifican algunos rasgos y prácticas diferentes. Así, en determinados contextos rurales, la experiencia y redes de colaboración entre centros y el compromiso de docentes rurales en el acompañamiento del alumnado y sus familias, están funcionando como factores de éxito en la transición a la etapa secundaria. Resultados similares se constatan en estudios previos (Bereziartua et al., 2017; Hurtado y Estupiñán, 2020).

En contraste con las acciones de acompañamiento llevadas a cabo en contextos urbanos, en exceso burocratizadas, en las transiciones rurales hemos observado experiencias que incorporan elementos como la cercanía en las reuniones de coordinación por áreas, la continuidad en el seguimiento y la retroalimentación del alumnado en fase de adaptación al instituto desde la evaluación inicial: “Ellos nos orientan y nos dicen, por ejemplo, en comprensión lectora están fallando, entonces tú lo tienes en cuenta y sabes que tienes que incidir en eso, o estamos haciendo tal actividad para que lo tengáis en cuenta” (MPD, Directora de CRA). Como contrapunto, se identifican limitaciones en estos contextos rurales para construir y sostener redes de

acompañamiento a la transición educativa, como las limitaciones del transporte, que perpetúan la desconexión de algunas zonas y realidades socioeducativas concretas.

Estos resultados preliminares hacen de la transición de etapa una especie de analizador social que permite comprender algunos procesos y dinámicas que pueden estar comprometiendo la continuidad educativa, personal y emocional de muchos jóvenes en su paso hacia la educación secundaria. Al incorporar la mirada de la administración se ha buscado profundizar en aquellos aspectos relevantes de todo lo instituido, es decir, que reproducen la institución (reglas, legislación, normas...), junto a las culturas y prácticas de los agentes sociales que forman parte de esta desde una acción de vigilancia (y mantenimiento) de la institución (inspección...). Consideramos esencial desvelar, o dejar que emerja la acción que resiste, que se opone y quiere cambiar “lo instituido”: sujetos y equipos educativos implicados, que trabajan desde una perspectiva de las oportunidades que ofrecen las transiciones de etapa. Profesionales que, desde prácticas inclusivas y con sentido, acompañan al alumnado y a sus familias.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, J.D. y Pareja, J.M. (2011). *¿Es posible una transición pacífica? La transición educativa es una cuestión colectiva*. Universidad de Alicante
- Antúnez, S. (2005). El cuidado de los procesos de transición de primaria a secundaria: a modo de balance. *Aula de innovación educativa*, 142, 7-11.
- Ávila Francés, M., Sánchez Pérez, M. C. y Bueno Baquero, A. (2022). Factores que facilitan y dificultan la transición de educación primaria a secundaria. *Revista de Investigación Educativa*, 40(1), 147-164. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.441441>
- Bereziartua Zendoia, J.; Intxausti Intxausti, N.; Odriozala Aldalur, A. (2017): Acción tutorial en la transición del alumnado de las escuelas del medio rural a la educación secundaria. *Tendencias pedagógicas*, 29, 189-210.
- Bharara, G. (2020). Factors facilitating a positive transition to secondary school: A systematic literature review. *International Journal of School and Educational Psychology* 8 (1), 104–123. <https://doi.org/10.1080/21683603.2019.1572552>
- Chen, W. y Gregory, A. (2009) Parental involvement as a protective factor during the transition to high school. *Journal of Educational Research*, 103 (1), 53-62.
- Darder, P. (coord.), Amorós, C., Antúnez, S., y otros (1999). *Recerca sobre la coordinació entre centres de primària i secundària (Informe de progrés 1998)*. Federació de Moviments de Renovació Pedagògica de Catalunya, Rosa Sensat y Diputació de Barcelona.
- Douglas, P. (1998). *Changes in Classroom Environment and Teacher- Student. Relationships during the Transition from Primary to Secondary school*. Science and Mathematics Education Centre. Curtin University of Technology.
- Folgar, M., Rey, C. y Lamas, M. (2013). La transición de la Educación Primaria a la Educación Secundaria: sugerencias para padres. *Innovación Educativa*, 23, 161- 177.
- Gaitán Muñoz L. (2022). Debates y desafíos en la sociología de la infancia ante una nueva era. *Política y Sociedad*, 59(3), e79783. <https://doi.org/10.5209/poso.7978>
- González-Rodríguez, D.; Vieira, MJ y Vidal, J. (2019). Variables que influyen en la transición de la Educación Primaria a la Educación Secundaria Obligatoria. Un modelo comprensivo. *Bordón, Revista de Pedagogía*, 71(2), 85-108.
- Holas, I. y Huston, A. C. (2012). Are Middle Schools Harmful? The Role of Transition Timing, Classroom Quality and School Characteristics. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(3), 333-345. doi: 10.1007/s10964-011-9732-9
- Hurtado, L., & Estupiñán, M. (2020). La transición escolar de primaria rural a secundaria urbana: una aproximación teórica. *Educación y Ciencia*, (24), e11405.

- Monarca, H. A., Rappoport, S. y Fernández González, A. (2012). Factores condicionantes de las trayectorias escolares en la transición entre enseñanza primaria y secundaria. *REOP - Revista Española De Orientación y Psicopedagogía*, 23(3), 49–62. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.23.num.3.2012.11461>.
- Monarca, H., Rappoport, S. y Sandoval, M. (2013). La configuración de los procesos de inclusión y exclusión educativa. Una lectura desde la transición entre Educación Primaria y Educación Secundaria. *Revista de Investigación en Educación*, 3(11), 192-206.
- Plotner, A.; Mazzotti, V.; Rose, C y Teasley, K. (2018). Perceptions of Interagency Collaboration: Relationships Between Secondary Transition Roles, Communication, and Collaboration. *Remedial and Special Education*, 41(1), 28-39. <https://doi.org/10.1177/07419325187780>
- Río Ruiz, M. A. (2015). Procesos de etiquetaje en el ámbito escolar: los grandes temas. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 8(3), 312-320.
- Sierra, M. y Parrilla, A. (2019). Haciendo de las transiciones educativas procesos participativos: desarrollo de herramientas metodológicas. *Publicaciones*, 49(3), 191–209. <https://doi.org/10.30827/publicaciones.v49i3.11409>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

La Pandemia Paralela: salud mental y suicidio en la infancia y la adolescencia

Elena Costas-Pérez, KSNET y Redev (elena.costas@ksnet.eu)

María Sánchez-Vidal, KSNET y Redev (maria.sanchez@ksnet.eu)

Pere A. Taberner, KSNET, Redev, UB y IEB (pere.taberner@ksnet.eu)

Judit Vall Castelló, UB, IEB y CRES-UPF (judit.vall@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Garantizar la salud física y mental de niños, niñas y adolescentes es una prioridad para cualquier sociedad democrática. Este estudio examina las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de este grupo de personas, cuya salud física fue menos afectada por la pandemia, pero que perdió contacto social debido al cierre de las escuelas. Para ello, se presenta una encuesta que incorpora las mismas preguntas de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 para comparar los cambios después de la pandemia. Las mayores contribuciones de este esfuerzo son, por un lado, el análisis del posible efecto que ha tenido la pandemia sobre los trastornos mentales y de conducta, con especial atención en los pensamientos suicidas. Por otro lado, se analiza según edad, sexo y nivel socioeconómico para identificar los potenciales factores de riesgo. Dada la importancia de contar con un sistema público que permita la detección y el acceso a la salud mental, analizamos los principales retos de nuestro sistema, proponiendo recomendaciones y buenas prácticas para garantizar que la salud mental sea accesible a toda la infancia y adolescencia.¹

Palabras clave

Salud mental, infancia y adolescencia, COVID-19, sistema de nacional de salud

1 Introducción

Después de la crisis del coronavirus, la salud mental de niños, niñas y adolescentes (NNA) ha ocupado un espacio central en la agenda social y política de nuestro país. La infancia y la adolescencia son etapas en las que se desarrollan el cerebro, las emociones, la personalidad y en la que paulatinamente se van adquiriendo herramientas para hacer frente a situaciones emocional y psicológicamente complejas. Aunque el coronavirus afectó menos a NNA a un nivel epidemiológico, son ellos y ellas los que han sufrido en materia de salud mental. Encerrados varios meses en casa, y sin poder ir a la escuela, muchos NNA han convivido también con la angustia de que aquellos que les cuidan enfermasen o perdieran el trabajo durante la pandemia. Uno de los desenlaces más dramáticos del sufrimiento emocional de NNAs es el suicidio.

En este contexto, este artículo pretende analizar tentativamente cómo ha afectado la irrupción de la COVID-19 en la salud mental de la infancia y adolescencia, en comparación con su estado antes de la llegada de la pandemia. En concreto, nos centramos en trastornos mentales, de conducta y pensamientos suicidas. Para ello, realizamos una encuesta en octubre de 2021 comparable con los últimos datos de la Encuesta Nacional de

¹ Agradecimientos: esta investigación se realizó en el marco de un estudio conjunto del equipo de investigación con Save the Children España.

Salud (ENSE) de 2017 para poder comparar los cambios que se han producido en la infancia y adolescencia por la crisis de la COVID-19.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales incluyen, además de la depresión o la ansiedad, reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enfado. Los trastornos del comportamiento se refieren al trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de la conducta presentan síntomas como los comportamientos destructivos o desafiantes, entre los que destaca el trastorno de la conducta alimentaria.

Al final del estudio, después de exponer los resultados, analizamos los principales retos de nuestro Sistema Público de Salud, proponiendo recomendaciones y buenas prácticas para que la salud mental de los NNA esté atendida debidamente. Dado el incremento de los problemas de salud mental que se evidencian en este estudio es importante contar con un sistema público que permita la detección y el acceso a la salud mental a los niños, niñas y adolescentes, y especialmente a aquellos que se encuentren en una situación más vulnerable.

2 Metodología

En el marco de esta investigación se ha realizado una encuesta para conocer el estado de la salud de la infancia, así como el acceso al Sistema Nacional de Salud de los niños, niñas y adolescentes en España en el año 2021. La mayoría de las preguntas son idénticas a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017 y se han añadido preguntas específicas sobre pensamientos suicidas y estado general de la salud mental. Además, se añadieron algunas preguntas sobre la crisis de la COVID-19.

En este sentido, se realizaron entrevistas online a una muestra representativa de 2.046 personas adultas con hijos e hijas de entre 4 y 16 años. El muestreo se realizó según una estratificación por nivel de renta y por territorio para que la distribución de la renta en los hogares de las personas entrevistadas se asemeje lo máximo posible a la distribución poblacional en España. Los datos obtenidos sobre la salud de los NNA fueron reportados por los padres, madres o tutores legales. En el caso que una persona

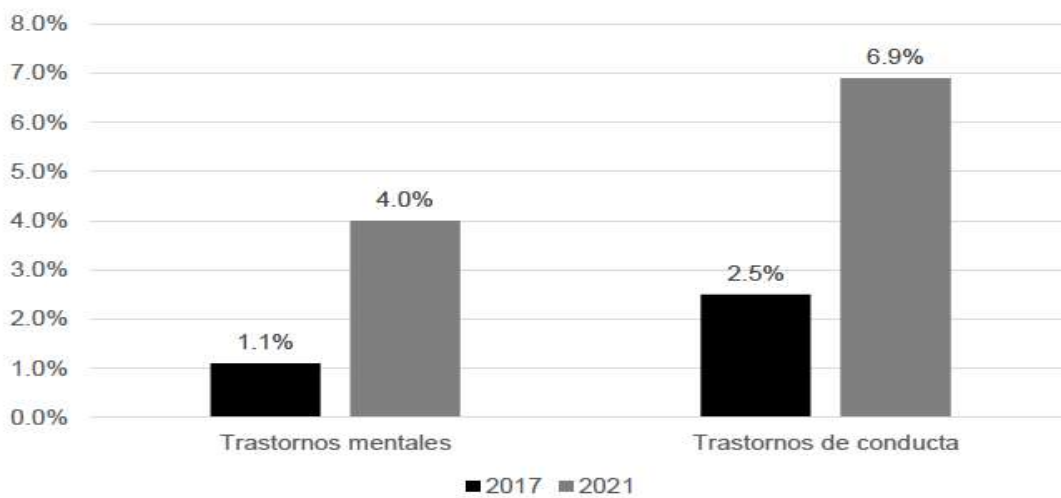
declarase tener más de un hijo o hija a cargo, se seleccionaba uno de ellos aleatoriamente para responder a las preguntas del cuestionario.

Para conocer la salud mental de los NNA en España antes de la pandemia se ha utilizado la ENS 2017. Esta encuesta elaborada por el Ministerio de Sanidad conjuntamente con el INE recoge información sobre NNA de entre 0 y 14 años. En cambio, la encuesta realizada en el marco de este estudio incluye menores de entre 4 y 16 años. Así, cuando se comparan los dos años las muestras se limitan a las edades entre 4 y 14 años. Además, la encuesta oficial de la ENS no tiene preguntas a menores relacionadas con el suicidio, por tanto, no se puede comparar los datos del 2021 con el antes de la pandemia.

3 Resultados

Antes de la pandemia un 1% de los NNA de entre 4 y 14 años en España padecían trastornos mentales y un 3% tenían trastornos de conducta, según los datos de la ENS 2017 (Gráfico 1). En cambio, según nuestra encuesta 2021, los trastornos mentales y los trastornos de conducta han aumentado al 4% y al 7%, respectivamente, lo que supone un notable ascenso respecto a 2017.

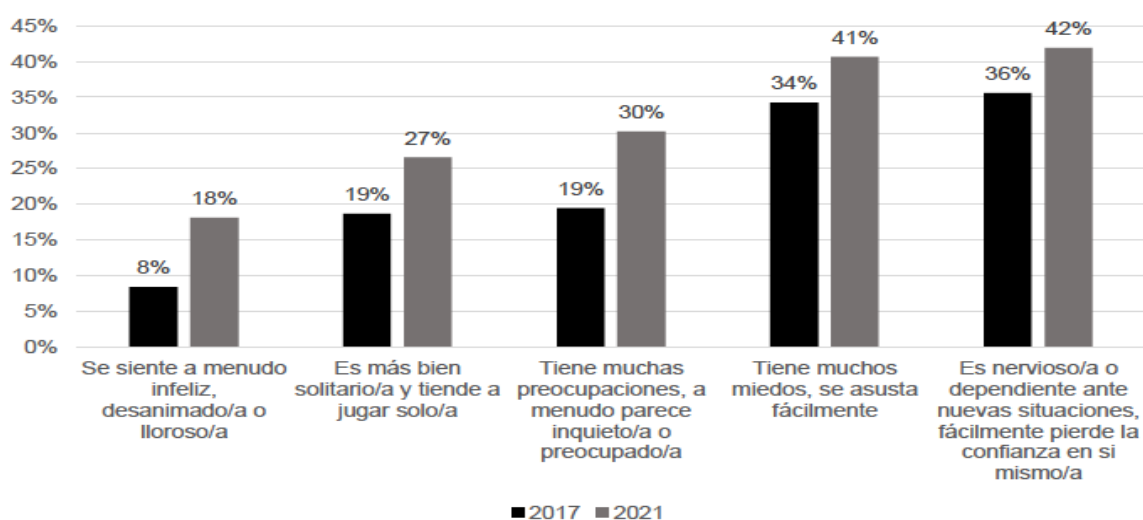
Gráfico 1. Evolución de los trastornos mentales y de conducta en NNA de entre 4 y 14 años (2017-2021)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud (2017) y la encuesta propia (2021).

El Gráfico 2 muestra que la conducta de los NNA ha empeorado entre 2017 y 2021. Así, ha aumentado el porcentaje de padres y madres que reportan que sus hijos e hijas fácilmente pierden la confianza en sí mismos/as (de 36% a 42%), que tiene muchos miedos y se asusta fácilmente (de 34% a 41%), que están preocupados a menudo (de 19% a 30%) o que a menudo se sienten infelices, desanimados/as o llorosos/as (de 8,4% a 18,1%). En cambio, el aumento de que se sienten más solitarios/as podría venir explicado por las medidas de confinamiento y aislamiento de la covid-19.

Gráfico 2. Evolución de la conducta de los NNA de entre 4 y 14 años (2017-2021)

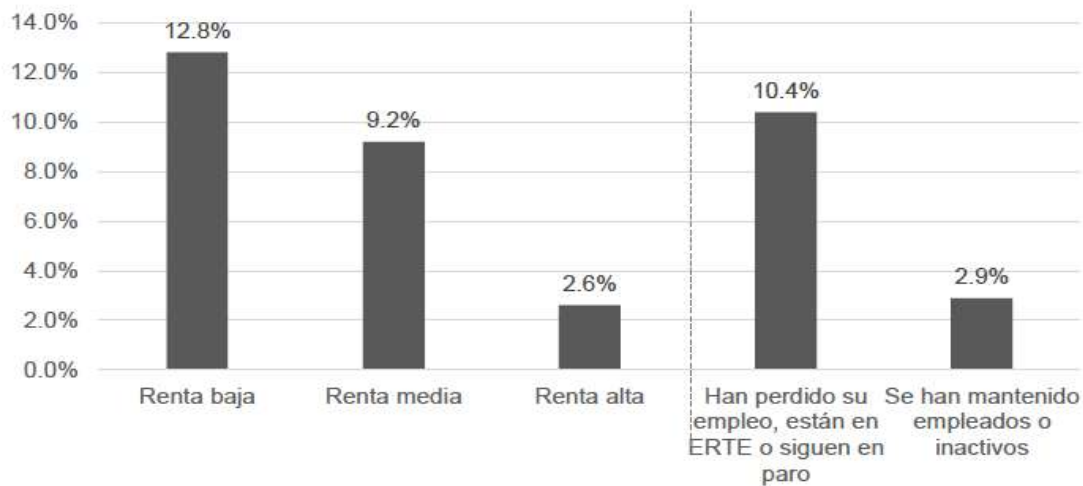


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud (2017) y la encuesta propia (2021).

El Gráfico 3 muestra los factores de riesgo de los trastornos mentales y/o de conducta en el 2021 según la renta de la familia y de la situación laboral de la persona de referencia.1 Las probabilidades de padecer un trastorno

mental y/o de conducta en el 2021 eran mayores si la persona de referencia² se encontraba en el paro o en ERTE, 10% contra el 3% si la persona seguía empleada o inactiva. En cuanto al nivel de renta, los casos que se dan en hogares de renta baja (13%) cuadruplican aquellos que se dan en hogares de rentas altas (3%), mientras que en los de renta media es de 9%.³ Estos datos muestran que la identificación de los trastornos mentales y de conducta por parte de padres y madres está marcada por un fuerte componente de desigualdad de renta.

Gráfico 3. Porcentaje de NNA con trastornos mentales y/o de conducta según nivel de renta y situación laboral de la persona de referencia (2021)



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta propia (2021).

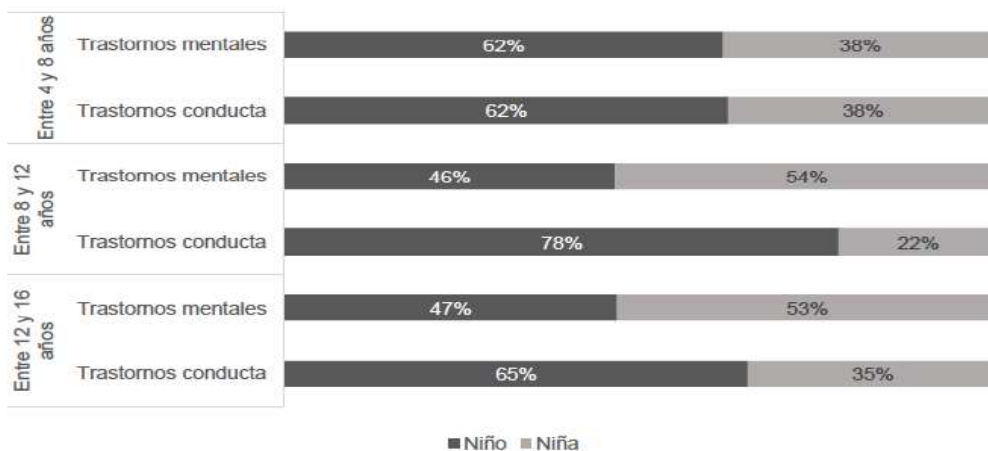
Los trastornos mentales y de conducta tienen la misma incidencia entre niños y niñas en edades tempranas, entre 4 y 8 años (Gráfico 4). Sin embargo, a partir de los 8 años los trastornos de conducta se dan mayormente en niños, mientras que los mentales se dan ligeramente en mayor proporción entre las niñas. Las diferencias entre el grupo de edad 8-12 y 12-16 años son mínimas.⁴

² También se han analizado los factores de riesgo para el 2017, pero por razones del límite de espacio no se han reportado en este artículo. De todas formas, los resultados del 2017 muestran tendencias similares que en el 2021.

³ Se consideran rentas bajas, aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1.300€; rentas medias, aquellos entre 1.300 y 3.600€ mensuales; y rentas altas, aquellos que ingresan más de 3.600€ al mes.

⁴ En este caso, al estar analizando solo nuestra encuesta 2021 se ha incluido hasta los 16 años.

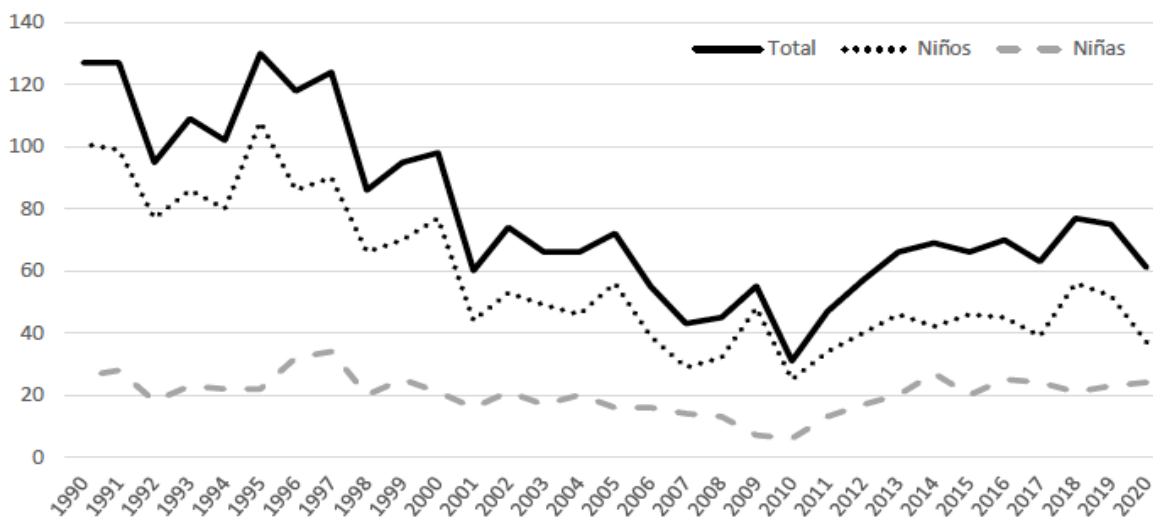
Gráfico 4. Incidencia de los trastornos mentales y de conducta según edad y sexo



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta propia (2021).

El sufrimiento emocional extremo de los NNA puede conducir a intentos de suicidio o en el propio suicidio. Desde 1990 se observa una cierta estabilidad en los suicidios de niñas, en torno a los 25 casos anuales, y una tendencia a la baja en los suicidios de niños, a pesar de que siguen siendo claramente superiores (Gráfico 5). Por otro lado, en comparación con otros países europeos, la tasa española es relativamente baja. Según datos de la OCDE en 2017, en España la tasa de suicidios era de 3 niños por cada 100.000 habitantes, mientras que la media de la UE era de 6, y en numerosos países del norte de Europa supera los 10 (hasta 22 en el caso de Lituania).

Gráfico 5. Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE).

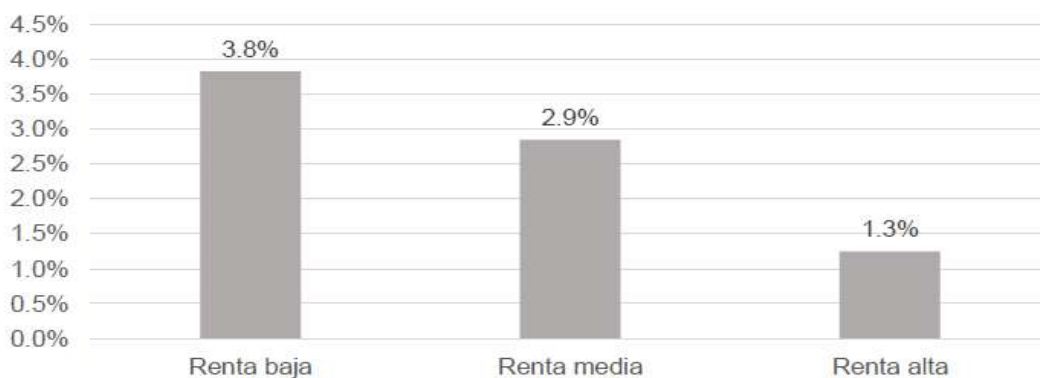
A pesar de la disminución que se observa en el 2020, los resultados de nuestra encuesta muestran que, de acuerdo con la percepción de sus padres o madres, un 3% del total de NNA podrían haber tenido pensamientos suicidas.⁵ Estos pensamientos aumentan al entrar en la adolescencia, hasta alcanzar un 6% entre los

⁵ Estos datos deben tomarse con precaución porque la evidencia cualitativa recogida señala que el pensamiento suicida no es fácil de contar ni de escuchar. Por lo tanto, es probable que muchas familias no conozcan lo que está sucediendo hasta que se produce una lesión seria.

adolescentes de entre 13 y 16 años. Hasta los 12 años son más presentes en los niños, y luego más en las niñas. Sin embargo, son los niños quienes terminan por cometer en mayor proporción este acto. Una posible explicación a este fenómeno es la menor disposición de los niños en pedir ayuda, lo que pone de manifiesto la importancia de generar entornos seguros y romper con los estereotipos de género.

Como en el caso de los trastornos, las rentas bajas también representan un factor de riesgo (Gráfico 6), siendo un 4% el porcentaje de NNA de rentas bajas con intenciones de suicidio y 1% en el caso de rentas altas. No obstante, los principales determinantes de las intenciones de suicidio entre NNA son las situaciones vitales estresantes, emocionalmente intensas –separaciones conflictivas de los progenitores, el acoso escolar, los desengaños amorosos o las muertes de seres queridos, entre otras– ante las que no han podido desarrollar recursos internos para afrontarlas.

Gráfico 6. Porcentaje de NNA con intenciones de suicidio por nivel de renta (2021)



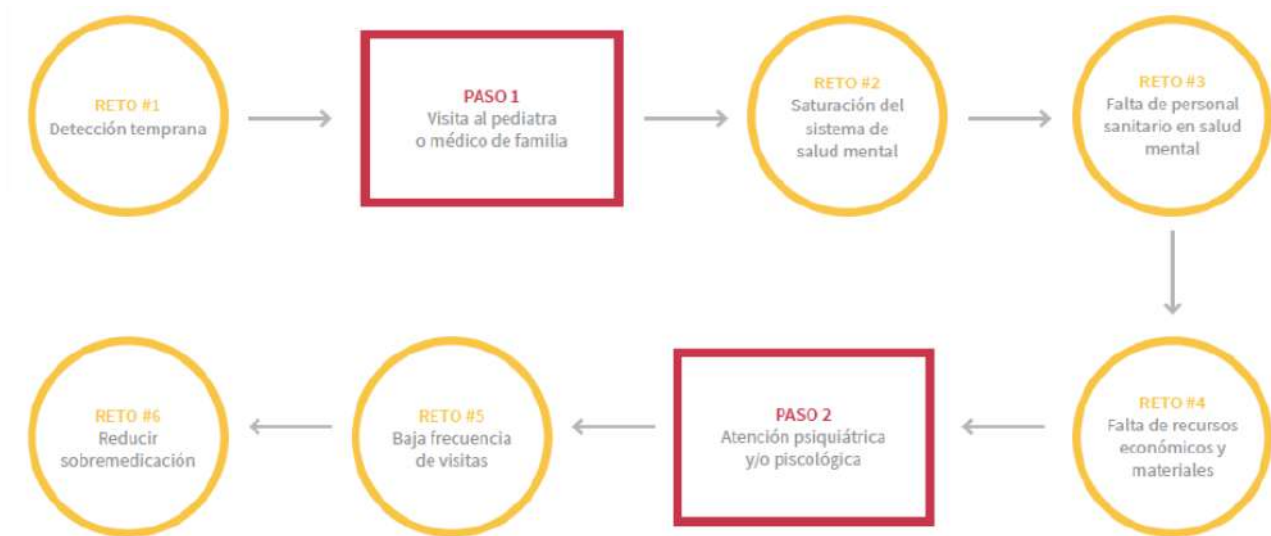
Fuente: elaboración propia (2021)

4 Conclusiones y recomendaciones

La comparación de los resultados de ambas encuestas muestra un aumento significativo de los trastornos mentales y de conducta en NNA después de la pandemia, con un claro gradiente social en su incidencia. Análogamente, el malestar emocional ha aumentado entre 2017 y 2021. A pesar de la tendencia a la baja de los suicidios, hasta un 3% del total de NNA podrían haber tenido pensamientos suicidas en el 2021.

Los resultados de este estudio ponen de relieve la necesidad de garantizar que todos los NNA accedan a una asistencia de salud mental de calidad. Sin embargo, las familias se encuentran con una serie de obstáculos hasta poder llegar a una asistencia adecuada, si es que llegan. El Gráfico 7 expone los retos principales de la asistencia en salud mental y, a continuación, se plantean recomendaciones para superar cada uno de ellos siguiendo la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

Gráfico 7. Los obstáculos a la asistencia en salud mental de NNA



Fuente: elaboración propia.

El reto #1 es mejorar la detección y prevención. Actualmente, diseñar e implementar protocolos de prevención en salud mental queda a voluntad de los centros sanitarios, educativos o las comunidades autónomas. Para acompañarlos en esta labor, se plantean 6 recomendaciones:

1. Dotar con los recursos necesarios y la formación adecuada a los profesionales de centros educativos y sanitarios en materia de salud mental infanto-juvenil.⁶ Cursos dirigidos al personal docente y sanitario que también incluyan formaciones sobre la detección de comportamientos suicidas.
2. Redactar protocolos específicos por parte de las Consejerías de Educación de cada comunidad autónoma para lograr avances significativos en la prevención del suicidio en los centros educativos. Una referencia es el Código Riesgo Suicidio (CRS), operativo en Cataluña desde el 2014.
3. Difundir y promover la utilización de servicios como el Teléfono de la Esperanza y otros servicios de atención urgente, también para cuestiones relacionadas con la salud mental más allá del suicidio.
4. Implementar, dentro de los marcos de la LOPIVI (artículo 34), programas de prevención y promoción en salud mental en los centros educativos respaldados por la evidencia, como talleres para mejorar la gestión emocional, para fomentar hábitos y estilos de vida saludables, programas de parentalidad positiva o específicos para la prevención del suicidio. Para que resulten efectivos es importante contar con profesionales con formación sanitaria y psicológica (Stallard et al., 2014).
5. Multiplicar los esfuerzos y la financiación pública a la reducción en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población de NNA en España.
6. Mejorar las estadísticas de salud mental, así como aquellas relacionadas con el suicidio. Se recomienda desarrollar estas partes del cuestionario en la ENS y realizarlo cada 2 años.

⁶ No todo el peso de la detección de problemas mentales y emocionales puede recaer en los centros educativos. El espacio de crecimiento de referencia para niños y adolescentes es en gran medida su hogar o el sistema familiar al que pertenecen y estos han de estar capacitados, con la colaboración del sistema sanitario y los centros escolares para cuidar del crecimiento y de la salud mental de sus hijos e hijas.

Una vez se da el primer paso de visitar a un médico o pediatra, las familias se encuentran con un Sistema de Salud Mental saturado (reto #2), a causa de una falta de personal (reto #3) y de recursos económicos y materiales (reto #4). A pesar del aumento de plazas de los últimos años,⁷ las ratios de psicólogos y psiquiatras por cada 100.000 habitantes en España siguen a la cola de los países europeos, y solo el 60% de los hospitales del SNS cuentan con atención psicológica. Las listas de espera superan el mes en la mayoría de las comunidades y ante la gran demanda y los pocos recursos, se atienden solo los casos más graves.

En España, la asistencia pública psiquiátrica o psicológica es totalmente gratuita y es uno de los pocos países europeos, junto con Dinamarca y Suecia, que no tiene límite de sesiones. No obstante, las intervenciones se producen con baja frecuencia, con espacios de hasta 3 meses entre visita y visita y con una duración muy corta, justo lo opuesto a lo que se necesita (reto #5). Además, a causa de la sobrecarga del sistema, los médicos de atención primaria pueden recetar antidepresivos o psicofármacos antes de acceder a la atención especializada. Esto lleva a España a liderar el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, que aumentó en 2019 un 4,5% (reto #6).

No todo el peso de la detección de problemas mentales y emocionales puede recaer en los centros educativos. El espacio de crecimiento de referencia para niños y adolescentes es en gran medida su hogar o el sistema familiar al que pertenecen y estos han de estar capacitados, con la colaboración del sistema sanitario y los centros escolares para cuidar del crecimiento y de la salud mental de sus hijos e hijas.

Según las publicaciones anuales de las convocatorias en el BOE, las plazas de formación especializada en Psicología Clínica han aumentado un 45%, destacando Cantabria, Murcia y Castilla y León que han doblado el número de plazas.

Para abordar todos estos retos se plantean las siguientes recomendaciones:

- Aumentar el número de profesionales en salud mental y, en especial, en infancia y juventud, consolidando la especialidad de Psiquiatría y Psicología infantojuvenil, pero también incluyendo otros perfiles con formación en salud mental infanto-juvenil.
- Fomentar la coordinación entre entidades, instituciones sanitarias y sociales. Un modelo de éxito es la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona, que ofrece atención especializada basada en el ámbito comarcal y con servicios de atención comunitaria.
- Potenciar programas de atención domiciliaria, puesto que facilita la comunicación entre el personal sanitario y el niño o la niña.

Referencias bibliográficas

Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Phillips, R., Daniels, H., Anderson, R., & Simpson, N. (2014). Classroom-based cognitive behavior therapy (FRIENDS): a cluster randomized controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 185-192. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70244-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70244-5)

⁷ Según las publicaciones anuales de las convocatorias en el BOE, las plazas de formación especializada en Psicología Clínica han aumentado un 45%, destacando Cantabria, Murcia y Castilla y León que han doblado el número de plazas.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Las personas con discapacidad en las radios comunitarias españolas

Samuel Corchete Martínez, Universidad de Salamanca (samuelcorchete@gmail.com)

Ángel Barbas Coslado, Universidad Nacional de Educación a Distancia (abarbas@edu.uned.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La exclusión de las personas con discapacidad se origina por la minusvaloración y el rechazo a la diferencia y se fundamenta sobre postulados teórico-prácticos difundidos por el paradigma médico rehabilitador. El imaginario colectivo entorno a las personas con discapacidad queda impregnado por prescripciones capacitistas, falsos mitos y prejuicios que derivan en la valoración individual de la persona en base a un modelo de perfección. Por todo ello, las personas que no se ajustan a esta convención normalizadora —en tanto presentan alteraciones físicas, psíquicas o cognitivas de algún tipo—, quedan en una posición de inferioridad respecto al conjunto de la ciudadanía.

La imagen que la sociedad tiene hacia las personas con discapacidad se promueve a través de estructuras y prácticas que no se fundamentan sobre los principios democráticos de pluralismo e igualdad. Por el contrario, tales mecanismos accionan la palanca del rechazo hacia la diferencia al reproducir valores descalificadores que proyectan una imagen de las personas desde su deficiencia. Esto causa que se perpetúe la estigmatización, los falsos mitos, el lenguaje ofensivo y la infantilización; y, al mismo tiempo, anula la posibilidad de que la sociedad pueda cuestionar la procedencia y efectos de tales valores. Una de las estructuras más poderosas en este sentido son los medios de comunicación de masas, cuya responsabilidad es clave en este sentido. En contraposición, encontramos otro tipo de proyectos de comunicación que desarrollan prácticas sociales basadas en la reivindicación de valores como la diversidad, la horizontalidad y la participación que incentivan procesos de equidad, igualdad y justicia social; estos son los llamados medios comunitarios.

En esta comunicación, indagaremos sobre el papel de los medios comunitarios en la inclusión y visibilización de personas “diferentes” por motivos de discapacidad. Nos detendremos en algunos casos de estudio y argumentaremos el potencial de dichos medios para generar espacios dialógicos y relaciones horizontales, y promover la diversidad y el pluralismo.

Palabras clave

Capacitismo, medios comunitarios, participación, pluralismo, diversidad

1 Introducción

Por medio de la postura capacitista (Campbell, 2008, 2001; Chouinard, 1997; Linton, 1998; Wolbring, 2008) se establece que la discapacidad, sea cual sea, constituye un rasgo negativo, un déficit, el cual es necesario reparar. Contemplar a las personas con discapacidad desde una idea de imperfección y debilidad —causa del padecimiento que constituye poseer una discapacidad,— refuerza la potestad inherente al modelo médico¹,

¹ Una de las influencias dominantes que ha conformado tanto las definiciones profesionales como las de sentido común ha sido el modelo médico. Esta visión, como indica Hahn: “impone una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas discapacitadas” (1986, pág. 89). Destaca la pérdida o las discapacidades personales, con lo que contribuye al modelo de dependencia

otorgando a la intervención rehabilitadora (su instrumento) respaldo suficiente con el que inducir a las personas a un estado deseable de normalidad².

La que aquí llamamos cultura para la diferencia³ acciona por medio de ciertas instituciones, prácticas, creencias y procesos que actúan en contra de los derechos y las oportunidades de las personas con discapacidad, a veces perpetuados de forma directa y otras de forma sutil. Ahora bien, en todos los casos, la no capacidad y la no competencia se constituyen como los elementos intervinientes en el proceso excluyente hacia las personas, por lo que, a su vez, la exclusión se perpetúa por medio de una postura que minusvalora. La forma de vernos y el trato ejercido desde nuestra discapacidad y nuestras limitaciones por parte del entramado social en su conjunto, tal y como plantean Toboso y Guzman (2010) es algo que se relaciona estrechamente con la discriminación y el prejuicio, condicionando el grado de participación social de las personas.

Las ideas que sostienen los aparatos para la opresión recaen sobre aquellas corporalidades anormales, tullidas, raras, reafirmando una postura que aboga por la perfección de los cuerpos (y las mentes) y relegando a la imperfección biológica a un segundo plano. La discapacidad como forma de opresión encuentra su sentido desde la perspectiva médica. En oposición al modelo, desde la teoría social de la discapacidad se sostiene que, para la inclusión y la aceptación de la diferencia, el derecho a la participación para las personas con discapacidad debe garantizarse desde la equidad.

En un esfuerzo por abordar la participación de las personas con discapacidad, la presente investigación, en primer lugar, considera a los denominados medios de comunicación de masas como estructuras mediáticas que reproducen las posturas capacitistas. Así, en la mayoría de los casos, estos medios presentan a las personas desde una visión que incentiva el rechazo (Peñas y Hernández, 2019) y que restringe a la persona al plano de la tragedia personal⁴. Por medio de tales posturas, la información manejada por parte de estos medios perpetúa las falsas creencias y mitos, el lenguaje peyorativo o inadecuado y la estigmatización hacia las personas con discapacidad, todo ello causa de no contar con los principios de pluralidad, equidad e igualdad, y por poseer un conocimiento limitado respecto a la población focalizada.

Por ello, en un segundo punto, nos aproximamos al denominado Tercer Sector de la Comunicación (Barranquero, 2016, p. 16) y centramos el foco de la investigación en proyectos de comunicación participativa donde se desarrollan prácticas sociales que tratan de fomentar el pluralismo y la inclusión de todas las personas. Es decir, en estos medios de carácter comunitario, el hecho de comunicar queda supeditado al grupo comunicante y al escenario local donde se asientan las personas, en una relación bidireccional y recíproca por medio de la cual la información discurre de forma dialéctica. En conclusión, afirmamos que estos medios se confeccionan sobre espacios plurales de participación ciudadana donde la equidad, la igualdad y la inclusión suponen valores clave para entenderlos.

de la discapacidad. Etiquetas como “inválido”, “tullido”, “tarado”, “impedido” o “retrasado” significan, todas ellas, tanto una pérdida funcional como una carencia de valor (Barton, 1998, p.).

² La reacción hacia los ciudadanos que no se adecúan a la “normalidad” es tratar de cambiarlos por medio de un tratamiento punitivo, la rehabilitación y la mejora. Así, por ejemplo, en un mundo que valora la habilidad física, el que utiliza una silla de ruedas empieza con una desventaja inmediata. Dado que son pocos los discapacitados que ocupan posiciones de poder, les es difícil cambiar las normas con las que se les compara con las personas no discapacitadas y se les diferencia de ellas (Drake, 1998, p.).

³ Consultar Abberley P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad

⁴ Teoría dominante a través de la cual se establece que la discapacidad constituye un hecho trágico que les ocurre a individuos desafortunados y aislados, de forma aleatoria (Oliver, 1998, p.).

2 Objetivos

Entre todos los medios comunitarios presentes en nuestra realidad nacional, aquí nos centramos únicamente en dos, ambos constituidos como radios comunitarias del área urbana de la Comunidad de Madrid: Radio Enlace y Ágora Sol Radio. El objetivo perseguido es analizar en qué grado la participación de las personas con discapacidad involucradas en procesos comunitarios locales, permite implementar formas de representación y sensibilización ciudadanas acordes con los valores de equidad, igualdad, pluralidad y diversidad. De tal forma, se plantean *a priori* una serie de preguntas a las que se trata de dar respuesta:

- ¿Qué aprendizajes y conocimientos se extraen de la práctica participativa comunitaria propia a las dinámicas puestas en funcionamiento a través de las radios?
- ¿En qué grado los medios comunitarios defienden un paradigma de derechos en el que la participación se garantiza desde un plano de equidad e igualdad y de oportunidades para todos y todas?
- Cómo la pluralidad enriquece el acto comunicativo, en tanto garantiza que la involucración de los sujetos se haga por medio de una participación colaborativa y dinámica entre iguales?

3 Metodología

Apoyamos un enfoque crítico con el que se promueve la reflexión y el análisis para los sujetos implicados en la comunidad local, con el objetivo de buscar su empoderamiento (Melero, 2012). Se parte de una postura metodológica pensada para favorecer acciones dialógicas horizontales, que involucren a todos los agentes implicados en el proceso analítico, asumiendo la escucha activa, el respeto y la posible modificación de nuestras hipótesis iniciales como factores indispensables a tener en cuenta. De igual manera, manejamos un concepto de práctica etnográfica basada en la concepción a partir de la cual se comprende a la etnografía como un proceso experimental al servicio del grupo, articulado con el fin de conocer al otro, u otra.

A lo largo del proceso metodológico se emplea una triangulación de diferentes instrumentos articulados a través de una complementación de los mismos. Por un lado, las técnicas del análisis documental apoyado en recursos en línea (páginas web y mapas interactivos⁵) y la encuesta sirven para llevar a cabo la aproximación al campo de estudio. El empleo de tales instrumentos nos permitió, en primer lugar, localizar medios radiofónicos comunitarios, y, en segundo lugar, incidir en la participación del colectivo de interés, algo que se pudo averiguar por medio de la consulta directa con cada medio ubicado.

El proceso metodológico previo y la generación de relaciones cercanas con ciertas figuras clave resulta una condición ecuánime para acceder al campo de interés. En los dos escenarios en los que nos acabamos sumergiendo (Radio Enlace y Ágora Sol Radio) se emplean técnicas de tipo cualitativo, tales como la observación participante y la entrevista, con el fin de construir un marco desde lo experiencial y la evidencia de las prácticas cotidianas del grupo. Se participa de forma directa en dos programas de radio (Anónimos Auténticos y la Tilde de Cirvite) y se realizan a posteriori entrevistas semiestructuradas a los agentes implicados en los procesos comunitarios. De tal forma, en el caso del programa Anónimos auténticos (Ágora Sol Radio) se logra entrevistar a las personas con diagnóstico en salud mental y a la coordinación del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Arganzuela, centro desde donde se impulsa el taller de radio. En el caso del

⁵ Los recursos pueden consultarse en los siguientes links: https://15mpedia.org/wiki/Lista_de_medios_de_comunicaci%C3%B3n_alternativos#Tabla_de_medios_alternativos (consulta 11/05/2023); <https://www.nodo50.org/antiglobalizacion/radioslibres.htm> (consulta 11/05/2023); <https://jovenesytercersector.crowdmap.com/> (consulta 11/05/2023).

programa la Tilde de Cirvite (Radio Enlace) se dialoga con el grupo de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que protagonizan el espacio radiofónico, así como con la coordinación del medio comunitario.

4 Resultados y conclusiones

Una vez realizada la tarea de discusión y puesta en común de aquellos datos obtenidos por medio de las anotaciones hechas en campo, así como las transcripciones de las entrevistas, podemos agrupar las inquietudes de las personas colaboradoras respecto a cuatro líneas argumentales prioritarias: extereotipación, proceso emancipador, vida independiente y cambio social.

En primer lugar, la extereotipación se traduce en una práctica por medio de la cual a ciertas personas o grupos se les contempla y conceptualiza en relación a una etiqueta social que ejerce una fuerza de rechazo y genera la estigmatización. Es decir, por medio del etiquetado se distorsiona de manera sistemática la identidad de los sujetos. El rechazo ejercido encuentra su razón de ser en los prejuicios y las falsas creencias sobre lo que significa ser una persona con discapacidad. Los testimonios de las personas con discapacidad reflejan varias cuestiones:

- La vigencia: “aún existen estereotipos. Todavía no se habla abiertamente. Dices que eres diabético y no pasa nada. Pero si dices que eres bipolar ya andamos con historias, como es algo de la mente...” (Entrevista grupal del 6 de abril de 2022).
- El impacto negativo en las personas estigmatizadas: “Pienso que hoy si se nos escucha un poco más. Pero todavía está colaborando, todavía muy poco bajo mi punto de vista en el estigma que se tiene, el rechazo como nos sentimos las personas” (entrevista grupal del 6 de abril del 2022).
- El papel atribuido a los medios de comunicación masivos: “los medios yo creo que hablan siempre... Tienen dos errores fundamentales, ¿no? Uno es el paternalismo y otro el desconocimiento” (Entrevista personal del 8 de abril de 2022).

En segundo lugar, con la variable poder emancipador, reafirmamos la capacidad de las dinámicas comunitarias por generar procesos de emancipación y empoderamiento individuales y colectivos asentados sobre la participación totalizadora de una práctica ciudadana para todos y todas. Tales iniciativas, al ser capaces de otorgar a las personas el poder para tomar la palabra, inciden de manera positiva en la adquisición de estrategias para un ejercicio crítico del poder que subyace a toda persona y a su grupo de afinidad. El ejercicio consciente en aras del empoderamiento toma forma desde una expresión comunitaria práctica donde se adquieren ciertas habilidades y competencias relacionadas con:

- La expresión y la comunicación: presentar el programa de radio, dinamizar y dar la palabra, expresar una opinión, comunicar adecuadamente.
- Aspectos técnicos: disponer los elementos necesarios para grabar la sesión de radio tales como micrófonos, software, etc., introducir las cuñas y controlar los volúmenes, realizar la mezcla final.
- Cuestiones más aptitudinales: cambiar de rol, respetar los turnos de palabra, saber hablar.

La tercera variable, denominada vida autónoma, constituye evidencia para afirmar que la práctica de un poder emergente a través del cual es posible transmitir un mensaje se fundamenta sobre elementos orientados a estimular la conducta autodeterminada de las personas, tales como la autoconciencia y la imagen hacia uno mismo. Así, el empoderamiento y la autodeterminación se retroalimentan uno al otro, de cara a un proceso dinámico en el cual la incorporación de nuevas destrezas y habilidades, además de acrecentar la confianza y la seguridad, se encarga de otorgar estrategias conscientes para la defensa del ejercicio democrático que se sostiene sobre la proclamación de derechos individuales y colectivos, donde la vida independiente y autónoma se constituyen como elementos centrales.

Tenemos la posibilidad de ser escuchados, que escuchen lo que opinamos, informar también a quien está desinformado igual que yo lo estuve hasta que me asesoraron y me guiaron, saber los recursos de los que se disponen que son muchos, también, pues defender nuestros derechos (Entrevista grupal del 6 de abril del 2022).

Por último, la línea argumental cambio social se ocupa de contemplar los términos democracia, diversidad, bidireccionalidad, heterogeneidad, pluralidad, interacción, participación y ciudadanía, todos ellos fundamentos propios al tercer sector en comunicación, como elementos constitutivos y constituyentes de las bases para el diseño de comunidades no excluyentes. Dichas sociedades pues se fundamentan sobre los que denominamos valores para una ciudadanía de equidad, donde el respeto a las diferencias personales permite una convivencia rica en diversidad.

5 Conclusiones

La exposición de los hallazgos más representativos del presente estudio arrojan tres líneas conclusivas que engloban lo tratado hasta este punto:

1. Los aprendizajes y conocimientos desprendidos de una actividad comunitaria insertada en una dinámica radiofónica específica ejemplifican la posibilidad de generar discursos alternativos opuestos a los propios a la cultura capacitista vigente. Surgen procesos de cambio para las personas con discapacidad los cuales acaban impulsándose por los propios sujetos involucrados, e implicados en los escenarios colectivizantes, al recibir estímulos positivos con los que acrecentar su empoderamiento, autodeterminación y constructo personal.
2. Los temas recurrentes focalizados, que derivan de la sistematización de la información recopilada a lo largo del proceso, en un esfuerzo por referenciar el trabajo en derechos desprendido desde los medios comunitarios, se interrelacionan con artículos específicos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). La agrupación queda de la siguiente manera: el Artículo 8, sobre la toma de conciencia se interrelaciona con estereotipación; el Artículo 19 sobre vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad con proceso emancipador; el Artículo 21 en torno a la libertad de opinión y de expresión y acceso a la información lo identificamos aquí con vida independiente; y, finalmente, el Artículo 24 sobre educación se interrelaciona con cambio social.
3. Asistimos a un acto comunicativo comunitario y participativo que, contemplando la multiplicidad y la diversidad es capaz de conducir sus esfuerzos colaborativos hacia un terreno compartido donde se considera el acto de la comunicación como una expresión entre iguales.

Referencias bibliográficas

- Abberley, P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una Teoría Social de la Discapacidad. En L. Barton (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 34-50). Ediciones Morata.
- Barranquero, A. (2016). El Tercer Sector de la Comunicación en España. Delimitación y concepto. En I. Lema-Blanco & A. Barranquero (coords.), *La juventud española y los medios del Tercer Sector de la Comunicación* (pp. 16-26). Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD. <http://hdl.handle.net/2183/19270>
- Barton, Len. (1998). Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. En L. Barton, *Discapacidad y sociedad*, (pp. 39-33). Ediciones Morata.
- Campbell, Fiona Kumari (2008). Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. *M/C Journal*, 11(3). <https://doi.org/10.5204/mcj.46>
- Campbell, Fiona Kumari (2001). Inciting Legal Fictions: Disability's Date with Ontology and the Ableist Body of the Law. *Griffith Law Review*, 10, 42-62. <http://hdl.handle.net/10072/3714>

- Chouinard, Vera (1997). Making Space for Disabling Difference: Challenges Ableist Geographies. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 379–387. <https://doi.org/10.1068/d150379>
- Drake, R. F. (1998). Una crítica del papel de las organizaciones benéficas tradicionales. En L. Barton, *Discapacidad y sociedad* (pp. 161-180). Ediciones Morata.
- Kaplún, M. (1985). *El comunicador popular*. Ciespal, Cesap, Radio Nederland.
- Linton, Simi (1998). *Claiming Disability: Knowledge and Identity*. New York University Press, New York.
- Melero, N. (2012). El paradigma crítico y los aportes de la Investigación Acción Participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. *Cuestiones pedagógicas*, 21, 339-355.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton, *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Ediciones Morata.
- ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York. ONU. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Peñas, E. & Hernández, P. (2019). *Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Toboso, Mario (2021). Afrontando el capacitismo desde la diversidad funcional, en Mario Toboso & Miguel A. V. Ferreira (ed.): *Capacitismo ilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 36, 69-85.
- Toboso, Mario. y Gúzman, Francisco (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto, *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83.
- Wolbring, Gregor (2008). The Politics of Ableism. *Development*, 51, 252–258. <https://doi.org/10.1057/dev.2008.17>.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Psiquiatrización y cuerdisimo: las voces en primera persona en el estado español

Sara R. Gallardo, Universidad Carlos III de Madrid (sarargallardo@gmail.com)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El objetivo de este trabajo es revisar la situación actual en España de los sujetos psiquiatrizados desde tres medios distintos: el cómic *Desmesura* (2018) de Fernando Balius (ilustrado por Mario Pellejer); el documental *Zauria(k)* (2019) y el programa de radio comunitaria *Nikosia* (<https://radionikosia.org/es/>). A través de estas voces contemporáneas en primera persona y a partir de sus afirmaciones colectivas, examinaremos de manera interseccional la politización de los sujetos psiquiatrizados y su oposición al cuerdisimo y trataremos de extraer algunos rasgos que esbozen una epistemología propia del saber loco.

Palabras clave

Cuerdisimo, psiquiatrización, sufrimiento psíquico, España

Las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo
Audre Lorde

Éste es el lenguaje del opresor y sin embargo lo necesito para hablarte
Adrienne Rich

1 Introducción

Como señala Mar García Puig en el prólogo de *Viaje al manicomio* (2019) de Kate Millett, «la historia de la locura la han escrito los profetas, los clérigos, los médicos, los psiquiatras» (2019, p. 13). La psiquiatrización ha sido y sigue siendo un proceso institucionalizado y sancionado por la familia, que, en el caso de las mujeres, apenas ha dejado huellas. «[L]os relatos (...) de las mujeres locas», continúa García Puig, «se han perdido en el tiempo, convertidos a lo sumo en raquíticas notas arrojadas desde la autoridad a un historial médico» (2019, p. 13).

El análisis de esta experiencia en primera persona es el eje central de un proyecto de investigación más amplio, cuyo objeto de análisis lo constituye la producción literaria autobiográfica contemporánea sobre procesos de psiquiatrización, desde la perspectiva de los estudios culturales, y de los conceptos de subalternidad y subjetividades no normativas. Para buscar su origen y contextualizar esta producción, hemos podido rastrear algunas historias de psiquiatrización relativas los últimos dos siglos en el contexto occidental (principalmente, Europa y Estados Unidos), cuya autoría cuenta con un marcado sesgo de clase. En España, debido quizá a su

instauración posterior, no hay una producción narrativa tan asentada¹. Por lo que ampliamos la labor investigadora a otras producciones contemporáneas, de carácter autobiográfico, sin ser necesariamente literarias. Así, nos propusimos analizar desde un punto de vista interseccional tres producciones actuales: el cómic *Desmesura* (2018) de Fernando Balius (ilustrado por Mario Pellejer); el documental *Zauria(k)* (2019) de Maier Irigoien, Isabel Sáez Pérez e Iker Oiz Elgorriaga; y un episodio del programa de radio comunitaria *Nikosia* (2023).

Desmesura es uno de los ejemplos contemporáneos más valiosos sobre el proceso de psiquiatrización en la España del siglo XXI. Fernando Balius nos cuenta cómo a partir de determinadas vivencias de sufrimiento psíquico ingresa en la psiquiatría y cómo cambia el trato hacia él desde la sociedad y desde sí mismo. Finalmente Balius termina trascendiendo el relato individual, al tamizar toda esas vivencias por el filtro de la crítica a la violencia psiquiátrica simbólica y física. Ese es, precisamente, uno de sus grandes logros. Según la activista Marta Plaza, «*Desmesura* es una semilla en la construcción colectiva de un discurso propio», que «crea (...) un imaginario distinto sobre la locura» (2018).

A diferencia de *Desmesura*, el documental *Zauria(k)*² no está producido directamente por personas psiquiatrizadas, pero en él se cede la palabra a ocho mujeres institucionalizadas, entre ellas la poeta Cristina Martín (conocida como Princesa Inca), y a la escritora y antropóloga Itxaso Martín. Estructurado en cinco bloques y un epílogo, el filme repasa temas centrales de la psiquiatrización, como la propia concepción de la locura y de la vulnerabilidad en relación a la sociedad neoliberal, las violencias psiquiátricas sufridas como mujeres y las alternativas al dispositivo de salud mental.

Por último, analizamos un episodio de radio *Nikosia*, un programa de radio que se emite desde los estudios de Contrabanda FM en Barcelona desde hace 20 años. *Nikosia* ha sido un revulsivo fundamental para el movimiento en primera persona en el estado español, debido a su sencillo planteamiento: unas cuantas personas, todas ellas con sufrimiento psíquico, se reúnen una vez a la semana para hablar de distintos temas (no únicamente psiquiatrización) durante dos horas. Son ellos mismos los que se dan voz y, al hacerlo, ponen de manifiesto la heterogeneidad de la locura.

Radio Nikosia es una instancia donde se generan simultáneamente dos posiciones epistémicas y fenomenológicas: por un lado, se busca la posición del umbral, la liminalidad, de estar al lado, en tanto que instrumento que permite cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la locura y al mismo tiempo funciona como disparador de la producción de nuevas significaciones que se articulan en tanto renovación de las anteriores. (Correa-Urquiza, 2010, p. 113)

Hemos seleccionado un episodio reciente, que se emite en directo el 9 de mayo en el contexto del Festival Enfocats 2023. El motivo de la elección de este episodio, titulado «Las ausencias institucionales», es su foco en el proceso de psiquiatrización y, por tanto, en cuestiones relacionadas con las políticas sociales actuales. No obstante, el riesgo de revictimización de los participantes que supone un análisis de este tipo lo compensaremos subrayando la autorreferencialidad que pone en valor a radio *Nikosia* como herramienta de resistencia hacia la institucionalización.

¹ Si queremos acercarnos al trato en los manicomios en España, tenemos a nuestra disposición un relato ejemplar, el de la pintora Leonora Carrington, que fue internada en el sanatorio psiquiátrico de Santander en 1940 y que contó su experiencia en sus Memorias de abajo (1972).

² «Herida(s)» en euskera.

2 Metodología

Los sujetos psiquiatrizados son aquellas personas que han pasado o están pasando por un proceso de psiquiatrización, entendido este como el diagnóstico, tratamiento o intervención e institucionalización psiquiátrica de un individuo por razones muy variadas. No son, por tanto, un grupo homogéneo ni su identidad está atravesada solamente por esta problemática. Aunque lo analicemos como un colectivo para extraer las cuestiones comunes y analizar las políticas públicas que generan y mantienen este estatus, no debemos perder de vista las especificidades y la diversidad de cada ser humano.

Para realizar el análisis de los discursos en primera persona nos serviremos del concepto sociológico y cultural de «subalternidad» (Gramsci, 1999; Spivak, 2009; Beverley, 2004), el concepto antropológico de «antibiografía» (Terradas, 1992) y los campos de la literatura autobiográfica, testimonial y el estudio de la narrativa, en su sentido más amplio. Advertimos cómo, en los últimos años, tomar palabra por una misma, es decir, de modo autobiográfico y, por tanto, narrativo, es un acto del habla a través del que múltiples sujetos subalternizados son capaces de significarse.

La presencia de los géneros autobiográficos es patente en multitud de ámbitos, desde los medios de masas a la literatura, pero tal vez haya mostrado su especial vigencia y sus virtudes como respuesta de representación en aquellos contextos socioculturales en que la identidad personal y colectiva se ha visto sacudida por la violencia social extrema y el trauma colectivo. (Baer, 2010, p. 144)

Por otro lado, el análisis debe partir de una concepción clara de las ideas de injusticia epistémica, hermenéutica y testimonial (Fricker, 2017), y, al mismo tiempo, tenerlas en consideración para evitar que el propio análisis no reproduzca esas mismas prácticas.

Los sujetos psiquiatrizados que en España deciden significarse como tal y hablar por sí mismos y sobre sus procesos³ deben enfrentarse, por lo tanto, a dos grandes problemas: un problema epistemológico, que deriva de lo que Foucault llamó «poder psiquiátrico» o la psiquiatría como dispositivo⁴ y de lo que hoy en día ya empezamos a conocer como «cultura de la salud mental» (Erro, 2021), por lo que el marco de sentido del sufrimiento psíquico carece de herramientas propias, sino que opera con las herramientas del amo; por otro lado, el problema político-práctico, de su estatus como sujetos, de las políticas públicas y sanitarias que les afectan, es decir, las medidas de control, violencia y tortura de los dispositivos psiquiátricos, incluidas las leyes que las avalan. Ambas esferas producen, interconectadas, las cárceles epistemológica y terapéutico-químico-manicomial de las que los sujetos psiquiatrizados no pueden liberarse.

Ambas cuestiones a su vez derivan y se retroalimentan de un problema de representación: las personas psiquiatrizadas tienen dificultades para representarse a sí mismas en cualquier ámbito (cultural, político, mediático) y las narrativas que los definen representativamente emanan de personas no psiquiatrizadas y de los poderes hegemónicos que son, por defecto, cuerdistas. Incluso si una persona psiquiatrizada consigue proyectarse en la esfera pública, las herramientas representativas no serán otras que las ya predominantes. Esta es una de las esferas de la «injusticia epistémica» que, además, ocasiona violencias simbólicas menospreciadas en los análisis sociales.

³ La experiencia de la locura en primera persona y la experiencia de la psiquiatrización son dos procesos distintos, que no siempre son correlativos.

⁴ Tomamos el término de Michel Foucault: «dispositivo de poder como instancia productora de la práctica discursiva» (2018, p. 30). Giorgio Agamben interpretó el término foucaultiano como «un conjunto heterogéneo, que incluye (...) discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policiales, proposiciones filosóficas, etc.» (2015, p. 11).

Es por eso que el concepto de subalternidad de Spivak (2009) nos ayuda a pensar este problema de representación que excede lo literario. Dentro de un marco estructural dominado por el cuerdisimo⁵, reconocer la ausencia de voz de ciertos colectivos subalternizados como el de las personas psiquiatrizadas, pero hacerlo cooptando sus voces es, *de facto*, no dejarles hablar.

No podemos detenernos como nos gustaría en la situación que vivimos en España las personas psiquiatrizadas (algunas de las situaciones incluyen ingresos involuntarios, coerciones mecánicas y químicas, esterilizaciones forzadas hasta su prohibición en 2020, así como todas las violencias más difíciles de nombrar). Un análisis exhaustivo del texto de la fallida Ley General de Salud Mental de 2021 nos podría dar una idea del difícil equilibrio entre la abolición y la reforma. En este texto, por ejemplo, no se habla de tortura⁶ ni se propone eliminar los ingresos involuntarios y solo se nombra en una ocasión el uso de los electroshocks⁷.

En este contexto histórico, vamos a examinar dos asuntos fundamentalmente en *Desmesura*, *Zauria(k)* y *Radio Nikosia*: por un lado, qué reivindicaciones y denuncias realizan los protagonistas, derivadas, a su vez, de las situaciones reales que se viven en el estado español; y, por otro lado, tratar de esbozar qué lenguaje y epistemologías propias comunes se pueden extraer de su análisis.

3 Resultados y conclusiones

En una consideración anterior (Gallardo, 2023), encontramos elementos comunes en las voces en primera persona que podemos rastrear también aquí. Entre ellos, observamos una autoría diseminada y una producción colectiva, en la que se le otorga al lenguaje una posición central, ya que funciona como performativo absoluto (Virno, 2005) donde el sujeto se encarna en su propio testimonio. No obstante, esto no ocurre en detrimento de la interdisciplinariedad: hay una confluencia, de facto, entre distintas naturalezas expresivas (poesía, diálogo, ilustración, narración). Otros elementos representativos que aglutina esta producción son la conciencia de la disidencia y la denuncia de las prácticas psiquiátricas.

Entre estos últimos, las cuestiones colectivas que emergen en el cómic, el documental y el programa de radio analizados de manera más significativa son las siguientes:

1. Denuncia a las prácticas concretas.
 - En los ingresos no se respetan los derechos humanos.
 - El diagnóstico psiquiátrico produce sesgos médicos y discriminación.
 - Sin aceptar el diagnóstico y callar es imposible salir del psiquiátrico.
2. Reflexiones sobre la naturaleza de la psiquiatría y su relación con las personas psiquiatrizadas.
 - Cuestionar el sistema psiquiátrico se convierte en un indicador que confirma tu diagnóstico.
 - La psiquiatrización produce una violencia ejercida desde arriba que se añade y opaca el dolor de los propios síntomas.
 - La psiquiatría señala la desviación de la norma como origen del sufrimiento y recomienda la vuelta a ella para solucionarlo.
 - La culpabilización individual es una de las herramientas más poderosas de la psiquiatría.

⁵ El término, acuñado por Judi Chamberlin en 1979, hace referencia a los estereotipos negativos que implican un trato discriminatorio hacia las personas etiquetadas como «enfermas mentales». Chamberlin asegura que «la lucha contra el cuerdisimo es una de las actividades con largo recorrido en la liberación» de las personas psiquiatrizadas (2023, p. 103).

⁶ Conviene recordar que las Naciones Unidas (ONU), en su Informe A/HRC/22/53 (2013) del Relator Especial sobre la Tortura, reconocen que las intervenciones psiquiátricas forzadas pueden constituir tortura.

⁷ El artículo 16.4. dice que «ninguna persona será sometida a terapia electroconvulsiva si así lo recoge en el Documento de Voluntades Anticipadas» (2021, p. 11).

- La institucionalización genera dependencias individuales en lugar de autonomías colectivas.
- La institución no promueve la interrelación, sino una relación unidireccional jerárquica, que te estructura como individuo y limita tus posibilidades de cómo ser en el mundo.
- La institución no soluciona, sino que silencia. En las instituciones psiquiátricas impera el silencio porque donde no hay un conflicto está operando un poder hegemónico.
- La dicotomía entre «personas enfermas» y «personas sanas» es una división interesada del discurso médico. Al tratarse de personas bajo «su competencia», se pueden imponer decisiones médicas y jurídicas sin consentimiento.
- Hablar de «ayuda» cuando las medidas impuestas no tienen en cuenta los deseos y las necesidades de la persona usuaria esconde la verdadera naturaleza coercitiva de la psiquiatría.
- La psiquiatría trabaja por la cronificación: «eres esto y lo serás para siempre».
- La psiquiatría funciona como dispositivo cultural, coloniza el lenguaje y nos impide pensar lo que nos pasa y nombrarlo de otro modo.

3. Enseñanzas y alternativas de los saberes profanos frente a la sabiduría médica.

- La locura es una respuesta humana adaptativa.
- Hay que aceptar la irracionalidad y la falta de explicaciones completistas.
- Los «síntomas» son pistas sobre los orígenes de nuestro sufrimiento y reflexionar sobre ellos nos ayuda a entender todas sus dimensiones.
- Lo que sucede en mi cabeza tiene que ver con mi propia vida y con el mundo en el que vivo.
- Negar y silenciar experiencias humanas inusuales (como escucha de voces) solo provoca más sufrimiento. Para integrarlas, hay que dialogar con ellas y averiguar qué nos quieren decir.
- Nuestra lucha como personas diagnosticadas es una lucha que tiene que ver con los derechos civiles.
- La idea de «integración» implica una exclusión. No hay un espacio dado donde quepamos todas.
- Si se coloniza el lenguaje, se coloniza el deseo.
- «El humor sabotea las formas enfermizas de relacionarse con el mundo» (Balius, 2018, p. 42).
- El capitalismo individualiza, mientras que la interdependencia es lo que nos salva, porque permite que no nos sintamos diferentes.
- Relacionarse con otras personas psiquiatrizadas, en contra de lo que recomienda la psiquiatría, ayuda a comprenderte mejor y te proporciona herramientas colectivas.
- Los colectivos en primera persona, los GAM, etc., nos ayudan a entender mejor lo que nos pasa y aporta un espacio seguro donde poder hablar de ello sin sentirnos juzgadas ni patologizadas.

Es interesante observar con qué lenguaje son expresadas estas ideas para poder trazar un acercamiento a las epistemologías propias de los colectivos psiquiatrizados. Se observa un uso generalizado de la primera persona del plural («nuestra propia voz», «nuestro sufrimiento en primera persona», «vamos a ir por nuestra cuenta», «palabras que nosotros teníamos», etc.).

Podemos asegurar también que existe un léxico propio, distinto al lenguaje psiquiátrico, donde se habla de «estar institucionalizada», de «sufrimiento psíquico» o «sufrimiento en primera persona», o de «autogestión» o «autonomía». Para reforzar esta idea de psiquiatrización no se habla de enfermedad mental, sino de «diagnóstico» y de «personas diagnosticadas», porque se entiende este como el hito que marca la entrada a la institucionalización.

Los esfuerzos por encontrar conceptos alternativos a las expresiones médicas no conducen en todos los casos a una sustitución dicotómica. En este sentido, cabe destacar, por ejemplo, el uso de la palabra «búsqueda» que se hace en *Zauria(k)* para englobar una serie de conductas, pensamientos e inclinaciones que podrían entenderse como «locura» o el uso de «expresiones humanas» en lugar de hablar de síntomas. Esta

manifestación es muy remarcable porque no solo deja atrás el discurso médico, sino que constituye realmente un camino hacia una epistemología propia.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2015). *¿Qué es un dispositivo?*; Seguido de *El amigo* ;y de *La Iglesia y el Reino*. Anagrama.
- Bear, Alejandro. (2010). *La memoria social. Breve guía para perplejos*. En A. Sucasas y J. A. Zamora (Eds.), *Memoria – Política – Justicia* (pp. 131-148). Trotta.
- Balius, F., & Pellejer, M. (2018). *Desmesura: Una historia cotidiana de locura en la ciudad*. Bellaterra.
- Beverly, J. (2004). *Subalternidad y representación: Debates en teoría cultural*. Iberoamericana.
- Carrington, L. (2023). *Memorias de abajo*. Alpha Decay.
- Chamberlin, J. (2023). *Por nuestra cuenta* (E. Tuneu i Tarrés, Trad.). Katakarak.
- Correa-Urquiza, M. (2018). *La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585.
- Correa-Urquiza, Martín. (2010). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili.
- Erro Pérez, J. (2021). *Pájaros en la cabeza: Activismo en salud mental desde España y Chile* (Primera edición en castellano). Virus.
- Foucault, M. (2018). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France, (1973-1974)*. Akal.
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder Editorial.
- Gallardo, S. R. (2023, en prensa). *Aproximación a una metodología subalterna en lo autobiográfico: movimiento social y sujetos psiquiatrizados*. En S. Pastor, M. Pascua y M. Santana (Eds.), *En los márgenes de la literatura: poder y resistencia*. Peter Lang.
- Gramsci, A. (1999). *Cuadernos de la cárcel. Era* ; BUAP.
- Irigoién, M.; Oiz, I.; y Sáez Pérez, I. (Directores). (2019). *Zauria(k)* [Documental]. Millett, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.
- Plaza, M. (2018). *Desmesura: Trazando mapas para regresar del bosque de la locura*. El Salto.
<https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/desmesura-trazando-mapas-para-regresar-del-bosque-de-la-locura>.
- Proposición de Ley General de Salud Mental, 185-1, Congreso de los Diputados, 122/000158 (2021).
- Spivak, G. C. (2009). *¿Pueden hablar los subalternos?* *Museu d'Art Contemporani*. Terradas Saborit, I. (1992). *Eliza Kendall: Reflexiones sobre una antibiografía*. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El diseño de políticas sociales inclusivas en el ámbito municipal

Sara Galindo Pérez, ZIES-Instituto de Estudios Socioeconómicos Aplicados (sgalindo@zies.es)

Natalia Arcajo Fuentes, ZIES- Instituto de Estudios Socioeconómicos Aplicados (narcajo@zies.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La presente comunicación tiene como propósito presentar los resultados del estudio realizado en el municipio de Molina de Segura (Murcia) en el que se analiza la realidad de las personas con discapacidad y sus familias, así como los diferentes recursos (servicios e infraestructuras) destinados a las personas con discapacidad con el propósito de favorecer su plena integración.

A tal efecto, se ha llevado a cabo un proceso participativo y consensuado con las asociaciones y entidades de la discapacidad, el Ayuntamiento y las personas con discapacidad asociadas y no asociadas. En concreto, se han efectuado entrevistas a informantes clave y personas con discapacidad, grupos de discusión a perfiles del ámbito de la discapacidad y administrado un cuestionario (telefónico y on-line) a personas con discapacidad de la localidad.

Los principales resultados alcanzados giran en torno a la promoción de la formación y el empleo en igualdad de condiciones, procurar la mejora de la calidad de vida mediante el aumento de los apoyos y cuidados personales, la promoción del ocio inclusivo, favorecer la accesibilidad universal, así como aumentar los apoyos de todo tipo a las familias. A su vez, de forma transversal, se muestra la necesidad de optimizar los recursos disponibles y fortalecer la coordinación entre las distintas administraciones implicadas.

A partir de las necesidades y demandas percibidas, se puede llevar a cabo el diseño de una política pública ajustada a las necesidades de la población estudiada. Esto pone de manifiesto la importancia de investigar cada población con discapacidad en un ámbito geográfico concreto para la elaboración de políticas públicas adaptadas a la realidad de los diferentes municipios.

Palabras clave

Discapacidad, inclusión, accesibilidad universal, empleo

1 Introducción

Las personas con discapacidad han sido uno de los colectivos más discriminados a lo largo de la historia. Asimismo, la conceptualización de la discapacidad ha ido evolucionando y superando las carencias de definiciones anteriores desde modelos arcaicos basados en la caridad al paradigma social (Jiménez y Huete, 2010; Goering, 2015). Fue a partir de los años 60 que surge el paradigma social, el cual entiende la discapacidad no como una condición o limitación individual, sino más bien como el resultado de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras – ya sean tangibles o no – presentes en la sociedad (Jiménez y Huete, 2010; Pérez y Chhabra, 2019).

Partiendo de la premisa de que es la sociedad la que no está adaptada a las necesidades del colectivo de personas con discapacidad, resulta fundamental en el ámbito de las políticas públicas cambiar sus enfoques y diseños

adaptándolos a las diferentes realidades de este colectivo. Es por ello, que el objetivo del trabajo es identificar las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias en el municipio de Molina de Segura.

No obstante, debemos ser conscientes en todo momento de que la complejidad del mundo de la discapacidad no permite hacer afirmaciones absolutas sobre las necesidades del colectivo. Estas son diversas y dependen de múltiples factores como el grado y el tipo de discapacidad, el grado de dependencia, los recursos de los que dispone, su red de apoyo, la propia personalidad de la persona, etc. A pesar de que cada una de las personas con discapacidad puede tener necesidades particulares, esta investigación pone de manifiesto la identificación de una serie de necesidades transversales.

2 Metodología

La metodología utilizada en esta investigación se ha articulado en tres bloques: una primera fase de análisis bibliográfico y estadístico donde se han revisado los estudios y las investigaciones publicados sobre el tema y se han recopilado las principales estadísticas que existen sobre personas con discapacidad, analizando los datos disponibles.

Una segunda fase de estudio cualitativo en la que se han realizado 4 entrevistas semiestructuradas a actores clave, 4 entrevistas en profundidad semiestructuradas a personas con discapacidad y 4 grupos de discusión que contienen los perfiles descritos a continuación:

- Entrevistas a actores clave:
 - Director/a Centro Especial de Empleo
 - Técnico/a Oficina Atención a la Discapacidad
 - Director/a del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento
 - Responsable del Programa de Deporte Adaptado
- Entrevistas a personas con discapacidad:
 - Persona con discapacidad sensorial
 - Persona con discapacidad intelectual
 - Persona con una enfermedad mental
 - Persona con una enfermedad poco frecuente
- Grupos de discusión:
 - Directivos de asociaciones de personas con discapacidad
 - Técnicos de la administración y de organizaciones de personas con discapacidad
 - Familiares de personas con discapacidad
 - Personas con discapacidad

Grabamos digitalmente entrevistas y grupos de discusión previo consentimiento. Posteriormente, transcribimos el material para facilitar el análisis cualitativo de los discursos recogidos. A tal efecto, utilizamos el método comparativo constante de la teoría fundamentada (Carrero, Soriano y Trinidad, 2006). Analizamos los discursos transcritos a partir de una codificación abierta. La constante comparación entre códigos ha permitido una interpretación más amplia de la información a través de la construcción de categorías.

Una tercera y última fase fue la recopilación de datos cuantitativos mediante una encuesta (telefónica y online) a personas con discapacidad de la localidad. No obstante, en la presente comunicación nos enfocaremos en los resultados obtenidos de la fase de investigación cualitativa debido a su relevancia e impacto sobre la toma de decisiones, así como en la formulación y diseño de estrategias y políticas destinadas a promover la igualdad de oportunidades y la no discriminación del colectivo de personas con discapacidad.

3 Resultados y conclusiones

En primer lugar, identificamos el empleo como una de las necesidades más reiteradas por los participantes por ser uno de los puntos clave a la hora de fomentar la inclusión social (Vidal y Cornejo, 2016). Tener un empleo va más allá de la obtención de unos ingresos económicos, este hecho supone un proceso de integración social para la persona con discapacidad debido al aumento de las relaciones sociales, así como un aumento de la confianza y seguridad en uno mismo y de la independencia.

Me gustaría trabajar, por supuesto, me gusta trabajar, a mí me gusta trabajar porque te sientes más útil. (E7)

El empleo es la herramienta más potente de recuperación y de integración que hay. (GD1.8)

Cuando hablamos de inserción laboral hay que tener en cuenta dos factores: por un lado, las habilidades y conocimientos de la persona empleada y, por otro lado, el abanico de oportunidades de empleo en el mercado laboral. La formación se posiciona como un elemento fundamental tanto en la inserción laboral como en la calidad de vida de las personas con discapacidad (Garijo Gertrudix et al., 2021) y en el caso Molina de Segura carecen de formación profesional adaptada.

En Molina, por ejemplo, no tenemos una formación profesional adaptada. (GD2.4)

Siguiendo a Huete (2020) un empleo inclusivo sería aquel que se acomoda a todas las personas empleadas cualesquiera que sean sus habilidades o requisitos, en todos sus niveles, resultando cualquier otra opción discriminatoria. Por esta razón, para lograr una inclusión efectiva en el mercado laboral, es esencial la promoción de oportunidades de empleo con apoyo y empleo personalizado (González, 2018).

Que se fomente más el empleo, pero con apoyo porque nuestro colectivo es más amplio, tiene discapacidad intelectual y sí que contactan con nosotros empresas de Centros Especiales de Empleo, pero siempre es un empleo sin apoyo. (GD1.5)

Sin embargo, cabe destacar que Molina de Segura la propia morfología del tejido empresarial – un tejido conformado casi en exclusiva por pymes y micro pymes – hace que las empresas dispongan de pocos medios para su efectiva incorporación.

Yo creo que el tema es que las empresas en general tienen poco margen de maniobra. Por ejemplo, en la Región de Murcia el ochenta o noventa por ciento de las empresas son empresas muy pequeñas, tienen menos de diez trabajadores, entonces en una empresa tan pequeña el que se incorpore una persona que... pues pueda venir con una mochila en términos de necesito más bajas médicas o necesito más explicación para aprender las cosas ¿no? Todo esto hay empresas que aun queriendo pues les supone un... bueno es que no se yo sí puedo yo cargar esto. (E3)

En segundo lugar, la provisión de cuidados y apoyos tanto en el domicilio como fuera de él son un eje fundamental para mejorar la calidad de vida del colectivo. Reclaman principalmente la asistencia de una tercera persona en su día a día para la realización de tareas domésticas (limpiar, cocinar o comprar), de actividades de autocuidado (asearse o vestirse) o para los desplazamientos dentro y fuera del domicilio.

Yo necesito alguien que me ayude en casa, que me limpie en casa, yo...el médico lo sabe que yo no puedo realizar esos trabajos, ni limpiar mi casa. (E5)

Apoyo en la higiene personal, en el día a día, en las salidas.... (E8)

Las personas que han participado en el estudio manifiestan que las carencias en la asistencia y el apoyo diario no son siempre de tipo material. En ocasiones, las demandas son de tipo informativo, orientativo o afectivo.

Sin ganas de comer ¿sabes? Se me han ido las ganas de comer, estoy en tratamiento psiquiátrico debido a esta enfermedad porque no hay cura, no hay cura (...) Que me aconsejen porque yo intento llevar esta enfermedad lo mejor posible, pero es que no sé ya cómo llevarlo porque son tantas cosas las que ataca que es muy duro, es muy duro, y necesito apoyo, sí necesito apoyo, que me aconsejen, que estén conmigo, no constantemente, pero de vez en cuando que me llamen, cómo lo llevas, pues haz esto, haz lo otro. (E5)

En lo que concierne a la prestación de cuidados informales por parte de la familia es importante destacar la feminización de este trabajo. Buena parte de los cuidados informales recaen sobre las figuras femeninas de la familia perpetuando las funciones socialmente arraigadas en los roles de género (Duarte y Hernández, 2019). Este hecho esboza un gran desafío para las políticas públicas debido a la dificultad para conciliar empleo y cuidados por parte de la mujer que asume el papel de cuidadora principal. Así como la falta de reconocimiento de los cuidados como un empleo no remunerado.

Si no nos podemos ir a trabajar un horario normal porque, claro, mi hija es mañana, tarde y noche, como cualquiera. Entonces yo, claro, no me he podido buscar otro trabajo porque ustedes me han dicho que el día de mañana yo iba a tener ese beneficio y ahora me dicen ustedes que no lo tengo, entonces yo qué he hecho ¿He perdido diez años? No me he buscado otra cosa ¿Ahora qué hago? O sea, que desde que mi hija viene a las cinco de la tarde hasta que se va otro día se cuida sola, llega el sábado y el domingo y se cuida sola. (GD3.2)

Por otro lado, el ocio y tiempo libre es uno de los aspectos menos desarrollados en la vida cotidiana del colectivo de la discapacidad ya que las prioridades están centradas en las áreas de educación, empleo o salud (Guillen y Quintero, 2021). Sin embargo, las actividades de ocio y tiempo libre son fundamentales para alcanzar una calidad de vida digna. En Molina de Segura, hemos detectado que la oferta de ocio inclusivo es inexistente, quedando totalmente relegada a las actividades que ofrecen el propio tejido asociativo.

La demanda principal sobre todo con los ya adolescentes y adultos es el encontrar un ocio inclusivo o actividades en las que puedan participar no solamente... nosotros tenemos varios grupos de ocio, pero son nuestros grupos de ocio. Y algunos de los grupos que tenemos con más nivel de autonomía podrían perfectamente participar de actividades como cualquier adolescente o adulto ¿no? El ir a tomarse una copa o el salir a bailar, el ir al cine, jugar al fútbol, entonces sí que está la demanda más que a nivel ayuntamiento a nivel social, esa concienciación, generar un poco más el tema de la inclusión. (GD1.6)

En cuanto a la accesibilidad tanto física, como comunicativa y cognitiva de los espacios, bienes, productos y servicios es otro de los aspectos indispensables para garantizar la participación de las personas con discapacidad en la vida pública en igualdad de condiciones.

Respecto a la accesibilidad pues como en todos los sitios siempre es poca, siempre es poca y siempre entras a un sitio donde no hay, donde hay una escalera, donde hay un escalón, donde no hay un cartel en lectura fácil que les digan cómo pueden acceder a algo. (GD1.4)

Especialmente las personas con discapacidad física o movilidad reducida se enfrentan a un mayor número de obstáculos relacionados con las barreras arquitectónicas. El mal estado de conservación de las aceras del municipio ha sido uno de los temas que más discusión han suscitado entorno a la movilidad urbana durante las dinámicas grupales realizadas.

De que haya una acera bien hecha porque tienes que dar catorce mil vueltas, yo con la silla a veces tengo que dar vueltas y porque la llevo yo, pero otro que lleve la silla la persona es que es imposible (...) en Molina hay mucha falta de arreglar bordillos y aceras y de todo, yo por muy pocos sitios puedo pasar y me que salir a la carretera y muchas veces voy por la carretera y llevo los coches detrás míos y que me vayan pitando porque es que es imposible. (GD3.1)

No obstante, no solo las personas con discapacidad requieren de algún tipo de apoyo, sino que la atención también debe ponerse sobre todas y todos los integrantes de la familia (García y Bustos, 2015). Las necesidades de las familias, al igual que sucede con las necesidades de las personas con discapacidad, varían en función del tipo y grado de discapacidad de su familiar, así como de sus condiciones vitales y socioeconómicas. El estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) señala que las necesidades de los familiares pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: cognitivas, emocionales, sociales y materiales y de recursos.

Son las necesidades cognitivas y emocionales las que tienen un mayor coste en la calidad de vida de las familias. Se reitera, por un lado, la falta de orientación y asesoramiento especialmente en el momento de diagnosticar la discapacidad.

Nos diagnosticaron que era autista, nosotros evidentemente pues hace veintitantos años el autismo era una cosa casi desconocida, todos nos basamos en la película que hubo famosa de Tom Cruise donde se caían las cerillas y las contaba de un vistazo entonces dices jo qué gracioso qué tal entonces claro te agarras a un clavo ardiendo ¿no? Pero evidentemente cuando te das cuenta es como una pared, como un muro que no sabes qué hacer, te encuentras absolutamente perdido. (GD3.3)

Por otro lado, la necesidad de “desconectar” puede llegar a provocar en los familiares un sentimiento de frustración por la incapacidad de llevar a cabo sus deseos y proyectos personales con motivo de proveer dichos cuidados.

Porque yo llegan los fines de semana y como no tenga fuerzas para coger mi furgoneta y llevármela a la playa o cualquier cosa pues ya nos quedamos las dos en casa porque no tenemos opción, yo no tengo opción a hacer ningún viaje ni de días si quiera porque no me puede acompañar ella porque ese autobús precisamente no va a estar adaptado para eso y no hay unos ocios de decir o unos viajes de decir bueno pues estos viajes son específicamente para estas personas minusválidas que vaya con sus padres y que tengan una convivencia y que veamos cosas. (GD3.1)

En definitiva, las necesidades de las personas con discapacidad y sus familiares son múltiples y se hace imperante la necesidad de analizar la compleja realidad de cada territorio para la elaboración de planes y políticas públicas adaptadas a las necesidades de cada una de los municipios.

Referencias bibliográficas

- Duarte, C. H., y Hernández, Á., M. (2019). Cuidado informal y discapacidad en Colombia: una perspectiva de género. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 3 (2).
- Carrero, V., Soriano R. M. y Trinidad, A. (2006). *Teoría fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García, R., y Bustos, G. (2015). Discapacidad y problemática familiar. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, (8).
- Garijo Gertrudix, S., Sánchez Centeno, I., González Ruiz, C., Sánchez Rico, M., y Martorell Cafranga, A. (2021). Impacto de la formación para el empleo en la calidad de vida de jóvenes con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 52 (4), 51- 65.
- Goering, S. (2015). Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 8, 134-138.
- González, Á. (2018). *Empleo personalizado: una oportunidad para crear situaciones únicas*. Plena Inclusión España.
- Guillen, C., y Quintero, R. (2021). Ocio y tiempo libre en personas con discapacidad. En F. Herrera. (Eds.), *Inclusión y Discapacidad: Ámbitos para la acción* (pp. 75-90). Viña del Mar, Chile. Ediciones UVM.
- Huete, A. (2020). Integración e inclusión es lo mismo. *Diarium*, Universidad de Salamanca.
- Jiménez, A., y Huete, A. (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. *Hacia una perspectiva basada en los derechos. Política y Sociedad*, 47 (1), 137- 152.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Estudio sobre las necesidades de las familias de personas con discapacidad.
- Pérez, M. E. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (I): 7-27.
- Vidal, R. O., y Cornejo, C. (2016). Trabajo y discapacidad: una mirada crítica a la inclusión al empleo. *Papeles de trabajo-Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (31), 110-119.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Normopasabilidad, deshumanización y autosuficiencia: Un análisis de los imaginarios y las representaciones en el discurso social sobre la discapacidad

Laura Moya, Universidad de Zaragoza (lmoya@unizar.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Como se señala en la descripción del panel, los imaginarios sobre la discapacidad alimentan el diseño y la implementación de las políticas sociales. De hecho, las políticas sociales sobre la discapacidad en España durante las últimas décadas, reflejan la evolución de distintos paradigmas acerca de la discapacidad; de uno médico a uno más social. Sin embargo, pese a los avances legislativos, las encuestas a las personas con discapacidad (como la EDAD del INE), manifiestan que la efectividad en la implementación de dichas políticas no es plena, dada las situaciones de discriminación y exclusión que viven las personas con discapacidad en varios ámbitos esenciales de la vida en sociedad.

En esta comunicación, hacemos énfasis en los imaginarios colectivos sobre la discapacidad, que impregnan el discurso social, repercutiendo en las interacciones sociales y la implementación de las políticas sociales hacia las personas con discapacidad. En concreto, aplicamos las nociones de imaginarios y representaciones al análisis discursivo de cinco grupos de discusión, en los que se cruzan variables heterogéneas (género, barrio de residencia, profesión y tipo de discapacidad) y variables homogéneas (edad, clase social, relación con la discapacidad, carácter congénito o adquirido de la discapacidad y grado de la misma).

De dicho análisis se desprende que el discurso social sobre la discapacidad se erige sobre el elogio al ideal ficticio de autosuficiencia. Y es que este ideal impregna los discursos sociales sobre la discapacidad, reproduciendo imaginarios dominantes de la dependencia en los que la discapacidad se representa como un freno o una carga. Frente a estos imaginarios dominantes (Baeza, 2003;2007), las personas con discapacidad (re)producen imaginarios de la (inter)dependencia en los que se hace hincapié en los apoyos, las barreras y los tiempos paralizantes. Estos imaginarios, a su vez, se entretienen con aquellos imaginarios dominantes que entienden la discapacidad como una cuestión individual (“es para quien le toca”), frente a aquellos imaginarios que la comprenden como una cuestión estructural, poniendo el énfasis en las barreras (la ciudad como un infierno), la falta de medios materiales (el abandono institucional) y los tiempos paralizantes (las esperas).

Por último, cabe señalar que la “normopasabilidad” es una constante en el discurso, por la que se celebran las oportunidades y actuaciones de pasar como “normal”. Y es que las interacciones sociales ponen de manifiesto los imaginarios de la otredad en los que las marcas de diferencia se convierten en atributos indeseados o marcas de imperfección que remiten a la histórica deshumanización de las personas con discapacidad. Es así, como el discurso social sobre la dis/capacidad sostiene dichos imaginarios mediante representaciones por las que las personas con discapacidad son ubicadas en los extremos de lo humano. Es decir, menos que humanas, objetos de lástima y victimización, o más que humanas, objetos de adoración y un fetiche de inspiración.

Palabras clave

Discapacidad, discurso, imaginarios, representaciones.

1 Introducción

Hablamos de imaginarios en plural porque coexisten una multitud de estos en un mismo momento en una misma sociedad. Los imaginarios son esquemas de interpretación, son construcciones simbólicas latentes que permiten explicar el mundo en el que vivimos o un fenómeno concreto dentro de este. Son las ideas profundas que nos llevan a determinadas caracterizaciones de la realidad y son latentes porque sólo podemos dar cuenta de ellas cuando se manifiestan en el discurso social, mediante las representaciones.

Por su parte, las representaciones se construyen por los sujetos que comparten un momento histórico y un espacio cultural determinado y cuyas prácticas recurrentes consolidan una determinada idea y valoración del objeto de representación. Así, como lo indican Segovia, Basulto y Zambrano (2018), las representaciones sociales poseen la función de establecer un orden con el fin de guiar a los sujetos en el mundo social. Las representaciones sociales son manifestaciones, expresiones, objetivaciones, concreciones y especificaciones de los esquemas de interpretación de la realidad, es decir, de los imaginarios. Así, los imaginarios se forman a partir de la interacción social, valiéndose, como lo indica Girola (2020), de herramientas socialmente construidas como el lenguaje.

Como ya señaló Tremain (2002), no hay fenómenos que existan independientemente de juegos de lenguaje en los que los entendemos y con los que los representamos. Y estos juegos de lenguaje no son fijos, puesto que, como indica Corker (1998), se establecen en un lugar de contención, variación y conflicto, en el que los significantes capacidad y discapacidad cambian de significado. Así, la dis/capacidad es un fenómeno complejo que pone de relieve las relaciones entre los sistemas simbólicos (imaginarios) que dan particulares significados a la capacidad y la discapacidad y los procesos de categorización (representaciones sociales), que proyectan determinadas imágenes culturales sobre las personas con discapacidad.

2 Metodología

El discurso social, la ideología, no habita un lugar social en particular, si no que aparece diseminado en lo social, y tampoco es interior al individuo, si no que es exterior a este. De ahí, que el discurso social se manifieste en el exterior, en el intercambio, lo que da prueba de la necesidad de la interacción grupal para conocer el discurso social. Entonces, la situación de grupo equivale a situación discursiva. Y es, en la situación discursiva que el grupo de discusión crea, donde las hablas individuales tratan de acoplarse entre sí al sentido social, al consenso (Canales y Peinado, 1995). De hecho, como lo explica Callejo (2001), el grupo de discusión se configura como la técnica o el instrumento para producir datos que serían inaccesibles si no se diera la interacción grupal y que, posibilita que se confeccionen discursos que tienen proyección a nivel macrosocial. Así, para conocer el discurso social sobre la dis(capacidad y los modos en los que los imaginarios y representaciones sociales dan cuenta de los elementos de naturaleza simbólica que participan en la construcción de sentido de los discursos, activamos el intercambio grupal a través de cinco grupos de discusión. Siguiendo a Colectivo IOE y CIMOP (1998), se han considerado como variables heterogéneas (incluyentes, dentro de cada grupo), el género, el barrio de residencia, la profesión, y, en los grupos con componentes con discapacidad o relación con la misma, el tipo de discapacidad,¹ mientras que han sido variables homogéneas (o heterogéneas excluyentes, las cuales han dado lugar a la existencia de cada grupo), la edad, la clase social,

¹ Como explican Toboso y Rogero (2012), se debe lograr un grado adecuado de homogeneidad/heterogeneidad que en el caso de la discapacidad es clave para lograr resultados consistentes y útiles. Así, “el desarrollo de grupos heterogéneos en sus características funcionales abre la posibilidad de obtener resultados inesperados y novedosos, que pueden ser relevantes” (Toboso y Rogero, 2012, p.168).

la relación con la discapacidad, y en el caso de los dos grupos formados por miembros con discapacidad, el carácter congénito o adquirido de la discapacidad y el grado aproximado de la misma.² Así, se han formado los siguientes grupos:

GD1: 5 componentes, 3 hombres y 2 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas profesiones, mayores de 40 años, de clase media-alta y relacionados con la discapacidad de distintos tipos y grados (familiares y profesionales).

GD 2: 7 componentes, 5 hombres y 2 mujeres,³ distintos barrios de residencia, distintas profesiones, menores de 40 años, de clase media-alta, sin relación con la discapacidad.

GD 3: 5 componentes, 2 hombres y 3 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas profesiones, mayores de 40 años, de clase media-baja, sin relación con la discapacidad.

GD 4: 4 componentes, 2 hombres y 2 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas profesiones, distintos tipos de discapacidad, mayores de 40 años, de clase media-alta, carácter adquirido de la discapacidad, grado alto de discapacidad.

GD 5: 4 componentes, 2 hombres y 2 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas ocupaciones,⁴ distintos tipos de discapacidad, menores de 40 años, de clase media-baja, carácter congénito de la discapacidad, grado bajo de discapacidad.

3 Resultados

De acuerdo con Baeza (2003; 2007), los imaginarios sociales funcionan como homologadores de todas las maneras de pensar, de todas las modalidades relacionales pero, entre estas, existen contradicciones y por ello, este autor denomina imaginarios sociales dominantes e imaginarios sociales dominados a aquellos que han triunfado o no de manera provisoria en el terreno simbólico

Atendiendo a ello, encontramos que los imaginarios dominantes de la dependencia quedan reflejados en el discurso social sobre la dis/capacidad al hacer referencia a las personas cuidadoras mediante la representación del cuidador transparente (Kittay 2007), mediante enunciados como “su vida al final termina un poco de ser su vida”. Negando así la relacionalidad del cuidado que se da, en efecto, en las relaciones de cuidado en donde los intereses no son autónomos, sino entretejidos (Withney, 2011). Pero además, dichos imaginarios también quedan representados por la imagen de la persona dependiente como freno, en este caso, para el ocio, mediante enunciados como “yo es que la ciudad no la vivo, no la vivo”.

Por otra parte, los imaginarios dominantes de la dependencia también se entretejen con aquellos que entienden la discapacidad como una cuestión individual, incluso privada, familiar o íntima, y que queda reflejado en el enunciado “es para quien le toca”, el cual es reiterativo en los distintos grupos. Sin embargo, es precisamente en el discurso de las personas con discapacidad, en las que dicha frase se enuncia críticamente para matizar un imaginario dominado de la (inter)dependencia, en el que aparece la autodeterminación para elegir los propios

² Con la selección de estas variables, tanto en su tipo como en su número, se pretende saturar el campo de hablas que nos parecen pertinentes atendiendo al objeto de esta investigación. Dado que, como explican Canales y Peinado (1995, p.296), lo que se busca en el diseño del grupo de discusión es saturar el campo de diferencias de las distintas hablas para así, “mejor hallar la unidad discursiva (la unicidad de la ideología, que se expresa bajo la forma de variantes)”. Así, en la técnica del grupo de discusión, se parte de las variantes, lo visible, para reconstruir la estructura que las sostiene (Canales y Peinado, 1995).

³ No se cumple la paridad de género propuesta inicialmente, dado que no han acudido a la discusión algunas de las componentes confirmadas y citadas.

⁴ Se especifica en “ocupaciones”, ya que no todos ellos trabajan o están en búsqueda de empleo, dado que algunos componentes son estudiantes.

apoyos y una crítica radical a los espacios discapacitantes (lugares segregados), a los tiempos paralizantes (las esperas) y al abandono institucional (desatención de demandas).

Aunque de manera algo anecdótica, y desde una perspectiva asistencial, en el discurso sobre la dis/capacidad se refleja el imaginario de las personas con discapacidad como “pobres merecedores”, en este caso a partir de la representación social de estas como aquellos que “tienen voluntad” o “intentan superarse”. No obstante, es este tipo de representación, la que da cuenta de la comprensión de la discapacidad como imperfección a superar, la que comparte una misma matriz (discapacidad como déficit) con las dos representaciones dicotómicas dominantes de la discapacidad: la superación e inspiración y la imperfección y tragedia (Crow, 2014).

Es precisamente esta consideración de imperfección, de falta de humanidad, la que preserva el elogio a la “normopasabilidad”, constante en el discurso de los grupos de discusión. Dicha “normopasabilidad”, se manifiesta en el discurso mediante la reiteración en celebrar las oportunidades y actuaciones de pasar como “normal”: “*no le noté que era invidente, es que no se lo noté. Ella estaba allí con las otras chiquillas, con las pacientes...Son dignos de admirar*”. Así, como explicó Goffman (2007), es en la interacción con el otro, en la que las marcas de diferencia se convierten en estigmas que provocan la construcción social del otro. De manera que, los imaginarios de la otredad que se manifiestan en el discurso de los grupos de discusión, muestran la ansiedad⁵ en la interacción, elogiando la normopasabilidad al representarla como figuras de admiración. Es precisamente este estigma, esta consideración de imperfección, de falta de humanidad, lo que alimenta el capacitismo, al tomar al “cuerpo capacitado” como un valor absoluto y real y lugar desde el que medir las interacciones con el otro.

⁵ La normalidad es ese lugar no marcado desde el que las personas convierten atributos en estigmas de discapacidad, pero tal causa, no es la marca de diferencia sino que tiene que ver con la interacción y la interpretación desde ese lugar no marcado (Titchkosky, 2000). Estas interpretaciones fueron estudiadas por antropólogas como Joan Ablon, quien puso el foco en las “fuerzas discapacitantes” (“disabling forces”), es decir, aquellas reacciones sociales hacia las personas discapacitadas por parte de la población general (Shuttleworth y Kasnitz, 2004) (Reid-Cunningham, 2009).



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La violencia institucional en las universidades de Jaén y Granada: microagresiones capacitistas en el alumnado con discapacidad

Mercedes López Pérez, Universidad de Jaén (perez@ujaen.es)

Blanca Amalia Girela Rejón, Universidad de Granada (bgirela@ugr.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo conocer qué variables sociodemográficas son determinantes para que el alumnado con discapacidad de las universidades de Jaén y Granada soporten microagresiones capacitistas. Las microagresiones capacitistas son una demostración de la violencia institucional en los centros de enseñanza superior en los que impera todavía el modelo educativo de la integración más que el de la inclusión. Para este estudio fue necesaria la revisión de los principales conceptos que definen la discriminación y exclusión de las personas con diferentes tipos de discapacidad, algunas de ellas, como las microagresiones capacitistas, poco apreciables por su sutileza a la hora de manifestarse. A través de una metodología cuantitativa y mediante la encuesta de microagresiones capacitistas (EMC) hemos podido poner de manifiesto aspectos relevantes de esta forma de agresión a fin de poder trabajar en un futuro acciones de erradicación y prevención de esta forma de expresión de la violencia institucional.

Palabras clave

Capacitismo, microagresiones capacitistas, discapacidad, violencia simbólica

1 Introducción

El capacitismo es una forma de discriminación contra las personas con discapacidad. Según Linton “el capacitismo se basa en el prejuicio de que, como grupo social, las personas con discapacidad son inferiores a las personas sin discapacidad” (1998: 9). Considera que la discapacidad es negativa y por ello debe ser rehabilitada, curada y en algunos casos eliminada (Campbell, 2008).

Con más o menos sutileza los discursos capacitistas ponen en el centro un ideal de individuo cuyas características reflejan una perfección en la que su incumplimiento margina y desplaza a quienes no se ajustan a ella. “La definición de lo que una persona válida es, tiene lugar desde el privilegio de la hegemonía de los cuerpos funcionalmente normativos, y es desde esta incorporación que se producen las prácticas que lo sustentan” (Moral *et al.*, 2020, p. 8). Al hablar de capacitismo estamos haciendo referencia a situaciones de violencia simbólica, entre otras muchas, materializadas con frecuencia en acciones sutiles llamadas “microagresiones”.

Las microagresiones son instrumentos de representación del capacitismo que, como ideología, transitan de manera obvia o sutil sobre las personas que no se ajustan al cuerpo normativo. Se dan con mucha frecuencia, lo que parece una expresión de cortesía y buenas intenciones son manifestaciones de estereotipos y prejuicios. Al hacer referencia a las agresiones en términos micros se hace evidente lo difíciles que son estas de consignar.

De acuerdo con Moral *et al.*:

Las microagresiones interrumpen o imposibilitan el disfrute de derechos, así como el desarrollo de una vida en igualdad de condiciones que el resto de la población y suponen un impacto negativo en el desarrollo de la identidad y el autoconcepto de las personas que las reciben (2020, p. 9).

Este trabajo que presentamos forma parte de un estudio más amplio que aún está sin publicar, por lo que solamente mostraremos parte de sus resultados.

2 Metodología

El objetivo de este estudio es conocer qué variables sociodemográficas son decisivas para que el alumnado con discapacidad de las universidades de Jaén y Granada soporten microagresiones capacitistas.

Mediante un enfoque cuantitativo hemos diseñado un estudio descriptivo observacional en el que hemos utilizado la Encuesta de Microagresiones Capacitistas (en adelante, EMC) que evalúa las microagresiones capacitistas que soportan dichas personas.

La EMC es una adaptación de la Ableist Microaggressions Scale de Conover (2015) que, a su vez, se basa en la propuesta hecha por Keller y Galgay (2010). Moral *et al.* (2020) la ha traducido a la lengua y al contexto español, así como adecuarla a los criterios de lectura fácil y a los lectores de pantalla para su total accesibilidad. Ésta está formada por 20 ítems que, mediante una escala Likert con seis opciones de respuesta (donde 0 es nunca y 5 muchas veces o muy frecuente), valora las experiencias de microagresiones capacitistas para diferentes situaciones (Merced *et al.*, 2022).

Estos ítems están agrupados en cuatro factores propuestos por Conover, quedando la correlación entre los ítems y los dominios propuestos por Keller y Galgay de la siguiente forma (Moral, 2021b):

- Desamparo (factor 1) con 5 ítems (2, 4, 6, 12 y 13): recoge los dominios de indefensión, condescendencia, ganancia secundaria y negación de identidad personal -variación del dominio de negación de la identidad-.
- Minimización (factor 2): con 3 ítems (1, 19 y 20): corresponde a la variación de negación de la experiencia, con una de las variaciones del dominio de negación de identidad.
- Negación de personalidad (factor 3): con 5 ítems (3, 7, 8, 9 y 11): reúne los dominios de infantilización, efecto de extensión y negación de identidad personal.
- Otrerización (factor 4): con 7 ítems (5, 10, 14, 15, 16, 17 y 18): pertenece a los dominios de desexualización¹, ciudadanía de segunda clase y efecto de extensión.

Por medio de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia se ha obtenido una muestra participada de 71 estudiantes con discapacidad de ambas universidades, tras verificar que cumplían los requisitos, ha resultado una muestra final de 63 participantes que representa el 12.8% de la población objeto de estudio.

El 66.7% de la muestra han sido mujeres, el 27% hombres y un 6.3% ha elegido la opción “otro.” El rango de edad ha oscilado entre los 18 y 68 años, siendo la media de edad de 29.52 años (DT=7.68).

Un 61.9% está matriculado en la Universidad de Granada y un 38.1% en la de Jaén. La mayoría cursan estudios de grado (69.8%), le sigue los/as matriculados en un máster (23.8%) y la minoría realiza estudios de doctorado (6.8%).

En relación al tipo de discapacidad es predominante la discapacidad física (31.7%), le sigue la psíquica o mental (25.4%), la pluridiscapacidad (17.4%), la de tipo intelectual (7.9%), la discapacidad orgánica, visual y

¹ Considera a las personas con discapacidad como seres asexuales.

“otra”² (4.8%), mientras que la minoritaria es la de tipo auditiva (3.2%). Si atendemos al origen de la discapacidad, la mayoría es de nacimiento (47.6%), le sigue la causada por enfermedad (46%) y la producida por un accidente (6.3%).

Contactamos, por vía telefónica y correo electrónico, con la persona responsable del servicio de atención al alumnado con discapacidad de cada universidad, se le presentó el estudio y solicitó su ayuda para el envío por correo electrónico de la carta informativa del estudio, el consentimiento informado y el enlace de acceso a la EMC.

A través de un formulario online de Google Forms ha estado abierto desde el 6 de octubre al 6 de diciembre de 2022.

Hemos realizado un análisis descriptivo numérico de la información obtenida justificada por el pequeño tamaño de la muestra. Utilizamos el propio análisis realizado por el Google Forms y continuamos analizando de forma manual y tradicional.

3 Resultados y conclusiones

Las variables sociodemográficas estudiadas han sido “género”, “edad”, “origen de la discapacidad”, “tipo de discapacidad”, “utilización de apoyos”, “visibilidad de la discapacidad” y “grado de dependencia”. Han sido analizado con respecto a los cuatro factores (“Desamparo”, “Minimización”, “Negación de la personalidad” y “Otrerización”) recogidos en la EMC, con el fin de establecer qué variables son decisivas para experimentar las microagresiones capacitistas.

Con respecto a las puntuaciones globales de las microagresiones por factores según la variable “género”, se ha observado que en el caso de los hombres los resultados muestran que hay grandes diferencias, sobre todo entre las experiencias que están dentro del factor 4 “Otrerización” y las del factor 2 “Minimización”. En el primero, la media ($M=16.1$) es mucho más elevada que en el segundo factor ($M=6.5$), esto significa que discriminaciones como ser desexualizados, ciudadanía de segunda clase y efecto de extensión (factor 4) son las más habituales, y experiencias como negación de la identidad personal o de la propia discapacidad son las menos habituales de todas. En cambio, las personas que eligieron la opción “otro”, es decir, se autodefinen como de “género no binario” o “fluido” presentaron resultados mayores en los factores 4 y 2 ($M=16.5$ y $M=12.2$ respectivamente), es decir, que las microagresiones capacitistas más habituales son el ser considerados ciudadanía de segunda clase, seres asexuales y su sola presencia es un problema.

En el caso de las mujeres, según los resultados de las medias (M) han sido muy similares en todos los factores, tan solo hay una diferencia de 3.4 puntos entre la mayor y la menor puntuación. Lo que pone de manifiesto que las mujeres de la muestra soportan un nivel de capacitismo alto en todos los factores, que puede ser debido a la confluencia de múltiples discriminaciones que sufren, por lo que hay que señalar la importancia de abordar la interseccionalidad en toda investigación sobre la discriminación (ver tabla 1).

² Dentro de la opción “otra” hay estudiantes con disfemia o tartamudez, ataxia cerebelosa y trastorno del aprendizaje como la dislexia y disortografía

Tabla 4. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y género

| | <i>Mujer</i> | | <i>Hombre</i> | | <i>Otro</i> | |
|---------------------------------------|--------------|-----------|---------------|-----------|-------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 12.4 | 8.2 | 13.8 | 7.3 | 8.0 | 5.9 |
| Factor 2: Minimización | 10.5 | 4.9 | 6.5 | 4.9 | 12.2 | 4.4 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 12.2 | 9.0 | 11.2 | 8.5 | 8.5 | 7.0 |
| Factor 4: Otrerización | 13.9 | 12.9 | 16.1 | 13.3 | 16.5 | 10.2 |

Las mujeres soportan discriminación en cualquier circunstancia, mientras que los hombres la aguantan en mayor o menor nivel según otras variables como puede ser el tipo y/o la visibilidad de la discapacidad.

Para conocer la relación de la variable “edad” con las microagresiones capacitistas se ha agrupado la muestra en cinco fracciones de diez años cada una. La media (M), como se observa en la tabla 2, ha mostrado que estas microagresiones son altas en el tramo más joven (18-28 años) pero van aumentando con la edad sobre todo en los dos segmentos de mayor edad (M=15.7; M=21.7 y M=16.5; M=20.5; M=13.5 y M=22.5 respectivamente) en los factores 1, 3 y 4. En cambio, el factor 2 “Minimización” ha presentado resultados más bajos en esas mismas franjas de edad (M=9.0 y M=6.5). Por los que los resultados han mostrado que esta variable es relevante a la hora de vivenciar estas experiencias capacitistas, sobre todo en la horquilla de entre 51 a 72 años. De manera general, para nuestra muestra, las microagresiones aumentan con la edad, esto puede deberse a la vinculación que existe entre la discriminación por discapacidad y la discriminación por edad.

En relación al “tipo de discapacidad”, como se observa en la tabla 3, los resultados han revelado que, en general, la discapacidad orgánica presenta cifras más bajas que las demás. Por el contrario, las pluridiscapacidades han sido las que experimentan mayores niveles de microagresiones. Según demuestran las medias (M), el factor 4 “Otrerización” es el que ha presentado niveles más altos de microagresiones, mientras que el factor 2 “Minimización” los más bajos. Lo que se traduce en que el “tipo de discapacidad” es una variable muy relevante para soportar estas discriminaciones.

Tabla 5. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y edad

| | <i>18-28</i> | | <i>29-39</i> | | <i>40-50</i> | | <i>51-61</i> | | <i>62-72</i> | |
|---------------------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 12.7 | 7.8 | 10.8 | 7.9 | 11.3 | 10.9 | 15.7 | 7.9 | 20.5 | 3.5 |
| Factor 2: Minimización | 10.3 | 5.1 | 8.0 | 5.2 | 11.6 | 3.4 | 9.0 | 6.0 | 6.5 | 4.9 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 11.6 | 8.6 | 10.2 | 8.3 | 5.0 | 7.8 | 21.7 | 3.9 | 13.5 | 9.1 |
| Factor 4: Otrerización | 13.4 | 12.4 | 15.6 | 12.3 | 15.6 | 19.9 | 16.5 | 12.3 | 22.5 | 4.9 |

Tabla 6. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y tipo de discapacidad

| | Física | | Psíquica | | Intelectual | | Sensorial | | Orgánica | | Pluridiscapacidad | | Otra | |
|---------------------------------------|--------|------|----------|------|-------------|-----|-----------|------|----------|------|-------------------|------|------|------|
| | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT |
| Factor 1: Desamparo | 12.6 | 7.7 | 10.0 | 7.9 | 11.2 | 7.1 | 16.2 | 5.3 | 3.6 | 5.1 | 16.6 | 7.5 | 15.0 | 6.3 |
| Factor 2: Minimización | 8.2 | 5.4 | 12.4 | 3.3 | 9.6 | 5.8 | 6.6 | 3.2 | 8.0 | 4.6 | 9.4 | 5.2 | 10.6 | 7.5 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 11.1 | 9.5 | 10.0 | 7.4 | 9.4 | 5.9 | 15.7 | 6.8 | 8.6 | 13.3 | 16.3 | 7.8 | 9.3 | 10.7 |
| Factor 4: Otrerización | 15.8 | 12.8 | 12.2 | 11.2 | 7.2 | 8.7 | 23.2 | 11.8 | 5.0 | 5.1 | 20.0 | 12.5 | 7.0 | 8.5 |

En relación al “origen de la discapacidad”, las puntuaciones globales de microagresiones por factores han señalado que las discapacidades congénitas obtienen cifras mayores en los factores 1, 3 y 4 y solamente han sido más bajas en el factor 2. En el caso de ser la discapacidad de origen adquirido los resultados han sido similares en los cuatro factores, pero más bajos que los anteriores, menos en el factor 2 que es un poco más elevado. Por lo tanto, las personas con una discapacidad congénita soportan en general mayores niveles de capacitismo que las personas con una de origen adquirido, menos las experiencias relacionadas con el factor minimización, que en este caso es mayor. Entonces, esta variable es relevante en relación con las experiencias de las microagresiones capacitistas (ver tabla 4).

Tabla 7. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y origen de la discapacidad

| | Congénita | | Adquirida | |
|---------------------------------------|-----------|------|-----------|------|
| | M | DT | M | DT |
| Factor 1: Desamparo | 13.9 | 7.1 | 11.4 | 8.5 |
| Factor 2: Minimización | 8.4 | 5.5 | 10.6 | 4.7 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 12.6 | 8.3 | 10.9 | 9.2 |
| Factor 4: Otrerización | 15.8 | 12.7 | 13.4 | 12.9 |

Con respecto a las variables “utiliza o no apoyos técnicos y/o humanos” y la “visibilidad de la discapacidad”, si la persona universitaria con discapacidad utiliza algún apoyo y, por tanto, su discapacidad es visible, los niveles de capacitismo que soporta han sido mayores en los factores 1, 3 y 4. En el caso de no utilizar apoyos y tener una discapacidad invisible ocurre lo contrario, las puntuaciones han sido más bajas en todos menos en el factor 2 (ver tablas 5 y 6). Lo que indica que estas dos variables son muy relevantes a la hora de soportar las microagresiones capacitistas.

Tabla 8. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y según utilicen o no apoyos técnicos y/o humanos

| | <i>Utiliza apoyos</i> | | <i>No utiliza apoyos</i> | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 17.4 | 6.1 | 9.9 | 7.6 |
| Factor 2: Minimización | 8.4 | 4.9 | 10.2 | 5.3 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 15.6 | 7.2 | 9.5 | 8.7 |
| Factor 4: Otrerización | 22.1 | 10.7 | 10.2 | 11.8 |

Tabla 9. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y visibilidad de la discapacidad

| | <i>Se nota</i> | | <i>No se nota</i> | | <i>Se nota a veces</i> | |
|---------------------------------------|----------------|-----------|-------------------|-----------|------------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 17.1 | 6.1 | 6.0 | 6.8 | 13.2 | 7.0 |
| Factor 2: Minimización | 6.0 | 4.1 | 11.3 | 4.4 | 11.2 | 4.7 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 15.1 | 7.9 | 5.4 | 7.4 | 13.0 | 7.9 |
| Factor 4: Otrerización | 21.1 | 10.9 | 8.0 | 9.9 | 13.6 | 12.6 |

Si observamos la variable “grado de dependencia”, las puntuaciones globales de microagresiones por factores han sido más elevadas en los factores 1, 3 y 4 y más bajas en el factor 2 en el caso de tener un grado de dependencia. En el caso de no tenerlo se ha observado que las cifras son similares en los cuatro factores. Esto indica que tener declarado un grado de dependencia es una variable determinante para sufrir este tipo de discriminación. Esto también está muy unido a la visibilidad de la discapacidad, cuanto más evidente es la situación de dependencia, menor es la discriminación capacitista ligada al factor 2: “Minimización” (Moral, 2021a) (ver tabla 7).

capacitistas por factores y según tengan o no grado de dependencia

| | <i>Con grado de dependencia</i> | | <i>Sin grado de dependencia</i> | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 18.6 | 5.3 | 11.5 | 7.9 |
| Factor 2: Minimización | 6.3 | 5.0 | 10.2 | 5.0 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 16.2 | 7.2 | 10.9 | 8.7 |
| Factor 4: Otrerización | 22.9 | 9.7 | 13.0 | 12.7 |

Podemos concluir que, para la población objeto de estudio, las variables sociodemográficas más determinantes para sufrir microagresiones capacitistas son la “visibilidad de la discapacidad”, la “utilización de apoyos técnicos y/o humanos”, el “origen de la discapacidad” y el “tipo de discapacidad”. Observamos que estas cuatro variables están relacionadas con el nivel de evidencia de la discapacidad. Igualmente, señalar que las variables “género” y “edad” son más o menos determinantes según se den unidas a otras formas de discriminación, como por ejemplo al machismo o al edadismo.

Finalmente, el alumnado con discapacidad de las universidades de Jaén y Granada soportan más o menos las microagresiones capacitistas según sea la “visibilidad de su discapacidad, esto es, cuanto más evidente es la situación de discapacidad mayor es la discriminación capacitista que sufren.

Este trabajo pone de manifiesto la tarea ingente que queda por hacer para revertir estas situaciones capacitistas. Por lo que es necesario poner en marcha políticas públicas, programas, estrategias, campañas de información y sensibilización dirigidas a toda la ciudadanía para eliminar las creencias, las prácticas, los procesos, los valores, etc. discriminatorios. En definitiva, los prejuicios que consideran a las personas con discapacidad seres inferiores a aquellas personas sin ninguna discapacidad.

Referencias bibliográficas

- Campbell, F. K. (2008), Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism, *M/C Journal*, 11(3).
<https://doi.org/10.5204/mcj.46>
- Conover, K. J. (2015). *Ableist microaggressions scale: Development, validation, and relationship with social support* [Tesis doctoral, University of California, Santa Barbara].
- Keller, R. M. & Galgay, C. E. (2010). Microaggressive experiences of people with disabilities. En D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp 241-267). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Linton, S. (1998), *Claiming Disability: Knowledge and Identity*, New York University Press, New York.
- Merced, K., Ohayagha, C., Watson, J. D., & Perrin, P. B. (2022). Clinical utility and psychometric properties of the Ableist Microaggressions Scale. *Rehabilitation Psychology*, 67(4), 610–612.
<https://doi.org/10.1037/rep0000461>
- Moral, E. (2021a). *Microagresiones capacitistas. Estudio de la discriminación por discapacidad en la vida cotidiana* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca].
- Moral, E. (2021b). Las minimizaciones de la discapacidad como microagresiones capacitistas. *Dilemata*, (36), 35-53.
- Moral, E., Hueta García, A. y Díez Villoria, E. (2020). ¿Soy lo que ves? Microagresiones capacitistas y visibilidad de la discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 8(2), 7-31.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Discapacidad y salud mental: retos pendientes

María Pilar Díaz López, Universidad de Barcelona (mpdiazlopez@ub.edu)

María Virginia Matulič Domandžič, Universidad de Barcelona (mmatulic@ub.edu)

Irene de Vicente Zuera, Universidad de Barcelona (ide_vicente@ub.edu)

María Àngels Renom Sotorra, Universidad de Barcelona (mrenom@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad promulgada por NNUU en 2006 ha supuesto un punto de inflexión en cuanto a la conceptualización de los Derechos Humanos de todas las personas con discapacidad, sin ninguna excepción.

A partir de diferentes estudios de investigación sobre salud mental se analizan algunos microdatos sobre el estigma que existe en la sociedad y el autoestigma percibido por las personas afectadas.

A partir de un modelo de sociedad “capacitista” que define la figura de una “persona normal y corriente”, el estigma social señala a las personas que no cumplen con el patrón establecido, las desvalúa, las desacredita, las margina y las excluye de la comunidad. Para las personas con trastorno mental el estigma internalizado, es la consecuencia de aceptar los prejuicios sociales tras la pérdida de la autoestima, auto atribuyéndose a sí mismo unos atributos con connotaciones negativas.

Como sociedad debemos impulsar acciones y programas que apuesten por una sociedad más justa e inclusiva centrada en los derechos y en la igualdad de oportunidades de todas las personas con discapacidad.

Palabras clave

Salud mental, inclusión, derechos, estigma

1 Introducción

Las personas con discapacidad derivada de salud mental aun hoy día, en pleno siglo XXI, tienen que hacer frente además del hándicap de la discapacidad, al prejuicio social que existe en torno a las enfermedades mentales, con las consiguientes actitudes de rechazo que suponen más barreras para su inclusión social (ámbito laboral, formativo, relacional, comunitario, familiar...), aumentando el estigma y su sufrimiento y repercutiendo directamente en su calidad de vida.

Erving Goffman (1963) define el *estigma* como “un atributo profundamente devaluador que degrada a la persona portadora del mismo” (p.13), por otra parte, el Libro Verde sobre la Salud Mental de la Comisión Europea (2005) reconoce que “la estigmatización de los enfermos mentales es una realidad” (p.3), además reconoce que las personas con trastorno mental se han de enfrentar a prejuicios que provocan un aumento de su sufrimiento y agravan su situación de exclusión social. En muchos casos, incide en que “persiste la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales” (p.3).

Por tanto, el estigma genera actitudes de exclusión, de discriminación, y de hostilidad hacia las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental y acaba derivando en una imagen social estereotipada y negativa que genera barreras sociales adicionales que hacen aumentar el riesgo de aislamiento, de marginación y de

exclusión social. Defender la dignidad, la igualdad de oportunidades y la inclusión social y erradicar el estigma social es nuestro cometido más inmediato.

2 El trastorno mental

Para FEAFES Galicia, los trastornos mentales afectan temporal y sustancialmente a la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria, además puede causar alteraciones de pensamiento, de percepción, de estado de ánimo, de personalidad o de comportamiento, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones “es invisible” y pasa desapercibido ante los demás. A diferencia de la discapacidad psíquica o la demencia, el trastorno mental no disminuye ni deteriora las facultades mentales, sino que las altera de forma esporádica.

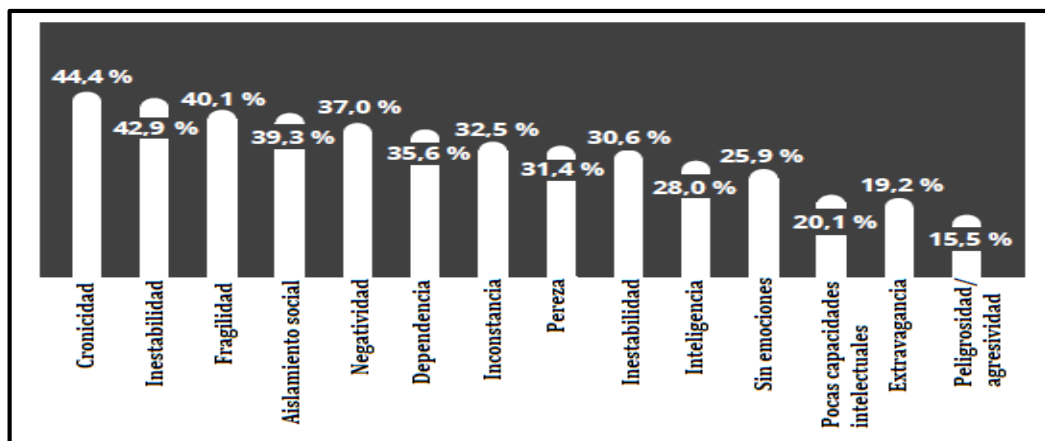
Así mismo, los trastornos mentales son un problema de primera magnitud porque tienen una gran repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas por su elevada prevalencia y por el impacto de sufrimiento y desestructuración que genera en las personas, sus familias y su entorno más cercano.

2.1 Características atribuidas a las personas que tienen un trastorno mental

Los estereotipos que la sociedad proyecta sobre las personas que tienen un trastorno mental suele reflejarse en los comportamientos los cuales, consecuentemente, tienden a ser discriminatorios y estigmatizadores.

En el marco de la investigación de la Plataforma contra el estigma de Catalunya OBERTAMENT “El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña” se elaboró un cuestionario cuantitativo dirigido a personas con trastorno mental, con la finalidad de que identificasen las características que éstos percibían que les eran atribuidas y cuál era el peso con el que socialmente se les atribuían.

Gráfico 8. Lista de las características o rasgos que se atribuyen habitualmente a las personas que tienen un TM

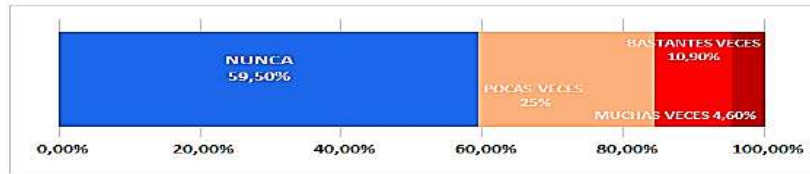


Fuente: Estudio sobre el estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña. 2016

Datos a destacar:

- Tres de cada cuatro personas encuestadas (76,6 %) afirmaron que frecuentemente se les ha atribuido alguna de las características sugeridas por el hecho de tener un trastorno mental.
- Casi la mitad de las personas con trastorno mental (44,4 %) manifestaron que el atributo más frecuente asociado había sido la cronicidad, entendiendo que este es permanente.
- La inestabilidad (42,9 %), la fragilidad (40,1 %) y el aislamiento social (39,3 %) son otros atributos, mayoritariamente, con los que se les identifica.

Gráfico 9. ¿Te han atribuido que eres una persona peligrosa o agresiva por el hecho de tener un TM?



Fuente: Estudio sobre el estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña. 2016

Habría que destacar que comparativamente, el atributo de la peligrosidad / agresividad es el que tiene la percepción más baja en la vida de las personas con trastorno mental en comparación con el resto de los atributos, pero cuando se mide en intensidad, el porcentaje sube hasta el 40,5%. Por tanto, dos de cada cinco personas con trastorno mental afirman haber padecido el estigma de este atributo. Cuando se analizan los datos por grupos de edad, el porcentaje se incrementa entre las personas jóvenes hasta el 21.4%, a las que se considera peligrosas o agresivas.

3 Estigma y discriminación

Según la RAE “*estigma*” es una palabra originaria del griego, y designa la marca corporal que se hacía con hierro candente con la que se intentaba distinguir una condición social inferior, inaceptable o negativa, generalmente se les aplicaba a los esclavos, los asesinos, los traidores y los ladrones.

El término “estigma social” fue acuñado por Goffman (1963) y lo define como el rechazo social por características o prejuicios sociales que van en contra de las normas culturales establecidas, así pues, “es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera que existan normas de identidad” (p.152).

Estos estigmas poseen una estructura de categorías coherente en tres dimensiones independientes e interrelacionadas: dimensión física, dimensión psicológica y/o dimensión sociocultural, en consecuencia, se establecen estigmas físicos, estigmas psicológicos y estigmas sociales.

- Estigma físico: se le atribuye por su anatomía física (amputaciones, quemaduras, deformidades...)
- Estigma psicológico: se le atribuye por su carácter, su comportamiento o personalidad defectuosa (síndrome de Down, discapacidad intelectual o con trastornos de conducta o con problemas de salud mental).
- Estigma social: es un atributo que “*convierte*” a una persona en distinta de las demás, en alguien “*de menos valor*” y hasta inferior con respecto a la figura de una “*persona normal y corriente*” (personas que viven en la calle, los mendigos, los enfermos de VIH, las personas con problemas de salud mental, los inmigrantes...).

Las personas estigmatizadas reciben un trato diferencial, debido a algún tipo de discriminación, devaluación o descrédito por parte de la comunidad con actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben como diferentes.



Autoestigma

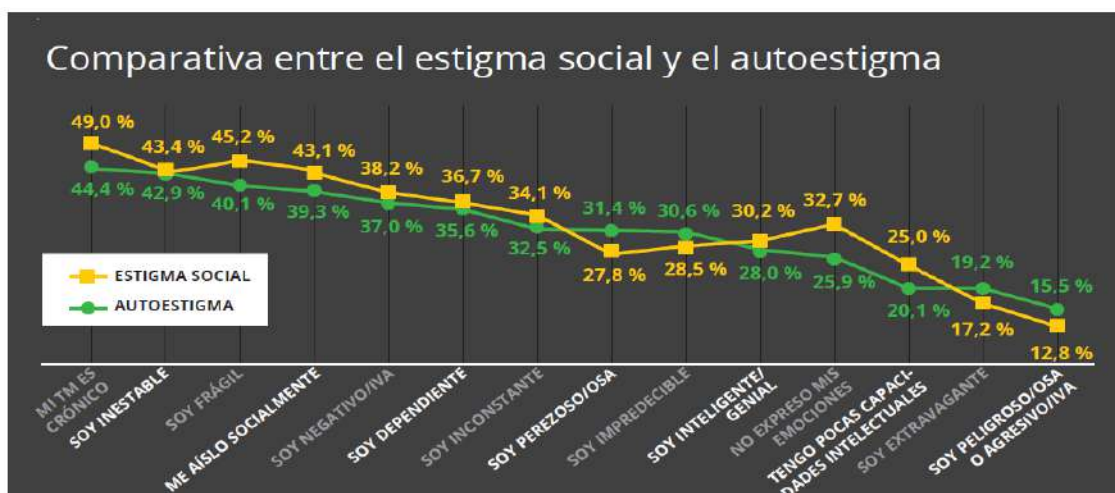
Según Livingston & Boyd (2010, p.2150-2161) el autoestigma (estigma internalizado) podría definirse como un proceso de desadaptación, en el que la persona con una baja autoestima sobre sí mismo acepta los prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de sí mismo:

- la aceptación de la existencia de estereotipos negativos (rechazo, aislamiento, exclusión social),
- la asunción de éstos a la propia identidad creyendo que el estereotipo muestra una descripción de sí mismo,
- provoca la pérdida progresiva de la autoestima generando una percepción de autoatribución de características con connotaciones negativas llegando así a la aplicación del estigma hacia sí mismo.

La autoestigmatización incide negativamente en las personas con discapacidad derivada de trastorno mental, ya que asumen y dan por hecho que forman parte de una categoría social que está asociada a características negativas y provoca efectos psicológicos de pérdida progresiva de autoestima y de confianza en sí mismo, genera desmotivación, fracasos laborales y de relaciones personales. Este desanimo generalizado se acaba extendiendo a todas las esferas de la vida cotidiana provocando aislamiento social

3.1 Características autoatribuidas en las personas que tienen un trastorno mental

Gráfico 10. Comparativa entre el estigma social y el autoestigma



Fuente: Estudio sobre el estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña. 2016

El gráfico 3 se muestra una comparativa entre el estigma social percibido y el autoestigma (el grado que las personas con trastorno mental interiorizan y se atribuyen a sí mismas) como consecuencia de tener un trastorno mental.

Para encontrar una explicación coherente a este autoestigma, Balasch (2016) explica que:

la categoría diagnóstica se convierte en la imagen del yo, la construcción mental de cómo una persona se percibe a sí misma. La persona construye esta imagen basándose en la idea de que pertenece a una categoría social: la de las personas con TM. Así, el autoconcepto se reelabora a partir de la autocategorización, es decir, a partir del hecho de pertenecer a un grupo o categoría social. En la medida en que la persona se categorice a sí misma como integrante de este grupo social, asumirá los rasgos y las características negativas que se atribuyen socialmente a las personas con TM (p.40).

De hecho, si comparamos los dos niveles de respuesta, los percibidos por la sociedad y la autopercepción, podemos afirmar que la característica más señalada es la de la enfermedad crónica, la asunción del “estado permanente” atribuido a la cronicidad considerando que el trastorno mental no remitirá, y consecuentemente la persona afectada asume la fatalidad del destino que tendrá que afrontar de por vida.

La fragilidad (45,2 %) es la segunda característica más nombrada, seguida de la inestabilidad (43,4 %) y el aislamiento social (43,1 %). De hecho, estos estereotipos son los que aparecen con mayor frecuencia, incluso los valores son más altos que los percibidos por el entorno social. De hecho, de las 14 etiquetas sugeridas en 10 la media autopercibida está por encima de la valoración del entorno social. En palabras de Balasch “la importancia que tiene para cualquier persona la forma en que es valorada por su entorno social hace que las personas con TM «sobre incorporen» el estigma y la discriminación que se les atribuye socialmente (p.43)”.

4 Estrategias de lucha contra el estigma en la salud mental

Con el objetivo de dar visibilidad a la lucha contra el estigma, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental impulsaron en 2011 la Declaración de Oviedo contra el estigma en salud mental.

La Declaración pone en valor el estigma que han padecido y continúan padeciendo las personas con problemas de salud mental, especialmente las personas con trastorno mental grave, así como las terribles consecuencias que supone para estas personas en su desarrollo personal y social, y centra el foco de atención en “el tratamiento mediático, el tabú del suicidio y el miedo a la violencia, siempre magnificada, que provocan un aislamiento social inmerecido y perjudicial” (p. 1). Así mismo y con el objetivo de contribuir a erradicar cualquier tipo de discriminación (consciente o no), la Declaración lanza una serie de recomendaciones para la normalización de muchas personas que hoy sufren problemas de salud mental.

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones de la Declaración de Oviedo 2011

| <i>CONCIENCIACIÓN y SOLIDARIDAD de la comunidad</i> | <i>EMPODERAMIENTO y AUTOESTIMA de la persona con TM</i> |
|---|---|
| Una sociedad mejor informada pierde los miedos y reacciona de una forma solidaria. | La persona con TM no tiene ninguna responsabilidad sobre la aparición y evolución de la misma. |
| Las autoridades sanitarias pueden y deben redoblar esfuerzos para la integración de las personas con enfermedad mental como ciudadanos de pleno derecho. | Que las capacidades intelectuales de la persona con TM no tienen por qué ser menores que las del resto de la población y por tanto pueden tener la misma actitud para enfrentarse a la formación académica. |
| Se deben erradicar los términos ofensivos imprecisos, inadecuados que generan confusión, alarma y recelo. | La persona con TM es obviamente como cualquier otra persona, pero necesita aún más del cuidado y aceptación del entorno para su mejoría. |
| Los medios de comunicación pueden ayudar a la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental. | El TM no es sinónimo de incompetencia o incapacidad para desarrollar las tareas básicas de la vida punto |
| Romper los tabúes de la enfermedad y hacer comprender que cada persona es un enfermo diferente puedo ayudar a que se les vea de otra forma desde todos los ámbitos de la sociedad. | Las habilidades y competencias competencias de la persona con TM no tienen por qué ser menores que las de la persona sin enfermedad mental y por tanto pueden tener la misma capacidad para desarrollar una profesión u oficio. |
| La peligrosidad y relación con actos de con actos violentos de la persona con enfermedad mental no es la norma habitual en su comportamiento ya han de considerarse, tal como son, hechos aislados. | Que algunas personas con enfermedad mental no pueden desarrollar un trabajo normalizado, pero en la mayoría de casos si los pueden hacer de forma supervisada y adaptada a su nivel de funcionamiento. |

Fuente propia

4.1 Medios de comunicación. Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental

Tal y como reconoce la Confederación Salud Mental en la “Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan” de 2018, a lo largo de la historia, las personas con problemas de salud mental y sus familias se han visto sometidos al lastre del estigma, “una losa muy pesada, cargada de falsos estereotipos y prejuicios, que no ha permitido a estas personas dar grandes pasos hacia su integración en la sociedad, su recuperación o su reconquista de derechos” (p.8) y para iniciar esa denominada reconquista de derechos lanzaron dicho manual, implicando a los medios de comunicación como solución al problema del estigma social, ya que juegan un papel fundamental en la percepción que la sociedad tiene de la realidad, porque aunque tienen la capacidad de reforzar prejuicios y estereotipos, en la misma medida también pueden ser un medio para luchar contra ellos.

Utilizar las palabras adecuadas, ofrecer información con carácter positivo que promocioe el cuidado de la salud mental, evitar la estigmatización a través de imágenes, dar datos contrastados o permitir que sean las personas con trastorno mental las que cuenten sus propias historias, son algunas de las claves que pueden ayudar a romper esta losa definitivamente (p.8)

En la tabla siguiente se encuentra una síntesis de las recomendaciones para mejorar la contribución de los medios de comunicación en la eliminación del estigma social de las personas con trastorno mental.

Tabla 2. Resumen de las recomendaciones de la Guía “Las palabras sí que importan”

| | Problema | Solución |
|----------|--|--|
| TEMAS | NO caer en estereotipos de género | SÍ aplicar la perspectiva de género en salud mental |
| | NO utilizar una visión paternalista | SÍ menos compasión, más derechos |
| | NO mostrar siempre una visión negativa de los trastornos mentales | SÍ hablar de la salud mental en positivo |
| | NO vincular la violencia en la salud mental | SÍ romper el falso vínculo violencia trastorno mental |
| | NO visibilizar a determinados colectivos con problemas de salud mental | SÍ visibilizar a todos los colectivos |
| | NO culpabilizar a los familiares o a la propia persona | SÍ tener especial cuidado en los contenidos de salud mental en niños/as y jóvenes |
| | NO cae en estereotipos de género | SÍ aplicar la perspectiva de género en salud mental |
| LENGUAJE | Tener prejuicios y concepciones erróneas. | Documentarse antes de reproducir estereotipos. |
| | Hablar de “enfermos/as mentales”. | Hablar de “personas con problemas de salud mental”. |
| | Etiquetar a las personas sustantivando su condición. | Mostrar a las personas (con problemas de salud mental) de forma integral. |
| | Uso inapropiado de términos de salud mental en otros contextos. | Cuidar el lenguaje para no frivolar. |
| | Titulares alarmistas o morbosos. | Hablar con naturalidad de los problemas de salud mental. |
| | Confundir “trastorno mental” con otro tipo de discapacidades. | Recurrir a fuentes veraces para transmitir información exacta. |
| IMÁGENES | Las imágenes pueden contribuir a perpetuar estereotipos. | Las imágenes pueden ayudar a que la sociedad tenga una percepción más positiva de este colectivo. |
| | Los trastornos mentales no cambian el aspecto físico de la persona y, por tanto, son “invisibles” a la mirada del lector/a o del espectador/a, Sin embargo, esta peculiaridad no debe de suplirse con imágenes sensacionalistas que aumenten el estigma. | No usar imágenes en las que las personas aparecen en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social. No usar imágenes que transmiten sensaciones como soledad y aislamiento. No usar imágenes que transmiten desequilibrio. Si usar imágenes que transmitan salud mental en positivo. |

Fuente propia

5 Reflexiones finales

En la historia de nuestra sociedad, desde tiempos pretéritos, a través de falsos mitos y creencias no contrastadas, el rechazo, los prejuicios, los tabús y la discriminación hacia las personas con trastorno mental, como tal, siempre han existido.

A partir de un modelo de sociedad “capacitista” que define la figura de una “persona normal y corriente”, el estigma social señala a las personas que no cumplen con el patrón establecido, las desvalúa, las desacredita, las margina y en muchos casos las excluye de la comunidad.

Hoy día, en el siglo XXI, aunque la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 ha supuesto un cambio de paradigma hacia la conceptualización de los Derechos Humanos de todas las personas con discapacidad, sin ninguna excepción, una parte de la sociedad todavía cree que una persona con problemas de salud mental supone un riesgo y una amenaza para la ciudadanía. El peso de los componentes emocionales, conductuales y de las disposiciones sociales todavía es muy grande.

Para las personas con trastorno mental el autoestigma, también denominado estigma internalizado, es la consecuencia de aceptar los prejuicios sociales tras la pérdida de la autoestima, auto atribuyéndose a sí mismo unos atributos con connotaciones negativas.

Reducir, mitigar, disminuir, erradicar el estigma social. En muchos casos la sociedad no es consciente de los prejuicios generalizados que imperan en nuestra cultura. A través de la costumbre también se transmiten valores y creencias. La Declaración de Oviedo contra el estigma en salud mental de 2011 es un conjunto de recomendaciones que insta a la sociedad para revertir esta situación de discriminación generalizada contra las personas con problemas de salud mental.

Defender los derechos de todas las personas sin ninguna excepción, implicación directa de las autoridades sanitarias en la prestación de servicios para una mejor prevención, atención y seguimiento de los tratamientos, romper tabús.

Hoy en día los medios de comunicación tradicionales, los medios digitales y las redes sociales, son agentes de cambio a través de los canales de difusión. Todos los medios juegan un papel fundamental en el imaginario colectivo, en la percepción que la sociedad tiene de la realidad, ya que también es un medio para luchar contra el estigma: información veraz y contrastada, realizar campañas de concienciación sobre la salud mental y eliminar los estereotipos de violencia y peligrosidad en torno a las personas con problemas de salud mental.

El trastorno mental no es una epidemia, no existe una vacuna que nos cure de éste, y por tanto no se erradica. De hecho, todas las autoridades sanitarias internacionales alertan del incremento mundial de personas afectadas por problemas de salud mental. La sociedad debería de ser más generosa, más amable y más tierna con las personas con trastorno mental, pues no sabemos si mañana nos puede tocar a nosotros mismos.

Las personas con discapacidad por trastorno mental nacen iguales, gozan de los mismos derechos fundamentales y la misma dignidad que el resto de la ciudadanía.

Referencias bibliográficas

Balash, M.; [et. al.] *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña*. Investigación coordinada por la Plataforma contra el estigma de Catalunya OBERTAMENT. Barcelona; Apunts, 2016 [acceso el 06 de mayo de 2021] <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estigma-salud-mental-2016/>

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la Covid-19*. Estudio nº3312, febrero 2021 [acceso el 21 de mayo de 2021]

http://datos.cis.es/pdf/Es3312marMT_A.pdf

Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L. y Fernández de Sevilla, P. *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2018 [acceso el 04 de mayo de 2021] <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-estilo-salud-mental.pdf>

Goffman E. *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1963

Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” Comisión de las Comunidades Europeas [Bruselas, 14.10.2005 COM (2005) 484 final] [acceso 04/05/2021]

https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Livingston, James D. y Boyd, Jennifer E. *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Social Science & Medicine, Volume 71, N. 12 December 2010 (2150-2161) [acceso el 21 de mayo de 2021]

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610006945>

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., Guillen, A.I. *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*, Madrid: Editorial complutense SA, 2009

Ottati, V., Bodenhausen, G.V., Newman, L.S. (2005). En: Muñoz, M., [et. al.] *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial complutense SA, 2009

Sociedad Española de Psiquiatría; [et. al.] *Declaración de Oviedo, Contra el estigma en salud mental*. XV Congreso Nacional de Psiquiatría de Oviedo, noviembre de 2011.

Enlaces de interés

Confederación Salud Mental España. *Actualidad/nota de prensa/ Salud Mental España urge más inversión para prevenir la crisis de salud mental que conllevará la pandemia*. Madrid; 10 de octubre de 2020. [acceso el 20 de mayo de 2021] <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-urge-inversion/>

Diccionario de la Real Academia de la Lengua [acceso el 04 de mayo de 2021] <https://dle.rae.es/estigma>

Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia [acceso 04/05/2021] <https://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>

Gonzalez Zapico, N. *Salud mental y psiquiatría, una evolución necesaria*. Artículo de opinión publicado el 21 de febrero de 2016 en El País. *El presidente de la Confederación Salud Mental España Nel llama a reformas estructurales en la atención a las personas con problemas de Salud Mental*. [acceso en 22 de mayo de 2021]

<https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/salud-mental-psiquiatria-evolucion-necesaria/>

Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España ODISMET. *Infografía Día Mundial de la Salud Mental 2020*. [acceso en 20 de mayo de 2021] <https://www.odismet.es/informes-publicaciones/infografia-dia-mundial-de-la-salud-mental>

Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España ODISMET. *Efectos y consecuencias de la crisis de la COVID-19 entre las personas con discapacidad 2020*. [acceso el 18 de mayo de 2021]

https://www.odismet.es/sites/default/files/2020-07/Informe_EstudioCOVID_19_v3_0.pdf

ONU, Asamblea General, *Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad*, 2006. [acceso el 14 de mayo de 2021] <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La tecnología como medio de promoción de la autonomía en estudiantado universitario con discapacidad intelectual

Rosa M^a Díaz Jiménez, Universidad Pablo de Olavide

M^a Dolores Yerga Míguez, Universidad Pablo de Olavide



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El avance tecnológico en los entornos universitarios no siempre va acompañado de la promoción de apoyos y ayudas técnicas para con el estudiantado universitario con discapacidad. En el caso de las adaptaciones y apoyos precisas para el estudiantado con discapacidad intelectual esta brecha digital puede verse incrementada. En la presente comunicación se expone la experiencia en la Universidad Pablo de Olavide de un Título Propio Formación de la autonomía y vida autónoma específico para personas con discapacidad intelectual (FEVIDA, en adelante) en el que se ha implementado la figura de “Referente Tecnológico”. A modo de compañero/a-referente alumnado voluntario de la Escuela Politécnica Superior ha realizado un acompañamiento individualizado al alumnado con discapacidad intelectual. Para contrastar empíricamente este perfil de apoyo y la implementación de las TIC se realiza una revisión sistematizada. Se exponen los resultados de doce estudios en lo referido a cuestiones sociodemográficas, en primer lugar, para posteriormente analizar la relación de las TIC y la universidad inclusiva con un análisis discursivo a través de una adaptación de la Teoría Fundamentada. Se concluye con la necesidad de seguir abordando las TIC como un elemento transformador y que da una oportunidad de interacción con otro estudiantado universitario. Habrá que comenzar a tomar en consideración las inteligencias artificiales en esta cuestión.

Palabras claves

Universidad inclusiva, personas con discapacidad intelectual, tecnología, apoyos individualizados

1 Introducción/descripción general

Uno de los elementos necesarios para conformar universidades inclusivas para personas con discapacidad intelectual es el abordaje de la digitalización. Desde la Universidad Pablo de Olavide se vienen desarrollando estrategias para la digitalización de entornos de aprendizaje universitarios desde hace varios cursos, concretamente desde el Título Propio de Formación para el empleo y la vida autónoma de personas con discapacidad intelectual (FEVIDA). Este Título Propio, para jóvenes con discapacidad intelectual desempleados, de entre 18 y 30 años, está conformado por 30 créditos y financiado por la Fundación ONCE y la Unión Europea.

Desde el Título Propio FEVIDA se viene propiciando la formación en cuestiones digitales desde dos estrategias, una académica y otra relacional. En lo referido a la académica, se implementa una asignatura de Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) que tiene una carga lectiva de 3 créditos (22,5 horas) en los que a través de un Diseño Universal de Aprendizaje (DUA) se abordan tres bloques temáticos: 1) Aula virtual UPO, 2) Ofimática básica, y 3) Uso de recursos Cloud-Google Drive. En lo referido a la estrategia relacional la propuesta incluye al apoyo de los y las referentes tecnológicos, una figura creada en la VI edición del programa (curso 2022-2023), con estudiantado voluntarios/as de primero del Grado en Ingeniería Informática de la Escuela Politécnica Superior de la UPO. Este alumnado desarrolla el rol de mentoría en lo

relacionado con las TIC. Esta figura, si bien está en proceso de desarrollo, permite acercar dos realidades habitualmente alejadas: estudiantes con discapacidad intelectual y estudiantes de ingeniería informática.

La figura de referente tecnológico consiste en el acompañamiento de estudiantes de ingeniería informática a estudiantes con discapacidad intelectual en el entorno universitario. Un acompañamiento que tiene la finalidad de generar un vínculo académico y otro relacional. El vínculo académico e inicial de la relación entre estudiantes con y sin discapacidad se establece en función a las necesidades de gestión digital del sistema de aprendizaje universitario, como son el apoyo para el uso del aula virtual de las asignaturas y cuestiones de ofimática básica, aunque se amplía el apoyo a cuestiones externas a lo académico pero relacionadas con la vida independiente como comercio electrónico y en la red, orientación sobre ciberseguridad y uso de las redes sociales.

El vínculo relacional se establece en función a la metodología en la que se desarrolla este perfil, concretamente fuera de las aulas convencionales y en entornos extracurriculares. Se observa que el alumnado con discapacidad intelectual necesita puentes de confianza personal para identificar sus propias necesidades de apoyo. Se comprobó que la oferta de apoyo tecnológico vía correo electrónico no generaba demandas por parte del alumnado, por el contrario, si la oferta de apoyo se realizaba en entorno extracurricular como la cafetería universitaria u otros espacios favorecedores de relaciones interpersonales, el alumnado de ingeniería aumentaba su empatía y conocimiento de las potenciales demandas de apoyo tecnológico del alumnado con discapacidad intelectual.

2 Metodología

Al objeto de fortalecer el argumento empírico de este perfil de apoyo en el ámbito universitario, e ir ajustando su naturaleza ontológica y desarrollo funcional, el trabajo que aquí se presenta recoge una revisión sistematizada de literatura científica sobre digitalización en el ámbito universitario en relación a personas con discapacidad intelectual.

Para una aproximación al entorno hispano, se han explorado 458 aportaciones científicas de dos bases de datos (WOS y Scopus) analizando los trabajos sobre universidad inclusiva y Tecnologías de la Información y la Comunicación. De este material se analizan 12 estudios que directamente vinculan universidad, discapacidad y tecnologías de la información y comunicación.

El análisis se construye mediante dos dimensiones: 1) sociocontextual y 2) sobre el objeto de estudio. La dimensión sociocontextual se concreta en variables tales como el género de la autoría y el ámbito conocimiento. El objeto de estudio, centrado en el desarrollo y exposición de las TIC para con el estudiantado universitario con discapacidad se construye a través del análisis del discurso con una adaptación de la Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1998). Así, en esta comunicación, partiendo de una metodología de Trabajo Social basado en la evidencia (Barrera, Malagón y Sarasola, 2017) recopiladas en la construcción y desarrollo del perfil referente tecnológico en el Título Propio FEVIDA, se pretende discutir con la teoría las cuestiones relacionadas con la digitalización y el estudiantado universitario con discapacidad intelectual.

Se ordenan los artículos mediante codificación abierta (25 códigos), axial (4 familias) y selectiva (selección de familias clave) (Strauss y Corbin, 1998). Es en esta última codificación cuando se discute la teoría con la realidad del Título Propio FEVIDA.

3 Resultados y conclusiones

La universidad inclusiva y las TIC, enlazando con los centros de adscripción, vienen promovidos desde el ámbito de la educación principalmente (Rojas-Zapata, & Hernández-Arteaga, 2022; Llorent et al., 2016). Dentro de esta rama se concreta en “Didáctica y teoría de la educación” y “Teoría e historia de la educación” (Gasset et al., 2013), y “Cultura y educación” (Moriña, 2015). Además, desde la psicología (Coñoman Garay & Ávila Clemente, 2022) y la psicología de la salud y la discapacidad (Martín-Padilla et al., 2013) también se encuentran aportes. Con menor presencia se encuentra representada la pedagogía (Proenza-Pupo & Acosta-Guerra, 2017). En cuanto al género de la autoría, en base a su nombre de pila, se observa que la mayoría de documentos, ocho, son firmado por mujer/es, seguido de cuatro documentos con autoría mixta y ninguno con autor/es de género masculino.

A continuación, se expone la discusión de la realidad del Título Propio con las cuatro familias que da como resultado la codificación axial: las TIC en la universidad inclusivas, las limitaciones, los beneficios y el camino de las mismas.

En cuanto a la conceptualización de las TIC y la digitalización en la universidad inclusiva cabe tomar en consideración la escasez de trabajos específicos para estudiantado universitario con discapacidad intelectual (Coñoman et al., 2022; Izuzquiza et al., 2013). Si bien, el Título Propio FEVIDA es para personas con discapacidad intelectual, se entiende necesario el análisis genérico del concepto pues permite establecer relaciones entre elementos que confrontan la realidad.

La construcción teórica con elementos como la accesibilidad, la alfabetización digital y formación, enlazan con los objetivos de FEVIDA y lo desarrollado en su asignatura de TIC. Además, como respuesta desde la práctica a las limitaciones sobre flexibilidad y la necesidad de entender y formar en el aula virtual se cuenta de manera extraordinaria con el acompañamiento informal de las personas referentes tecnológicas. Esta interacción con estudiantado sin discapacidad se suma a los múltiples beneficios que se desarrollan en la literatura, que si bien no se han analizado a nivel formal en FEVIDA se observan en el acompañamiento del estudiantado en las seis ediciones del programa.

Mientras el uso de la TIC fue una respuesta de los sistemas de aprendizajes al COVID, para estudiantes con Discapacidad intelectual en las universidades la sustitución de la presencialidad por la tecnología supuso una gran limitación. Primero, por la brecha digital de este tipo de alumnado, y segundo por la necesidad de apoyo personal e interrelación en el proceso de aprendizaje (Díaz-Jiménez, Del Valle Calvo y Yerga Míguez, 2022). Por otro lado, la necesidad formativa de docentes se relaciona en la práctica con formaciones específicas que se imparten en FEVIDA para la mejora de la accesibilidad, entre la que se incluye el dominio de las TIC accesibles cognitivamente.

El camino y hoja de ruta planteada en este programa va en línea a lo que plantea la literatura científica como el fomento de las TIC para el empleo, desarrollo de video-curriculum, acceso a webs específicas de empleo. Además, un campo que es necesario seguir implementando es la ciberseguridad y el uso eficiente de las redes.

Se debe tomar en consideración la necesidad de profundizar en cuestiones emergentes como son las inteligencias artificiales y su uso por parte del estudiantado universitario, dando respuesta específica al estudiantado con discapacidad intelectual (Almuaqel, 2023).

Referencias bibliográficas

- Almuaqel, I. A. (2023). Virtual Reality and Inclusive Learning of Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of Findings and the Path Ahead. *IEEE Transactions on Engineering Management*.
<https://ieeexplore.ieee.org/document/10105623>
- Angarita, M., Barrera, A., & Cuervo, R. (2017). Implementation and development policy guidelines for an inclusive and higher education in the university of Boyaca/Tunja, Colombia. *Revista inclusiones*, 4(1), 137-151.
- Barrera-Algarín, E., Malagón-Bernal, J. & Sarasola, J. (2017). El meta-análisis como elemento de innovación educativa de la práctica basada en la evidencia en trabajo social. *Profesorado. Revista de Curriculum y Formación del Profesorado*. 21. 259-270.
- Coñoman Garay, G. I., & Ávila Clemente, V. (2022). Evaluación de la formación online por jóvenes con discapacidad intelectual: Experiencia durante la covid-19 en contexto universitario. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 53(2), 61-82.
- Díaz Jiménez, Rosa María, Janira Del Valle Calvo, & María Dolores Yerga Míguez. (2022). Historias de vida como herramienta de inclusión universitaria de personas con diversidad funcional cognitiva. *Revista Internacional de Diversidad en Organizaciones, Comunidades y Naciones 1* (1): 57-80. doi:10.18848/2770-5439/CGP/v01i01/57-80.
- García, M., & García, M. (2012). Contribution of university to development of inclusive practices: Dilemmas and proposal to advance a shared way. *REVISTA DE EDUCACION INCLUSIVA*, 5(1), 123-138.
- Gascon, A., Ortega, M., & Briones, V. (2016). Genesis of an inclusive university in Ecuador. The Technical University of Manabi. *Revista iberoamericana de educacion*, 70(2), 167-193. <https://doi.org/10.35362/rie70266>
- Gasset, D., Galvez, I., & Martin, R. (2013). Ten years of training for the employment of people with intellectual disability in the university: assessment and perspectives. *Revista iberoamericana de educacion*, 63, 127-138. <https://doi.org/10.35362/rie630505>
- Gonzalez-Montesino, R., & Chavarria, R. (2020). Inclusive, bilingual and multimodal university learning spaces: The case of Deaf students sign language users. *Journal of learning styles*, 13(25), 70-82.
- Llorent, V., Ruiz-Calzado, I., & Varo-Millan, J. (2016). Indicators of good teacher based on emotional intelligence. The university training in inclusive education. *Revista sonda-investigacion y docencia en artes y letras*, 5, 72-91. <https://doi.org/10.4995/sonda.2016.18400>
- Mampaso Desbrow, J., Criado, M., & Garcia, A. (2020). Self-perception of the learning experience in the virtual environment in young university students with intellectual disabilities. *Journal of learning styles*, 13, 140-154.
- Martín-Padilla, E., Sarmiento, P. J., & Coy, L. Y. (2013). Inclusive education and functional diversity at the university; [Educación inclusiva y Diversidad funcional en la Universidad]. En *Revista Facultad de Medicina* (Vol. 61, Número 2, pp. 195-204). Universidad Nacional de Colombia.
- Moriña, A. (2015). Inclusive university settings? An analysis from the perspective of students with disabilities / ¿Contextos universitarios inclusivos? Un análisis desde la voz del alumnado con discapacidad. *Cultura y Educación*, 27(3), 669-694. <https://doi.org/10.1080/11356405.2015.1072361>
- Proenza-Pupo, J., & Acosta-Guerra, G. (2017). The inclusive education for deaf students in the Iberian-American University Corporation of Colombia. *LUZ*, 16(1), 1-9.
- Rojas-Zapata, A. F., & Hernández-Arteaga, I. (2022). Lineamientos y prácticas de educación inclusiva en la universidad. *Zona Próxima*, 37, 99-121. <https://doi.org/10.14482/zp.37.371.596>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

¿Los centros educativos ordinarios favorecen la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales? Una aproximación preliminar a partir de las visiones de las familias del alumnado

Eduardo Díaz Velázquez, Universidad de Alcalá (eduardo.diazv@uah.es)



Resumen

El proceso hacia un sistema educativo inclusivo que establece la Disposición Adicional Cuarta de la LOMLOE ha encontrado resistencias por parte de entidades y empresas que gestionan Centros de Educación Especial (CEE), así como por familias de alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) que acuden a CEE y que, generalmente, manifiestan haber tenido experiencias negativas en centros ordinarios. Es por esta razón relevante analizar las experiencias de las familias del alumnado con discapacidad en una u otra modalidad para comprender en qué medidas las experiencias negativas del alumnado con NEE en su escolarización en centros ordinarios pueden influir en los discursos adoptados.

Esta comunicación recoge una aproximación inicial a este fenómeno en el marco del Proyecto “Discursos y experiencias sobre educación especial e inclusiva en familias de alumnado con discapacidad” (DISEIDIS), PID2021-126531OA-I00, financiado por MCIN/AEI/ 10.13039/ 501100011033/ FEDER, UE. Su objetivo principal es analizar los discursos hacia la educación especial y la educación inclusiva de las familias del alumnado con NEE derivadas de una discapacidad, a raíz de sus experiencias con el sistema educativo. La hipótesis de partida es que los discursos en contra de la educación inclusiva en parte se explican a partir de las experiencias negativas de escolarización en educación ordinaria, que han llevado a identificar la situación actual de la educación ordinaria con el modelo de educación inclusiva que se recoge en la normativa estatal e internacional. Por otro lado, se quiere comprobar si esa experiencia negativa es común a todos los perfiles analizados y tratar de identificar cuáles son las variables, aparte de las basadas en la experiencia personal, que influyen para adoptar unos discursos u otros, como podrían ser las afinidades ideológicas previas.

Palabras clave

Discapacidad, necesidades educativas especiales, educación inclusiva, educación especial

1 Introducción: el proceso hacia la educación inclusiva

Esta comunicación presenta el Proyecto “Discursos y experiencias sobre educación especial e inclusiva en familias de alumnado con discapacidad” (DISEIDIS), PID2021- 126531OA-I00, financiado por MCIN/AEI/ 10.13039/ 501100011033/ FEDER, UE, actualmente en desarrollo.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006 reconoce el derecho a la educación inclusiva en su artículo 24: “Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles”, que proporcione los ajustes razonables y los recursos y apoyos personalizados necesarios en todas las etapas educativas. Establece así un marco filosófico o ideológico de cómo debería ser el sistema educativo

(Echeita y Verdugo, 2005), objetivo de obligado cumplimiento en aquellos países que han ratificado la Convención. También se recoge, aunque sin carácter vinculante, en el Objetivo de Desarrollo Sostenible nº 4 de la Agenda 2030 (ONU, 2016), que reconoce el valor de garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, en dos metas concretas: asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional, incluidas las personas con discapacidad (Meta 4.5) y construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad (Meta 4.a).

La educación inclusiva implicaría un proceso de reforma sistémica que conlleva cambios y modificaciones en el contenido, los métodos de enseñanza, los enfoques, las estructuras y las estrategias de la educación, que va mucho más allá de la incorporación de los alumnos con discapacidad en las clases convencionales (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016). Estar escolarizado en el sistema educativo ordinario es una condición necesaria pero no suficiente para la inclusión, ya que es necesario disponer de personal y recursos de apoyo suficientes en los centros ordinarios para dar respuesta a las necesidades de los estudiantes con discapacidad (Díaz Velázquez, 2020; Medina, 2017).

La escolarización en centros ordinarios promueve el acceso universal a la educación, reduce la discriminación por razón de discapacidad, es más eficiente económicamente y favorece la inclusión social futura (WHO, 2011; UNESCO, 2017; Symeonidou, 2018). El objetivo de la educación inclusiva sería eliminar la exclusión social y segregación derivada de cualquier diversidad: discapacidad, género, étnica o de clase social (Echeita y Ainscow, 2011). Sin embargo, mientras que algunas de estas formas de segregación obedecen a dinámicas sociales, económicas o culturales más o menos complejas, lo genuino de la segregación por discapacidad, como en el caso de la educación especial, es que frecuentemente está legitimada social y legalmente (Díaz Velázquez, 2020).

En los sistemas educativos de buena parte del mundo existe una educación segregada para el alumnado con discapacidad. A nivel europeo, existen muchas desigualdades entre países. La tasa de alumnado con NEE en los países de la UE oscila entre el 1.02% y el 25.12%. También es desigual su distribución en centros ordinarios y especiales. Mientras que en países como Italia, Islandia, Malta o Noruega el porcentaje de alumnado con NEE en educación ordinaria se encuentra por encima del 90%, en otros se sitúan por debajo del 50%, predominando otras modalidades educativas como las escuelas especiales o las clases especiales en centros ordinarios (Ramberg, Lénárt & Watkins, 2020).

2 La educación inclusiva en España y la LOMLOE

Los informes relativos a España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2011, 2017, 2019) que daban cuenta de los déficits existentes en la inclusión educativa del alumnado con NEE en nuestro país e instaban al Estado a avanzar hacia una educación plenamente inclusiva (Verdugo et al., 2018), han tenido su respuesta en normativa reciente. La *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación* (LOMLOE), en su Disposición Adicional Cuarta, prevé que “en un plazo de diez años (...) los centros ordinarios cuenten con los recursos necesarios para poder atender en las mejores condiciones al alumnado con discapacidad. Las Administraciones educativas continuarán prestando el apoyo necesario a los centros de educación especial para que estos, además de escolarizar a los alumnos y alumnas que requieran una atención muy especializada, desempeñen la función de centros de referencia y apoyo para los centros ordinarios”.

Para el curso 2021/22, la tasa de alumnado con NEE derivadas de una discapacidad era del 3,1%; con una mayor incidencia en niños (4,1%) que en niñas (1,9%). El 83,8% del alumnado con NEE se escolarizaba en

centros ordinarios y un 16,2% en educación especial (ya sean CEE o aulas especiales en centros ordinarios). Estas cifras reflejan cierto estancamiento desde hace dos décadas. Existen diferencias importantes por CCAA, desde el 94% de Galicia hasta el 73,2% de Navarra, habiendo evolucionado de manera muy diferenciada en los últimos años. Los niños con NEE están matriculados con más frecuencia en centros ordinarios (84,8%) que las niñas con NEE (81,4%). De la misma manera, hay discapacidades que alcanzan una escolarización en centros ordinarios por encima del 90%, como la auditiva (95,4%), la visual (95,5%) o los trastornos graves de conducta (98,3%), mientras que la discapacidad intelectual (75,4%) y, sobre todo, las plurideficiencias (36,9%) quedan por debajo de la media, y en descenso. Por otro lado, el peso de los centros concertados y privados en su escolarización es mayor en educación especial, el 38,5%, que en la ordinaria, del 25,4% (Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2023).

La LOMLOE, desde su proyecto de ley, ha contado con la oposición de los centros privados concertados. En el caso de los CEE, ha provocado una reacción en contra de entidades y empresas que los gestionan de forma concertada. Aparte de ello, familias de niños/as con discapacidad se han opuesto “al cierre de los centros de educación especial” (lo que ni la norma ni su proyecto preveían), constituyéndose desde 2018 una plataforma que bajo el nombre de “Inclusiva sí, especial también” se opone al (supuesto) cierre. La plataforma está compuesta “por 141 organizaciones, de las que 77 son titulares de CEE. El 66% de los CEE adheridos a la plataforma son concertados, la mitad de ellos adscritos a la Iglesia católica. Territorialmente, tres cuartas partes de las organizaciones adheridas a la plataforma están domiciliadas en las comunidades de Madrid (40%) y Castilla y León (35%). El 25% restante se reparte entre Galicia, Andalucía, Murcia y Comunidad Valenciana, siendo escasa o nula su presencia en las restantes CCAA” (Huete et al., 2019).

La oposición a la norma se desarrolló fundamentalmente en Twitter y Facebook, también mediante manifestaciones y acciones de lobby con administraciones, partidos políticos y otras organizaciones. Esta plataforma, así como las familias que apoyaban el movimiento, centraban su discurso en los beneficios de la atención especializada en estos centros frente a unos centros ordinarios infradotados de recursos de apoyo.

Algunas investigaciones han analizado este fenómeno y su discurso en redes (Huete et al., 2019; Rogero et al., 2022), identificando los presupuestos ideológicos subyacentes sobre el que pivota, como la defensa de la libertad de elección, la protección de la infancia con discapacidad vulnerable, la construcción de la identidad sobre la discapacidad, la visión de los centros ordinarios como entornos hostiles y competitivos (Rogero et al., 2022), combinando argumentos técnicos (individualización, excelencia, rendimiento) y emotivos (tristeza, abandono, sufrimiento, orgullo) (Huete et al., 2019).

Las familias hacen énfasis en las experiencias negativas de sus hijos e hijas cuando se han escolarizado en centros ordinarios. En ese sentido, esa movilización en contra muestra el fracaso parcial del proceso de inclusión educativa en nuestro país. Refleja el miedo de las familias a que sus hijos no sean atendidos adecuadamente y la insatisfacción ante experiencias en centros ordinarios en las que estos no han facilitado al alumnado los apoyos necesarios para su aprendizaje (Huete et al., 2019).

En la coyuntura actual, no sólo se enfrentan dos visiones de cómo ha de ser la atención al alumnado con discapacidad (inclusiva o diferenciada) sino que también entran en juego otros intereses, como los corporativos y empresariales, que definen las posiciones de los actores dentro del sistema educativo. Sin embargo, es de especial interés analizar los discursos de las dos visiones, a favor y en contra de la educación inclusiva, poniendo el foco no en las redes sociales (donde los *influencers* o líderes de orientan los discursos, expresados en un número reducido de caracteres) sino en las experiencias de las familias del alumnado con discapacidad que han optado por una u otra modalidad. Resulta imprescindible comprender cuáles son sus opiniones, miedos y resistencias de esas familias para diseñar las respuestas educativas y sociales adecuadas.

Este proyecto pretende analizar los discursos y las experiencias de las familias de este alumnado en las diferentes modalidades para comprender en qué medida las experiencias vividas llevan a analizar positivamente o negativamente cada modelo. De hecho, se observa un espacio discursivo común entre ambas posturas, que incide en la escasez de recursos de apoyo en los centros ordinarios para poder hablar de una educación realmente inclusiva (Roger et al., 2022).

La hipótesis de partida es que los discursos en contra de la educación inclusiva de las familias que llevan a sus hijos/as a educación especial se explican a partir de las experiencias negativas de escolarización en educación ordinaria, que llevan a identificar la situación actual de la educación ordinaria con el modelo de educación inclusiva. En ese sentido, predomina una mala experiencia de escolarización que influye el discurso de las familias del alumnado con NEE, que en algunos casos les lleva a inclinarse por un activismo pro-educación inclusiva (pretendiendo transformar el modelo de los centros ordinarios o defender el derecho de su hijo/a por escolarizarse en estos), a otros por la resignación dentro de la educación ordinaria, y a otros por apostar por la educación especial (y, llegado el caso, a hacer activismo en su defensa).

Se presume que en la adopción de unos discursos u otros entran en juego diferentes variables interrelacionadas, como pueden ser las afinidades ideológicas previas (sus concepciones sobre la educación o su orientación política) y las experiencias individuales, relacionadas sobre todo con el grado de discriminación, desatención o exclusión experimentado en los centros ordinarios.

3 La propuesta metodológica

El objetivo general de esta investigación es analizar los discursos sobre la educación especial y la educación inclusiva de las familias del alumnado con NEE derivadas de una discapacidad, a raíz de sus experiencias con el sistema educativo. La investigación tiene como estrategia metodológica principal la aproximación cualitativa a través de grupos de discusión, combinada con el análisis de fuentes estadísticas, documentales y normativas, que permitan enmarcar y contextualizar la investigación, así como ayudar al diseño de los grupos de discusión, identificando aquellas variables más relevantes que puedan contribuir a la selección de los perfiles participantes.

El diseño de los *grupos de discusión*, mediante un muestreo estructural, pretende representar las posiciones discursivas de las diferentes experiencias de escolarización:

1. familias con hijo/a con NEE escolarizado siempre en centros ordinarios,
2. familias con hijo/a con NEE escolarizado siempre en CEE,
3. familias con hijo/a con NEE escolarizado en CEE tras pasar por centros ordinarios y
4. familias con hijo/a con NEE escolarizado en centros ordinarios tras pasar por educación especial.

La selección de estas cuatro situaciones posibles puede variar en función de las dificultades que encontremos para localizar perfiles. A priori, la situación 4 es menos frecuente y puede ser más difícil encontrar grupos para esta modalidad en determinados territorios.

La primera variable estructural es la CCAA, pues éstas cuentan con las competencias educativas. Se seleccionarán atendiendo a su tasa de detección de alumnado con NEE y tasa de alumnado en centros ordinarios. También habría que tener en cuenta el peso en éstas de la plataforma *Inclusiva sí, especial también*, de acuerdo con lo indicado más arriba. Sin embargo, es reseñable que en los últimos años se observan evoluciones muy diferentes en las tasas de alumnado en centros ordinarios por CCAA, que han reorientado su selección.

Al mismo tiempo, habría que tener en cuenta otras variables en la confección de los grupos, como el sexo (pues las niñas se escolarizan en educación escolar en mayor proporción que los niños), el tipo de discapacidad (con muy diferente inclusión), la titularidad del centro (público o privado-concertado), o la etapa de enseñanza (infantil, primaria, secundaria).

Referencias bibliográficas

- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2011). *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España*. CRPD/C/ESP/CO/1. Naciones Unidas.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). *Observación General núm. 4 sobre el derecho a la educación inclusiva*, CRPD/C/GC/4. Naciones Unidas.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017). *Informe de la investigación relacionada con España bajo el artículo 6 del Protocolo Facultativo*. CRPD/C/20/3. Naciones Unidas.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2019). *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España*. CRPD/C/ESP/CO/2-3. Naciones Unidas.
- Díaz Velázquez, E. (2020). Disability Law in Spain: moving forward towards full citizenship and inclusion? In C. Spivakovsky, L. Steele & P. Weller (Eds.). *The Legacies of Institutionalisation: Disability, Law and Policy in the 'Deinstitutionalised' Community*, 59–72. Oxford: Hart Publishing.
- Echeita, G., & Verdugo, M. A. (2005). Diez años después de la Declaración de Salamanca sobre Necesidades Educativas Especiales en España. Entre la retórica esperanzadora y las resistencias al cambio. *Siglo cero*, vol. 36, nº1, p. 5-12.
- Echeita, G. y Ainscow, M. (2011) La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Tejuelo*, 12. pp. 26-46.
- España. Cortes Generales. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, de 30 de diciembre de 2020, 340, 122868 a 122953. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>.
- Huete, A., Otaola, M. and Manso C. (2019). Inclusiva Sí, Especial También: ¿revolución o resistencia? El ciberdebate sobre el cierre de los Centros de Educación Especial en España. *Siglo Cero*. Vol. 50(4), n. 272, 2019, p. 75-98. DOI: 10.14201/SCERO20195047598
- Medina, M. (2017) *La educación inclusiva como mecanismo de garantía de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad. Una propuesta de estrategias pedagógicas inclusivas*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad (2019). *Alumnado con discapacidad y educación inclusiva en España. La Educación inclusiva en España*. Olivenza: OED.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo*. ONU (2006).
- Organización de las Naciones Unidas (2016). *Agenda 2030 sobre desarrollo sostenible*.
- United Nations. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Ramberg, J., Lénárt, A. & Watkins, A. (eds.) (2020). *European Agency Statistics on Inclusive Education: 2018 Dataset Cross-Country Report*. Odense, Denmark: European Agency for Special Needs and Inclusive Education.
- Rogero-García, J., & et al. (2022). El nuevo discurso frente a la educación inclusiva en España. *Revista Española de Discapacidad*, vol. 10, n. 2, 35-52

Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional (2023). *Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Curso 2021-2022.*

Disponible en: <https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/no-universitaria/alumnado/apoyo/2021-2022.html>

Symeonidou, S. (ed.) (2018). *Evidence of the link between Inclusive Education and Social Inclusion: A review of the literature*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education: Odense, Denmark.

UNESCO (2017). *A Guide for ensuring inclusion and equity in education*. Paris: 2017.

Verdugo, M. Á., Amor, A. M., Fernández, M., Navas, P. y Calvo, I. (2018). La regulación de la inclusión educativa del alumnado con discapacidad intelectual: una asignatura pendiente. *Siglo Cero*, 49 (2), 266, 27-58.

World Health Organization (2011). *World Report on Disability*. Ginebra: World Health Organization



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Cuerpos no normativos, tecnocuidados y sexualidades capacitistas

Raquel Latorre Martínez



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En la actualidad, los cuerpos no normativos están generando un necesario debate acerca de temas que no habían sido sometidos a juicio o al menos no cuestionados con tanta fiereza, como tener un cuerpo que no es erotizado, que no sigue las prácticas sexuales “normales” (o más bien normativas) o que no se considera productivo en los términos del sistema capitalista-patriarcal. En este sentido, los cuerpos de las personas en situación de discapacidad y, más concretamente, los cuerpos de las mujeres con discapacidad se ven sometidos a una evaluación permanente. Más allá de las continuas presiones que los cánones de belleza imponen en la lectura de los cuerpos de las mujeres (y cada vez más, de los hombres), nos encontramos con que la sexualidad, los deseos, las fantasías... están configuradas en marcos capacitistas y dotadas de sentido a través de tipos sexuales ideales que, de ninguna manera, pueden configurar enfoques analíticos.

En esta investigación, nos cuestionamos una sexualidad capacitista que requiere de replantear y reconceptualizar el imaginario colectivo que ha relegado a los cuerpos no normativos a ser cuerpos infantilizados, alejados de lo erótico, de los referentes culturales de moda y belleza e imbuidos en sexualidades capacitistas con prácticas exigentes y, en muchas ocasiones, poco empáticas con su realidad. Para ello, analizamos también el influjo del autocuidado y las tecnologías en creciente auge, donde se intensifican las imposiciones patriarcales a través de lo tecnológico, ya que miles de apps, dispositivos tecnológicos, etc. nos "ayudan" a conseguir el cuerpo perfecto o nos miden las kilocalorías consumidas. También aparecen nuevos/as referentes y espacios en redes sociales donde crear y compartir contenido. ¿Y cómo afecta esto a la sexualidad y al placer de las mujeres en situación de discapacidad? ¿Están los tecnocuidados potenciando los cánones de belleza y las relaciones sexuales normativas? ¿O están permitiendo encontrar referentes más diversos/as y entornos menos capacitistas?

Palabras clave

Capacitismo, género, sexualidad, tecnocuidados.

1 Introducción

En entornos aún notablemente capacitistas, la norma, lo conceptualizado como normal bajo el amparo de la estadística y su campana de Gauss es un cuerpo capacitado, que ve como se espera, que camina como lo hace la mayoría, que muestra afecto de una manera determinada... en definitiva, un cuerpo capaz que sin problemas se adapta a las prescripciones de cómo se es o se debe ser dentro del imaginario colectivo.

Sin embargo, desde este imaginario colectivo, desde este marco interpretativo se esconde la diversidad y también la vulnerabilidad y los cuidados, dejando de lado el hecho de que todas las personas somos diferentes, vulnerables en uno u otro momento y que todas estamos imbuidas en relaciones de interdependencia formando parte de relaciones de cuidados a lo largo de nuestra vida (Santiago, 2021; Pié Balaguer, 2019; Tronto, 2013;

Glenn, 2000). Este “olvido” no es ni casual ni involuntario, sino que es coherente con la estructura social en la que tiene lugar, en la cual se ocultan las necesidades de cuidados inherentes a la propia condición del ser humano (Martínez, 2019; Venturiello, Gómez Bueno y Martín Palomo, 2020). No es de extrañar si nos fijamos en cómo la discapacidad es vista y entendida, como algo de lo que se pretende escapar, que no nos interpela y que cuando lo hace es visto como una situación negativa que nos atormenta, algo limitante que va a restringir nuestras posibilidades de decisión y autocuidado (Muyor, 2018) y que, por tanto, nadie quiere para sí o para sus allegados/as.

Ahora bien, situar este fenómeno en el individuo supone obviar la estructura y ese imaginario colectivo del que hablábamos. Las personas con discapacidad son vistas como fuera de la norma porque la norma atrae hacia sí todo aquello que le queda fuera, entendiéndolo como contrario, lo que genera un binarismo férreo entre personas capacitadas y no capacitadas. Lo no capacitado queda entonces desplazado no solo de los espacios físicos o visibles, que están previsiblemente preparados para los quehaceres y rutinas de los y las que pueden desenvolverse sin problema en la vida cotidiana (Winance, Damamme y Fillion, 2015) sino también de los diseños arquitectónicos, las prácticas administrativas (Muyor y Minguela, 2019), los entornos laborales competitivos o de la propia sexualidad que no se presupone fuera de los cuerpos capacitados.

Se generan así desigualdades en diferentes ámbitos que se tornan aún más complejas cuando se adopta la perspectiva interseccional. Resalta Andrea García-Santesmases (2014) la escasa atención que se ha prestado a la interseccionalidad de la discapacidad y cómo esta interactúa con la clase social, el nivel cultural y, por supuesto, con las desigualdades entre hombres y mujeres. Pese a que son muchas las investigaciones realizadas en torno a la violencia de género que se ejerce sobre las mujeres con discapacidad (Moscoso, Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2014; Wu et al. 2017; Beckwith y Drake, 2022), escasamente han sido cuestionadas las implicaciones que supone la performatividad de género en estas, en cuya interacción se generan problemáticas que han quedado invisibilizadas, alejadas incluso de las líneas centrales de lucha del movimiento feminista, que no ha hecho propias sus reivindicaciones y luchas (Cruz, 2013).

Algo semejante ocurre cuando hablamos de sexualidad en personas con discapacidad y, sobre todo, cuando se hace referencia a mujeres y a sus placeres. Surgen aquí varios interrogantes: ¿cómo interacciona la discapacidad con la sexualidad? ¿Qué implicaciones puede tener en una sociedad que se rige por prácticas sexuales capacitistas? Y lo que es más importante, ¿cómo interacciona el género con la discapacidad y la sexualidad simultáneamente?

Como comenta Shakespeare (1998, p. 205), en las personas con discapacidad “la sexualidad no es un problema porque no es un tema, o es un tema porque se considera un problema”. No se habla sobre ello, no se tienen en cuenta sus deseos, fantasías, placeres, ... y cuando se hace se torna problemático o epicentro del debate. ¿Por qué ocurre esto? Porque se pone en evidencia cómo está configurado el imaginario colectivo sobre la sexualidad. Esa norma anteriormente mencionada se evidencia con la existencia de prácticas sexuales hegemónicas, donde los y las protagonistas cuentan con cuerpos capaces que siguen sin problema los cánones, las pautas consensuadas socialmente en lo que a expresión de la afectividad y relaciones se refiere (García-Santesmases, 2023). La sexualidad de las personas con discapacidad plantea retos, nuevos marcos interpretativos porque significa salir de lo hegemónico, significa enfrentarse a espacios que están en blanco o para los que no se cuenta con tanta prescripción social.

El género aquí, tal y como lo expone Butler (2007) en su teoría sobre la performatividad, se hace continuamente, se interpreta a diario, en forma de férreas y opuestas categorías: hombre y mujer. Lo que a su vez produce contextos culturales binarios, que sitúan como polos de un opuesto lo que supone ser hombre y ser mujer, presentándolas como una realidad estable e inalterable que parece superar la posibilidad de desequilibrarlas, de erosionarlas, aunque esté ocurriendo progresivamente, no sin resistencias. Es por ello por lo que las presiones por “representar” el género no desaparecen, a pesar de que lo que se espera que unas y

otros hagan es puesto en duda por una categoría más grande, la de la discapacidad, que parece diluirlo. De esta forma, la discapacidad trastoca la división de roles tradicionalmente asignados a mujeres y hombres. La expresión entonces de esta se torna necesaria en una sociedad binarista donde sus cuerpos van a ser leídos primero como “fuera de lo capacitista” y después como hombres o mujeres.

Las mujeres se ven doblemente afectadas por estos ejes de opresión y discriminación: por un lado, la discapacidad; y, por otro, por el hecho de ser mujeres en sociedades donde el hombre es la medida de todas las cosas. Esto supone que las mujeres que normalmente cuidan, que son erotizadas y se saben observadas por su potencial capital erótico ahora necesitan ser cuidadas, o se les niega formar parte de lo deseable o deseante por las implicaciones de la discapacidad, conllevando una cierta subversión del género (García-Santesmases, 2015; Tobío, 2012). Y al ser consideradas como “dependientes”, como “no capaces de asumir todas las reglas del juego” tiende a negárseles tanto la capacidad de cuidar de sí mismas y de otras personas como a obviar que son cuerpos que sufren y que experimentan placeres, que tienen deseos, fantasías, ... (Candelas y Mulet, 2018). Y es precisamente aquí donde esta tesis en curso pretende incidir. Si todas las personas necesitan ser cuidadas y todas forman parte de lo que se entiende por sexualidad y prácticas sexuales en cuanto a cuerpos sexuados, ¿qué ocurre con estos cuidados y afectos en las personas con discapacidad? Si el hecho de ser mujer y todas sus implicaciones interaccionan con la discapacidad y la sexualidad, ¿qué efectos tiene en las mujeres con discapacidad no formar parte de los cuerpos deseables o normativos? ¿Cómo interaccionan las presiones de performar el género femenino con cómo son leídos los cuerpos con discapacidad? ¿Qué nuevos planteamientos o reformulaciones de lo sexual podrían entrar a formar parte?

2 Objetivos

El objetivo general de esta tesis es conocer cómo los tecnocuidados y placeres de las mujeres con discapacidad se ven interpelados por los roles de género tradicionales y las prácticas sexuales capacitistas.

Dicho objetivo, más abierto podría desagregarse en otros más concretos ligados a:

- Investigar el papel que ocupan los tecnocuidados y placeres en las vidas de las mujeres con discapacidad y cómo se entrelazan con las situaciones particulares a las que se enfrentan.
- Analizar qué tiempo y espacio ocupan su autocuidado, sus preocupaciones, deseos, intereses, fantasías, emociones... y qué importancia les otorgan ellas mismas y las redes sociales en las que se mueven.
- Examinar cómo sus propios estados emocionales, físicos, psicológicos, ... interactúan con su sexualidad y cuidados.
- Evidenciar situaciones y ámbitos en los que las diferentes opresiones se evidencian y se superponen contrarias a la sexualidad de las mujeres con discapacidad.
- Indagar cómo interaccionan las performances de género en las mujeres con discapacidad y qué implicaciones tienen en la expresión de su sexualidad y cuidados.

3 Metodología

El diseño de esta investigación contempla el uso tanto de metodología cualitativa como cuantitativa: en relación con las técnicas de producción de datos cuantitativas se llevará a cabo la explotación de datos secundarios; en relación con la metodología cualitativa se recurrirá a dos herramientas, las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido en Instagram.

En la primera fase, se realizará una revisión de las bases de datos disponibles en lo relativo a cuidados, discapacidad, género y sexualidad, como la “Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD), publicada recientemente, la “Encuesta nacional de salud” (2017), ... entre otras.

En la segunda fase, con técnicas cualitativas, se propone la realización de:

- Entrevistas en profundidad a jóvenes en situación de discapacidad de entre 18 y 35 años. Se realizarán para conocer de primera mano cómo conciben los cuidados y tecnocuidados y cuáles realizan en sus prácticas cotidianas. Al mismo tiempo, permitirá conocer cómo se entrelaza la sexualidad y el placer con sus situaciones particulares. Sus relatos permitirán captar variaciones discursivas dependiendo del perfil, así como acercarnos a sus percepciones, valoraciones y experiencias subjetivas.
- Análisis de contenido (Instagram). El uso de esta técnica viene motivado porque permite conocer cuáles son las representaciones culturales que ellas mismas generan o que generan otras personas a las que siguen. Esto permitirá acercarnos a la realidad de las mujeres jóvenes con discapacidad, así como a cómo las percibe la sociedad. Interesará conocer si en ese contenido audiovisual aparece su propio cuerpo, si hablan abiertamente de sexualidad así como las respuestas de las personas que las ven o las siguen.

En ambos casos, las mujeres que participen tendrán una edad comprendida entre los 18 y los 35 años y vivirán en España, sea cual sea su nacionalidad.

Los perfiles tenidos en cuenta tendrán que ver tanto con mujeres jóvenes que hayan sido asignadas administrativamente con las categorías “dependiente” o “gran dependiente” en lo relativo a una discapacidad física o sensorial.

4 Resultados y conclusiones

Este apartado aún queda a expensas de cómo se desarrolle la metodología que aún se encuentra en proceso. Ciertos resultados preliminares muestran que la presencia de las mujeres jóvenes con discapacidad está aumentando en Instagram, red social que utilizan para hablar de sus experiencias y cotidianidad. Algunas de ellas utilizan las redes sociales como medio para visibilizar qué supone tener discapacidad en una sociedad capacitista, de manera reivindicativa, mientras que otras ni siquiera mencionan el tema de la discapacidad. En otras ocasiones, la discapacidad es vista como una historia de superación personal, sobre todo, cuando se dedican al deporte porque se “esperaba” de ellas que al no tener un cuerpo normativo no podrían ser buenas en esto.

Referencias bibliográficas

- Beckwith, D., y Drake, G. (2022). Exploring women’s experiences of sexuality education, sexual expression and violence: Inclusive research with disabled women. *Disability & Society*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/09687599.2022.2071677>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Candelas, S. y Mulet, G. (2018). Mujeres, diversidad funcional y multidiscriminación. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies* 7, 45-56. <https://doi.org/10.15366/jfgws2018.7.005>
- Cruz, M.P. (2013). Teoría feminista y discapacidad: un complicado encuentro en torno al cuerpo. *Géneros: Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 12, 51-71.

- García-Santesmases, A. (2014). Dilemas feministas y reflexiones encarnadas: El estudio de la identidad de género en personas con diversidad funcional física. *Athenea Digital*, 14(4), 19-47.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1353>
- García-Santesmases, A. (2015). El cuerpo en disputa: cuestionamientos a la identidad de género desde la diversidad funcional. *Intersicios*, 9(1), 41-62.
- García-Santesmases, A. (2023). *El cuerpo deseado: la conversación pendiente entre feminismo y anticapacitismo*. Kaótica Libros.
- Glenn, E. N. (2000). Creating a caring society. *Contemporary sociology*, 29(1), 84-94.
- Martín Palomo, M. T., Zambrano Álvarez, I. & Muñoz Terrón, J. M. (2020). Intersecting vulnerabilities. Elderly care provided in the domestic environment. *Cuaderno de Relaciones Laborales* 38 (2), 269-288.
<https://doi.org/10.5209/crla.70890>
- Martínez, M. (2019). Presentación. Una (breve y no muy sistemática) aproximación a la noción de agencia desde la vulnerabilidad. *Papeles del CEIC*, 2019/1, 1-9. <https://doi.org/10.1387/pceic.20616>
- Moscoso, M., Martín Palomo, M. T. & Muñoz Terrón, J.M. (2014). *Abusos, violencias y malos tratos en mujeres discapacitadas: una aproximación teórica y metodológica*. En Actas del XIII Congreso de Antropología de la FEAA del EE (pp. 5576-5294). Tarragona: Universidad Rovira i Virgili
- Muyor, J. (2018). Nuevos significados de la discapacidad: De la igualdad de capacidades a la igualdad de derechos. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 39, 33-55. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2018393231
- Muyor, J., & Minguela, M. Á. (2019). Cuidados, vida independiente y diversidad funcional: Análisis teórico y vinculaciones prácticas. *Revista de Treball Social*, 216, 29-47. [10.32061/RTS2019.216.02](https://doi.org/10.32061/RTS2019.216.02)
- Pié Balaguer, A (2019). *La insurrección de la vulnerabilidad*. Universidad de Barcelona.
- Shakespeare, T. (1998). Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad. En L. Barton (comp.), *Discapacidad y sociedad* (pp. 205-229). Morata.
- Santiago, J. (Ed.) (2021). *Caras y soportes de la vulnerabilidad*. Los libros de la Catarata.
- Sutton-Brown, C. A. (2014) Photovoice: A methodological guide, *Photography and culture*, 7(2), 169-185.
<https://doi.org/10.2752/175145214X13999922103165>
- Tobío, C. (2012) "Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan", *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 399-422. [10.3989/ris.2010.08.26](https://doi.org/10.3989/ris.2010.08.26)
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy*. In *Caring Democracy*. New York University Press.
- Venturiello, M. P., Gómez Bueno, C. y Martín Palomo, M. T. (2020). Entramados de interdependencias, cuidados y autonomía en situaciones de diversidad funcional. *Papeles del CEIC*, 2, 1-18.
<https://doi.org/10.1387/pceic.20940>
- Winance, M., Damamme, A. y Fillion, E. (2015). "Thinking the aid and care relationship from the standpoint of disability: stakes and ambiguities". *European Journal of Disability Research*, 9(3), 163-168.
[10.1016/j.alter.2015.05.007](https://doi.org/10.1016/j.alter.2015.05.007)
- Wu J. P., McKee M.M., Mckee K.S., Meade, M.A., Plegue, M. y Sen, A. (2017). Female sterilization is more common among women with physical and/or sensory disabilities than women without disabilities in the United States. *Disability and Health Journal* (3), 400-405. [10.1016/j.dhjo.2016.12.020](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.020)



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Desgranando el dis/capacitismo: hacia unas políticas de cuidado críticas e interseccionales

Laura Sanmiquel-Molinero, Universitat Autònoma de Barcelona (laura.sanmiquel@uab.cat)

Andrea García-Santesmases Fernández, Universidad Nacional de Educación a Distancia (andrea.gsantesmases@der.uned.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En los últimos diez años, la noción de “capacitismo” ha empezado a ser usada tanto en el campo académico (Martín-Toboso, 2017; Moral, 2021) como en las redes sociales y el activismo (Guerra, 2021). Sin embargo, en algunas ocasiones, se ha equiparado este término a la discriminación hacia las personas “discapacitadas”, lo que se aleja del significado original que le dieron algunos de sus proponentes en el ámbito anglosajón como Campbell (2009) y Wolbring (2008). En esta comunicación, defenderemos la utilidad de distinguir el “capacitismo” del “discapacitismo” tal y como proponen los Estudios de la Dis/capacidad interseccionales (Goodley, 2014; Liddiard, 2018). El discapacitismo se refiere a la discriminación ejercida sobre el cuerpo considerado “biológicamente deficiente” a través de un conjunto de barreras materiales y simbólicas (Thomas, 2004). Por su parte, el capacitismo se refiere al conjunto de prácticas que establecen un determinado cuerpo-mente (auto-contenido, físicamente fuerte, racional, masculino, heterosexual, adulto y blanco) como el ejemplar típico de la especie humana, de forma que todos aquellos que no se ajustan al mismo quedan posicionados como “infracapacitados” y por lo tanto “discriminables”, fuera del amparo de los llamados derechos “humanos”. Así, el capacitismo no es solo el sistema de prácticas que hace posible el discapacitismo, sino que también es por ejemplo una pieza fundamental del heterosexismo, en tanto que “performar correctamente el género y la heterosexualidad” requiere un conjunto de capacidades corporales (García-Santesmases, 2017, 2023) asignadas al “ser humano completo”. Así, este marco nos permite un análisis interseccional. Para demostrar la utilidad de dicha propuesta teórica, nos basaremos en un análisis cualitativo crítico de las prácticas de cuidado que se dan en un hospital de neurorehabilitación español en dos ámbitos (1) Las prácticas rehabilitadoras y (2) Las prácticas de asistencia y cuidado. En base a dicho análisis, concluiremos con la necesidad de diseñar políticas de cuidado alineadas con la eliminación del capacitismo y el discapacitismo.

Palabras clave

Discapacidad, género, capacitismo, discapacitismo, instituciones socio-sanitarias.

1 Introducción

En esta comunicación, presentaremos un análisis cualitativo crítico de las prácticas de cuidado que se dan en un hospital de neurorehabilitación español a través del marco teórico que nos proporcionan los Estudios de la Dis/capacidad interseccionales (ED/c; Goodley, 2014). Los ED/c examinan el “complejo dis/capacidad” (Goodley, 2014, p. 51). Es decir, cómo todos aquellos atributos asociados a la capacidad y a la discapacidad se constituyen mutuamente y son reproducidos simultáneamente por el discapacitismo y el capacitismo, así como por otros sistemas de diferenciación social. En los últimos diez años, la noción de “capacitismo” ha empezado a ser usada tanto en el campo académico (Martín-Toboso, 2017; Moral, 2021) español como en las redes sociales y el activismo (Guerra, 2021). Sin embargo, en algunas ocasiones, se ha equiparado este término

a la discriminación hacia las personas “discapacitadas”, lo que se aleja del significado original que le dieron algunos de sus proponentes en el ámbito anglosajón como Campbell (2009) y Wolbring (2008).

El capacitismo (Campbell, 2009; Wolbring, 2008) designa el conjunto de prácticas sociales que excluyen sistemáticamente de la humanidad plena a aquellos cuerpos-sujetos que no se adaptan al ideal occidental del “individuo autocontenido” (Goodley, 2014, p. 143). El capacitismo es, por tanto, condición de posibilidad del “discapacitismo” (Reeve, 2012), que se refiere a las restricciones a la actividad y a la identidad impuestas sistemáticamente sobre los cuerpos que la biomedicina estima “deficientes”. El discapacitismo ha sido históricamente el foco de los Estudios de la Discapacidad. Sin embargo, los Estudios Críticos de la Discapacidad proponen que hay que complementar la atención al discapacitismo con la atención al capacitismo. El capacitismo nos permite preguntarnos por la emergencia de los cuerpos-sujetos deficientes desde una perspectiva interseccional que trasciende la metáfora del cruce entre ejes de opresión. Así, el capacitismo no solo es aquello que legitima la vulneración de los derechos humanos de los cuerpos clasificados como “deficientes”. El capacitismo fundamenta también otros sistemas de diferenciación social como el hetero/sexismo o el racismo, pues ambos se basan en las supuestas “capacidades inferiores” del sujeto “mujer”, “homosexual” o “no blanco” (Goodley, 2014; Wolbring, 2008) respecto a las que se atribuyen al “ser típico de la especie” (masculino, heterosexual, racional, autosuficiente, productivo y reproducible). En relación con esto último, la llamada teoría crip (McRuer, 2006) establece el heterosexismo y el capacitismo como sistemas interdependientes que se requieren mutuamente para producir las distintas posiciones disponibles en los mismos (hombre/mujer, homosexual/heterosexual, capacitado/discapacitado). Así, por un lado, una performance de género/sexo/sexualidad contranormativa (intersex, trans, no heterosexual, femenina) es una performance discapacitada (causada por una deficiencia del cuerpo o la mente). Por el otro, una performance contranormativa de la capacidad (encarnar el sujeto discapacitado) suele conllevar una performance de género/sexo/sexualidad contranormativa. O, dicho de otro modo, una performance de sexo/género/sexualidad reconocible como legítima requiere determinadas capacidades y formas corporales (García-Santesmases, 2017, 2023).

Este enfoque nos da una herramienta para explicar la desgenerización y la dessexualización de los cuerpos-sujetos discapacitados en determinados contextos, al tiempo que su énfasis en la posibilidad de transformación social nos permite explorar sus prácticas de resistencia. En esta comunicación, pretendemos demostrar la utilidad de dicha propuesta teórica, nos basaremos en un análisis cualitativo crítico de las prácticas de cuidado que se dan en un hospital de neurorehabilitación español en dos ámbitos (1) Las prácticas rehabilitadoras; (2) Las prácticas de asistencia y cuidado.

2 Método

Esta comunicación parte del material recogido durante la etapa doctoral de la primera autora, cuyo estudio consistió en la realización de una etnografía focalizada en un hospital de neurorrehabilitación de referencia, que incluyó entrevistas y observaciones tanto con personas con una lesión medular como con las profesionales que trabajan con ellas. Además, se realizaron seis Producciones Narrativas (Balasch, Montenegro & Pujol, 2022) y seis etnografías en sombra (Jirón & Iturra, 2014) con las participantes con una lesión medular.

3 Resultados

3.1 Las prácticas rehabilitadoras

El proceso rehabilitador entrecruza los mandatos heterosexistas con los capacitistas. Por un lado, para los hombres, el proceso rehabilitador resulta un proceso de “masculinización” a través de la “capacitación”. Sin embargo, los hombres también corren el riesgo de la feminización simbólica (García-Santesmases, 2017, 2023) por parte de los profesionales, lo que se puede considerar un acto de discapacitismo afectivo.

[El terapeuta] se le acerca con una pelota de uno o dos kilos bajo el brazo y le quita la almohada que lleva doblada en la espalda. (...) El Participante 5 comenta: “Esta mierda me gusta porque me da caña. Yo levantaba 46 kg por lado. Ya volveré a hacerlo”. [El terapeuta] le tira la bola desde cerca y él intenta cogerla, pero se le cae encima del regazo. [El terapeuta] exclama: “¡Pero no te des golpes en la picha!”. El Participante 5 contesta: “Es para que despierte”. El ejercicio consiste en levantar la pelota varias veces seguidas, y lo hace con muchísimo esfuerzo. [El terapeuta] va contando las veces que la levanta, pero parece que el Participante 5 quiere demostrar que sus intentos no le parecen suficientemente buenos, y cada vez que la levanta dice: “Media, media, media”. Al cabo de unas cuantas repeticiones, parece agotado y [el terapeuta] le dice que descansa, pero él se niega: “No quiero descansar”. “¿No? Pues entonces haz bíceps”. [El terapeuta] trae unas gomas como las que yo uso en el gimnasio. [El terapeuta] las sostiene sentado delante suyo y el Participante 5 tiene que tirar de ellas y dice que es fácil. Al hacerlo, el tronco se le va para adelante y se acerca mucho a [el terapeuta], que dice: “¿Vas a bajar hasta que te des con la nariz o qué? Al final te beso, ¿eh?”. (Fragmento del diario de campo después de una sesión de sombreado con el Participante 5, el día 21 de octubre de 2020).

Para las mujeres, la “puesta en forma del cuerpo” también pone en riesgo su performance de la feminidad normativa. Aquí ya no es la interacción social, sino la propia transformación corporal la que tensiona la performance de género normativa:

Ahora estoy obsesionada porque empiezo a ver cómo mi cuerpo cambia, cómo me estoy poniendo muy fuerte. Y no quiero parecer una de esas mujeres fortachonas, pero al final es inevitable si quieres tener una vida activa y funcionar en la silla, subir y bajar cuestras y escalones sin dificultad. Aparte, estás todo el día usando la silla y eso hace que fortalezcas más. Ahora, me veo más masculina pero, por otro lado, he adelgazado. Me encuentro como muy diferente, no quiero esta excesiva delgadez. (Narrativa de Blanca, 12 de abril de 2022).

3.2 Las prácticas de asistencia y cuidado: des/generizando el cuerpo

Las prácticas de cuidado que se dan en el marco hospitalario “expropián el cuerpo” y lo “des-generizan”, lo que se puede considerar una forma de discapacitismo afectivo (García-Santesmases & Sanmiquel-Molinero, 2022). A su vez, las personas ingresadas hacen prácticas de generización que pueden considerarse prácticas de resistencia:

Al principio, cuando llegas al hospital, te da mucha vergüenza. Bueno, depende de en qué estado estás, porque, yo, desde el principio, no tuve vergüenza porque la perdí enseguida. Porque no podía ser. No podía lavarme. (...) Entonces, tenía que dejarles hacer estas cosas, la higiene y todo eso. En un hospital, no se puede hacer de otra manera. Lo que sí que tendría que ocurrir es que las mujeres, las enfermeras, lavaran las mujeres; y los hombres lavaran los hombres. (...) A las siete, todos los auxiliares llegan: “Ok, vamos a lavar”. Y son diez. (...) una vez me molestó mucho cuando había un hombre que estaba mirándome sin hacer nada. (...) le dije a una enfermera: “Mira, él estaba solo mirando. La próxima vez, si es posible, ¿puedes echarlo?”. “¡Ah! Pero ¿por qué no lo has dicho?”. ¡Yo no sabía si lo necesitaba o no! Porque yo no sé, ¡yo estoy enferma!, yo no sé si este hombre es necesario o solo me mira. (...) Los auxiliares, los enfermeros y los médicos que hacen esas tareas

no ven a la persona como una mujer o como un hombre, sino como un objeto a cuidar. Una vez, me pasó que, encima de mi cabeza, una enfermera estaba hablando de cómo hacer gazpacho cuando estaba en intoxicación. Tenía un tubo en mi nariz hasta la garganta. Y digo: “Pero tú... Yo soy un objeto, (...) ¡Que estoy vomitando!” (Narrativa construida con la Participante 6, el 30 de julio de 2020).

4 Conclusiones

Como apuntábamos en García-Santesmases & Sanmiquel-Molinero (2022), el hospital de neurorrehabilitación se configura como un espacio con fundamentos implícitamente capacitistas cuya función latente es el acostumbramiento del cuerpo-sujeto discapacitado al discapacitismo afectivo y a una des/generización. Por un lado, tanto hombres como mujeres son des-generizados a través de esquemas de cuidado que expropian el cuerpo, impidiendo la intimidad, la toma de decisiones en torno a la higiene y homogeneizando la estética. Como hemos analizado en otro artículo (García-Santesmases, Bahner & Sanmiquel-Molinero, bajo revisión), los y las auxiliares tienden a intentar convencer a las personas que atienden de que “no deben sentir vergüenza” durante las tareas que tienen que ver con la higiene íntima, pues “son profesionales” que no ven dichas interacciones de forma sexualizada y que las llevan a cabo “mecánicamente”. Esto revela que ya no se espera que la persona que ha adquirido una deficiencia encarne un cuerpo generizado, lo que puede considerarse un acto de discapacitismo afectivo. En segundo lugar, el gimnasio aparece como un espacio de capacitación del cuerpo a través de su masculinización lo que genera ciertas tensiones tanto para las mujeres como para los hombres que, al mismo tiempo, sufren un proceso de feminización simbólica (García-Santesmases, 2017).

En definitiva, todo ello nos invita a repensar la práctica profesional a distintos niveles. En cuanto a los auxiliares de clínica, un reto a contemplar es generar un sistema de apoyos hospitalario más parecido a la asistencia personal, donde en vez de acostumbrar a la persona a que su cuerpo ya no es suyo, se la entrena para controlar los apoyos que necesita y seguir siendo un sujeto protagonista de su auto-cuidado. En cuanto a la terapia física, sería conveniente repensar algunos aspectos de la atención a fin de no feminizar simbólicamente el cuerpo discapacitado, además de repensar el valor simbólico que se le da a determinados productos de apoyo, que estigmatizan la dependencia (Gibson & Teachman, 2012). Finalmente, en cuanto al trabajo social, sería conveniente promover el conocimiento de la asistencia personal como alternativa deseable a los cuidados familiares, así como generar sistemas de seguimiento eficaces para prevenir situaciones de riesgo de violencia de género y/o discapacitista.

Referencias bibliográficas

- Campbell, F. K. (2009). *Contours of ableism: The production of disability and abledness*. Palgrave Macmillan.
- García-Santesmases, A. (2023). *El cuerpo deseado: La conversación pendiente entre feminismo y anticapacitismo*. Kaótica Libros.
- García-Santesmases, A., & Sanmiquel-Molinero, L. (2022). Embodying disabled liminality: A matter of mal/adjustment to dis/ableism. *Sociology of Health & Illness*, 44(2), 377–394. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13439>
- García-Santesmases Fernández, A. (2017). *Cuerpos (im)pertinentes: Un análisis queer-crip de las posibilidades de subversión desde la diversidad funcional* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/402146>
- Gibson, B. E., & Teachman, G. (2012). Critical approaches in physical therapy research: Investigating the symbolic value of walking. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(6), 474–484. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.676936>

- Goodley, D. (2014). *Dis/ability studies: Theorising disablism and ableism* (1st Edition). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Jirón, P., & Iturra, L. (2014). Travelling the Journey: Understanding Mobility Trajectories by Recreating Research Paths. En L. Murray & S. Upstone (Eds.), *Researching and Representing Mobilities* (pp. 170-190). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137346667_9
- Guerra, I. (2021). *Lucha contra el capacitismo*. Traficantes de sueños.
- McRuer, R. (2006). *Crip Theory. Cultural Signs of Queerness and Disability*. University Press.
- Montenegro, M., Balasch, M., & Pujol, J. (2022). A methodological proposal from situated knowledge epistemology: Narrative Productions. *Qualitative Research in Psychology*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/14780887.2022.2135278>
- Reeve, D. (2012). Psycho-emotional disablism: The missing link? In N. Watson, A. Roulstone, & C. Thomas (Eds.), *Routledge Handbook of Disability Studies* (pp. 78–92). Routledge.
- Wolbring, G. (2008). The Politics of Ableism. *Development*, 51(2), 252–258. <https://doi.org/10.1057/dev.2008.17>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

El capacitismo neoliberal: La institución normativa de la flexibilidad

Miguel A. V. Ferreira, Universidad Complutense de Madrid / Universidad de Murcia (mavferre@ucm.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La visión paternalista y asistencialista, que inspiraba la primera ley nacional sobre diversidad funcional promulgada en España en 1982, aparentemente se ha superado y el derecho al trabajo de las personas con diversidad funcional (PDF) ha sido incorporado en la legislación, tanto en la Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal (LIONDAU, 2003), como, más específicamente, en el capítulo VI, de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (LEDIS, 2013). Sin embargo, la Encuesta Nacional de Empleo de las Personas con Discapacidad (EDP, INE: 2009-2019) muestra que dicho derecho no se ha materializado.

Esta discordancia entre el reconocimiento formal de un derecho y su puesta en práctica efectiva puede explicarse por la transición, en la regulación de las relaciones laborales en España, hacia un modelo neoliberal regido por el principio de la flexibilidad. Este modelo ha constituido una nueva subjetividad laboral, la del “trabajador flexible”, asentada en principios empresariales y en la primacía de la competencia y del beneficio como principios generales de la aptitud laboral. Una nueva subjetividad, la del trabajador-empresario-de-sí-mismo, en la que un individualismo exacerbado no da cabida a reconocimiento alguno de derechos sociales, y que demanda unas disposiciones de empleabilidad, disponibilidad y autorresponsabilidad que no están al alcance de las PDF.

Palabras clave

Diversidad funcional, derecho al trabajo, neoliberalismo, campo social del trabajo, habitus laboral

1 El capacitismo neoliberal: la institución normativa de la flexibilidad

En EE.UU., en los años 60 del siglo XX, surge el Movimiento por una Vida Independiente (MVI)¹. Las PDF iniciaban su lucha política: querían dejar de depender de los criterios de los profesionales de la salud y poder tomar sus propias decisiones en el curso de su vida cotidiana, para que así se reconociese su condición de ciudadanos/as de pleno derecho. Esta movilización surge en los países capitalistas avanzados durante la fase final del período de regulación económico político keynesiano, que dotaba a las clases trabajadoras de un amplio conjunto de derechos sociales asociados a su condición salarial, asociada a su vez a un tipo de trabajo estable que permitía el acceso a servicios públicos y protecciones frente a los riesgos económicos, como el desempleo.

¹ Ed Roberts se considera su inaugurador: logró acceder a la universidad de Berkeley, a pesar de su diversidad funcional y los impedimentos que la misma conllevaba iniciando un movimiento reivindicativo por el derecho de las PDF a decidir sobre el curso de sus vidas (al respecto: Ferreira, 2021a: 404-405).

El modelo keynesiano establecía una estrecha relación entre los derechos políticos y la condición económica, salarial, de las clases trabajadoras, contexto en el que la lucha política del MVI tenía la posibilidad efectiva de lograr sus pretensiones: una vida independiente podía obtenerse, como derecho político, mediante un puesto de trabajo que era, tanto un medio de subsistencia como el medio de acceso a un amplio conjunto de derechos sociales.

Pero el MVI tardó dos décadas en consolidarse como movimiento político, gracias, en parte, al surgimiento de un espacio académico de investigación, con un enfoque crítico sobre la DF, conocido como el Modelo Social de la Discapacidad.² Para cuando se dio esta consolidación, a inicios de los años 80 del siglo XX, el modelo keynesiano había dejado de tener vigencia; el contexto político económico se había transformado. Tras la crisis económica de 1973, se inició la transición hacia un modelo de organización neoliberal, que redujo las prestaciones públicas y recortó los derechos y las protecciones asociadas al trabajo, trazando una neta separación entre los derechos políticos y la condición salarial de las clases trabajadoras (Alonso, 1999: 213-255). El trabajo perdía su centralidad como vía de acceso a una vida (económicamente) independiente y, con ello, el objetivo del MVI perdía su substrato material.

La lucha del MVI había logrado, no obstante, durante ese período, un enorme avance en materia legislativa, obteniendo un amplio reconocimiento formal de sus derechos. Pero esos derechos, ahora, dejaban de tener una traducción efectiva, al haberse suprimido el principal recurso material que permitía llevarlos a la práctica. De lo cual dejan clara indicación los datos estadísticos sobre empleo de las PDF.

Las PDF no sólo se enfrentan a desventajas en cuanto a su acceso al mercado de trabajo, sino que, de hacerlo, se ven sometidas a unas condiciones laborales precarias, como muestran las cifras estadísticas disponibles. En primer lugar, según la última encuesta nacional sobre discapacidad (INE, 2008), la población con discapacidad en edad de trabajar entre los 35 y los 64 años es de un 10.3% del total (Ferreira, 2021a: 10; tabla 1, gráfico 1), lo que indica una clara subrepresentación de la población con DF en edad de trabajar en la Encuesta de Empleo de Personas con Discapacidad (EPD; INE, 2009), que la cifra en un 3.5% (Ferreira, 2021b: 11; tabla 2, gráfico 2). Pese a ello, en 2020, del total de contratos, sólo el 1.56% fue para PDF (Ferreira, 2021a: 14; gráfico 6), y el incremento de PDF contratadas entre 2007 y 2020 fue de apenas un 6.6% (*ibid.* gráfico 5), lo cual constata la clara ineficacia, tanto de la LIONDAU como de la LEDIS en materia de empleo.

La evolución comparada de las tasas de actividad, empleo y paro de las PDF respecto de las personas sin discapacidad entre 2009 y 2019 (Ferreira, 2021a: 15; gráficos 9A al 11B) constata la estabilidad de una situación en la que, prácticamente, la tasa de actividad de las personas sin discapacidad duplica sistemáticamente la de las PDF (75.5% frente a 36.1% en 2009; 77.7% frente a 34% en 2019), al igual que la tasa de empleo (62% frente al 28.3% en 2009; 66.9% frente a 25.9% en 2019), en tanto que la relación se invierte con la tasa de paro: 17.9% para las personas sin discapacidad, 21.7% para las PDF, en 2009; 13.9% para las personas sin discapacidad, 23.9% para las PDF, en 2019³.

La tasa de contratación temporal y a tiempo parcial no ha dejado de incrementarse para las PDF: los contratos temporales para las PDF han pasado del 22.1% en 2009 al 26.9% en 2019 (es decir, un incremento de 57.000 contratos —Ferreira, 2021a: 16, gráficos 12A, 12B—); los contratos a tiempo parcial pasaron del 13.6% en 2009 al 17.3% en 2019 (42.600 contratos más —*ibid.* gráficos 13A, 13B—); mientras que el incremento de la temporalidad ha sido constante en estas dos últimas décadas: los contratos a tiempo parcial llegaron a su punto álgido en 2007 (18.2%), constatando, en este caso, los efectos del ciclo económico desencadenado con la crisis

² Con este nombre se conoce al conjunto de estudios sociales sobre discapacidad de origen anglosajón que partían del presupuesto de que la discapacidad no era una condición orgánica de la persona, sino la consecuencia de unas estructuras sociales que, al desatender sus necesidades específicas, condenaban a las PDF a la exclusión y a la marginación social. Entre los autores iniciales, probablemente el más relevante sea Oliver (1990).

³ Conviene resaltar que de no ser tan brutal la diferencia en la tasa de actividad, la diferencia en la tasa de desempleo se dispararía.

económica del momento. En ambos casos, en consecuencia, la evolución del empleo para las PDF no ha dependido de la evolución en la legislación sobre DF (el año 2013 no marca cambio de tendencia alguno), sino que cabe suponer que han sido más bien la regulación general del mercado de trabajo y las condiciones del contexto económico en su conjunto los factores explicativos.

Y es, precisamente, en las transformaciones normativas que se dieron en la regulación del mercado laboral, a partir de la primera reforma del Estatuto de los Trabajadores de 1984, transformaciones que marcan el tránsito hacia un modelo neo-liberal de gestión de las relaciones laborales, en las que radica la causa fundamental de la precariedad propia de la situación laboral de las PDF. Una precariedad que vendrá a ser una expresión magnificada de la precariedad laboral general a la que ha conducido el gran objetivo de la regulación neoliberal del mercado de trabajo: la flexibilidad.

El axioma neoliberal de la flexibilidad no da cabida, en el espacio laboral, a la protección de colectivo alguno: el mercado de trabajo se ha constituido en un espacio de competencia entre individuos-empresa que han de desenvolverse incorporando y llevando a la práctica un habitus de autoexigencia, autorresponsabilidad, disponibilidad, empleabilidad, etc. que está dotado, se supone, de las aptitudes necesarias para el trabajo. Se trata de una nueva subjetividad en la que la dimensión política ha quedado completamente subordinada a las exigencias de la “productividad” estrictamente económica; es decir,

[...] el neoliberalismo ha erradicado de la mentalidad de los individuos que conforma a través de la imposición de esta nueva subjetividad toda intención de lucha, res- puesta o resistencia política que atente contra el principio económico de la competencia, que, en el mercado laboral, se traduce en el imperativo de la flexibilidad; ha erradicado la política de lo colectivo, la política *sensu stricto*» (Ferreira, 2021b: pd⁴).

Es esta nueva subjetividad, asociada a las condiciones estructurales del mercado laboral generadas por la regulación neoliberal, configuran un campo social del trabajo en el que las oportunidades laborales no vienen ya prioritariamente determinadas por unas condiciones objetivas preestablecidas que el Estado, como regulador de la economía, garantiza y protege, sino que quedan inscritas en las aptitudes de los agentes, determinando las “capacidades” laborales que serán valoradas de manera positiva, las que lo serán de manera negativa, y las que serán, o no, objeto de recompensa.

Según los presupuestos de ortodoxia neoliberal, el crecimiento económico se fomenta a través de la inversión de capital, y no, como se entendía bajo los preceptos keynesianos, mediante la creación de empleo. Lo cual supone la constitución de un mercado laboral de naturaleza muy particular, y asentado en una tautología:

[...] las condiciones objetivas del mercado laboral han sido modificadas (...) bajo el imperativo de la flexibilidad. (...) Una vez generadas las condiciones que se entiende adecuadas, se demandarán las aptitudes acordes a las mismas, entre las cuales está, precisamente, asumir que son las aptitudes adquiridas, y no las condiciones objetivas existentes, las que determinan la “empleabilidad” de la persona, porque, lejos de asumir que dichas condiciones son unas muy particulares, y podrían ser otras bien distintas, se presupone que son las que tienen que ser. La tautología consiste en fomentar una subjetividad conforme a la flexibilidad laboral que, al ser incorporada por los/as trabajadores/as —y que incluye entre sus preceptos que la flexibilidad, como condición objetiva dada, no es cuestionable— contribuye a la consolidación y mantenimiento de la flexibilidad del mercado laboral (*ibid.*).

Entendido como campo social, el mercado laboral neoliberal implica una regularidad en la que disposiciones inscritas en motivaciones políticas y no estrictamente económicas, no individualistas ni competitivas, están

⁴ “pd”: página desconocida; el texto se encuentra en proceso de revisión.

condenadas a la exclusión. El MVI y la legislación sobre DF estarían promoviendo subjetividades que no serían conformes con dicha regularidad.

El modelo de organización neoliberal de las relaciones laborales ha constituido un campo social que impone, valora y da reconocimiento a un habitus radicalmente individualista, como disposición laboral, que fomenta una subjetividad reactiva a todo proyecto colectivo y a toda causa solidaria. El MVI ha fomentado un individualismo que se amparaba, contradictoriamente, en la reclamación, para el individuo, de un derecho colectivo; éste, podía tener cabida en el momento de su constitución, en un contexto en el que la condición económica del individuo estaba asociada a derechos reconocidos a un colectivo, la clase trabajadora, por el Estado, pero el MVI no supo articular su proyecto político sobre esa base material, de modo que sus avances en el reconocimiento formal de los derechos de las PDF han quedado reducidos a su pura formalidad, sin una posible traducción práctica efectiva, cuando el modelo neoliberal ha instaurado un individualismo radicalmente económico desvinculado de toda conexión con los derechos políticos.

La hegemonía neoliberal, por un lado, y la ceguera del MVI al contexto en el que su lucha política debía ser llevada a la práctica, han determinado que los derechos laborales de las PDF, reconocidos formalmente en la legislación sobre DF hayan sido *de facto* suprimidos por el imperativo de la flexibilidad. El proyecto, político y genérico, de una vida independiente para las PDF ha quedado fuera del horizonte de posibilidades reales porque el neoliberalismo ha hecho inviable un proyecto, específico y concreto, de vida (económicamente) independiente para una abrumadora mayoría de la clase trabajadora.

El fracaso en España de la plena inclusión laboral de las PDF no es el resultado de una legislación insuficiente en materia de discapacidad, sino de la regulación general del mercado laboral y su transición hacia el modelo neoliberal de la flexibilidad.

Referencias bibliográficas

Alonso, L. E. (1999): *Trabajo y ciudadanía*, Madrid, Trotta.

Ferreira, M. A. V. (2021a): «Documento de trabajo: Neoliberalismo, discapacidad y empleo», *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico* 15 (2), pp. 5-24: <https://www.intersticios.es/article/view/21941/14155>

Ferreira, M. A. V. (2021b): «La nueva ideología capacitista: neoliberalismo, subjetividad y terapia (el “buen” trabajador/ ciudadano)», en M. A. V. Ferreira; Toboso,

M. (eds.): *La discapacidad capacitada: una visión plural*, monográfico, *Política y Sociedad* (en edición).

INE (2019): *El empleo de las personas con discapacidad* (EPD): https://www.ine.es/prensa/epd_2018.pdf

LEDIS (2013): B.O.E. 209/2013, *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre*, por el que se aprueba el *Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>

LIONDAU (2003): B.O.E. 289/2003, *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>

Oliver, M. (1990): *The politics of disablement*, Londres, McMillan Press.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Nuevas estrategias para la reconfiguración del modelo de cuidados en España y la Unión Europea. Contribuciones para afrontar el reto desde el Trabajo Social

Álvaro Elices Acero, Universidad de Valladolid (alvaro.elices@uva.es)

Juan María Prieto Lobato, Universidad de Valladolid (juanmaria.prieto@uva.es)

Carmen Rodríguez Sumaza, Universidad de Valladolid (crsumaza@uva.es)

Resumen

Los cuidados de larga duración están inmersos en un proceso de continua reconfiguración, intensificado tras la pandemia del COVID-19. A lo largo de los 3 últimos años han proliferado políticas en la Unión Europea y en España, como la Estrategia Europea de Cuidados o el Plan de Choque en Dependencia, que suponen una gran oportunidad –y a su vez, un importante desafío– para los sistemas de cuidados y los profesionales que intervienen en ellos. Con el objetivo de conocer las líneas estratégicas emergentes, su alcance y naturaleza, se ha realizado un análisis temático sobre la información cualitativa de documentos que recogen las estrategias más recientes en ambos contextos. Este análisis ha permitido identificar diversos retos para la materialización del modelo de cuidados pretendido, focalizados muchos de ellos en la dimensión social de los cuidados, lo que invita a reflexionar sobre las aportaciones del Trabajo Social en este proceso. Aunque su abordaje implica a una multitud de agentes, las habilidades, competencias y técnicas de los profesionales del Trabajo Social para el empoderamiento, la promoción de la igualdad de oportunidades, la intervención comunitaria, la evaluación biopsicosocial de necesidades o la Atención Centrada en la Persona, los convierte en actores clave para la aplicación de las principales líneas estratégicas.

Palabras clave

Estrategia de cuidados, dimensión social de los cuidados, trabajo social, atención centrada en la persona

2 Introducción

Los cuidados de larga duración dirigidos a personas en situación de dependencia en Europa y en España están evolucionando –al menos programáticamente– en los últimos años. La pandemia del Covid-19 constituye un hito para la visibilización de las debilidades de un sistema de cuidados que, sin embargo, ya venían siendo anunciadas por investigadores, profesionales y las propias personas con necesidades de atención. Desde su inicio –en los primeros meses de 2020– se ha intensificado la presencia de los cuidados en la agenda política, emergiendo un acervo de estrategias, normativa y recomendaciones dirigidas al desarrollo de un nuevo modelo de atención.

En septiembre del 2022, la Comisión Europea presentó la Estrategia Europea de Cuidados –en adelante, EEC– para garantizar el acceso a servicios asistenciales asequibles y de calidad (European Commission, 2022). En España, el Ministerio de Derechos Sociales definió a finales de 2022 la Hoja de Ruta para una Estrategia Estatal de Cuidados –HREEC–, que estructura un proceso de transformación introducido, entre otros, por el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023 –PCD– (Consejo Territorial de Servicios Sociales y para la

Autonomía y Atención a la Dependencia, 2021), el Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia –C22– (Gobierno de España, 2021) o el Acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación y Calidad de los Centros y Servicios –ACCAC– (Ministerio de Derechos Sociales, 2022).

Los sistemas de cuidados implican una multitud de actores sociales (sistema sanitario, sector empresarial, entidades de la iniciativa social, etc.), entre los cuales los servicios sociales de responsabilidad pública tienen un papel clave (Fantova, 2023). Éstos, y las disciplinas que han contribuido a su configuración reciente, se encuentran bien posicionados para realizar una aportación significativa e incluso liderar alguna de sus principales líneas estratégicas, como el desarrollo del enfoque de Atención Centrada en la Persona o el impulso de los cuidados en el hogar y la comunidad. Una gran parte de los cambios introducidos en el proceso de reconfiguración interpelan al Trabajo Social en dos direcciones principales: la emergencia de diferentes retos para el desempeño profesional y la responsabilidad de contribuir a la materialización de un nuevo modelo de cuidados.

Con este presupuesto, la comunicación tiene como objetivo responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales retos que emergen de las estrategias para la reconfiguración del modelo de cuidados de larga duración en la Unión Europea y en España?
- ¿Qué aportaciones significativas puede realizar el Trabajo Social en los procesos de transformación estratégica?

3 Metodología

El análisis parte de una búsqueda intencional de los principales documentos programáticos relacionados con el objeto de estudio, tanto a nivel europeo como nacional. Para proceder con la sistematización de los documentos recabados y con el objetivo de dotar de rigor metodológico al análisis, los autores de la comunicación desarrollaron un análisis temático desde un enfoque inductivo, siguiendo las 6 fases establecidas por Braun & Clarke (2006). Tras familiarizarse con la información contenida en los documentos, fueron creados códigos iniciales y clasificados a través de la identificación de temas. Posteriormente, se llevó a cabo una fase de revisión de los temas para su definición y denominación. En el proceso ha sido utilizado el software de análisis cualitativo ATLAS.ti.

4 Resultados

A través del estudio documental han sido identificados 4 temas analíticos y 13 temas descriptivos (gráfico 1) sobre el proceso de reconfiguración del modelo de cuidados que conciernen, directa o indirectamente, al Trabajo Social.

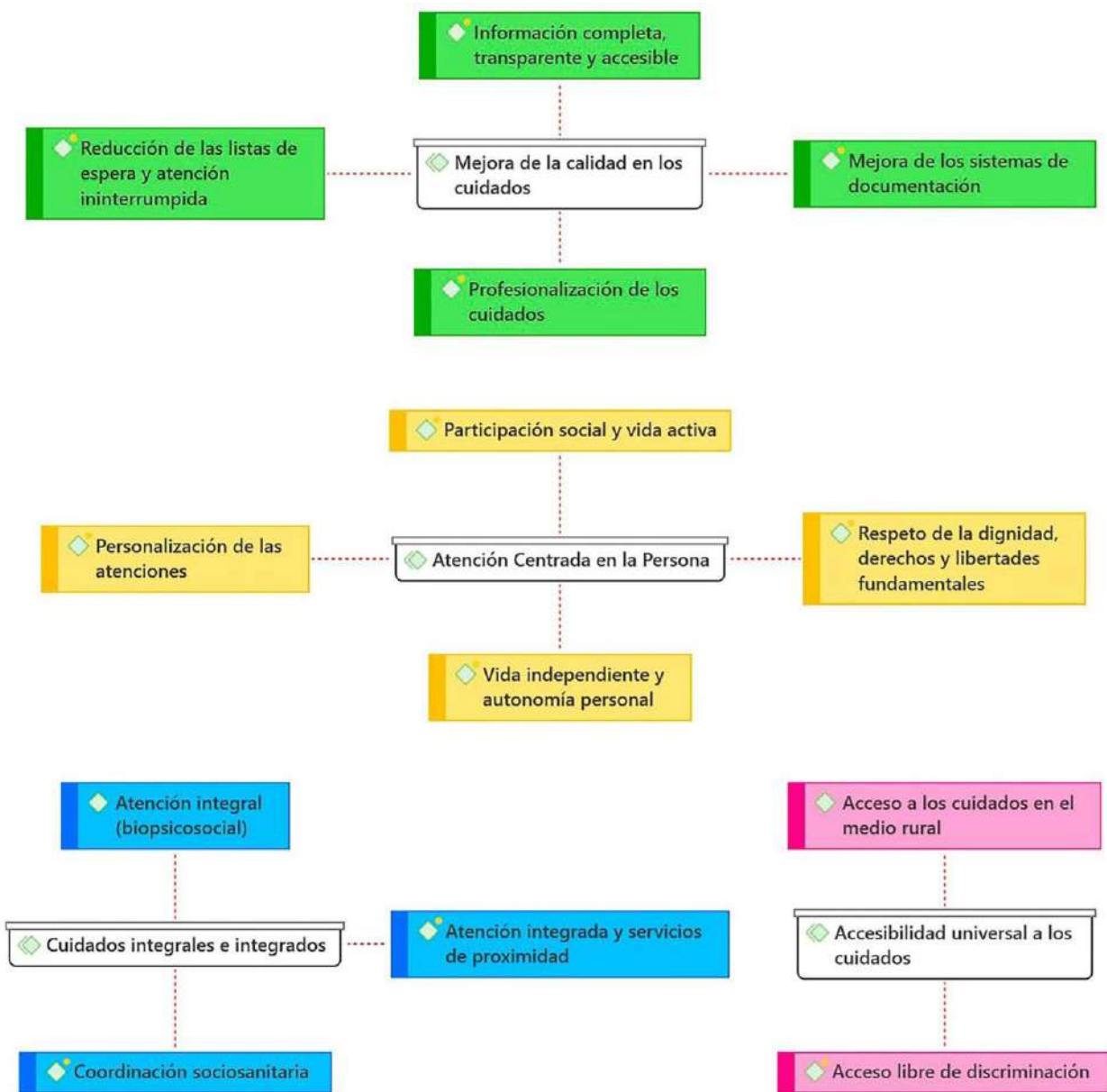


Figura 6. Temas representativos de las principales líneas estratégicas para la reconfiguración del modelo de cuidados en la Unión Europea y España. Fuente: elaboración propia a través de ATLAS.ti

4.1 Accesibilidad universal

La promoción de la accesibilidad universal a los cuidados constituye una prioridad tanto en las líneas estratégicas europeas como españolas. El C22 y el ACCAC recogen explícitamente la necesidad de reforzar la accesibilidad a los cuidados para todas las personas, determinando que los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) no pueden imponer requisitos de acceso discriminatorios por razones de enfermedad mental o transmisible, alteraciones del comportamiento, etc. Por su parte, la EEC plantea que los cuidados de larga duración han de ser proporcionados sin que medie ningún tipo de discriminación por razones de género, religiosas, étnicas, etarias, sexuales o relativas a la discapacidad, y enfatiza la necesidad de mejorar la igualdad en el acceso, en especial, a la atención domiciliaria y comunitaria.

Garantizar la accesibilidad universal a los cuidados exige considerar no sólo las características individuales de las personas (socioeconómicas, sociodemográficas, culturales, de salud, etc.), sino también las características del entorno en el que residen. Con frecuencia, la vida en el medio rural implica una situación de desventaja por razones como la baja densidad, lejanía e incluso inexistencia de servicios. En este sentido, la EEC insta a los Estados miembros a implementar medidas para superar las limitaciones de accesibilidad a los cuidados existentes en las zonas rurales y despobladas. Además, el C22 plantea inversiones para promover la innovación y las nuevas tecnologías que garanticen la prestación integrada de los cuidados en todo el territorio y el ACCAC introduce medidas como la exención inicial en la acreditación de cuidadores cuando no existan profesionales con la cualificación exigida por razones geográficas, o la posibilidad de localizar centros de día y residenciales en suelo rústico para garantizar la proximidad a la actividad social y comunitaria.

4.2 Mejora de la calidad

Otra de las tendencias clave en la evolución de los sistemas de cuidados es la orientación a la mejora de su calidad. En este sentido, la información constituye un elemento imprescindible para la consecución de esta meta, así como para procurar una mejor accesibilidad a los cuidados de larga duración. Entre los principios del marco de calidad impulsados por la EEC, se incluye el de transparencia, aludiendo a la necesidad de que la información sobre las opciones de cuidados sea facilitada de forma accesible y comprensible. Asimismo, el ACCAC promueve facilitar el manejo de soportes documentales a través de la creación de formatos simplificados y comprensibles, lo que será requisito de acreditación para todos los servicios del SAAD.

Estrechamente relacionada con la información, la mejora de los sistemas de documentación es imprescindible para impulsar la calidad de los servicios de cuidados. El C22 lo incorpora como objetivo y el ACCAC establece los requisitos documentales mínimos para las entidades prestadoras de servicios, como en el caso de los centros residenciales el protocolo de prevención, detección y denuncia del maltrato o las guías para la elaboración de planes personales de atención, haciendo hincapié en la transferibilidad entre servicios sociales y sanitarios.

La profesionalización de los cuidados y la mejora de las habilidades y conocimientos de los cuidadores contribuyen en gran medida a la mejora de la calidad. En España, el PCD promueve la profesionalización de las atenciones –por ejemplo, a través del impulso de la figura de Asistente Personal–. Por su parte, el ACCAC incorpora como estándar de mejora de la calidad la formación continua de los profesionales del SAAD, en aspectos como los derechos de las personas, la práctica profesional ética o las estrategias de reducción de sujeciones.

Finalmente, las listas de espera han sido reconocidas como uno de los principales puntos débiles de los sistemas de cuidados, derivada de cuestiones como el amplio entramado burocrático o la sobrecarga de los servicios públicos. Por ello, la EEC insta a los Estados miembros a garantizar el acceso a los servicios tan pronto como sea necesario y durante el tiempo que sea preciso. En España, el PCD incorpora un plan específico para reducir las listas de espera, incluyendo medidas de simplificación de los trámites administrativos –por ejemplo, estableciendo procedimientos urgentes para personas vulnerables–, mientras que el C22 promueve la incorporación de las nuevas tecnologías para alcanzar este efecto.

4.3 Cuidados integrales e integrados

El enfoque de atención integral representa uno de los principios inspiradores del marco de calidad para los cuidados de larga duración. Según la Comisión Europea, estos deben ser diseñados y prestados de manera

integral –incluyendo todos los servicios pertinentes para cubrir las diversas necesidades de atención– e integrada –en el entorno comunitario–, lo que implica la necesidad de coordinación sociosanitaria y multinivel.

Mientras que el C22 impulsa centros y servicios orientados a prestar atención integral, uno de los principios rectores del nuevo modelo de atención incorporado por el ACCAC es el derecho al bienestar físico, mental, emocional y social. Para ello, será imprescindible establecer instrumentos de coordinación permanentes, así como el intercambio de información y el acceso compartido a documentación, permitiendo la interoperabilidad entre servicios sociales y sanitarios, tal y como se señaló anteriormente.

Por otra parte, la EEC plantea que los Estados miembros deben aumentar la oferta de servicios de atención a largo plazo, facilitando la libertad de elección y respetando el derecho de todas las personas a vivir de forma independiente en su entorno habitual. En España, el PCD incluye líneas de actuación orientadas a promover los cuidados de proximidad, como el impulso de la figura del Asistente Personal, el reconocimiento de la teleasistencia como derecho subjetivo o la elevación de las intensidades horarias del servicio de ayuda a domicilio. Asimismo, el C22 alude al desafío de establecer una “estrategia nacional de desinstitutionalización”, para lo que incluye una línea de inversión orientada a financiar la implementación – en concurso con las comunidades autónomas, entidades locales y tercer sector– de un modelo de cuidados basados en la comunidad y el domicilio, mientras que el ACCAC promueve un modelo de atención inspirado por los servicios de proximidad y las conexiones comunitarias.

4.4 Atención Centrada en la Persona

Otra de las principales líneas estratégicas detectadas es la introducción decidida del enfoque de Atención Centrada en la Persona, con el fin último de mejorar la calidad de vida y el bienestar de quienes reciben cuidados.

Para la EEC, la persona ha de estar en el centro de la atención y es la base para la planificación del servicio, la gestión de los cuidados y el control de calidad, comprometiéndose la Comisión Europea a prestar apoyo técnico a los Estados miembros, a través del proyecto “Towards Person-centred Integrated Care”. En España, el PCD promueve la capacitación de los profesionales en el enfoque, mientras que el C22 incorpora como objetivo el impulso de equipamientos compatibles con éste para quienes sean atendidos fuera del domicilio. El ACCAC incluye la Atención Centrada en la Persona como principio rector del modelo de cuidados que persigue, lo que implica priorizar los deseos de las personas sobre las necesidades organizacionales, promover su capacidad de decisión y escuchar su voz, a la vez que se promueven las relaciones comunitarias y la participación social.

La personalización de las atenciones supone una premisa básica en el desarrollo del modelo y así lo contempla la EEC, al indicar que los cuidados de larga duración deben respetar la identidad personal. En España, el ACCAC supone un hito importante a favor de la personalización de los cuidados, al incorporar ésta junto con la participación en el diseño de las atenciones, el control y las propias elecciones como criterios de evaluación de la calidad. Su desarrollo implica procesos como la utilización de Planes Personales de Atención o Proyectos Vitales, donde se describa el co-diseño, la planificación y la evaluación de las atenciones, los roles de cada agente implicado –incluida la persona y su familia– y la coordinación con otros profesionales y servicios.

Por otra parte, el fomento de la participación está presente tanto en las nuevas estrategias europeas de cuidados como en las españolas. En España, el C22 sitúa entre sus objetivos el de promover la inclusión real de las personas mediante entornos que faciliten su participación social, mientras que el ACCAC la reconoce como un derecho de todas las personas para cuyo cumplimiento los servicios y centros deben asumir los principios

de proximidad, conexiones comunitarias y vida activa, facilitando que las personas permanezcan conectadas con los lugares y personas más significativas para ellas.

Por último, la EEC reconoce que la Atención Centrada en la Persona no es posible en un contexto en el que no se garantice el respeto a la dignidad, los derechos y las libertades fundamentales de las personas con necesidades de atención. En este sentido, el ACCAC promueve contextos de cuidados en los que se dignifique a las personas y se garantice el ejercicio de sus derechos (entre otros, igualdad de oportunidades y de trato, autodeterminación, respeto a la intimidad y privacidad o atención libre de sujeciones).

5 Aportaciones del Trabajo Social para la reconfiguración del sistema de cuidados

El surgimiento de nuevas líneas políticas en materia de cuidados y su posicionamiento en el centro de las prioridades sociales, supone tanto una oportunidad como un importante desafío para los profesionales del Trabajo Social, por ser agentes que cuidan en el plano social, atienden las necesidades y promueven los derechos de las personas, a la vez que garantizan que los servicios de atención estén orientados a la promoción de su bienestar y calidad de vida (Arroyo-Rueda & Santos, 2022).

La implementación de estrategias como la mejora de la accesibilidad y la calidad de los cuidados, la Atención Centrada en la Persona y los cuidados integrales e integrados, puede enriquecer –y muy probablemente modificar– el perfil profesional, desarrollando sus funciones y roles y profundizando en la reflexión sobre la propia práctica del Trabajo Social (Ballesteros et al., 2013). Los cambios impulsados ofrecen una oportunidad para desarrollar el papel de los profesionales del Trabajo Social en el SAAD, con nuevas competencias y funciones, así como para homogeneizar su desempeño en el territorio nacional.

Reforzar los procesos de evaluación e investigación para una práctica basada en la evidencia podrá visibilizar y soslayar algunas de las circunstancias que limitan el desarrollo efectivo del derecho subjetivo a los cuidados y, por ende, contribuir a la materialización del nuevo modelo diseñado. En este sentido, los trabajadores sociales podrán contribuir a garantizar el acceso libre de discriminación a los cuidados y a mejorar la accesibilidad a los servicios en los diferentes entornos de vida, especialmente en el medio rural. Del mismo modo, serán agentes clave en la superación de las incertidumbres que coexisten con el SAAD –listas de espera, burocratización, interrupción de las atenciones (Ramírez-Navarro et al., 2022)–, proporcionando información detallada y completa sobre servicios y prestaciones, apoyando en el desarrollo de trámites administrativos y en su simplificación, o contribuyendo a la implementación de medidas para la agilizar los procesos. El Trabajo Social también está llamado a ser parte en el desarrollo real del modelo de Atención Centrada en la Persona (Rodríguez, 2022), ya que su aplicación no sólo requiere de una capacitación específica, sino que está impregnada por una serie de valores –personalización, dignidad, vida independiente, empoderamiento o autodeterminación– que son propios de la disciplina.

Finalmente, el análisis realizado evidencia la centralidad de la dimensión comunitaria en las estrategias de reconfiguración del modelo de cuidados. La intervención comunitaria, implícita en el perfil profesional del Trabajo Social, contribuye a fortalecer los vínculos y la organización social para que la propia colectividad sea protagonista de la mejora en su calidad de vida (Pastor-Seller, 2021). Estrechamente vinculada a la dimensión comunitaria de los cuidados, la promoción de la desinstitucionalización exige facilitar la permanencia en el hogar el tiempo deseable y posible de las personas con necesidades de atención. Para alcanzar este objetivo, la

valoración y el diagnóstico de las situaciones por parte de los trabajadores sociales, desarrolladas a través de intervenciones características de la profesión como la visita domiciliaria, así como la planificación y seguimiento de los cuidados de proximidad a través de los Servicios Sociales Básicos, son irrenunciables para garantizar la adecuación entre las atenciones y las necesidades reales de las personas.

6 Conclusiones

El análisis realizado ha permitido responder los interrogantes que orientan el estudio. Por una parte, se han identificado las principales tendencias vinculadas con las estrategias para la reconfiguración del modelo de cuidados de larga duración en la Unión Europea y en España, entre las que destacan la promoción de la accesibilidad universal a los cuidados y la mejora de su calidad, así como la Atención Centrada en la Persona y los cuidados integrales e integrados.

Este proceso de reconfiguración implica, a su vez, una serie de retos y oportunidades para los sistemas y las disciplinas profesionales que intervienen en el ámbito de los cuidados. Entre ellas, el Trabajo Social se encuentra en una posición clave para contribuir a la consecución de los objetivos estratégicos, especialmente cuando se trata de mejorar la accesibilidad, la integralidad, la personalización y la dimensión comunitaria de los cuidados. Asimismo, la adaptación a las nuevas tendencias programáticas supondrá un enriquecimiento del perfil profesional del Trabajo Social y, presumiblemente, un desarrollo de sus competencias y funciones.

Referencias bibliográficas

- Arroyo-Rueda, M. C., y Santos, P. V. (2023). Trabajo social y cuidados en la vejez: un tema emergente para la intervención profesional. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (24), 59–73. <https://doi.org/10.5944/comunitania.24.4>
- Ballesteros, A., Viscarret, J.J. y Úriz, M.J. (2013). Funciones profesionales de los trabajadores sociales en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(1): 127–138. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n1.41664
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Consejo Territorial de Servicios Sociales y para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2021, enero). *Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de Choque en Dependencia 2021-2023*. <https://mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/01/plan-dependencia>
- European Commission. (2022, septiembre). *Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of the Regions, on the European Care Strategy*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0550>
- Fantova, F. (2023, enero). *¿Puede la estrategia de transformación del modelo de cuidados de larga duración ser una política pública de los servicios sociales?* <https://fantova.net/?m=202301>
- Gobierno de España. (2021, junio). *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Componente 22: Plan de Choque para la Economía de los Cuidados y Refuerzo de las Políticas de Igualdad e Inclusión*. <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/16062021-Componente22>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022, junio). *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/AcuerdoSAAD>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022, octubre). *Hoja de ruta de la Estrategia Estatal de Cuidados*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/estrategia-estatal-de-cuidados-v8>

- Pastor-Seller, E. (2021). Compromisos, dilemas y desafíos del Trabajo Social con dimensión colectiva en tiempos de pandemia. PROSPECTIVA. *Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (32), 1–14. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.11397>
- Ramírez-Navarro, J.M., Revilla-Castro, A., Fuentes-Jiménez, M., Sanz-Yagüez, D., Cavero-Cano, G. (2022). *XXII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. <https://directoressociales.com/xxii-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>
- Rodríguez, P. (Coord). (2022). *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*. Fundación Pilares. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/papeles-no8-el-modelo-aicp-y-sus-beneficios-en-residencias-de-personas-mayores/>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Desigualdades en la atención domiciliaria de las personas mayores en situación de dependencia funcional en la ciudad de Barcelona

Albert Julià, Universidad de Barcelona (albert.julia.cano@ub.edu)

Marga Marí-Klose, Universidad de Barcelona (mmariklose@ub.edu)

Sandra Escapa, Universidad de Barcelona (sandraescapa@ub.edu)

Pedro Gallo, Universidad de Barcelona (pgallodep@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Las personas con edades avanzadas y en situación de dependencia funcional (SDF) representan una proporción cada vez más amplia de la población. En este contexto presentamos los resultados de la encuesta piloto “Encuesta de Personas en Situación de Dependencia Funcional en Barcelona” (EPSD2018) con el objetivo de analizar las diferentes estrategias de cuidado que utilizan las personas en SDF que no viven en residencias, así como las desigualdades existentes entre los diferentes perfiles. Asimismo, presentamos el proyecto DEPCURA-BCN desarrollado en 2023 que analiza en mayor profundidad cuáles son las condiciones de vida y las características de las personas en SDF en la ciudad de Barcelona mediante la primera muestra representativa de personas de edad avanzada en SDF que no viven en residencias (resultados previstos para finales de 2023). Los resultados de la EPSD2018 muestran ciertas desigualdades según características individuales de la persona dependiente (grado de dependencia, sexo y edad), características de las personas cuidadoras (ampliamente feminizado), características del hogar (formas de convivencia y niveles de ingresos), así como territoriales (según nivel de renta media de los hogares del barrio).

Palabras clave

Dependencia, edad avanzada, desigualdades, cuidados, envejecimiento

1 Introducción

La situación de dependencia se fundamenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y que, por lo tanto, requiere de algún tipo de ayuda (Roger, 2010). La situación en la que una persona se encuentra limitada puede darse en diversas dimensiones (psicológica, social o física) de las que precisa de la ayuda de una tercera persona para el normal desenvolvimiento en múltiples actividades de la vida diaria (Gázquez et al., 2007). La dependencia por razones de salud afecta mayoritariamente a las personas mayores, por lo que el envejecimiento de la población es uno de los factores más relevantes para determinar las necesidades de cuidados de una población. La probabilidad de que una persona se convierta en dependiente funcional aumenta a medida que se incrementa su edad. Según la estimación llevada a cabo por Cabrero y Cordoniu (2002), el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se suele concentrar en los últimos siete u ocho años de vida de quien sufre algún proceso de dependencia funcional.

Las personas que están en SDF no son un conglomerado homogéneo. Más allá de la asociación que existe entre la edad y estar o no en situación de dependencia funcional, los perfiles socioeconómicos y demográficos de los dependientes funcionales son diversos, así como los de sus familias o convivientes. Estas características pueden afectar a las formas de cuidado (familiares, personas remuneradas formal/informal, servicios públicos,

etc.) que reciben las personas dependientes funcionales. Que se dé una u otra opción de cuidado –o varias simultáneamente– puede variar según diferentes factores. Puede variar según las características de las personas dependientes, como el tipo de dependencia, la edad (Gázquez et al., 2011), el sexo o la etnia (Adams et al., 2002). También por las características de las formas de convivencia, las estructuras familiares o la red de apoyo familiar o social, así como los recursos que puedan disponer las familias para este objetivo.

Las formas de cuidado pueden venir condicionadas a su vez por las orientaciones personales que se construyen a partir de los procesos de socialización, las posibilidades que ofrece el sistema de cuidados formal (público o privado) y el nivel de acceso que tienen las familias a estos servicios. Los Estados de Bienestar del sur de Europa se caracterizan por su elevada orientación “familista” hacia las responsabilidades de cuidado de las personas. A pesar de las orientaciones que tengan las personas, las evidencias muestran que los recursos que disponen las personas dependientes para ser atendidas, tanto económicos como humanos, son fundamentales para entender las formas de cuidado. Algunos estudios señalan que según el nivel económico de los hogares los dependientes pueden tener mayor o menor probabilidad de ser cuidados por personal externo a la familia (Ayuso et al., 2010). Otros señalan que según la red familiar o de personas cercanas que tenga un dependiente, este se verá atendido o no por familiares o por personas cercanas (vecinos, amigos, etc.).

Para poder comprender de forma más precisa la situación de las personas dependientes funcionales de Barcelona y los factores asociados que llevan a utilizar una u otra estrategia de cuidados se han realizado dos encuestas en los últimos años. En primer lugar, la *Encuesta de Personas en Situación de Dependencia Funcional* (ESPD) durante el año 2018, y en segundo lugar la Encuesta DEPCURA-BCN en 2023. La primera encuesta supone el piloto de la encuesta con una muestra de 530 individuos de 55 o más años en SDF de barrios con rentas altas y rentas bajas de Barcelona, y la segunda encuesta es una muestra representativa de 1.600 individuos en SDF de 65 o más años de la ciudad de Barcelona realizada entre septiembre y noviembre de 2023. En esta comunicación presentamos los principales resultados de la encuesta ESPD2018. Los datos de la ESPD2018 muestran relevantes desigualdades en la situación de las personas en SDF y sus estrategias de cuidado. Estos resultados sirven como referencia de las evidencias que se contrastarán con los resultados del proyecto DEPCURA-BCN¹ una vez finalice el trabajo de campo.

2 Metodología

La ESPD2018 de Barcelona es una encuesta dirigida a personas en situación de dependencia reconocida. Estos pueden ser usuarios del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) que ofrece el municipio de Barcelona y/o personas que perciben una prestación económica en vez del servicio (reconocida según la ley 39/2006). Tanto la prestación económica como el SAD no tienen establecidos ninguna diferenciación por motivos económicos. Es decir, la situación financiera de los dependientes no determina la cantidad ni un copago del servicio. En cambio, sí que vendría determinado por el grado de dependencia concedida por la Administración Pública. La muestra inicial está compuesta por 613 individuos, representativos de los barrios con rentas bajas (seleccionados cuatro barrios con un nivel bajo de renta medio por hogar) y barrios de rentas altas (cinco barrios con los niveles de renta más elevados de la ciudad). La muestra de personas mayores (55 años y más) obtenida representa el 88,6% de la muestra inicial (n=543; 74,6% mujeres y 25,4% hombres). Con el conjunto

¹ El trabajo de campo de la encuesta del proyecto DEPCURA-BCN está previsto en octubre de 2023. Se trata de un proyecto concedido en la 2da edición de las Subvenciones Extraordinarias para la investigación y la innovación en colaboración con la Fundación “La Caixa” que otorga el Ayuntamiento de Barcelona. En este proyecto colaboran las Universidad de Barcelona, la Universidad Pompeu Fabra y la Fundación Salut i Envel·liment de la Universidad Autònoma de Barcelona.

de variables utilizadas en los diferentes análisis y modelos hay una pérdida de 13 casos, dejando una muestra final de 530 individuos de 55 años y más.

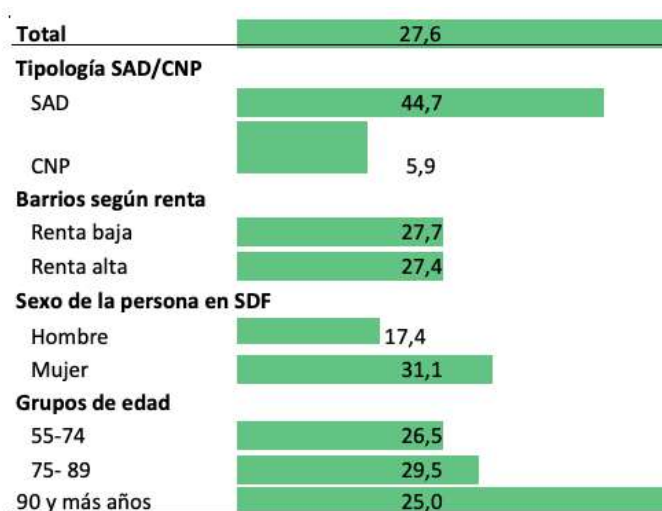
En esta comunicación se presentan análisis bivariados para mostrar las diferencias entre perfiles de personas en SDF, así como un modelo de regresión logística para calcular la probabilidad de que las personas sean usuarias del SAD según el tipo de barrio en el que residen (controlando por otras variables indicadas en el gráfico).

3 Resultados

Los datos de la ESPD2018 muestran de forma evidente que las personas que están en SDF tienen perfiles socioeconómicos, demográficos y niveles de dependencia diferentes, lo cual hace poco recomendable analizar esta población de forma agregada. Teniendo en cuenta estas diferencias en los perfiles se pueden ver algunas prevalencias claras. El perfil más frecuente de persona en SDF en Barcelona suele ser el de una mujer, de entre 75 y 89 años, que tiene niveles de dependencia entre el grado I y II.

Uno de los elementos más relevantes para entender las condiciones de vida de las personas de mayor edad, y en especial de las personas mayores en SDF, es la situación de convivencia en la que se encuentran. La red de apoyo y la cobertura de necesidades que pueden obtener las personas con algún grado de dependencia dependen en gran medida de convivir o no con otras personas, principalmente familiares². Las personas mayores en SDF suelen tener limitada su autonomía y necesitan en muchas ocasiones compañía para realizar las tareas cotidianas del día a día. De las personas de más de 55 años en SDF analizadas en Barcelona, más de una cuarta parte están viviendo solas. Las mujeres con SDF, debido a que tienen una esperanza de vida mayor que sus parejas masculinas, casi duplican el porcentaje que están viviendo solas en comparación con los hombres. Asimismo, los datos también muestran que existe una asociación más que evidente entre la situación de convivencia y si son usuarios de SAD o no. El 44,7% de las personas usuarias del SAD analizadas están viviendo solas.

Gráfico 11. Personas mayores en SDF que viven solas (%)



Fuente: elaboración propia a partir de EPSD2018.

CNP: Recibe la prestación para cuidador no profesional..

² El 68,2% de los SDF conviven con algún familiar. El perfil más frecuente suele ser del marido/mujer/pareja (31,3%) seguido de los que conviven con hijos o hijas (28,4%).

3.1 Estrategias de cuidados

Los datos muestran que los hombres mayores en SDF suelen tener en mayor medida apoyo de algún familiar (75,4%) que las mujeres (59%). Por el contrario, las mujeres suelen recibir en mayor porcentaje ayudas provenientes de los servicios municipales de servicios sociales. El perfil del cuidador principal depende en gran medida de la situación de convivencia y económica de las personas en SDF y sus familias. Para el 56,9% el principal perfil cuidador es un familiar, el 21,9% una persona remunerada (con contrato o sin contrato), y el 17,4% una persona del SAD proporcionada por el Ayuntamiento de Barcelona. Las personas que tienen como principal persona cuidadora un/a trabajador/a del SAD son básicamente personas que viven solas y tienen una red familiar baja o nula. El grado de dependencia tiene una asociación substancial con el tipo de apoyo que recibe la persona en SDF. Los datos muestran que las personas con mayor grado de dependencia suelen recibir en mayor proporción apoyo de familiares.

Tabla 10. Tipología de cuidados que reciben las personas en SDF según sus características (%)

| | Sexo persona en SDF | | | | | Grado dep. | | |
|--|---------------------|--------|-------|------|------|------------|------|------|
| | Total | Hombre | Mujer | SAD | CNP | I | II | III |
| Familiar | 63,2 | 75,4 | 59,0 | 47,0 | 83,7 | 59,8 | 75,0 | 75,4 |
| Personal Ayunt Servicios Sociales | 48,8 | 42,0 | 51,1 | 86,2 | 1,3 | 54,6 | 36,1 | 21,5 |
| Persona contratada (con la prestación de la Ley Dep.) | 8,3 | 5,8 | 9,1 | 2,0 | 16,3 | 5,2 | 12,2 | 16,9 |
| Persona contratada (sin la prestación de la Ley Dep.) | 7,9 | 9,4 | 7,4 | 9,2 | 6,3 | 5,2 | 8,9 | 15,4 |
| Cuidador remunerado informal | 19,0 | 19,6 | 18,8 | 15,1 | 23,8 | 19,7 | 17,2 | 30,8 |
| Cuidador de una empresa privada de servicios o sanitarios | 6,6 | 3,6 | 7,7 | 7,6 | 5,4 | 6,1 | 7,8 | 7,7 |
| Voluntarios tercer sector (Cáritas, Amics de la gent gran, | 1,1 | 1,4 | 1,0 | 1,0 | 1,3 | 0,4 | 1,7 | 1,5 |
| Amigo/a Vecino/a (no remunerado) | 9,4 | 11,6 | 8,6 | 7,6 | 11,7 | 7,0 | 13,9 | 9,2 |
| Otros | 1,7 | 2,9 | 1,2 | 1,3 | 2,1 | 1,7 | 1,1 | 3,1 |
| Ninguna ayuda | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 3,0 | 1,7 | 3,9 | 0,6 | 1,5 |

| | Ingresos hogar (cuartiles) | | | | Convivencia | | | |
|--|----------------------------|------|------|------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| | I | II | III | IV | Vive solo/a | Con otras personas | Barrios rentas bajas | Barrios rentas altas |
| Familiar | 54,3 | 53,2 | 66,2 | 80,5 | 10 | 83,5 | 65,3 | 59,1 |
| Personal Ayunt Servicios Sociales | 60,6 | 57,6 | 49,3 | 28,9 | 76,7 | 38,2 | 52,7 | 41,4 |
| Persona contratada (con la prestación de la Ley Dep.) | 5,5 | 2,2 | 8,8 | 17,2 | 2,7 | 10,4 | 7,6 | 9,7 |
| Persona contratada (sin la Prestación de la Ley Dep.) | 8,7 | 8,6 | 8,1 | 7 | 8,7 | 7,6 | 9 | 5,9 |
| Cuidador remunerado informal | 13,4 | 13,7 | 19,1 | 28,9 | 14 | 20,9 | 14,6 | 27,4 |
| Cuidador de una empresa privada de servicios o sanitarios | 5,5 | 4,3 | 4,4 | 11,7 | 5,3 | 7,1 | 1,4 | 16,7 |
| Voluntarios tercer sector (Cáritas, Amics de la gent gran, | 0 | 0,7 | 2,2 | 1,6 | 0,7 | 1,3 | 0,6 | 2,2 |
| Amigo/a Vecino/a (no remunerado) | 9,4 | 13,7 | 8,1 | 6,3 | 6,7 | 10,4 | 11,5 | 5,4 |
| Otros | 3,1 | 0,7 | 0 | 3,1 | 1,3 | 1,8 | 2 | 1,1 |
| Ninguna ayuda | 2,4 | 4,3 | 2,9 | 0,0 | 6,0 | 1,0 | 2,2 | 2,7 |

Nota: las columnas suman más de 100% debido a que las personas pueden recibir más de un tipo de apoyo de perfiles diferentes.

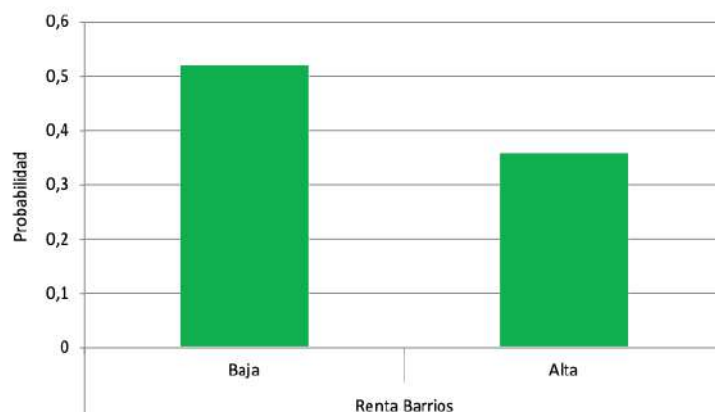
Fuente: elaboración propia a partir de EPSD2018.

Los ingresos del hogar repercuten en gran medida en el acceso a las diferentes opciones de cuidados, ya que suponen la posibilidad o no de acceder al mercado informal o formal de cuidados. Los datos de la EPSD2018 confirman esta hipótesis. Las personas en SDF que viven en hogares con mayores ingresos tienen en mayor proporción un cuidador remunerado de manera informal (28,9% en el caso de los situados en el cuartil IV) y de manera formal (39,5%) que los que tienen menores ingresos (para el cuartil I de ingresos serían el 13,4% de manera informal y el 19,7% de manera formal).

Las diferencias de perfiles de los ciudadanos en los diferentes barrios pueden afectar a su capital social, redes de apoyo y comportamientos hacia el uso de servicios sociales. Algunos indicios muestran que el uso o no de algunos servicios sociales por parte de las personas potencialmente beneficiarias puede tener alguna explicación según el barrio o vecindario al que pertenecen. Personas con perfiles socioeconómicos parecidos pueden hacer un uso diferenciado de algunos servicios públicos debido al posible nivel de estigma que esté asociado en cada territorio. Por ejemplo, según los datos que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona, se produce una correlación negativa entre el nivel de renta familiar media de cada barrio y el grado de cobertura de la población identificada como vulnerable tanto en la solicitud de la ayuda para una prestación económica para hijos menores de 16 años a cargo (Blasco y Todeschini, 2019), como también en el número de expedientes abiertos en los servicios sociales por temas relacionados con la cobertura de las necesidades básicas (según datos de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona). Es decir, existen indicios que muestran que en los barrios con rentas más altas las personas vulnerables económicamente suelen demandar menos los servicios y ayudas públicas municipales que las personas del mismo perfil residentes en barrios con rentas más bajas.

Siguiendo esta premisa, podemos observar en el siguiente gráfico que las personas mayores en SDF que residen en barrios de mayor renta tienen una menor probabilidad de utilizar los servicios públicos de atención domiciliar que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona³, con independencia del nivel de ingresos de los hogares con personas en SDF. Concretamente, las personas mayores en SDF residentes en barrios de rentas altas de Barcelona tienen un 32% menos de probabilidad de ser usuarios del SAD que los residentes de zonas en que predominan las rentas bajas.

Gráfico 2. Probabilidad de ser usuario del SAD según tipo de barrio reside



Fuente: Elaboración propia a partir de EPSD2018.

³ Los resultados de probabilidades se basan en modelos de regresión logística controlando por otras variables: los ingresos del hogar, formas de convivencia, el grado de dependencia, el sexo y la edad de las personas en SDF. Los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,01$).

3.2 Cobertura de necesidades

Los datos también muestran que hay diferencias substanciales sobre la atención de cuidados que reciben los diferentes perfiles de personas en SDF. Las personas pertenecientes al cuartil IV de ingresos reciben una media de 14,7 horas de cuidados de una persona familiar y 6,8 de una persona remunerada (en ocasiones comparten el mismo tiempo). En cambio, las personas de cuartil I de ingresos del hogar reciben 9,1 y 3,4 horas respectivamente. Respecto a estos perfiles no hay diferencias significativas en el tiempo medio de atención del SAD (suele ser bajo en todos los casos). En general, la diferencia de tiempo que reciben apoyo o ayudas de todos los perfiles de cuidadores juntos a lo largo de un día (teniendo en cuenta que hay momentos que más de un cuidador coincide temporalmente) es de 7 horas: las personas de cuartil I de ingreso reciben ayudas y atenciones 12,8 horas al día de media (53,1% del tiempo diario) y las personas de cuartil IV 19,8 horas (82,3% del tiempo diario).

Si analizamos los perfiles que consideran que no reciben suficiente ayuda para cubrir sus necesidades, observamos que las personas que viven solas serían las que en menor medida declaran tener totalmente cubiertas sus necesidades de cuidado (menos del 50%).

Gráfico 3. Grado en que considera que las ayudas que reciben de otras personas satisface las necesidades según características (%)

| | Totalmente | Parcialmente | No |
|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| Total | 60,0 | 26,8 | 13,1 |
| Tipología SAD/CNP | | | |
| SAD | 50,3 | 32,9 | 16,8 |
| CNP | 72,3 | 19,2 | 8,5 |
| Forma de convivencia | | | |
| Solo/a | 48,0 | 33,8 | 18,2 |
| Convive con alguien | 64,9 | 23,6 | 11,6 |
| Barrios según renta | | | |
| Rentas Bajas | 57,4 | 29,1 | 13,4 |
| Rentas Altas | 65,0 | 22,4 | 12,6 |
| Ingresos del hogar | | | |
| Cuartil I | 54,0 | 30,6 | 15,3 |
| Cuartil II | 59,3 | 27,4 | 13,3 |
| Cuartil III | 66,2 | 23,3 | 10,5 |
| Cuartil IV | 58,6 | 26,6 | 14,8 |
| Grado de Dependencia | | | |
| Grado I | 55,5 | 29,1 | 15,5 |
| Grado II | 65,4 | 22,9 | 11,7 |
| Grado III | 70,8 | 21,5 | 7,7 |

Fuente: Elaboración propia a partir de EPSD2018.

4 Conclusiones

La situación de la población dependiente actual y futura de Barcelona supone un reto ineludible si se quieren mantener ciertos estándares de calidad de vida de las personas mayores y sus familias. Como muestran los datos de la EPSD2018, una parte sustancial de esta población vive sola (generalmente mujeres) y con

una red baja o nula de apoyo social. En estos casos los servicios de atención domiciliaria (SAD) que proporciona el Ayuntamiento de Barcelona, aunque suelen ser de un tiempo reducido, acaban siendo primordiales para el bienestar de estas personas que suelen tener en menor medida cubiertas sus necesidades con el apoyo que reciben.

El apoyo familiar y las formas de convivencia son esenciales para entender el grado de cobertura de las necesidades y las estrategias de cuidado. Estas acaban siendo más determinantes que los propios recursos de los hogares. Si bien es cierto que en los hogares con mayores recursos hay una mayor prevalencia en tener personas cuidadoras remuneradas (mercado informal o formal), también es cierto que son los hogares que tienen una mayor prevalencia en tener cuidadores familiares. Los datos muestran que los hogares con personas en SDF con menos rentas tienen una mayor prevalencia en ser unipersonales, con lo que aumenta la probabilidad de que reciban menor atención de familiares.

Otro de los factores que nos muestra la EPSD2018 como determinantes para entender las estrategias de cuidado que tienen los diferentes perfiles de personas mayores en SDF es el territorio. Una vez más resulta pertinente analizar las grandes ciudades de forma desagregada debido a la concentración más o menos homogénea de ciertos perfiles socioeconómicos en áreas concretas. Las personas mayores en SDF que viven en barrios de rentas altas se ven menos atraídas al uso de servicios sociales municipales que las personas con los mismos perfiles socioeconómicos y de convivencia residentes en barrios de rentas bajas.

Referencias bibliográficas

- Adams, B., Aranda, M. P., Kemp, B., y Takagi, K. (2002). Ethnic and gender differences in distress among Anglo American, African American, Japanese American, and Mexican American spousal caregivers of persons with dementia. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(4), 279-301.
- Ayuso Gutiérrez, M., Rubio, R., y Escribano Sotos, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 789-798.
- Blasco J. y Todeschini F. (2019). *Avaluació del fons extraordinari per ajuts d'urgència social de l'ajuntament de Barcelona 2017 i 2018*. Ivalua.
- Cabrero, R. G., y Codorníu, M. J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Imserso.
- Gázquez, et al. (2011) Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *Annals of Psychology* 27(3): 871-876.
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Más formadas, pero más precarias: la profesionalización del trabajo de cuidados en las residencias de mayores

Sandra López Fernández, Universidad de Castilla-La Mancha (Sandra.lfernandez@uclm.es)

Paloma Moré Corral, Universidade da Coruña (paloma.more@udc.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Palabras clave

Residencias de mayores, trabajadoras de atención directa, cuidados de larga duración, formación profesional

1 Introducción

Los cuidados institucionalizados constituyen un desafío y una necesidad esencial en el contexto de las proyecciones relacionadas con el envejecimiento demográfico. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2022, se estima que para el año 2050, una de cada seis personas a nivel mundial tendrá más de 65 años. Dentro de este envejecimiento poblacional se observa el llamado “envejecimiento de la población mayor”, es decir, de aquella que supera los 80 años. Actualmente, en España esta población se sitúa en torno al 6% (casi 3 millones de personas de las que más del 60% son mujeres), mientras que en 2010 era el 4,9%, con un incremento en diez años de más de medio millón de personas. Además, se prevé que España enfrentará en 2050 una de las tasas más altas de dependencia, con una relación de 77.5 personas mayores de 65 años por cada 100 personas en edad de trabajar, según la OMS en 2022. Este contexto de aumento de la longevidad se asocia a otros cambios en las pautas reproductivas y las modificaciones en las estructuras de los hogares y en la organización de las familias han propiciado cambios significativos en el modelo de sociedad (Informe Foessa, 2019). Entre estas transformaciones encontramos la llamada crisis de los cuidados (Pérez-Orozco, 2014) que está ocasionando grandes transformaciones, contradicciones y conflictos en la manera en que se organizan socialmente los cuidados de larga duración¹. En las últimas décadas, la institucionalización de las personas mayores dependientes en centros especializados que prestan cuidados de larga duración ha tenido un enorme auge en España.

A nivel general, el modelo español de la atención residencial se caracteriza por unos rasgos comunes: 1) desde los años 90 el sector se ha ido configurando a través de un “modelo mixto de bienestar” que implica que las administraciones públicas se encargan de la financiación mientras que se externaliza la gestión a entidades privadas (Montserrat, 2020); 2) el sector de las empresas vinculadas a la atención a la dependencia ha experimentado un importante crecimiento desde la implantación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD en adelante); 3) esta expansión se ha caracterizado por una fuerte concentración empresarial (Rico, 2021); y 4) se trata de un sector con un fuerte potencial de generación de empleo, precario y muy feminizado.

¹ Los cuidados de larga duración se suelen definir (por las instituciones internacionales, como la OCDE, Eurostat y la OMS) como un conjunto de servicios requeridos por personas con un grado reducido de capacidad funcional (ya sea física o cognitiva) y que, como consecuencia de ello, son dependientes de ayuda con las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria durante un período prolongado.

Sin embargo, a pesar de estos rasgos comunes el sector se caracteriza por ofrecer un panorama heterogéneo y diverso (Del Pino et al, 2020) donde existen grandes diferencias regionales en lo que respecta a las proporciones en la titularidad de los centros (pública o privada), la financiación de las plazas, las tasas de cobertura y ocupación, así como en lo que respecta a la localización (urbana y rural), el tamaño y las infraestructuras de los centros. Estas disparidades entre Comunidades Autónomas se pueden observar en los 3 territorios analizados. Si bien la OMS recomienda una proporción de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años como ideal para proporcionar una cobertura adecuada a sus necesidades, encontramos que Castilla-La Mancha, con aproximadamente 27.000 plazas (el 71,6% financiadas con fondos públicos) supera este estándar, mientras que al otro extremo se sitúa Galicia, con poco más de 21.000 plazas y un déficit de 14.072 plazas residenciales para alcanzarlo, mientras que la Comunidad de Madrid, se sitúa en la media de España (4,2 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años) con cerca de las 58.000 plazas y un déficit de 7.986 plazas para alcanzar ese objetivo.

Esta disparidad subraya la necesidad apremiante de implementar políticas y estrategias destinadas a mejorar la atención y el bienestar de los adultos mayores. En esta dirección se establece Resolución que establece, a nivel nacional y actualizada en 2022², los criterios comunes de acreditación y calidad para los centros y servicios de atención a personas mayores, independientemente de su ubicación geográfica. Esta normativa también especifica requisitos formativos mínimos para las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) en el sector de cuidados residenciales, como la obtención del Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria para Personas Dependientes en Instituciones Sociales, lo que marca el inicio de la profesionalización de los cuidados.

En sus etapas iniciales, la LAPAD planteó un desafío significativo a la estructura del estado de bienestar en España al establecer un sistema público de atención a personas dependientes y reconocer la necesidad de profesionalizar la prestación de cuidados (Moreno Colom et al., 2016). No obstante, también promovió la participación del sector no profesional al proporcionar apoyos económicos directos a cuidadores no profesionales, lo que, a su vez, contribuyó al crecimiento de la economía sumergida en este ámbito (Martínez Buján, 2011).

Como parte integral de esta legislación, se introdujo un requisito formativo esencial para las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) empleadas en el sector de los cuidados residenciales. La nueva regulación estableció un estándar mínimo de formación necesario para continuar trabajando en este campo, en particular, la obtención del Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria para Personas Dependientes en Instituciones Sociales. Este cambio normativo marcó el inicio de una iniciativa de profesionalización en el ámbito de la prestación de cuidados (Baughman y Smith, 2012).

Según Real Decreto 1379/2008, a partir de 2015, las trabajadoras de los centros residenciales debían contar con una titulación oficial³ relacionada con el desempeño de su puesto de trabajo, es decir, una formación profesional de Grado Medio como Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico de Atención Sociosanitaria, o Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. Para aquellas trabajadoras que no tuvieran esta Formación Profesional se proponía una vía alternativa a través de la obtención de un Certificado de Profesionalidad en “Atención Sociosanitaria de Personas Dependientes en instituciones sociales”. Estos certificados iban a ser exigibles por Ley a 31 de diciembre de 2015, pero los numerosos retrasos por parte de las administraciones en la acreditación y homologación de los centros encargados de

² Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. <https://www.boe.es/boe/dias/2022/08/11/pdfs/BOE-A-2022-13580.pdf>

³ <http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/09/pdfs/A36676-36711.pdf> (Consultado el 7 de abril de 2015.)

impartir la formación de los certificados de profesionalidad; así como en la publicación de los procedimientos de evaluación, reconocimiento y acreditación de cualificaciones adquiridas a través de la experiencia laboral y de la formación no formal, motivaron que el plazo se ampliase hasta el 31 de diciembre de 2017 y, por tercera vez, a 31 de diciembre de 2022.

2 Metodología

La metodología utilizada en esta investigación ha sido cualitativa y consiste principalmente en entrevistas en profundidad y grupos de discusión. El trabajo de campo se ha repartido entre tres Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha, Galicia y la Comunidad de Madrid).

En Castilla-La Mancha la recogida de información se hizo en el contexto de la realización de una tesis doctoral y por tanto consta de un trabajo de campo muy extenso. En concreto se realizaron 15 grupos de discusión siguiendo la metodología propuesta por Krueger y Casey (2015), en los cuales participaron más de 80 TCAD empleadas en residencias de personas mayores. Además, se realizaron 27 entrevistas con informantes clave que abarcaban una diversidad de perfiles, incluyendo representantes de las trabajadoras, representantes de familiares de los residentes, figuras del sector público y miembros de los equipos interdisciplinarios.

En Galicia y Madrid el trabajo de campo ha sido más reducido y nos sirve para contrastar, corroborar o matizar los resultados obtenidos en el primer estudio señalado. En concreto, en Galicia se realizaron 8 entrevistas en profundidad con 5 TCAD en activo y con 3 representantes de las trabajadoras (CIGA, CCOO y TREGA). En el caso de Madrid se realizaron también 8 entrevistas, de las cuales 5 fueron con TCAD, 1 con una representante de las trabajadoras y 2 con representantes de organizaciones de familiares.

Las participantes en todas estas instancias fueron instadas a reflexionar sobre cuatro áreas temáticas clave, a saber: los certificados de profesionalidad, el sistema de implantación (como resultado de una obligación legislativa), los efectos sobre las condiciones laborales de las TCAD y los efectos sobre la calidad de los servicios proporcionados en los centros residenciales. Todo el material de campo fue grabado en audio y ha sido transcrito casi en su totalidad⁴. La metodología de análisis se basó en un enfoque temático de contenido, y se llevó a cabo utilizando el software Atlas.ti. El proceso de análisis se desarrolló de manera inductiva, siguiendo una metodología de comparación constante y revisión repetida de los datos, un enfoque que parte de lo particular para llegar a conclusiones más generales, en consonancia con el método propuesto por Miles y Huberman (1994).

3 Resultados

3.1 ¿Mejoras laborales tras la formación obligatoria?

Uno de los objetivos primordiales de la profesionalización era la mejora de las condiciones laborales de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) en el sector de las residencias de mayores. No obstante, los resultados obtenidos revelan que esta mejora no se ha manifestado. A pesar de la capacitación requerida, las condiciones laborales de las TCAD no han experimentado mejoras sustanciales en términos de remuneración y jornadas de trabajo. Aunque las TCAD han adquirido competencias adicionales a través de su formación, esta mejora en sus habilidades no se ha traducido en un incremento proporcional de sus ingresos ni en una reducción significativa de sus extensas jornadas laborales. Este aspecto señala que, hasta la fecha, el

⁴ 4 Faltan aún algunas entrevistas de Galicia, que están en proceso.

proceso de profesionalización no ha logrado el impacto deseado en la compensación económica y en la calidad de sus labores.

Un indicio preocupante de esta situación es que los salarios de las TCAD han permanecido sin cambios desde 2019, y fue solo al inicio del presente año que se implementó un incremento del 6.5%. Sin embargo, los sindicatos han considerado esta subida como insuficiente y meramente simbólica, incluso en Galicia las trabajadoras llegaron a ir a huelga en 2022 y uno de los sindicatos principales (CIGA) nunca llegó a firmar la renovación del Convenio autonómico en 2023. En muchas ocasiones, las TCAD en el campo de la atención sociosanitaria se ven en la necesidad de obtener formación adicional para mantener sus empleos, pero lamentablemente, esto no se ha traducido en un aumento de sus ingresos ni en la mejora de sus condiciones de trabajo. Esto queda ilustrado por el testimonio de una participante que mencionó: "¿En sueldo y eso dices? No, no, nada ha cambiado. Mira, por ejemplo, ahora... (refiriéndose a la baja de una compañera que no ha sido cubierta) y así llevamos desde diciembre hasta hoy (julio 2022)". En otros casos, la obligatoriedad de obtener estos certificados ha expulsado del mercado a mujeres que habían entrado a trabajar en residencias desde el empleo informal, sin tener una formación previa en el sector: "mira, dile al que te está pidiendo los módulos que, si quiere que me dé la baja ya, que ya me puedo ir" (Madrid, 2021).

Asimismo, la falta de claridad en las funciones desempeñadas por las TCAD en sus lugares de trabajo también se ha convertido en un problema. Una de las participantes expresó de manera enfática: "He hecho cosas que a mí como auxiliar no me correspondían. He fregado, he hecho cama, he puesto insulina, heparina...". Esta ambigüedad en las tareas asignadas refuerza la percepción de precariedad en sus condiciones laborales. Además, se ven agraviadas porque se les exige una profesionalidad y unas responsabilidades que por ejemplo no tienen las trabajadoras de la limpieza de los centros, que cobran un sueldo similar: "Claro, ahora, a mí me compensa más ser limpiadora... Porque más de una dixo, que sin responsabilidade non se me vai a caer nadie, non teño estos problemas de espalda nin psíquicos porque non teño que estar... No comedor de psiquiatría" (Galicia, 2023).

La precariedad laboral se hace aún más evidente cuando las propias entrevistadas comparan sus condiciones con las de otras profesionales que ocupan puestos similares en el sector público. La disparidad salarial y de carga de trabajo entre ambos sectores es motivo de preocupación. Las TCAD son conscientes de que sus compañeras que trabajan en el sector público disfrutan de condiciones laborales significativamente mejores y salarios más elevados. Esto se traduce en una brecha salarial que afecta a las TCAD que no pueden acceder a una formación técnica en Atención a Personas en Situación de Dependencia, que les permitiría acceder a puestos mejor remunerados en el sector público.

3.2 Competencias autonómicas: hacia una profesionalización desigual que estructura desigualdades

El proceso de profesionalización no ha sido homogéneo en los diferentes territorios estudiados. Mientras que, en algunas regiones, como Castilla-La Mancha y en Galicia, se han adoptado plenamente las medidas de profesionalización, en otros escenarios territoriales como la Comunidad de Madrid su implementación ha sido lenta y tortuosa, con grandes dificultades para cumplir los plazos.

Esta disparidad territorial sugiere la necesidad de una mayor coordinación y supervisión a nivel nacional para garantizar una aplicación uniforme de las políticas de profesionalización. Ocurre también que las residencias de gestión privada enriquecen sus plantillas con las TCAD que disponen de la formación obligatoria en las regiones colindantes: véase el caso de Madrid y las trabajadoras de atención socioas sanitaria que trabajan en las residencias madrileñas colindantes.

3.3 Identidad de los cuidados institucionalizados: la construcción de un imaginario profesional

A pesar de los esfuerzos de profesionalización, la identidad laboral de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) y su estatus en el sector de las residencias de mayores no han experimentado una transformación significativa. Permanece una notable ambigüedad en las funciones laborales y la percepción de que su labor continúa siendo subestimada en comparación con el ámbito público. Esto subraya la falta de un cambio sustancial en la identidad profesional y el estatus laboral de las TCAD dentro del contexto de la atención a personas mayores.

Se ha evidenciado un agravio comparativo, resaltando directamente la "cualificación real", es decir, la aplicación efectiva de los conocimientos adquiridos por las trabajadoras. Informantes con una mayor experiencia en el sector han identificado diferencias en la forma en que las profesionales certificadas emplean sus conocimientos, a veces con inseguridad, mientras que aquellas TCAD que han continuado su formación y han obtenido un nivel educativo superior lo hacen con mayor confianza. Por ejemplo, se observa que las TCAD con certificados a menudo se perciben como teniendo una base de conocimientos limitada y llegan al entorno laboral con una percepción de falta de experiencia. En contraste, aquellas con una formación más avanzada, como la Formación Profesional, demuestran un mayor dominio de habilidades técnicas, como las movilizaciones, y tienen una capacidad más sólida para identificar y comprender diagnósticos y síntomas relevantes en la atención a personas mayores.

Es importante concluir resaltando la existencia de un continuo de diferenciación entre los profesionales de atención directa que ocupan roles similares, pero han accedido a ellos mediante diferentes trayectorias educativas y formativas. Este "agravio comparativo" también se manifiesta en la evaluación de conocimientos, habilidades, competencias sociales y psicológicas por parte de los perfiles técnicos, como enfermeras y psicólogas, quienes identifican notables disparidades, tanto en aspectos técnicos como en la calidad del trato a las personas mayores.

4 Conclusiones y reflexiones finales

Hasta este punto, hemos explorado en detalle el proceso de profesionalización de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) en el contexto de las residencias de personas mayores en diferentes regiones de España. Este análisis ha arrojado una serie de conclusiones significativas que destacan tanto los avances como las limitaciones de este proceso. A continuación, se presentan las conclusiones generales extendidas basadas en la investigación:

1. **Mejoras Laborales Insuficientes:** A pesar de la introducción de requisitos de formación y acreditación para las TCAD, las mejoras en sus condiciones laborales han sido limitadas. Los salarios y las jornadas de trabajo no han experimentado cambios significativos, lo que refleja una falta de reconocimiento y valoración de su trabajo en comparación con el sector público.
2. **Desigualdades en la Profesionalización:** La profesionalización de las TCAD no ha sido homogénea en las diferentes regiones estudiadas. Las disparidades geográficas y sociodemográficas han influido en la accesibilidad a la formación y, por lo tanto, en la capacidad de las trabajadoras para mejorar sus competencias y condiciones laborales.
3. **Persistencia de la Precariedad Laboral:** La investigación revela la persistencia de la precariedad laboral entre las TCAD, a pesar de los esfuerzos de profesionalización. Aquellas que no pueden acceder a una formación más avanzada siguen atrapadas en empleos con salarios bajos y condiciones laborales desafiantes.

4. Impacto en la Identidad Laboral: La identidad laboral de las TCAD no ha experimentado un cambio sustancial. La ambigüedad en las funciones laborales y la percepción de subvaloración persisten, lo que sugiere que la profesionalización no ha logrado alterar la percepción de su trabajo ni su estatus en el sector de atención a personas mayores.
5. Comparaciones con Profesionales Técnicos: Se ha destacado un "agravio comparativo" entre las TCAD y los profesionales técnicos, como enfermeras y psicólogos, que evalúan las capacidades de las trabajadoras. Las diferencias en términos de conocimientos y habilidades técnicas se han vuelto evidentes, lo que sugiere una brecha en la calidad de la atención proporcionada.

En resumen, a pesar de los esfuerzos por profesionalizar a las TCAD en el sector de las residencias de personas mayores en España, esta investigación revela que las mejoras laborales y la transformación de la identidad laboral no han sido tan significativas como se esperaba. Las desigualdades geográficas y sociodemográficas, así como la persistente precariedad laboral, han contribuido a esta situación. Para lograr una profesionalización efectiva y mejorar las condiciones laborales de las TCAD, será necesario abordar estas limitaciones y desafíos de manera integral.

Referencias bibliográficas

- Adams, W. C. (2015). Conducting Semi-Structured Interviews. In *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 492–505). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch19>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9, 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Del Pino, E., Moreno-Fuentes, F.J., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J. Moreno, L., Pereira-Puga, M., Perna, R. 2020. Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. *Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid*. <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook, 2nd ed. In *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook, 2nd ed.* Sage Publications, Inc.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). Focus Group Interviewing. In *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 506–534). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch20>
- Jobs of Tomorrow: Social and Green Jobs for Building Inclusive and Sustainable Economies WHITE PAPER JANUARY 2023* In collaboration with Accenture Contents. (2023).
- Informe Foessa, 2019. *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>
- Pérez-Orozco, A. 2014. *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Montserrat, J. 2020. La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19, *Zerbitzuan*, 73: 54-60.
- Rico, M. 2021. *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*. Madrid: Planeta.
- Martínez Buján, R., y Martínez Virto, L. (2015). La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad. *Zerbitzuan*, 60, 5–7. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5346235.pdf>
- Pérez-Orozco, A. (2006) “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”, *Revista de Economía Crítica*, 5, 7–37
- Moreno Colom, S., Recio Cáceres, C., Borrás Catalá, V., y Torns Martín, T. (2016). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras. *Papeles del CEIC*, 2016(1), 145-145. <https://doi.org/10.1387/PCEIC.15195>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Repensar la maternitat, el treball i les cures: un estudi de cas de dones joves feministes

Carme Vivancos Sánchez, Universitat de Barcelona (c.vivancos@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Aquesta investigació es centra en la intersecció de la maternitat i el treball entre dones joves feministes i pretén explorar com el seu compromís material amb el mercat laboral i les seves perspectives sobre l'amor i la família influeixen en les seves aspiracions de convertir-se o no en mares-treballadores. Partint de la teoria feminista materialista i les teories socioconstruccionistes i a partir de la metodologia qualitativa i feminista, s'han realitzat dinou entrevistes a un grup divers de dones de Barcelona. Aquestes dones, d'entre vint i trenta anys, participen activament en assemblees i espais feministes, i comparteixen experiències de precarietat laboral. Els primers resultats de l'estudi revelen que les visions de les joves feministes sobre la maternitat, les relacions sexe-afectives i la família es situen entre les normes socials i les perspectives alternatives. S'evidencia la importància d'analitzar les posicions socials de les dones i el discurs actual entorn del feminisme per a comprendre millor si les conceptualitzacions de la maternitat pertorben el delicat equilibri entre les esferes productiva i reproductiva que requereix l'actual context capitalista neoliberal.

Paraules clau

Maternitat, treball, neoliberalisme, feminisme

1 Introducció

La formació econòmica neoliberal determina múltiples esferes i dimensions de les nostres societats. De fet, les nostres vides, el nostre comportament i els nostres sentiments s'expliquen per les nostres condicions materials en aquest món, que al seu torn determinen les nostres condicions en el mercat. En diferents cultures i èpoques, els éssers humans s'han enfrontat a un repte comú: com superar el sentiment d'alienació i forjar connexions amb els altres, transcendent les nostres vides individuals (Fromm, 1956). Això implica que l'amor i les interaccions humanes, inclosa la maternitat, estan influïts per un impuls innat de connexió (Bauman, 2003). Els nostres comportaments i la nostra comunicació, expressats a través dels nostres cossos, emocions i sentiments (Federici, 2012), estan estretament vinculats al context social i històric en el qual existim. L'amor maternal, com subratlla Badinter (1981), no és únicament un instint innat, sinó un comportament modelat per factors socials i històrics, que varia segons les èpoques i els costums. Així, la pròpia maternitat és una ideologia construïda a través de processos històrics (Hays, 1996).

En les últimes dècades, canvis transcendents com la major participació de la dona en el mercat laboral, la millora de l'accés a l'educació als països occidentals i la individualització de la vida han provocat importants transformacions en les dinàmiques familiars, les configuracions de les llars i la vivència de la maternitat. En l'Estat espanyol, encara que amb un lleuger retard respecte a altres països europeus, s'ha produït un considerable descens de les taxes de fecunditat (de 2,77 en 1975 a 1,19 en 2013), acompanyat d'un notable augment de l'edat mitjana de maternitat (de 25,25 anys en 1975 a 31,56 en 2021) (INE, 2021). A més, el nombre

de dones sense fills no ha deixat d'augmentar (Esteve, Devoldver i Diuenge, 2016). Aquests canvis socials proporcionen una justificació convincent per a l'enfocament del nostre estudi.

Aquest article presenta uns primers resultats d'una recerca destinada a comprendre com les dones joves naveguen per l'experiència de la maternitat. Explorem la seva relació material amb el mercat laboral, les seves percepcions de l'amor i les seves nocions de família com a variables crucials per a comprendre la construcció de les seves perspectives com a futures mares treballadores. La pregunta que travessa la investigació és la que es demana: quines són les (re)imaginacions entorn la maternitat i la família que estan duent a terme les dones joves feministes en societats occidentals? Per què i per què no es pot arribar a aquest ideal feminista en societats neoliberals?

Per a aprofundir en la construcció d'aquestes perspectives, adoptem la teoria materialista, concretament la teoria de la reproducció social. Aquest marc estructuralista ens permet comprendre el paper de l'entorn social en la reproducció de la força de treball i la influència de l'esfera productiva en la construcció de la identitat d'una mare. Així doncs, partim de la premissa que les nostres relacions materials amb el món són crucials per a comprendre les dinàmiques en joc. A més, les idees del constructivisme social aporten elements clau per a explicar com l'establiment del règim econòmic neoliberal, amb el seu èmfasi en l'individualisme, la competitivitat i el consumisme, ha modelat les nostres experiències i perspectives.

2 Metodologia

En el nostre estudi ens basem en metodologies qualitatives. Realitzem dinou entrevistes semiestructurades a dones blanques homo/hetero/bisexuals cisgènere i sense orientació sexual específica, residents a Barcelona, amb edats compreses entre els vint i els trenta anys, activistes en assemblees i/o espais feministes, sense fills, amb estudis superiors i que consideraven haver viscut o estar vivint situacions de precarietat laboral.

Al recórrer a la tècnica de les entrevistes, preteníem anar més enllà de les meres dades enteses com a informació "objectiva" i obtenir una visió més qualitativa, subjectiva i específica de les realitats implicades. El major abast d'aquest paradigma es deu al fet que ens permet "comprendre el significat que els agents atribueixen al seu propi comportament" (Ruiz Olabuénaga, 2007). Quant a l'estructura de les entrevistes, hem realitzat entrevistes directives, semiestructurades, que en les metodologies qualitatives resulten molt útils a l'hora d'aprofundir en les concepcions dels actors implicats en els fenòmens socials (Flic, 2004). Encara que les entrevistes semiestructurades tenen un conjunt de preguntes predeterminades amb objectius i propòsits definits, aquestes no constitueixen un guió inalterable i no exclouen la possibilitat que sorgeixin noves preguntes més enllà de les incloses en l'entrevista planificada (Valls, 1999; Babbie, 2000). Les entrevistes en profunditat no sols ens aporten informació basada en el declarat explícitament per les nostres entrevistades, sinó també en les seves postures subjectives (què destaquen, com ho expressen, etc.).

Les nostres dades han estat recollits mitjançant dinou entrevistes a dones que van participar en catorze assemblees/espais feministes de Barcelona i voltants. Aquests espais van ser: Assemblea feminista d'Habitatge Raval Rebel, Acció Ecofeminista, Cooperació, Corts enques Dissid ents, Maresme Feminista, Assemblea d'estudiants de la Universitat de Barcelona, Moviment Democràtic de Dons, Col·lectiu Feminista Antet-Belüm, Assemblea Feminista de Rubí, Comissió de Gènere-Grup Escolta de Catalunya, Akelarre l'Hospitalet, Espai Feminista de Sants, Grup d'Habitatge de les Corts, Sindicat d'Habitatge de l'Eixample Esquerra.

Aquest article es basa plenament en la metodologia feminista. Això significa, d'una banda, que investiguem la situació social en estudi amb absolut respecte per les participants i les seves narratives (Biglia, 2014). Així mateix, la nostra recerca es s'ha fonamentat en l'anàlisi interseccional, que simbolitza i materialitza la necessitat de superar la conceptualització d'un subjecte únic, universal i homogeni, a favor de tenir en compte

un subjecte plural, complex, "travessat" i, per tant, interseccional (Biglia, 2014). Al mateix temps, aquest enfocament interseccional centra la seva atenció en els privilegis i desigualtats que afecten els subjectes o grups objecte d'estudi. En aquest sentit, les entrevistades tenen trajectòries específiques que han tingut una empremta en els seus discursos i en les seves realitats i, per tant, en les seves identitats. Les realitats del grup de dones que estudiem són les de dones joves, cisgènere, blanques, amb estudis superiors i que viuen al Nord global. A més, són dones en situació precària o que han experimentat precarietat laboral o temporal. Per tant, és a partir de les pròpies narratives de les participants i de les interpretacions sorgides de la trobada de diferents subjectivitats (Biglia & Bonet, 2009) com pretenem ampliar la nostra comprensió del fenomen investigat, prestant especial atenció als perfils sociològics de les persones incloses en el nostre estudi.

El nostre treball de camp va tenir lloc en els mesos de novembre i desembre de 2022 i gener de 2023. Les entrevistes es van realitzar tant cara a cara com en línia, a conveniència de les entrevistades, i van durar aproximadament una hora i mitja. La selecció dels participants es va realitzar mitjançant un mostreig intencional de bola de neu, d'acord amb els següents criteris (i) les participants havien de definir-se com a feministes i participar activament en assemblees/espais feministes en l'actualitat; (ii) la selecció de les participants havia de ser representativa de la diversitat geogràfica (barris) de les assemblees/espais feministes; (iii) les participants havien de tenir entre 20 i 30 anys en el moment de realitzar les entrevistes; (iv) les participants havien d'estar vivint o haver viscut recentment una situació de precarietat laboral (salarial, horària o laboral); (v) les participants no havien de ser mares en el moment de realitzar les entrevistes.

Finalment, es van transcriure les entrevistes i es van analitzar segons el seu contingut temàtic mitjançant un enfocament mixt deductiu-inductiu. Els resultats es van codificar a partir de les quatre variables que figuren en la taula 1: (a) influències en relació amb la noció de maternitat; (b) desig i autopercepció en relació amb la maternitat; (c) mercat laboral/estat; (d) amor i sexe-afectivitat. Cadascuna d'aquestes variables es va dividir al seu torn en dues subvariables, a saber: per a la variable (a), família/imaginari; per a (b), tradicional/transformacional; per a (c), present/futur; i per a (d), tradicional/transformacional.laboral); (v) les participants no havien de ser mares en el moment de realitzar les entrevistes.

3 Resultats i conclusions

El nostre anàlisi de resultats ha tret a la llum sis qüestions: (a) el desig i el projecte de maternitat són presents entre les joves activistes que participen en el moviment feminista, però aquest desig encara no està sòlidament assentat i no es defineix com una necessitat absoluta per al desenvolupament de les seves vides; (b) la precarització de les joves, la incertesa laboral i la dificultat d'accés a l'habitatge són factors determinants en la seva decisió d'implementar un projecte maternal; (c) el seu model maternal predominant és un intensiu centrat en la provisió de cures als seus fills i filles i la despesa de temps i recursos en ells, amb un enfocament en la salut mental i la comunicació constant amb ells; (d) els seus projectes professionals perden centralitat en comparació amb les generacions anteriors, i prioritzen el desenvolupament de la seva vida personal, comunitària i política i donen major importància a una mena de maternitat lliure de tot sentiment de culpa; (e) presenten noves conceptualitzacions (derivades de la seva vinculació amb el moviment feminista) sobre els rols tradicionals de gènere en la parella, la configuració de parelles heteronormatives i monógamas, i les noves formes de maternitat en col·laboració amb altres dones, amics i la comunitat; (f) aquestes noves maneres de pensar no troben un lloc segur o precís per a desenvolupar-se, i la idea i el desig de maternitat en parella, les estructures patriarcals i la importància tradicional de la família nuclear.

Per tal de seguir amb la investigació, i davant dels resultats obtinguts, cal estudiar i entendre quines són les implicacions d'aquestes realitats per a la teoria feminista, així com preguntar-se si aquestes "utopies feministes" són o seran mai possibles en un entorn socioeconòmic post-capitalista. En qualsevol cas, cal

adoptar la perspectiva que té en compte l'estratificació social de les dones treballadores en funció de capitals diferents a l'econòmic, com l'educatiu, el social i el simbòlic així com explotar l'estudi del desenvolupament de la conflictivitat social i de les idees polítiques que comporta l'emergència i llarga trajectòria històrica del feminisme en l'Estat espanyol.

Referències bibliogràfiques

- Babbie, E. (2020). *Fundamentos de la investigación social*. Thompson Editores.
- Badinter, E. (1981). *Mother Love: Myth and Reality : Motherhood in Modern History*. New York: Macmillan.
- Biglia, B. & Bonet, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 10, 1 (January): 1–25.
- Biglia, B. (2014). Avances, dilemas y retos de las epistemologías feministas en la investigación social. In *Otras formas de (re) conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*, 21–44. UPV.
- Bauman, Z. (2003). *Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds*. Polity Press.
- Esteve, A., Devolder, D. & Domingo, A. (2016). La infecundidad en España. *Revistes demogràfiques*. 1-4. https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques001_ESP.pdf
- Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*. PM Press.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata. Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. Ediciones paidós.
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La incorporación de los hombres al trabajo de cuidados remunerado: retos y oportunidades

Vicent Borràs Català, Universitat Autònoma de Barcelona (Vicent.Borras@uab.cat)

Joan Rodríguez-Soler, Universitat Autònoma de Barcelona (Joan.Rodriguez.Soler@uab.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La ponencia presenta los resultados de una investigación que tiene como objetivo indagar sobre la situación de los hombres que están ocupados en los sectores de cuidado con el objetivo de conocer cuál es su situación laboral en relación con las mujeres. Se trata de conocer las potencialidades y retos que representa la presencia de hombres en los cuidados remunerados, de cara a apuntar posibles líneas de actuación en el diseño de políticas que faciliten la incorporación de los hombres en dichos sectores. A partir de una primera aproximación cuantitativa, se ha realizado un diagnóstico respondiendo a las siguientes preguntas ¿Cuántos hombres trabajan en dichos sectores? ¿Dónde están? ¿Qué realizan? y ¿En qué condiciones laborales? En esta primera fase se han explotado los datos correspondientes a la EPA de los años 2018 y 2020. Seguidamente se ha realizado una exploración cualitativa para mostrar las potencialidades y retos que comporta su presencia en sectores tan feminizados. Concretamente aquellos vinculados al cuidado de la infancia, tanto los de entidad pública como privada. Los resultados obtenidos muestran su escasa o inexistente presencia. Cuando están ocupados en dichos sectores realizan actividades no vinculadas directamente con los cuidados o con la ejecución de los mismos. Y sus condiciones laborales son mejores que las de las mujeres. Los análisis cualitativos dan cuenta de la dificultad de la incorporación de los hombres en los trabajos de cuidado en edades tempranas, unos trabajos para los que han sido negados desde los procesos de socialización. Los pocos hombres que los realizan experimentan una sobreprotección y sobrevaloración por parte de las mujeres y las familias usuarias. Así mismo cabe destacar el potencial transformador que ha significado para aquellos hombres que realizan estos trabajos

Esta investigación ha sido financiada por la Direcció General de Cures, Organització del Temps i Equitat en els Treballs, del Departament d'Igualtat i Feminismes de la Generalitat de Catalunya.

Palabras clave

Masculinidades, trabajo de cuidados, ocupaciones de cuidados

1 Introducción

Tradicionalmente los trabajos vinculados a los cuidados han sido realizados por las mujeres. La mayor presencia y dedicación de las mujeres al trabajo remunerado ha comportado también un aumento en profesiones en las que eran minoritarias, como es el caso de la medicina, la arquitectura, etc. Estos cambios no han tenido su reverso en el caso de las ocupaciones en las que las mujeres han sido mayoritarias, como los vinculadas a los cuidados, ya sea de personas adultas dependientes como de criaturas. En dichas ocupaciones la presencia de los hombres ha sido minoritaria o residual. Si bien es cierto que, tal y como señalan Raffella Sarti y Francesca Scrinzi (2010), desde una perspectiva histórica e interseccional los hombres no han estado tradicionalmente ausentes en los trabajos domésticos y de cuidados, ni en Europa ni tampoco en otras regiones del mundo (Banerjee, 2004; Martínez y Lowrie, 2009). A pesar de ello, desde finales del siglo XIX en la

mayoría de los países europeos el servicio doméstico y, sobre todo, los cuidados han sido un trabajo exclusivamente femenino.

El interés por el estudio de los hombres que ocupan estos empleos ha sido escaso. Más abundantes han sido los estudios centrados en investigar los límites o las dificultades en la participación y dedicación de los hombres en las tareas domésticas no remuneradas en el hogar (Treas, 2008; Schneider 2011; Van der Lippe et al., 2018) y, sobre todo, los referidos al aumento en la implicación de los hombres en los cuidados de las criaturas, las llamadas nuevas paternidades (Elizalde-San Miguel et al., 2019; Fernandez-Lozano, 2019). También se ha dado un interés por el estudio de estos temas desde la perspectiva de las masculinidades. Las aproximaciones han sido múltiples. Encontramos las que muestran la dificultad que tienen los masculinos en realizar este tipo de trabajos (Merla, 2006) o las que muestran el aumento en el tiempo de cuidado de criaturas (Bianchi, 2000; Bianchi y Mattingly, 2003) y, ligado a estas, las que señalan la manera diferenciada de vivir los cuidados (Craig, 2006). También cabe destacar las que se centran en los procesos de construcción y deconstrucción de la masculinidad (Connell, 1987), para poder enfrentarse al ámbito de las emociones y los sentimientos, tan próximo a las tareas de cuidado (Seidler, 2006; Simpson, 2007; Elliott, 2016).

La incorporación de los hombres al trabajo de cuidados remunerado representa un reto social, dada la poca presencia que tienen en la actualidad en dichos sectores. Pero al mismo tiempo cabe ser precavidos respecto a la reproducción de las desigualdades existentes en el mercado laboral, que pueden acabar siendo reproducidas en un ámbito donde las mujeres ostentan la hegemonía. En este sentido la ponencia que se presenta se plantea dos líneas de hipótesis. La primera de ellas plantea el mantenimiento del privilegio masculino en los trabajos de cuidados. Es decir, aquellos que están empleados en estos sectores realizan actividades alejadas de los cuidados o se sitúan en el privilegio de la elección. La segunda se refiere al potencial transformador de estos trabajos remunerados, en donde los hombres que realizan cuidados lo hacen de manera diferenciada a las mujeres y necesariamente están abocados a un proceso de transformación personal.

2 Metodología

La estrategia metodológica seguida en la investigación que se presenta ha sido de carácter mixto. En una primera parte, se ha tratado de hacer un diagnóstico sobre cual es la situación de los hombres que están ocupados en los sectores de cuidado, con el objetivo de comprobar la primera de las hipótesis. Para ello se ha realizado una explotación de datos cuantitativos, concretamente los microdatos de la Encuesta de Población Activa del año 2020 para Catalunya. Siendo conscientes que en el año 2020 es el año de la pandemia Covid-19 y su incidencia en el mercado laboral, se toma como referente los datos de 2018.

A partir de los resultados de los análisis cuantitativos, se han fijado los criterios de selección de una muestra teórica para la segunda fase cualitativa. En esta fase se ha indagado sobre las potencialidades, los retos y las dificultades que comporta la incorporación de los hombres en los sectores de cuidados de la infancia. Para ello se han realizado 6 entrevistas en profundidad a los perfiles previamente diseñados en la muestra teórica, siguiendo dos dimensiones, el sector donde se trabaja y el nivel/cargo que se ocupa.

| | Servicios de tiempo libre | | Escuelas infantiles | Servicios de cuidado esporádico |
|----------------------------|--|--|---|--|
| Nivel institucional | Hombre, coordinador proyectos (Fundesplai) | Hombre, coordinador comedores (Fundesplai) | Mujer, responsable escuelas infantiles (IMEB) | Mujer responsable programa Concilia (Cooperativa INCOOP) |
| Nivel experiencial | | | Hombre, educador EMB Hombre, educador | Hombre, educador/cuidador |

Se ha realizado un análisis del discurso a partir de las transcripciones de las entrevistas.

3 Resultados y conclusiones

A partir de los análisis de los datos cuantitativos de la EPA 2020, con el objetivo de dar respuesta las preguntas: ¿Cuántos hombres trabajan actualmente en ocupaciones vinculadas a los cuidados? ¿Dónde están? ¿Qué actividades realizan? Y ¿en qué condiciones? La respuesta de las mismas se puede sintetizar en diez puntos.

1. Los hombres que trabajan en sectores dedicados al cuidado son muy minoritarios, representan el 0,5% del total de los ocupados, mientras que las mujeres son el 4,1%.
2. La mayor parte de los hombres que están en los sectores de cuidado no se dedican a los cuidados. La tercera parte de ellos participan en actividades que están lejos del cuidado o directamente desvinculadas de la misma, como son las labores de jardinería o las de mantenimiento de edificios. Otra tercera parte se dedican a actividades vinculadas a la gestión del cuidado y no a la ejecución del mismo. La otra tercera parte son empleados domésticos, muchos de ellos realizando actividades más vinculadas al trabajo doméstico que el de cuidado.
3. Los hombres que en el servicio doméstico cuidan son inmigrantes y con niveles de estudios altos. En cambio, los hombres autóctonos con estudios elevados están ocupados como psicólogos, trabajadores y educadores sociales u orientadores sociolaborales; o como integradores sociales, trabajadores de desarrollo comunitario y de apoyo a los servicios sociales.
4. Los hombres están más presentes en el tercer sector, 16 de cada 100. Aquí el cuidado es de niños en edades avanzadas y adolescentes. Son sectores vinculados al ocio. Los hombres participan más en los cuidados menos pesados, menos intensivos y, podríamos decir, donde la carga del mismo es más leve. Así, lo que ocurre en el ámbito privado se refleja en el trabajo remunerado.
5. Las mujeres, tanto en el sector privado como en el público, están en actividades más relacionadas con la ejecución del cuidado. Los hombres, ni en un sector ni en el otro, están en estas tareas, y cuando lo están, lo hacen de forma minoritaria.
6. Las peores condiciones laborales las tienen las mujeres, sobre todo las empleadas domésticas (temporalidad y tiempo parcial). Los hombres, cuando son empleados domésticos, tienen contratos indefinidos y se ubican en tareas más alejadas del cuidado.
7. Las jornadas estándar están más relacionadas con los hombres y las jornadas mínimas con las mujeres.
8. Los trabajos de fines de semana dependen del sector más que del género de la persona que lo realiza. Pero, al ser ellas mayoría en estos sectores, son las que trabajan más en fines de semana.

9. Las jornadas de tardes y noches son más frecuentes para las mujeres que para los hombres.

10. Existe una polarización de empleos entre hombres y mujeres, que comporta unas desiguales condiciones de trabajo. Los hombres tienen mejores condiciones porque se dedican a tareas no vinculadas al cuidado o porque, cuando están vinculadas al cuidado, lo están en la gestión del mismo.

Esta primera parte de los resultados muestra claramente el privilegio que disfrutan los hombres que trabajan en estos sectores, en relación con las mujeres.

La segunda parte de la investigación trata de averiguar las dificultades, oportunidades y riesgos que comporta la incorporación de los hombres en el sector de cuidados de la infancia. A partir de los discursos de los trabajadores masculinos, así como de los y las responsables de estos, se presentan los siguientes resultados:

1. Dos discursos masculinos diferenciados respecto al cuidado. Los hombres que trabajan en el tercer sector consideran que su trabajo tiene más que ver con aspectos educativos, de formación y de ocio, y no tanto con el cuidado considerado como asistencial. Los hombres que trabajan en escuelas infantiles reivindican las tareas de cuidado como un acompañamiento a la satisfacción de las necesidades básicas, siendo un rasgo distintivo y fundamental de su trabajo.

2. Se puede dar una confusión o simplificación por parte de algunos masculinos, al considerar el cuidado desde un punto de vista más lúdico y de ocio, sin tener en cuenta la complejidad de este, que requiere de capacidades y aptitudes (empatía, sensibilidad, acercamiento al otro, etc.). La ausencia de discurso sobre la tarea realizada es una buena muestra de la carencia de los hombres, que tienen dificultades, frente al discurso de aquellos que no manifiestan estas dificultades.

3. El mundo de los “esplais” (asociaciones de tiempo libre), los casales (entidades recreativas y/o culturales), vinculados a la monitorización de actividades de ocio y tiempo libre, son entornos que acercan a los jóvenes masculinos a la infancia, y donde masculinidades que difieren de los modelos más tradicionales tienen cabida. Son entornos que propician y favorecen el interés en la formación y el posterior empleo en sectores vinculados al cuidado.

4. El acercamiento al cuidado en términos vivenciales, ya sea por haber vivido experiencias de cuidado o por tener modelos de otros hombres cuidadores cercanos, facilita el descubrimiento de estas tareas como posibilidad para los masculinos.

5. La formación y las prácticas son necesarias, pero no suficientes. Se debe realizar un proceso de cambio que va más allá de la adquisición de conocimientos.

6. Trabajar en sectores muy feminizados puede acarrear para los hombres una sobreprotección y ocultación de sus carencias y una sobrevaloración de sus aptitudes y capacidades.

7. Conformar equipos mixtos enriquece las percepciones y prácticas sobre el cuidado, facilitando tanto la gestión como la ejecución de este. Concepciones más pragmáticas y simplificar situaciones complejas, más propias de los hombres, así como ponerse en el lugar de otros, tener en cuenta aspectos más emocionales y sensitivos, asociados a la feminidad, son argumentos esgrimidos en favor de los equipos mixtos.

8. Sentirse diferente e ir en contra de la norma masculina, realizando tareas consideradas femeninas, representa un reto y una lucha de los hombres que se dedican al cuidado.

9. El imaginario que existe sobre los hombres como potenciales acosadores dificulta la dedicación de los hombres al cuidado de las criaturas más pequeñas. Este imaginario crea desconfianza por parte de algunas familias.

10. Los padres implicados en el cuidado de sus hijos, así como los que se acercan a las entidades que la realizan, necesitan referentes masculinos.

11. La mayor implicación de los hombres en el cuidado de sus criaturas favorece tanto la creación de nuevas vocaciones como nutre de conocimientos y aptitudes a quienes ya trabajan en estos sectores.

Con relación a la segunda hipótesis planteada se puede decir que los hombres que trabajan en los sectores de cuidado en la infancia han experimentado un proceso de crecimiento personal, que implica una ruptura con la masculinidad hegemónica; revisando y siendo conscientes de los privilegios masculinos en las relaciones de trabajo con las mujeres.

Para finalizar se proponen un conjunto de líneas de actuación pensadas a partir de los resultados obtenidos:

- Línea 1: Captación de los hombres: creación de vocaciones. Los objetivos consisten en la promoción de los trabajos de cuidado como opción profesional válida para los hombres. Las acciones que se proponen van desde la realización de prácticas en empresas de estos sectores y de charlas por hombres cuidadores en institutos de secundaria, hasta la elaboración de publicidad sobre estas ocupaciones con hombres como protagonistas dirigidas a institutos y entidades juveniles. Es importante que estas acciones se realicen en edades tempranas, durante la educación obligatoria, y previamente a la elección de itinerarios profesionales por parte de los jóvenes, permitiendo la creación de vocaciones.
- Línea 2: La formación como consolidación de las vocaciones. Además de la promoción de estas profesiones, también es importante la consolidación de las vocaciones. Para ello, las propuestas apuntan a la difusión de actividades formativas curriculares (en los ciclos formativos y grados universitarios correspondientes) con imágenes de hombres y mujeres, el fomento de hombres tutores de prácticas; así como el refuerzo en los currículums de las tareas de cuidado (con formaciones complementarias con énfasis en dichas tareas).
- Línea 3: La creación de entornos amables de masculinidades cuidadoras. Más allá de la creación y consolidación de vocaciones, también es relevante la creación de entornos amigables para los hombres cuidadores. En esta línea, las recomendaciones apuntan a la potenciación de espacios de interacción entre hombres cuidadores y familias usuarias (escuelas infantiles, espacios familiares), así como la promoción de acciones de reeducación de los hombres en espacios tradicionalmente femeninos (cursos de reparto, interacción de entidades de padres con entidades AIGE, etc.).
- Línea 4: Concienciación y ruptura de estereotipos masculinos dominantes. Finalmente, se recomiendan acciones que reviertan el imaginario social sobre los cuidados como un ámbito exclusivamente femenino, y el imaginario sobre el hombre acosador (p.e., creación de publicidad contraria a estos estereotipos, formación dirigida a familias usuarias de estos servicios). También se proponen mecanismos de acercamiento entre familias y cuidadores.

Referencias bibliográficas

- Banerjee, S. M. (2004). *Men, Women and Domesticity. Articulating Middle-Class Identity in Colonial Bengal*. Oxford University Press.
- Bianchi, S. M. (2000). Maternal employment and the time with Children: Dramatic change or surprising continuity? *Demography*, 37(4), 401–414. <https://doi.org/10.1353/dem.2000.0001>
- Bianchi S. M., y Mattingly, M.J. (2003). Time, Work, and Family in the United States. *Advances in Life Course Research*, 8, 95–118. [https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(03\)08005-5](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(03)08005-5)
- Connell, R. (1987). *Gender and power*. Stanford University Press.
- Craig, L. (2006). Does Father Care Mean Fathers Share?: A Comparison of How Mothers and Fathers in Intact Families Spend Time with Children. *Gender & Society*, 20(2), 259–281. <https://doi.org/10.1177/0891243205285212>

- Elizalde-San Miguel, B., Díaz, V., y Díaz, M. (2019). Is Involved Fatherhood Possible? Structural Elements Influencing the Exercise of Paternity in Spain and Norway. *Journal of Family Issues*, 40(10), 1364–1395. <https://doi.org/10.1177/0192513X19839753>
- Elliott, K. (2016). Caring Masculinities: Theorizing an Emerging Concept. *Men and Masculinities*, 19(3), 240–259. <https://doi.org/10.1177/1097184X15576203>
- Fernandez-Lozano, I. (2019). Fathers as Solo Caregivers in Spain: A Choice or a Need? *Journal of Family Issues*, 40(13), 1755–1785. <https://doi.org/10.1177/0192513X19842214>
- Martínez, J., y Lowrie, C. (2009). Colonial Constructions of Masculinity: Transforming Aboriginal Australian Men into 'Houseboys'. *Gender and History*, 21(2), 305–323. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0424.2009.01550.x>
- Merla, L. (2006). «No trabajo y me siento bien»: Cambios en la división sexual del trabajo y dinámicas identitarias de padres en casa en Bélgica. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 24(2), 111–127. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0606220111A/32312>
- Sarti, R., y Scrinzi, F. (2010). Introduction to the Special Issue: Men in a Woman's Job, Male Domestic Workers, International Migration and the Globalization of Care. *Men and Masculinities*, 13(1), 4–15. <https://doi.org/10.1177/1097184X10382878>
- Schneider, D. (2011). Market Earnings and Household Work: New Tests of Gender Performance Theory. *Journal of Marriage and Family*, 73(4), 845–860. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2011.00851.x>
- Seidler, V. (2006). *Masculinidades. Culturas Globales y vidas íntimas*. Montecinos.
- Simpson, R. (2007). Emotional labour and identity work of men in caring roles. En P. Lewis and R. Simpson (Eds.), *Gendering emotions in organizations* (pp. 57–74). Palgrave.
- Treas, J. (2008). The Dilemma of Gender Specialization: Substituting and Augmenting Wives' Household Work. *Rationality and Society*, 20(3), 259–282 <https://doi.org/10.1177/1043463108092529>
- Van der Lippe, T., Treas, J., y Norbutas, L. (2018). Unemployment and the Division of Housework in Europe. *Work, Employment and Society*, 32(4), 650–669. <https://doi.org/10.1177/0950017017690495>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Cambios, continuidades y resistencias en los imaginarios sobre los tiempos y los trabajos

Vicent Borràs Català, Universitat Autònoma de Barcelona (vicent.borras@uab.cat)

Joan Rodríguez-Soler, Universitat Autònoma de Barcelona (joan.rodriguez.soler@uab.cat)

Maria Cascales Mira, Universidad de Sevilla (mcascales@us.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La comunicación muestra los primeros resultados del proyecto de investigación “La igualdad de Género en los usos del tiempo: cambios, resistencias y continuidades” (GENERA) que tiene como objetivo general analizar los cambios, las resistencias y las continuidades en los usos del tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados, centrandose su atención en la heterogeneidad de las tendencias y la naturaleza de las transformaciones. En la primera fase de la investigación se realizan grupos de discusión a partir de los perfiles diferenciados en función del género, la clase social y las cargas de cuidado. A través de ellos se recogen los discursos que avalan las representaciones e imaginarios que dan soporte a las tendencias de cambio, resistencias y continuidades en las dedicaciones a los trabajos doméstico y de cuidados, así como los significados asociados a los mismos. Los resultados apuntan a una sobrevaloración de la dedicación al trabajo de cuidado de criaturas, hiperpaternidades y maternidades intensivas, en contraste con los cuidados de adultos dependientes. A pesar de la emergencia de estos, existe menos discurso social y este pasa por el imaginario del cuidado “en casa y por la familia”. Así mismo se produce una desvalorización del trabajo doméstico, cambiando dedicaciones y significados con relación al tipo de tareas. Todo ello presenta una heterogeneidad destacable en función del género y la clase social.

Este proyecto ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, la Agencia Estatal de Investigación y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional: (Proyecto PID2021-1225-15NB-I00 financiado por MCIN/AEI /10.13039/501100011033 / FEDER, UE).

Palabras clave

Externalización, trabajo doméstico, cuidados, división sexual del trabajo

1 Introducción

Esta comunicación muestra los primeros resultados del proyecto de investigación “La igualdad de Género en los usos del tiempo: cambios, resistencias y continuidades” (GENERA). Dada la amplitud de la temática y de los resultados obtenidos, este escrito se centra en el análisis de los imaginarios sociales con relación a la externalización de los cuidados que avalan las estrategias de adaptación que realizan hombres y mujeres de forma distinta y desigual, así como las diferencias que existen en función de la clase social y el momento del ciclo de vida. La emergencia de la temática sobre los cuidados está ligada a dos fenómenos. Los cambios sociodemográficos de las últimas tres décadas implican un crecimiento exponencial de la demanda de cuidados de larga duración, dado el aumento de la esperanza de vida. Así mismo la bajada de la natalidad agudiza la necesidad actual de replantear la organización social de los cuidados, puesto que ya no hay suficientes mujeres que, tradicionalmente, en el entorno familiar han realizado las tareas de cuidados, en lo que ha venido a llamarse el care gap (Pickard 2001,2012). Actualmente en los países occidentales hay menos criaturas que

nunca en las familias, pero de manera paradójica el tiempo de cuidados dedicado a las mismas no ha dejado de aumentar y, con ello, la demanda de cuidados, de ahí el éxito social de la conciliación.

Los debates teóricos, así como los estudios empíricos que versan sobre dichos fenómenos se pueden agrupar en dos abordajes diferenciados que confluyen necesariamente en la emergencia de los cuidados como una problemática. En primer lugar, aquellos que se centran en el estudio de los tiempos como eje fundamental que más allá de ofrecer una dimensión para medir las dedicaciones a dicho trabajo, ofrecen una perspectiva desde donde cuestionar las lógicas diacrónicas y productivistas tradicionales. Desde las aportaciones de Norbert Elias (1990) sobre la construcción social de los tiempos, el concepto de doble presencia de Laura Balbo (1979) o el tiempo como dimensión clave para entender los cuidados (Balbo 1987) o los trabajos de Bimbi (1995) sitúan el tiempo, o mejor dicho los tiempos, como un eje clave tanto en su dimensión cualitativa como cuantitativa para poder analizar la desigual dedicación entre hombres y mujeres a dichos trabajos desde una perspectiva de género. También es preciso visibilizar las condiciones materiales de existencia y como éstas condicionan los imaginarios en torno a cómo abordar los cuidados que tradicionalmente se asumen eufemísticamente como una responsabilidad familiar. En segundo lugar, se encuentran los análisis que conciben los cuidados como un trabajo con el objetivo de visibilizar el trabajo doméstico dentro del hogar (Finch y Groves 1983, Grahan 1983). A través de dichos análisis aparece la idea consensuada tanto socialmente como políticamente de la necesidad de los cuidados, y con ello los debates que ligan dichas necesidades con los estados del bienestar y las políticas desarrolladas por los mismos (Moreno et al 2016, Esping Andersen 1990). Al igual como sucede con los debates en torno al tiempo de cuidados, los debates en torno la organización social de los cuidados incorpora necesariamente la perspectiva de género (Orloff 1993).

Con la emergencia de los cuidados en la que se encuentran las familias y las administraciones públicas que se ven superadas frente a una demanda que no deja de crecer, indagar sobre los imaginarios que existen con relación a la externalización de los mismos es fundamental para poder abordar con éxito el desarrollo de políticas. Las resistencias o las expectativas en torno a la posibilidad de externalizar el trabajo de cuidados, los dilemas a los que se enfrentan mujeres y hombres frente a las responsabilidades de los cuidados, la forma en la que se vive la articulación de este trabajo en relación con los tiempos de dedicación a otros ámbitos como el trabajo productivo y/o el tiempo libre, contribuyen a señalar aspectos relevantes a tener en cuenta en el diseño de las políticas de cuidados.

2 Metodología

La metodología utilizada ha seguido una estrategia cualitativa basada en la realización de grupos de discusión, en lo que respecta a la obtención de datos, y en el análisis de los discursos captados en dichos grupos. Los objetivos en esta fase de la investigación han consistido en captar los discursos que avalan los imaginarios que están tras las dedicaciones a los trabajos doméstico y de cuidados, y su articulación con el trabajo remunerado y el tiempo libre, así como los significados asociados a los mismos. Se ha puesto énfasis, pues, en la dimensión simbólica y material de estos cuatro tiempos.

Para la consecución de estos objetivos se realizaron ocho grupos de discusión a partir de perfiles diferenciados en función de variables estructurales como el género, la clase social, y las tareas de cuidado asumidas por las personas participantes que interpelaban sobre el ciclo de vida de las personas participantes.

- Hombres sin responsabilidades de cuidado de clases medias.
- Mujeres sin responsabilidades de cuidado de clases medias.
- Hombres sin responsabilidades de cuidado de clase trabajadora.
- Mujeres sin responsabilidades de cuidado de clase trabajadora.
- Mujeres con responsabilidades de cuidado de criaturas de clase trabajadora.

- Hombres con responsabilidades de cuidado de criaturas de clase trabajadora.
- Mujeres con responsabilidades de cuidado de adultos de clases medias.
- Hombres con responsabilidades de cuidado de adultos de clases medias.

El guion de los grupos de discusión consistió en el planteamiento de preguntas y situaciones que articulaban los diferentes tiempos estudiados. Estas preguntas y situaciones se organizaron bajo dos bloques temáticos, el primero de los cuáles ponía en relación el trabajo doméstico, el tiempo de cuidados y el trabajo remunerado; mientras que el segundo bloque relacionaba el trabajo remunerado con el tiempo libre.

Las grabaciones de los grupos de discusión fueron transcritas y analizadas con el programa Atlas.ti. Se realizó un análisis del discurso de carácter deductivo, triangulando entre las personas investigadoras del equipo, de tal forma que cada grupo de discusión tuviera tres codificaciones de personas diferentes. Ello permitió la complementación en el análisis, así como su posterior discusión en sucesivas reuniones del equipo.

3 Resultados

3.1 Externalización y género: entre la resistencia y el desentendimiento

Los resultados del análisis de los grupos de discusión apuntan a unos imaginarios diferenciados entre hombres y mujeres en relación con los cuidados y con la externalización de éstos como estrategia de adaptación a una organización de los cuidados desigual entre hombres y mujeres. Estas diferencias, a su vez, están condicionadas por las condiciones materiales de existencia, observando, pues, matices en función de la clase social y del ciclo de vida.

En el análisis realizado se identifican resistencias a la externalización de los cuidados en los discursos de los grupos de discusión de mujeres, unas resistencias que no aparecen con la misma intensidad en los grupos de hombres. En el caso del cuidado de criaturas las mujeres no conciben su externalización, de acuerdo con el modelo de crianza tradicional en donde ellas asumen dicha crianza. En el caso de los hombres con criaturas se acepta cierta externalización para poder disfrutar de tiempo libre y de descanso. Las mujeres, en cambio, asumen que su tiempo libre es un tiempo para el cuidado de criaturas, con lo que no comparten el mismo discurso que los hombres. La naturalización de la maternidad aparece de forma clara en los discursos analizados, aunque también se observa ciertas resistencias emergentes por parte de los padres a externalizar dichos cuidados.

En cuanto al cuidado de personas adultas la externalización aparece como una estrategia para resolver situaciones difíciles de asumir desde el punto de vista de la organización cotidiana de los cuidados, aunque con ciertas resistencias. En el caso del cuidado de criaturas, la existencia de centros educativos infantiles es aceptada. Las resistencias aparecen cuando se plantean sistemas de cuidados esporádicos (servicios de canguraje) o cuando se plantean alternativas a dichos centros educativos (cuidados, por tanto, más continuados en el tiempo por parte de terceras personas contratadas). En contraste, cuando se plantea la externalización del cuidado de personas adultas hacia centros dirigidos a estas personas (principalmente, residencias), es cuando aparecen en mayor medida las resistencias. En términos generales, se acepta el modelo ideal del cuidado en casa. Pero este modelo se asume de forma diferentes por mujeres y hombres. Ellas se resisten a externalizar, asumiendo discursiva y efectivamente dicho modelo. Son ellas las que protagonizan el cuidado de estas personas. Ellos, en cambio, defienden este modelo como una preferencia (lo prefieren a las residencias), aunque no asumen la responsabilidad de dicho cuidado. Por otro lado, en los discursos de los grupos de mujeres aparece el dilema moral de la externalización de un cuidado que se ha considerado femenino desde el punto de vista de una división sexual del trabajo tradicional. Las mujeres, cuando aceptan la externalización del cuidado de personas adultas, lo hacen con un sentimiento de culpa por ello, ya que rompen con la naturalización

de la responsabilidad femenina de estos cuidados. Aun así, se observan resistencias a dicha externalización. Ponen condiciones, debe ser una situación inasumible desde el punto de vista de la organización de la vida cotidiana. Sin embargo, cuando asumen dicha externalización, no se desvinculan totalmente de dicho cuidado. Siempre hay supervisión, especialmente cuando este cuidado se realiza en el hogar. Esta supervisión es indicativa del sentimiento de culpa y de la resistencia a externalizar dicho cuidado. Las mujeres, pues, no dejan de asumir este cuidado (aunque, en estos casos, con otra intensidad). En el caso de los grupos de hombres también se observa cierto dilema moral, pero menor que el que aparece en el caso de las mujeres. Aun así, este dilema se plantea más en el eje “cuidado en casa-cuidado en residencia”. La discusión se centra en las críticas a centros residenciales de cuidado de personas dependientes, manifestando poca confianza, pero no asumiendo responsabilidades de este cuidado. No hay un replanteamiento de su vida cotidiana y de la posible asunción del cuidado de personas adultas, sacrificando, por ejemplo, su empleo. Así, la centralidad del trabajo remunerado en los imaginarios masculinos es manifiesto. Por otro lado, cuando se plantea la externalización, la implicación se limita a la supervisión económica de ésta (residencia o persona contratada en casa, valoración económica de la externalización, etc.). Aplican, pues, una lógica racional a dicha externalización. Sin embargo, no hay implicación moral ni cotidiana más allá de esta lógica racional.

Finalmente, el trabajo doméstico, que podemos considerar como otra de forma de cuidado más, también adolece de diferencias entre hombres y mujeres, unas diferencias que son coherentes con los imaginarios planteados con respecto al resto de cuidados. En el caso de las mujeres, prevalece el imaginario de female housekeeper en relación con la externalización del trabajo doméstico. Cuando se acepta la externalización de dicho trabajo doméstico, las mujeres siguen considerándose las dueñas de la casa y, por tanto, supervisan el trabajo externalizado. Como ocurre con el cuidado de personas adultas, sigue habiendo responsabilidad moral en ellas (y, por tanto, implicación). En el caso de los hombres, en cambio, hay una mayor aceptación de la externalización del trabajo doméstico. Y cuando aceptan la externalización, se desentienden de este trabajo, no piensan en él.

3.2 Externalización y clases sociales, o la importancia de las condiciones materiales y simbólicas

Estos resultados también aparecen condicionados por las condiciones materiales de existencia. Se observan, pues, ciertas diferencias en los discursos sobre la externalización de los cuidados entre clases sociales. En términos generales, en los discursos de los hombres y mujeres de clase trabajadora se plantea menos la externalización de los cuidados y del trabajo doméstico, condicionada por las implicaciones económicas de dicha externalización. Pero también se observan diferencias desde el punto de vista simbólico. El ideal de “cuidado en el hogar” aparece en mayor medida y condiciona una mayor resistencia a externalizar, teniendo en cuenta las diferencias en los discursos entre hombres y mujeres, en cuanto a la responsabilidad de los cuidados que no quieren ser externalizados. En los grupos de clase media la externalización del trabajo doméstico aparece con mayor intensidad. De nuevo, las condiciones materiales permiten dicha externalización, pero también se observa una menor naturalización de este trabajo por parte de las mujeres de clase media y una mayor desvaloración de este, que contribuye a la mayor aceptación de la externalización del trabajo doméstico. En cuanto al cuidado de criaturas también se observan resistencias a su externalización, coincidiendo con la emergencia de las hipermaternidades e hiperpaternidades. En relación con el cuidado de personas adultas se observa un discurso ambivalente sobre su externalización. Por un lado, hay resistencias hacia la externalización del cuidado en residencias. Sin embargo, se acepta el cuidado de personas adultas en casa por personas contratadas. De nuevo, aparece el imaginario del “cuidado en el hogar”.

Otra diferencia mediada por las clases sociales tiene que ver con la relación entre la externalización de determinados cuidados y el tiempo libre. En relación con el trabajo doméstico, se observa un discurso más

proclive a la externalización de éste cuando esto permite tener más tiempo libre. Un tiempo libre que es valorado por las clases medias, como un tiempo propio, identitario; o deseado, por escaso, como manifiestan los hombres de clase trabajadora con criaturas. La excepción a esta relación entre externalización y tiempo libre se da cuando hay una naturalización del trabajo doméstico, especialmente en el caso de las mujeres de clase trabajadora, produciéndose una mayor resistencia a la externalización de dicho trabajo.

4 Conclusiones

El análisis de los imaginarios sociales sobre la externalización de los cuidados permite ahondar en las persistentes desigualdades entre hombres y mujeres, tanto en la organización social de los tiempos cotidianos, como en la organización social de los cuidados existente. Mujeres y hombres no asumen y realizan con la misma intensidad y responsabilidad los cuidados necesarios para el mantenimiento de la vida. Las evidencias apuntan a desigualdades persistentes tanto a nivel simbólico como material, entre hombres y mujeres y entre las clases sociales. Aunque la emergencia de dicha necesidad es compartida por toda la ciudadanía. Pero no se da una demanda social que fuerce la existencia de servicios suficientes para una adecuada organización social del cuidado de personas, tan necesaria. Las diferencias en los servicios de cuidado existentes para el cuidado de criaturas y para el cuidado de personas adultas son sólo un ejemplo de estas limitaciones. Los discursos sobre dichos cuidados así lo muestran. El análisis aquí presentado no hace más que insistir en la idea de que las administraciones públicas deberían tener en cuenta la vida cotidiana de las personas a la hora de diseñar políticas de cuidados, entendida esta como el escenario en el confluyen y se entrecruzan las dedicaciones y participaciones de hombres y mujeres en las tareas de cuidados. Con el objetivo de combatir las desigualdades que afloran frente a la cada vez mayor necesidad social de cuidados.

Referencias bibliográficas

- BALBO, L. (1979). *La doppia presenza*. Inchiesta, 32.
- BALBO, L. (1987) (comp.). *Time to care*. Milano: Franco Angeli.
- BIMBI, F. (1995). *Metafore di genere tra lavoro non pagato e lavoro pagato. Il tempo nei rapporti sociali di sesso*. Polis, 3.
- ESPING ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalisme*. Cambridge: Polity Press.
- FINCH, J. y D. GROVES (eds.) (1993). *A labour of Love: women, work and caring*. London: RKP
- GRAHAM, H. (1983). *Caring: A labour of Love*. En J. Finch y D. Groves (eds.), *A labour of Love: women, work and caring* (pp.13-30). London: RKP
- MORENO, S., RECIO, C., TORNS, T. y BORRÀS, V. (2016). *Long-term care in Spain: Difficulties in professionizing services*. *Journal of Women & Aging*, 29(3): 200-215.
- ORLOFF, A.S. (1993). *Gender and the social right citizenship: state policies and gender relations in comparative research*. *American Sociological Review*, 58(3): 303-328.
- PICKARD, L. (2001). *Carer Break or Carer-blind? Policies for informal Carers in the UK?* *Social Policy and Administration*, 35(4): 441-458.
- PICKARD, L. (2012). *Substitution between formal and informal care: a natural experiment in social policy in Britain between 1985 and 2000*. *Ageing and Society*, 32: 1147-1175.



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Gènere, treballs de cura i pandèmia

Carme Vivancos Sánchez, Universitat de Barcelona (c.vivancos@ub.edu)

Elisabet Almeda Samaranch, Universitat de Barcelona (elisabet.almeda@ub.edu)

Màrius Domínguez Amorós, Universitat de Barcelona (mariusdominguez@ub.edu)

Maria Antònia Carbonero Gamundí, Universitat de les Illes Balears (macarbonero@uib.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En aquesta comunicació presentem la recerca sobre la “Reorganització social de la cura en pandèmia: benestar, comunitat i gènere” que estem duent a terme des de diverses universitats de Catalunya, Euskal Herria, País Valencià i les Illes Balears. En aquest estudi analitzem els impactes socials de la COVID-19 sobre les necessitats de cures a les llars, les conseqüències que comporta en les desigualtats de gènere i en la reorganització social dels treballs de cures i el paper que hi tenen les entitats i xarxes comunitàries de suport i solidaritat. La hipòtesi general és que la pandèmia de la COVID-19 ha significat un retorn a la llar d'algunes necessitats de cura que prèviament s'havien externalitzat, modificant les estratègies individuals, familiars i col·lectives per a donar resposta als treballs de cura i atenció a les persones. S'evidencia la rellevància dels treballs de cura per a mantenir la sustentabilitat social actual, i els reptes que tenim per una nova reassignació social d'aquestes tasques cap a un model més just i igualitari. Partint d'una perspectiva crítica i no androcèntrica, plantejem una estratègia metodològica mixta, amb la sistematització i anàlisi de fonts de dades secundàries de l'Estat espanyol, amb entrevistes en profunditat a dones amb responsabilitats de cura i grups de discussió amb entitats socials de suport de la cura dels diversos territoris implicats.

Paraules clau

Pandèmia, benestar, comunitat, gènere, cures

1 Introducció

En les últimes dècades, s'ha desenvolupat una àmplia línia de recerca sobre la (re)organització social de la cura en un context de profundes transformacions sociodemogràfiques, del capitalisme global i dels diferents règims de benestar. Els canvis demogràfics, l'impacte de la crisi econòmica i financera en l'oferta de serveis públics i en les condicions de vida de les persones, l'augment de la participació femenina en el mercat de treball, sense que això incideixi en la disminució de la dedicació de les dones al treball de cures i els canvis simbòlics en l'imaginari col·lectiu dels rols i identitats de gènere, són alguns dels aspectes principals d'aquestes transformacions. I totes elles han suposat una creixent demanda de necessitats socials i de cura que, en contínua evolució, han anat plantejant ser conceptualitzades de nou, més ben ateses i reclamades de manera diferent (Almeda, 2015; Carrasquer, 2013; Ezquerria, 2012; González i Guillén, 2018; León i Pavolini, 2014; Martínez Bujan i Martínez Virto, 2015; Moreno et al., 2013; OIT, 2018; Pérez Orozco, 2014; Torns i Fort, 2012; Yeates, 2012). No obstant això, en aquestes transformacions que operen en un marc on la divisió sexual del treball persisteix sense tot just canvis, les dones continuen sent les principals cuidadores en les nostres societats de benestar, (Carrasco i Domínguez, 2011; Durán, 2012; Gálvez, Rodríguez i Domínguez, 2011). L'arribada de la pandèmia del COVID-19, amb totes les seves cares i desafiaments, reorganitzant les cures, els treballs i els valors. Però, si bé va ser un període de canvi i renovació en alguns aspectes, la incidència real dels treballs de cura, la seva valoració social, econòmica o política, el seu suport per part de les polítiques públiques i la seva

quotidianitat, en la majoria de les llars, segueix sense ser prou reconeguda i secundada, i continua recaient sobre la dones, especialment les que tenen responsabilitats familiars. El treball es duu a terme a partir de la recerca del projecte R+D, encara en marxa, “La reorganització social de la cura en pandèmia: Benestar, comunitat i gènere (RESCUPAN)”, que s'implementa en diferents territoris de l'Estat, Catalunya, País Valencià, Euskal Herria i Illes Balears, amb la implicació de grups d'investigadores i investigadors de la Universitat de Barcelona, València, País Basc i Illes Balears.

2 Metodologia

Per a dur a terme la nostra recerca ens basem en la metodologia mixta, quantitativa i qualitativa i des d'una perspectiva no androcèntrica. Les anàlisis han pres com a referència l'Europa (EU27) en la part quantitativa, i s'han concretat en els quatre territoris implicats en el projecte en la part qualitativa. En aquesta comunicació ens centrem en la presentació de l'estratègia metodològica qualitativa.

Així doncs, en el treball qualitatiu s'han dut a terme vint-i-nou entrevistes semiestructurades a dones, amb responsabilitats de cura a càrrec i vuit grups de discussió a entitats de la societat civil i del teixit associatiu que durant la pandèmia han desenvolupat tasques de suport comunitari i de cooperació mútua. Tant les entrevistes com els grups de discussió s'han realitzat en els quatre territoris indicats. Al llarg d'un any els grups de recerca de les diferents universitats han desenvolupat conjuntament tot el disseny del treball de camp, el guió/qüestionari de les entrevistes i dels grups de discussió. El treball de camp de les entrevistes i dels grups de discussió s'ha desenvolupat entre els mesos de novembre del 2022 i febrer de 2023.

La selecció de participants s'ha desenvolupat a través d'un mostreig intencional per bola de neu; per a establir el perfil de les persones entrevistades, s'han considerat la diversitat dels treballs de cura, les responsabilitats en la cura de fills/as menors a càrrec i/o dependents, persones majors dependents o persones amb diversitat funcional i/o necessitats especials de salut mental. Així mateix, s'han tingut en compte diferents perfils labors, situacions d'especial vulnerabilitat, entorns geogràfics diversos i el que cada territori va considerar clau en la seva realitat per a englobar diferents realitats sociodemogràfiques. Tot això ha anat configurant diferents eixos de desigualtat en relació a la situació abans de la pandèmia, durant els períodes de confinament i després d'això. Les entrevistes pretenien obtenir les «històries» (i.e., «narratives») de les persones per a comprendre les seves vivències, experiències, percepcions i punts de vista de la COVID-19, del confinament i de les seves conseqüències en relació als treballs de cures.

S'han realitzat “entrevistes episòdiques” (Flick, 2000) d'entre una i dues hores en les quals s'ha conversat sobre sis eixos principals. En primer lloc, s'ha indagat en la gestió quotidiana i organització de la cura que tenien les participants abans de la pandèmia. En segon lloc, i com a part central de l'entrevista, s'ha posat especial atenció a les vivències durant la pandèmia; en aquest sentit, s'ha parlat sobre l'organització dels temps en els treballs de cura durant el confinament i les implicacions materials i de salut física i mental que aquest va suposar; alhora, s'ha preguntat sobre la relació de les entrevistades amb les entitats comunitàries i/o els llaços familiars (i sobre els canvis en les maneres de cuidar i de sentir-se cuidada, com pot ser a través de les xarxes socials i les tecnologies). Així mateix, s'ha explorat la relació de les participants amb els serveis públics i socials en època de confinament i pandèmia. Finalment, com a tercer i últim gran punt tractat en les entrevistes s'ha aprofundit en la realitat una vegada passada ja la pandèmia i en les prediccions futures que han pogut anar sorgint. A propòsit d'aquest últim apartat de l'entrevista, cal dir que la percepció del temps dels confinaments i la pandèmia han variat depenent de les situacions personals, territorials i polítiques de cada cas i grup.

Per tal d'aportar una breu descripció de la mostra, comentarem diverses variables que mostren la diversitat de perfils entrevistats. Pel que respecta a l'edat de la nostra mostra, aquesta oscil·la entre els 35 i els 65 anys, sent

de 47 la mitjana d'edat de les dones entrevistades. Quant a la seva ocupació també varia i posa de manifest diferents realitats laborals, treballadores domèstiques i/o de cura a persones majors, Kellys, professionals de l'educació, treball social, salut, advocacia, comercials, treballadores sexuals, una conductora d'autobusos i una actriu. Pel que respecta a la tipologia de la llar diferenciem nou perfils diferents: 1) amb parella i amb persona major a càrrec, 2) amb parella i fills/as menors a càrrec, 3) amb parella i amb fills/as majors d'edat dependents, 4) amb parella i amb persones majors, fills/as menors i fills/as majors dependents, 5) amb parella i amb fills/as menors i fills/as majors dependents, 6) sense parella i amb persona major a càrrec, 7) monomarental amb persona major a càrrec, 8) monomarental amb fills/as menors a càrrec, 9) monomarental amb fills/as major d'edat dependents.

El mètode de selecció de participants i entitats en els grups de discussió ha seguit la lògica següent: 1) havien d'haver mantingut un paper actiu ,en alguna xarxa, grup d'ajuda mútua o ONG que s'hagués organitzat durant la pandèmia per a donar atenció a col·lectius vulnerables;, sense ser les persones líders de tals entitats 2) havia de reflectir la diversitat territorial (barris) i sectorial (col·lectius) de les xarxes d'ajuda mútua i de les ONG; 3) havia de reflectir la diversitat de gènere, edat i origen/procedència.

S'han registrat i transcrits íntegrament els grups de discussió, igual que les entrevistes. Tot el conjunt de dades ha estat analitzat mitjançant un enfocament temàtic inductiu que considera els marcs d'intervenció, les referències metodològiques i el coneixement aplicat, així com la capacitat per a abordar les desigualtats socials. A més, s'han comparat aquestes pràctiques entre si mitjançant un estudi de les similituds i diferències en les intervencions específiques.

3 Resultats i conclusions

Com ja s'ha indicat, el projecte que es presenta és un treball en marxa, pel que encara no es poden extreure anàlisis de resultats definitius com tampoc conclusions. Pel que respecta a l'estratègia metodològica qualitativa, trobant-nos en el moment d'anàlisi d'entrevistes, s'han consensuat sis eixos temàtics clau per a aprofundir en les vivències i experiències de les persones entrevistades.

A) el paper de la comunitat durant la pandèmia, b) treballadores de la llar i de les cures, c) salut mental, habitatge i treball social, d) canvis i permanències abans i després de la pandèmia, e) discursos sobre les cures, f) interseccionalitats.

Així mateix, com s'ha comentat anteriorment, amb l'objectiu de comptar amb col·laboració amb els actors socials implicats en l'organització social de la cura, s'han dut a terme un total de vuit grups de discussió en els diferents territoris. Estant també en el pas d'anàlisi els grups de discussió, els perfils de les entitats participants poden diferenciar-se en cinc tipologies: 1) Xarxes autogestionades i col·lectius alternatius (p. ex. La Base, Ateneu cooperatiu de Poble Sec o Servei Aukera de la Fundació Arrats, en suport a treballadores sexuals); 2) Entitats religioses (p. ex. Creu Roja o Fundació Pare Manel); 3) Institucions i tercer sector (p. ex. Direcció General d'Atenció a la dependència dels Illes Balears o Taula del Tercer Sector); 4) Col·lectius de treballadores de la neteja i la llar (Associació de treballadores de la llar de Bilbo o Les Kellys); 5) Entitats de diferents àmbits: Atenció a la infància i/o a les persones majors (Maitelan cooperativa de cures o Casal dels Infants), Atenció a les persones sense llar (p. ex. Fundació Arrels), Atenció a les persones migrants (SOS Racisme o CEAR), Relacionades amb la problemàtica de l'habitatge (Sindicat d'habitatge del Raval o Les Navas).

Malgrat no es puguin fer conclusions definitives, una vegada acabat el procés del treball de camp, podem aventurar-nos a dir el que ja prevèiem en les hipòtesis; la pandèmia del COVID-19 ha tingut un efecte importantíssim en la resignificació de les cures, però segueixen havent-hi molts reptes per una reassignació social d'aquestes cap a un model més just i igualitari en clau de gènere.

Referencias bibliográficas

- Almeda, E. (2015) "Género, diversidad y familias monoparentales" en Torres, C. (ed.). *España 2015. Situación social*, pp: 360-367, Madrid: CIS
- Carrasco, C.; Domínguez, M. (2011). "Family Strategies for meeting care and domestic work needs: Evidence from Spain". *Feminist Economics*, 17, pp. 159- 188.
- Carrasquer, P. (2013). "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 31, Núm. 1: 91-113.
- Durán, M.A. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fund. BBVA.
- Ezquerro, S. (2012). "Acumulación por desposesión, género y crisis en el Estado español". *Revista de Economía Crítica*, 14
- Gálvez, L.; Rodríguez, P.; Domínguez, M. (2011). "Too much Family and Too Much Gender Inequality: Women's and Men's Total Work in Mediterranean Countries". En Addis, Degraeve, de Villota y Eriksen (Eds.). *Gender and well-being*. Fanrham: Ashgate.
- González, S; Guillén, A.M. (2018). "Austeridad y reforma del bienestar en la Europa del Sur.: Transformación y heterogeneidad institucional". *Papeles de Europa*, Vol. 31, Nº. 1, 69-79.
- León, M.; Pavolini, E. (2014) "Social Investment' or back to 'Familism': The impact of the economic crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain". *South European Society and Politics*, 19(3): 353-369.
- Martínez-Buján, R. (2014). "Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 145: 99-124.
- Moreno, S. et al. (2013) "El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar ¿más dependencia y menos profesionalidad?". *Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social*. U. de Alcalá.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Geneva: ILO.
- Perez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Yeates, N. (2012). "Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research". *Global Networks*, 12(2), 135- 154.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Actualización del sistema de cuidado dentro del servicio de ayuda a domicilio y sus profesionales

Estrada Moreno Irene Soledad, Universidad de Málaga (irene.s.estrada@uma.es)

Ruiz Mosquera Ana Cristina, Universidad de Málaga (acruizmosquera@uma.es)

Palma García María de las Olas, Universidad de Málaga (mpalma@uma.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Actualmente, el sistema de asistencia a personas dependientes que precisan de cuidados está siendo redirigido hacia un nuevo enfoque. La incorporación de la mujer al mercado laboral ya propuso un cambio en cuanto a las tareas de cuidado y asistencia desde un punto profesionalizado. Se puede decir que continúa persistiendo el carácter feminizado dentro de estas labores, pero, además, la covid 19 ha modificado estos sistemas de cuidado y promovido cambios significativos. El servicio de ayuda a domicilio, es primordial en este sistema de cuidado como prestación de la ley de dependencia.

Esta comunicación explora el servicio de ayuda a domicilio en Málaga, su situación post pandemia y el cambio producido en la actividad laboral reglada o no de los /as profesionales que lo ejercen.

Se expone un estudio cualitativo realizado a 25 profesionales del cuidado a personas dependientes, se evidencia la realidad de la profesión, la influencia de la Covid-19 en sus actividades, su situación actual y la importancia del trabajo social.

Se concluye en la necesidad de visibilización de la profesión, y se evidencia el perfil feminizado aún de cuidado profesional, el precario sistema laboral que lo regula, las irregularidades que sufren los profesionales que la ejercen, y sus infravaloradas actividades. Se constata la necesidad de continuar estableciendo espacios específicos de investigación y tratamiento que promuevan la evolución de este sistema de cuidado con políticas sociales que acompañen su desarrollo y su promoción dentro de un sistema laboral reconocido.

Palabras clave

Dependencia, cuidado, ayuda a domicilio, trabajo social

1 Introducción

El Consejo económico y social de España (2022) recuerda que las mujeres se encuentran en situación de vulnerabilidad y se les continúa asignando las labores de cuidado de personas dependientes y del hogar. Esto mismo lo afirma la ONU (2021) argumentando que el trabajo de cuidado lo llevan a cabo las mujeres en sus tres cuartas partes. La mujer continúa como elemento principal en las labores de cuidado de familiares y personas dependientes, lo cual evidencia una labor destinada socialmente al género femenino.

La Organización Internacional de Trabajadores (2019) reconoce que las labores de cuidado son asignadas a las mujeres y que actualmente se prevé una crisis mundial de dichas labores debido al envejecimiento de la población y los desequilibrios de asignación de estas tareas de cuidado a las mujeres.

Se reclama que, al ser así, la participación de la mujer en esferas económicas y sociales está limitada y se perpetua la subordinación del género femenino y su desigualdad (OIT 2022).

La incorporación de la mujer al mercado laboral ha incidido en que se profesionalicen las labores de cuidado y se regulen en la actividad laboral al no poder hacer frente al cuidado de familiares dependientes por estar trabajando. Esta actividad laboral se enmarca a través de las prestaciones de la ley de dependencia tales como el servicio de ayuda a domicilio.

Esto da lugar a la sobrecarga de tareas y la dificultad de conciliación de la vida familiar, laboral y social del colectivo, lo cual incide en el desarrollo de enfermedades como la depresión y la ansiedad sumado al desarrollo de síndromes como el del burnout (síndrome de estar quemado) y desarrollando un conflicto de roles difícil de gestionar (Cuesta 2021). Autores como Pérez (2015) denominan a la mujer que alcanzan esta conciliación como “mujeres todoterrenos del siglo XXI”.

Paralelamente a esta problemática, el consejo de economía y social de España 2022 y la ONU mujeres (2021), evidencian que la Covid 19 ha influido negativamente amplificando las desigualdades ya existentes.

Por ello, la presente investigación se ha dirigido a explorar el servicio de ayuda a domicilio en Málaga, su situación post pandemia y el cambio producido en la actividad laboral reglada o no de los /as profesionales que lo ejercen.

2 Metodología

Se lleva a cabo una investigación cualitativa mediante entrevistas a 25 profesionales del servicio de ayuda a domicilio de Málaga.

2.1 Participantes

La muestra está formada por 25 profesionales del sector de ayuda a domicilio de Málaga. El 100% de la participación la componen mujeres entre los 26 y 64 años (identificadas en los resultados con códigos E-X) y mayoritariamente de origen extranjero. El criterio de selección ha sido aleatorio a profesionales encargados de la ayuda a domicilio con más de 1 año de antigüedad.

2.2 Instrumento

Para la recogida de datos se diseña un guión de entrevista semiestructurada individual específico compuesto por 11 preguntas de respuesta abierta. Se construye para la evaluación y análisis de las siguientes categorías: perfil profesional, tareas de cuidado, cambios profesionales y familiares, influencia de la Covid 19, valoración y calidad del SAD y limitaciones.

2.3 Procedimiento

La recogida de datos se lleva a cabo durante febrero y marzo de 2022 en las sedes de varias empresas encargadas de dicho servicio. Se informó a todos los/as participantes del anonimato, confidencialidad y voluntariedad para con la investigación y los datos recabados. El análisis de resultados se lleva a cabo mediante el análisis del discurso.

3 Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo a las diferentes categorías de análisis previstas en el diseño de la investigación: Perfil profesional, tareas de cuidado, cambios profesionales y familiares, influencia de la Covid 19, valoración y calidad del SAD y limitaciones.

3.1 Perfil profesional

La totalidad de la muestra la conforman mujeres, muchas de ellas extranjeras, con edades comprendidas entre los 26 y 64 años, todas con la titulación acreditativa de auxiliar de ayuda a domicilio o certificado de profesionalidad equivalente y el 40% de ellas con titulación de auxiliar de enfermería.

Todas iniciaron su actividad laboral como auxiliares de ayuda a domicilio a través del envío de currículum a las empresas encargadas de la gestión del SAD y que, tras hacerles una entrevista, se les exigía la titulación y acreditación.

El 100% de la muestra comenta ser madres y dedicarse al cuidado de familiares a su cargo independientemente su actividad laboral. Comentan que paralelamente a su actividad laboral y motivado por la falta de horas en sus contratos laborales, se dedican a estas labores de cuidado de forma particular y fuera del sistema regulado. Todas coinciden en que el salario es muy precario y que “en negro” ganan mucho mejor.

E17:” hombre, es que por mi cuenta gano el doble, pero claro, necesitas cotizar”.

Ninguna de las entrevistadas tenía completa su jornada de trabajo justificando así sus actividades de cuidado de forma particular y sin reglar.

Las profesionales que trabajan en régimen de interna conforman casi en su totalidad el perfil de mujer extranjera con necesidades económicas y situación de irregularidad en el país hasta que pueden ser contratadas, o mujer nacional sin descendencia ni pareja que igualmente se encuentra en situación económica de necesidad.

3.2 Tareas de cuidado

El servicio de ayuda a domicilio se encuentra regulado legislativamente, pero a pesar de esto, las tareas principales a las que se dedican las auxiliares de ayuda a domicilio se reducen a tareas de aseo personal de la persona dependiente, y limpieza del hogar.

E2. “siempre es lo mismo, que lo bañen porque ellos solos no pueden, y si no, para cuando pesan mucho y necesitan ayuda para moverlo”.

E11 “casi siempre es ducharlos y limpiar”.

Una de las dificultades que se encuentran es la incongruencia entre lo que ellas perciben como necesidad y se les indica que necesita la persona usuaria, y lo que la familia quiere y exige que se lleve a cabo. La mayoría comenta que las familias solo valoran el trabajo si se dedican a la limpieza del hogar y pasan por alto otras necesidades de la persona.

E21: “limpieza y limpieza y como no valoran que necesitan otras cosas”.

E19 “necesitan mucha compañía, están solitos y nosotras pues les hablamos, los acompañamos, ayudamos”.

3.3 Cambios profesionales y familiares

Todas las entrevistadas coinciden en que las personas usuarias del servicio a las que atienden, si no tienen la figura de una hija que se haga cargo como cuidadora principal, ocupa este lugar, una figura femenina cercana.

E3: “siempre las hijas, nosotras somos el apoyo, pero siempre que necesitamos algo o nos dicen algo de sus padres o algo, siempre tengo contacto con la hija”.

Uno de los elementos principales motivo de cambio en las labores de cuidado ha sido la reorganización familiar debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo cual ha propiciado que aumenten las labores de cuidado profesionalizadas ya que estas deben hacerse cargo de su actividad laboral y no pueden atender las necesidades de cuidado de sus familiares.

E21: “yo no puedo, trabajo y tengo a una mujer en casa de mi madre que la cuida cuando yo estoy trabajando y por las tardes voy yo o mi hermana”.

Siguiendo esta idea, estas labores de cuidado se continúan asignando a la mujer. Casi la mitad de las entrevistadas afirman que más de una vez les han llegado usuarios que han solicitado el cambio de auxiliar porque les había tocado un profesional de género masculino, evidenciando así la preferencia de que estas labores de cuidado sean llevadas a cabo por mujeres.

E25 “no quieren hombres y los hombres solo los quieren cuando hay que usar mucha fuerza por que pese mucho”.

Otro factor importante a destacar es la discriminación que aún persiste ya que muchas de las auxiliares encargadas del cuidado son extranjeras.

Paralelamente, estas profesionales son las que admiten que las casas a las que atienden tienen a su vez contratadas ya sea mediante empresa o de forma particular, a mujeres inmigrantes como personal interno.

Las personas internas que se encargan del cuidado de las personas mayores se encuentran contratadas fuera del sistema o contratadas por empresas privadas que regulan el sector, pero se muestran con un vacío legal muy amplio ya que la jornada máxima que permite la contratación es de 40 horas semanales y las mujeres contratadas como personas internas cobran en función a esta jornada máxima y no a su condición de interna. Esto incide en los elevados precios a las familias y por consiguiente en la promoción de la contratación de esta figura fuera del sistema regulado.

3.4 Influencia de la Covid 19

Antes de la pandemia por Covid 19, había menos reticencias a que las auxiliares se encargasen de atender a más de un usuario/a, pero tras la pandemia, las familias motivadas por el miedo al contagio a sus familiares dependientes, reniegan que la profesional encargada del cuidado de su familiar este yendo de una casa a otra y sea foco de contagio y propagación del virus.

E4: “no quieren que tengamos más de un usuario, y dime tu entonces de qué comemos nosotras”.

Otra de las influencias ha sido el crecimiento del mercado de servicios de personal interno por esta misma razón.

Otra de las razones de aumento del SAD está motivado por la cantidad de personas mayores que se encontraban en residencias, y que debido a los altos índices de contagio y mortalidad que se han visualizado, han sido trasladados a sus casas y atendidos en las mismas por este servicio como medida preventiva.

3.5 Valoración y calidad del SAD

Las entrevistadas comentan encontrarse satisfechas con su profesión y comentan que es una profesión vocacional, consideran que el servicio es imprescindible para las personas dependientes y aunque señalan algunos aspectos de mejora, los usuarios y ellas mismas como trabajadoras, consideran que la calidad del servicio se mantiene gracias a su labor y disposición.

E18: “o te gusta o no aguantas, esto sigue funcionando por que nosotras estamos aquí...”.

Un aspecto a destacar es la importancia de la figura del trabajador/a social como coordinador/a del servicio con respecto al que todas las entrevistadas coinciden en su gran función de coordinación, ayuda, gestión, escucha o mediación entre conflictos que tienen no solo para el usuario/a, su familia o incluso para ellas, sino para el correcto y pleno desarrollo del servicio.

E9: “la coordinación ayuda mucho, sin ellos no funciona el servicio, siempre miran porque todo el mundo esté más o menos a gusto”.

Algunos de los aspectos a mejorar son el bajo número de horas, la insistencia de las familias en las labores de limpieza, la negativa del uso de maquinaria como las grúas, preferencia de auxiliares por parte de las familias, etc.

3.6 Limitaciones

Se señalan limitaciones como la preferencia de las mismas horas al día de servicio por parte de todos los usuarios, lo cual incide en la baja cantidad de horas de trabajo semanales y por lo tanto en los bajos salarios mensuales.

E20: “todos quieren a la misma hora entre las 09:00 y las 11:00 para el aseo o entre las 10:00 y las 13:00”.

Otra limitación es la insuficiencia de horas de jornada que tienen las auxiliares ya que es muy difícil alcanzar las 40 horas semanales y quien lo hace, mantiene una jornada partida de mañana y tarde incluyendo los sábados, lo cual imposibilita la conciliación de la vida familiar y personal.

E13:” para tener un sueldo mínimo tienes que trabajar 40 horas, pero nadie quiere un servicio muy temprano o al medio día, así que hacemos mañana y tarde, y así tú me dirás que vida tienes...”.

4 Discusión y conclusiones

La presente investigación ha permitido acercarnos a la realidad de la situación actual que viven las profesionales de ayuda a domicilio.

Uno de los elementos principales motivo de cambio en las labores de cuidado ha sido la reorganización familiar debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral. Esta investigación pone de manifiesto el perfil feminizado aun de los profesionales encargados de las labores de cuidado, continúan siendo mujeres las que se encargan de los cuidados familiares. Esto evidencia aún el gran trabajo que hay que llevar a cabo para llegar

el concepto igualitario de profesionalización en este sector bajo el entendimiento de que lo importante es la profesionalidad de la persona que ejerce el cargo y no que sea mujer para asignar este tipo de tareas.

Continúa habiendo cierto rechazo y discriminación hacia las profesionales no autóctonas que se encargan de estas labores de cuidado y se enfrentan a perfiles de contratación no regulados por el sistema quedando fuera del mismo bajo una economía sumergida.

Pero, además, se debe tener en cuenta que este colectivo está sometido a enfermedades de depresión, ansiedad o síndrome de estar quemado (Alemany 2018).

Por otro lado, se hace necesario una mayor información a las familias sobre las tareas que corresponden dando importancia al acompañamiento y atención personal del mismo modo que la limpieza.

Paralelamente, el miedo de contagio tras la covid-19 ha influido de forma negativa en la actividad laboral bajo la intención preventiva de contagio por parte de las familias y ha propiciado el crecimiento de servicios privados de cuidado tanto de forma profesionalizada dentro del marco laboral como fuera del mismo.

Con todo esto, se concluye bajo la idea de visibilización de la profesión, y se evidencia el perfil feminizado aún de cuidado profesional, el precario sistema laboral que lo regula y por ende las irregularidades que sufren los profesionales que la ejercen, y sus infravaloradas actividades por parte de la sociedad y las familias. Paralelamente se constata la necesidad de continuar estableciendo espacios específicos de investigación y tratamiento que promuevan la evolución de este sistema de cuidado del servicio de ayuda a domicilio con políticas sociales que acompañen su desarrollo y su promoción dentro de un sistema laboral reconocido donde se destaca la importancia de la figura del coordinador trabajador social como elemento primordial.

Referencias bibliográficas

- Alemany, C. (2018). Mujeres cuidadoras, agotamiento y burnout. En *Geriatric Area*. Recuperado de <https://geriatricarea.com/mujeres-cuidadoras- agotamiento-y-burnout/>
- Alonso, F. J., Carmona de la Morena, J., Gómez, S., López, M. J., Orueta, R., Sánchez, A. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (7), 332-337.
- Brea Ruiz, M. (2015). *El Coste de Cuidar desde una Perspectiva de Género: Proceso Emocional de Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes*. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Consejo de economía económico y social de España. (2022). *Mujeres, trabajos y cuidados: propuestas y perspectivas de futuro*. Recuperado de es/recursos/estudiosMonografia/docs/Informe_MUJERES_TRABAJOS_Y_CUIDADOS.pdf
- Cuesta Toro, J. M. (2021). *Cuidando a mi madre gravemente enferma. Vivencias de una cuidadora de edad avanzada*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8245020>
- García Calvente, M. M., Gutiérrez, P., Mateo, I. (1999). *Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Investigación cuantitativa*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Instituto de la Mujer. (2007). Cuidados a las personas dependientes en el ámbito familiar. *Estudio 102*. Recuperado de <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/cuidadosPersonasDependientesEst102.pdf>
- Martínez García, E., García Cantero, J. J., y Ortega, A. (2019). Estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Educación y Gestión*, 17(49), 420-447. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00420.pdf>

- Mosquera Metcalfe I, Larrañaga Padilla I, Del Río Lozano M, Calderón Gómez C, Machón Sobrado M, García Calvente MM. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Rev Esp Salud Pública; 93*. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201901002.pdf
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres, (2021). *Una guía para las inversiones públicas del cuidado: Herramientas de apoyo en materia de política para estimar los déficits de servicios de cuidado, el costo de las inversiones para cubrirlos y sus beneficios económicos*. Organización Internacional del Trabajo. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2021/04/policy-tool-care-economy>
- Organización Internacional de Trabajadores (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (2016). *El 89% de los cuidadores en España son mujeres y en el 47% de los casos, el cuidador principal es un familiar*. <https://www.segg.es/institucional/2016/11/03/el-89-por-ciento-de-los-cuidadores-en-espa%C3%B1a-son-mujeres-y-en-el-47-por-ciento-de-los-casos-el-cuidador-principal-es-un-familiar>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Las transformaciones recientes del sistema de residencias geriátricas gallego

Raúl Rey-Gayoso, Universidade da Coruña (raul.reyg@udc.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El objetivo de esta comunicación es analizar algunas de las principales transformaciones que ha experimentado el sistema de atención residencial gallego en las últimas cuatro décadas, mediante un análisis de datos secundarios. Nos centramos en tendencias como el incremento de centros y plazas residenciales según titularidad y tamaño de los centros, índices de cobertura, el encaje de la atención residencial en el SAAD o el incremento de plazas de financiación pública. Concluimos con un análisis del impacto de la pandemia en la prestación del servicio de atención residencial del SAAD.

Palabras clave

Residencias, personas mayores, dependencia, Galicia

1 Introducción

El sistema de atención residencial geriátrica español afronta una serie de retos y problemáticas estructurales. La literatura especializada incide en la necesidad de acomodar el sistema residencial a los principios del modelo de atención centrada en la persona (MACP), mediante medidas como la reducción del tamaño de los centros, su organización en unidades de convivencia o la incorporación de metodologías que favorezcan el desarrollo de vidas significativas para las personas usuarias (Rodríguez, 2021; Díaz-Puga et al. 2022). Otros factores estructurales son la precariedad laboral del sector en categorías ocupacionales esenciales, bajas ratios de personal de atención directa, déficits en el sistema público de inspección, problemas en materia de coordinación sociosanitaria o, en regiones como la gallega, escasez de plazas residenciales para cubrir una demanda creciente (Marbán-Gallego et al. 2022; Martínez-Buján et al. 2022).

Diversas autoras coinciden en que el impacto de la pandemia de la covid-19 en el sistema de cuidados español ha desvelado problemáticas del sector residencial. Tras la pandemia se han aprobado diferentes medidas autonómicas y nacionales para regular los servicios de atención residencial en el marco de la denominada estrategia de desinstitucionalización inspirada en los principios del MACP (Díaz-Puga, et al. 2022). El gobierno gallego ha anunciado la aprobación de una nueva normativa inspirada en esta filosofía.

El objetivo de este trabajo es analizar las transformaciones del sistema de atención residencial gallego en las últimas cuatro décadas, recurriendo a una metodología mixta que combina explotación de datos secundarios con entrevistas a informantes clave. Los resultados se presentan en dos epígrafes. Primeramente, se analiza la evolución de la oferta residencial mediante un análisis de indicadores elementales. Seguidamente, se explora el encaje de la atención residencial en el sistema de atención a la dependencia (SAAD) gallego, incidiendo en el impacto de la pandemia de la covid-19. El fin del análisis es identificar tendencias de cambio, caracterizar la situación actual y rastrear retos de futuro del sistema residencial gallego.

2 Metodología

Recurrimos a una explotación de datos secundarios de diferentes fuentes estadísticas. Empleamos la base de datos de Envejecimiento en Red (EnR) para analizar la evolución del número de residencias según diferentes indicadores: a) evolución del número de plazas según tamaño y titularidad de los centros y b) índices de cobertura en diferentes áreas territoriales. EnR aporta datos para la serie temporal 2004-2020. Por ello, recurrimos a informes del IMSERSO sobre servicios sociales para personas mayores para obtener información del número de centros y plazas en años previos. Asimismo, empleamos estos informes para analizar la evolución del número de plazas según modalidad de financiación. Finalmente, utilizamos los informes mensuales del IMSERSO sobre el SAAD para analizar los cambios en la distribución de los servicios del SAAD en Galicia. Completamos este análisis estadístico con entrevistas a personal gerente y trabajadoras de residencias.

Las fuentes estadísticas consultadas presentan limitaciones. Primeramente, no recogen datos sobre el tipo de gestión de los centros. Tampoco aportan información sobre el perfil de persona usuaria (con autonomía o en situación de dependencia), ni información detallada sobre la organización de los centros, como ratios de personal o si se organizan en unidades de convivencia.

Finalmente, la utilización del índice de cobertura de atención residencial (IC en adelante) presenta fortalezas y debilidades. Este indicador expresa el número de plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años. Es utilizado por el IMSERSO y la OMS para evaluar la cobertura de atención residencial en un territorio. La OMS establece como valor recomendado 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. No obstante, su uso ha sido criticado por tomar como población de referencia personas mayores de 65 años, cuando la edad media de ingreso en una residencia en España es de 82 años. En cualquier caso, permite analizar la relación entre el incremento de plazas residenciales y el envejecimiento demográfico.

3 Resultados

3.1 Una panorámica general

El incremento de centros y plazas residenciales a nivel español durante las últimas cuatro décadas es notorio. Las estimaciones del Informe Gaur indican que en 1975 existían 55.000 plazas en asilos y residencias, presentando un IC de 1,5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. En 2021 el IMSERSO registró 389.677 plazas en 5.529 residencias, con un IC del 4,2. Los datos para Galicia replican esta tendencia: de las 5.807 plazas distribuidas en 55 centros registradas por el IMSERSO en 1987 se ha ascendido hasta 21.646 plazas en 333 centros en 2020 (Tabla 1). Asimismo, el IC se ha duplicado (de 1,4 a 3,1), indicando un crecimiento de plazas superior al envejecimiento de la población gallega.

Tabla 1. Residencias, plazas (totales y del SAAD) e IC, Galicia (1987-2020)

| Año | Centros | Plaza totales | IC | Plazas SAAD |
|------|---------|---------------|-----|-------------|
| 1987 | 55 | 5.807 | 1,4 | - |
| 1999 | 97 | 8.985 | 1,7 | - |
| 2004 | 187 | 11.494 | 2,0 | - |
| 2007 | 204 | 12.991 | 2,2 | - |
| 2008 | 222 | 14.842 | 2,5 | 2.643 |
| 2010 | 274 | 18.116 | 2,9 | 4.748 |
| 2011 | 270 | 17.892 | 2,8 | 6.358 |
| 2012 | 267 | 17.984 | 2,8 | 7.587 |
| 2013 | 266 | 18.368 | 2,9 | 7.584 |
| 2015 | 294 | 20.048 | 3,1 | 7.647 |
| 2019 | 321 | 21.179 | 3,1 | 8.205 |
| 2020 | 333 | 21.646 | 3,1 | 7.941 |

Fuente: elaboración propia con datos del IMSERSO y EnR.

El incremento de plazas en las últimas dos décadas se vincula al desarrollo del SAAD. La aprobación de la Ley de Dependencia (LAPAD) en 2007 supuso un incremento de la financiación pública en materia de atención a la dependencia, incentivando la inversión en el sector y el aumento rápido del parque de plazas (Díaz-Puga et al. 2022). Entre 2004 y 2010 se produce un aumento de 6.700 plazas (4.748 atribuibles a plazas integradas en el SAAD) y 0,8 puntos del IC. Esta tendencia se ralentiza en 2011 por la crisis económica y los recortes en gasto social destinado al SAAD (Martínez-Buján y Rungo, 2021), produciéndose un descenso de 200 plazas entre 2010 y 2011, el primero de la serie temporal analizada. En 2015 se retoma la tendencia de crecimiento en un contexto de recuperación económica, llegando a 21.646 plazas en 2020.

Galicia es la sexta región española con un IC de atención residencial más bajo (3,1), situándose un punto por debajo de la media española (4,2). La distribución de plazas residenciales según provincias presenta disparidades territoriales. En 2020, las provincias con un mayor IC son Ourense (5,9) y Lugo (4,2). La provincia ouresana es la única que cumple las recomendaciones de la OMS. Esta elevada cobertura se debe al despliegue temprano de la Fundación San Rosendo (Durán-Vila, 2007), entidad religiosa con gran arraigo en el territorio, que en 2020 gestionaba el 32% de las plazas provinciales. A Coruña con 3,2 y Pontevedra con 2,3 plazas por mayor de 65 años quedan lejos de las recomendaciones de la OMS.

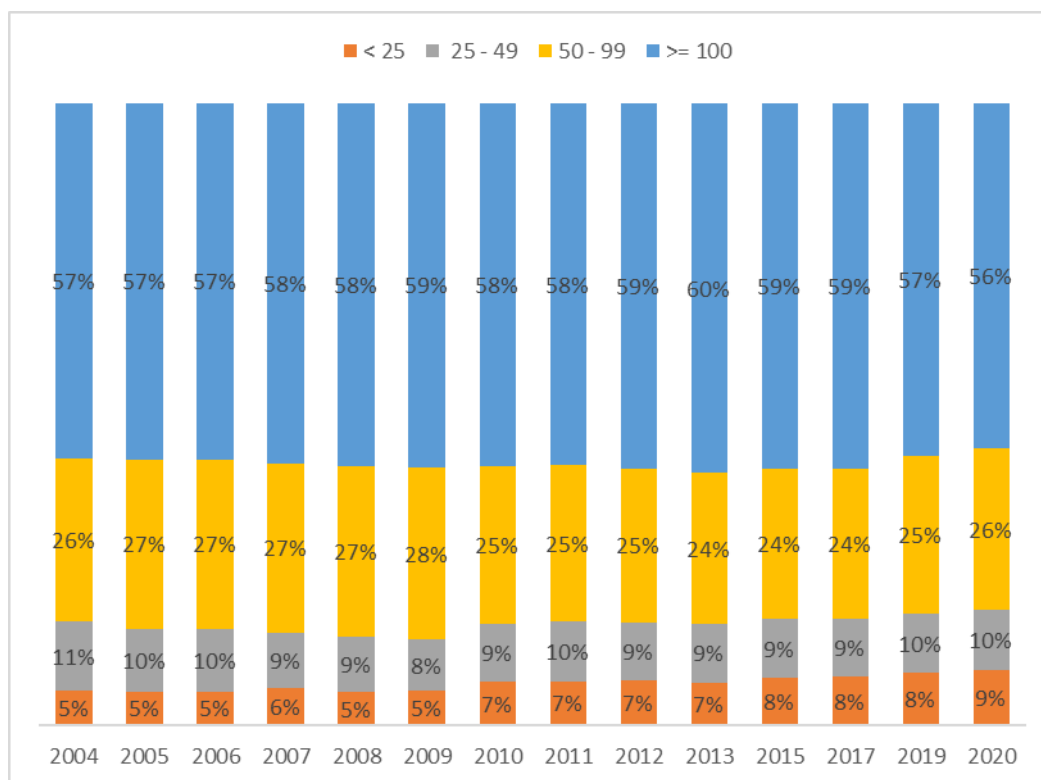
Tabla 11. Plazas residenciales e IC por provincias gallegas

| Año | Galicia | | A Coruña | | Lugo | | Ourense | | Pontevedra | |
|------|---------|-----|----------|-----|--------|-----|---------|-----|------------|-----|
| | Plazas | IC | Plazas | IC | Plazas | IC | Plazas | IC | Plazas | IC |
| 2006 | 12.405 | 2,1 | 3.906 | 1,7 | 2.333 | 2,4 | 3.015 | 3,2 | 3.151 | 1,9 |
| 2010 | 18.116 | 2,9 | 6.065 | 2,5 | 3.231 | 3,3 | 4.574 | 4,7 | 4.246 | 2,3 |
| 2012 | 17.984 | 2,8 | 5.840 | 2,3 | 3.397 | 3,5 | 4.689 | 4,8 | 4.058 | 2,2 |
| 2017 | 20.285 | 3 | 6.423 | 2,4 | 3.812 | 4 | 5.229 | 5,4 | 4.821 | 2,4 |
| 2020 | 21.646 | 3,1 | 6.973 | 2,5 | 4.022 | 4,2 | 5.676 | 5,9 | 4.975 | 2,3 |

Fuente: Elaboración propia a partir de EnR.

La evolución de plazas según tamaño de los centros indica un predominio estable de las residencias de 100 o más plazas (Gráfico 2). No existe consenso sobre el tamaño óptimo de los centros, aunque algunas autoras indican que las residencias de gran tamaño dificultan la construcción de entornos hogareños y vidas significativas para los usuarios (Rodríguez y Gonzalo, 2021). No obstante, la literatura especializada destaca que la organización de los centros en unidades de convivencia es un factor más importante en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias que el tamaño de los centros (Díaz-Puga et al. 2022). No existen datos oficiales sobre la organización de los centros en unidades de convivencia. Sin embargo, en los últimos tres años se han aprobado normativas autonómicas y nacionales que limitan el tamaño de las residencias y favorecen la organización de los centros en unidades de convivencia. En entrevistas con gerentes y trabajadoras de diferentes residencias gallegas constatamos que tras la pandemia de la covid-19 algunos centros se están reorganizando en unidades de convivencia de alrededor de 25 usuarios, cifra que, presumiblemente, será la estipulada por el gobierno autonómico en la nueva normativa de atención residencial.

Gráfico 1. Plazas residenciales según tamaño del centro, Galicia (2004-2020).



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO.

La mayoría de las residencias gallegas son de gestión y titularidad privada. En 2006, el 78,9% de los centros eran de titularidad y gestión privada, ascendiendo hasta 80,8% en 2012 para reducirse hasta el 76,3% en 2020. Un grado de “privatización” superior a la media nacional, que se situaba en 76,4% en 2006 y 70,5% en 2020. Además, gran parte de las residencias de titularidad pública son gestionadas por empresas privadas, a través de mecanismos de gestión indirecta. En 2020, el 89% de las plazas gallegas estaban gestionadas por entidades privadas (Rico, 2021). Desde finales de la década de 1990 y, en especial, tras la aprobación de la LAPAD, se ha incrementado la presencia del sector mercantil multinacional (Díaz-Veiga, et al. 2022). En Galicia, corporaciones como DomusVi u Orpea gestionan el 23,5% de las plazas.

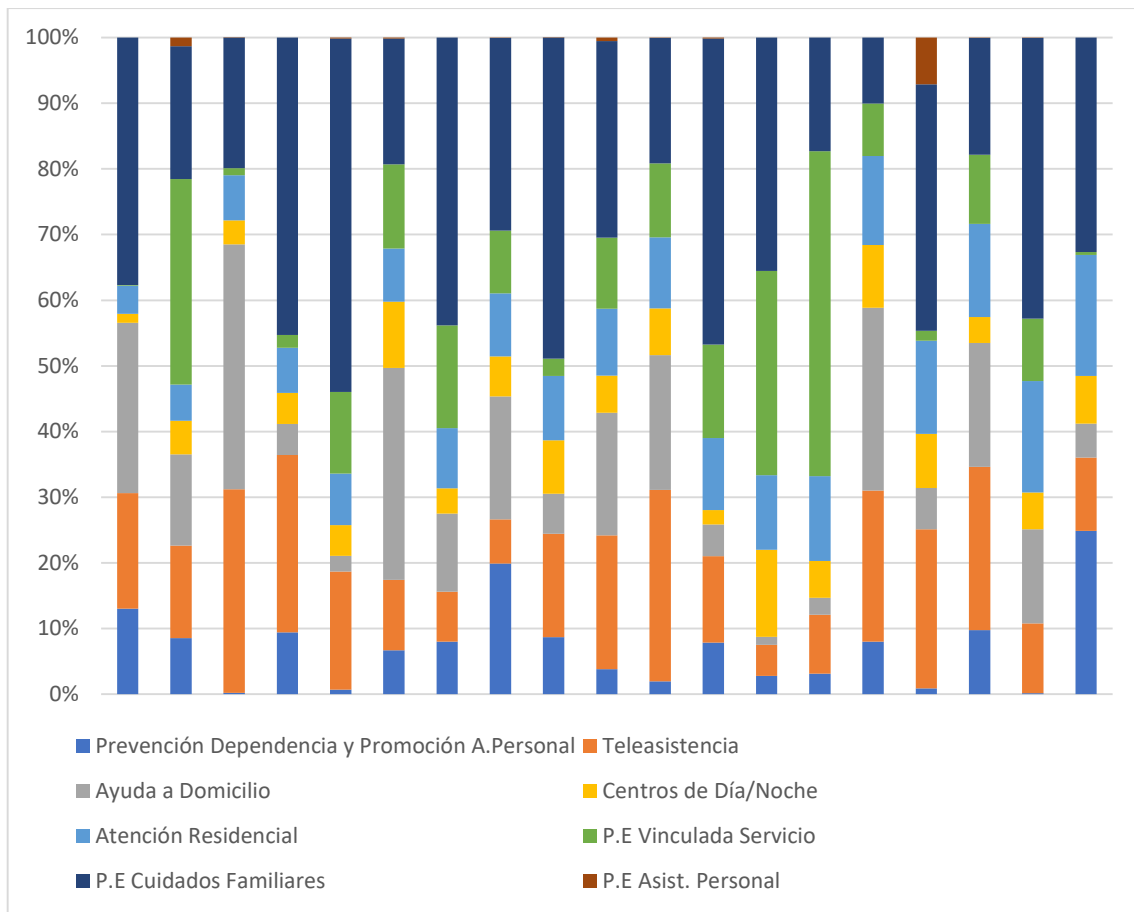
3.2 La atención residencial en el SAAD

Según la modalidad de financiación las plazas residenciales pueden ser de financiación pública o privada. Hasta la aprobación de la LAPAD, las plazas de financiación pública estaban integradas en los subsistemas autonómicos de servicios sociales para personas mayores. Actualmente, la mayoría de las plazas de financiación pública están integradas en el SAAD, aunque existen plazas para personas mayores al margen del SAAD; como las plazas para personas mayores de 65 años de los CAM de la Diputación Provincial de Lugo. Además, la administración pública ofrece cheques asistenciales para el pago de plazas de financiación privada. Según el IMSERSO, el peso relativo de plazas gallegas de financiación pública se ha incrementado en los últimos 15 años, pasando de suponer el 37,3% de plazas totales en 2008 al 60% en 2021.

El servicio de atención residencial del SAAD se otorga a personas en situación de dependencia con grado II o III (RD 1051/2013). La financiación de las plazas integradas en el SAAD es regulada por la administración mediante precios topados y copagos en función del grado de dependencia y la capacidad económica de la persona usuaria, garantizando el acceso al sistema. Si no existe oferta pública disponible, el SAAD otorga a la persona beneficiaria una prestación económica vinculada al servicio (PEVS) para la contratación de una plaza residencial mercantilizada hasta ingresar en una plaza de responsabilidad pública del sistema. Según el RD 675/2023 la cuantía máxima de la PEVS de atención residencial (PEVS-AR) es de 747,25€ mensuales. No obstante, Galicia es la comunidad donde la PEVS-AR media concedida a personas con grado III es de menor cuantía: 392,6€ frente a 568,4€ de media nacional. El acceso a plazas residenciales mediante PEVS-AR favorece la libre elección de centro para las personas usuarias (Rodríguez-Cabrero, et al., 2022), pero su financiación incrementa el copago asumido por los usuarios, estableciendo un copago invisible y comprometiendo el acceso real al sistema (ADGSS, 2023).

Uno de los problemas estructurales del SAAD es la heterogeneidad territorial del desarrollo y distribución de prestaciones y servicios que conforman su catálogo, debido a la descentralización de competencias en las CCAA (Martínez-Buján et al. 2022). Centrándonos en la distribución de servicios, Galicia es la segunda comunidad con mayor peso de servicios de proximidad como el SAD (32,3%) o servicios de centro de día/noche (10,1%), y se sitúa como la decimosegunda comunidad en beneficiarios con servicio de atención residencial: 8,1% frente al 10,2% de media nacional (Gráfico 4). Unos datos que corroboran la apuesta del gobierno gallego por el desarrollo de servicios de proximidad para favorecer el envejecimiento en el domicilio habitual (Martínez-Buján y Rungo, 2021).

Gráfico 12. Distribución porcentual de prestaciones y servicios del SAAD por CCAA (2022)



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO.

Concluimos este apartado analizando el impacto de la pandemia en el servicio de atención residencial del SAAD. Durante el primer año de pandemia se produjo una refamiliarización de los cuidados, visible en el incremento relativo de las prestaciones económicas para cuidados familiares y el decrecimiento de servicios de centro de día y de atención residencial (Martínez-Buján et al. 2022). En Galicia, el número de personas beneficiarias de atención residencial ha decrecido de 8.128 antes de la pandemia a 7.084 en julio de 2023 (-27,1%), alcanzando un mínimo de 6.684 usuarios en octubre de 2022. Una tendencia que podría indicar pérdida de confianza por parte de familias y personas usuarias en los centros.

No obstante, estos resultados deben completarse con la evolución de las PEVS-AR. Estas prestaciones se han incrementado un 48,2%, ascendiendo desde las aproximadamente 4.094 personas beneficiarias en febrero de 2020¹ hasta las 6.066 en julio de 2023. Así, tras un leve decrecimiento en los dos primeros años de pandemia, el total de personas beneficiarias de atención residencial y PEVS-AR ha experimentado un incremento absoluto de 7,6% y un decrecimiento del 1,7% con relación al total de beneficiarios del SAAD (Tabla 3). Estos resultados relativizan el impacto a medio plazo de la pandemia en el descenso de usuarios de atención residencial del SAAD y el grado de refamiliarización. Además, indican un mantenimiento de los usuarios de atención residencial a costa de incrementar las PEVS-AR, recurso que encarece el copago asumido por los

¹ El IMSERSO ofrece datos sobre beneficiarios de PEVS-AR desde enero de 2022. Para estimar el número de beneficiarios en meses anteriores se ha aplicado a los PEVS totales de estos meses el porcentaje promedio de PEVS-AR sobre PEVS totales entre los meses de enero de 2022 y julio de 2023, obteniendo un promedio de 44,57% y desviación típica de 0,92.

usuarios. Así, de las 13.150 personas usuarias del SAAD beneficiarias de atención residencial o PEVS-AR en 2023, el 46,1% lo eran con PEVS-AR, un peso superior al 33,3% de media española.

Tabla 12. Personas beneficiarias del servicio de atención residencial y PEVS-AR del SAAD gallego

| | <i>Beneficiarios totales</i> | <i>Atención residencial</i> | <i>PEVS-AR</i> | <i>AR + PEVS-AR</i> |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------------|
| feb-20 | 73.604 | 8.128 | 4.094 | 12.222 |
| jul-20 | 73.141 | (11%) | (5,6%) | (16,6%) |
| jul-21 | 75.149 | 7.820 | 4.236 | 12.056 |
| jul-22 | 78.806 | (10,7%) | (5,8%) | (16,5%) |
| jul-23 | 87.989 | 7.115 | 4.385 | 11.500 |
| Variación feb-20/jul-23 | 19,5% | (9,5%) | (5,8%) | (15,3%) |

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO.

Este doble proceso indica que el número de personas beneficiarias de atención residencial del SAAD se ha mantenido estable, pero que la oferta de plazas de financiación pública ha menguado y podría resultar insuficiente. La Consellería de Política Social cifra en 940 las personas en situación de dependencia en lista de espera para una plaza de financiación pública, aunque no existen datos oficiales publicados (Punzón, 2022). Este déficit de plazas queda recogido en el Plan Estratégico de Galicia 2022-2030 de la Xunta de Galicia, que propone alcanzar las 26.080 plazas residenciales para personas mayores en 2030, un objetivo que situaría el IC en 3,35 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años.

4 Conclusiones

La atención residencial geriátrica es un servicio en crecimiento. En menos de cuatro décadas el parque de plazas residenciales ha aumentado desde 5.807 en 1987 hasta las 21.678 en 2020, y la Xunta de Galicia prevé alcanzar las 26.080 en 2030. El sistema de atención residencial gallego destaca por: a) un predominio de residencias de titularidad y gestión privada (8 y 9 de cada 10 plazas respectivamente); b) un peso creciente de las plazas de financiación pública; y c) el predominio de residencias de gran tamaño (6 de cada 10 plazas se encuentran en residencias de 100 o más plazas). Este último factor es relevante para la estrategia de desinstitucionalización emprendida por gobiernos nacional y autonómicos (Díaz-Puga et al. 2022), favorable a topar el tamaño de los centros. La Xunta está preparando una nueva normativa en materia de atención residencial que podría regular este aspecto.

El índice de cobertura regional es de 3,1 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, situándose 1 punto por debajo de la media española y lejos de las 5 plazas recomendadas por la OMS. Estos resultados denotan un déficit de plazas residenciales para cubrir la demanda existente, un diagnóstico compartido por la Asociación Galega do Sector da Dependencia (Punzón, 2022).

Tras la pandemia de la covid-19 se ha producido doble proceso de decrecimiento de usuarios del SAAD con plaza de financiación pública y crecimiento de usuarios en plazas mercantilizadas con PEVS-AR. Este proceso implica un aumento del copago asumido por las personas usuarias (ADGSS, 2023) debido al déficit de plazas integradas en el SAAD.

Referencias bibliográficas

- ADGSS (2023). *XXIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia*.
<https://directoressociales.com/project/dictamen-xxiii/>
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., & Rodríguez, T. (2022). Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización. *Zerbitzuan*, (78), 51-66.
- Durán-Vila, F. (2007). Los servicios sociales especializados para la vejez: Las residencias de la tercera edad en Galicia. *Sémata*, (18), 205-227.
- Marbán-Gallego, V., Montserrat, J., & Rodríguez-Cabrero, G. (2021). El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 159-168.
- Martínez-Buján, R. y Rungo, P. (2021). *O sistema de cuidados de longa duración en Galicia desde a perspectiva da prestación de servizos e de creación de emprego*. Consello Económico e Social de Galicia.
- Martínez-Buján, R., Jabbar, M. y Soronellas, M. (2022). Envejecimiento y organización social del cuidado en España, ¿en qué contexto irrumpe la covid?. En D. Comas-D'Argemir y S. Bofill-Poch, *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19*. Barcelona: Tirant Humanidades (pp. 37-91).
- Punzón, C. (20 de diciembre de 2022). Diez meses de espera para lograr una plaza en una residencia de mayores en Galicia. *La Voz de Galicia*. <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/galicia/2022/07/02/diez-meses-espera-lograr-plaza-residencia-mayores-galicia/00031656759676975778842.htm>
- Rico, M. (2021). *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*. Madrid: Planeta.
- Rodríguez, P. (2021). *Las residencias que queremos*. Madrid: Catarata.
- Rodríguez, P., & Gonzalo, E. (2022). COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. *Gaceta Sanitaria*, 36, 270-273.
- Rodríguez-Cabrero, G y Marbán-Gallego, V. (2022). *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía persona y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechossociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

¿Revolución incompleta? Análisis de la distribución del trabajo reproductivo en las parejas convivientes en Andalucía

María Cascales Mira, Universidad de Sevilla



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La incorporación de las mujeres, de todos los estratos, a la esfera productiva ha supuesto un avance en términos de igualdad de género. A pesar de ello, la literatura señala que se ha dado una revolución incompleta o estancada, ya que a pesar de la entrada en el “primer turno” son ellas las que aún siguen soportando la mayor carga de trabajo en la esfera doméstica, asumiendo una doble presencia. El objetivo de esta investigación se centra en analizar tanto la distribución del tiempo (el cuanto) como la distribución de las tareas domésticas (el cómo) desempeñadas por hombres y mujeres en parejas heterosexuales convivientes, con el fin de descubrir si se mantiene la brecha de género doméstico. A través de un índice de desigualdad de tiempo y un análisis factorial se han medido los niveles de implicación en las tareas domésticas y de cuidados, atendiendo a ciertas características sociodemográficas. Los datos empleados son de la Encuesta Social 2019: Conciliación en el hogar. “Hábitos y Actitudes de la población andaluza”. Los resultados apuntan a una permanencia en la distribución desigual del tiempo y las tareas por género.

Palabras clave

Brecha género, división sexual trabajo doméstico, tiempo doméstico y de cuidados

1 Introducción

En 1989 Arlie Hochschild describió un proceso por el cual las mujeres habían entrado en el "primer turno" del mercado laboral, la revolución de género en el ámbito público, en su masiva incorporación al mercado laboral y otros espacios de dominancia masculinizada. Pero, a su vez, se había producido un cambio sorprendentemente escaso hacia el "segundo turno" doméstico, es decir, se había producido un estancamiento en la emancipación de las mujeres en el ámbito doméstico, destacando la idea de revolución estancada.

El debate sobre el avance hacia una igualdad de género en el ámbito doméstico continúa a día de hoy, con varias perspectivas sobre la mesa. Por un lado, los estudios basados en datos longitudinales, que abarcan amplios periodos temporales, tienen una visión optimista respecto al cambio: se está produciendo una mayor participación de los hombres, aunque de manera lenta y progresiva (Sullivan, Gershuny y Robinson 2018, Sullivan y Gershuny, 2018 Churchill y Craig, 2021). La brecha doméstica de género se ha reducido, aunque sigue siendo sustancial en muchos países (Campaña, Gimenez Nadal y Velilla, 2022). Ha habido lo que algunos autores denominan cambio generacional retardado, de proceso lento y a largo plazo, tendencia continua aunque desigual, con cierta ralentización, descartando así la hipótesis del estancamiento (Sullivan, 2006; Altintas, Evrim, & Sullivan, 2017). Por el contrario, ha habido un progresivo aumento del tiempo que los hombres dedican al ámbito doméstico, sobre todo en lo correspondiente a la crianza (Churchill y Craig, 2021). Estas investigaciones sobre el uso del tiempo informan sobre una tendencia general hacia la convergencia de género en el ámbito doméstico (Altintas & Sullivan, 2017; Guppy & Luongo, 2015; Sullivan et al., 2018), ya que a

largo plazo el tiempo que emplean los hombres ha aumentado a nivel internacional en los últimos 50 años (Sullivan y Gershuny, 2018).

Otros estudios tienen una imagen más pesimista de la brecha de género, ya que reportan un estancamiento de la segunda revolución (Kan et al. 2022; Kolpashnicova y Kan 2021). La segregación de tareas persiste, hombres y mujeres desempeñan tareas diferenciadas por género (masculinizadas, feminizadas y neutras), y por el compromiso con las mismas, siendo de naturaleza rutinaria o flexible (Perry-Jenkins & Gerstel, 2020). Los resultados de investigaciones basadas en datos transversales, que reflejan una fotografía del estado de la cuestión, coinciden en apuntar la persistencia de la brecha entre el tiempo que hombres y mujeres dedican a las actividades domésticas. Con independencia de la época o del territorio las mujeres dedican más tiempo que los hombres a las tareas domésticas como denominador común.

Los estudios que han analizado las diferencias entre territorios en base a los modelos de Estados del Bienestar muestran que los países más intervencionistas, que facilitan un soporte para la crianza, y a su vez los que tienen una mayor percepción de igualdad de roles en las parejas, presentan una menor brecha de tiempo dedicado a lo doméstico entre hombres y mujeres. Los países del modelo mediterráneo son los que mantienen esa brecha más amplia, hay mayores diferencias en el tiempo que ambos dedican, el Estado es menos intervencionista en gasto social para aliviar el peso de la responsabilidad a las mujeres y preservan nociones más tradicionalistas del rol de hombres y mujeres en la pareja. Acorde con las teorías del *Doing gender* (West y Zimmerman, 1987) las expectativas de roles de género juegan un papel importante en la división del trabajo doméstico (Davis & Greenstein, 2020; Lachance-Grzela & Bouchard, 2010) y España se caracteriza por un modelo de corte tradicional en este sentido (Alvarez y Miles-Touya, 2018).

Por otro lado, según el “Modelo de Equilibrios Múltiples” de Esping-Andersen et al (2013) las parejas en España se caracterizan por un modelo de especialización tradicional e inestable, en el que predomina la figura del “Male Breadwinner” (MBW) con parejas desempleadas dedicadas al hogar (Sánchez-Mira y Jackeline, 2019)

Teniendo en cuenta el presente marco, este trabajo investiga la brecha de género en el trabajo doméstico entre mujeres y varones heterosexuales que conviven en pareja. Nos preguntamos tres cuestiones importantes: si se ha producido un estancamiento en la revolución de género, es decir, si los varones hacen menos y las mujeres hacen más; cuál es la naturaleza de la distribución de las tareas por género, en términos de rutina o flexibilidad; y cuáles son los factores que influyen en el tiempo dedicado al trabajo doméstico.

Para resolver estas cuestiones se plantean dos objetivos:

1. “El Cuánto”→ Hay diferencias en la cantidad de tiempo que ambos dedican?
2. “El Cómo”→ Hay diferencias en la distribución de las actividades domésticas en la pareja?

2 Metodología

En relación a la operacionalización del “Cuánto”, las variables empleadas son: “Horas en día laborable dedica a tareas domésticas”; “Horas en día no laborable dedica a tareas domésticas”; “Horas en día laborable dedica a cuidar de las criaturas”; y “Horas en día no laborable dedica a cuidar de las criaturas”. La forma de operar estas variables ha sido la siguiente. En primer lugar, se ha obtenido la razón de proporciones entre mujeres y hombres de cada indicador, proporcionado una medida de cuántas veces es mayor o menor el tiempo que dedican las mujeres respecto a los varones, lo que nos ofrece una medida de la desigualdad en la dedicación a las tareas domésticas. La puntuación del ratio varía entre “0” y “+ ∞” por lo que la interpretación del resultado puede no verse clara. Para facilitar la interpretación de los datos hemos calculado el logaritmo neperiano de la razón de proporciones de los dos indicadores, de esta manera el valor cero indica que no existe desigualdad en

el uso del tiempo por género, menor que cero cuando la desigualdad repercute en las mujeres y mayor que cero cuando la desigualdad repercute en los varones.

Tabla 1. Indicadores del tiempo dedicado a tareas domésticas y de cuidado de criaturas

| Dimensiones | Indicadores | Variable |
|-----------------------------|---|------------|
| Tareas domésticas | Horas en día laborable dedica a tareas domésticas | HTAREAB3 |
| | Horas en día no laborable dedica a tareas domésticas | HTAREANOB3 |
| Cuidado de criaturas | Horas en día laborable dedica a cuidar de los hijos/as | HHB3 |
| | Horas en día no laborable dedica a cuidar de los hijos/as | HHNOB3 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

En relación a la distribución de las tareas, el “Cómo”, se ha realizado un análisis factorial con el fin de averiguar cómo se distribuyen las tareas realizadas en el hogar que incluyen actividades domésticas y tareas de crianza, y comprobar si existe un patrón común que responda a una agrupación de tareas latente. Las variables empleadas para el análisis factorial se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Tareas domésticas del hogar y tareas de crianza

| Tareas | Categorías | Variable |
|---|--|------------|
| ¿En su hogar quién se hace cargo de las siguientes tareas?: | | |
| Poner la lavadora | 1=Siempre Ud.; 2=Habitualmente Ud.; 3=Ambos por igual; 4=Habitualmente su cónyuge o pareja; 5=Siempre su cónyuge o pareja; 6=Madre; 7=Padre; 8=Persona remunerada; 10=Otras personas | TAREAB31 |
| Tender la ropa | | TAREAB32 |
| Planchar | | TAREAB33 |
| Barrer y fregar | | TAREAB34 |
| Limpiar los baños | | TAREAB35 |
| Preparar las comidas | | TAREAB36 |
| Fregar la cocina después de comer | | TAREAB37 |
| Reparar | | TAREAB38 |
| Hacer la compra | | TAREAB39 |
| ¿Quién se suele ocupar de estas otras cuestiones relacionadas con el cuidado de los hijos/as?: | | |
| Planificar la compra y la comida | 1=Siempre Ud.; 2=Habitualmente Ud.; 3=Ambos por igual; 4=Habitualmente su cónyuge o pareja; 5=Siempre su cónyuge o pareja; 6=Madre; 7=Padre; 8=Persona remunerada; 10=Otras personas | GESTIONB31 |
| Planificar aspectos de ocio y vacas | | GESTIONB32 |
| Gestión general hogar para que todo encaje | | GESTIONB33 |
| Gestión comunicación y mantenimiento de la casa | | GESTIONB34 |
| Gestión citas médicas hijos | | GESTIONB35 |
| Gestiones escolares hijos | | GESTIONB36 |
| Gestiones excursiones hijos | | GESTIONB37 |
| Gestiones extraescolares hijos | | GESTIONB38 |
| Gestiones extraescolares hijos | | GESTIONB39 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

3 Resultados

3.1 El Cuánto. Distribución del tiempo dedicado a lo doméstico por género

La Tabla 3 presenta los resultados del tiempo dedicado a tareas domésticas en días laborales y no laborales. También se ha incluido un indicador del tiempo medio de horas de trabajo remunerado a la semana para poder ver la carga total de trabajo por género. En primer lugar, se aprecian diferencias acusadas en el tiempo medio dedicado al trabajo remunerado entre ambos, los varones dedican de media 8 horas más a la semana que las mujeres. La puntuación del Ln es superior a “0”, lo que nos informa de una desigualdad desfavorable para las mujeres, ellos dedican más tiempo de vida al trabajo remunerado. Por el contrario, cuando se observan los datos referentes al tiempo dedicado a las tareas domésticas y de cuidado de las criaturas se dan puntuaciones por debajo de “0”, ellas dedican más tiempo de vida al trabajo doméstico. La desigualdad más destacada la encontramos en las horas que las mujeres dedican a las tareas domésticas en un día laborable. La menor diferencia se da en la dedicación a las criaturas en fines de semana que, aunque sigue siendo más alta para las mujeres, los varones dedican un tiempo mayor que al resto de las tareas el resto de la semana.

Tabla 3. Tiempo medio dedicado a trabajo remunerado, tareas domésticas y crianza por sexo

| Indicadores | Varón | Mujer | Ratio V/M | LN |
|--|-------|-------|-----------|-------|
| Tiempo medio horas de trabajo remunerado a la semana | 41,6 | 33,7 | 1,23 | 0,21 |
| Horas en día laborable dedica a tareas domésticas | 1,87 | 4,17 | 0,45 | -0,80 |
| Horas en día no laborable dedica a tareas domésticas | 2,75 | 4,63 | 0,59 | -0,52 |
| Horas en día laborable dedica a cuidado de hijos | 2,68 | 4,54 | 0,59 | -0,53 |
| Horas en día no laborable dedica a cuidado de hijos | 5,84 | 6,83 | 0,86 | -0,16 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

3.2 El “Cómo”. Distribución de las actividades domésticas y de crianza por factores

Para encontrar factores latentes en la distribución de las actividades domésticas y las tareas de crianza se ha realizado un análisis factorial. El resultado del análisis ha sido la obtención de tres factores, que agrupan las actividades en las que han obtenido mayor puntuación. El primer factor reúne las tareas que podríamos etiquetar de mayor rutina ya que son actividades que se han de hacer de manera cotidiana para el funcionamiento y mantenimiento del hogar. En este primer factor encontramos no solo tareas de ejecución sino también algunas tareas de gestión del hogar, que implican un trabajo mental que supone también un esfuerzo añadido al peso de las tareas. El segundo factor recoge las puntuaciones más altas en tareas de gestión más relacionadas con la crianza, este factor es puramente de gestión rutinaria de la crianza. Por último, el tercer factor recoge las mayores puntuaciones en actividades que podrían tener un menor nivel de intensidad o rutina. La tabla 4 presenta los resultados.

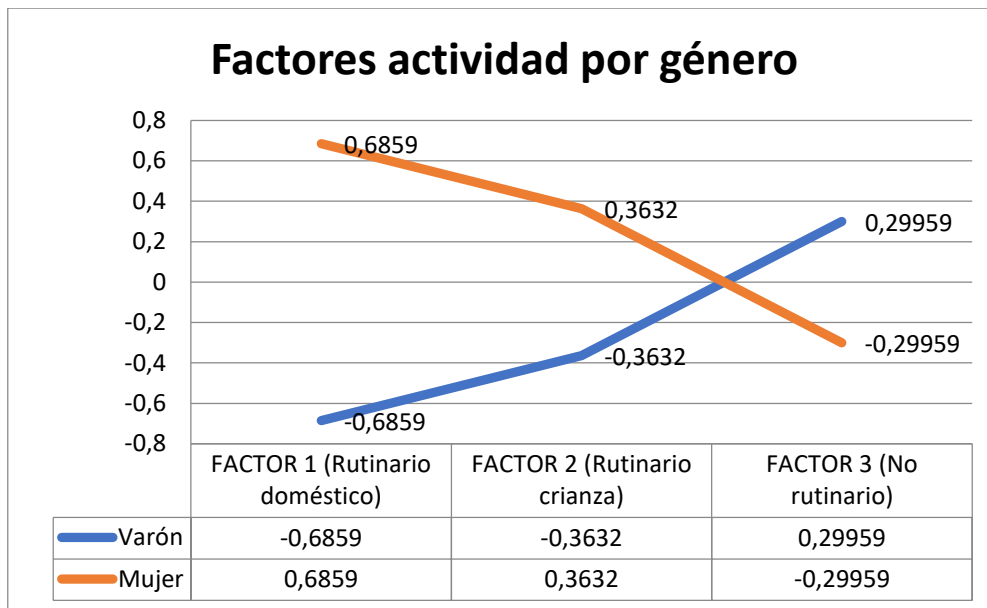
Tabla 13. Análisis factorial actividades domésticas y de crianza

| Actividades | Rutinario doméstico | Rutinario crianza | No rutinario (neutro) |
|---|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Lavadora | 0,840 | 0,241 | -0,179 |
| Tender | 0,792 | 0,166 | -0,090 |
| Planchar | 0,762 | 0,186 | -0,222 |
| Barrer y fregar | 0,803 | 0,084 | -0,021 |
| Limpiar los baños | 0,814 | 0,134 | -0,144 |
| Cocina | 0,743 | 0,093 | 0,192 |
| Friega cocina | 0,700 | 0,071 | 0,179 |
| Gestión de compra y comida | 0,708 | 0,272 | 0,159 |
| Gestión general hogar | 0,551 | 0,448 | 0,208 |
| Gestión de ocio y vacaciones | -0,043 | 0,403 | 0,278 |
| Gestión comunicación y mantenimiento de la casa | -0,104 | 0,003 | 0,720 |
| Reparar | -0,561 | -0,250 | 0,475 |
| Compra | 0,440 | 0,051 | 0,589 |
| Gestión citas médicas hijos | 0,467 | 0,645 | -0,061 |
| Gestiones escolares hijos | 0,192 | 0,858 | -0,046 |
| Gestiones excursiones hijos | 0,255 | 0,809 | -0,148 |
| Gestiones extraescolares hijos | 0,089 | 0,819 | 0,018 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

Si analizamos los factores por género comprobamos que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en el factor 1 y 2, que son los caracterizados por un trabajo doméstico de mayor rutina. En cambio, en el caso de los hombres la puntuación de estos mismos factores es por debajo de cero y positiva en el factor 3, caracterizado por tareas de baja rutina. Los hombres realizan las actividades caracterizadas por la literatura como flexibles, con un menor grado de disposición y rutina, lo que indica que tienen una menor incorporación en su organización vital de las actividades domésticas que necesitan más tiempo y dedicación.

Gráfico 1. Factores de trabajo doméstico y de cuidados por género



4 Conclusiones

En esta investigación se ha analizado la brecha de género en relación a la distribución desigual del tiempo dedicado a lo doméstico y la distribución de las tareas domésticas y de crianza entre hombres y mujeres. Acorde con los resultados, las mujeres siguen empleando más tiempo que los hombres tanto a las tareas domésticas como de cuidados. En el caso de éstas últimas la diferencia entre géneros es menor, ellos dedican más tiempo al cuidado de los hijos que a las tareas domésticas. Según estudios previos, el aumento de la participación masculina en lo doméstico se ha incrementado por una mayor implicación en la crianza, las demás actividades de trabajo en el hogar no alcanzan la misma implicación por parte de ellos. Esto viene a explicarse porque el modelo de crianza ha cambiado, sobre todo en el caso de las parejas de doble ingreso los varones han desplazado su papel de breadwinner como principal rol del padre cabeza de familia, y se han reconfigurado los significados de la paternidad, que incluiría mayor atención y dedicación de tiempo de calidad a las criaturas.

En el análisis de la distribución de tareas se han conformado tres factores que concentran las puntuaciones más altas en la distribución de esas actividades. Como resultado, se ha dado un factor con tareas de rutina doméstica, un factor con tareas de rutina en gestión de crianza y un factor con actividades de menor dedicación o rutina en el tiempo. Al cruzar este factor por género se comprueba que las mujeres destacan en mayor medida por realizar las actividades de mayor rutina tanto en las actividades domésticas como de crianza, siendo ellos los que más se concentran en las actividades de menor rutina, que se corresponden con las tareas masculinizadas acorde con la literatura.

Se concluye que, a día de hoy, la brecha de género en lo doméstico persiste en las parejas convivientes en nuestro país. En el “Cuanto”, las mujeres dedican más tiempo a las tareas domésticas que ellos, tanto en días laborales como no laborales, aunque las diferencias son menores en el tiempo dedicado al cuidado de las criaturas. En el “Cómo”, acorde con la literatura las mujeres siguen desempeñando las actividades domésticas y de crianza de naturaleza rutinaria, lo que supone mayor implicación, organización y dedicación de diario.

Estos resultados pueden ser tomados en cuenta para establecer políticas públicas que permitan amortiguar las desigualdades relacionadas con la división del trabajo doméstico, ya que acorde con literatura los países con mayor intervención estatal se caracterizan por una mayor reducción de la brecha de género doméstica.

Referencias bibliográficas

- Craig, Lyn, y Powell, Abigail. 2018. "Shares of housework between mothers, fathers and young people: Routine and non-routine housework, doing housework for oneself and others", *Social Indicators Research*, 136(1): 269–281. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1539-3>
- Esping-Andersen, G., D. Boertien, J. Bonke, y P. Gracia. 2013. «Couple Specialization in Multiple Equilibria». *European Sociological Review* 29(6):1280-94.
- Goldscheider Frances, Bernhardt Eva, Lappergard Trude,(2015) The Gender Revolution: A Gramework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior. *Population and Development Review* 41 (2): 207-239.
- Hochschild Arlie Russell (1989). *The second shift*. New York: Avon Books
- Kolpashnikova Kamila y Kan Man-Yee (2021). Gender gap in houseworktime: how much do individual resources actually matter?, *The Social Science Journal*
- Sánchez-Mira, N., y O'Reilly, J. (2019). Household Employment and the Crisis in Europe. *Work, Employment and Society*, 33(3), 422–443.
- Sevilla-Sanz, Almudena, Giménez-Nadal, José I., & Fernández, Cristina (2010). Gender roles and the division of unpaid work in Spanish households. *Feminist Economics*, 16(4), 137–184.
- Sullivan Oriel. Gershuny Jonathan, Robinson John. P. (2018) Stalled or Uneven Gender Revolution? A Long-Term Processual Framework for Understanding Why Change Is Slow. *Journal of Family Theory & Review* 10: 263–279 DOI:10.1111/jftr.12248
- West, Candace, & Zimmerman, Don (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 2, 125-151.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El impacto del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo

Eduardo Díaz Velázquez, Universidad de Alcalá (eduardo.diazv@uah.es)

Sergio Rubio Burgos, Universidad Complutense de Madrid (sergiorubioburgos@gmail.com)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Esta comunicación expone los principales resultados del estudio “Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)”, realizado para Plena Inclusión con la colaboración del SIIS Centro de Documentación y Estudios. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia sentaba las bases para garantizar como derecho subjetivo y universal la atención de las necesidades de apoyo de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este sistema se configuró para dar respuesta al incremento de un grupo poblacional que, por el proceso de envejecimiento, se encontraba en situación de dependencia funcional, pero otros colectivos, como el de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, que también podrían ser potenciales beneficiarios del sistema, inicialmente no fueron suficientemente tenidos en cuenta. El objetivo de este estudio era analizar la situación y el impacto de los servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, detectando las debilidades y fortalezas del Sistema en la atención del colectivo, así como en el proceso de valoración y en la asignación de prestaciones y servicios. Para ello, se planteó un abordaje metodológico plural que combinaba el análisis y revisión de fuentes secundarias, el desarrollo de una encuesta, en lectura fácil, dirigida a las personas con discapacidad intelectual y sus familias usuarias de Plena Inclusión y de servicios del SAAD (o que potencialmente fueran susceptibles de usarlos) y una encuesta dirigida a profesionales del sector que combinaba información cuantitativa y cualitativa.

Palabras clave

Discapacidad intelectual o del desarrollo, dependencia, necesidades de apoyo, autonomía personal, Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

1 Introducción

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia sentaba las bases para garantizar como derecho subjetivo y universal la atención de las necesidades de apoyo de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD). El día antes de su publicación, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobaba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada posteriormente por España, cuyo propósito (artículo 1) es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y el respeto de su dignidad inherente”.

Mientras que la Convención está inspirada en los principios del paradigma de la autonomía personal y una perspectiva de derechos, la comúnmente denominada Ley de Dependencia aborda el binomio autonomía-dependencia desde un enfoque asistencialista (Rodríguez Cabrero, 2006), adoptando una definición restringida de la autonomía personal, entendida como la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. El propósito original de esta ley era dar respuesta al incremento de un grupo poblacional que, por el proceso de envejecimiento, se encontraba en situación de dependencia funcional, por lo que la realidad de otros colectivos como las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (PCDID), que precisaban de otro tipo de apoyos para el ejercicio de su autonomía personal, sólo quedó plasmada en la norma de forma tangencial (artículo 2.4: “Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad”).

La propia concepción inicial de la norma y los recortes sufridos en las modificaciones normativas realizadas posteriormente han definido el alcance del sistema y el desarrollo de los servicios y prestaciones que ésta establecía, lo que ha proporcionado un acceso desigual e insuficiente de las personas con discapacidad en los primeros años de desarrollo del sistema (Vilà, 2013). Las medidas del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, junto con los recortes establecidos en los Presupuestos Generales del Estado entre los años 2012 y 2014, redujeron intensidad y calidad de las prestaciones, disminuyeron la financiación del nivel mínimo garantizado y exigieron a los usuarios una mayor proporción de contribución propia para la prestación de los servicios mediante copagos (Montserrat, 2015: 26). Al mismo tiempo, hubo una reestructuración en la proporción del gasto en prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar y aumentó el gasto en servicios, sobre todo residenciales, lo que implicó una tendencia al alza de los procesos de institucionalización entre las PCDID, principalmente de los servicios de atención residencial y los centros de día y noche, presentes para un 32,4% y un 28,2%, respectivamente, PCDID con grandes necesidades de apoyo (Verdugo y Navas, 2016).

Exponemos a continuación los principales resultados del estudio “Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)”, publicado en 2020, una iniciativa de Plena Inclusión llevada a cabo con la colaboración del SIIS y cuyo trabajo de campo se desarrolló entre 2018 y 2019.

El objetivo de este estudio era analizar la situación y el impacto de los servicios y prestaciones SAAD en las PCDID, detectando las debilidades y fortalezas del Sistema en la atención del colectivo, así como en el proceso de valoración y en la asignación de prestaciones y servicios.

2 Metodología

La estrategia metodológica combinó el análisis de fuentes secundarias, una encuesta dirigida a las PCDID y sus familias y una encuesta dirigida a profesionales del sector que combinaba información cuantitativa y cualitativa.

Como técnica principal, se desarrolló la encuesta dirigida a PCDID y familias usuarias de Plena Inclusión y de servicios del SAAD o que, por su situación y necesidades de apoyo, fueran susceptibles de utilizar éstos. A partir de los datos de usuarios facilitados por las federaciones autonómicas, se realizó un muestreo por cuotas a partir de variables como la edad, el sexo, la comunidad autónoma, el grado de discapacidad y tamaño del municipio en el que la persona reside. En total se obtuvieron 1282 respuestas al cuestionario. Un 51,1% eran hombres y un 48,9% mujeres, más del 70% tenía entre 22 y 59 años y, por grado de discapacidad, prevalecían aquellas con un 75% o más.

El cuestionario, con la colaboración de la cooperativa Altavoz, se diseñó en lectura fácil para facilitar que las PCDID pudieran responder de manera directa y autónoma, o bien con apoyo de un familiar o un profesional de la entidad. Se administró a través de las federaciones autonómicas de Plena Inclusión. En un 52,4% de los casos fue contestado por la PCDID, principalmente con el apoyo de un técnico (37,3%), seguido del apoyo de un familiar (10,5%) y la persona de manera autónoma en un 4,6% de los casos. En el 47,6% de los casos en que ha contestado otra persona, en su mayoría lo ha hecho un familiar (43,1%), por lo general la madre (más del 60%), y un 4,5% por un tercero, que solía ser el tutor/a o un trabajador/a social. La existencia de proxys ha afectado en cierta medida a las respuestas, sobre todo cuando se pedía la valoración de los encuestados.

La encuesta dirigida a profesionales de las entidades contaba con preguntas cuantitativas y cualitativas para conocer su punto de vista en relación con el proceso de valoración, la idoneidad de prestaciones y servicios asignados, la posibilidad de elección de los servicios o prestaciones, adecuación de intensidades y dimensiones de apoyo, etc. La muestra se componía de 319 profesionales seleccionados a través de un muestreo intencional, utilizando como criterio de selección que pertenecieran a las federaciones autonómicas o entidades federadas y que trabajaran estrechamente en temas relacionados con el SAAD.

Tanto para la administración como la recogida de ambos cuestionarios se ha contado con la participación de las federaciones autonómicas de Plena Inclusión y sus entidades.

3 Resultados

3.1 El proceso administrativo de valoración y acceso al SAAD

El proceso de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia se prolonga de forma excesiva. Aunque lo más frecuente es que se reciba aproximadamente a los tres meses de realizar la solicitud, hay algunos casos excepcionales (sobre todo al inicio del Sistema) que elevan la media a los 9,8 meses. Más del 50% de los encuestados/as tuvieron que esperar seis o más meses para recibir su valoración.

Los/as profesionales de varias comunidades pusieron de manifiesto que los tiempos de espera seguían siendo demasiado largos, ya fuera por exceso de trabajo de los servicios de valoración, recortes de personal o funcionamiento inadecuado, aun con diferencias importantes por CCAA.

Los/as profesionales también coinciden en la falta de especificidad del baremo en relación las necesidades de las PCDID, centrándose demasiado en aspectos relacionados con el funcionamiento físico. Para ello, se recomienda que la valoración de la persona se haga en interacción con ella y en varios momentos durante un período de tiempo más o menos prolongado. Los/as profesionales también perciben que las revisiones en algunos casos se hacían “a la baja” (sobre todo a raíz de la crisis), reduciendo grado y, por consiguiente, intensidad de servicios o prestaciones.

En cuanto a la información recibida durante el proceso, las personas encuestadas piensan que sí recibieron información adecuada o suficiente, si bien tiende a señalarse más cuando son los familiares o las PCDID con apoyo de un familiar las que han contestado al cuestionario, que cuando quienes contestan son las PCDID por sí mismas o con apoyo de un profesional.

También se resalta que en muchas ocasiones el profesional no está especializado en DID y que puede darse tanto que pregunte únicamente a la persona como que, al contrario, lo haga en exclusiva al familiar que le acompaña en el proceso. El acompañamiento de los/as profesionales de las entidades es recomendable para reducir la incertidumbre, facilitar la comprensión y expresar las necesidades de apoyo y preferencias. El procedimiento administrativo debe ser más accesible cognitivamente, incorporando (entre otras adaptaciones)

la lectura fácil en la documentación y expedientes, explicando en qué consiste el Plan individual de Atención (PIA), para qué sirve la valoración, informando detalladamente de los servicios y prestaciones, cuáles son los plazos administrativos, etc. Se precisa, por tanto, formación específica sobre PCDID y sus necesidades de apoyo a los profesionales que realizan la valoración.

3.2 Prestaciones y servicios recibidos

El 53,8% de las PCDID han continuado recibiendo el servicio que ya recibían antes de la implantación del SAAD por lo que, en cierta medida, el SAAD ha supuesto una reorganización de los recursos existentes sin apreciarse un impacto real en la vida de las personas, pues para muchos ha habido continuidad en el recurso y no les han dotado de nuevos apoyos o servicios.

El tiempo de espera mediano para recibir el servicio o prestación es de 5,5 meses. Los profesionales indican que las listas de espera se prolongan demasiado.

Una vez el derecho se hace efectivo, se recibe una media de 1,35 servicios o prestaciones por usuario. Entre el total que se reciben, un 72,1% son servicios y un 27,9% prestaciones.

El servicio predominante entre las personas encuestadas es el centro de día (recibido por un 51,9%), seguido del servicio residencial (25,7%) y el servicio de promoción a la autonomía personal (11,5%). En cuanto a prestaciones, predominan la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (26,5%), seguida de la prestación económica vinculada al servicio (un 7,7%) y la de asistencia personal (3,1%).

No obstante, el 94% señala que sí pudieron elegir el servicio o prestación que se les asignó y el 81,3% eligió el centro o lugar concreto en el que disfrutar del servicio.

En cuanto a las prestaciones económicas, en el caso de aquella para cuidados en el entorno familiar, recibida por un 26,5% del total, se percibe un importe medio de 290,6€, siendo la cuantía más frecuente los 387,64€ y la máxima los 554,85€. En el 88,4%, el familiar que cuida a la persona en situación de dependencia es una mujer, lo que pone de relieve la feminización del cuidado.

La prestación económica de asistencia personal apenas la reciben 33 personas, el 3,1% de las PCDID encuestadas. De media, la cuantía fue de 347,8 euros, siendo la más habitual los 369€.

En cuanto a la prestación económica vinculada al servicio, aunque únicamente la perciba un 7,7%, el valor más frecuente fue de 300 euros, pero la media del coste del servicio era de 756,15 euros, lo que supone que los beneficiarios ponían de su bolsillo parte del coste del servicio, en algunos casos más de la mitad del mismo.

En todo caso, en torno al 90% está satisfecho tanto con el tipo de prestación o servicio recibido, como con su utilidad o las horas de servicio recibidas. También es mayoritaria la satisfacción con el precio que se paga por el servicio, si bien la mayoría de aquellos que reciben prestación no lo están con la cuantía asignada (48,5%).

Esta satisfacción general con los servicios recibidos está estrechamente vinculada con quién los presta: el 83,1% reciben los servicios a través de una entidad del sector de la discapacidad, en su mayoría de Plena Inclusión. Muchos ya recibían previamente ese servicio o bien recibían otro servicio en la misma entidad. La familiaridad y cercanía de recibir el servicio en su entidad de referencia es clave para su satisfacción y, en definitiva, para el buen funcionamiento del SAAD.

Por el contrario, buena parte de los profesionales considera que falta personalización y adaptación del sistema a las necesidades y preferencias de este colectivo (adaptación que corre a cuenta de las entidades), insuficientes recursos e intensidad de los servicios, sobre todo para aquellas personas con mayores necesidades de apoyo. Eso no es óbice, en todo caso, para que la gran mayoría de las PCDID y profesionales encuestados consideren

que los servicios y prestaciones del SAAD han mejorado su calidad de vida (79,1% y 74,5%, respectivamente) y que, junto a otros servicios sociales y prestaciones complementarias que reciben, dan respuesta a sus necesidades (un 60,7%). Por el contrario, sólo el 24,2% de los profesionales considera que esos servicios y prestaciones cubren adecuadamente sus necesidades.

3.3 La participación económica

Prácticamente la mitad de la muestra pagaba una parte de sus servicios, de media unos 282 euros, frente a un coste medio total del servicio de 952,7 euros. Esa mitad que realiza copago suele pagar entre el 25 y el 30% del coste total del servicio.

El patrimonio se está teniendo en cuenta en un 60% de las personas que realizan copago, en la mayoría sólo el de las personas beneficiarias y no el de toda la familia, salvo excepciones (15,3%), y con un cómputo que suele ser de media el 66% del mismo, aunque en más del 40% de los casos se tiene en cuenta el 100%.

La cuestión clave es dirimir si este copago es excesivo o no. Entre las personas que realizan copago de sus servicios, el 21,6% indicaba que no le quedaba nada para sus gastos personales una vez realizado, lo que podría considerarse un copago confiscatorio.

En todo caso, un 58,1% de quienes copagan están de acuerdo con participar económicamente en el pago de los servicios.

4 Conclusiones

Aunque la mayoría de las personas encuestadas está satisfecha con los servicios del SAAD recibidos, en gran medida se debe a que buena parte de ellas ya recibía esos servicios previamente por entidades asociadas a Plena Inclusión, que adaptan los recursos y servicios del SAAD a sus necesidades. Sin embargo, la cartera de servicios y prestaciones, así como el procedimiento de valoración, no se adaptan a las necesidades de PCDID, ni se orientan a la promoción de la autonomía personal, la vida independiente y la inclusión en la comunidad, de acuerdo con el artículo 19 de la Convención.

Entre las mejoras que deberían realizarse, cabría destacar:

- Reducir los tiempos de espera tanto para la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia como para acceder a prestaciones y servicios, que en ocasiones son excesivos.
- Revisar el baremo y el proceso de valoración teniendo en cuenta las necesidades de apoyo de la PCDID y formando a los profesionales en las mismas.
- Garantizar que el proceso sea claro y accesible cognitivamente para permitir la comprensión y la participación de la PCDID en el mismo.
- Reorientar los servicios y prestaciones a las necesidades de las PCDID, posibilitando la autonomía, la toma de decisiones, la vida independiente y la inclusión en la comunidad, permaneciendo en su lugar de residencia elegido con los apoyos que precise.
- Evitar la existencia de copagos confiscatorios y excesivos, sobre todo entre aquellos/as usuarios/as con menor poder adquisitivo.

Referencias bibliográficas

Díaz Velázquez, E., Rubio Burgos, S. (2020). *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. Plena Inclusión.

- Montserrat, J. (2015). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro. *Zerbitzuan*, 60: 9-30.
- Rodríguez Cabrero, G. (2006). La protección social a las personas en situación de dependencia en España en el contexto de las políticas europeas de cuidados de larga duración. *Actores sociales y reformas del bienestar*. Consejo Superior De Investigaciones Científicas.
- Verdugo, M.A., Navas, P. (2016). *Todos somos todos: derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Vilà, T. (2013). *Evolución y reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Fundación Caser para la Dependencia.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Las y los jóvenes ante los cuidados: valor asignado y relevancia de las figuras que los prestan

Autor



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El estudio que aquí se presenta tiene como finalidad conocer, por parte de alumnado de la Universidad de La Laguna, quiénes son las personas y figuras que realizan las tareas de cuidado en su hogar, además de indagar sobre la percepción de la igualdad de estos y estas jóvenes. Para ello se realizó una investigación cuantitativa donde participaron 167 estudiantes empleando un cuestionario con variables sociodemográficas e ítems sobre la percepción de la igualdad. Los resultados muestran que los y las jóvenes son capaces de identificar la discriminación por razón de sexo y género pero que las tareas de cuidado siguen recayendo en las mujeres del hogar. A la luz de los resultados, se plantean investigaciones futuras con una muestra más heterogénea y con comparaciones entre grupos.

Palabras claves

Cuidados, roles y estereotipos de género, jóvenes, intervención social, igualdad

1 Introducción

En 1975 Gayle Rubin acuña el constructo “sistema sexo/género” haciendo referencia a que el sexo eran aquellas diferencias biológicas entre hombres y mujeres mientras que el género son los aspectos sociales adscritos a las diferencias sexuales. Estos conceptos asumen por un lado lo natural y estable del sexo frente a lo relacional, jerárquico, histórico y cambiante del género, ya que los aspectos sociales que se le asignan difieren en función de la época, las sociedades, etc. (Gómez, 2009).

Estos aspectos sociales se aprenden e interiorizan a través de la socialización, que es entendida como al proceso mediante el cual las personas pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores, creencias, costumbres, funciones y expectativas de su grupo y las formas de percibir la realidad que los dotan de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la interacción social con otras personas. (Fernández y Ponce de León, 2012, p.47). Hoy día los principales agentes de socialización son la familia, la escuela, el grupo de iguales y con una gran relevancia, los medios de comunicación, inculcando y manteniendo entre todos estos agentes los roles y estereotipos de género. Por un lado, los roles de género hacen referencia al “abanico de conductas consideradas propias de hombres y de mujeres, es decir, masculinas o femeninas (...)” (Fernández y Ponce de León, 2012, p.60) mientras que los estereotipos de género tienen que ver con “ideas preconcebidas acerca del comportamiento de hombres y mujeres, generadas en torno a la idea sobre cómo deben comportarse y los papeles que deben desempeñar además de cómo deben relacionarse entre sí (González-Anleo et al., 2018, p.90).

Así pues, aún hoy se espera de los hombres que sean más agresivos, astutos, fuertes, entre otras características, mientras que de las mujeres se espera que sean cálidas, sensibles, ingenuas, etc. (Castillo y Montes, 2007). El calado de los roles y estereotipos de género se puede apreciar en la división sexual o generizada del trabajo,

donde los hombres ocupan el lugar productivo (ámbito público) y las mujeres el reproductivo (ámbito privado). A pesar de que las mujeres se han incorporado al ámbito productivo, aunque en unas condiciones diferentes a las de los hombres, no se ha producido una incorporación equiparable de los hombres al ámbito privado, donde tienen lugar las tareas de cuidado y el aspecto más emocional de las relaciones. Además, dado que estos roles tienen una distinta valoración social, la división sexual del trabajo se traduce en relaciones jerárquicas de poder y por lo tanto en desigualdad (Instituto de las Mujeres, 2023). Cabe destacar que los avances en igualdad de las últimas décadas han sentado las bases para equilibrar la balanza, aunque aún quedan retos y cuestiones por resolver. Uno de estos principales retos es, precisamente, el de las tareas de cuidado, donde la división entre lo "propio de los hombres" y lo "propio de las mujeres" es aún muy patente; prueba de ello son los datos que se exponen a continuación.

Por un lado, y siguiendo el planteamiento de la división sexual del trabajo, respecto al ámbito público (productivo), pese a una mayor equiparación en el nivel de estudio de hombres y mujeres, alcanzando las mujeres más estudios superiores que los hombres, es evidente cómo esta situación no se traslada al mercado laboral, donde las mujeres tienen una mayor presencia en sectores como sanidad, educación o comercio al por menor mientras que los hombres en puestos de dirección y trabajos manuales (INE, 2022) quedando clara la segregación horizontal y vertical entre hombres y mujeres. Por ejemplo, en los puestos de gerentes y director en el año 2022 el 5,3 % eran ocupados por hombres frente al 3,3% de mujeres, mientras que, en empleos contables, administrativos y otros empleados de oficina el porcentaje mayor era en las mujeres (15,2%) frente a los hombres (6,2%) (INE, 2022).

Asimismo, siguiendo con el INE, las tasas de desempleo son mayores en las mujeres, un 16,8% frente al 13,2% de los hombres, además de que las excedencias para el cuidado de hijos, o la combinación de excedencia y permiso de maternidad o paternidad es mayor entre las mujeres: en 2018 2,9% de hombres solicitaron excedencia y 13,5% la combinación de excedencia y permiso frente al 3,6% y 17,7% respectivamente de las mujeres.

Por otro lado, en cuanto al ámbito privado, los últimos datos publicados por el Instituto de las Mujeres respecto a los usos del tiempo en el año 2012, muestran que las mujeres dedican 4,7 horas al hogar y la familia frente a 1,54 horas de los hombres.

Si se toma en consideración la unión del ámbito público y privado, se puede observar cómo las mujeres que trabajan fuera del hogar (77,5%) siguen alcanzando porcentajes más elevados respecto a los hombres (32,9%) en las tareas de cuidados y domésticas frente a un 2,3% y a un 15,4%, respectivamente, que no realizan estas tareas nunca (INE, 2022).

A la luz de esta introducción se ha querido comprobar si esta realidad se puede trasladar también a los y las jóvenes universitarias.

2 Metodología

Se ha empleado una metodología cuantitativa, utilizando ítems de dos cuestionarios con los que medía la actitud hacia la igualdad de género, cuyos resultados se han comparado en función de las variables sociodemográficas y la respuesta a cuál era su figura principal de cuidado.

2.1 Participantes

Han participado 167 alumnos y alumnas de la Universidad de La Laguna, con las características que figuran en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra

| | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|
| Sexo | 37 hombres (22,2%) | 128 mujeres (76,6%) |
| Edad | Min: 17 años Max: 33 | 20,69 (media) 3,061 (DT) |
| Grado que cursa | Derecho | 3 (1,8%) |
| | Educación social | 3 (1,8%) |
| | Ingeniería | 2 (1,2%) |
| | Magisterio (de infantil y de primaria) | 8 (4,8%) |
| | Periodismo | 9 (5,4%) |
| | Psicología | 6 (3,6%) |
| | Trabajo Social | 132 (79%) |
| | Otro: CC de la actividad física y del deporte, Máster | 4 (2,4%) |
| Nivel de estudios de progenitores | Estudios básicos | 24 (14,4%) |
| | Graduado escolar | 19 (11,4%) |
| | ESO | 20 (12%) |
| | FP nivel medio | 19 (11,4%) |
| | FP nivel superior | 15 (8,9%) |
| | Bachillerato | 20 (12%) |
| | Universitarios | 35 (21%) |
| | Perdidos | 15 (8,9%) |
| | Primario | 3 (1,9%) |
| | Industria | 2 (1,2%) |
| Sector en que trabaja la madre | Construcción | 1 (0,6%) |
| | Servicios | 109 (68,6) |
| | No trabaja | 21 (12,6%) |
| | Tareas del hogar | 19 (11,4%) |
| | Autónoma | 4 (2,4%) |
| | Perdidos | 8 (4,8%) |
| | | |
| Sector en que trabaja el padre | Primario | 4 (2,4) |
| | Industria | 10 (6%) |
| | Construcción | 20 (12%) |
| | Servicios | 76 (45,5%) |
| | No trabaja | 12 (7,2%) |
| | Tareas del hogar | 0 |
| | Autónomo | 11 (6,6%) |
| Perdidos | 34 (20,4%) | |

Para acceder a la muestra se empleó el muestreo por conveniencia, siendo el principal destinatario del cuestionario el colectivo al que se tiene mayor acceso alumnado de trabajo social, así como el muestreo por bola de nieve, ya que se solicitaba colaboración en la difusión del mismo.

2.2 Instrumentos

El cuestionario se ha diseñado *ad hoc*, a partir de los instrumentos de Sola et al. (2003) y Axpe et al. (2020) acerca de la percepción de la igualdad. De dichos cuestionarios se han seleccionados los ítems que miden los siguientes factores y/o dimensiones: Dinámicas y roles grupales (cuatro ítems), naturalización de la diferencia (cinco ítems) y ámbito de lo privado (cuatro ítems). Estos factores y/o dimensiones poseen en esta muestra valores de alfa de 0,626, 0,603 y 0,722 respectivamente.

El cuestionario diseñado está formado por un total de 13 ítems en formato escala Likert, donde se debe responder del 1 al 7 donde 1 es *totalmente en desacuerdo* y 7 *totalmente de acuerdo*. Previa a los ítems se encontraba el consentimiento para responder el mismo, así como los datos de índole sociodemográfica, donde se recogía: sexo, edad, grado que se cursa, con quién se vive, trabajo y nivel de estudios de los y las progenitores/as, nivel económico de la familia, figuras de cuidado y profesionalización del cuidado.

2.3 Procedimiento

Se han empleado dos vías para administrar el cuestionario: la primera, acudir a aulas de las mencionadas titulaciones donde se proyectaba un código QR que daba acceso al enlace a la plataforma *Google Forms* donde estaba disponible el cuestionario, y la segunda vía, la de compartir el enlace por email al alumnado y profesorado. En ambos casos se pedía a las personas participantes que difundieran el mismo entre otros grupos de alumnos y alumnas.

Las respuestas obtenidas fueron volcadas al programa SPSS, la muestra fue depurada y se realizaron los análisis pertinentes. También se crearon las variables de los factores señalados anteriormente a partir de sus ítems y se realizó la clasificación por sectores de las profesiones de padres y madres.

3 Resultados

Sobre las variables relativas al entorno cercano de los y las participantes, aquellas cuestiones referentes a su familia, figuras de cuidado y personas con quien conviven, podemos decir que se trata de una muestra con características de convivencia clásicas; los resultados muestran que viven principalmente con su familia nuclear (58,1%; tabla 2); consideran que su familia tiene un nivel socioeconómico medio (Figura 1) y la principal figura de cuidado es la madre.

Este último dato, merece un análisis más específico:

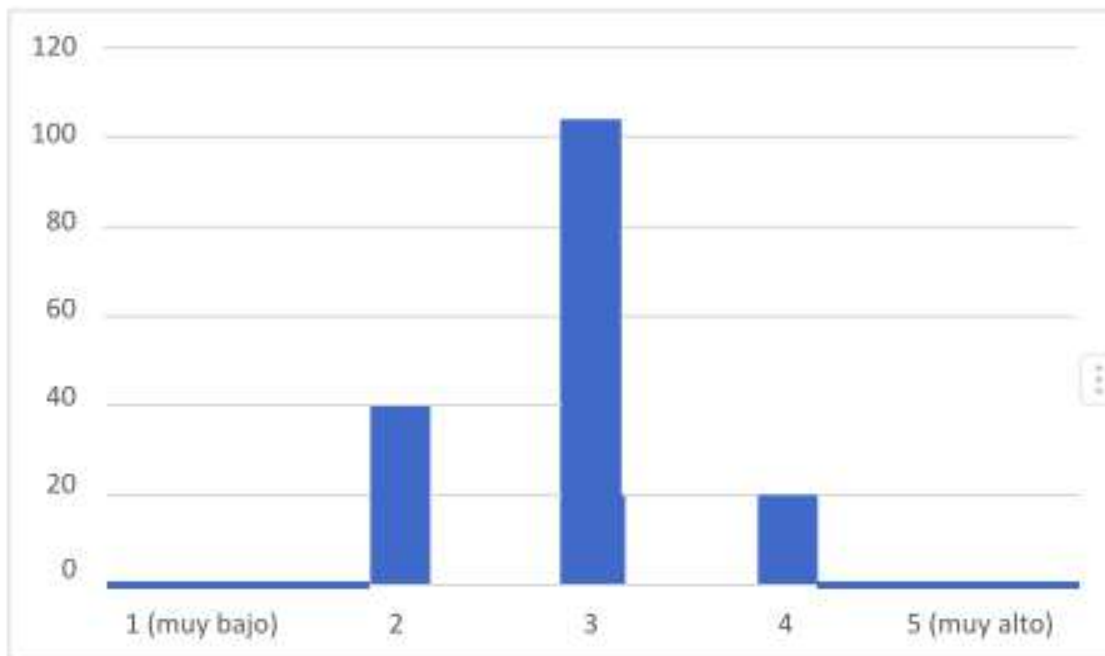
- En 40 ocasiones se nombra como figura de cuidado conjuntamente a la madre y al padre de manera expresa.
- La madre es la figura exclusiva de cuidado en 28 ocasiones y otras 28 lo es junto a otra persona que no es el padre, principalmente abuelos/as.
- El padre es la figura exclusiva de cuidado en dos ocasiones.
- La abuela es nombrada de forma expresa en 35 ocasiones, siendo tres de ellas de manera exclusiva.
- El abuelo aparece de forma expresa en seis ocasiones, ninguna de ellas de manera exclusiva.
- La díada abuelos aparece nombrada en 23 ocasiones, en cuatro se explicita que son los maternos y en dos que son los paternos.

- Otras figuras de cuidado que se nombran, sin ser exclusiva ninguna de ellas, son: hermana (16 ocasiones); hermano (11); hermanos (3); pareja (5); tía o tías (12); tío o tíos (3); padrastro (3); amiga de mi madre (2); amiga (2); canguro (1).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes relativos a con quién(es) viven las personas de la muestra

| Opciones | Frecuencias | Porcentajes |
|--|-------------|-------------|
| Combinación de familia nuclear y extensa | 5 | 3% |
| Con amistades pero no piso de estudiantes | 3 | 1,8% |
| Con familia extensa (abuelas, abuelos, tías, tíos, primos, primas) | 4 | 2,4% |
| Con familia nuclear (padres, madres, hermano(s), hermana(s)) | 97 | 58,1% |
| Con mi pareja | 10 | 6% |
| Familia monoparental | 3 | 1,8% |
| Familia reconstituida | 3 | 1,8% |
| Piso compartido mientras estudio | 30 | 18% |
| Recurso residencial | 2 | 1,2% |
| Sola/o | 7 | 4,2% |
| Otro | 3 | 1,8% |

Gráfico 1. Nivel socioeconómico asignado a su familia.



Por último, en lo que se refiere al cuidado, en 19 familias ha habido una figura externa de cuidado, lo que supone el 11,4% de la muestra.

En lo que se refiere a la percepción de la igualdad, se han estudiado tres dimensiones. La dimensión Dinámicas y roles grupales se refiere a los roles, capacidades y tareas que el alumnado entiende que le corresponden a

hombres y a mujeres, convirtiendo los estereotipos de género en hechos en el ámbito laboral. Así, cuanto mayor es la puntuación, más peso tienen los estereotipos. Los resultados en esta muestra indican que no hay una percepción sexista, sino que se han superado determinados estereotipos.

La dimensión Naturalización de la diferencia es la que explora si las diferencias debidas al género se convierten en naturales para legitimar y justificar la discriminación. Esta muestra de alumnado no considera las diferencias una cuestión natural sino debido a la socialización.

Por último, la dimensión Ámbito de lo privado analiza si quienes contestan al cuestionario consideran que existe diferencias entre sexo en este ámbito, especialmente en el terreno de los cuidados. Como podemos ver en la tabla 3, el alumnado de la muestra no considera que los cuidados sean una tarea propia de las mujeres.

Tabla 14. Descriptivos en función de las dimensiones

| Dimensión | Mínimo y máximo | Media | DT |
|-------------------|-----------------|-------|-------|
| Dinámicas y roles | 1 – 6,75 | 1,66 | 0,844 |
| Naturalización | 1 – 5,60 | 2,25 | 0,926 |
| Ámbito privado | 1 - 7 | 1,93 | 1,120 |

Al realizar análisis exploratorios no se encuentra ninguna relación significativa: ni de las dimensiones sobre la percepción de la igualdad con el sexo, el sector profesional de sus padres o el nivel socioeconómico; tan sólo entre las dimensiones entre sí.

4 Conclusiones

Pese a las ideas previas que motivaron esta investigación, no se han encontrado resultados que avalen la relación entre la consideración de las tareas de cuidado como algo que incumbe preferentemente a las mujeres, tal como se vio en la introducción. El rechazo de esta hipótesis de partida se trata sin duda de un elemento positivo porque pone de manifiesto que las nuevas generaciones son capaces de identificar como estereotipos aquellos que evidencian en mayor medida una discriminación entre hombres y mujeres. Así se evidencia en las dimensiones que forman parte de la percepción de la igualdad, donde todas las medias son más próximas al límite inferior. Sin embargo, inferimos que estos resultados están mediados por una mayor sensibilización en temáticas relativas a la igualdad, ya que la mayor parte de la muestra está compuesta por alumnado de Trabajo Social. Esto en sí mismo es también un resultado, pues no se ha logrado recabar la participación de hombres ni mujeres de carreras técnicas, demostrando esta sensibilidad y mayor implicación en cuestiones sociales como la investigación social aplicada.

No obstante, los resultados encontrados revelan que el cuidado sigue proporcionándose en mayor medida por parte de las mujeres, hecho que coincide con los datos aportados en la introducción y con las orientaciones y políticas a realizar en los años venideros. Así, el INE (2022) declara que tanto la Agenda 2030 como las políticas de empleo pretenden visibilizar y poner en valor los cuidados y el trabajo doméstico en la modalidad no remunerada mediante la puesta en marcha de servicios, recursos y políticas sociales además del interés en promover la corresponsabilidad en el hogar y en la familia.

Sin duda, este estudio tiene una serie de limitaciones importantes. La primera es la muestra empleada, que se limita a grados de corte social y casi en exclusiva al trabajo social. Otra es la distribución por sexo, pero es

una limitación inherente a los grados consultados. También se podría haber indagado más en los datos relativos a la profesionalización del cuidado.

Como propuesta futura queda pendiente realizar este estudio con una muestra más equilibrada tanto en la variable sexo como en los grados que se estudian así como quizás, hacer una comparativa intergrupos entre los y las jóvenes y personas a partir de los 35 años.

Referencias bibliográficas

- Axpe, I., Subinas, A., y Berciano, A. (2020). Diseño y validación de un cuestionario sobre percepción de igualdad en el mundo laboral. *Cadernus pagu*, (58), 1-26. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449202000580003>
- Castillo, M. R., y Montes, B. (2007). Los estereotipos de género actuales. *Iniciación a la investigación*, (2), 1-21.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social con familias*. Ediciones Académicas.
- Gómez, S., Á. (2009). El sistema sexo/género y la etnicidad: sexualidades digitales y analógicas. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 675-713.
- Instituto de las Mujeres (2012). *Mujeres en cifras*.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Mujeres y hombres en España*.
- Sola, A., y Meliá, J. L. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología*, 34(1), 101-123.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La gobernanza de los cuidados: oportunidades y responsabilidades en contextos de gobernanza multinivel

Maria Jesus Rodriguez Garcia, Universidad Pablo de Olavide (mjrodgar@upo.es)

Francesca Donati, Università degli Studi Milano-Bicocca (f.donati12@campus.unimib.it)

Emanuele Maria Polizzi, Università degli Studi Milano-Bicocca (emanuele.polizzi@unimib.it)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internyional de Creative Commons

Resumen

El cuidado de las personas dependientes constituye actualmente uno de los principales retos de las sociedades del bienestar, a lo que se suma el carácter multi-nivel del estado del bienestar junto con la territorialización de los nuevos riesgos sociales. El objetivo de este estudio es analizar el lugar y la conceptualización de los cuidados además de la estructura de oportunidades que supone el conjunto de acciones públicas que desde los distintos niveles de gobierno atiende el reto de los cuidados. Para ello, se hace una revisión de la normativa existente al respecto en Italia y España, dos países que representan un modelo de bienestar familiarista, en los tres niveles de gobierno y administración pública (central, regional y municipal) a partir de la cual se presenta una propuesta metodológica para analizar la concepción normativa del concepto de cuidados, por un lado, y, por otro lado, los tipos de cuidados (servicios) ofertados

Palabras clave

Cuidados, multi-level governance, gobierno local

1 Introducción

Esta propuesta trata de unir dos temas de investigación relevantes en el debate actual sobre el estado y la sociedad del bienestar. En primer lugar el estudio de la *multi-level governance* con focus sobre la dimensión local, y en segundo el estudio de lugar, el estudio de los nuevos riesgos sociales asociados a las familias. En los últimos años, de hecho, hemos asistido a mecanismos de territorialización de las políticas y fragmentación del welfare (Kazepov, 2008) al mismo tiempo que cambios demográficos y modificación de los riesgos sociales de la población (Taylor-Gooby, 2004).

La *multi-level governance* es una configuración que implica la dispersión del poder y de las competencias hacia arriba, hacia abajo y horizontalmente (Hooge y Marks, 2020). La relevancia de la gobernanza multi-level a nivel local se basa, por un lado, en la supuesta eficiencia generada por la cercanía del nivel municipal a las necesidades y peticiones de la población (Navarro y Rodríguez, 2009) y por otro lado en las desigualdades que se pueden crear entre municipios (Bifulco, 2017). A nivel territorial una de las resultantes de la *multi-level governance* es el solapamiento de bienes y servicios, prestaciones, derechos etc. establecidos a todos los niveles. Este enfoque permite dar cuenta de todas las oportunidades creadas por el estado del bienestar a nivel local.

Por otro lado, con el término cuidados nos referimos a todas aquellas actividades relacionadas con la reproducción social y la subsistencia de la vida de las personas (Todisco, 2013). Las tareas de cuidados, históricamente, se han desarrollado dentro de la familia, de forma gratuita y por las mujeres (Federici, 2012). Los cambios y crisis del modelo de cuidados gratuitos basado en la división sexual del trabajo (Hall, 1992; Daly, 2011), han tenido un impacto sobre las necesidades de la población y sobre la organización de la vida

familiar (Taylor-Gooby, 2004), que ha supuesto la crisis del modelo tradicional del *male-breadwinner* en favor del *dual breadwinner* (Lewis, 1992). En este contexto la dimensión del cuidado asume un papel imprescindible en el análisis del estado del bienestar (Lewis, 1992; Orloff, 1996).

Es en este marco que se inserta el campo de investigación que pretende profundizar la dimensión local de los cuidados desde una perspectiva multinivel. Si bien las dimensiones nacionales siguen siendo relevantes, las regiones y los municipios pueden marcar la diferencia y, como ya se ha expuesto más arriba, creando desigualdades, modelos o tendencias. Además, los cuidados, formando parte de los servicios sociales, se gestionan, producen y a veces organizan a nivel sub-nacional. Por lo tanto, el análisis territorial se hace fundamental para la comprensión de los modelos y submodelos de bienestar. Finalmente nos ha parecido relevante subrayar la dimensión multi-nivel de los cuidados para poder dar cuenta de todo el esfuerzo nacional, autonómico y local resultante en un territorio y de la orientación de dicho esfuerzo.

Para el estudio de los servicios de cuidados a nivel territorial se han elegido dos países familistas (Saraceno, 2010): Italia y España. Estos, si bien tienen sus peculiaridades, comparten la tendencia a contar con las familias como elemento fundamental del estado del bienestar. En este sentido, hay cierto tipo de expectativas de que las tareas de cuidados sean responsabilidad de las familias. Italia y España, además, son países *regional-framed* (Barberis et al., 2010), eso es, el rol del estado central es residual y las regiones y las comunidades autónomas tienen una mayor relevancia en la producción de servicios de bienestar. El objetivo es identificar posibles diferencias y/o variaciones en la concepción y estructuración del sistema de cuidados en dos casos en los que a priori deberían ser similares.

2 Metodología

El estudio se basa en el análisis de textos legislativos y normativos, en dos niveles. En el primero, se trata de reconstruir la lógica de cuidados detrás de las políticas a través de las definiciones explícitas de estos en los documentos analizados.

En el segundo, para identificar el modelo de bienestar resultante a nivel local usamos una propuesta que combina *target*, objetivo y *policy tools*.

Se han analizado 50 documentos entre legislativos (48) e informativos (2) - nacionales, regionales y municipales.

3 Resultados y discusión

3.1 Sobre la conceptualización de los cuidados

| Menores 0-3 | Nivel legislativo | Conceptualización cuidados |
|-------------|-------------------|--|
| ITALIA | Estado | <ul style="list-style-type: none"> · Oportunidad para superar barreras económicas; · Proceso · Tiempo · Derecho. |
| | Región | <ul style="list-style-type: none"> · Un derecho · Desempeño · Responsabilidad · Requiere capacidad y competencia · Existen roles de cuidados · Ser cuidador tiene un matiz y un valor propio |
| | Municipio | <ul style="list-style-type: none"> · Físicos; · Relacionales; · Mentales; · Existen modelos de cuidados. |
| ESPAÑA | Estado | - Derecho |
| | Región | - Derecho al cuidado de la familia de origen |
| | Municipio | <ul style="list-style-type: none"> · Igualdad · derecho |

Fuente: elaboración propia a partir de documentos normativos en Italia y España

En Italia a nivel nacional se conceptualizan los cuidados, en primer lugar, como una oportunidad para quienes los reciban, un beneficio que se les concede a los cuidadores para prestarlos y una responsabilidad social e institucional. Solo en un segundo momento se matizan como un derecho. Los cuidados son necesarios y relevantes dentro de la legislación, pero no están institucionalizados como derechos. A nivel regional se habla de los cuidados como un derecho y una responsabilidad además de una necesidad y de un bien social si son prestados por familiares. La región se apela a los sentimientos de comunidad y al valor relacional de los cuidados. Se trata de un derecho, pero, para que se pueda materializar como tal es necesario que la sociedad se involucre. Finalmente, a nivel municipal aterrizan todas esas definiciones en algo más práctico: cuidados mentales, físicos, relacionales etc. Son cuidados que ponen al centro a la persona más que al sistema. Se pasa de un nivel más abstracto a uno más concreto. En conclusión, la Región Emilia Romagna, si bien en línea con la lógica nacional, subraya el papel de la familia, de la comunidad y del territorio. De esta manera hay un llamado hacia una suerte de *desnuclearización familiar* de los cuidados.

En España a nivel nacional los cuidados son un derecho, hay derecho a prestarlos y a recibirlos y los servicios de educación infantil son funcionales al derecho a la educación. La palabra clave es derecho. En este sentido parece que la línea legislativa se aleja de la categoría del familismo y los servicios asumen un carácter universal. A nivel autonómico, este carácter universalista, aterrizando en Andalucía se mezcla con las peculiaridades territoriales. Los cuidados siguen siendo un derecho, pero se trata también de un trabajo y de una función familiar. Y en ese sentido, ese vacío de cuidados dejado por la falta de recursos en la orientación

universalista se enfrenta con medidas de apoyo a las familias. El modelo democrático se une al modelo familista.

| Mayores y dependencia | Nivel legislativo | Conceptualización cuidados |
|-----------------------|-------------------|---|
| ITALIA | Estado | <ul style="list-style-type: none"> · Responsabilidad · Se prestan a través de servicios y prestaciones · Cuidar es un beneficio que se concede |
| | Región | <ul style="list-style-type: none"> · Trabajo de cuidados, · Se relaciona con una actividad laboral, · El cuidado familiar es un bien social. · Desempeño. · Necesidad, tanto el recibirlo como prestarlo. · Es relacional, · Existen relaciones de cuidados · Existe un sistema de cuidados, · Existe una red de cuidados. |
| | Municipio | <ul style="list-style-type: none"> · Relacional, · Comunitario Necesidad |
| ESPAÑA | Estado | Derecho a recibirlos y derecho a prestarlos |
| | Región | Se habla de trabajo, de función familiar, de actividad que se recibe y que se presta. |
| | Municipio | No se han encontrado datos |

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos normativos en Italia y España

3.2 Sobre tipología de servicios

A nivel nacional en ambos países las aportaciones son mayoritariamente monetarias. En ese sentido, en Italia, la responsabilidad y los beneficios vinculados a los cuidados se apoyan y se otorgan a través de ayudas económicas. La única excepción es la Asistencia Domiciliaria Integrada (ADI) que es un servicio garantizado por ley y financiado por el sistema sanitario nacional cuya provisión, sin embargo, se gestiona a nivel territorial. En resumen, a nivel nacional se financian las decisiones de los individuos y falta la creación e institucionalización de un sistema de servicios no sanitarios.

En España la educación 0-3, a pesar de ser un derecho, se garantiza con ayudas para poder hacer frente a los costes. No se proporcionan servicios ni se financian aquellos autonómicos en la misma medida que otros como por ejemplo la salud y la educación. Con respecto a las políticas de dependencia, a nivel nacional, se crea un estándar y se establecen unos servicios mínimos garantizados en todo el territorio español, asimismo se determinan los criterios de acceso a estos servicios. La evaluación de la situación del individuo se basa en su condición de dependencia siendo el criterio económico funcional exclusivamente al cálculo de la tarifa de copago. El Estado se hace garante de la igualdad entre territorios siendo la tendencia de ese planteamiento político hacia un modelo democrático.

A nivel regional en Italia se regulan todos los servicios para las personas mayores: desde la domiciliariad hasta la residencialidad. Al ser una población bastante diversa se ofrecen tipologías de servicios diferentes: servicios y cash transfer con el objetivo de poder dar a elegir al ciudadano. El programa de oferta es amplio, todas las subvenciones son income-tested y los servicios son universales. A través de las subvenciones se fomentan los cuidados informales mientras que los servicios van hacia el cuidado formal. A nivel legislativo no se prioriza uno sobre el otro y, siendo el objetivo el mismo: la domiciliariad, la herramienta para conseguirlo la elige el usuario juntos con su núcleo. Los criterios que se tienen en cuenta a la hora de valorar las solicitudes son el grado de dependencia, la situación familiar y la situación económica del núcleo familiar. Tanto la posibilidad de recibir ayudas para la contratación de un familiar como el rol de la familia en la evaluación del expediente sugieren un sistema cuya tendencia es el familismo supported.

En España el nivel autonómico gestiona las guarderías, aplica la legislación nacional relacionada con la dependencia y organiza y gestiona un residencial con finalidad de descanso de los cuidadores es lo que permite y soporta la función familiar de cuidados. En el marco de la dependencia los vouchers se conceden solo en caso de que los servicios no sean suficientes, y en el caso de la educación 0-3 las ayudas se conceden para los niños de las guarderías privadas. En ese sentido los dos ámbitos de políticas públicas siguen la misma lógica: “allí donde no haya cobertura pública de los servicios se conceden ayudas económicas” y el propósito de la legislación parece ser la institución de un sistema integral de servicios para toda la población. Los actores del mercado entran allí donde haya retrasos en el funcionamiento público.

Finalmente, a nivel local en Italia se gestionan todas las guarderías, la asistencia domiciliar social y los servicios sociales adicionales. Estos servicios son universales y sujetos al co-pago del usuario según su propia situación socio-económica. Sin embargo, debido a la limitación de recursos económicos, cuando el solicitante no cumple con los requisitos económicos se les recomiendan los servicios privados, o privados concertados con el ayuntamiento. De esta manera la gestión local abre las puertas al segundo actor del welfare mix: el mercado. El mercado se asienta en el sistema de bienestar local como un actor fundamental para un sector de la población que tiene determinadas características socio-económicas. Los servicios gestionados a nivel municipal están más sujetos a las diferencias territoriales por su cercanía con la ciudadanía. Específicamente se pueden registrar cambios en cuanto a horarios de apertura, meses, disponibilidad etc. según las necesidades de la población y de los recursos municipales. La tendencia hacia un modelo u otro depende de las características específicas de los servicios de los territorios que pueden variar en accesibilidad, disponibilidad-presencia y grado de sustitución de los servicios al cuidado de las familias (Kroger, 2011).

En España los municipios que quieren tener iniciativas prestan ayudas para mejorar la accesibilidad a los servicios o crean servicios para suplir al exceso de demanda sin embargo es una decisión totalmente autónoma.

| <i>Menores (0-3)</i> | <i>Quien</i> | <i>Que</i> | <i>Como</i> | <i>Para quien</i> |
|----------------------|--------------|---|--|-----------------------|
| ITALIA | Estado | Baja Paternal | Cash Transfer Contributivo | Padres Trabajadores |
| | | Bonus Nido | Cash Transfer Redistributivo, Income tested (IC) | Padres |
| | | Bonus Mamma | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Madres |
| | Región | Al Nido In Regione | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres e Hijos |
| | Municipio | Guarderías | In Kind | Niños y Padres |
| | | Vaucher Comunale | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres y Niños |
| ESPAÑA | Estado | Baja Paternales | Cash Transfer Contributivo | Padres Trabajadores |
| | | Cheque guardería | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres |
| | Región | Guarderías | Servicio In-Kind | Niños y padres |
| | | Ayuda a las familias para fomentar la escolarización | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres y Niños |
| | Municipio | Guarderías municipales | In Kind | Niños y padres |
| | | Becas | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Niños y padres |
| | | Residencias y los servicios domiciliarios | | |
| | | Formación y capacitación de los familiares cuidadores | Capacitación (universal) | Familiares cuidadores |

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos normativos en Italia y España

| <i>Mayores y dependencia</i> | <i>Quien</i> | <i>Que</i> | <i>Como</i> | <i>Para quien</i> |
|------------------------------|--------------|---|--|-------------------------------------|
| ESPAÑA | ESTADO | Servicios para la domiciliariad: teleasistencia y ayuda a domicilio | In-kind (universales) | Dependientes |
| | | Centros de día y de noche, residencias | In-kind (universales) | Dependientes |
| | | Prestaciones económicas vinculadas al servicio, prestaciones económicas de asistencia personal | Cash transfer redistributivo (universales) | Dependientes |
| | | Prestaciones económicas para cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales | Cash transfer redistributivo (universales) | Familiares cuidadores, Dependientes |
| | | Excedencia por motivos de cuidados | Cash transfer contributivo (universales) | Familiares cuidadores trabajadores |
| | REGIÓN | Programa Respiro familiar | In kind colectivos (universal) | Familiares cuidadores, Dependientes |

Fuente: elaboración propia.

4 Conclusión

Concluyendo por un lado podemos afirmar que el papel local es relevante, en cuanto a la presencia-ausencia de servicios y a sus características allí donde haya autonomía de gestión. Y por el otro, que el concepto de cuidados bebe de los niveles superiores, volviéndose más concreto hacia el individuo. Las regiones y las comunidades autónomas marcan la trayectoria, pero los municipios pueden hacer de los cuidados una prioridad política como se revela en algún caso en España.

Finalmente, Italia y España, a pesar de ser dos países familistas siguen trayectorias distintas. Italia y Emilia-Romagna van hacia un familismo supported mientras que Andalucía y sus municipios van hacia un mix entre un modelo democrático y un familismo supported.

Referencias bibliográficas

- Barberis, E., Sabatinelli, S., & Bieri, A. (2010). Social assistance policy model in Europe: A comparative perspective. In Y. Kazepov (Ed.), *Rescaling social policies: Toward multilevel governance in Europe* (pp. 139-156). Ashgate.
- Bifulco, L. (2017). *Social policies and public action*. Routledge.
- Daly, M. (2011). What adult worker model? A critical look at recent social policy reform in Europe from a gender and family perspective. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 18(1), 1-23.
<https://doi.org/10.1093/sp/jxq034>
- Federici, S. (2012/2013). *Revolución en punto cero trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de Sueños.
- Hall, C. (1992). *White, male and middle class: Explorations in feminism and history*. Polity Press.
- Hooghe, L., Marks, G., & Shakel, A. (2020). Multilevel governance. In D. Caramani (Ed.), *Comparative politics* (pp. 413-435). Oxford University Press.
- Kazepov, Y. (2008). The subsidiarization of social policies: actors, process and impact. *European Societies*, 10(2), 247-273. <https://doi.org/10.1080/14616690701850539>
- Kröger, T. (2011). Defamilisation, dedomestication and care policy: Comparing childcare service provisions of welfare states. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(7/8), 424-440.
<https://doi.org/10.1108/01443331111154419>
- Lewis, J. (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.
<https://doi.org/10.1177/095892879200200301>
- Navarro, C. J., & Rodríguez-García, M. J. (2009). *Gobernanza Multi-nivel y sistemas locales de bienestar en España*. Tirant lo Blanch.
- Orloff, A. (1996). Gender in the welfare state. *Annual Review of Sociology*, 22, 51-78.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.51>
- Piattoni, S. (2009). Multi-level governance: Underplayed features, overblown expectation and missing linkages. In I. Bache & M. Flinders (Eds.), *Multi-level governance* (pp. 25-38). Oxford University Press.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: A bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20, 32-44. <https://doi.org/10.1177/0958928709355153>
- Taylor-Gooby, P. (2004). *New risks, new welfare: The transformations of the European welfare state*. Oxford University Press.
- Todesco, L. (2013). *Quello che gli uomini non fanno. Il lavoro familiare nelle società contemporanee*. Carrocci Editore.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Rastreando innovaciones en los cuidados de larga duración: un análisis del proceso de difusión y adopción de Buurtzorg en Cataluña y Dinamarca

David Palomera, Universitat Autònoma de Barcelona (David.palomera@uab.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La difusión de modelos innovadores de atención entre gobiernos locales es crucial para abordar la crisis de cuidados. Un modelo que se ha difundido en toda Europa occidental es el modelo Buurtzorg para el cuidado domiciliario a largo plazo. Este modelo se caracteriza por equipos profesionales autogestionados integrados de enfermeras y cuidadores que cubren pequeñas áreas geográficas. Sin embargo, a pesar de haberse difundido ampliamente, este modelo ha tenido tasas variables de éxito en términos de adopción. Por ejemplo, en Cataluña, el modelo ha sido adoptado solo por algunos municipios, mientras que en Dinamarca es ampliamente conocido y se implementa en aproximadamente un tercio de los municipios del país. Este artículo, basado en una teoría plural de difusión, plantea una pregunta principal de investigación: ¿cómo facilitan los mecanismos de difusión la adopción de nuevos modelos de atención por parte de los gobiernos locales? A través de dieciséis entrevistas y análisis de documentación, llevo a cabo un rastreo de procesos múltiple y comparaciones entre casos de cuatro casos que han adoptado el modelo: Barcelona y El Prat de Llobregat (en Cataluña), y Copenhague e Ikast-Brandeborg (en Dinamarca). En el artículo muestro que el contexto institucional es un elemento clave para permitir o impedir la adopción de nuevos modelos.

Palabras clave

Buurtzorg, difusión, cuidado de larga duración, Cataluña, Dinamarca

1 Introducción

El envejecimiento de la población y la demanda de cuidado social para adultos presentan desafíos urgentes para los gobiernos, colocando el Cuidado de Larga Duración (CLD) en la vanguardia de las configuraciones del estado de bienestar. Los responsables políticos deben navegar un cuadrilema para mejorar los modelos de servicios de cuidado: proporcionar financiación adecuada, asegurar cobertura universal, garantizar alta calidad y salvaguardar la satisfacción de los trabajadores y usuarios (Pavolini et al., 2013). En las últimas décadas, ante la creciente demanda, los gobiernos europeos en general han expandido los servicios de CLD a través de una estrategia de contención de costos laborales, fragmentación de servicios, externalización y estandarización de servicios bajo las reformas del Nuevo Gestión Pública (Rostgaard, 2012; León et al., 2014). Esto ha llevado a condiciones laborales deficientes y a una baja calidad de servicio, resultando en problemas de falta de personal y altas tasas de rotación (Eurofound, 2020). A su vez, los gobiernos enfrentan problemas para abordar los nuevos riesgos sociales relacionados con el envejecimiento y la exclusión social con las limitaciones impuestas por las configuraciones tradicionales de los servicios de CLD (Ranci y Maestripieri, 2022).

La difusión de modelos de atención innovadores es esencial para transformar la provisión de cuidados y crear modelos capaces de abordar el cuadrilema del cuidado. Los gobiernos locales generalmente desempeñan un papel vital en la provisión, organización y gestión de servicios de CLD. Sin embargo, a pesar de las diferencias específicas de cada país, normalmente tienen autoridad limitada para influir en variables macro,

como factores nacionales (por ejemplo, financiación del CLD o regulaciones laborales) o estructurales (por ejemplo, la posición del trabajo de cuidado en la segmentación del mercado laboral de las sociedades productivistas). Dadas estas restricciones, la capacidad innovadora de los gobiernos locales a nivel organizacional se vuelve central. Por lo tanto, es esencial estudiar la difusión de nuevos modelos de cuidado y su capacidad transformadora a nivel meso (es decir, el nivel organizacional). Con este objetivo, este artículo examina el papel de gerentes públicos locales en la implementación de innovaciones, cómo sus acciones son influenciadas por procesos de difusión y cómo adaptan las ideas a su propio marco institucional (Rose, 1991; Weyland, 2006; Røvik, 2016).

Un modelo de atención que ha recibido atención recientemente es el modelo Buurtzorg (Nandram y Koster, 2014; Drennan et al., 2018; Lalani et al., 2019; Leask et al., 2020; Moreno-Colom, 2021; Hegedüs et al., 2022). Buurtzorg, una organización sin fines de lucro establecida en los Países Bajos en 2006, proporciona tanto cuidado social como enfermería en los hogares de personas mayores. La organización introdujo una forma organizativa innovadora compuesta por equipos autogestionados e integrados de enfermeros y trabajadores de cuidado, y buscó aumentar la capacidad de decisión de los ancianos. La autogestión de los trabajadores implica la creación de equipos de aproximadamente doce trabajadores que administran recursos financieros y humanos y planifican servicios en su área de trabajo. El modelo holandés Buurtzorg se ha presentado como una organización pionera que promueve la autoorganización y la autonomía de los trabajadores, abordando la discontinuidad de los trabajadores de cuidado y la fragmentación de tareas mediante una mayor confianza, profesionalismo y autonomía. Un elemento clave del ejemplo de Buurtzorg es su éxito y satisfacción de los trabajadores, lo que llevó a su rápida expansión desde su fundación en 2006; ahora comprende 10,000 trabajadores, 900 equipos pequeños y locales que se autogestionan en su planificación y finanzas, respaldados por solo 50 trabajadores de oficina. Un concepto ya familiar es el modelo de atención "primero el café", que enfatiza la planificación compartida y la atención a las necesidades de los receptores de cuidado, mejorando así la satisfacción tanto de los trabajadores como de quienes reciben cuidados.

Desde la década de 2010, el modelo ha sido difundido y adoptado por diversas organizaciones y gobiernos locales en varios países, incluyendo el Reino Unido, Suecia, España y Dinamarca. En Cataluña (España) el modelo se ha difundido desde 2015, pero hasta la fecha solo ha sido adoptado por un puñado de municipios. Por el contrario, en Dinamarca, el modelo se difundió en 2019 y en 2022, casi un tercio de los municipios han adoptado el modelo. Basándose en una teoría plural de la difusión, este documento plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo facilitan los mecanismos de difusión la adopción de nuevos modelos de cuidado por parte de los gobiernos locales? A continuación se intenta responder esta pregunta, resumiendo la metodología seguida y los resultados del estudio empírico.

2 Metodología

El estudio contribuye empíricamente a la pregunta de investigación a través de una comparación entre casos de la difusión internacional y adaptación local del modelo Buurtzorg en cuatro municipios de Dinamarca y Cataluña. Utilizando dieciséis entrevistas a gerentes municipales y organizaciones implicadas y documentación institucional y periodística, el artículo realiza un seguimiento de múltiples procesos y comparaciones entre casos al seleccionar estratégicamente Barcelona y El Prat de Llobregat (en Cataluña, España) y Copenhague e Ikast- Brande (en Dinamarca).

Así, empleo como método de análisis una comparación cruzada de casos con un rastreo detallado de procesos (*process tracing* en inglés) (Beach y Pedersen, 2019). Este método asume una metodología de análisis basado en lo sucedido dentro de un caso para explicar procesos causales, con las actividades de las entidades

sirviendo como evidencia fáctica (Beach y Pedersen, 2019). Mi objetivo es identificar mecanismos causales suficientes (aunque no necesariamente exclusivos) que vinculen la implementación de un modelo de atención innovador en una organización o gobierno (causa) a su difusión y adopción en un gobierno local (resultado). La comparación entre cuatro casos municipales en dos países permite una mejor comprensión de los mecanismos causales que conducen a la difusión y adaptación del modelo en cada municipio (Flyvbjerg, 2006). Siguiendo las aportaciones metodológicas de Beach y Pedersen (2019), argumento que las comparaciones entre casos permiten el desarrollo de generalizaciones mecanicistas y discusiones sobre los roles de los factores contextuales en la determinación de resultados de difusión y adopción.

3 Resultados

Acompañando los resultados del estudio explicados aquí, en las Figuras 5.2 y 5.3 muestro una representación de los mecanismos causales de difusión y adopción en los municipios de ambos países. Al rastrear el proceso de difusión se revela que la decisión de implementar un proyecto piloto en Barcelona e Ikast- Brande, los primeros adoptantes en cada país, fue tomada por gerentes públicos locales que conocieron el modelo Buurtzorg y aplicaron la heurística cognitiva de representatividad para introducir pilotos en sus municipios (Weyland, 2006): se hicieron generalizaciones basadas en el éxito del modelo en un solo caso (Buurtzorg) en los Países Bajos. La propia organización Buurtzorg recibió visitas del personal municipal de Ikast-Brande y Barcelona, así como visitas a otras organizaciones en diferentes países a través de su herramienta de difusión, Buurtzorg International.

El segundo mecanismo causal encontrado en este estudio es la teorización de expertos (Dobin et al., 2007). La teorización de expertos está presente en el proceso de difusión en ambos países, especialmente como una herramienta para descontextualizar Buurtzorg del contexto holandés y hacerlo un éxito. El libro de Laloux "Reinventando Organizaciones" y "Autogestión, ¿cómo funciona?" de Veemer y Wenting, crearon un marco teórico sobre por qué la autoorganización puede ser una solución para aumentar la satisfacción del trabajador, la eficiencia y la calidad del servicio, incorporando a Buurtzorg como un ejemplo de una organización exitosa de enfermería y cuidadores que implementa la autoorganización y una visión integrativa eficiente.

La teorización de expertos también ha sido promovida por actores locales. En Dinamarca, el think-tank público VIVE produjo un informe independiente sobre las ventajas del modelo y destacó a Ikast-Brande como el primer adoptante del país. En Barcelona, personal del ayuntamiento realizó artículos sobre las ventajas del modelo. Además, en ambos países, han estado presentes argumentos contingentes sobre las ventajas de la política. Igualmente, los adoptantes de Buurtzorg han comunicado el modelo a través de talleres organizados por instituciones supralocales o directamente a través de conversaciones con otros municipios.

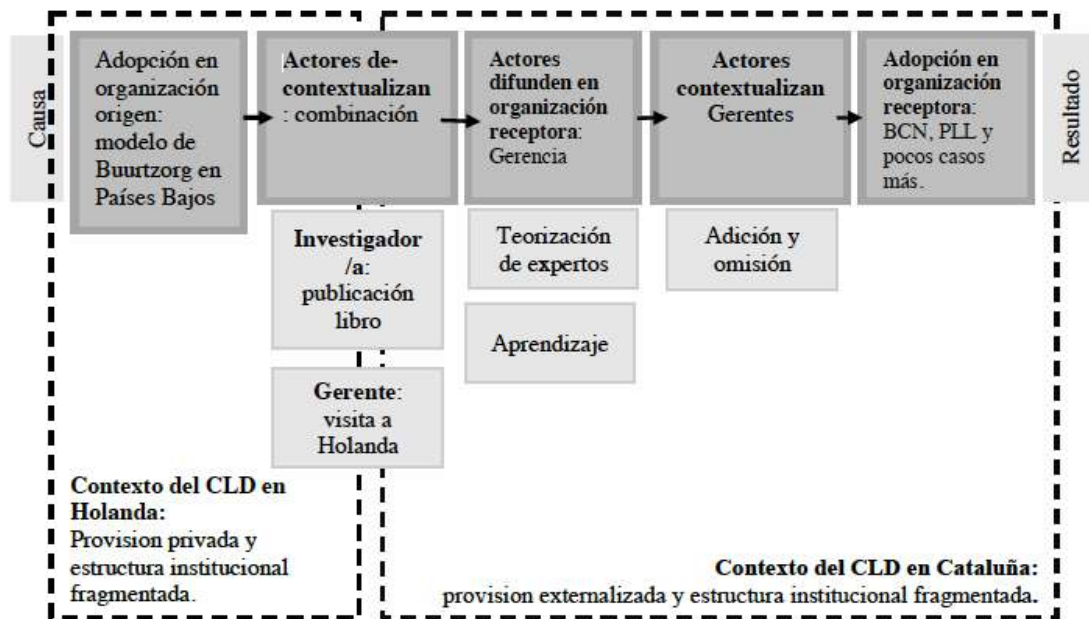


Figura 1. Proceso de difusión y adopción en Cataluña

Fuente: elaboración propia



Figura 7. Proceso de difusión y adopción en Dinamarca

Fuente: elaboración propia.

Si los mismos mecanismos causales – aprendizaje y teorización de expertos – están presentes en ambos países, ¿qué explica la extensa adopción del modelo Buurtzorg en Dinamarca? Este estudio identifica dos mecanismos causales adicionales en Dinamarca que están ausentes en Cataluña: competencia entre municipios y copiar al líder.

En Dinamarca, el gobierno nacional ha desempeñado un papel crucial impulsando la innovación y proporcionando recursos financieros para la implementación de proyectos piloto. La financiación municipal depende parcialmente de las propuestas de proyectos, lo que lleva a los municipios que gestionan servicios

a competir directamente por recursos. Aunque Buurtzorg no fue incluido en la convocatoria de financiación de 2021, el gobierno nacional estableció como un objetivo de los proyectos aumentar la continuidad del trabajador en el cuidado en el hogar. Seis municipios consideraron que el piloto de Buurtzorg en Ikast-Brande, con equipos auto-dirigidos o permanentes, era una propuesta de proyecto adecuada para cumplir con este criterio.

La competencia se intensificó aún más en rondas de financiación posteriores, incorporando explícitamente a Buurtzorg y los equipos permanentes. En ese momento, el gobierno nacional no solo estaba alentando a los municipios a competir por recursos para fomentar la innovación, sino que también estaba estableciendo una mejor práctica en términos de organización laboral. Se retrataba a los primeros adoptantes de Buurtzorg y a sus equipos permanentes como que tenían un rendimiento mejor que otros municipios, aunque sus esquemas piloto aún no habían concluido y no había resultados claros sobre el aumento de la eficiencia y la calidad. En resumen, el marco institucional del CLD y la provisión pública directa de los municipios han sido elementos contextuales clave y variables intervinientes en Dinamarca, promoviendo la competencia y la adopción de mejores prácticas entre los municipios, mientras se proporciona financiamiento para la introducción de esquemas piloto.

En comparación con Dinamarca, en Cataluña los gobiernos nacional, regional y supralocal muestran menos implicación en proporcionar recursos financieros y técnicos para apoyar la introducción de nuevos modelos de cuidado. Además, los municipios enfrentan desafíos al innovar bajo el sistema de provisión basado en la subcontratación. La naturaleza fragmentada, externalizada y infrafinanciada del sistema, impulsada por la Nueva Gestión Pública y la austeridad presupuestaria y la reducción del estado de bienestar tras la crisis económica de 2008, son factores contextuales que obstaculizan la innovación y se hacen explícitos en entrevistas en España. Por un lado, esta situación limita la capacidad innovadora de los actores debido al dominio de una cultura de proporcionar un modelo de cuidado domiciliario de bajo coste y genera poca confianza entre los actores que pueden percibir las innovaciones como estrategias de reducción de costes. Por otro lado, la difusión de las innovaciones se ve obstaculizada debido a la inflexibilidad de la licitación pública, donde no se pueden implementar reformas organizativas antes de que expiren los contratos existentes, especialmente dada la amenaza de acciones legales por parte de las organizaciones de empleadores. Sin embargo, para fortalecer esta conclusión sería necesario ampliar el estudio a municipios que han considerado pero no han adoptado el modelo Buurtzorg.

Este estudio también revela que, a pesar de los diferentes modelos de estado de bienestar en Dinamarca y Cataluña, surgen diagnósticos y soluciones comunes en los municipios daneses y catalanes, permitiendo la difusión del mismo modelo Buurtzorg y generando homogeneidad, una característica distintiva de la difusión (Weyland, 2006). En todos los municipios, la Nueva Gestión Pública, la estandarización de servicios, la burocratización y la fragmentación de servicios se ven como modelos organizativos ineficientes y barreras para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción laboral. En consecuencia, el modelo Buurtzorg ha sido descontextualizado en equipos autogestionados pequeños y territorialmente basados y en la integración profesional. Estas dos herramientas permiten que Buurtzorg opere eficientemente, reduciendo los costos generales, aumentando la satisfacción de los trabajadores y beneficiarios del cuidado, y promoviendo redes de cuidado informal para atender las necesidades de cuidado. En consecuencia, los/as gerentes públicos en diferentes regímenes de bienestar ven el modelo como una solución al cuadrilema del cuidado: mejorar las condiciones de los trabajadores del cuidado, universalizar los servicios de cuidado, mejorar la calidad del servicio y financiar servicios.

Finalmente, he mostrado que ya estaban presentes ideas y pilotos con características de Buurtzorg en los cuatro municipios antes de la introducción del modelo Buurtzorg. Por lo tanto, el éxito de la difusión y adopción del modelo Buurtzorg resalta su relevancia como un proceso ideacional que construye problemas, moldea suposiciones y crea armas discursivas (Béland, 2009). Buurtzorg ha demostrado ser un modelo efectivo para persuadir a encargados/as de diseñar políticas públicas de que el cambio es necesario. Sin

embargo, como ya se ha explicado, las fuerzas institucionales crean restricciones en España y oportunidades en Dinamarca. La fragmentación del poder político y los actores institucionales probablemente constituyen una restricción significativa en España, mientras que la integración efectiva y la fortaleza del gobierno nacional brindan oportunidades para que el modelo Buurtzorg se difunda en Dinamarca. Así, este estudio demuestra la importancia de actores transnacionales, incluidos los proveedores de servicios locales, en los procesos de difusión y cambio, mientras reconoce la centralidad de las fronteras y las instituciones nacionales en el cambio de políticas.

4 Conclusiones

En conclusión, este estudio comparativo sobre la difusión y adopción del modelo Buurtzorg en Dinamarca y Cataluña ilustra la utilidad de una teoría plural de difusión al mapear mejor los posibles mecanismos causales subyacentes en los éxitos y fracasos de los procesos de difusión y adopción. Además, integra la teoría de traducción organizacional en la teoría de difusión de políticas, proporcionando una comprensión más matizada de cómo los formuladores de políticas y gerentes públicos descontextualizan las políticas (en este caso, un modelo organizativo) y las recontextualizan para adaptarlas a sus contextos específicos. El análisis demuestra que los contextos institucionales y organizacionales son cruciales para comprender el éxito o fracaso de los procesos de difusión y adopción. Futuras investigaciones deberían examinar más a fondo cómo la contextualización está moldeada por contextos institucionales y organizacionales.

Las limitaciones de este estudio incluyen su enfoque en un número limitado de municipios que han adoptado el modelo Buurtzorg y el proceso que llevó a esa adopción. Al abordar una pregunta de investigación del tipo "cómo" y concentrarse únicamente en municipios que han adoptado el modelo, no puedo determinar las causas por las que el modelo Buurtzorg podría ser difundido pero no adoptado. Además, al centrarse en mecanismos causales, el estudio tiene una validez externa limitada respecto a las razones por las que los municipios podrían adoptar el modelo. Para responder a la pregunta de "por qué", investigaciones futuras podrían beneficiarse de un estudio de varianza de casos, empleando una selección aleatoria de municipios que han adoptado y no han adoptado el modelo. Este enfoque consideraría variables como el partido político en el poder en los consejos municipales, sus ingresos, los problemas diagnosticados de los servicios de atención domiciliaria o su nivel de conocimiento del modelo Buurtzorg.

Referencias bibliográficas

- Beach, D., & Pedersen, R. B. (2019). *Process-tracing methods: Foundations and guidelines*. University of Michigan Press.
- Béland, D. (2009). Ideas, institutions, and policy change. *Journal of European public policy*, 16(5), 701-718.
- Dobbin, F., Simmons, B., and Garrett, G. (2007). The global diffusion of public policies: Social construction, coercion, competition, or learning?. *Annu. Rev. Sociol.*, 33, 449-472.
- Drennan, V. M., Calestani, M., Ross, F., Saunders, M., and West, P. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ open*, 8(6), e021931
- Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-24
- Hegedüs, A., Schürch, A., and Bischofberger, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100061.

- Lalani, M., Fernandes, J., Fradgley, R., Ogunisola, C., and Marshall, M. (2019). Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC health services research*, 19(1), 1-9.
- Leask, C. F., Bell, J., and Murray, F. (2020). Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public health*, 179, 111-117.
- León, M., Ranci, C., and Rostgaard, T. (2014). Pressures towards and within universalism: conceptualising change in care policy and discourse. *The transformation of care in European societies* (pp. 11-33). Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Moreno-Colom, S. (2021). Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials. *Revista Española De Sociología*, 30(2), a27.
- Nandram, S., and Koster, N. (2014). Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*, 22(4), 174-184.
- Pavolini, E., Palier, B., and Guillén, A. M. (2013). The health care policy quadrilemma and comparative institutional reforms. *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance*, 193-221.
- Ranci, C., and Maestripieri, L. (2022). Localizing new social risks. In *Handbook on Urban Social Policies* (pp. 24-38). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Rose, R. (1991). What is lesson-drawing?. *Journal of public policy*, 11(1), 3-30
- Rostgaard, T. (2012). Quality reforms in Danish home care—balancing between standardisation and individualisation. *Health and social care in the community*, 20(3), 247-254.
- Røvik, K. A. (2016). Knowledge transfer as translation: Review and elements of an instrumental theory. *International Journal of Management Reviews*, 18(3), 290-310.
- Weyland, K. (2009). Bounded rationality and policy diffusion. *Social Sector Reform in Latin America*. Princeton University Press



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El papel de la parresía digital en los tecnocuidados: discapacidad y redes de ayuda en línea

Magdalena Correa Blázquez, Universidad de Almería (mcb674@ual.es)

Raquel Latorre Martínez, Universidad de Almería (rlm044@ual.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La discapacidad ha estado tradicionalmente relacionada con una pérdida del dominio del yo y de su capacidad de gobierno. Se encuentra asimilada al cuerpo y a la noción de una disfunción que dificulta la vida productiva en sociedad lo que lleva a que la discapacidad se considere como algo a intervenir para adecuarse a los ritmos productivos. En este contexto, se da la presunción de que la discapacidad anula la posibilidad de autonomía. Este discurso sobre la discapacidad impera hasta la introducción, durante la segunda mitad del siglo XX, del modelo social de discapacidad, arraigado en el Movimiento de Vida Independiente, que presenta un marco discursivo alternativo a partir del que la cuestión puede pasar a ser entendida en términos colectivos: es la sociedad como entidad la que imposibilita el desarrollo de las personas con discapacidad, cuya autonomía e independencia deben ser tanto reclamadas como devueltas. En lo que a este estudio se refiere, es de particular interés el que las personas discapacitadas deban luchar para ser concebidas (y concebirse) capaces tanto de su propio cuidado, como del de los demás. Ahora bien, ¿con qué herramientas cuentan para establecer relaciones de cuidado efectivas? ¿Pueden hacerlo en la red? El filósofo francés Michel Foucault propone el cuidado de sí (*epiméleia heautoû*) como forma de recuperar la soberanía de sí sobre sí, ejerciendo un cuidado del yo sobre el yo que, finalmente, se desborda inevitablemente hacia los demás. Este desbordamiento se produce a través de la parresía, es decir, una relación ética con la verdad a partir de la que el hablante pretende obrar un cambio en aquel que le escucha a partir de la psicagogía. En pos de profundizar en la relación que las personas con discapacidad establecen con las relaciones de cuidado, se plantea una investigación de carácter cualitativo en la que se aplica el análisis crítico del discurso a testimonios y declaraciones compartidas en redes relacionadas con la experiencia de discapacidad. A partir del material recogido podemos extraer que se conforman redes de ayuda intercomunitaria a partir de las que comparten estrategias de cuidado a través de las redes sociales.

Palabras clave

Cuidado de sí, discapacidad, parresía, tecnocuidado, web 2.0

1 Introducción

Tradicionalmente, la discapacidad como fenómeno discursivo ha sido concebida desde un modelo biomédico que la sitúa frente a lo normal y lo funcional. Desde esta concepción de la discapacidad, ésta viene entendida como un hecho naturalizado que deviene de las condiciones genéticas, biológicas, médicas y, en cualquier caso, individuales que son idiosincráticas a un sujeto concreto y que le separan del común de la población como diferente, defectuoso, anormal y disfuncional dadas sus características.

Como escribe Georges Canguilhem, esta noción de la anormalidad se establece como respuesta a una exigencia de la norma: “lo normal es al mismo tiempo la extensión y la exhibición de la norma. Requiere, pues, fuera de sí, junto a sí y contra sí todo aquello que todavía se le escapa” (1971, p. 186). Ahora bien, esta exigencia no sería casual, ni nos vendría dada de manera natural, sino que responde a una serie de marcadores derivados de

la estructura social. Esta noción de lo normal y lo anormal, y por ende la discapacidad, como un fenómeno más allá del determinismo biogenético, relacionado más bien con el entramado discursivo y las condiciones históricas de la época, se desarrolla a partir de la segunda mitad del siglo XX en círculos activistas (Movimiento de la Vida Independiente) y académicos, estableciéndose como modelo social de la discapacidad (López González, 2007, Gómez, 2014).

A partir de este modelo, la discapacidad puede ser entendida como el producto de una contemporaneidad marcada por el biopoder, la biopolítica y la anatomopolítica (el control gubernamental sobre la vida y el cuerpo), altamente medicalizada y profundamente marcada por la idealización del yo (Esposito, 2006; Foucault, 2007 y 2018; Picket y Wilkinson, 2009). Así, cualquier evento de nuestras vidas y cuerpos que se salga de lo que se considera, una vez más, normal, es susceptible de pasar a ser entendido como una enfermedad y, potencialmente, de hacernos incapaces de funcionar en la sociedad actual como ciudadanos productivos (Cayuela, 2022). En este sentido, la discapacidad se tornaría en un dispositivo al servicio de determinadas entidades (Contino, 2013).

Es más, esta disfuncionalidad se extendería ya no solo a lo público, sino a materias de la vida privada: aquel cuyo yo se encuentra fracturado, disfuncional, incapaz, o cualquier otro calificativo que le aleje del ideal queda impedido para cuidar de sí y de los demás, ya sea de manera plena o parcial, de las formas que le sean más o menos viables. La posibilidad en sí misma queda anulada, entendiéndose el cuerpo discapacitado como un objeto vacío de sujeto. Como tal, en lugar de ser responsable de sí mismo, lo es de instituciones u organismos dedicados a devolverles una normalidad proverbial.

Entendiendo el cuidado en términos de actividad dedicada al mantenimiento, perseverancia o reparación ya sea del cuerpo, el yo, o el contexto en el que se encuentran (Tronto, 1998), es importante establecer una unión entre la reconciliación del yo como sujeto de cuidado (propio y ajeno) frente a su existencia como objeto de cuidados, que si bien no debe ser patologizada ni patologizante como tal, sí genera condiciones de existencia particulares. De hecho, el cuidado debe ser entendido como una tarea fundada en una vulnerabilidad constituyente que nos torna ontológicamente interdependientes (Martín Palomo, 2021; Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2022), a partir de la que embarcarnos en una tarea de crítica foucaultiana a partir de la que el sujeto de cuidado puede implicarse en el aparataje discursivo de la época para reconocer cómo funciona y qué papel tiene dentro de él (De la Higuera, 1999). Así, Foucault propone el cuidado de sí como forma de responsabilizarse de uno mismo, lo que conlleva aprender a transitar el sistema sanitario y el universo discursivo de la época de formas conscientes, valiosas e interesantes para el yo.

Más aún, si bien el cuidado de sí se funda en el yo, este cuidado se desborda, necesariamente, en los otros. Tal y como declara el propio Foucault en una reflexión respecto a los orígenes griegos del concepto, “el cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida en que este *éthos* de la libertad es también una manera de ocuparse de los otros” (1999, p. 399). En este sentido, el cuidado que se centraba en el yo pasa a los demás porque se ha consolidado como una ética: es una forma de comportarse con uno mismo y con (en) el mundo (Macías, 2013) en la que el yo, consciente de su propia vulnerabilidad y la de los otros, establece una relación de responsabilidad con el cuidado como respuesta a sus condiciones sociohistóricas (discursivas) de existencia (Muñoz Terrón, 2010 y 2012; Muñoz Terrón y Martín Palomo, 2021). Es aquí donde entra en juego la noción de parresía, o comunicar aquello que se considera verdadero y valioso pese al riesgo indeterminado que implica para el hablante porque éste tiene el compromiso moral (o responsabilidad) de hacerlo (Foucault, 2009 y 2010). En su caso, al desarrollarse en espacios en línea, se trataría de parresía digital y supondría la unión entre cuidado de sí y de los otros y tecnología: tecnocuidado (Martín Palomo, Gómez y González, 2021).

Teniendo en cuenta lo expuesto, se plantea este estudio para estudiar la parresía digital como forma de cuidado de sí desbordado en los otros. En concreto, guiamos nuestra investigación a partir de la siguiente pregunta:

¿cuáles son las manifestaciones discursivas de cuidado en personas con discapacidad a través de la parresía digital en la web 2.0?

2 Metodología

En pos de explorar la presencia en redes de personas con discapacidad para observar sus formas de cuidado en la web 2.0 llevamos a cabo un estudio de carácter cualitativo a través de una etnografía virtual, aplicando a los datos producidos el análisis crítico del discurso.

La etnografía virtual es un método de investigación cualitativa que gira en torno a la consideración del espacio virtual como análogo de un entorno físico de investigación, con las particularidades de existir en la red (Hine, 2000). A partir de esta consideración, recogemos información en redes sociales a través de un proceso de observación no-participante, llevando un diario de campo y archivando publicaciones. En el diario de campo recabamos datos relacionados con temas recurrentes de conversación, tono, vocabulario, eventos vitales, estrategias de cuidado y frecuencia de publicación. También archivamos publicaciones sobre salud y discapacidad como contenido relevante, ya fuesen propias o como respuesta a comentarios ya publicados por aportar esta información también valiosa (Boyd, Golder y Lotan, 2010). El muestreo fue de carácter no probabilístico incidental utilizando, en concreto, una variante del muestreo en “bola de nieve” (Salganik y Heckathorn, 2004) dado que es una población oculta de difícil acceso y lo que buscamos, en concreto, son publicaciones en redes sociales. La selección de la muestra se produjo seleccionando una serie de redes sociales de una estadística de uso y popularidad (*Twitter*, *Tumblr* y *Youtube*) e introduciendo términos relevantes (discapacidad, diversidad funcional, discapacitado/a/e, disfuncionalidad) en la barra de búsqueda tanto en castellano como en inglés en pos de encontrar publicaciones de interés a partir de las que acceder a perfiles públicos de usuarios que, como consecuencia, nos llevaban a otros perfiles con más publicaciones a partir de su contenido compartido, seguidores, interacciones y usuarios seguidos. Los testimonios serán anonimizados.

3 Resultados y conclusiones

A partir del análisis de los materiales producidos durante la indagación en redes sociales, podemos proponer una clasificación de la expresión discursiva respecto al cuidado y la discapacidad, por personas con discapacidad, en redes sociales relacionada, en concreto, con el interlocutor. Para elaborarla, además, nos hemos basado, en particular, en la emergencia de sintagmas cristalizados —es decir, frases, expresiones y locuciones repetidas que, pese a variaciones, son comunes—, que pueden agruparse de forma concreta.

3.1 El cuidado como tarea

Una parte importante de las publicaciones recogidas se refieren al cuidado como una tarea. En este sentido, los usuarios no estarían refiriéndose al cuidado como un trabajo remunerado en la línea que Tronto plantea en su propia clasificación, sino más bien como algo que tienen que hacer porque es necesario para el mantenimiento de su existencia corporal.

Entendiendo el cuidado de esta manera, éste es conceptualizado como algo que, resulte agradable o no, es menester hacer. Como tarea, es cansado y, en ocasiones, poco agradecido e, incluso, desagradable. Como escribe la poetisa Sabrina Benaim en *Depresión y otros trucos de magia* (2017): “es agotador. // lo que no te cuentan sobre el autocuidado, // es que puede hacer que te sientas como el entrenador // el capitán, y todos.los.jugadores // oh, y la mascota. // puede hacerte sentir especialmente como la mascota”.

De manera importante, dentro de esta categoría les usuaries comparten una conciencia de su propia vulnerabilidad como sujetos de la que se deriva la noción de que el cuidado es un imperativo en lugar de una cosa que puedan o no hacer en su vida. Sin embargo, ésta no vendría dada por su condición como sujetos con discapacidad, sino más bien por existir dentro de unas condiciones sociohistóricas concretas en las que el marco discursivo sobre la discapacidad se inscribe en una visión capacitista que les deja de lado y les infravalora (Moitinho, Alvares y Tissa, 2023; Toboso, 2017). Esta idea que comparten (con variación en la expresión pero compartiendo significado) puede resumirse, de forma concisa, como expresa esta publicación de un usuario en twitter:

The vulnerability of disabled people stems from ableism more than disability. Disabled people exist in a rigged, ableist system where we have to “ask” nondisabled people for access, accommodation, rights and equity // La vulnerabilidad de las personas discapacitadas surge del capacitismo más que de la discapacidad. Las personas discapacitadas existimos en un sistema trucado, capacitista, en el que tenemos que “pedir” a personas no discapacitadas el acceso, las comodidades, los derechos y la equidad (traducción propia).

Estando situades en un *locus* tal de vulnerabilidad, la fuente de cuidados se traslada al sí mismo puesto que el Otro puede no proporcionar cuidado, o no hacerlo de forma efectiva. En este caso, sus publicaciones tienen, con algunas excepciones y teniendo en cuenta que son públicas, un matiz expresivo concreto: el hablar con uno mismo, sin importar tal vez que el mundo lo vea. Piensan, o hablan, en voz alta, sin dirigirse a un interlocutor en concreto más allá de sí mismos.

3.2 El cuidado como activismo

Dada la situación expuesta en la categoría anterior, el cuidado puede tener una vertiente activista a través de la que se denuncian de forma abierta los problemas que señalan como fuentes de vulnerabilidad concretas.

La mera expresión de su frustración en redes sociales se entiende como una forma de cuidado, en tanto en cuanto cumple una función psicagógica y auto-exploratoria.

“I don’t see disability, I just see ability” Yup, and that’s why disabled people continue to be discriminated against. If you refuse to see it, then you refuse to provide adjustments and you ignore accessibility // “No veo discapacidad, solo veo capacidad” Sip, y por eso se sigue discriminando a las personas discapacitadas. Si te niegas a verlo, te niegas a proveer ajustes e ignoras la accesibilidad.

En los testimonios que encontramos en redes sociales, el cuidado se expresa de esta manera cuando, como vemos en el párrafo anterior, la responsabilidad se pone sobre aquello que puede cambiarse dentro de un mundo en el que se reconocen como sujetos en un estado de otredad que no es, necesariamente, causada por ellos. Estableciendo una distinción clave con la categoría anterior, la vulnerabilidad reconocida pasa a cuestionar quién o qué debe cambiar en pos de que el cuidado de las personas discapacitadas sea efectivo más allá de lo que éstas puedan hacer por sí mismas.

En el caso de esta categoría, sus publicaciones empiezan a dirigirse de forma más destacada hacia un afuera. Si bien las anteriores podían considerarse más reflexivas, un hablar con uno mismo, la forma de expresión de los testimonios incluidos en la categoría del cuidado como activismo buscan un interlocutor. Esto favorece que encuentren maneras más creativas de expresión dentro de las redes, como puede ser el del texto interactivo *umisuzume*, sobre la dificultad de hablar sobre un tema concreto (el trauma que acompaña a la discapacidad) con aquellos que no carecen del lenguaje para mantener una conversación sin recurrir a la traducción de los términos:

umisuzume se translitera como “golondrina de agua”, pero una criatura tal es intraducible al inglés, y es conocida como un murrelet en esa lengua.

esta es una tesis sobre la traducción.

esta es una tesis sobre la imposibilidad de traducir el trauma. aunque nada es inviolable, sé que queda algo sagrado

esta es una tesis y un juego sobre las formas en que para muchos de nosotros nuestras vidas son una serie de violaciones y lo único inviolable es la certeza de esa violación

pero es también sobre cómo, pese a eso, encontramos formas de vivir.

4 Conclusiones

Los testimonios hacen evidente que el cuidado es una cuestión ambivalente, de la que se hablan a sí mismos pero sobre la que quieren hablar con otros en pos de tener una red de cuidados, en este caso, en línea a través de la web 2.0. Son conscientes de vivir en un mundo en el que la conexión es compleja y, en ocasiones, ni siquiera fértil. Aun así, muestran la voluntad de intentar establecer relaciones de cuidado a partir del reconocimiento de las vulnerabilidades y el reparto de responsabilidades.

Referencias bibliográficas

- Boyd, D.; Golder, S. y Lotan, G. (2010). Tweet, tweet, retweet: Conversational aspects of retweeting on twitter. *Proceedings 43rd annual hawaii international conference of systems science (HICSS-43)*, 1-10. Kolua, Hawaii. IEE.
- Canguilhem, G. (1971). Lo normal y lo patológico. Siglo XXI.
- Cayuela, S. (2023). Hacia un análisis biopolítico de la discapacidad física: una propuesta metodológica. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 22(2), 1-19.
- Contino, A.M. (2013). El dispositivo de discapacidad. *Tesis Psicológica*, 8(1), 174-183.
- Esposito, R. (2006). *Bios, biopolítica y filosofía*. Amorrortu.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales: Volumen III*. Paidós
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica. Foucault, M. (2018). *Los anormales*. Akal.
- Gómez, V. (2014). Análisis de la discapacidad desde una mirada crítica: Las aportaciones de las teorías feministas. *Estudios Pedagógicos XL*, N° (2), 391- 407.
- De la Higuera, J. (1999). *Michel Foucault: la filosofía como crítica*. Comares. Hine, C. (2000). *Virtual ethnography*. Sage.
- López González, M. (2007). Discapacidad y género. Estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas. *Educación y Diversidad. Revista Inter-universitaria de Investigación sobre Discapacidad e Interculturalidad*, N° (1), 137-172.
- Macías, J. M. (2013). ¿Qué es una formación socrática? Paideia, parresía y buen uso de la razón. *Filosofía UIS*, 12(1), 85-97.
- Martín Palomo, M.T. (2021). Cuidados, vulnerabilidades e interdependencias. Retos para una nueva época en M.A. Duran (Coord.), *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados* (pp. 115-137). Emakunde.
- Martín Palomo, M.T. y Muñoz Terrón, J.M. (2022). Soy porque somos. Cuidados e interdependencia en un mundo vulnerable en T. Da Silva, G. de Oliveira y A.C. Mathias (Coords.), *Cuidado e solidaridade. Prática social e institucional* (pp. 403-416). Foco.
- Moitinho, S. R., Alvares, R. S. y Tissa, T. (2023). O Capacitismo e suas formas de opressão nas ações do dia a dia. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 28, 1-20.

- Muñoz Terrón, J.M. (2010). Responsividad y cuidado del mundo. Fenomenología y ética del *care*. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, (49), 35-48.
- Muñoz Terrón, J.M. (2012). Cuidar del mundo. *Labor, trabajo y acción* «en una compleja red de sostenimiento de la vida». *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, (47). 461-480.
- Muñoz Terrón, J.M. y Martín Palomo, M.T. (2021). Cuidar (desde) la vulnerabilidad. Prácticas, agencias y soportes en J.A. Santiago (Ed.), *Caras y soportes de la vulnerabilidad* (pp. 185-208). Catarata.
- Picket, K. y Wilkinson, R. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Turner Publicaciones.
- Toboso Martín, M. (2017). Capacitismo en R. Lucas Platero, M. Rosón y E. Ortega (Eds.), *Barbarismos queer y otras esdrújulas* (pp. 73-81). Bellaterra.
- Tronto, J. (1998). An ethic of care. *Generations: Journal of the American Society of Aging*, 22 (3), 15-20.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Aproximació qualitativa a les conseqüències de la COVID-19 en la configuració de les cures no remunerades a l'Estat espanyol

Jokin Azpiazu Carballo, Euskal Herriko Unibertsitatea (jokin.azpiazu@ehu.eus)

Clara Camps Calvet, Universitat de Barcelona (claracamps@ub.edu)

Caterina Thomàs Vanrell, Universitat de les Illes Balears (caterina.thomas@uib.cat)

Isabel Nadal Amengual, Fundació Universitat-Empresa de les Illes Balears (Isabel.nadal@fueib.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

El projecte RESCUPAN cerca analitzar l'impacte de la COVID-19 sobre les necessitats de cures a les llars, profundint sobre les conseqüències de les desigualtats de gènere i en la reorganització social dels treballs de cures a l'Estat espanyol. La recerca planteja una metodologia qualitativa de manera transversal, complementària de la quantitativa, des de la perspectiva de gènere. Es defineixen tipologies d'organització social de la cura segons els models de provisió i les estratègies familiars, que han permès aplicar un disseny tipològic de la selecció de casos qualitatiu. S'han realitzat, d'una banda, prop de 30 entrevistes en profunditat i, per una altra, grups de discussió en cadascuna de les comunitats autònomes participants del projecte (Catalunya, Comunitat Valenciana, Euskal Herria i Balears), amb la finalitat d'obtenir narratives que capturin les conseqüències de la COVID-19 en el treball de cures, amb relació a les vivències de la malaltia i el confinament. S'ha utilitzat un guió semiestructurat, deixant espai perquè emergeixin continguts no previstos. La selecció de casos segueix un plantejament de mostreig intencional, sent el criteri de saturació el que determina el nombre final de participants en l'estudi. Per als grups de discussió s'ha convidat a integrants d'entitats, col·lectius i xarxes comunitàries que van fer tasques d'assistència, suport i solidaritat en els treballs de cura durant les diferents fases de la pandèmia. A la comunicació presentarem els resultats preliminars basant-nos en l'anàlisi temàtica inductiva dels casos, apuntant cap als elements de convergència i divergència en les experiències de les persones entrevistades i participants dels grups de discussió.

Paraules clau

Metodologia qualitativa, perspectiva de gènere, COVID-19, llars, organització social de les cures

1 Introducció

La COVID-19 ha impactat sobre una ja preexistent crisi del sistema de reproducció social, entesa com el procés que permet la supervivència de les persones en societat i que engloba les activitats que no són treball remunerat; o en altres paraules, el treball social concret orientat al valor d'ús en oposició al treball social abstracte que aporta el valor de canvi (Holloway, 2011). Les persones dedicades a la cura (remunerat o no), i en particular les dones, foren especialment perjudicades per la pandèmia en termes de salut per estar més exposades (sanitat, serveis socials, educació, supermercats, neteja i altres treballs de serveis poc qualificats) i també en termes socioeconòmics (Olivera, 2021; Castellanos-Torres et al., 2020). Però l'impacte fou especialment greu en les dones amb perfils vulnerabilitzats: la pobresa, l'explotació o l'estigmatització, afecten en particular les dones de les classes populars, migrades i racialitzades (Carbonero et al., 2021).

La crisi de les cures (Salazar Parreñas, 2001; Hochschild, 2000) va evidenciar-se més que mai amb la pandèmia. Les tasques socioreproductives contribueixen a mantenir als éssers vius, que són alhora naturals i culturals (Fraser, 2021), tenint present que la crisi de reproducció i l'ecològica interactuen entre si (Moore,

2020). En el capitalisme actual, financeritzat, establert el model del doble proveïdor i desfeta la idea que el salari permet la subsistència digna de la família per a una majoria de població (Fraser, 2016), emergeix amb més força la problemàtica de qui i com s'encarrega de les cures. De fet, tota una sèrie d'ocupacions poc qualificades, oblidades, marginalitzades i precaritzades esdevenen essencials, no sols per a la supervivència pròpia sinó també per a l'avanç del capitalisme (Fraser, 2020; Federici, 2018).

El model de benestar espanyol s'emmarca en el model mediterrani (caracteritzat per l'universalisme, l'assistencialisme i el familiarisme) (Martínez- Buján, 2014), model que es manté a causa de l'existència d'un sector privat de cures que permet a les famílies externalitzar la provisió d'aquests. Per aquesta raó, des dels feminismes es propugna el reconeixement social d'aquestes tasques (Moré, 2020), desenvolupades majoritàriament per dones. En aquest context, el suport mutu esdevé fonamental, com un element vertebrador que afavoreix la reconstrucció de teixit comunitari i que contraresta la manca de reconeixement derivat dels patrons institucionalitzats que predominen en la societat capitalista (Boltanski i Chiapello, 2002; Castel, 1997). Cal entendre aquestes formes de solidaritat per tal de sociologitzar categories psicològiques com la resiliència (Serrano Pascual et al., 2019). És important tenir en compte que aquests moviments socials ajuden a satisfer necessitats bàsiques, a partir de les relacions horitzontals, fugint d'un tipus de relació assistencial (Paugam, 2006). La cura com a estratègia d'acció col·lectiva parteix d'aquells feminismes que reivindiquen la construcció d'una altra manera d'habitar, i d'altres models de ciutadania, i que es distancien del feminisme liberal que posa l'accent en la "conquesta del poder" per part de les dones, sense pensar en les formes d'opressió interseccional que crea desigualtats entre les dones (Ferguson, 2020).

2 Metodologia

En el projecte es planteja una estratègia metodològica mixta, amb perspectiva de gènere. Les anàlisis empíriques prenen com a referència Europa (EU27) i l'Estat Espanyol en la part quantitativa, i es concreten als territoris de Catalunya, València, País Basc i Balears en la part qualitativa. En els objectius i les hipòtesis sobre l'impacte de la COVID-19 sobre les necessitats de cures i les estratègies de les llars per a satisfer-les, s'especifiquen aspectes que tenen a veure amb la perspectiva subjectiva de les persones cuidadores i les persones cuidades. Concretament, es planteja com a element rellevant la major visibilització i reconeixement de la cura, en un "redescobriments" de la llar com a entorn segur i de les cures com a activitats reparadores i satisfactòries. A més, s'assenyala com aquesta major visibilització, reconeixement i participació dels homes en els treballs de cures pot propiciar canvis en les normes, valors i imaginaris socials, que possibilitaria una transició cap a una distribució més equitativa del treball domèstic i de cures no remunerat respecte la situació de pre-COVID.

Per a poder donar resposta a aquests objectius i hipòtesis es proposa aplicar la metodologia qualitativa de manera transversal. D'una banda, entrevistes en profunditat i, per un altre, grups de discussió i, d'aquesta manera, incorporar les valoracions, imaginaris i opinions sobre les tendències i experiències de (re)organització de la cura; la participació dels actors socials implicats en l'organització social de la cura com són les administracions públiques, les famílies, les xarxes comunitàries, les entitats d'acció social, associacions de cuidadors i cuidadores i els serveis socio-sanitaris. Amb tot, la metodologia qualitativa emprada en aquest estudi pretén obtenir les històries (narratives) de les persones per a capturar les conseqüències de la COVID-19 i del confinament en el treball de cures; i les vivències de la malaltia i del confinament amb tots els seus matisos, percepcions i punts de vista. Es planteja utilitzar "entrevistes episòdiques" (Flick, 2003), ja que permeten aproximar-se a contextos episòdics (abans, durant i postpandèmia).

Es realitzen entrevistes en profunditat aproximadament a unes 30 persones, entre persones individuals, d'entitats comunitàries de suport o de professionals socio-sanitaris, educatius i de serveis socials. La selecció de les participants es fa segons un mostreig intencional, sent el criteri de saturació el que determina en la mesura que sigui possible el nombre final de participants en l'estudi. En concret, per a establir el perfil de les persones entrevistades, es consideren les variables que poden determinar la situació de confinament i els treballs de cures, així com aproximar-se als eixos de desigualtat social. A més, per a implicar i comptar amb la col·laboració dels actors socials implicats en l'organització social de la cura, s'organitzen quatre grups de discussió, un per cada comunitat autònoma participant.

Tot el corpus s'analitza segons una anàlisi temàtica inductiva que té en compte els seus marcs d'intervenció, les seves referències metodològiques i el coneixement mobilitzat, així com la capacitat d'acció sobre les desigualtats socials. Finalment, cal comparar aquestes pràctiques entre elles, segons el mètode de construcció d'explicacions, a partir d'un estudi de les convergències i divergències de pràctiques d'intervenció concretes.

3 Resultats i conclusions

És important esmentar, per una banda, la diversitat d'ocupacions de les dones participants a l'entrevista (totes en edat activa (entre 35 i 65 anys)), entre les quals destaquen treballadores de la cura (treballadores domèstiques remunerades, treballadores de residència geriàtrica, cuidadores de gent gran remunerades), professores de primària i secundària, treballadores sexuals, autònomes, infermeres i metgesses, treballadores socials, cambres de pis, personal de neteja, artistes, dependents, conductores. Un volum molt alt el componen dones que són de nacionalitat espanyola, però també hi ha dones amb trajectòria migrant, i molt especialment, d'Amèrica Llatina. Es tracta, també, de dones monomarentals amb fills i filles menors (algunes, majors d'edat, però convivents), encarregades de persones dependents (majors i persones amb discapacitats), divorciades, separades i sense parella la majoria, que viuen, amb molta freqüència, de lloguer, tot i que també n'hi ha que paguen hipoteca, però molt menys comú és l'habitatge en propietat totalment pagat.

Per altra banda, també és rellevant exposar la natura dels col·lectius, grups i entitats participants dels grups de discussió: entitats socials del tercer sector, administracions públiques, grups de suport mutu, associacions de veïnes i veïns, altres tipus d'associacions i entitats amb papers rellevants durant la pandèmia, com ara bancs d'aliments, grups de famílies monomarentals i monoparentals, o moviments feministes. Aquestes entitats i grups han aportat les seves percepcions i opinions a partir de la seva experiència entorn de la COVID-19, de com es va desenvolupar la seva feina (impactes de la pandèmia en l'organització de les tasques i de la feina quotidiana) i de quina seria la forma d'avançar en el futur, tenint en compte tot l'ocorregut en el període que s'inicià amb l'esclat de l'estat d'alarma.

Així, alguns resultats preliminars de l'anàlisi apunten a una emergència de la cura com a element fonamental durant la pandèmia, el que resulta en una major visibilització, almenys, durant els moments més cruentos de la pandèmia. L'essencialitat de la cura va ser posada sobre la taula, com apunten moltes autores (Fraser, 2020; Federici, 2018), de la mateixa manera que varen emergir discursos que apostaven per col·locar "la vida al centre", però no sempre amb un recorregut prou llarg amb l'avançament cap a la recuperació de la normalitat. De fet, tant entrevistes com grups de discussió assenyalen la facilitat amb què tot ha tornat a ser com sempre i no com una qüestió positiva, sinó com una crítica a la manca de durabilitat d'alguns projectes desplecats, sovint amb molta il·lusió, en el període pandèmic.

Per una banda, segons les entrevistes i els grups de discussió, va inaugurar-se un període d'un cert gaudi de la cura, moltes vegades referida a la cura d'altres persones, però també a l'autocura, una qüestió molt rellevant i que està molt vinculada al parèntesi en la quotidianitat frenètica entre la llar i la feina que moltes persones

participants posen en relleu. De sobte, el binomi casa i treball va desaparèixer, bé perquè la feina va quedar paralitzada (moltes persones s'acollien als ERTOS o bé se sumaven a l'atur) o bé perquè varen desplegar-se tot un seguit d'adaptacions que tenien el teletreball com l'eina principal, el que, seguint algunes investigacions, no sempre té una lectura positiva, i molt menys per les dones (Sánchez-Aragón et al., 2022). De fet, malgrat aquest període de cert gaudi, molt especialment el moment de confinament, però també altres etapes amb restriccions per controlar l'extensió del virus, varen tenir la connotació de llosa per a moltes de les dones participants, que varen sentir-se soles i sobrecarregades amb conseqüències psicològiques (Carbonero et al., 2021). És molt rellevant, en aquest sentit, com la salut mental ha passat a formar part del debat públic, des de 2020 cada vegada amb més força.

Per altra banda, les relacions de suport i de veïnatge i el teixit comunitari varen esdevenir totalment crucials durant el temps que va durar la pandèmia, especialment en els moments inicials. Moltes entitats consultades, que solen treballar amb voluntariat, així com col·lectius que se sostenen per persones que s'organitzen per tirar endavant projectes des de la base, denoten una participació sense precedents durant el confinament i els moments immediatament posteriors, però també la caiguda a mesura que la pandèmia quedava enrere. De la mateixa manera, als grups de discussió també surt la qüestió de la societat civil com a resolutiva, perquè compta amb un coneixement més profund dels problemes socials i amb una major flexibilitat que l'Estat, i de com va contribuir a la resolució de problemes davant d'una administració pública desbordada. Totes les entitats socials consultades varen haver d'incorporar canvis en el desenvolupament de la feina, i algunes d'elles també apunten un cert apartament de la qüestió política en la resolució dels problemes, com per exemple, la paralització de la crítica a l'assistencialisme; però, de nou, sorgeix la reflexió sobre els reclams actuals de la societat civil, una vegada que ha passat la pandèmia o, si més no, els seus efectes més cruents.

Finalment, com a resultats preliminars, és interessant apuntar alguns aspectes més, entre els quals destaca l'habitatge com un factor de desigualtat en la qüestió del confinament i altres mesures per evitar la propagació de la malaltia, ja que moltes persones no varen disposar d'espai exterior, varen viure a cases amb manca d'espai i tingueren grans dificultats per pagar lloguers, hipoteques i altres costos de manteniment de la llar. Les entrevistes i els grups de discussió indiquen, a més, que no sempre s'entengueren les mesures per contenir el virus. Segons les persones participants, es poden assenyalar algunes "petites- grans llacunes", entre les quals destaquen les famílies monoparentals/monomarentals, les petites entitats, les persones sense papers, i les treballadores sexuals.

Referències bibliogràfiques

- Boltanski, L., Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Akal.
- Carbonero, M.A., Thomàs, C. (Coords.) (2021). *Essencials, però sobrecarregades. Impactes desiguals de la pandèmia en la vida de les dones a Balears*. Observatori Social de les Illes Balears [OSIB-UIB]. Edicions Talaiots.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Paidós.
- Castellanos-Torres, E., Tomás Mateos, J. i Chilet-Rosell, E. (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta sanitaria*, 34(5), pp. 419 - 421. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007>
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Ferguson, S. (2020). *Mujeres y Trabajo. Feminismo, trabajo y reproducción social*. Sylone-Viento Sur. Colección Intersecciones.
- Flick, U. (2003). Entrevistas episódicas. A M. Bauer i G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático* (pp. 114-136). Petrópolis: Vozes.

- Fraser, N. (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados. *New Left Review*, 100, 111-132.
- Fraser, N. (2020). *Los talleres ocultos del capital: Un mapa para la izquierda*. Traficantes de sueños.
- Fraser, N. (2021). Climates of Capital. *New Left Review*, 127, 101 – 138
- Hochschild, A. R. (2000). Global care chains and emotional surplus value. W. Hutton y A. Giddens (eds.) *On the edge. Living with global capitalism* (pp. 130-146). Vintage.
- Holloway, J. (2011). *Agrietar el capitalismo: el hacer contra el trabajo*. Herramienta.
- Martínez-Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-126. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>
- Moore, J. W. (2020). *El capitalismo en la trama de la vida. Ecología y acumulación de capital*. Traficantes de Sueños.
- Moré, P. (2020). Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida. *Revista Española de Sociología*, 29(3), 737-745. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.47>
- Olivera, M. (2021, 2 de marzo). ¿Estamos en el mismo barco? Una lectura feminista sobre los efectos del COVID-19. *El Grand Continent*. <https://n9.cl/ypv5t>
- Paugam, S. (2006). Las formas elementales de la pobreza. Alianza Editorial Salazar Parreñas, R. (2001). *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*. Stanford University Press.
- Sánchez-Aragón, A., Belzunegui-Eraso, A., Erro, A. i Pastor Gosalbez, M.I. (2022). Teletrabajo y conciliación: ¿una trampa para las mujeres? *Oikonomics*, 19. DOI: 10.7238/o.n19.2221
- Serrano Pascual, A., Martín Martín, M. P. i De Castro Pericacho, C. (2019). Sociologizando la resiliencia. El papel de la participación socio- comunitaria y política en las estrategias de afrontamiento de la crisis. *Revista Española de Sociología*, 28(2), 227-247. Doi: <http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2018.75>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Care and Minimum Income Policies: Between Social Rights and Social Monetary Benefits

Adriana Offredi Rodriguez, Universitat Autònoma de Barcelona (AdrianaMaria.Offredi@uab.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Abstract

This paper proposes an exploratory analysis of five European Minimum Income Schemes (MIS). The aim is to understand to what extent unpaid care work, and care responsibilities more broadly, are taken into consideration in MIS's conditionality criteria. To the best of our knowledge, no specific study has yet been carried out in this sense. MIS are means-tested monetary benefits for working-age individuals aimed at reducing poverty and social exclusion by promoting their active participation in the labour market. This approach has been questioned because of its inability to understand the reasons why people draw on social security. Women, for example, are increasingly exposed to poverty and social exclusion due to structural gender inequalities that affect their position regarding both unpaid care and paid work. For them, employment alone does not always ensure avoiding poverty while conditioned welfare support can negatively impact their long-term earnings and employability. For the analysis, we apply the framework elaborated by Yerkes et al. to rethink family policy from a Capabilities Perspective. In this way, we assess MIS conditionally under more subjective criteria and conceptualise the minimum income protection as an opportunity structure for working mothers to exit poverty and social exclusion.

Keywords

Care, Minimum Income Protection, Employment, Capabilities

1 Description

This paper explores how unpaid care work, and care responsibilities more broadly, are incorporated in the design of Minimum Income Schemes (MIS). The aim is to understand to what extent unpaid care work is taken into consideration in MIS conditionality criteria. MIS are means-tested monetary benefits for working-age individuals aimed at reducing poverty and social exclusion (Jessoula, 2021). Initially, they were conceived as passive social policies that would provide an unconditioned safety-net to individuals whose income was below the national social minimum and were not eligible for other forms of protection. However, they have been slowly transformed into instruments to promote active participation in employment (European Commission, 2008), and today most European MIS are designed to combine elements of capacitation to enter the labour market and conditionality. This approach has been questioned by authors who highlight its inability to understand the complexity of people's lives when they face poverty and social exclusion (Favero, 2020). Others refer to the inability of considering the reasons why people draw on social security (having disabilities, care responsibilities, health problems, etc.) (Andersen, 2020).

Women, for example, are among the major beneficiaries of these kinds of social benefits. They are increasingly exposed to poverty and social exclusion due to their disadvantaged position in the labour market and the unequal distribution of unpaid care work between women and men (Malgesini Rey, 2021). For them, employment alone does not always ensure avoiding poverty. Their life project is "as much about sustaining

care as it is about sustaining work” (Millar & Ridge, 2009, p. 109). Thus, they often prefer jobs that allow them to combine both spheres, but may also be associated with low wages, poor working conditions, and high time consumption (Crompton, 2006).

In this sense, a relevant part of the literature has highlighted the importance of introducing criteria that go beyond activation conditionality within MIS design to make them more accessible to this vulnerable group. For example, empirical research done on Universal Credit (the British MIS) has shown that strict conditionality can negatively impact women’s long-term earnings, employability, and well-being (Andersen, 2020). Studies on public work programmes have also highlighted how initiatives aimed to increase women’s participation in employment can be more successful if they address women’s role in unpaid care (Cookson et al., 2023). This would mean considering aspects such as working day and week length, working schedule, job location with respect to home, schools, kindergartens, etc. Childcare and housing arrangements also play a crucial role as their costs may limit women’s freedom of choice regarding paid employment (Land, 2001) and, in turn, the activation requirement pursued by most MIS (McDowell, 2005).

Given these considerations, we argue that addressing the concept of care from a broader perspective of social policy is essential to reflect “whether equal participation in paid work is a sufficient form of equality” (Daly, 2023, p. 153). That is especially important with respect to the strategy promoted by the European Social Policy Agenda which considers participation in employment the best solution to poverty, social exclusion, and gender inequality (European Commission, 2020). To the best of our knowledge, no specific study has yet analysed to what extent unpaid care work is incorporated in MIS conditionality design. This paper aims to fill this gap by proposing an exploratory analysis of five European MIS: Hungary, Italy, Norway, Spain, the UK. The analytical framework refers to the work done by Yerkes et al. (2019) in rethinking family policy from a Capabilities Perspective, which allows us to assess MIS conditionally under more subjective criteria. We focus on European Social Policy because Europe holds some of the most advanced welfare states in the world and gives the opportunity to observe multiple approaches to social policy. The question guiding our research is: *to what extent are unpaid care work and care responsibilities taken into consideration in the conditionality design of European MIS?*

The data have been collected directly from national regulations and subsequent amendments. Here we will refer only to the analysis done on the Italian *Reddito di Cittadinanza* (RdC) and the Spanish *Ingreso Mínimo Vital* (IMV) because not enough information has been yet collected on the other MIS.

1.1 Il Reddito di Cittadinanza

The RdC has been established with the L.D. 4/2019, converted with amendments by the L. 26/2019, and it has been recently modified by the Budget Law n. 197/2022. It can be granted for no longer than seven months and beneficiaries, under penalty of losing the benefit, must comply with these obligations (art. 313, L. 197/2022):

- Declaring availability to work and signing an Employment Plan (art. 4, subs.1, 4, L.D. 4/2019).
- Accepting the first “congruous job offer” (art. 25, L.D. 150/2015).
- Get enrolled in vocational training courses for at least 6 months.
- Participate in projects of public utility (arts. 4, subs. 8, 15 and 7, sub. 5).

1.2 El Ingreso Mínimo Vital

The IMV has been established with the R.D. 20/2020, converted with amendments by the L. 19/ 2021. It is granted as long as the situation of economic vulnerability persists (art. 3), and it is combinable with the regional protection schemes. It is configured as a non-contributory means-tested scheme; thus, beneficiaries, unless younger than 18 years old, must (art. 36):

- Get registered as job seekers.
- Take part in inclusion strategies promoted by the Ministry of Inclusion, Social Security and Migration (I.S.S.M. Ministry).

Moreover, the R.D. 789/2022 has established specific criteria for its combination with work-related earnings (employment incentive). In this sense, depending on the amount of those earnings, beneficiaries can get a percentage excluded (table 1) from the calculation of the threshold established to be eligible for the IMV (art. 1, n. 2).

Table 1. Defining criteria of work-related earnings percentage of exemption (Source: An. III, R.D. 789/2022)

| <i>Criteria</i> | <i>Characteristics</i> |
|---|---|
| Household type | Only adults |
| | One adult + one or more minors |
| | One or more adults + one or more minors |
| Changes in beneficiary's employment status | Extensive edge (first entrance into the labour market) |
| | Intensive edge (increase of working hours) |
| Amount of work-related earnings with respect to IMV | work-related income is lower than or equal to 60% of IMV received |
| | work-related income is higher than 60% or equal to IMV received |
| | work-related income is higher than IMV received |

2 Methodology

This paper proposes an exploratory analysis of five European MIS: Hungary, Italy, Norway, Spain, the UK. The analytical framework is based on the work done by Yerkes et al. (2019) in rethinking family policies from a Capabilities perspective. We conceptualise MIS as a means for working mothers to exit poverty and social exclusion by broadening their range of choice regarding the balance of their care and job responsibilities. We focus on working mothers' opportunities to choose between:

- Equally balancing caregiving and participation in paid employment.
- Prioritising caregiving over paid employment.
- Providing care while pursuing professional goals.
-

However, their real opportunities to translate MIS in real functionalities do not depend only on the policy. They are also shaped by conversion factors: the socio-economic and cultural norms regulating the distribution of care between women and men and the position of women in the labour market (Figure 1).

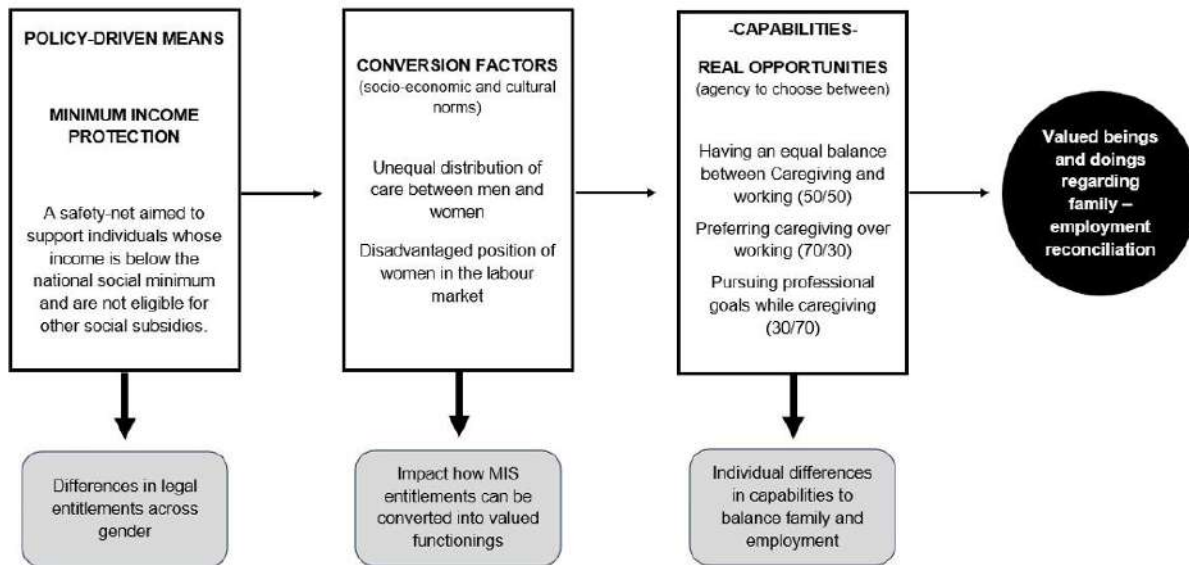


Figure 1

Therefore, in our analysis, the ideal MIS would:

- Overcome the “narrow conceptualisation of work” by configuring unpaid care as valuable alternative to fulfil the activation requirement instead of employment (Andersen, 2020).
- Include “tailored flexibilities” into the conditionality design to adapt the income protection to caregiving specificities (Cain, 2016, p. 499). For us, this translates in two directions: (a) recognising a certain freedom of choice regarding which job/work-related activity take to fulfil the activation requirement; (b) modifying or improving MIS eligibility criteria and conditions for claimants with care responsibilities.

2.1 Policy Items

We have created three policy items and nine indicators (table 2) for the comparative analysis of unpaid care incorporation within MIS conditionality design focusing on two levels of conditionality: conditions of conduct (behavioural requirements and constraints imposed on claimants) and conditions of circumstance (eligibility and entitlement criteria) (Clasen and Clegg, 2007). This allows us to analyse MIS conditionality under concrete dimensions and to observe patterns of similarity and difference with respect to unpaid care. The measurement is done using a qualitative scale that assesses how far each scheme is from the ideal one under three criteria:

- “Highly conditional” when the scheme is far from the ideal.
- “Averagely conditional” when only some forms of unpaid care are considered.
- “Lightly conditional” when the scheme is closer to the ideal.

1. *Freedom to choose unpaid care work instead of paid employment.* Here, we assess whether unpaid care work is considered a valuable alternative to fulfil MIS activation requirements instead of employment by considering three indicators: providing unpaid childcare; providing other types of unpaid family care; performing other kinds of activities. The latter is introduced as a control indicator to verify to what extent the scheme consider other kinds of activities, beyond caregiving, as valuable alternatives to employment. We believe this

information can help us to better understand how strict each scheme's is and to have a wider picture on the role of care in this context.

2. Freedom to choose how to participate in employment. This policy item analyses to what extent beneficiaries with care responsibilities are free to refuse to participate in any work-related activity proposed when, due to its characteristics, is difficult to combine with caregiving. The assessment is done referring to: opportunity to refuse one or more jobs; opportunity to refuse one or more education and training activities; opportunity to decline participating in other kinds of work-related activities.

Tabla 2. Minimum Income Schemes policy items and assessment indicators

| |
|---|
| <i>Policy Item 1: Freedom to choose unpaid care work instead of paid employment</i> |
| Providing unpaid childcare is a valuable alternative to employment |
| Providing other types of unpaid family care is a valuable alternative to employment |
| Performing other kinds of activities is a valuable alternative to employment |
| <i>Policy Item 2: Freedom to choose how to participate in employment</i> |
| Opportunity to refuse one or more jobs |
| Opportunity to refuse one or more education & training activities |
| Opportunity to decline participating in other kinds of work-related activities |
| <i>Policy Item 3: Opportunity to have the benefit improved</i> |
| Non-economic modifications or improvements of eligibility criteria and conditions |
| Improvement of economic eligibility criteria and conditions |
| Compatibility or integration with care or housing allowances |

Source: Personal elaboration

Opportunity to have the benefit improved. This policy item assesses to what extent the scheme's eligibility criteria and conditions are modified or improved when the claimant has care responsibilities. We focus on: non-economic modifications or improvements of eligibility criteria and conditions; improvement of economic eligibility criteria and conditions; compatibility or integration with care or housing allowances.

3 Preliminary Results

3.1 Freedom to choose unpaid care work instead of paid employment

According to our analysis, the RdC can be considered an averagely conditional scheme because it recognizes only specific forms of unpaid care as valuable alternatives to employment. This concerns caring for dependent children aged 3 years old or less or for other household members affected by serious disability or who are not self-sufficient. In both cases, caregivers are exempted from declaring availability to work and from signing the Employment Plan (art. 4, sub. 3). Moreover, their "social or socio-health needs linked to their care tasks" can be also recognized ex officio during the first evaluation meeting at the Employment Office (art. 4, sub. 6).

Out of these situations, only attending a study or vocational training course may be considered an exemption to participate in employment. Nevertheless, when household's needs are "complex and multidimensional", a

Social Inclusion Plan must be signed to allow public services to provide a coordinated answer according to the case (art. 4, sub. 12).

The IMV, instead, is here considered a highly conditional scheme because, despite recognising one form of unpaid care, the conditions are strict and quite specific. In fact, only non-professional caregivers of people in a dependency situation who have signed the special agreement regulating their inscription to Social Security are exempted from any obligation established by art. 36 (art. 36, letter g, n. 2). Among other activities, only beneficiaries who are younger than 28 and are enrolled in official study courses are exempted from the obligation of getting registered as job seekers. When they turn 28 the exemption lapses (art. 36, letter g, n. 1).

3.2 Freedom to choose how to participate in employment

The assessment done under the lens of this policy item shows the RdC as averagely conditional. In fact, individuals who are not obliged to sign the Employment Plan are not required to follow any of the obligations indicated by art. 4 (art. 315, L. 197/2022). However, this exemption does not apply to people between 18-29 years old who have not completed their compulsory education. For them, the RdC granting is conditioned by their participation in courses “functional to the fulfilment of the aforesaid education obligation” (art. 316).

Looking at the IMV, instead, we observe that Law 19/2021 configures it as a highly conditional scheme. In fact, the lack of participation in the inclusion strategies promoted by the I.S.S.M. Ministry is considered a violation of the obligations established by art. 36 and can be sanctioned with (arts. 38 and 39):

- The suspension of IMV up to three months when the beneficiary is found responsible for a (generic) violation of the aforementioned obligations.
- The suspension of IMV up to six months when the beneficiary is found responsible for a repeated violation of the same obligations.

Furthermore, the right to receive the IMV is considered extinct when, among other reasons, the benefit has been suspended for one continued year (art. 17, n. 2, in combination with art. 18, n. 1, letter f).

The Law does not contemplate any exemption to the norms just exposed. Nevertheless, for the moment, the inclusion strategies are promoted through 34 pilot projects financed by the I.S.S.M. Ministry and implemented throughout Spain with the collaboration of Autonomous Communities, Local Governments, and third sector organisations. The design and implementation of these strategies is mainly left to the local level, while the final aim of pilot projects seems to be contributing to the collection of knowledge in this area (art. 1, R.D. 938/2021). Therefore, the overall strategy in this context appears to be still at a testing level, making it difficult to understand to what extent the strict conditionality can be implemented in practice.

3.3 Opportunity to have the benefit improved

In general, both RdC and IMV appear to be averagely conditional schemes. However, it is worth mentioning that the IMV seems to have a higher incorporation of unpaid (child)care because relevant eligibility criteria and conditions are improved for people with care responsibilities.

3.4 Non-economic modifications or improvements of eligibility criteria and conditions

Regarding the RdC, the only improvement found is the extension of the period of disbursement over the seven months established (art. 313, L. 197/2022) for households with dependent children, members with disabilities or who are 65 years old or more (art. 314).

Looking at the IMV, instead, we see that some of the eligibility criteria do not apply to children incorporated in the household by birth, adoption, foster care, or custody for adoption purposes or are modified due to their presence in the household. In particular:

- The minimum period of legal residence in Spain (one year) and the minimum time of household establishment (six months) required do not apply to children in the conditions just mentioned. Moreover, the second exemption applies also to children incorporated by family reunion (art. 10, subs. 1 and 3, L. 19/2021).
- The age limit of 23 years old is lowered to 18 (or to the assimilated status of emancipated minor) if none of the household members is, at least, 23 (art. 5, n. 2).

3.5 Improvement of economic eligibility criteria and conditions

As displayed in table 3, we observe that in both schemes the wealth and income thresholds established to be eligible to receive the benefit are increased for households including minors or people with disabilities.

Tabla 3. Modifications introduced to the economic eligibility criteria of both RdC and IMV for households with minors or members with disabilities (Sources: L.D. 4/2019 (ITA) & L. 19/2021 (SPA)).

| <i>Scheme</i> | <i>Type of Threshold</i> | <i>Increase applied</i> |
|----------------------|---|---|
| RdC (L.D. 4/2019) | Equivalised Income (art. 2, sub. 4) | <p>Increased according to an equivalencescale that confers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 for the first household member. • +0,4 for all the other members older than 18. • +0,2 for all the other members who are underage up to 2,1 (max.). • +0,2 for all the other members affected by serious disability or who are not self-sufficient up to 2,2 (max.). |
| | Financial Wealth (art. 2, sub. 1, letter b,n. 3) | <p>Increased by:</p> <ul style="list-style-type: none"> • €2.000 for each household member. after the second up to €10.000 (max.) • €1.000 for each dependent child following the second. • €5.000 for each member with disabilities which becomes €7.500 if the person is affected by serious disability or is not self-sufficient. |
| IMV (L. 19/2021) | <p>Monthly Average of Computable Annual Income (art. 11, sub. 2, in combination with Annex 1)</p> <p>Net Wealth (art. 11, sub. 2, in combination with Annex 11)</p> | Both are increased according to increment scales that take into account the composition of the household and the number of its members |

Furthermore, for the IMV, the R.D 782/2022 establishes that the percentage of exemption for households having work-related earnings higher than 60% or equal to the amount of the IMV received (table 1) must be calculated according to their composition (table 4).

Tabla 4. Percentage of exemption established for households with work-related earnings higher than 60% or equal to IMV per household composition (Source: Annex III, R.D. 789/2022).

| | <i>Extensive edge (first entrance in labour market)</i> | <i>Intensive edge (increase of working hours)</i> |
|---|---|---|
| 1 or more adults | Percentage of exemption 30% | Percentage of exemption 20% |
| 1 adult with 1 or more minors | Percentage of exemption 35% | Percentage of exemption 25% |
| 1 or more adults with 1 or more minors | Percentage of exemption 40% | Percentage of exemption 30% |

3.6 Compatibility / Integration with childcare and housing allowances

Table 5 shows how both RdC and IMV are combinable or integrated with specific allowances regarding care or housing.

Tabla 5. Compatibility & Integration of RdC and IMV with the corresponding national care or housing allowances (Source: self-elaboration from the corresponding legislative norms)

| <i>Scheme</i> | <i>Relationship with care or housing allowances</i> |
|-----------------------|--|
| RdC (L. D. 4/2019) | <p>The benefit is <u>COMBINABLE</u> with :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Single and universal allowance for dependent children. It's provided to household with children under age or over 18 years old if still economically dependent (art.7, LD 230/2021). • Nursery bonus established for households with children aged 0-3 (art. 1. sub. 355, l. 232/2016 & art. 1, SUO. 34 3, l. 160/2019). • Allowance for single-headed households of women with children with disability of 60% or more (art. 1, sub. 36, 5 L. 178/2020.) <p>It is also <u>INTEGRATED</u> with two complements to support</p> <ul style="list-style-type: none"> • The annual rent (indicated in the renting agreement) with an amount equal to it up to 10 a maximum or 3.360 per year (art. 3, sub. 1, letter b). • The mortgage monthly instalment up to a maximum of €1.800 per year when the mortgage agreement has been signed by one household member (art 3, sub 3). |

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>IMV (L. 19/2021)</p> | <p>The benefit is <u>Not COMBINABLE</u> with any housing allowance BUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 20, sub.1, letter f, n. 2, excludes the amount of all housing allowances from the calculation of the income eligible to obtain the IMV. <p>It is <u>INTEGRATED</u> with three complements (replacement of the previous allowance for dependent children):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Child support allowance. An extra amount provided automatically to households eligible for the IMV who were receiving the previous allowance according to the number and age of children (arts. 11, 13 and 10th F.D.). • Allowance for single-headed households. It determines an increase of the IMV by 22% and applies to the cases indicated by the Law. • Allowance for people with a disability of 65% or more. 11 increases the IMV by 22% per person (art. 13, n., 2 letter d). • Art. 13, n. 3, recognises the possibility of increasing the IMV when the rent of the habitual residence is higher than 10% of the IMV corresponding to that household according to size and composition |
|-----------------------------|--|

It is worth mentioning that art. 13, sub. 2, letter c, L. 19/2021, establishes that the allowance for single-headed households granted in combination with the IMV must be provided:

- The households formed by one adult and one or more minors who are its descendants up to the second degree and over whom the claimant has exclusive custody.
- To households formed by one adult and one or more minors who are in its permanent foster care or custody for adoption purposes and the claimant is their sole foster or guardian.
- When the other parent, guardian, or caregiver of the minors has been in prison or in the hospital for one full year or more.
- When at least one of the parents, grandparents, fosters, or guardians of the minors is affected by third degree, permanent, or high disability.
- When the household is headed by a woman who has suffered gender violence according to the L. 1/2004 and has children by birth, adoption, foster care, or custody for adoption purposes.

References

- Andersen, K. (2020). Universal Credit, gender and unpaid childcare: Mothers' accounts of the new welfare conditionality regime. *Critical Social Policy*, 40(3), 430-449. <https://doi.org/10.1177/0261018319856487>
- Cain, R. (2016). Responsibilising recovery: Lone and low-paid parents, Universal Credit and the gendered contradictions of UK welfare reform. *British Politics*, 11(4), 488-507. <https://doi.org/10.1057/s41293-016-0034-4>
- Clasen, J. & Clegg, D. (2007). Levels and Levers of Conditionality: Measuring Change within Welfare States. In, Investigating Welfare State Change: *The «Dependent Variable Problem» in Comparative Analysis*. Edward Elgar Publishing. <https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/794580>
- Cookson, T.P., Sandoval, R., Staab, S., Tabbush, C., Bitterly, J., & Mathew, M. (2023). Do governments account for gender when designing their social protection systems? Findings from an analysis of national social protection strategies. *Social Policy & Administration*, Early View, 1-15. <https://doi.org/10.1111/spol.12944>
- Crompton, R. (2006). Understanding change in employment, family, and gender relations. In, *Employment and the Family: The Reconfiguration of Work and Family Life in Contemporary Societies* (pp. 1-30). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511488962>

- Daly, M. (2023). Theorizing the Relationship between Family, gender, and the Welfare State. In, Daly, M., Pfau-Effinger, B., Gilberts, N., & Besharov, D.J. (ed.). *The Oxford Handbook of family policy over the life course* (pp. 143-159). Oxford University Press.
- European Commission (2008). *Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (2008/867/EC)*, [2008]OJ L307/11, Brussels: European Commission.
- European Commission (2020). The European Pillar of Social Rights Action Plan. Luxembourg: EU Publications Office. <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/#infographic-main>
- Favero, F. (2020). *The Italian "Reddito di Cittadinanza" one year later* (No. 146/2020). Working Paper.
- Jessoula, M. (2021) *The institutional logics of minimum income schemes in seven European countries. EUROSHIP Working Paper no. 4*. Oslo Metropolitan University. DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14892423>.
- Land, H. (2001). Lone mothers, employment, and childcare. In, Millar, J. & Rowlingson, K. (eds.), *Lone Parents, Employment and Social Policy*, 233-253. Bristol University Press. <https://doi.org/10.46692/9781847425386.014>
- Law Decree No. 4/2019. Urgent provisions regarding citizenship income and pensions. 28 January. N. 23/160. Converted with amendments by Law No. 26/2019. 28 March. N. 75/160.
- Law No. 197/2022. State Budget for the financial year 2023 and Multi-Year Budget for the three-year period 2023-2025. 29 December. N. 43/L.
- Malgesini Rey, G. (2021). *Poverty Watch Spain 2021*. EAPN SPAIN.
- McDowell, L. (2005). Love, money, and gender divisions of labour: Some critical reflections on welfare-to-work policies in the UK. *Journal of Economic Geography*, 5(3), 365-379. <https://doi.org/10.1093/jnlecg/lbh042>
- Millar, J., & Ridge, T. (2009). Relationships of Care: Working Lone Mothers, their Children and Employment Sustainability. *Journal of Social Policy*, 38(1), 103-121. <https://doi.org/10.1017/S0047279408002572>
- Royal Decree No. 20/2020 which establishes the Minimum Vital Income. 29 of May. Ref. BOE-A-2020-5493. Converted with amendments by Law No. 19/2021. 20 of December. Ref. BOE-A-2021-21007
- Royal Decree No. 789/2022 which regulates the compatibility of IMV with earnings coming for work or self-employment. 27 of September. Ref. BOE-A-2022- 15764.
- Yerkes, M., Javornik, J., & Kurowska, A. (Eds.) (2019). *Social Policy and the Capability Approach: Concepts, Measurements and Application*. Bristol University Press. <https://doi.org/10.46692/9781447341796.005>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La experiencia de rehabilitación e inserción laboral de personas con enfermedad grave en la Comunidad de Madrid.

Abelardo Rodríguez González, Dirección General de atención a personas con discapacidad. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid (abelardo.rodriguez@madrid.org)

Cristina Díez Villar, Centro de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Gestión técnica a cargo de Fundación Manantial. (cdiez@fundacionmanantial.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Se trata de una amplia y diversificada Red de centros y recursos de atención social y apoyo a la integración de las personas con trastorno mental grave en la Comunidad de Madrid. La *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*, depende de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad en la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, y se organiza y funciona de acuerdo con un criterio de territorialización. El principio de territorialización es un elemento esencial de la organización y funcionamiento de la Red y un instrumento esencial para asegurar la coordinación con los Servicios de Salud Mental de la zona en la que viven las personas que atendemos. Todo ello para facilitar la mejora de su inclusión, integración y participación comunitaria.

La Red Pública de Atención Social cuenta actualmente, tras el crecimiento en 234 nuevas plazas a septiembre de 2023, con un total de 7.088 plazas en 234 centros y recursos en los que trabajan 1570 profesionales. Para promover y apoyar la rehabilitación e inserción laboral, se han desarrollado los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) dentro de la Red de Atención Social a

personas con enfermedad mental de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.

Los Centros de Rehabilitación Laboral son un recurso específico que ofrece de un modo individualizado programas de rehabilitación laboral dirigidos a preparar, apoyar y mantener la inserción en el empleo sobre todo en empresas ordinarias. Los Centros de Rehabilitación Laboral han demostrado ser un recurso útil y eficaz para facilitar la preparación, el acceso y mantenimiento en el empleo de las personas con trastorno mental grave. Es decir, los CRL son el recurso específico para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción en el empleo de estas personas con TMG en la Comunidad de Madrid.

De un modo sintético se describirán las características, organización y funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Laboral y se expondrá sus principales datos de inserción laboral en los últimos años. El Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida" (1991-Actualidad) fue el primer CRL creado en la Comunidad de Madrid. Hasta finales de diciembre de 1998, la Dirección General de Servicios Sociales solo tenía funcionando este recurso laboral. A partir de diciembre de 1998 se inició la gestión y funcionamiento de un nuevo Centro de Rehabilitación Laboral en el distrito Centro de Madrid (CRL "Vázquez de Mella). Y en enero de 2001 comenzó su andadura el CRL "Afap-Pedrezuela". Hasta entonces la Comunidad de Madrid solo contaba con 3 CRL con 130 plazas.

Actualmente están en funcionamiento un total de 30 CRL con un total de 1.485 plazas, tras la puesta en marcha en mayo de 2022 de 3 nuevos CRL de 30 plazas cada uno y la ampliación en septiembre de 2023 de 80 plazas en 8 CRLs. De ellos 24 son CRLs concertados en Acuerdo Marco y cofinanciados por FSE con 1.215 plazas y luego hay 6 CRLs propios con gestión contratada con 270 plazas.

En 2022 en el conjunto de los 30 CRL existentes desde mediados de 2022, de los 1.891 usuarios atendidos en 2022 de ellos se logró que un total de 1.236 usuarios tuvieron actividad laboral en 2022 lo que supone un

65,36 % global de inserción laboral en 2022 (lo que supone una mejora de 2,19 % respecto a 2021 que se logró un 63,2 % de inserción en 2021).

Palabras clave

Inserción laboral, empleo, centro de rehabilitación laboral.

1 Introducción

Las personas con trastorno mental grave sufren dificultades para su integración laboral. Muchas de las personas pueden trabajar, son perfectamente capaces, aun así precisan de determinados apoyos de tinte psicosocial. Los programas de rehabilitación laboral y apoyo al empleo son elementos fundamentales para favorecer su inserción laboral y mantenimiento de este.

Para promover y apoyar la rehabilitación e inserción laboral se han desarrollado los Centros de Rehabilitación Laboral dentro de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Consejería de familia, Juventud y Asuntos Sociales.

En el inicio del año 2022 la Red contaba con 27 CRL con un total de 1315 plazas. De ellos, 6 CRL son centros propios con gestión contratada con 270 plazas. El resto, 21 CRL, son centros concertados y cofinanciados por el Fondo Social Europeo. Cuentan con 1045 plazas. En mayo del 2022 se pusieron en marcha tres nuevos CRL concertados de 30 plazas cada uno. Y en septiembre de 2023 se ampliaron 80 nuevas plazas en 8 Centros de Rehabilitación Laboral ampliando 10 plazas en cada uno.

Por lo que a septiembre del año 2023 se cuenta con un total de 30 CRL con 1485 plazas, de ellos 24 son CRL concertados en Acuerdo Marco y cofinanciados por FSE con 1.215 plazas y luego hay 6 CRL propios con gestión contratada con 270 plazas.

Debemos indicar que, según estudios recientes, la tasa de retorno de la inversión, es del 137%, es decir, 1,37€ por cada euro invertido (Ballesteros, F. et al., 2022).

2 Metodología

Los Centros de Rehabilitación Laboral son un recurso específico que ofrece de un modo individualizado programas de rehabilitación laboral dirigidos a preparar, apoyar y mantener la inserción en el empleo de las personas con trastorno mental grave, tanto en empresas ordinarias como en empleo protegido a través de los Centros Especiales de Empleo.

La capacidad de atención de los CRL concertados que están en funcionamiento actualmente se sitúa en un intervalo de plazas entre el mínimo de 30 plazas y 65 plazas.

La capacidad de atención en este tipo de centros tiene un margen de elasticidad teniendo en cuenta que la atención se va ajustando a las necesidades de los distintos usuarios atendidos y a lo establecido en su plan individualizado, por lo que la asistencia es distinta en cada caso y en los diferentes momentos de la intervención. Además, parte de las actividades se desarrollan fuera del centro buscando la normalización e integración comunitaria de los usuarios.

La organización de un Centro de Rehabilitación Laboral así como los programas y actividades que en él se desarrollan buscan servir a la consecución de los siguientes objetivos:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de conocimientos, destrezas y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción laboral en fórmulas de empleo protegido, autoempleo y preferentemente en la empresa ordinaria de aquellos usuarios que tras un proceso de rehabilitación estén en condiciones de realizar actividades laborales productivas.
- Ofrecer el seguimiento y el apoyo que cada persona necesite para asegurar el mantenimiento del mundo laboral.
- Articular y organizar el contacto y la coordinación con los recursos de formación profesional y con el mercado laboral existente.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de inclusión laboral de este colectivo.

El **perfil** y características, problemática y necesidades de las personas a atender en el Centro de Rehabilitación Laboral es el siguiente:

- Tener una enfermedad mental grave y duradera (esquizofrenia, trastornos maníacos-depresivos, trastornos depresivos graves y recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis)
- Tener una edad entre 18 y 50 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad.
- Los usuarios han de estar atendidos por los Servicios de Salud Mental de referencia que se encargan de su atención psiquiátrica y seguimiento.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel mínimo de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

Este perfil general puede ser adaptado o ajustado a las necesidades específicas que se planteen en el marco de la coordinación con los Servicios de Salud Mental y siempre bajo las directrices y la aprobación de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.

Actualmente, el perfil tipo de usuarios atendidos en los CRL es:

- Mayoritariamente hombres (70%). Solteros (90%). Con una edad media de 30 y 35 años. Conviven con sus padres (74%). Nivel educativo bajo o medio bajo.
- La mayoría con Certificado de discapacidad (71%). Y un 36% con un porcentaje de discapacidad del 65%.
- Diagnosticado de esquizofrenia (52%). Otros trastornos psicóticos (15%).
Trastornos graves de personalidad (17%)
- Personas con más de dos años de evolución del trastorno (95%) y con más de diez años el 47%. Problemas asociados con consumo de sustancias (12%).

La única puerta de acceso a la Red de Atención Social, en nuestro caso a los CRL, es mediante la propuesta y **derivación** desde los Servicios de Salud Mental de cada zona asignada a cada centro y a las plazas adjudicadas al mismo. Todos los usuarios deben estar atendidos en su Servicio de Salud Mental de referencia, que, a través de un informe o similar (Protocolo de Continuidad de Cuidados) se justifica la problemática de funcionamiento laboral del usuario, la necesidad de intervención específica de rehabilitación laboral y su derivación al Centro de Rehabilitación Laboral. Las listas de espera se coordinan y gestionan en cada zona con los Servicios de Salud Mental.

Se trata de una gestión desburocratizada, es decir, la atención en cada recurso se articula sobre las necesidades de la persona y no sobre requisitos administrativos. No se exige disponer de un Certificado de discapacidad.

De la misma manera, la atención es gratuita.

A continuación, se describen brevemente los objetivos, actividades y programas que componen el proceso global de atención e intervención en los CRLs en sus diferentes fases o momentos:

- **Acogida**

Se trabaja activa y específicamente para asegurar el adecuado vínculo de los usuarios que son derivados. Para ello se desarrollan las acciones que sean pertinentes (información, asesoramiento, acompañamiento, acogida en el domicilio...) buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación vocacional-laboral.

- **Evaluación y planificación de la intervención**

El proceso inicial de evaluación permite obtener información fundamental para establecer los principales objetivos y el Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIR-L). Permite conocer a la persona derivada, sus inquietudes, sus expectativas, su historia formativo-laboral, su interés vocacional... No debe ser una fase rígida. Se realiza en un tiempo máximo de dos meses desde el primer contacto del usuario con el centro.

- **Intervención**

El proceso de intervención se estructura a través del diseño de un Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIR-L) que establece de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar. Debe realizarse por escrito y ser presentado y consensuado por la persona atendida.

Los PIR-L se encaminan a preparar y capacitar a cada usuario para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo en el mercado laboral. Incluyen un amplio abanico de actividades que constituyen el núcleo esencial del proceso de intervención en un CRL:

- Orientación vocacional. Definir con claridad los intereses y objetivos laborales de cada usuario. En muchos casos, requiere un trabajo de información y orientación vocacional que permite aclarar y definir sus preferencias laborales, así como delimitar el tipo de trabajo disponible y posible que se ajusta a su formación, competencia y funcionamiento.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades de ajuste laboral. El entrenamiento y recuperación de hábitos y capacidades en estas dos áreas se desarrollan a través de diversos talleres pre-laborales de carácter polivalente. Tienen una función rehabilitadora como contexto de entrenamiento de hábitos básicos y capacidades de cada usuario necesita para avanzar en un proceso de preparación para la inserción laboral. Las tareas siempre se ajustan a las necesidades individuales de cada persona.

- Apoyo a la Formación profesional. A través de la rehabilitación se puede ayudar al usuario a elegir la oferta formativa más idónea a sus posibilidades y preferencias y a la realidad del mercado. Se apoya al usuario en todo el proceso formativo.
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo. Se pretende que el usuario adquiriera las habilidades, conocimientos y destrezas necesarios para encontrar y acceder a un empleo (elaboración de CV, manejo de entrevistas de selección, discriminación de ofertas, portales de empleo ...)
- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento. Se ofrece apoyo y supervisión a los usuarios que se han integrado en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y se ayuda a manejar los diferentes problemas que se planteen.
- Contacto y coordinación tanto con los recursos de formación laboral existentes como con el tejido laboral para facilitar y fomentar la contratación de este colectivo.
- Se ofrecen servicios complementarios de comidas y de apoyo al transporte.

El **equipo profesional** básico que conforma un Centro de Rehabilitación Laboral incluye:

- Director/a de centro (titulado universitario: preferiblemente psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional, Educador/a Social, Trabajador Social)
- Psicólogo/a
- Terapeuta Ocupacional
- Técnico/a de Apoyo a la Inserción Laboral
- Preparador/a Laboral
- Maestro/as de taller

3 Resultados

A continuación, se presenta un resumen de datos de inserción laboral del año 2010 a 2022 en los CRL de la Comunidad de Madrid.

Tabla 1. Resumen de datos del Centro de rehabilitación Laboral “San Blas” (*Centro cofinanciado al 40% por el Fondo Social Europeo del Programa FSE+ 2021-2027*)

| AÑO | Nº de Plazas de CRLs | Nº de usuarios atendidos | Nº de usuarios con Actividad Laboral | % de Inserción Laboral |
|------|---|---|--|--|
| 2010 | 890 | 1137 | 507 | 44,6 % |
| 2011 | 950 | 1260 | 619 | 49,13 % |
| 2012 | 960 | 1313 | 602 | 45,8 % |
| 2013 | 980 | 1330 | 631 | 47,4% |
| 2014 | 1050 | 1351 | 675 | 50 % |
| 2015 | 1090 | 1460 | 791 | 54,2 % |
| 2016 | 1165 | 1532 | 868 | 56,7% |
| 2017 | 1165 | 1537 | 971 | 63,2 % |
| 2018 | 1315 (en julio se ponen en marcha 5 nuevos CRL de 30 pl c/u: 150 pl) | 1692 (1525 en los 22 CRLs en func. Y 167 en los 5 nuevos CRL) | 1,059 (1,026 en los 22 CRLs en func. Y 33 en los 5 nuevos CRL) | 62,59 % (67,3 % en los 22 CRLs en func. Y 19,8% en los 5 nuevos CRL) |
| 2019 | 1315 | 1762 | 1,121 | 63,6 % |
| 2020 | 1315 | 1656 | 1004 | 60,6% |
| 2021 | 1315 | 1763 | 1114 | 63,2% |
| 2022 | 1405 (en mayo se ponen en marcha 3 nuevos CRL de 30 pl c/u: 90 pl) | 1891 (1780 en los 27 CRLs en func. y 111 en los 3 nuevos CRL) | 1236 (1192 en los 27 CRLs en func. y 44 en los 3 nuevos CRL) | 65,3 % (67 % en los 27 CRLs en func. y 39,6 % en los 3 nuevos CRL) |

Seguidamente se especifica un resumen del balance de inserción laboral en el año 2022 en los CRL:

- En el inicio de 2022 la Red contaba con 27 CRL en funcionamiento con total de 1.315 plazas. De ellos, 6 CRL son centros propios con gestión contratada con 270 plazas y 21 CRL con 1045 plazas son centros concertados y cofinanciados por FSE. A 1 de mayo de 2022 se pusieron en marcha 3 nuevos CRL concertados de 30 plazas cada uno con un total de 90 plazas. Con lo que a mediados de año 2022 se alcanzó un total de 30 CRL con 1405 plazas.
- En 2022 en el conjunto de los 30 CRL con 1.405 plazas se ha atendido en los CRL a un total de 1891 usuarios (se mejora respecto a 2021 que fueron 1763 usuarios).

- De ellos 1098 fueron hombres (58,1 %) y 793 fueron mujeres (41,9%). Ha seguido mejorado la atención a mujeres un 0,8 puntos respecto a 2021 que hubo un 41,1 %.
- En 2022 el conjunto de los 30 CRL año del total de los 1891 usuarios atendidos en 2022 se ha logrado que 1236 usuarios tuvieron actividad laboral en 2022 lo que supone un 65,36 % de inserción laboral sobre el total de usuarios atendidos en 2022. Los que supone una mejora de 2,16 puntos sobre 2021 que fue del 63,2 %.
- En los 27 CRL que funcionaron todo el año del total de los 1780 usuarios atendidos en 2022 se ha logrado que 1192 usuarios tuvieron actividad laboral en 2022, lo que supone un 67 % de inserción laboral sobre el total de usuarios atendidos en 2022. Se mejora el porcentaje de inserción en 2022 (67%) respecto a 2021 (63,2 %).
- En los 3 nuevos CRL de 30 plazas cada uno y con un total de 90 plazas puestos en marcha en mayo de 2022 y que han funcionado apenas 6 meses, aun teniendo en cuenta el escaso tiempo de funcionamiento han logrado unos estupendos y prometedores resultados: En estos 3 nuevos CRL durante el segundo semestre de 2022 han logrado atender a un total de 111 usuarios de los que 63 fueron hombres (56,8%) y 48 eran mujeres (43,2 %) y de ellos se logró que 44 usuarios tuvieron actividad laboral lo que supone un 39,6 % de inserción laboral alcanzado en 2022 en apenas 6 meses de funcionamiento de estos 3 nuevos CRL.
- Los 1236 usuarios con actividad laboral en 2022 en el conjunto de los 30 CRL (sumando los 27 CRL que han funcionado todo el año y los 3 nuevos CRL que funcionan desde mediados de 2022) de los 1891 atendidos en 2022 tuvieron actividad laboral 1236 usuarios (67% de los atendidos) se insertaron en un total de 1.973 empleos (un mismo usuario puede tener más de un empleo en el año).
- Del total de inserciones laborales logradas en 2022 en los CRL según el tipo de empresa: un 38 % en empresa ordinaria (en 2021 fue del 36 %); 57,7 % en empleo protegido CEE (en 2021 fue del 59,4 %) y un 4,6 % en actividades laborales no reguladas (en 2021 fue del 4,7 %). Hemos incorporado un dato adicional en relación cuantos empleos contratados en CEE pero que se desarrollan en empresas ordinarias (es una práctica cada vez más frecuente en muchas empresas contratar los servicios de un CEE pero que los trabajadores desempeñen su trabajo en las empresas ordinarias) y aquí surge un dato de gran interés de los empleos contratados en CEE de ellos 825 (74,8 %) se realizan en empresas ordinarias.
- En cuanto al tipo de contrato la gran mayoría fueron contratos temporales un 59,3 % (en 2021 fue del 76,7 % %) y un 35,5 % contratos indefinidos (en 2021 fue del 17,6 %) y un 5,2 % sin contrato (en 2021 fue del 5,6 %). Sigue evidenciándose el problema de la temporalidad de los contratos, aunque ha mejorado sustancialmente la contratación indefinida tras la reforma laboral.
- En cuanto a tipo de jornada el 45,2 % fue a jornada completa (en 2021 fue del 46,9 %), el 42,8 % fue jornada parcial (en 2021 fue del 40,6 %) y el 11 % contratos por horas (<20 h) (en 2021 fue del 12,5 %).
- Por sector la inmensa mayoría un 94,7% fue en empresas del sector privado, un 5,2 % en el sector público (ayuntamientos, empresas públicas) y hay que destacar que hubo 117 empleos (6,1 %) dentro de centros de la propia Red.
- Asimismo, hay que señalar que en 2022 de los 1891 usuarios atendidos en 2022 en los 30 CRL un total de 710 participaron en actividades de formación laboral para mejorar su cualificación y empleabilidad lo que supone un 35 % respecto al total de atendidos en 2022 (40,3 % en 2021).

4 Conclusiones

Los Centros de Rehabilitación Laboral de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales son unos centros especializados que han demostrado su

eficacia y utilidad para facilitar la preparación y el acceso y mantenimiento en el empleo de las personas con trastorno mental grave.

Muchas de las personas con enfermedad mental grave pueden trabajar y muchos de ellos integrarse en el mercado laboral ordinario. La mayoría a jornada completa y en puestos muy variado sobre todo del sector servicios.

El mercado laboral ordinario debe ser la prioridad tanto por las posibilidades que ofrece como por su carácter de normalización y mayor integración. Los programas y recursos de rehabilitación laboral deben de orientarse sobre todo a la inserción en el empleo ordinario.

Los CRL son un instrumento útil para facilitar la preparación, el acceso y mantenimiento en el empleo de las personas con TMG.

Para aquellos con mayores dificultades se debe ampliar las posibilidades de empleo protegido en CEE aún escasas en la Comunidad de Madrid. Pero seguir potenciando de un modo especial la inserción en empresas ordinarias.

Es necesario seguir reduciendo la brecha de género aun existente y fomentar la mayor atención a mujeres para aumentar sus oportunidades de integración laboral, así como la derivación de jóvenes menores de 30 años.

Referencias bibliográficas

- AA.VV. (Sánchez Rodríguez, Ó., Coord.) (2012): Desarrollo profesional e inserción laboral en personas con enfermedad mental, Madrid, Editorial Grupo 5.
- Ballesteros, F., Polvorinos, S., Cerezo, Y. y Navarro, D. (2022): "Retorno Económico y social de la Inversión en un Centro de Rehabilitación Laboral", CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, 106, pp. 149-176. DOI: <https://doi.org/10.7203/CIRIEC- E.106.19183>.
- Comunidad de Madrid (2001): "Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención". Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14.
- Comunidad de Madrid (2021): "Pliego de prescripciones técnicas que han de regir en el nuevo acuerdo marco que fije las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos de servicios para la gestión de Centros de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zonas de la Comunidad de Madrid".
- Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (2010), Manual de rehabilitación del trastorno mental grave, Madrid, Editorial Síntesis.
- Rodríguez, A y González, J.C (2002): "La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica". Cuadernos técnicos de servicios sociales nº 17. Comunidad de Madrid.
- Rodríguez González, Abelardo (2001): "La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid". Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, año 8. Número 13.
- Rodríguez Pulido, F y Estebanz Caballero, N (2021): "Empleo, recuperación y ciudadanía en las experiencias psicóticas: Reorientando los servicios de salud mental". Cuadernos Técnicos de Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Valmorisco Pizarro, S. (2015): Políticas públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental. Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) de la Comunidad de Madrid (2008-2012), Tesis Doctoral inédita, Getafe (Madrid).



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Inserción laboral de personas con trastorno mental: desde una experiencia piloto a una comunidad de aprendizaje colaborativa

Débora Koatz, Instituto Universitario Avedis Donabedian, Universidad Autónoma de Barcelona (dkoatz@fadq.org)

Pilar Hilarión, Instituto Universitario Avedis Donabedian, Universidad Autónoma de Barcelona

Pere Bonet, Ministerio de Salud de Andorra

Francisco Rodríguez Pulido, Universidad de La Laguna



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

IPS (*Individual Placement and Support*) es una metodología de empleo con apoyo basada en 8 principios: exclusión cero; asesoramiento personalizado sobre prestaciones; empleo ordinario; integración de servicios de salud mental e inserción laboral; búsqueda rápida; relaciones con empresas; apoyo y seguimiento continuo; respeto las preferencias de las personas.

En Cataluña, un proyecto piloto implementó IPS (2013-2017) en 7 servicios de inserción laboral, para mejorar la inserción de personas con trastorno mental grave (TMG). Participaron 1620 personas en edad laboral. La evaluación incluyó la Escala de Fidelidad al modelo IPS y la monitorización de indicadores. Las estrategias desarrolladas fueron: apoyo técnico, formación, identificación de barreras y facilitadores, y planes de mejora. El porcentaje de personas con empleo se incrementó del 16% al 43%. La puntuación en la escala mejoró un 34%.

En 2021, se crea una comunidad de aprendizaje a través de un proyecto colaborativo para escalar IPS en Europa. Desde 2022, la red IPS en España se reúne trimestralmente, de forma virtual. Participan 13 entidades de diferentes regiones compartiendo experiencias, problemas y soluciones. Es un espacio de aprendizaje y mejora para los servicios, potenciando prácticas efectivas y contribuyendo a mejorar las oportunidades de las personas con trastorno mental.

Palabras clave

Salud mental, inserción laboral, IPS

1 Introducción

Actualmente, la salud mental es uno de los mayores retos de la salud pública, por prevalencia, carga de enfermedad y discapacidad (Marquez P.V. & Saxena S, 2016). Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades crónicas (OMS, 2019).

El 13% de la población mundial vive con un trastorno mental diagnosticable (1 de cada 8 personas) y se estima que el 15% de la población trabajadora experimentará un trastorno mental en algún momento de su vida. Trastornos como la depresión y la ansiedad aumentaron un 25% durante el primer año de la pandemia de Covid-19 (OMS, 2022).

Al reto global de promover, atender y cuidar la salud mental se suma la vulnerabilidad al estigma y situaciones de inequidad que sufren las personas que padecen estos trastornos, limitando derechos esenciales como vivir una vida plena, de forma autónoma, y con la máxima calidad de vida posible.

Las Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define acciones prioritarias en ocho áreas, entre las cuales están el empleo, la salud, la participación y la educación (Consejo de Europa, s. f.).

Las personas con un trastorno mental desean llevar una vida digna, contribuyendo plenamente a sus comunidades, lo que implica -entre otras cuestiones- el derecho a tener un trabajo satisfactorio (Knaeps et al., 2015; Westcott et al., 2015).

Si bien la legislación europea, nacional y autonómica reconoce este derecho como fundamental, su impacto en la práctica aún es limitado (Cohen & Becker, 2014), siendo que 8 de cada 10 personas con discapacidad por trastorno mental no tienen empleo (Confederación Salud Mental España, s. f.), siguiendo la tendencia internacional (Rosenheck et al., 2006), y en la que sólo una media de 2% acceden a servicios de empleo efectivos (Bruns et al., 2016).

La inserción laboral de personas con problemas de salud mental suele ser frágil e inestable, tendiendo al desempleo y al subempleo (trabajar por debajo de su formación o disponibilidad). A pesar de los esfuerzos por mejorar esta situación, muchos intentos han resultado ineficaces y los efectivos se han extendido por España de forma desigual.

Este es el caso del modelo IPS (*Individual Placement and Support*), una práctica basada en evidencia científica que incluye la inserción laboral como parte fundamental del proceso de recuperación de las personas, y el mantenimiento del empleo uno de los principales retos del tratamiento.

IPS es una metodología de empleo con apoyo basada en 8 principios: exclusión cero; asesoramiento personalizado sobre ayudas y prestaciones; empleo ordinario; integración del servicio de inserción con el tratamiento de salud mental; búsqueda rápida de empleo; profesionales se relacionan con empresas; apoyo y seguimiento continuo; y respeto por preferencias de las personas. También incluye la inserción y el apoyo en procesos educativos.

Esta práctica ha posibilitado que un 55% de las personas con diversas condiciones de salud obtengan un empleo ordinario (IPS Employment Center, s. f.). Su efectividad se muestra en 28 ensayos controlados aleatorizados, y numerosos estudios de cohortes en diferentes países (Bond et al., 2020) en personas con trastorno mental (adultos y jóvenes). Con esta práctica, las personas con TMG tuvieron más del doble de probabilidades de conseguir un empleo que con otras metodologías (Modini et al., 2016), y aumentaron el tiempo de retención del empleo de forma significativa (Bond et al., 2020).

Otro de los beneficios estudiados de este modelo tiene que ver con el impacto a largo plazo: las personas trabajaron más tiempo, más horas y a mayor salario. Y a nivel de salud, menos admisiones hospitalarias y más cortas para quienes participaron en programas IPS (Hoffmann et al., 2014).

Además, el retorno de la inversión generado por IPS es mayor en comparación con otras prácticas, siendo más coste-efectivo que otros programas (Knapp et al., 2013). Sus beneficios tienen impacto en las personas, pero también en la economía, las empresas y el sistema de bienestar en general, teniendo en cuenta que los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (Marquez P.V. & Saxena S, 2016; OMS, 2022).

Con estos antecedentes, entre octubre de 2013 y diciembre de 2017 se realizó un proyecto piloto para mejorar la inserción laboral de personas con TMG, a través de la implementación del modelo IPS en Cataluña (Hilarión et al., 2020). Los objetivos del proyecto fueron aumentar el acceso a la ocupación de personas con TMG en la empresa ordinaria y mejorar el conocimiento en la aplicación de esta práctica efectiva, en la que

el apoyo es individualizado, continuado y adaptado a las necesidades y prioridades de cada persona. Finalmente, el proyecto también contribuiría a la comunidad internacional IPS (IPS Employment Center, s. f.), con información, experiencia e investigación.

2 Metodología

Se desarrolló un estudio longitudinal descriptivo mixto para evaluar la implementación de la metodología IPS. La evaluación incluyó la Escala de Fidelidad para el Empleo con Apoyo IPS -aplicada semestralmente hasta alcanzar una puntuación mínima de 100 puntos que indica “buena fidelidad” al modelo- en los servicios de inserción y centros de salud mental (CSM) participantes. Además, se realizó la monitorización trimestral de indicadores de resultados de empleo, entre 2013 y 2017. También, se exploraron las perspectivas de las partes interesadas sobre la implementación, las barreras y facilitadores, su impacto y sostenibilidad. Por último, se analizó el perfil de las personas participantes y los resultados de la inserción.

La estrategia de implementación se desarrolló a tres escalas: macro, meso y micro a través de las cuales se incluyó la participación de agentes sociales que detectaron necesidades y organizaron acciones necesarias para la implementación del modelo. Algunas de éstas fueron: conformar un comité de seguimiento con representantes de las áreas de la Generalitat de Catalunya (salud, trabajo y bienestar social), y otras organizaciones implicadas en el proyecto (Diputació de Barcelona, Fundación La Caixa, y *Dartmouth Psychiatric Research Center*, actualmente IPS Employment Center); se promovió mayor coordinación entre agentes de salud mental e inserción laboral, y entre diferentes administraciones, posibilitando formación para un mejor asesoramiento en cuanto a prestaciones y beneficios sociales. Además, se identificaron barreras y facilitadores para la implementación del modelo en los territorios y se plantearon planes para su abordaje. Se realizó apoyo técnico y formación en metodología IPS a profesionales y gestores (online y presencial), se evaluaron servicios de inserción y CSM con la Escala de Fidelidad, se realizó seguimiento de indicadores trimestrales, y orientación en la implementación de planes de mejora.

3 Resultados

En el periodo estudiado, se atendieron 1620 personas en edad laboral, de las cuales más del 80% presentaban un diagnóstico de TMG. Esto representó aproximadamente el 11 % de las personas con TMG de la región. Un 45% eran mujeres, y un 55% hombres, con una media de edad de 38,5 años. Un 11% de las personas participantes tenían menos de 30 años. Si bien el proyecto incluyó 12 CSM como derivadores principales a los servicios de inserción, las personas fueron derivadas de 92 fuentes diferentes (CSM en su mayoría, pero también profesionales que no pertenecían al Sistema Nacional de Salud).

En los 7 programas de inserción laboral de las 3 regiones que integraron el proyecto (Barcelona Esquerra, Baix Llobregat, Girona), el promedio trimestral de personas participantes fue de 435.

Desde el inicio, se observó un progresivo aumento del porcentaje de personas que trabajaban en los servicios, así como también del número de nuevos empleos obtenidos. Al finalizar, el porcentaje de personas con trabajo se incrementó de un 16% a un 43%, mientras que los resultados de la evaluación de los servicios de inserción y salud mental con la Escala de Fidelidad del Modelo IPS mejoraron un 34%. Esto es desde una puntuación media de 74 (SD 13,5) hasta una puntuación media de 100 (SD 1,4), indicando una buena fidelidad al modelo IPS, conseguida en diciembre de 2016.

El número total de empleos obtenidos por las personas participantes en el periodo de implementación del

proyecto fue de 1.188.

En el análisis de barreras y facilitadores para la implementación, se detectaron como barreras, principalmente la financiación incierta e irregular para los programas de empleo ordinario, la diversidad de indicadores correspondientes a múltiples fuentes de financiación, que muchas veces entraban en contradicción con la propia metodología; la dificultad de los flujos de información entre proveedores de servicios diferentes -como en algunos casos los de empleo y salud mental-, el estigma y las barreras culturales existentes sobre la posibilidad de inserción de las personas con TMG.

Los facilitadores identificados fueron el liderazgo y coordinación de las organizaciones participantes; la mejora de las estrategias de comunicación entre servicios y administraciones; el acceso al asesoramiento sobre prestaciones y beneficios sociales; y la creación de una red de profesionales multidisciplinar con interés en mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas con trastorno mental.

Teniendo en cuenta un análisis realizado en 21 estudios sobre la implementación del Modelo IPS en diferentes países (Bonfils et al., 2017), se observa cierta similitud en cuanto a las barreras encontradas en factores contextuales (marco legal relacionado con ayudas y prestaciones, colaboración intersectorial, etc.), y en cuanto a la cultura y el cambio de paradigma del modelo, hacia la recuperación y rehabilitación de las personas con trastorno mental. En esta línea el miedo a la pérdida de prestaciones en la incorporación al trabajo es una barrera importante para personas usuarias y familiares (Swanson et al., 2011). Similares barreras se encuentran también en relación con la organización local y la cooperación, reflejado principalmente en que los equipos de salud e inserción laboral compartan valores comunes sobre el empleo de las personas con TMG. Y finalmente, barreras en cuanto a una financiación, alineada al modelo (Swanson et al., 2011).

Los facilitadores hallados en otros países (Bonfils et al., 2017) coincidieron con los del proyecto piloto: la Escala de Fidelidad ayudó a mejorar la calidad del servicio y puede ser utilizada como un indicador de gestión de la calidad; el liderazgo para la implementación (de las organizaciones y de los equipos); y la formación y competencias de profesionales, su implicación y apoyo a las empresas y a las personas, desde el modelo de la recuperación.

A pesar de las diferencias contextuales con respecto a otros países (estado de bienestar y políticas nacionales, mercado de trabajo, desempleo y factores culturales), de organización y cooperación (financiación, supervisión, etc.), en España también se han obtenido resultados positivos (Hilarión et al., 2020). El desarrollo del proyecto piloto abrió nuevas posibilidades para la implementación de prácticas basadas en la evidencia en entidades de inserción laboral, en estrecha colaboración con los CSM. Sin embargo, no existe aún una estrategia de escalado definida que promueva la adopción de la metodología IPS desde instancias regionales y/o nacionales, como en otros países de Europa.

En 2021, a través de un proyecto colaborativo para planificar el escalado del modelo IPS a nivel europeo (EUSCF, 2021) se diseñaron posibles estrategias de escalado.

Teniendo en cuenta los factores que estimularon el crecimiento de IPS (Pogue et al., 2022) (investigación y liderazgo local o regional, la evaluación y monitorización de la calidad a través de una herramienta que garantice la fidelidad al modelo en la práctica, y la participación en una comunidad de aprendizaje para fomentar la colaboración entre pares) se plantea la creación de una comunidad de aprendizaje, como herramienta clave para poner en contacto iniciativas aisladas, compartir conocimiento y experiencias, y participaren redes internacionales, como la Comunidad IPS en Europa, que integra más de 15 países con diferente grado de implementación del modelo (Jónasson et al., 2022).

Es así como desde 2022, la Comunidad IPS en España se reúne virtualmente cada trimestre. Participan voluntariamente 13 organizaciones¹ que desarrollan servicios en aproximadamente 20 localizaciones diferentes, con una alta variabilidad entre ellos: algunos programas comienzan a implementar IPS, mientras que otros tienen una larga trayectoria, lo que resulta en niveles diferentes de conocimiento y experiencia dentro de diversos contextos y condiciones (entornos rurales, urbanos, jóvenes, adultos, etc.).

A través de los encuentros se intercambian experiencias, barreras y facilitadores de cada contexto y se comparten temas de interés, problemas y soluciones, potenciando el aprendizaje colaborativo. En abril de 2023 se desarrolló la primera jornada presencial de la red en Tenerife, pudiendo generar una mayor cercanía entre las y los profesionales participantes, personas usuarias y servicios.

4 Conclusiones

Si bien la metodología IPS continúa demostrando su efectividad a través de numerosos estudios, en contextos y países muy diversos, aún su conocimiento, implementación y desarrollo en España es limitado. Esta iniciativa de aprendizaje colaborativo busca potenciar el desarrollo de prácticas efectivas, basadas en la evidencia disponible, y promover oportunidades de investigación a nivel local y en colaboración con otros países, como herramienta para el apoyo técnico y metodológico de los equipos que trabajan con IPS.

Promover la creación de redes profesionales y espacios de aprendizaje y colaboración (entre profesionales y organizaciones) puede ser clave en el logro de objetivos comunes en la atención integrada en salud mental, promoviendo la mejora de la calidad de vida de las personas con trastorno mental y contribuyendo a su recuperación a través del empleo, la educación y participación social.

Referencias bibliográficas

- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. En *World Psychiatry* (Vol. 19, Número 3). <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Bonfils, I. S., Hansen, H., Dalum, H. S., & Eplov, L. F. (2017). Implementation of the individual placement and support approach—facilitators and barriers. En *Scandinavian Journal of Disability Research* (Vol. 19, Número 4). <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1222306>
- Bruns, E. J., Kerns, S. E. U., Pullmann, M. D., Hensley, S. W., Lutterman, T., & Hoagwood, K. E. (2016). Research, data, and evidence-based treatment use in state behavioral health systems, 2001-2012. *Psychiatric Services*, 67(5). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500014>
- Cohen, M. J., & Becker, D. R. (2014). Family advocacy for the IPS supported employment project: Accomplishments and challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2). <https://doi.org/10.1037/prj0000066>
- Confederación Salud Mental España. (s. f.). La salud mental en cifras. Recuperado 9 de septiembre de 2023, de <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#mundo>
- Consejo de Europa. (s. f.). Disability and Disablism. Manual for Human Rights Education with Young people. Recuperado 9 de septiembre de 2023, de <https://www.coe.int/en/web/compass/disability-and-disablism>
- EUSCF. (2021). European Social Catalyst Fund. <https://www.euscf.eu/>
- Hilarión, P., Koatz, D., Bonet, P., Cid, J., Pinar, I., Otín, J. M., Espallargues, M., Molina, C., & Suñol, R. (2020). Implementation of the individual placement and support pilot program in Spain. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1). <https://doi.org/10.1037/prj0000398>

- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., & Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 171(11). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>
- IPS Employment Center. (s. f.). IPS International Learning Community. Recuperado 9 de septiembre de 2023, de <https://ipsworks.org/>
- Jónasson, H., Van Weeghel, J., Koatz, D., Johnston, G., Bejerholm, U., & Fioritti, A. (2022). Boosting the development of individual placement and support in Europe. En *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (Vol. 31). <https://doi.org/10.1017/S2045796022000129>
- Knaeps, J., Neyens, I., Van Weeghel, J., & Van Audenhove, C. (2015). Perspectives of hospitalized patients with mental disorders and their clinicians on vocational goals, barriers, and steps to overcome barriers. *Journal of Mental Health*, 24(4). <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1036972>
- Knapp, M., Patel, A., Curran, C., Latimer, E., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Kilian, R., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., Comas-Herrera, A., White, S., Wiersma, D., & Burns, T. (2013). Supported employment: Cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1002/wps.20017>
- Marquez PV, & Saxena S. (2016). Out of The Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority. *Cerebrum*, 10-16. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. En *British Journal of Psychiatry* (Vol. 209, Número 1). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Pogue, J. A., Bond, G. R., Drake, R. E., Becker, D. R., & Logsdon, S. M. (2022). Growth of IPS Supported Employment Programs in the United States: An Update. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 73(5). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100199>
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J. K., & Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.411>
- Swanson, S., Burson, K., Harper, J., Johnson, B., Litvak, J., McDowell, M., & Weinstein, G. (2011). Implementation issues for IPS supported employment: Stakeholders share their strategies. En *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* (Vol. 14, Número 3). <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598099>
- Westcott, C., Waghorn, G., McLean, D., Statham, D., & Mowry, B. (2015). Interest in employment among people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18(2). <https://doi.org/10.1080/15487768.2014.954162>
- OMS. (2019, octubre 16). Salud Mental. Datos 2019. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- OMS. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. En Organización Mundial de la Salud.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Metodologías grupales en los programas de trabajo y formación. La pertenencia como primer paso para la inclusión sociolaboral

Mercedes Cuenca Silvestre, Universidad de Barcelona (mercedes.cuenca@ub.edu)

Belén Parra Ramajo, Universidad de Barcelona (belenparra@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Se presenta el Programa Trabajo y Formación (TR-FOR) implementado por la Fundación Cepaim en Barcelona y financiado por la Generalitat de Catalunya. En dicho Programa se articulan proyectos de mejora de la empleabilidad de las personas trabajadoras, especialmente aquellas que tienen más dificultades de acceso al mercado laboral.

El Servicio Público de Empleo de Catalunya (SOC) ha subvencionado 10 contratos de trabajo de 12 meses a jornada completa, acciones formativas de carácter transversal y el acompañamiento, llevado a cabo por una trabajadora social con las personas migrantes participantes. El Programa ha sido desarrollado por la Fundación Cepaim, que trabaja para promover un modelo de sociedad inclusiva que facilite el pleno acceso a los derechos de ciudadanía, especialmente a las personas migradas.

Evitando las clásicas acciones individualizadoras, basadas en discursos que presuponen un rol pasivo de la persona, el proceso de apoyo para la inclusión sociolaboral de las personas participantes en el programa ha optado por una metodología de trabajo grupal. Metodología que hace posible revertir el papel de "personas necesitadas" al de sujetos de derecho. El grupo se ha configurado como un recurso y un proceso socio-relacional con un impacto positivo social, laboral y de pertenencia.

Palabras clave

Metodología grupal, pertenencia, inclusión sociolaboral

1 Introducción

Vivimos en una sociedad cada vez más compleja y acelerada. El incremento de la longevidad de la población, la inestabilidad en el empleo, la individualización, el sobreendeudamiento de las familias, la fragmentación de los vínculos sociales, los desahucios, las identidades múltiples, la diversificación de los modelos familiares, la diversidad cultural y la movilidad, exigen una reflexión y actualización permanente de la intervención que desarrollan las Entidades del Tercer sector en contextos concretos.

El escenario postpandémico no ha hecho más que agravar las desigualdades, sobre todo, entre los tramos de renta más baja. A estos perfiles se han añadido nuevos rostros que están en el límite de la vulnerabilidad, y que, ante las limitaciones impuestas por la pandemia, han pasado a formar parte de los grupos de personas en situación de pobreza y exclusión. Las consecuencias que esta última crisis está teniendo sobre ellas son indiscutibles. Así lo asegura el Informe sobre exclusión y desarrollo social en Catalunya (2022), elaborado por la Fundación Fomento de estudios sociales y de Sociología aplicada (FOESSA), cuando indica que en 2021 las personas en situación de exclusión social representan el 29,1% de la población catalana, dato que implica que una de cada tres personas (alrededor de 2.260.000) se encuentra en una situación de exclusión social moderada o severa.

La metodología de la Encuesta sobre integración y necesidades sociales (EINSFOESSA, 2021) diferencia tres grandes áreas de exclusión: la económica, la política y de ciudadanía y la relacional. En el ámbito económico, se tienen en cuenta las dimensiones relacionadas con la ocupación y el consumo, de manera que, de una parte, se examinan los procesos que excluyen a los hogares y a sus miembros de una relación laboral normalizada y, de otra, la suficiencia y/o calidad de los ingresos económicos para la participación en la sociedad, así como las situaciones de privatización de bienes considerados básicos. Los datos de la encuesta revelan que el 36,7% de la población catalana se ve afectada por la exclusión en el ámbito económico. Se dibuja así un escenario con un gran número de población fuera del mercado laboral o con una posición precaria e insegura dentro del mismo (Font y Langarita, 2015).

Si se analizan las situaciones de integración y exclusión teniendo en cuenta las características de las personas y de los hogares, se observa que entre los 13 perfiles o colectivos que registran en Cataluña tasas de exclusión social iguales o superiores al 40% se encuentran las personas migrantes. La nacionalidad, tanto de cada persona del hogar como de la persona sustentadora principal, sigue jugando un papel clave a la hora de explicar las situaciones de exclusión, de manera que la prevalencia de la exclusión entre las personas de nacionalidad extranjera multiplica por 2,5 la de las personas de nacionalidad española. En el conjunto de España, las personas que residen en hogares donde la persona sustentadora principal es de nacionalidad extranjera representan el 28,5% de todas las personas en situación de exclusión social. Este porcentaje asciende al 41,6% en Cataluña, donde se puede hablar de una exclusión social claramente determinada por la condición migratoria.

La experiencia de la Fundación Cepaim con personas migrantes muestra que, en relación al mercado laboral, la falta de estudios homologados y de reconocimiento de la formación y la experiencia profesional en los países de origen hace que se desaproveche gran parte de su bagaje previo, de ahí que suelen realizar aquellos trabajos donde se requieren perfiles bajos de ocupación. Además, la urgencia por trabajar para cubrir las necesidades más básicas (el acceso a una vivienda digna y otros recursos como la alimentación dependen de la percepción de ingresos), más las responsabilidades familiares en el país de origen, provocan que las personas adultas no puedan destinar parte de su tiempo a formarse y poder optar a lugares de trabajo más estables y valorados. En general, desempeñan puestos de trabajo informales, precarios, sin acceso a la protección social, con bajas remuneraciones y escasa visibilización.

Por otro lado, detectamos personas migrantes que, pese a contar con una situación administrativa regular y permiso de trabajo, encuentran con muchas barreras personales, culturales y sociales que les impiden salir de esta situación e insertarse laboral y socialmente. No podemos olvidar que la situación de exclusión social afecta directamente a la salud emocional y física de las personas que la padecen. El sentimiento de preocupación sostenido en el tiempo puede derivar en trastornos adaptativos (dificultades en el ritmo de sueño, problemas somáticos, ansiedad, sentimientos depresivos, etc.), así como presentar sentimientos de soledad, humillación y culpabilidad, que repercuten en la autopercepción.

Ante la situación descrita, el Programa Trabajo y Formación (TR-FOR) cuenta entre sus objetivos con “mejorar la empleabilidad de las personas paradas o inactivas, especialmente de aquellas con más dificultades de acceso al mercado laboral, por medio de la adquisición de experiencia profesional, formación y acompañamiento”. La Fundación Cepaim, como parte del Programa TR-FOR aspira a “empoderar a las personas migrantes a través de la inserción laboral”, mediante el desarrollo de competencias y habilidades transversales y el acercamiento concreto al trabajo en el ámbito de la acción social. Otros aspectos incluyen poner en valor los saberes y vivencias que los/as participantes del programa han tenido a la hora de intervenir con personas migrantes, así como la ruptura de estereotipos presentes en la sociedad, al estar empleados fuera de los sectores laborales que tradicionalmente ocupan.

2 Metodología

En esta comunicación se presentan los resultados de un proceso de acompañamiento llevado a cabo con un grupo constituido por 10 personas (5 hombres y 5 mujeres) con edades comprendidas entre los 21 y 53 años, de 8 nacionalidades diferentes (Colombia, Georgia, Honduras, Kazajstán, Mali, Senegal, Ucrania, Venezuela).

Los objetivos del proceso grupal se enumeran a continuación:

1. Ofrecer un ambiente protegido donde las personas participantes puedan adquirir y/o reforzar aquellas capacidades relacionadas con el mundo laboral.
2. Romper barreras de cariz personal, cultural y social que impiden su inserción social y laboral.
3. Generar un espacio de apoyo mutuo, teniendo en cuenta sus situaciones personales, familiares y comunitarias, de forma que garanticen la continuidad de todo el proceso.
4. Compartir recursos que les permitan salir de las situaciones complejas de exclusión laboral, social y residencial en las que se encuentran.

Una profesional del Trabajo Social implementó el Programa entre febrero del 2022 y febrero del 2023 a través de:

- Una actuación de contratación laboral a jornada completa, con la finalidad de que las personas migrantes adquieran experiencia profesional y mejoren su ocupabilidad.
- Una actuación de formación de 80 horas en competencias digitales; en trabajo en equipo, y en igualdad entre mujeres y hombres y no discriminación, con el objetivo de que las personas participantes mejoren su cualificación y adquieran competencias básicas y transversales.
- Una actuación de acompañamiento, encaminada a ofrecer apoyo a las personas contratadas para facilitar una mejor adaptación al lugar de trabajo y un refuerzo competencial.

Para la última actuación se optó por una metodología grupal ofreciendo un contexto para que las personas pudiesen conectarse entre sí, estableciendo relaciones valiosas tanto dentro como fuera del mismo. El trabajo social de grupo es un método de intervención que se fundamenta en la utilización deliberada de las relaciones sociales, de la interacción entre las personas y de la creación y generación de vínculos. Las características principales que detallan la riqueza del método son la propia experiencia de conexión y de creación de vínculos entre las personas participantes y el sentido de pertenencia generado en dicha experiencia (Henry et al., 2004). El Trabajo Social de grupo tiene la finalidad de promover la máxima capacidad de las personas mediante el desarrollo individual y colectivo de las mismas. El sentido de pertenencia generado en el proceso y el uso intencionado del establecimiento de relaciones en el contexto del grupo son los principales instrumentos para la intervención grupal. Metodológicamente se crea un contexto procesual de relación, que aumenta el poder de las personas participantes para resolver sus dificultades.

Los principales objetivos del Trabajo Social de grupo son la disminución del aislamiento, el desarrollo de habilidades y competencias sociales, el apoyo en las crisis vitales y la enfermedad, la resolución de problemas personales y relacionados con el entorno. Toseland & Rivas (2005) definen el contexto grupal como el lugar idóneo para recuperar la sensación de pérdida de poder, la autoestima y el control sobre las propias vidas. La vinculación generada protege y sostiene a las personas que viven situaciones vitales de dificultad y dolor. Los grupos posibilitan el intercambio de pensamientos, sentimientos y experiencias, y alivian la sensación de aislamiento y rechazo. Además, el sentido de pertenencia y el uso intencionado de la interdependencia generada en el contexto grupal son instrumentos con un potencial de cambio sin igual (Parra, 2017). Como

sugieren Henry et al., 2004), por su misma naturaleza, la metodología de grupo transmite esperanza, ya que supone centrar la atención en la autoestima y la confianza de la persona en sí misma, en la construcción de destrezas y en la integración de las personas.

En la etapa de finalización del programa se realizó una evaluación mediante un cuestionario con escala tipo Likert con cinco posibles respuestas: Totalmente en desacuerdo (0), En desacuerdo (1), Bastante en desacuerdo (2), Bastante de acuerdo (3), De acuerdo (4), Totalmente de acuerdo (5). Con el instrumento de recogida de datos se pudo obtener información compleja y subjetiva sobre las percepciones, actitudes y opiniones de 9 personas participantes en el Programa. Las personas participantes señalaron su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los ítems relativos al proceso grupal vivido. En definitiva, con el instrumento seleccionado se midió el grado de satisfacción con el proyecto implementado, así como el impacto que puede haber tenido en sus vidas.

3 Resultados y conclusiones

La reflexión que aquí compartimos surge de la práctica del Trabajo Social atravesado por la siguiente pregunta: ¿de qué manera puede contribuir el Trabajo Social grupal en los programas de inclusión sociolaboral de las personas migrantes? Los datos obtenidos durante la implementación del proyecto y la aplicación del cuestionario permiten establecer una relación estrecha entre el uso de metodologías grupales y la inclusión sociolaboral de las personas participantes tal y como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados

| ÍTEMS | MEDIA |
|---|-------|
| 1. El grupo ha sido un espacio seguro | 4.5 |
| 2. El grupo ha sido un espacio de confianza. | 4.8 |
| 3. El grupo ha sido un espacio de apoyo. | 4.6 |
| 4. El grupo ha sido un espacio de aprendizaje. | 4.8 |
| 5. El grupo ha sido un espacio donde establecer nuevas relaciones. | 3.6 |
| 6. El grupo ha sido un espacio para desarrollarme profesionalmente. | 4.6 |
| 7. El grupo ha sido un espacio para desarrollarme personalmente. | 4.5 |
| 8. El grupo ha sido un espacio para conocer nuevos recursos. | 4.3 |
| 9. El grupo ha sido una experiencia positiva en mi vida. | 4.8 |
| 10. He ayudado a algún miembro del grupo. | 4.5 |
| 11. He recibido ayuda de algún miembro del grupo. | 4.7 |
| 12. Estoy preparado para realizar una entrevista de trabajo. | 4.7 |
| 13. El grupo me ha servido para encontrar trabajo. | 4.2 |

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta las dificultades que atraviesan las personas migrantes en relación a su empleabilidad, las elevadas valoraciones sobre las diferentes afirmaciones permiten concluir que el grupo es considerado por los/as propios/as participantes como un espacio en el que es posible encontrar apoyo (92%), seguridad (90%) y conocer nuevos recursos (86%). La oportunidad que manifiestan haber experimentado para desarrollarse personal (90%) y profesionalmente (92%) resulta estimulada y facilitada por la interacción grupal, relacionándose además con la recuperación de la autoestima y el control sobre la propia vida (Toseland & Rivas, 2005)

La confianza establecida entre los miembros del grupo (96%), la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos (96%) y la percepción de haber vivido una experiencia positiva (96%), han sido los ítems mejor valorados por los/as participantes, lo cual profundiza en la idea de que el grupo es una oportunidad para que las personas puedan desarrollar sus habilidades, aumentando así la confianza en sí mismas y en los/as otros/as. Seguidamente, el haber recibido ayuda de un miembro del grupo (94%) junto con sentirse preparado/a para realizar una entrevista de trabajo (94%) son las afirmaciones más intensamente sentidas. La primera hace referencia al hecho de compartir intentos de solución y recursos entre personas que atraviesan situaciones de dificultad similares en momentos diferentes lo cual, a su vez, posibilita el reconocimiento recíproco, la desestigmatización de determinadas situaciones y la cohesión grupal (el 90% indica haber ayudado a algún otro miembro del grupo). La segunda afirmación confirma la relación entre la dinámica del grupo y la forma en que puede conducir a cambios en el concepto de uno/a mismo/a, al desarrollar nuevas capacidades.

En el extremo contrario, la afirmación menos experimentada ha sido la de percibir el grupo como un espacio donde establecer nuevas relaciones (72%). Una posible explicación es que las personas participantes en el grupo se integraron en equipos de trabajo de todas las áreas de la Fundación Cepaim, por lo que el tiempo de permanecer juntos/as se reducía a un encuentro semanal de unas dos horas de duración.

Empleando los principios de Yalom (1985) sobre los factores que posibilitan los cambios en los grupos, definidos como once fenómenos que se interrelacionan entre sí para crear y mantener un clima interpersonal entre los componentes del grupo, para que los cambios, el crecimiento y la transformación puedan suceder, identificamos que la universalidad, el altruismo, la transmisión de información, la cohesión y el aprendizaje interpersonal están operando en el grupo analizado. Todos ellos se articulan para dar respuesta a algunos de los principales temas y desafíos de las personas migrantes en relación a su empleabilidad:

- Insuficiente red social y de apoyo.
- Falta de acceso a la información.
- Aislamiento.
- Escasa valoración del propio bagaje y experiencias profesionales.

Observamos una combinación entre aquellos factores con un componente emocional o que se relacionan con condiciones para que tenga lugar el proceso (universalidad, altruismo, cohesión) con aquellos que facilitan el cambio (la transmisión de información; el aprendizaje interpersonal). La participación de las personas en el grupo del Programa TR-FOR ha revertido sobre ellas mismas, provocando cambios en su autopercepción y en la satisfacción de sus necesidades de pertenencia y seguridad.

Estos resultados generan más preguntas en relación a explorar con mayor profundidad la relación entre la utilización de la metodología grupal en los procesos de transición a la empleabilidad de las personas con especiales dificultades para el acceso.

Finalizamos presentando algunas limitaciones que posee la evaluación. En primer lugar, la muestra es reducida, por lo que los resultados son difícilmente generalizables. Por otra parte, sería interesante disponer de un instrumento de medida validado que permitiese establecer la relación entre el uso de metodologías grupales y la inclusión sociolaboral de las personas migrantes. La evaluación de este proyecto no ha incluido ningún ítem del grupo en su proceso, por lo que se desconoce exactamente qué aspectos del proceso grupal podrían haber afectado más estos resultados

Referencias bibliográficas

- Font, J. y Langarita, J. A. (2015): A propósito de la inserción laboral. Implicaciones de las nuevas políticas de empleo para el Trabajo Social. Cuadernos de Trabajo Social, 28(1), 61-68.
https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.45253
- Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (2022). Informe sobre exclusión y desarrollo social en Cataluña. Resultados de la encuesta sobre integración y necesidades sociales 2021. Madrid.
- Henry, S; East, J; Schmitz, C. (Coords).(2004). Trabajo social con grupos: Modelos de intervención. Narcea.
- Parra, B. (2017). El trabajo social de grupo en la actualidad: La utilización de los vínculos para la promoción del cambio social. [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/482214>
- Toseland, R.W., & Rivas, R.F. (2005). An introduction to group work practice. Pearson. Yalom, I. (1985). The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Políticas activas de empleo y personas con problemas de salud mental (Lanbide)

Sara Buesa Rodríguez, Lanbide, Servicio Vasco de Empleo (s-buesa@lanbide.eus)

Elena de Ugarte Lluc, Red COE, Álava (e-ugartelluc@lanbide.eus)

Aintzane Garamendi Torres, Lanbide, Servicio vasco de Empleo (a-garamenditores@lanbide.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Desde el Departamento de Trabajo y Empleo y Lanbide - Servicio Vasco de Empleo se viene apostando por reforzar el papel de acompañamiento a las personas en riesgo de exclusión social, entre ellas, las personas con problemas de salud mental, con el firme objetivo de lograr su inserción sociolaboral, entendiendo la vital importancia que constituyen para ello los planes integrados y personalizados de inclusión de carácter intersectorial. Con ese fin, se están desarrollando actualmente diferentes programas y proyectos.

Por un lado, encontramos programas que tienen una importante trayectoria derivada de unos resultados óptimos en la consecución de sus objetivos, como son el Empleo con Apoyo o los Centros Especiales de Empleo, las Empresas de Inserción, al igual que diferentes acciones y servicios ofertados en el marco del Servicio Vasco de Empleo, como la orientación dirigida a colectivos en desventaja, la formación, o los programas integrales de empleo-formación.

Por otra parte, y como elemento innovador en la atención a las personas pertenecientes a colectivos de atención prioritaria, se ha elaborado un marco conceptual, metodológico y operativo para el desarrollo de proyectos de acompañamiento en itinerarios mixtos, que ofrezcan una atención intersectorial a personas en situación de riesgo o exclusión sociolaboral, y se está realizando una experimentación dirigida a codiseñar una metodología para los mismos.

Palabras clave

Empleo, salud mental, inclusión sociolaboral

1 Introducción

Desde su inicio en 2011, Lanbide – Servicio Vasco de Empleo ha fundamentado su actuación en la atención individualizada y especializada de las personas usuarias de los servicios de empleo, entendiéndola como la garantía de la consecución de los objetivos de mejora de la empleabilidad. En ese sentido, Lanbide busca asegurar el desarrollo de itinerarios personalizados que se adecuen a las necesidades específicas. De esta forma, la inserción laboral debe entenderse desde un prisma amplio, pues se trata de un proceso “que requiere actuar previa, simultánea y posteriormente a la contratación, con el objetivo de garantizar el éxito de estas personas y las empresas” (Hilarion y Koatz, 2012 en Carmona, M. Fernández, R.D., Homet, G., 2020).

Por una parte, Lanbide ha venido gestionando una variedad de servicios y programas destinados al fomento del empleo de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito del empleo ordinario como del empleo protegido. Las personas con problemas de salud mental son atendidas desde este marco de atención basado en el principio de transversalidad de las políticas y las líneas de actuación, concretamente, a través del empleo con apoyo (regulado en el Real Decreto Legislativo 1/2013) y los centros especiales de empleo (recogidos en el Decreto

168/2019). Todo ello, se enmarca en el modelo vasco de inclusión sociolaboral que pone al servicio de las personas con discapacidad diferentes recursos de empleo (servicio ocupacional, centros especiales de empleo y empleo ordinario), y servicios de empleabilidad (orientación laboral especializada, formación) para el desarrollo de itinerarios completos de inclusión sociolaboral.

Además, estas personas también son atendidas desde otros recursos, no dirigidos de forma exclusiva a personas con discapacidad, como son las empresas de inserción, la orientación para colectivos en desventaja, la formación o programas integrales de empleo-formación, como los proyectos singulares y los proyectos para el reequilibrio y la equidad, para los que se recurre a la colaboración entre Lanbide y entidades especializadas.

Por otro lado, desde el año 2021 Lanbide comenzó a trabajar en un nuevo modelo de prestación de servicios, de atención e intervención, que pivota sobre el establecimiento de servicios e itinerarios especializados y diversificados en función del mayor o menor grado de empleabilidad de las personas destinatarias. En este marco, se incluye una nueva línea estratégica en el ámbito de la inclusión, que pretende reforzar la inclusión sociolaboral de personas muy alejadas del mercado de trabajo que precisan un acompañamiento de alta intensidad para mejorar su empleabilidad a través de apoyos específicos y, en muchos casos, intervenciones intersectoriales ofrecidas en coordinación con otros sistemas del Estado del Bienestar (servicios sociales, salud, vivienda, educación) para su inclusión sociolaboral.

En este contexto, la European Social Network (2019) entiende que, en la activación inclusiva, las personas más alejadas del mercado laboral son apoyadas de una manera más holística y adaptada a sus necesidades, donde los servicios sociales, de salud, educación, vivienda y empleo se consideran relevantes para promover su inclusión social, a través de un plan personalizado.

En esa línea de trabajo, es destacable la experimentación de procesos de acompañamiento en itinerarios mixtos. Estos presentan un carácter innovador, ya que su fin es trabajar de forma coordinada desde diferentes sistemas, desarrollando una metodología de gestión de caso compartida.

A continuación, se exponen los diferentes servicios, recursos y programas que ofrece Lanbide – Servicio Vasco de Empleo y de los que las personas con problemas de salud mental pueden ser beneficiarias.

2 Actuaciones destinadas a personas con problemas de salud mental

1. Programas destinados a personas con discapacidad

- *Empleo con apoyo*

| | |
|--|--|
| Fecha inicio | 2012 |
| Presupuesto 2023 | 1.400.00 € |
| Nº entidades (2021) | 9 |
| Nº personas con problemas de salud mental (2021) | 53 (19,3% del total de personas atendidas) |
| Tipos de contrato (2021) | Temporales:32 Indefinidos: 21 (22,6%) |

| | |
|-------------------------|--|
| Tipo de atención (2021) | Inserción (nueva incorporación a puesto de trabajo): 42 Seguimiento: 11 |
|-------------------------|--|

- Centros Especiales de Empleo

| | |
|------------------------------|--------------|
| Fecha inicio | 2011 |
| Presupuesto 2023 | 70.690.000 € |
| Nº CEE (2023) | 83 |
| Nº personas empleadas (2023) | 9.900 |

| DATOS EHLABE (2022) | |
|---|-------------------------|
| Nº personas con problemas de salud mental contratadas en CEE | 2.176 (26% del total) * |
| * Desde 2015 es el grupo, por tipo de discapacidad, que más aumento ha experimentado en cuanto a personas empleadas en CEE, pasando de representar el 16,7% al 26% del total. | |

2. Programas no destinados exclusivamente a personas con discapacidad

- Empresas de inserción

| | |
|---|--------------|
| Fecha inicio | 2011 |
| Presupuesto 2023 | 12.331.000 € |
| Nº empresas de inserción registradas (2023) | 47 |
| Pese a no disponer de datos precisos sobre las personas con problemas de salud mental, debido a la dificultad que entraña su diagnóstico, así como por la complejidad del acceso a los mismos y las cuestiones relativas a la coordinación con el sistema de salud, la información recogida de forma cualitativa indica que se atiende a un importante porcentaje de personas con problemas de salud mental, percibiendo una problemática general de casos de ansiedad y depresión. | |

- Orientación profesional dirigida a personas pertenecientes a colectivos en desventaja

Lanbide ofrece de forma coordinada con entidades colaboradoras diferentes acciones y servicios de orientación dirigidos a personas pertenecientes a colectivos en desventaja, como son las personas con problemas de salud mental.

| | |
|--|--------------|
| Fecha inicio | 2011 |
| Presupuesto 2021-2023 | 5.517.928 €. |
| Nº personas con problemas de salud mental dadas de alta en Lanbide (2022) | 828 |
| Nº personas que han recibido algún servicio de orientación (2022) | 322 (38,9%) |
| Porcentaje de personas desempleadas dadas de alta en Lanbide incorporadas a un puesto de trabajo en 2022 | 63,6% |

- *Programas integrales de empleo-formación*

A.Nuevos proyectos territoriales para el reequilibrio y la equidad. Colectivos especialmente vulnerables

Estos proyectos se enmarcan en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, financiado por la Unión Europea-NextGeneration EU y consisten en la atención personalizada a personas desempleadas mayores de 45 años y a personas en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión. Dicha atención se realizará mediante el desarrollo de itinerarios individualizados que combinen acciones de diferente naturaleza, tales como orientación laboral y asesoramiento, formación y adquisición de competencias profesionales, inserción laboral y generación de empleo a través de contratos de trabajo de carácter temporal a tiempo parcial, fortaleciendo la igualdad efectiva y la no discriminación en el acceso al empleo.

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Fecha inicio | 2022 |
| Presupuesto 2021-2023 | 14.000.000 € |
| Nº personas beneficiarias (2023) | 440 |

B.Proyectos singulares

Son aquellos impulsados por una o varias instituciones públicas o pri-vadas y que coordinan distintos tipos de intervención, de formación, de orientación, de empleo u otras, o proyectos innovadores y/o de experimentación; con el fin de favorecer reforzar la emplea-bilidad y las competencias personales y profesionales de las personas participantes.

| | |
|---|------------|
| Fecha inicio | 2016 |
| Presupuesto 2021-2023 | 5.000.000€ |
| Nº personas atendidas en los proyectos (2023) | 1.400 |
| Nº personas participantes en acciones formativas (2023) | 3.500 |

3. Programas experimentales

- *Proyectos experimentales en itinerarios mixtos*

Desde 2022 Lanbide viene impulsando una línea de trabajo con relación a la definición y experimentación de procesos de acompañamiento en itinerarios mixtos, esto es, itinerarios que ofrezcan una atención intersectorial, coordinada o en red entre distintos sistemas del Estado de Bienestar, dirigidos a personas que se encuentran en una situación de riesgo o exclusión sociolaboral, entendida como la relación de interdependencia entre la exclusión laboral (es decir, la imposibilidad o limitación importante para acceder a un empleo digno) y otras dimensiones de la exclusión (factores sociales, educativos, sanitarios, etc.).

Estos proyectos se definen desde la comprensión de la importancia que adquiere la interdisciplinariedad y el trabajo en coordinación desde los diferentes ámbitos vitales para lograr una plena inclusión de estas personas. Los procesos de inclusión requieren de una acción integrada y coordinada entre diferentes sistemas (servicios sociales, salud, empleo, vivienda), niveles (de acción local, autonómica y nacional) y sectores (público, privada y Tercer Sector). En decir, un modelo de gobernanza interorganizacional: multidimensional, multinivel y multiagente (Heidenreich, M. & Rice, D., 2016, cit por SIIS, 2022).

En el marco de esta línea de trabajo, se ha desarrollado una escala básica de empleo e inclusión (EBEI) para realizar una valoración inicial de empleabilidad (entendida esta desde una concepción amplia y multidimensional), en el marco del proceso de acogida en Lanbide. Esta herramienta permitirá identificar los factores principales que dificultan el acceso al empleo, tanto los laborales, como los no laborales, como es en el caso que nos ocupa, la salud, lo cual permitirá elaborar itinerarios más personalizados.

Asimismo, se ha elaborado un marco conceptual, metodológico y operativo, que sienta las bases para el desarrollo de proyectos experimentales de acompañamiento en los itinerarios mixtos. En dicho marco se establecen los principios rectores en los que se basa la construcción de los itinerarios mixtos: el modelo de activación inclusiva, el acompañamiento individualizado y la atención personalizada, la coordinación centrada en la persona, el modelo de calidad de vida y de apoyos, el enfoque comunitario de ámbito local, la responsabilidad pública, la transversalidad, interinstitucionalidad e intersectorialidad, el enfoque de derechos, el empoderamiento, perspectiva de género e interseccionalidad y la práctica basada en el conocimiento.

En base a las necesidades concretas detectadas en las personas usuarias, se han establecido tres tipos de itinerarios mixtos diferentes: laborales y sociales, laborales y educativos y laborales y de salud. Serán estos últimos en los que nos centraremos aquí.

En la intervención con personas con problemas de salud mental, el logro de actuaciones eficaces y de calidad, pasa por tener en cuenta los diferentes aspectos que influyen en su situación, asegurando una continuidad en la atención. De hecho, las necesidades que se presentan pueden corresponder a diferentes áreas, lo que supone para una cobertura eficaz de las mismas, ofrecer una acción basada en el trabajo coordinado, con el fin de lograr una red que sostenga la atención integral entre diferentes profesionales, instituciones y sectores, tal y como se señala en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026. En ese mismo sentido, se pronuncia el Marco Estratégico 2021-2024 del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, en el que se señala la intención de activar una estrategia interinstitucional en el ámbito de la salud mental y el Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025 en virtud del que se debe potenciar la corresponsabilidad, la participación y la coordinación.

En estos itinerarios las profesionales referentes llevarán a cabo una gestión de caso compartida, para lo que harán uso de Programas Integrados y Personales de Inclusión, que integrarán un Plan Personal de Empleo y

el Diagnóstico de Salud, de forma que se ofrecerán servicios que formen parte de las carteras de ambos sistemas.

De ese modo, la atención a las personas con problemas de salud mental se llevará a cabo teniendo en cuenta de forma constante los dos ámbitos en los que se reflejan las vulnerabilidades de las personas destinatarias. Así, habrá un profesional técnico de orientación o formación para el empleo, que trabajará junto con un profesional del ámbito de la salud, de modo que la persona atendida contará con dos profesionales referentes que trabajarán de forma coordinada en la gestión de su caso. A su vez, en caso de ser necesario, se podrían coordinar con profesionales pertenecientes a otros sistemas (educación, vivienda, servicios sociales), quienes realizarán un seguimiento del plan de cara a adaptarlo al objeto de conseguir unos objetivos satisfactorios.

Es interesante señalar que esta experimentación en itinerarios mixtos se define por su carácter abierto, lo cual permite una mayor y mejor adaptación a cada caso y se materializa en un desarrollo de los proyectos que nace desde la colaboración entre los agentes locales con la transferencia posterior de buenas prácticas tanto a otros contextos como a una unidad territorial mayor.

Durante todo el proceso, se desarrollará un espacio destinado a la puesta en común y aprendizaje mutuo de los diferentes pilotajes realizados, contando con todos los agentes implicados. Asimismo, se realizará una evaluación en términos de la mejora de la empleabilidad e inserción laboral, la calidad de vida y las dinámicas de coordinación e integración entre sistemas, de la que se extraerán las conclusiones necesarias al objeto de valorar el éxito de los proyectos de cara a su transferibilidad y escalabilidad.

Desde un punto de vista más práctico, se exponen a continuación dos de los proyectos que se han presentado y que darán comienzo en septiembre de este mismo año:

- El primero es un proyecto dirigido a 40 personas atendidas por la Red de Salud Mental Araba de Osakidetza, prioritariamente mayores de 30 años y/o sin certificado de discapacidad y mujeres. Los gestores de caso serán un trabajador social de Osakidetza y un profesional especializado en el ámbito del empleo de la Fundación Sartu Álava. Ambos se coordinarán de forma constante a lo largo de todo el itinerario, que tendrá una duración de 12 meses.
- Por su parte, el segundo proyecto se desarrollará entre Gizakia (Proyecto Hombre) y el sistema de empleo con el objetivo de crear itinerarios coordinados para personas en riesgo o exclusión socio laboral con una problemática de adicciones, que permitan de manera personalizada abordar de manera integral las necesidades detectadas en cada una de las áreas (física, psíquica, social y formativo laboral) para promover su activación laboral y mejorar su calidad de vida e inclusión social. En concreto, se incluirán a 25 participantes a lo largo de 12 meses. Los gestores de caso serán una persona orientadora de Lanbide y una psicóloga de Gizakia.

3 Conclusiones

El trabajo con personas pertenecientes a colectivos de atención prioritaria ha mostrado la necesidad de llevar a cabo actuaciones para mejorar su empleabilidad, con los beneficios que ello reporta en todos y cada uno de los ámbitos vitales.

Concretamente, en el caso de las personas con problemas de salud mental, Lanbide – Servicio Vasco de Empleo, ha ido innovando en la oferta de los diferentes servicios que aseguran una atención personalizada y ágil al objeto de lograr su inserción sociolaboral.

También es destacable, la implicación que las diferentes instituciones vascas han tenido a la hora de gestionar las necesidades que muestran estas personas, buscando una atención intersectorial y coordinada que permita mejorar la atención que se les ofrece.

En general, podemos señalar que los datos obtenidos de los diferentes programas que se están desarrollando muestran que las personas con problemas de salud mental hacen uso de los diferentes recursos de los ofrecidos desde Lanbide y que los resultados obtenidos son óptimos, por una parte, respecto a la inserción laboral, ya que más de la mitad han logrado incorporarse al mundo laboral en el último año; y, por otra parte, porque la mayoría de los sistemas integrados en proyectos de estas características se muestran implicados con este colectivo.

Así, visto los buenos datos y la excelente acogida por parte del resto de las instituciones con personas que tienen problemas de salud mental, nuestro reto a partir de ahora será conseguir mayores ratios de empleabilidad a través de servicios, programas y recursos más orientados a este colectivo desde la atención intersectorial que garantice llegar a todas las áreas en las que exista una necesidad. En definitiva, conseguir unas políticas activas de empleo innovadoras, coherentes e inclusivas en el ámbito de la salud mental.

Referencias bibliográficas

- Carmona, M. Fernández, R.D., Homet, G. (2020): Calidad de vida e inserción laboral de personas con trastorno mental grave, Revista puertorriqueña de psicología, V. 31, No. 2, PP. 342 – 355.
- DECRETO 168/2019, de 29 de octubre, por el que se regulan los programas y servicios relacionados con la empleabilidad de las personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi y el Registro Vasco de centros especiales de empleo. Boletín Oficial del País Vasco, núm. 227, de 28 de noviembre de 2019.
<https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2019/11/1905502a.pdf>
- Departamento de Salud Gobierno Vasco (2020): Marco Estratégico 2021-2024.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/es_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf
- EHLABE (2020): Servicios de empleabilidad. Modelo vasco de inclusión sociolaboral.
- EHLABE (2022): Balance de datos 2022.
- European Social Network (2019). Tools for inclusive activation. Improving the social inclusion of people furthest from the labour market. Brussels: European Social Network
- Ley 14/2022, de 22 de diciembre, del Sistema Vasco de Garantía de Ingresos y para la Inclusión.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-1405>
- Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo. Boletín Oficial del Estado, núm. 51, de 1 de marzo de 2023.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5365>
- Ministerio de Sanidad (2022): Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Osakidetza (2023): Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2024.
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/osakidetza-plan-estrategico-23-25_es.pdf

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>

SIIS Servicio de Información e Investigación Social y Lanbide – Servicio Vasco de Empleo (2022): Marco para el desarrollo de proyectos experimentales de acompañamiento en itinerarios mixtos.

Universidad de Deusto y Lanbide – Servicio Vasco de Empleo (2022): Marco conceptual y operativo de la herramienta de triaje.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental desde la experiencia del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León

Noelia Cabrera Carraco, Federación Salud Mental Castilla y León

Jesús Sánchez San José, Federación Salud Mental Castilla y León



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Federación Salud Mental Castilla y León es una entidad formada por 11 asociaciones (una en cada capital de provincia más Aranda de Duero y Miranda de Ebro) y 21 delegaciones rurales.

Desde 1993 trabajamos por la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias, fomentando, entre otras, acciones de formación y empleo para fortalecer su empleabilidad.

Siendo conscientes de las bajas tasas de empleo y actividad, y de la estigmatización de nuestro colectivo implementamos un **modelo de inclusión laboral coordinado**, que genera sinergias entre todas las entidades de la Federación Salud Mental Castilla y León, y **fomenta la empleabilidad, facilitando los apoyos** necesarios a cada proyecto de vida de las personas participantes.

Los principales resultados en 2022 son:

- 1255 itinerarios de empleo (188 son jóvenes).
- 1222 contratos para 540 personas, 37% en Empresa Ordinaria (E.O), 54% en Centro Especial de Empleo (CEE) y 9% en la Administración Pública), resultando una tasa de empleo del 44%.
- 648 participantes en 149 acciones formativas.
- 37 prácticas formativas (38% en E.O, 48% en CEE y 14% en la Administración Pública).
- 790 empresas y 352 recursos contactados.

Palabras clave

Inclusión, coordinación, trabajo en red, sinergias

1 Introducción

1.1 Origen de recurso

Las personas con discapacidad (en adelante PcD) presentan unas tasas de actividad claramente más bajas que las del conjunto de la población, y ratios de desempleo más elevados. En 2021, últimos datos del Empleo de las PcD, la tasa de actividad de las personas jóvenes con discapacidad (entre 16 y 24 años) fue del 19,7 %, frente al 35,5 % de las personas sin discapacidad.

Dentro del colectivo de la discapacidad que tiene una tasa de actividad del 34,6 %, este valor es menor para las personas con discapacidad psicosocial, 29,0 %, y su tasa de empleo del 17,7 %. Estos valores contrastan con los obtenidos para el colectivo de personas sin discapacidad, 77,7 % y 66,3 % respectivamente.

Las personas con problemas de salud mental son el colectivo más vulnerable en el mercado laboral. Su elevado índice de inactividad no es comparable con ningún otro colectivo en edad activa. Sus niveles de paro también son muy superiores y, por consiguiente, las aspiraciones de autonomía y reconocimiento social se ven muy limitadas.

La situación de las personas jóvenes con discapacidad por problemas de salud es aún más preocupante a nivel laboral, porque la enfermedad suele desencadenarse en la etapa de la primera juventud, cuando la persona se forma y se prepara en competencias profesionales para el desempeño de un futuro trabajo, limitando mucho su posterior inserción laboral.

Por otro lado, las características de la población de Castilla y León (con baja densidad de población, concentración en núcleos urbanos y la consiguiente despoblación del ámbito rural), ha planteado la necesidad de crear prestaciones y recursos adecuados a la demanda de las PcD que viven en zonas rurales dispersas. De hecho, cerca de la mitad de las PcD viven en entornos rurales (el 44,4 %).

Por ello desde la Federación SALUD MENTAL Castilla y León y sus 11 entidades miembro, trabajamos desde 1993 para dotar de los apoyos necesarios a estas personas, para que potencien sus capacidades tanto personales como profesionales, rompan con el estigma y se muestren como personas activas en todos los ámbitos.

Tenemos una dilatada experiencia en la gestión y ejecución de programas de apoyo a la inclusión sociolaboral de PcD. Somos entidad gestora de los Programas de Itinerarios Personalizados de Inserción Sociolaboral para PcD (FSE), así como el dirigido a Jóvenes con Discapacidad (YEI), vinculados ambos al Programa Operativo 2014-2020 (con ejecución desde el año 2015 al 2022) financiados por el Fondo Social Europeo, La Iniciativa de Empleo Juvenil y la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, a través de un trabajo coordinado de casi 80 profesionales en cada capital de provincia, Miranda de Ebro, Aranda de Duero y 21 Delegaciones Rurales.

2 Metodología

2.1 Coordinación horizontal de recurso: servicios sociales, empleo, salud mental y otras áreas

La experiencia mencionada en la realización de itinerarios personalizados de inclusión sociolaboral demuestra que la mejora de la empleabilidad de las PcD precisa de un abordaje integral, con acciones que incidan directamente en su desarrollo personal y laboral, así como otras destinadas a la promoción de sus relaciones interpersonales, al bienestar físico y emocional, y a la integración en la comunidad, de acuerdo con su proyecto de vida.

La coordinación con recursos y organizaciones, tanto de la Administración Pública, como de otras entidades de diferentes ámbitos, favorece un mayor impacto y eficiencia de los proyectos e intervenciones, una atención integral, la optimización de los recursos y la creación de sinergias.

2.2 Composición de los equipos de trabajo (perfiles profesionales) y relación habitual con otros equipos de trabajo.

Las personas adscritas a los programas son mayoritariamente profesionales de Inclusión sociolaboral, destacando fundamentalmente tres perfiles, necesarios y complementarios para la puesta en marcha de las actuaciones programadas:

Orientadores/as: Se encargan de captar y acoger a las personas participantes; realizar los itinerarios personalizados de inserción, orientación y asesoramiento; coordinarse con profesionales y entidades vinculadas en los diferentes programas de empleo, y el seguimiento de participantes.

Prospectores/as: Su labor se centra en captar ofertas de empleo; buscar alianzas con empresas; asesorar al tejido empresarial sobre las ventajas de la contratación de PcD y sensibilizar sobre la responsabilidad de las empresas en la inclusión sociolaboral.

Insertores/as: Apoyan y orientan a la persona durante y tras la incorporación laboral. Trabajan de forma transversal y coordinada con el resto de profesionales de cada entidad (trabajadores/as sociales, psicólogos/as, educadores/as, etc.) y de otros recursos comunitarios, facilitando una intervención multidisciplinar en cada área de vida de las personas y sus necesidades.

2.3 Ratio profesional / usuario y ratio coste / plaza.

La cuantía máxima de la subvención está vinculada al perfil del itinerario (coste hora/usuario) desarrollado dentro del programa:

- Para el contrato de formación en alternancia, la cuantía máxima por participante serán 3.500 euros.
- Para los itinerarios de hasta 200 horas/año, la cuantía máxima por participante será de 1.800 euros por año o la parte proporcional según el número de horas.
- Para los itinerarios de hasta 180 horas/año, la cuantía máxima por participante será de 1.620 euros por año o la parte proporcional según el número de horas.

Se establece una ratio media de 15 personas usuarias por profesional.

2.4 Tiempo de estancia en el dispositivo (tiempo medio y tiempo máximo).

La duración máxima es de 1 año, salvo programas con financiación bianual, que es de 2. Finalizados los programas desarrollados, y habiendo causado baja previamente, las personas usuarias pueden volver a causar alta en los programas de diferentes periodos subvencionables.

En este supuesto, se encuentran en torno al 50% de las personas, ya que los objetivos y actuaciones establecidos en sus itinerarios personalizados no se completan, y por ello, requieren de más tiempo para alcanzarlos.

Igualmente, hay personas que causan baja antes de que se cumpla el tiempo máximo establecido, por diferentes motivos: Consecución de los objetivos (42%), abandono (2%) u otros motivos (4%) (Fallecimiento, jubilaciones, etc.).

2.5 Criterios de admisión y de exclusión del dispositivo: requisitos de las personas atendidas.

Son fijados por los organismos financiadores:

- Itinerarios Personalizados de Inclusión Sociolaboral para PcD (FSE): Dirigidos a personas en edad laboral, con certificado de discapacidad igual o superior al 33%, preferentemente en desempleo, pudiendo estar también inactivas o en mejora de empleo, y que quieran mejorar su capacitación profesional o laboral.
- Itinerarios Personalizados de Inclusión Sociolaboral para Jóvenes con Discapacidad (YEI), dirigidos a jóvenes con discapacidad, con certificado de discapacidad igual o superior al 33%, inscritos en el Fichero del Sistema Nacional de Garantía Juvenil.

Es vital que se encuentren estables en el momento de su incorporación, y que colaboren activamente en el análisis de su situación particular, tanto de sus capacidades como de sus necesidades de apoyo.

2.6 Proceso: fases del itinerario empleadas (secuencia del marco lógico).

El itinerario está diseñado para que las personas puedan recorrer distintas fases en forma articulada pero flexible, siempre atendiendo a su situación de partida pero también conforme a su proyecto de vida y sus necesidades concretas en cada momento y también en sus deseos y aspiraciones laborales. Está estructurado conforme vemos en la Figura 1

Figura 1. *Itinerario personalizado para personas con discapacidad*



El contenido general, en cada una de las etapas establecidas, es:

- *Orientación laboral*: Fase de preparación y de entrenamiento para la búsqueda de empleo y el posterior desempeño profesional. En esta etapa, cobran un papel importante los apoyos que cada persona puede recibir de los dispositivos orientados al desarrollo de competencias personales. Se diseñan planes personalizados de inclusión sociolaboral.
- *Formación orientada al empleo*: Formación adaptada a las capacidades de cada persona, y orientada a aumentar las capacidades de las mismas sobre las decisiones que afectan a su proyecto de vida, así como a la adquisición de competencias personales y profesionales para lograr una mejor inserción en el mercado de trabajo. Se apuesta por la utilización de las nuevas tecnologías, facilitando el acceso a la información y formación de todas las personas, especialmente de aquellas que residen en el ámbito rural. Se incluyen en este apartado las prácticas en empresas como elemento clave en el proceso de capacitación, y como la mejor vía de contactar con la realidad laboral y de acercamiento por parte del empresariado a las capacidades laborales de las personas.
- *Intermediación laboral y la fase de búsqueda activa de empleo*: En este momento, el foco de atención se dirige hacia las empresas, facilitándoles toda la información sobre las capacidades de la persona candidata, además de garantizar la información y la gestión de trámites sobre bonificaciones, ayudas, reserva de puestos y otros mecanismos que les permitan obtener ventajas competitivas.
- *Apoyo en el puesto de trabajo y seguimiento continuo*: La experiencia nos demuestra la enorme trascendencia de un sistema de apoyos planificado, no invasivo, que se despliega en el momento de la integración en la empresa (en el proceso de prácticas o inserción) y se mantiene a lo largo de la relación laboral con la empresa (siempre que sea necesario) con diferentes intensidades y, que pretende el objetivo de lograr una plena integración en la empresa, en la tarea y en el entorno, y así mantener el puesto de trabajo.

2.7 Buenas praxis en su modelo de trabajo en los últimos años.

El movimiento asociativo SALUD MENTAL Castilla y León dispone de una implantación en todo el territorio de Castilla y León y cuenta con profesionales formados/as y especializados/as, garantizando de este modo, una cobertura muy amplia para poder atender las demandas y dar servicio a un elevado número de PcD.

El trabajo en red es una seña de identidad de este proyecto. Se trabaja de manera coordinada entre el movimiento asociativo Salud Mental, el tejido empresarial regional y la sociedad en general. Esta coordinación ha permitido lograr excelentes resultados de integración laboral, así como de sensibilización y de promoción de la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial.

2.8 Seguimiento del empleo creado y mantenimiento del puesto: estrategias empleadas.

Trabajamos no sólo la consecución de empleo, sino también el mantenimiento del puesto de trabajo, la relación con el resto de compañeros y superiores, y sus posibilidades de desarrollo profesional.

En esta fase dentro del itinerario, se comprueba en qué medida se han logrado los objetivos propuestos y qué aspectos se han de modificar.

El seguimiento y apoyo que se realiza durante:

- Inicio de la contratación.
- Seguimiento en el puesto de trabajo.
- Establecimiento de la intensidad de los apoyos en el puesto de trabajo.
- Realización de ajustes personales y laborales.
- Finalización contratación.
- Evaluación de la acción.

De forma permanente se mantiene contacto con los recursos sociosanitarios vinculados a la persona para mantener una acción coordinada.

2.9 Estrategias empleadas en su relación con empresas.

El objetivo es vincular a las personas participantes (en búsqueda activa de empleo, o en procesos formativos) con empresas que ofrezcan oportunidades de trabajo, tendiendo “puentes” entre las mismas, promoviendo la integración laboral de las PcD.

Algunas de las actuaciones que se realizan en relación con la intermediación y prospección empresarial, son:

- Identificar las oportunidades laborales según sectores de actividades emergentes y que generen mayores ofertas de empleo y perfiles de las personas usuarias.
- Visita a las empresas.
- Información del programa-servicio y de las acciones que se ejecutan en el mismo.
- Facilitar asesoramiento y la gestión de trámites sobre subvenciones, normativa, ayudas y ventajas de contratar a una PcD.
- Formalizar vínculo de colaboración con las empresas, y mantenimiento de los mismos.
- Captación y gestión de ofertas.
- Recepción de la oferta.
- Preselección de personas candidatas conforme a los requisitos marcados.
- Apoyo en el proceso de selección según demanda de la empresa.

- Seguimiento del proceso de selección a través de la empresa y el candidato/a.
- Acompañamiento en el proceso de prácticas en empresas e inserción laboral. En caso de inserción, asesoramiento sobre adaptaciones si precisa, y adaptadas a las necesidades de apoyo de cada persona, y seguimiento a través de la empresa y el trabajador/a.

2.10 Principios fundamentales de actuación: modelo centrado en la persona, empleo competitivo.

Los programas están orientados a generar proyectos de vida que incluyan la esfera laboral de las PcD. Se sustenta en la idea de que las personas pueden trabajar si quieren hacerlo y cuentan con los apoyos necesarios.

La inserción laboral de las personas consiste en un proceso individualizado, que se construye a través de las decisiones que toma la persona que lo protagoniza, contando con el soporte de los recursos de su entorno y teniendo en cuenta su situación personal, física, psíquica, social y familiar.

Las preferencias de las propias personas son determinantes a la hora de establecer el tipo de trabajo que se buscará en el mercado y cómo se apoyará la adaptación de cada persona en su nuevo empleo. Si se respetan las preferencias mostradas por las personas participantes, suelen estar más satisfechas y permanecen más tiempo en sus empleos. Asimismo, sus preferencias también deben tomarse en consideración en cuanto al tipo y niveles de intensidad de apoyo.

3 Resultados y conclusiones

3.1 Perfil del empleo creado por el recurso: empleo ordinario - empleo protegido, grupos de edad, género, sectores económicos, etc¹.

Desde el año 2015 1.709 personas han accedido a un empleo (59% hombres y 41% mujeres).

El 18% son jóvenes (entre 16 y 29 años) con discapacidad, y el 82% PcD entre 30 y 65 años.

Se han logrado 5.726 contratos, de los cuales 3.105 (54%) han sido en CEE, 1.939 (34%) en Empresa Ordinaria y 682 (12%) en la Administración.

Los sectores de las empresas contratantes más representados son: Limpieza, Hostelería, Servicios, Logística de Almacenamiento y Reparto, Mantenimiento, Industria y Producción.

3.2 Dotación y estabilidad presupuestaria del recurso (subvención, contrato, convenio, etc.): presupuesto anual y periodicidad de renovación de dicha dotación presupuestaria.

Hemos contado con una dotación económica total desde 2015 en de 7.306.150,18 €, pasando de 718.944,06 € en el año 2015 a 1.351.071,00 € en 2022, muestra de los buenos resultados obtenidos y de los objetivos logrados.

La periodicidad de los programas han sido de carácter anual los años 2015, 2016, 2017 y 2022, y bianual los años 2018-2019 y 2020-2021.

3.3 Evaluación del recurso: indicadores (tasa de inserción, tasa de formación, etc.).

A lo largo del periodo 2015-2022 se han diseñado 3.304 itinerarios personalizados (1.939 son hombres y 1.365 mujeres), de los cuales 779 han sido jóvenes con discapacidad inscritos en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil. Además, 767 de estas personas procedían del área rural (343 hombres y 424 mujeres).

¹ Vídeo Balance: <https://www.youtube.com/watch?v=WicBYzCaaXQ&t=55s>
www.revistaalimara.net

De las 3.304 personas participantes, el 52% (1.001 hombres y 708 mujeres) ha conseguido un contrato de trabajo. Es decir, 1 de cada 2 personas que han participado en los programas ha conseguido acceder a un puesto de trabajo”.

Se han conseguido 5.726 contratos, de los cuales el 54% ha sido en CEE; 34% en E.O y el 12% en la Administración Pública.

Se han desarrollado 685 formaciones de las que se han beneficiado el 80% (2.631 personas) del total de personas atendidas; y a ello se suman las 666 prácticas formativas realizadas en entornos reales de trabajo (36% en CEE, 58% en E.O y 6% en la Administración Pública).

Para el desarrollo de todas las acciones, a lo largo de estos años se ha contado con 168 profesionales de apoyo al empleo pertenecientes a todas las entidades del movimiento asociativo Salud Mental Castilla y León.

Se han firmado 395 convenios de colaboración entre las empresas y/o empleadores de la comunidad y el conjunto del movimiento asociativo en Castilla y León. A lo largo de estos siete años, han sido prospectadas-contactadas un total 3.471 empresas y 1.465 recursos comunitarios, sociales, laborales y educativos, y de toda índole, de la comunidad.

En el conjunto de las entidades miembro de SALUD MENTAL CyL, se han recibido un total de 4.491 ofertas de empleo.

Referencias bibliográficas

- Pascual Salgado, Carlos (2019) “Guía para la activación del proyecto de vida para la inclusión social”. <https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/100/855/Guia%20Proyecto%20de%20vida%20Inclusion%20Social%20v2020.2.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true>
- Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España de Fundación ONCE (2021). Informe General de ODISMET. <https://www.odismet.es/sites/default/files/2021-06/INFORME%206%20ODISMET.pdf>
- Federación Salud Mental Castilla y León “Guía de Adaptaciones y Buenas Prácticas “Salud Mental y Bienestar en el Trabajo”. https://saludmentalcyl.org/wpcontent/uploads/2022/06/FSMICYL_GuiaBuenasPracticasSaludMentalBienestarTrabajo_AF-1.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El programa de empleo y formación profesional de FAISEM. El modelo de inclusión laboral aplicado en Andalucía

Sergio González Álvarez, Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (sergio.gonzalez.alvarez@juntadeandalucia.es)

Beatriz Suárez Mellado, José Damián González, Susana Ortega Rodríguez
Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Desde su creación, hace ahora 30 años, FAISEM ha promovido programas e iniciativas de diversa índole: residenciales, de soporte diurno y de inclusión laboral, entre otros. En concreto, el programa denominado de Empleo y Formación Profesional viene trabajando por la plena inclusión social a través del empleo de personas con problemas graves de salud mental a través de 3 tipos de iniciativas complementarias:

- A través de la creación de Servicios específicos de apoyo a la inclusión laboral, denominados, Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, que sirven de conexión con los/as profesionales de referencia de los Servicios de Salud Mental, acogen sus derivaciones y buscan oportunidades de formación y empleo tanto en el mercado protegido como en el ordinario.
- Mediante el desarrollo de proyectos específicos financiados por entidades y organismos externos, y que FAISEM adapta y dirige prioritariamente a las necesidades y características de las personas usuarias de sus Servicios SOAE. Estas intervenciones permiten a estas personas realizar actividades muy diversas con el único objetivo de mejorar sus competencias dirigidas a su inclusión laboral.
- Y, por último, promoviendo y colaborando con el Grupo Empresarial de iniciativa social UNEI, que ofrece oportunidades de empleo real y remunerado en actividades muy diversas, que van desde los servicios a la comunidad hasta el de la logística o el sector tecnológico.

Gracias a estas diferentes opciones, en el año 2022, 3676 personas recibieron algún tipo de atención dirigida a la mejora de su empleabilidad y se generó un volumen total de contratación de 1323 inserciones, 158 de ellas en el sector público, gracias al impulso que ha supuesto la reserva del 1% para personas con enfermedad mental dispuesta en la Ley 4/2017. Además, 75 personas participaron en acciones de formación profesional de la propia fundación y 200 realizaron prácticas en empresa.

Por su parte, el grupo social UNEI cerró 2022 con una plantilla media de 1146 trabajadores/as, un 84% de la cual corresponde a personas con Discapacidad y un 51% a personas con TMG. El grupo desarrolló diferentes actividades entre las que se encuentran la tecnología sociosanitaria, la logística y los servicios integrales.

Palabras clave

Salud Mental, trastorno mental, recuperación, inclusión, empleo.

1 Introducción

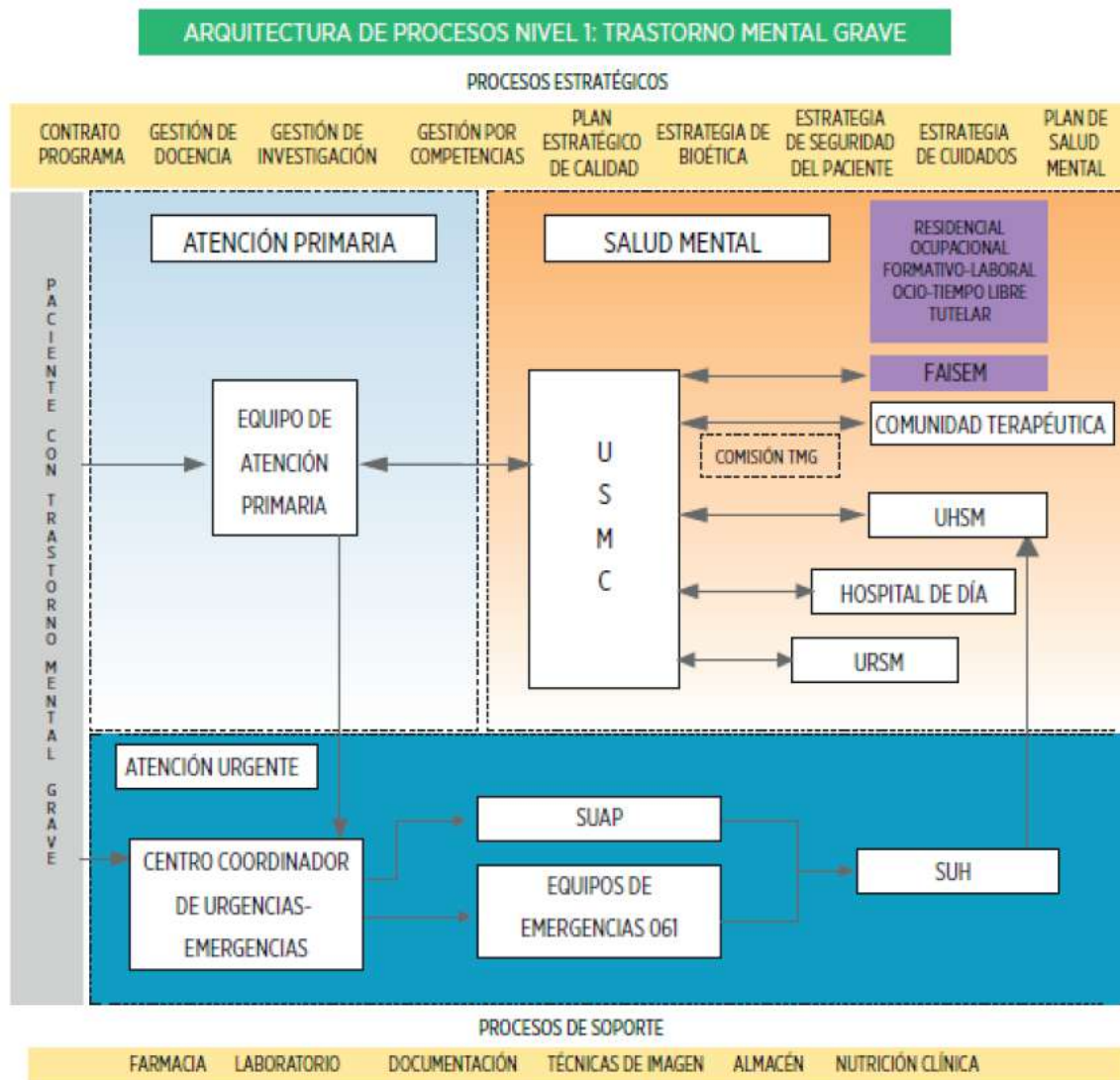
En los años 80' del siglo pasado, se abordó en Andalucía el cierre de los hospitales psiquiátricos públicos y la creación de una red de atención alternativa y con enfoque comunitario. En ese contexto, hace ahora 30 años,

se constituyó FAISEM, por acuerdo unánime de las fuerzas políticas representadas entonces en el Parlamento de Andalucía.

Así, por un lado, la atención sanitaria quedaba reconocida en el marco del Servicio Andaluz de Salud, como cualquier otra patología en los servicios generalistas, como atención primaria y hospitalización general, y desarrollando unos dispositivos de segundo y tercer nivel específicos para la atención de estas enfermedades. Y, de manera complementaria, la fundación pública FAISEM asumía la parcela social, desarrollando toda una serie de programas y recursos de apoyo, que cubrían desde las necesidades de vivienda, especialmente para aquellas personas que salían de los antiguos hospitales psiquiátricos, hasta las de ocupación y empleo, promoviendo incluso un grupo social empresarial que se mantiene hasta nuestros días.

Desde aquellos años, FAISEM ha venido construyendo, en base a los recursos disponibles en cada momento, un programa que aglutina diversas iniciativas complementarias relacionadas todas ellas con la mejora de la empleabilidad de las personas atendidas, a través de programas formativos de diversa intensidad o a través de acciones para consecución de un empleo remunerado o, en caso de tenerlo, para no perderlo

Figura 1. *Arquitectura de Procesos Nivel 1.*



Extraída del Proceso Asistencial Integrado TMG. Servicio Andaluz de Salud, 2020.

Los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo se crearon a partir del año 2002, desarrollando pequeñas estructuras en Cádiz, Jaén, Málaga y Sevilla, que fueron teniendo continuidad e incorporándoseles compañeros/as en el resto de las provincias andaluzas progresivamente. Por su lado, las empresas sociales, por su parte, se crearon a partir de la constitución de la primera de ellas en Sevilla, en el año 1993, sobre el germen de un proyecto enmarcado en la Iniciativa Comunitaria Horizon Marienthal de la Unión Europea.

2 El colectivo de atención

Existe una alta variabilidad en cuanto al colectivo preferente de atención si analizamos la realidad de las entidades que existen en el territorio español dedicadas a esta tarea. Así que merece la pena, clarificar desde el principio cual es el colectivo de atención de FAISEM.

Como su propio nombre indica, FAISEM es la fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental. Si bien esta denominación es bastante genérica, su colectivo de atención debe ser algo más restringido, tratando de beneficiar a las personas que entendemos más vulnerables dentro de ese grupo. Así, FAISEM atiende en sus programas a personas con trastornos mentales graves derivadas por la red pública sanitaria.

¿Y qué se entiende por trastornos mentales graves en Andalucía? Para delimitar esta cuestión, recurrimos a un procedimiento definido por profesionales tanto del Servicio Andaluz de Salud como de la propia FAISEM y que establece todas las intervenciones indicadas para este colectivo. Es el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2020) que, además, define los criterios de inclusión en el TMG.

Muy por encima, hablamos de trastornos que presentan sintomatología psicótica o pre-psicótica, de evolución prolongada y que requiere de intervenciones complejas. Hablamos de la Esquizofrenia y trastornos asociados, algunos trastornos afectivos con sintomatología psicótica y algunos trastornos de personalidad.

Asumiendo una variabilidad importante entre lo que entendemos en unos contextos y otros por TM o TMG, sí cabe destacar que el trastorno mental, sin mayor especificación, es el colectivo de discapacidad con peor tasa de actividad junto con la discapacidad intelectual según las últimas encuestas de población activa (INE, 2022).

En los últimos años, y ante la evidencia de la oportunidad y beneficios de la atención temprana en trastornos psicóticos, acceden a FAISEM personas jóvenes que aún no tienen la evolución requerida para un diagnóstico con TMG pero que están incluidas en un programa de intervención temprana y son derivadas por un dispositivo de la red sanitaria pública porque entiende que puede beneficiarse de sus intervenciones y programas.

El Servicio SOAE como eje de las intervenciones en empleo.

El Programa de Empleo y Formación Profesional de FAISEM combina diversas iniciativas y acciones que van desde el asesoramiento y la orientación laboral, pasando por la formación compensatoria, específica y profesional, la formación en el puesto de trabajo y las prácticas no laborales, hasta el acompañamiento y el apoyo al empleo.

Como eje vertebrador de todas estas iniciativas, que además pueden financiarse de manera muy diversa, está el SOAE. El Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM nació a principios de los años

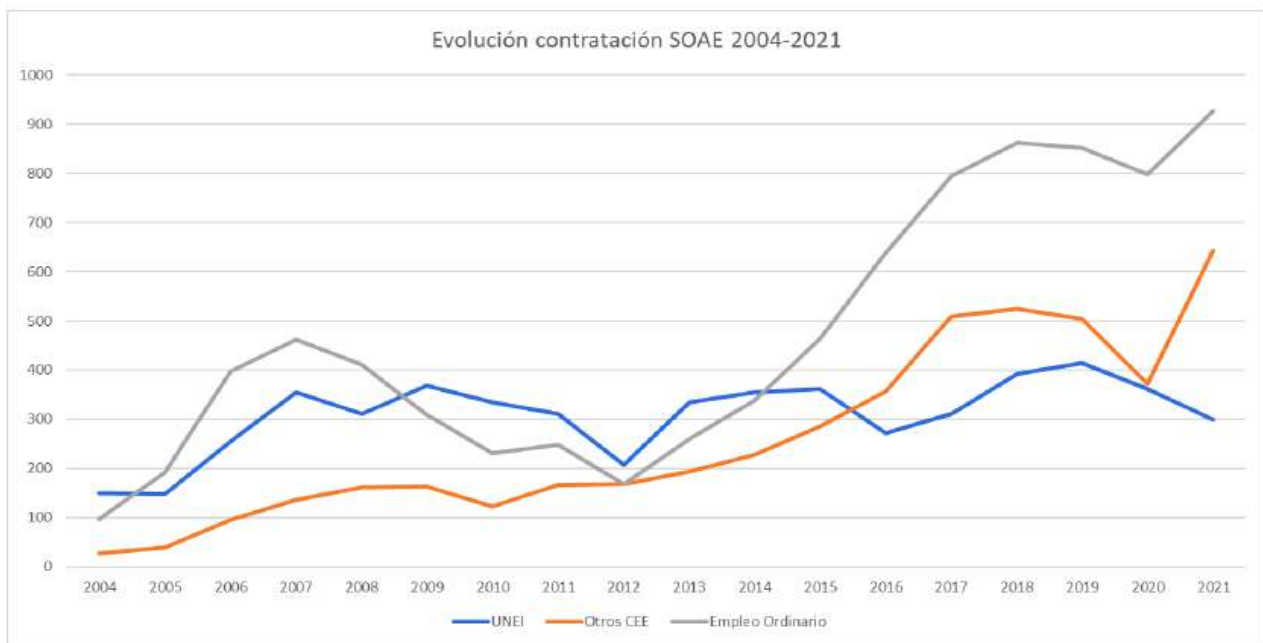
2000 con una fuerte inspiración en los equipos IPS que ya funcionaban con buenos resultados en el ámbito anglosajón.

Se trata de equipos provinciales, compuestos por alrededor de 4 técnicos de inserción, muy coordinados con la red de salud mental, aunque no forman parte de los equipos sanitarios, y volcados en el trabajo con las empresas y con las personas, exclusivamente para su incorporación laboral. No gestionan talleres ocupacionales ni realizan terapia ocupacional de ningún tipo.

Son los encargados de recibir la derivación de los dispositivos de salud mental y diseñar junto con la persona su itinerario personalizado de inserción que puede combinar actuaciones muy diversas.

Con este modelo de intervención, en Andalucía se vienen registrando tasas de atención y de inserción laboral más que relevantes.

Figura 2. Evolución de la Contratación de Personas Atendidas en SOAE (FAISEM, 2022).



El grupo social UNEI. La primera piedra y una referencia en España y Europa.

Cuando aún no se había culminado el proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía y FAISEM se encontraba en pañales, ya se estaban sentando las bases del primer proyecto social empresarial para personas con trastorno mental, la empresa Proazimut.

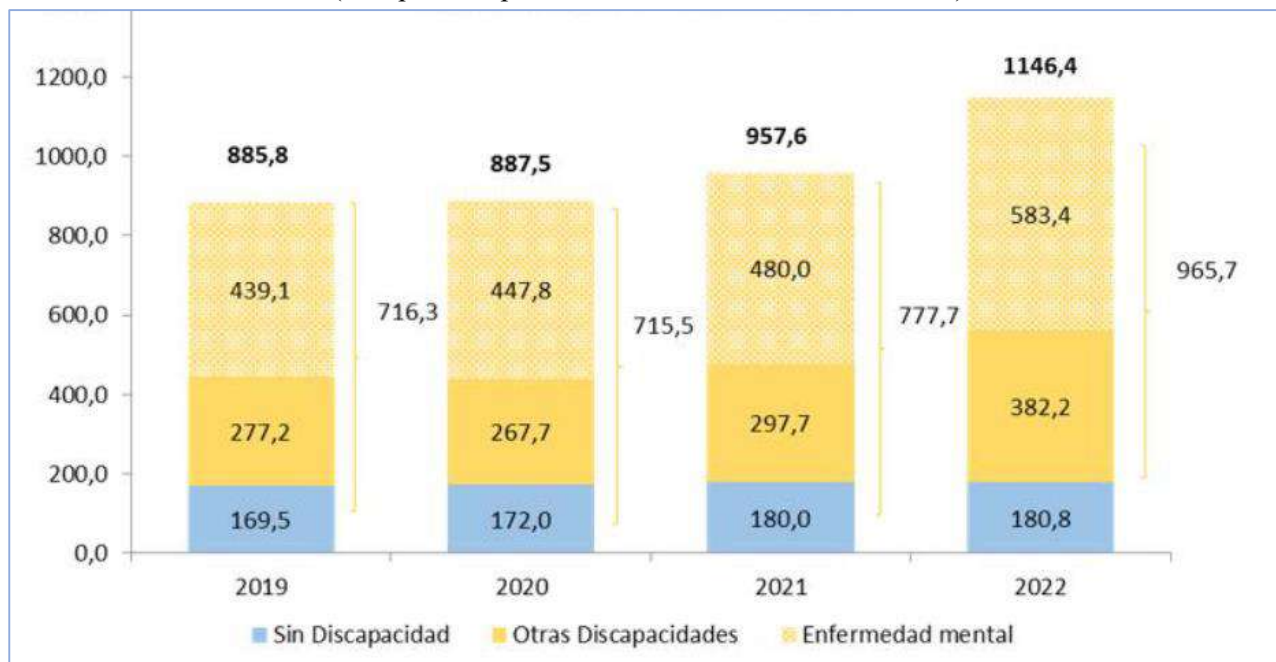
En aquellos años, las empresas tenían más de taller ocupacional, con actividades muy diversas con el objetivo de integrar cuantos más perfiles de personas con TMG, y con profesionales no siempre procedentes del ámbito empresarial sino más bien del sanitario, eso sí, con un alto compromiso y dedicación.

Poco a poco, se fueron desarrollando iniciativas de este tipo en las 8 provincias andaluzas con plantillas que iban desde las apenas 20 personas hasta las más de 100, la mayoría de ellas con trastorno mental.

Este grupo, ha resistido las diferentes crisis económicas, bancarias y pandémicas sucedidas hasta la fecha, y hoy sigue con más fuerza que nunca. En 2020 culminó un proceso de fusión que ha aglutinado a todas las empresas en una única matriz, que ya supera los 1200 trabajadores, siendo el 80% con discapacidad, y el 51% con trastorno mental.

Cuando uno piensa en un centro especial de empleo, siempre caemos en el tópico de la limpieza y la jardinería, actividades muy dignas y necesarias, por cierto. Sin embargo, UNEI, contacto con actividades de ese tipo, es también empresa líder nacional en desarrollo, instalación, mantenimiento y reparación de teleasistencia tanto fija como móvil, gestiona varias instalaciones deportivas y de ocio en Andalucía, tiene varias naves logísticas desde las que gestiona todo tipo de suministros y, por decir algo más y muy querido por nosotros, desarrolló el software de nuestro sistema de información, sin el cual, hoy estaríamos perdidos.

Figura 3. *Evolución Plantilla Grupo Social UNEI*
(Comparativa plantilla media acumulada a diciembre)



3 El empleo público. Una oportunidad abierta de par en par en 2017.

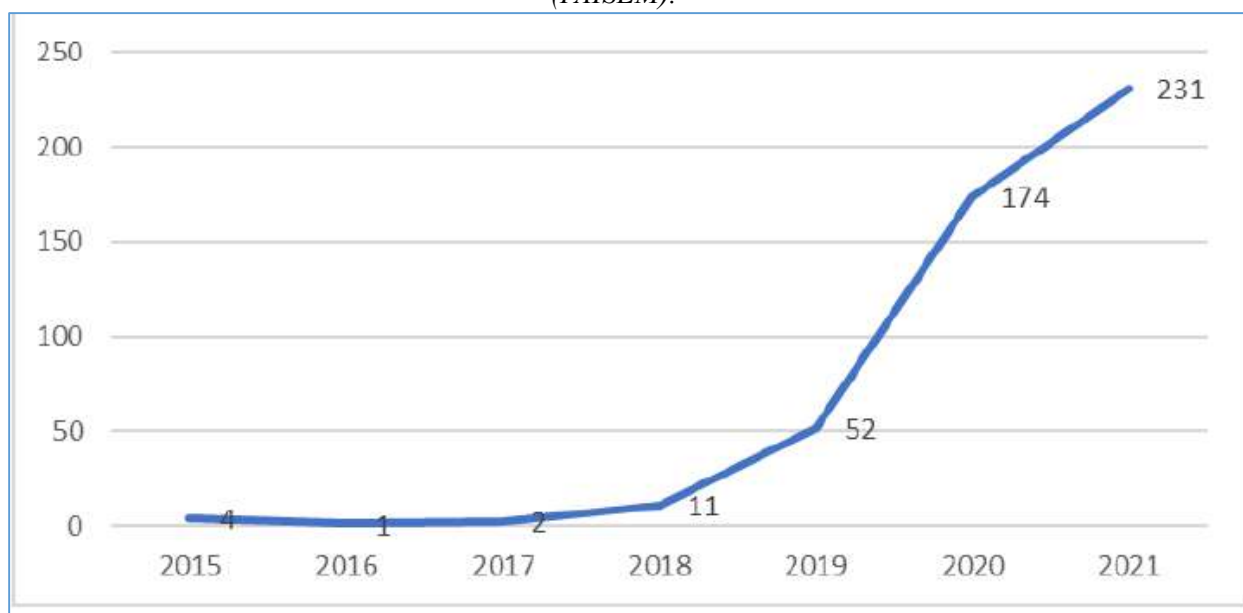
Hasta el año 2017, las oportunidades de empleo para personas con problemas de salud mental atendidas en FAISEM en el sector público eran nulas o casi. Apenas registramos en aquellos años contratos en ese ámbito. Sin embargo, en 2017 se produjo un hito muy destacado, y no fue más que replicar (a la mitad) una medida que ya venía aplicándose con otra discapacidad desde hacía años.

En 2017 se publicó en Andalucía la Ley de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, que reconocía por primera vez en nuestra Comunidad, y además siendo de las primeras en toda España, un porcentaje de plazas reservadas en la Administración y Sector Público para personas con enfermedad mental.

Siendo cierto que se trata solo del 1%, y que es justo la mitad del porcentaje aplicado a otra discapacidad que comparte tasas de actividad y desempleo con el TMG, la discapacidad intelectual, supone una oportunidad magnífica que si se aplicara en su totalidad a toda la oferta pública, multiplicaría nuestros resultados de inserción varias veces y generaría miles de huecos para nuestra gente.

Por ahora, y hace ya casi 6 años de la publicación de la Ley Andaluza, venimos registrando un claro incremento de las contrataciones de personas usuarias de FAISEM en el sector público, aunque son es muy pocas todavía. Desde 2018, hemos venido trabajando en un documento de recomendaciones en materia de convocatoria, pruebas selectivas y adaptaciones del puesto, a las Administraciones que deben reservar las plazas, y hemos puesto a nuestros SOAE a disposición de estas Administraciones para servir de apoyo a las personas que ganen un concurso público y requieran de este apoyo para desempeñar correctamente su puesto de trabajo.

Figura 4. *Evolución de la Contratación en el Sector Público de Personas Atendidas en SOAE (FAISEM).*



Confiamos en que la medida se aplique progresivamente en todo el sector público de la Junta de Andalucía y que sirva de ejemplo a otras Administraciones que operen en nuestro territorio.

4 Conclusiones del modelo y retos para el futuro

Si bien estamos satisfechos en cuanto a lo conseguido en estos años, ni más ni menos, que demostrar que las personas con trastornos mentales graves quieren y pueden trabajar tanto en entornos protegidos como generales u ordinarios, debemos aún analizar algunas dificultades y tratar de mejorar algunas de las intervenciones, con el objetivo de que más personas con este tipo de circunstancias puedan avanzar en su proceso de recuperación a través del empleo.

Y cuáles son estas cuestiones para resolver...

En primer lugar, revisando los procesos de atención, tomamos conciencia de que los itinerarios de inclusión laboral que venimos acompañando son bastante extensos. A veces, lograr que una persona acceda al mundo laboral puede llevar años, y no pocos. Cabe, por tanto, preguntarnos, ¿es posible acortar el proceso con las máximas garantías? Aunque en los países y regiones de nuestro entorno se viene utilizando un modelo de inclusión laboral paso a paso que hace necesario que la persona vaya superando etapas hasta culminar el proceso. Sin embargo, en otros contextos, se ha puesto a prueba con relativo éxito una metodología de intervención que pone el foco en el empleo y todo lo demás lo pospone, lo reduce o lo elimina, se conoce como

Modelo IPS, por sus siglas en inglés, Individual Placement and Support, (Burns et al., 2007; Christensen et al., 2015)

Actualmente existe una red española de IPS, en la cual FAISEM participa y que pretende poner a prueba ambos modelos con idea de apostar por el más eficiente en el futuro. Debemos ir avanzando, así como lo han hecho las intervenciones sanitarias, hacia la aplicación de técnicas y modelos de intervención basados en la evidencia, dejando de lado otros que se han venido empleando con éxito discreto y sin ningún apoyo científico.

Además del modelo de intervención, cabe reflexionar sobre las personas que atendemos, que son nuestro grupo de interés fundamental, y el contexto de la salud mental en la actualidad (López et al., 2010; 2021). Tras una pandemia que ha dejado a la población general muy afectada en su salud mental, la presión sobre los servicios específicos de salud mental, ya sean del ámbito sanitario como del social o educativo, es mucho mayor que hace, sin ir más lejos, un lustro. Esta circunstancia, entendemos que no debe hacernos perder el foco sobre aquellos grupos más vulnerables y que menos herramientas tienen para afrontar su recuperación. En Andalucía tenemos identificado este colectivo a través de la definición del Trastorno Mental Grave que se incluye en el documento Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave, publicado por el Servicio Andaluz de Salud. En este documento, que es una guía de prácticas eficaces, se especifican todos los criterios de inclusión y exclusión que se aplican en el TMG y nos sirve de referencia para determinar con bastante precisión a qué personas debemos atender en la red.

En relación con esta discusión sobre el colectivo de atención, existe un grupo de especial relevancia para el que conviene flexibilizar o afinar este modelo. Se trata de las personas jóvenes con diagnósticos aplazados, a los cuales no se les diagnostica un trastorno mental grave a la espera de ver su evolución. Para favorecer el que estas personas reciban atención para su inclusión laboral lo antes posible, conviene establecer un marco en que puedan participar.

En tercer lugar, y ante la expansión de lo público como una fuente de contratación muy relevante para el presente y sobre todo para el futuro, cabe preguntarse cómo acompañar este proceso y cómo pueden realizarse las adaptaciones y los acompañamientos personalizados que en algún momento puedan necesitarse.

La inclusión laboral en la Administración es un melón que aún no se ha abierto en muchos territorios y que en otros en los que sí, como Andalucía, aún debemos resolver muchas incógnitas. La definición de reservas específicas y de las características de las personas a las que se reservan las plazas, la definición de los procesos y pruebas selectivas, el diseño de plataformas de registro e inscripción, la definición de las adaptaciones en todo el proceso hasta llegar al puesto de trabajo y los apoyos que las personas necesitarán una vez incorporados, y la coordinación de todas las instituciones y Administraciones que deben intervenir, son cuestiones clave.

Y, por último, la brecha digital. Las personas con discapacidad, en general, y con trastorno mental grave, en particular sufren mayor brecha digital que la población general. Además, gran parte de las intervenciones que se realizan desde servicios especializados de atención a este colectivo no permiten el formato digital, sin embargo, el proceso de digitalización y virtualización es imparable y debemos estar preparados y adaptarnos en lo posible.

Referencias bibliográficas

Burns, T., Catty, J., Becker, D., Drake, R.E., Fioritti, R.E., Knapp, M., Lauber, Ch., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., White, S., Wiersma, D. (Grupo EQOLISE). (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(29), 1146-1152.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2016). III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016-2020). Sevilla: Consejería de Salud.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2020). Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: Consejería de Salud.

Christensen, Th., Nielsen, I., Stenager, E., Morthorst, B., Lindschou, J., Nordentoft, M., Eplöv, L. (2015). Individual Placement and Support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*, 16(280).

Fundación Pública Andaluza para la Integración de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM (2006). Documento de Trabajo nº 3: Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo. Sevilla: FAISEM.

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM (2022). Memoria de Actividades 2021. Sevilla: FAISEM.

Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de España (2022). El Empleo de las Personas con Discapacidad. Año 2021. Madrid: Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

López, M., Laviana, M., González, S. (2010). Rehabilitación laboral y programas de empleo. En Pastor y Blanco (coords.) *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis.

López, M. González, S., Cía, R. (2021). El empleo como estrategia para la recuperación de personas con trastornos mentales graves. En Rodríguez Pulido y Caballero Estebaranz. *Empleo, recuperación y ciudadanía en las experiencias psicóticas: reorientando los servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Empleo, empleabilidad, salud mental y bienestar emocional. Visiones alternativas desde una nueva estrategia

Xxxxxx, Universitat xxx (xxx@xxx)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Los diagnósticos por trastornos de ansiedad, por depresión, etc., conviven con una falsa normalidad laboral, que provoca incorporaciones, tras las bajas laborales, abruptas y con bajo seguimiento, e incluso despidos, o bucles de ambos en una misma persona, a lo que suele suceder una situación estigmatizante. Es en la línea de la nueva estrategia de salud mental y bienestar emocional que se está apostando por la atención integral, creando sincronías y fortaleciendo las líneas de coordinación. Con la visión clara de la imposibilidad de parcelar las áreas humanas, y siendo conscientes que solo desde una mirada holística y global podemos acercarnos al bienestar emocional.

Palabras clave

Empleo, salud mental, bienestar emocional, transversalidad

1 Introducción

La frecuencia de los problemas de salud mental en la población, a nivel global y con una visión holística, están relacionados directamente con los problemas sociales y laborales. Los acontecimientos de estos últimos años han aumentado la incidencia de estas problemáticas, y por consiguiente las cifras en relación a los problemas de salud mental, teniendo un mayor impacto.

Esta relación directa entre lo laboral y la salud mental, indica que es preciso un cambio de conceptualización de las políticas de empleo. En relación a los trastornos mentales graves, diversas iniciativas a nivel estatal y comunitario, han tenido un impacto y repercusión fundamentales para la inserción laboral de personas con diagnósticos más severos, como son la puesta en marcha de centros especiales de empleo, los programas de empleo con apoyo, los incentivos a la contratación de personas con discapacidad para las empresas, o el catálogo de formaciones duales, algunas ligadas al acceso directo al empleo. Queda trabajo por hacer y puestos de trabajo por crear, pero el panorama es positivo. Es en los problemas de salud mental menos graves, a priori, y con una incidencia alta en la población, donde tenemos una asignatura pendiente. Los diagnósticos por trastornos de ansiedad, por depresión, etc, conviven con una falsa normalidad laboral, que provoca incorporaciones, tras las bajas laborales, abruptas y con bajo seguimiento, e incluso despidos, o bucles de ambos en una misma persona, a lo que suele suceder una situación estigmatizante. Es en la línea de la nueva estrategia de salud mental y bienestar emocional que se está apostando por la atención integral, creando sincronías y fortaleciendo las líneas de coordinación. Con la visión clara de la imposibilidad de parcelar las áreas humanas, y siendo conscientes que solo desde una mirada holística y global podemos acercarnos al bienestar emocional.

2 Metodología

¿Desde dónde partimos?

Panorama de la atención en salud mental en las Islas Baleares:

En las Islas Baleares hay tres áreas de salud: Ibiza y Formentera, Menorca y Mallorca, y siete sectores sanitarios, sector de sanitario de Ibiza, sector sanitario de Formentera, sector sanitario de Menorca, y los cuatro de la Isla de Mallorca, Ponent, Tramuntana, Llevant, Migjorn.

Cada área cuenta con un servicio de salud mental, que dispone de un conjunto de dispositivos: unidad de hospitalización breve, hospital de día de salud mental, unidad de salud mental, unidad comunitaria de rehabilitación y equipo de seguimiento asertivo comunitario. También hay dos servicios suprasectoriales: el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA), atiende en la franja de edad de 0 a 18 años, y el antiguo Hospital Psiquiátrico, nuevo Parque Sanitario Buenos Aires, en el que se encuentran situados los recursos suprasectoriales: Unidad de Subagudos, Unidad de patología dual, psicogeriatrico, unidad de media estancia, UPRA.

A todos los recursos públicos de salud mental, es preciso sumar el catálogo de recursos y prestaciones del resto de instituciones públicas y el de las entidades privadas, de tal forma que la visión sea de conjunto y no parcelada.

Esta visión comunitaria nos permite no circunscribir la salud mental a los recursos de esta especialidad. La atención a la salud mental se presta desde la atención especializada de la atención primaria, desde los servicios sociales, desde el ámbito de la educación y desde las entidades y asociaciones.

Esta visión hacia el cambio de modelos se inició hace siete años estableciendo un marco de actuación consensuado entre todas las personas que pueden y deben darle voz a la salud mental. A partir de este marco priorizamos las acciones desde los principios de equidad y dignidad.

De este modo nos propusimos que todos los habitantes de las Islas Baleares tuvieran las mismas posibilidades de atención en materia de salud mental y que ni los espacios ni las formas de atención atentaran contra la dignidad de las personas que sufren un trastorno de salud mental.

Una vez logrados estos primeros objetivos iniciamos el camino hacia la innovación y la excelencia, que incluirá avances necesarios e importantes en todo lo relacionado con la dimensión laboral.

Queda mucho camino por labrar en el cambio de perspectiva de atención en salud mental y la introducción de nuevas visiones. Dentro de los pendientes está, como hemos dicho, todo lo referente a la mejora de los aspectos relacionados con el mundo laboral, ya no solo enfocados hacia la inserción laboral del trastorno mental grave, también a la cobertura de la salud mental para todas las profesionales y los profesionales, traducido en bajas laborales

con incorporaciones progresivas, espacios de protección del bienestar emocional en las instituciones y empresas, etc.

Algunos datos:

En la actualidad, el impacto de la salud mental en el empleo es innegable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima una prevalencia muy alta de trastornos mentales relacionados con el trabajo, originados por estrés laboral, que desembocan en diagnósticos que se orientan hacia depresión y ansiedad. Afectando directamente al bienestar personal del individuo, e indirectamente a su productividad y desempeño en el trabajo.

España acumuló 573.309 bajas por incapacidad temporal al mes durante 2022, un 34,6% más que el año anterior, hasta un total de 6.879.702.

Los procesos por baja médica acumulan 259 millones de días de baja, equivalentes a la jornada anual de 711.000 trabajadores. El aumento de las bajas mensuales fue 14 veces superior al de afiliados a la Seguridad Social (2,5% en 2022) sin contar los casos de covid.

El 15% de los días de baja registrados en 2021 responden a trastornos mentales, la segunda afección más relevante tras las musculoesqueléticas. Ha habido un aumento de los trastornos psicológicos en los centros de trabajo en los últimos años. Del total de las bajas laborales ocurridas entre 2015 y 2021 el 6,5% del total se deben a afecciones mentales, tras un aumento del 17,36% en ese periodo. La duración media de las bajas se ha situado en casi 98 días (frente a los 67 de 2015), lo que supone un crecimiento cercano al 46% desde el 2015.

Las bajas laborales relacionadas con la salud mental han aumentado un 30,9% en menores de 35 años en el período de entre 2015 y 2021, un 45% más desde 2015.

Si bien la tendencia es al alza para todos los grupos de edad, habiendo experimentado una subida del 17,36%. Sin embargo, el mayor incremento de la incidencia se ha registrado en el rango de edad de menores de 35 años, con ese 30,9% frente al 8,28% en el grupo de edad de más de 49 años y el 14,37% del grupo de edad de 35 a 49 años (Datos del INE, OIT).

La pandemia ha sido un revulsivo para que los problemas de salud mental se visibilicen y también para reflejar la gran incidencia de trastornos como la ansiedad y la depresión en la población. De hecho, España es el mayor consumidor del mundo de ansiolíticos (benzodicepinas como Valium u Orfidal, que el 11% de los españoles toma a diario contra la ansiedad y el insomnio), según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), dependiente de Naciones Unidas.

Las bajas nos permiten visibilizar la situación, pero son la punta del iceberg del problema, pues hay que considerar que estas llegan al final, cuando las personas no aguantan más y no pueden desarrollar su actividad laboral.

La COVID ha abierto la posibilidad de abordar los problemas de salud mental en el ámbito laboral, ya que hasta entonces nos había pasado más desapercibido, o no se había mirado tan de frente, pese a que ahí estaba la ausencia de medidas encaminadas al bienestar emocional dentro del ámbito laboral, la salud mental se ha convertido en un tema prioritario, la pandemia nos ha demostrado que no estamos preparados para vivir en la adversidad. Se ha abierto un nuevo panorama laboral que ha implicado cambios sustanciales como el teletrabajo, la presión en el puesto de trabajo y la incertidumbre del mercado laboral pueden ser las principales causas de este incremento de las bajas por salud mental.

Un objetivo clave es desestigmatizar los problemas de salud mental en el entorno laboral, con acciones dentro de los planes de salud laboral para prevenir el estrés, el suicidio o la depresión, así como para gestionar la carga laboral, hacer buen uso de la tecnología o frente al acoso.

En un mundo cada vez más competitivo y exigente, donde el estrés y la ansiedad pueden desencadenar graves problemas de salud, es fundamental concienciar sobre la relevancia de cuidar y fomentar la salud mental en el entorno laboral.

Es importante identificar algunos de los factores que afectan la salud mental en el entorno laboral. Entre ellos, destacan:

- a) Carga de trabajo excesiva: La sobrecarga laboral puede generar altos niveles de estrés y ansiedad.
- b) Falta de apoyo y reconocimiento: La falta de apoyo por parte de los superiores y la falta de reconocimiento por el trabajo bien hecho pueden afectar negativamente la autoestima y el bienestar emocional.
- c) Ambiente laboral tóxico: Un entorno de trabajo negativo, con hostilidad, competitividad extrema y falta de compañerismo, puede aumentar el riesgo de trastornos mentales.
- d) Desequilibrio entre vida personal y laboral: La incapacidad para mantener un equilibrio entre la vida personal y el trabajo puede tener graves consecuencias en la salud mental del empleado.

Algunas estrategias para promover la salud mental en el trabajo

- Sensibilización y educación: Crear programas de sensibilización y capacitación sobre salud mental para todos los miembros de la organización.
- Fomentar una cultura de apertura y comunicación: Animar a las personas a hablar sobre sus preocupaciones y desafíos personales sin temor a estigmatización.
- Facilitar el equilibrio entre vida personal y laboral: Promover horarios flexibles y programas de trabajo desde casa para permitir que los empleados gestionen mejor sus responsabilidades personales y profesionales.
- Flexibilidad en el lugar de trabajo: Proporcionar horarios flexibles y opciones de trabajo remoto cuando sea posible, para ayudar a las personas a equilibrar sus responsabilidades laborales con su salud mental.
- Ofrecer programas de apoyo y asistencia: Proporcionar servicios de asesoramiento o acceso a recursos de salud mental.
- Capacitación para la gestión de equipos: Brindar a los líderes las habilidades necesarias para identificar y manejar problemas de salud mental en las personas con las que trabajan de manera compasiva y efectiva.

3 Evaluación y seguimiento

Establecer un sistema de monitoreo y evaluación para medir el progreso y el impacto de las intervenciones implementadas. Realizar ajustes según sea necesario para abordar los desafíos emergentes y las necesidades cambiantes.

- Participación y colaboración:

Involucrar a todas las partes interesadas relevantes, incluyendo instituciones públicas, empresas, sindicatos, profesionales de la salud mental y la sociedad civil. La colaboración entre todos estos actores es fundamental.

Otro aspecto fundamental relacionado con las nuevas perspectivas de atención en salud mental, es lo relacionado con las nuevas tecnologías y las plataformas digitales que permitan la conexión y el intercambio de información.

Específicamente la digitalización en el ámbito de la salud mental y el empleo ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, y su importancia se ha vuelto aún más evidente en el contexto de la pandemia de COVID-19. La incorporación de la tecnología ha permitido ampliar el acceso a servicios de salud mental, mejorar la eficiencia en la prestación de atención y facilitar la integración de la salud mental en el entorno laboral. Algunos aspectos clave de la digitalización en salud mental y empleo:

1. Acceso a servicios remotos: La digitalización ha facilitado el acceso a servicios de salud mental desde cualquier lugar con conexión a internet. La telemedicina y las plataformas de atención en línea han permitido a las personas acceder a terapias, asesoramiento y apoyo psicológico sin tener que desplazarse físicamente a un centro de salud. Esto es especialmente beneficioso para aquellas personas que viven en áreas remotas o que tienen dificultades para desplazarse.
2. Una propuesta posible son las aplicaciones de bienestar emocional: Han surgido una variedad de aplicaciones móviles diseñadas para promover el bienestar emocional y la salud mental. Estas aplicaciones pueden ofrecer técnicas de relajación, ejercicios de mindfulness, seguimiento del estado de ánimo y herramientas para afrontar el estrés y la ansiedad. (Algunas empresas han comenzado a implementar estas aplicaciones como parte de sus programas de bienestar para empleados)
3. Plataformas de apoyo en el lugar de trabajo: En el ámbito laboral, la digitalización ha permitido la creación de plataformas y programas de apoyo para el bienestar emocional de los empleados. Estos recursos pueden incluir evaluaciones de salud mental, capacitaciones en manejo del estrés, y acceso a recursos para la gestión de problemas de salud mental en el trabajo.
4. Monitoreo y seguimiento: La tecnología también ha posibilitado el monitoreo y seguimiento continuo de la salud mental de los empleados. Mediante encuestas y cuestionarios en línea, las empresas pueden evaluar el bienestar emocional de sus empleados y detectar posibles señales de estrés o ansiedad antes de que se conviertan en problemas más graves.
5. Prevención y detección temprana: La digitalización ha permitido desarrollar herramientas de inteligencia artificial y análisis de datos que pueden ayudar en la identificación temprana de trastornos mentales. Estas tecnologías pueden analizar patrones de comportamiento y lenguaje en línea para detectar posibles signos de depresión o ansiedad.
6. Flexibilidad laboral: La digitalización también ha impulsado la adopción del trabajo remoto, lo que puede tener beneficios significativos para la salud mental de los empleados. Al reducir el estrés relacionado con los desplazamientos y proporcionar mayor flexibilidad en los horarios de trabajo, el trabajo remoto puede contribuir a un mejor equilibrio entre la vida laboral y personal.

Más específicamente desde la Oficina de Salud Mental estamos haciendo una apuesta por la digitalización, que mejorará la coordinación, evitará duplicidades y sobre todo facilitará el flujo de la información, haciendo más accesible el catálogo de recursos, para posibilitar el acceso equitativo a todas las personas, en este caso, con problemas de salud mental, teniendo en cuenta que dentro de las dimensiones que se contemplan con la digitalización, es la perspectiva de la inclusión laboral, y la mejora de las condiciones en los puestos de trabajo.

Con el desarrollo de dicha Plataforma Digital se propone continuar evolucionado en la búsqueda de la coordinación, y un mayor desarrollo de programas multisectoriales de Salud Mental, de forma genérica los objetivos son los siguientes:

- Generar programas de atención integrados y centrados en el paciente, que permitan la gestión integral, multidisciplinar y multisectorial (educativo, social y sanitario), sobre herramientas tecnológicas que faciliten el proceso.
- Generar procesos que faciliten la integración entre los sistemas existentes en los diferentes actores, así como el registro de las interacciones en los casos en que la integración no sea posible.
- Gestionar la asignación de programas y prestaciones sociales relacionadas con los programas definidos, asegurando la trazabilidad de aquellos priorizados dentro de la estrategia de Salud Mental en Baleares.
- Evolución de la herramienta de profesionales para el seguimiento clínico de las actividades de los Programas de Salud.
- Evolucionar las herramientas existentes en IBSalut de forma que se facilite la toma de decisiones en la ejecución de los programas de atención priorizados.

Referencias bibliográficas

INE 2021 www.ine.es NIPO 096-20-009-8 ISSN 2255-162X Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>

Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Tendencias 2022. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2022 (https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2022/WCMS_848464/lang--es/index.htm, consultado el 26 de agosto de 2022)

Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico. Tercera Edición Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2018 https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_635149/lang--es/index.htm, consultado el 26 de agosto de 2022

Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J. Los límites de la Exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Tempera; 2003

Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022. Conselleria de Salut i Consum. Govern Balear. <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/profesionales/publicaciones/publicaciones-salud-mental/1815-plan-estrategico-de-salud-mental-de-las-islas-baleares-2016-2022>

Abordaje de los problemas mentales desde el entorno psicosocial: La Depresión. Prevención de riesgos laborales. Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales, F.S.P. Ed. Foment del Treball Nacional. 2017.

Empleo y salud mental - guía3: la depresión en el trabajo. <https://www.empleosaludmental.org/component/edocman/guias-coleccion/guia-3-la-depresion-en-el-trabajo?Itemid=>

.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La experiencia de la estrategia IPS para la integración del empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave

Nayra Caballero Estebaranz

Franciso Rodríguez Pulido



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

--

Palabras clave

Empleo, integraci3n laboral, trastorno mental, IPS

1 Introducci3n

El empleo es tanto una intervenci3n de salud cr3tica como un resultado significativo para las personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresi3n (Knapp and Wong, 2020). Mientras que el desempleo est3 claramente vinculado a problemas de salud mental, el empleo puede mejorar la calidad de vida, la salud mental, las redes sociales y la inclusi3n social.

La recuperaci3n personal se ha definido como "un proceso de cambio 3nico y profundamente personal ...una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad [y] un proceso que implica el desarrollo de un nuevo significado o prop3sito en la vida" (Anthony, 1993).

La recuperaci3n como un proceso multidimensional y no lineal requiere de varios componentes (Learmy et al.,2011). La recuperaci3n implica mucho m3s que la recuperaci3n de la propia enfermedad. Las personas con trastornos mentales pueden tener que recuperarse del estigma que han incorporado a su propio ser; de los efectos iatrog3nicos de los entornos de tratamiento; de la

falta de oportunidades recientes para la autodeterminaci3n y de los efectos secundarios negativos del desempleo.

El empleo es fundamental para la recuperaci3n de muchas personas con problemas de salud mental; no solo tiene valor econ3mico, sino que confiere beneficios sociales como las redes sociales, el estatus y la autoestima; sin embargo, muy a menudo se enfrentan a enormes desventajas para obtener y conservar un empleo (OCDE,2012). especialmente durante las "crisis" macroecon3micas (Evans-Lacko et al.,2013). En la actualidad, existe mucha evidencia sobre el empleo con apoyo, cuyo modelo m3s conocido es la colocaci3n y el apoyo individual (IPS), que ayuda a las personas a obtener un empleo competitivo lo m3s r3pido posible y proporciona capacitaci3n y apoyo continuos de especialistas en empleo. Se ha demostrado que IPS es eficaz en muchos pa3ses (Bond et al.,2012), y un estudio europeo de seis ciudades demostr3 que es muy rentable en comparaci3n con el apoyo profesional

tradicional en muchos estudios (Knapp et al.,2013). Un riesgo es que los servicios de IPS no se implementen seg3n lo previsto; Puede resultar 3til emplear formadores de IPS para trabajar con profesionales de la salud mental y usuarios de servicios.

Es posible que no todos puedan obtener un empleo remunerado: algunas personas pueden sentir que no lo desean y otras tal vez no puedan lograrlo. Tener una “red de seguridad” econ3mica adecuada es esencial en esas circunstancias, sin embargo, muchas personas con problemas de salud mental no obtienen el apoyo estatal al que tienen derecho, en nuestro pa3s, por el reconocimiento de la discapacidad y/o dependencia. El asesoramiento en materia de bienestar puede aumentar la aceptaci3n y reducir los costos al acortar las estancias hospitalarias, prevenir la falta de vivienda y prevenir las reca3das (Parsonage et al.2013). En otros pa3ses como Uk los servicios de asesoramiento sobre deudas tambi3n pueden ser eficaces y rentables (Pleasance et al.2007:Knapp et al.2011).

El paradigma biom3dico imperante no ha aumentado la tasa de empleo, porque los medicamentos a menudo reducen los s3ntomas sin mejorar el funcionamiento social La gu3a NICE (2015) recomienda la estrategia IPS (Individual Placement and Support) como el modelo l3der para ayudar a las personas con enfermedades mentales a conseguir un empleo competitivo. La evidencia de la efectividad de IPS contin3a creciendo, comenzando con los primeros estudios en los EE. UU y extendi3ndose a los estudios de replicaci3n en Europa con buenos resultados (Fioritti et al. 2014)

La experiencia de IPS en Tenerife

En Tenerife, nuestro grupo (Pulido 2010, 2018,2021) ha desarrollado un trabajo sistem3tico orientado, desde el 2004 hasta la actualidad, en una estrategia de empleabilidad IPS en el marco del desarrollo de unos soportes comunitarios para la recuperaci3n donde el tratamiento asertivo comunitario y el equipo de apoyo individualizado al empleo son apoyos esenciales en una “red de redes”.

El modelo IPS requiere un equipo integrado, bien capacitado y proactivo, que dedica la mayor parte de su tiempo a brindar apoyo personalizado a las personas con trastornos mentales graves para buscar, obtener y mantener un empleo. Es necesario reorientar las competencias de los profesionales de la salud mental (m3dicos, psic3logos, enfermeras y trabajadores sociales) para establecer el empleo como objetivo central de la rehabilitaci3n y evaluar los resultados de forma continua y cr3tica. Los especialistas de empleo ofrecen orientaci3n y asesoramiento, junto con consejos pr3cticos sobre c3mo

encontrar un trabajo y preparaci3n de entrevistas. Tambi3n pueden buscar puestos de trabajo y colaborar con los empleadores directamente en nombre del paciente para identificar los roles muy adecuados - que act3a como un v3nculo crucial entre el paciente, su empleador y equipo comunitario de salud mental.

1.1 Estr3s y empleo

El estr3s parece estar presente en el origen y mantenimiento de diversos trastornos emocionales

El estr3s no solamente se ha relacionado con la enfermedad y los problemas f3sicos, sino tambi3n con los trastornos m3s espec3ficamente psicol3gicos. As3, por ejemplo, es com3nmente aceptado que determinadas patolog3as como la esquizofrenia obedecen a una interacci3n entre factores de predisposici3n personal y factores estresantes.

La Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS) defiende el trabajo como parte necesaria para alcanzar la salud mental y considera que la misma abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental.

Los indicadores de una buena salud mental en los puestos de trabajos son: presencia, bienestar y producci3n ((Mental health and work: impact, issues, and good practices, 2000)). Las p3rdidas originadas por el absentismo y el bajo rendimiento creciente, est3 haciendo que las empresas est3n tomando medidas para cuidar la salud personal de sus trabajadores.

El estr3s es uno de los factores que puede llegar a originar numerosas dolencias f3sicas, as3 como problemas de salud mental como la depresi3n y el aumento de las tasas de suicidio. Es un verdadero problema ya que en la Uni3n Europea alcanza tasas de un 28%, mientras que en pa3ses como Jap3n ronda el 60%. Lo preocupante es que en la mayor3a de los pa3ses no existe una legislaci3n espec3fica que aborde el impacto del estr3s en los trabajadores, ya que s3lo cuentan con aspectos centrados en caracter3sticas f3sicas del lugar de trabajo, y no incluyen expl3citamente las caracter3sticas psicol3gicas. La finalidad ser3a crear un lugar de trabajo eficiente y saludable, y que promueva la salud en las condiciones laborales. Para eso se tiene que tener muy en cuenta la opini3n de los trabajadores de la empresa (*Mental health and work: impact, issues, and good practices, 2000*)

Se tiene la creencia que el empleo ordinario, desde el modelo vulnerabilidad- estr3s, en las personas con TMG puede desencadenar reca3das de su enfermedad al estar sometido a un ambiente generador de situaciones estresantes ya sea por las exigencias de su desempe1o como por las relaciones con sus compa1eros. Varios autores proponen que la costumbre de ir a trabajar y participar en el ambiente de trabajo ayuda a combatir los s3ntomas de la enfermedad y que existe un refuerzo positivo cuando se dan oportunidades de desarrollar relaciones sociales alternativas fuera de la comunidad de salud mental sin que este hecho pueda desembocar estr3s. Se sabe que el estr3s y la salud mental est3n estrechamente relacionados. "En principio, el estr3s no tiene por qu3 causar desajustes f3sicos o ps3quicos; as3 se ha podido demostrar que un nivel adecuado de estr3s puede ayudar en la resoluci3n de determinadas tareas mentales. El problema surge cuando el grado de estr3s es elevado o, sin ser elevado, es percibido por el sujeto como nocivo o amenazante

No todos los estudios de IPS publican datos de sus resultados no vocacionales sino que muchos se centran m3s en la parte vocacional del empleo aunque cada vez m3s se est3 teniendo en cuenta c3mo afecta al empleo en la parte no vocacional (Areberg 2013;). Sin embargo, en la actualidad no existe un estudio en profundidad longitudinal que se haya centrado en c3mo afecta el empleo en las personas con esquizofrenia con un an3lisis de su sintomatolog3a, de las hospitalizaciones y reca3das y de los f3rmacos registrados antes y despu3s del empleo.

2 Metodolog3a

– Participantes

Se incluyeron 20 participantes que presentaban los siguientes criterios:

- a. Ten3an como diagn3stico principal esquizofrenia (F20.0)
- b. Edades comprendidas entre los 18 y 65 a1os.
- c. Estaban incluidos dentro de la metodolog3a IPS
- d. No presentaban dependencia activa a sustancias en el momento del estudio

Se excluyeron todas las personas que presentaran otra enfermedad diferente a esquizofrenia como trastorno mental orgánico, trastorno del aprendizaje o trastornos psiquiátricos menores, trastornos de la personalidad etc.

– Medidas:

En la muestra de estudio, se cuantificará el número de hospitalizaciones, recaídas y el registro de fármacos pautados por psiquiatría antes y después del empleo.

Se analizará el coste sanitario directo (fármacos y hospitalizaciones) antes y después del empleo

La hipótesis de partida será que las personas con esquizofrenia después del empleo tendrán menos hospitalizaciones y recaídas y reducirán su medicación y, por tanto, el coste sanitario directo.

3 Resultados

Los datos se analizaron utilizando el programa SPSS. Para las frecuencias se utilizó estadística descriptiva para caracterizar los datos. A la hora de comparar el antes y el después se utilizaron medias y desviaciones típicas.

Se recogieron todos los datos de la medicación antes y después del estudio con una media de 8 años de seguimiento de las personas que se encuentran en el estudio.

La muestra del estudio estaba compuesta por 14 hombres y 6 mujeres con diagnóstico de esquizofrenia. El estado civil de diecisiete de los mismos era soltero/a, dos personas estaban casadas y uno en pareja. La muestra de edad en su mayoría se encontraba entre los 26 y 45 años.

3.1 Consumo de medicación antes y después del empleo

Se analizó el total de medicación oral al día e inyectables por mes que consumía cada una de las personas con diagnóstico de esquizofrenia que componía la muestra de estudio

En total, antes del empleo, había un consumo de medicación oral que alcanzaba un total de 59 dosis de medicación oral y un total de 10 inyectables. Después del empleo el consumo de medicación oral se redujo a 48,5 pastillas y un total de 9 inyectables.

La media de consumo de medicación oral por persona antes del empleo fue de 2,95 y después del empleo fue de 2,42. La media de inyectables por persona antes del empleo se situaba en 0,5 y después del empleo bajó a 0,45.

Del total de la muestra, hubo un cambio de medicación en 9 de ellas, 2 personas se le añadió nueva medicación que no tenían prescrita previamente y en 7 personas se mantuvo la misma medicación.

Tabla 1. *Consumo fármacos (orales e inyectables) y coste*

| DOSIS MEDICACI3N ORAL ANTES Y COSTE | DOSIS MEDICACI3N ORAL DESPU3S Y COSTE | N3MERO DE INYECTABLES ANTES Y COSTE | NUMERO DE INYECTABLES DESPU3S Y COSTE |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 6 (53,42€) | 4 (36,45€) | 0 | 0 |
| 5 (15,54€) | 4 (15,54€) | 0 | 0 |
| 1 (2,5€) | 1 (2,5€) | 0 | 0 |
| 7 (20,26€) | 6(20,26€) | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 1 (8,26€) | 1(8,26€) |
| 3 (28,13€) | 4 (254,12€) | 1 (201,29€) | 0 |
| 5 (18,56€) | 2 (26,12€) | 0 | 0 |
| 1 (52,89€) | 2 (28,19€) | 1(8,26€) | 1(8,26€) |
| 3,5 (28,26€) | 2 (20,08) | 1 (8,26€) | 1(8,26€) |
| 4 (3,26€) | 0 | 1 (8,26€) | 1 (695,38) |
| 4 (182,58€) | 4 (199,43€) | 0 | 0 |
| 3 (230,02€) | 4 (254,12€) | 0 | 0 |
| 6 (14,63€) | 6 (25,56€) | 0 | 1 (1279,31€) |
| 4 (34,43€) | 3 (31,09€) | 0 | 0 |
| 3 (149,71€) | 1 (52,89€) | 1(345€) | 1(1279,31€) |
| 1(2,01€) | 2(2,5€) | 1(8,26€) | 1(8,26€) |
| 1(15,74€) | 2(59,53€) | 1(172,48€) | 0 |
| 0 | 0 | 1(345€) | 1(345€) |
| 3(85,99€) | 1(82,77€) | 0 | 0 |
| 2(27,16€) | 2(27,16€) | 0 | 0 |
| TOTAL: 965.09€ | TOTAL:1138.31€ | TOTAL:1105.07€ | TOTAL:3632.04 |

3.2 Dosis en miligramos (mg) de fármacos

Por otro lado, se analizó las subidas y bajadas en miligramos de los diferentes tipos de medicaci3n pautaada.

Del total de la muestra, 5 personas tuvieron bajadas se medicaci3n antipsic3tica y el total de mg bajados fue de 212 en medicaci3n oral y 75 mg en inyectable. En cambio, solo se encontr3 dos personas con subidas de medicaci3n antipsic3tica y el total de mg subidos ascendió a 6.

Respecto a la medicaci3n antidepresiva, hubo 70 mg de bajada en antidepresivos en dos personas. En 5 personas se encontr3 bajadas de ansiol3ticos con un total de 38 mg de bajadas. Por 3ltimo, se encontr3 bajadas en medicaci3n anticolin3rgica (9 mg) y en estabilizadores del estado de ánimo (500 mg).

No se encontr3 subidas de mg medicaci3n despu3s del empleo en medicaci3n antidepresiva, ansiol3ticos, anticolin3rgica o en los estabilizadores del estado de 3nimo.

Tabla 2. *Análisis de las subidas y bajadas de fármacos en miligramos*

| Número de personas con bajadas de medicaci3n | Tipo de medicaci3n | MG bajados |
|--|---|------------|
| 4 | ANTIPSI3TICOS orales | 212 |
| 1 | ANTIPSI3TICO INYECTABLE | 75 |
| 2 | ANTIDEPRESIVOS | 70 |
| 5 | ANSIOL3TICOS/BENZODIACEPINAS | 38 |
| 3 | ANTICOLIN3RGICOS | 9 |
| 1 | ANTIEPIL3PTICO/ESTABILIZADOR ESTADO ANIMO | 500 |
| Número de personas con subidas de medicaci3n | Tipo de medicaci3n | MG subidos |
| 2 | ANTIPSI3TICOS | 6 |
| 0 | ANTIDEPRESIVOS | 0 |
| 0 | ANSIOL3TICOS | 0 |
| 0 | ANTICOLIN3RGICOS | 0 |
| 0 | ANTIEPIL3PTICO/ESTABILIZADOR ESTADO 3NIMO | 0 |

Ante la duda de si la bajada de medicaci3n antipsic3tica oral pod3a ser debida a que se aumentara en la misma persona medicaci3n inyectable antipsic3tica, se observ3 específicamente cada caso en el que se mostr3 una disminuci3n de la dosis de mg de antipsic3ticos y se observ3 que en tres de los casos no hab3a pauta de medicaci3n inyectable y en uno s3 que se encontraba pauta, pero se mantuvo igual. En otro de los casos la bajada proven3a de la medicaci3n antipsic3tica inyectada.

Tabla 3. *Bajadas de fármacos antipsic3ticos*

| | Bajada mg | Inyectable |
|--|-----------|--|
| Risperdal | 9 | No |
| Leponex | 100 | No |
| Leponex | 100 | No |
| Risperdal | 3 | Si pero se mantiene clopixol depot 200 |
| Risperdal consta 75c/15 d3as y pasa a 1 vez al mes | 75 | |

3.3 Coste sanitario directo (f3rmacos)

Se analiz3 el coste sanitario directo en f3rmacos por persona acudiendo a la informaci3n en la p3gina de Sanidad sobre los productos incluidos en la prestaci3n farmac3utica del SNS (dispensables a trav3s de oficinas de farmacia) y analizando el precio registrado de cada medicamento. En el anexo 2 se puede observar el precio registrado por f3rmaco.

La suma total de coste sanitario en f3rmacos antes del empleo fue de 2.070,16€ y la suma total de gasto sanitario despu3s alcanz3 4.770,35€.

Se analiz3 con el SPSS la media y desviaci3n t3pica del coste sanitario en f3rmacos antes y despu3s. Antes del empleo se registr3 una media de 103,51€ con una desviaci3n de 134,27 y despu3s del empleo se registr3 una media de 240,34€ con una desviaci3n de 404,52.

Tabla 4. *Media de coste sanitario directo(f3rmacos) antes y despu3s*

| Estadísticos descriptivos | | | |
|---------------------------|----|--------|------------------|
| | N | Media | Desv. Desviaci3n |
| gastoantes | 20 | 103,51 | 134,274 |
| gastodespues | 20 | 240,34 | 404,822 |
| N v3lido (por lista) | 20 | | |

Se realiz3 una comparaci3n de muestras emparejadas encontrando que tras el an3lisis del valor p, se puede determinar que, en promedio, no ha habido menor gasto despu3s del empleo como se pod3a pensar en la hip3tesis de partida en f3rmacos.

Tabla 5. *Prueba de muestras emparejadas (coste directo f3rmacos antes y despu3s)*

| Prueba de muestras emparejadas | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|--|----------|---------|----|------------------|
| | | Diferencias emparejadas | | | | | t | gl | Sig. (bilateral) |
| | | Media | Desviaci3n | Desv. Error promedio | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | | | | |
| | | | | | Inferior | Superior | | | |
| Par 1 | gasto antes - gast3 despu3s | - 136,829 | 361,201 | 80,767 | - 305,876 | 32,219 | - 1,694 | 19 | ,107 |
| Tamaños de efecto de muestras emparejadas | | | | | | | | | |
| | | d de Cohen | Standar dizer ^a | Estimaci3n de puntos | Intervalo de confianza al 95% | | | | |
| | | | | | Inferior | Superior | | | |
| Par 1 | gasto antes - gast3 despu3s | | 361,201 | -,379 | -,828 | ,080 | | | |
| | | correcci3n de Hedges | 368,531 | -,371 | -,812 | ,079 | | | |

3.4 Hospitalizaciones y recaídas

Se analiz3 también las hospitalizaciones y recaídas de la muestra antes y despu3 del empleo. Se encontr3 una media de ingresos antes del empleo de 0,85 y despu3 del empleo no se registr3 ning3n ingreso en hospital. La media de recaídas antes del empleo de encuentra en 1,55 y despu3 del empleo se redujo a 0,3.

Tabla 6. Hospitalizaciones y recaídas de la muestra de estudio (antes y despu3) t coste directo hospitalizaci3n

| INGRESO ANTES (total de d3as) | INGRESOS DESPU3 | GASTO POR CAMA Precio:174€ | RECAIDAS ANTES | RECAIDAS DESPU3 |
|-------------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
| 1 (11) | 0 | 1914 | 2 | 1 |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 1 (10) | 0 | 1740 | 2 | 0 |
| 1(14) | 0 | 2436 | 2 | 0 |
| 1(20) | 0 | 3480 | 1 | 0 |
| 1(10) | 0 | 1740 | 2 | 0 |
| 1 (21) | 0 | 3654 | 1 | 0 |
| 1 (15) | 0 | 2610 | 1 | 0 |
| 1(10) | 0 | 1740 | 0 | 1 |
| 1(4) | 0 | 696 | 2 | 0 |
| 1(27) | 0 | 4698 | 1 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 1(10) | 0 | 1740 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 1(18) | 0 | 3132 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 1(12) | 0 | 2088 | 4 | 1 |
| 1(20) | 0 | 3480 | 4 | 0 |
| 1(11) | 0 | 1914 | 1 | 0 |
| 2 (4)(27) | 0 | 696+4698 | 3 | 0 |
| Media:0,85 | 0 | Total: 42.456€ | Media:1,55 | Media: 0,3 |

Tabla 7. Total de costes directos antes y despu3 (hospitalizaciones y f3rmacos)

| Coste f3rmaco antes | Coste f3rmaco despu3 | Coste hospitalizaciones antes | Coste hospitalizaciones despu3 |
|---------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 2.070,16 | 4.770,35 | 42.456€ | 0 |

El coste total de gastos directos de la muestra de estudio antes del empleo se encuentra en 44.526,16€ y el coste directo despu3 se sit3a en 4.770,35€.

4 Conclusiones

Sobre el gasto sanitario directo se refleja un gasto sanitario menor cuando se tiene en cuenta el gasto de fármacos e ingresos hospitalarios, pero no cuando se tiene en cuenta el coste de fármacos solo ya que al cambiar a antipsic3ticos de última generaci3n aumenta el coste de los mismos. El ahorro en pensiones que se sitúa como devoluci3n de la inversi3n por encima del coste hace que merezcan estos datos invertir y apoyar la creaci3n de nuevos equipos de empleo con metodolog3a IPS.

La integraci3n laboral se trata de un nexo en com3n que acentúa la propia integraci3n social, facilitando a la persona la significaci3n en su rol de ciudadano y recobrando su sentido en el proceso terapéutico individual.

Entendiendo que la persona, como adulto, debe tomar sus propias decisiones, ser responsable y asumir las consecuencias de las mismas en igualdad de condiciones con respecto al resto de ciudadanos, hace que el empleo se trate de una de las principales vías de integraci3n social para las personas con trastorno mental grave aparte de que en la muestra de estudio se sitúa como una inversi3n rentable y efectiva.

En la actualidad, se necesita hacer estudios complejos metodol3gicamente para medir los efectos del empleo sobre la recuperaci3n cl3nica y social y estudios de costes-efectividad.

Referencias bibliogr3ficas

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16, 11-23.
- Areberg, C., & Bejerholm, U. (2013). The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 420-428. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.765911>
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. e69792.
- Fioritti, A., Burns, T., Hilari3n, P., Van Weeghel, J., Cappa, C. D., Suñol, R., & Otto, E. A. (2014). Individual placement and support in Europe. *Rehabilitation Journal*, 37(2), 123-128. <https://doi.org/10.1037/prj00000650>.
- Knapp, M., & Wong, G. H. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- OCDE .Organisation for Economic Cooperation and Development. Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work | READ online. (s. f.). [oecd-ilibrary.org. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en)
- Pulido, F (2010). La autonom3a personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. Sinpromi ISBN 13: 978-84-614-9795-9

Pulido, F. J., Estebaranz, N. C., Aldana, E. T., Abad, M., lvarez-Sotomayor, M. T., Reig, S. L., De Le3n, P. P., & González-Dávila, E. (2018). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta*, 32(6), 513-518. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Empresa social: una serrería que todo lo cura

Arcadia



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El trabajo cumple un papel primordial en nuestra sociedad como medio para alcanzar la plena integración social. La rehabilitación laboral está adquiriendo una importancia creciente dentro del esfuerzo de promover la máxima autonomía, independencia e integración social de las personas con trastorno mental crónico. El trabajo es un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas. Es un factor de integración y normalización que puede convertir a la persona con enfermedad mental en elemento perteneciente a un grupo dotándolo de iden

tidad ayudando a construir un proyecto de vida.

El objetivo principal de Arcadia es acompañar a personas con alguna enfermedad mental grave en la construcción de nuevos proyectos de vida donde el trabajo se valora como un pilar importante, aunque no el único.

Se ofrece un conjunto de recursos para alcanzar el máximo desarrollo personal y profesional para lograr la inserción sociolaboral de las personas con problemas de enfermedad mental grave. El modelo se basa en recursos flexibles y abiertos, centrados en las necesidades del paciente asegurando una atención integral, desde lo sanitario hasta lo laboral, pasando por lo ocupacional y formativo. Se ofrece cierta especialización laboral como el caso de la serrería, con tarea dedicada al trabajo de la madera y sus derivados, desde la confección de mobiliario a medida, construcción de casas y cubiertas hasta la comercialización de pellets como último.

En el programa laboral de la entidad se atienden a un total de 131 personas, 62% hombres y 38% mujeres, con alguna enfermedad mental grave y edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se presentan dos regímenes, taller ocupacional y, en función de capacidades, motivaciones y necesidades, Centro Especial de Empleo. De esta forma, se asegura un itinerario laboral que es complicado que personas con estas patologías puedan conseguir y mantener en el mercado laboral ordinario.

Palabras clave

Empleo, inclusión, salud mental

1 Introducción

Según la OMS, a escala mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente a 24 millones de personas, es decir, 1 de cada 300 personas (0,32%). En nuestro país, la psicosis en conjunto afecta al 1,2% de la población (1,4% mujeres, 1,1% hombres), siendo más frecuente la psicosis afectiva con prevalencias del 7,2% (9,6% en mujeres y 4,8% en hombres), que crece con la edad. La esquizofrenia aparece en el 3,7% de la población, 4,5% en hombres y 2,9% en mujeres (OMS 2022; Ministerio de Sanidad 2021).

Sólo el 17,7% de las personas diagnosticadas con algún Trastorno Mental Grave (TMG) en España tiene un empleo, según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Además, según los mismos datos, se da la circunstancia de que la discapacidad por enfermedad mental tiene la mayor brecha entre el empleo real del colectivo y los deseos de trabajar de las personas diagnosticadas con trastorno mental grave, ya que la tasa de actividad asciende hasta el 29% (INE 2022).

Con estos datos, se evidencia que la enfermedad mental impacta en la vida laboral de las personas, aunque no se sabía en qué medida. En un estudio publicado recientemente se ponen cifras concretas. Parece que las personas diagnosticadas de TMG trabajan 10,5 años menos en comparación con la población general. Esa es la media de los 24 TMG analizados en un reciente estudio, pero hay trastornos como la esquizofrenia que obtienen cifras de hasta 24 años de vida laboral perdidos. Este hecho se encuentra directamente relacionado con los ingresos económicos que las personas con TMG obtienen, siendo de casi 19.000 euros menos que las personas sin trastorno (Plana-Ripoll O et al., 2023; Christesen, MK et al., 2022). Ya es innegable los efectos beneficiosos del trabajo en la población general y en la población con algún TMG en particular. Se puede considerar el papel del trabajo en personas con TMG en tanto que: *Actividad productiva* que puede implicar un desarrollo cognitivo, elemento organizador de la vida cotidiana, vehículo de relaciones sociales..., convirtiéndose en sí misma en una actividad rehabilitadora. *Actividad retribuida* que permite independencia y un rol social activo. *Actividad socialmente valorada* que aumenta la autoestima, entre otras cosas (FAISEM 2007).

El trabajo cumple un papel primordial en nuestra sociedad como medio para alcanzar la plena integración social. La rehabilitación laboral está adquiriendo una importancia creciente dentro del esfuerzo de promover la máxima autonomía, independencia e integración social de las personas con trastorno mental crónico. El trabajo es un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas. Es un factor de integración y normalización que puede convertir a la persona con enfermedad mental en elemento perteneciente a un grupo dotándolo de identidad ayudando a construir un proyecto de vida (FAISEM 2007).

La intervención se basa en el modelo de recuperación basado en la persona. Dicho modelo involucra cinco procesos centrales: 1) conectar con otros; 2) tener un sentido de esperanza y optimismo sobre el futuro; 3) tener un sentido positivo de la identidad; 4) otorgar un sentido o significado a la propia vida; y 5) estar empoderado para cuidar y decidir por sí mismo (Leamy M et al., 2011). Es a través del contacto con los demás cuando las personas son capaces de desarrollar o mantener un sentido de esperanza y optimismo en la enfermedad mental. Se busca un sentido positivo de la identidad, otorgar un sentido a la propia vida y convertirse en un ciudadano empoderado capaz de ejercitar el cuidado de sí mismo y actuar por cuenta propia (Davidson L & González-Ibañez A, 2017)

2 Metodología

El programa forma parte del proyecto de Inserción laboral. Se trata de una serie de acciones dirigidas a facilitar el acceso a formación y empleo teniendo en cuenta los intereses, las motivaciones y capacidades de cada persona promoviendo la proactividad hacia el empleo de personas con TMG.

Para cumplir los objetivos se cuenta con una serrería. Una nave de 2.000 metros cuadrados, ubicada el tejido industrial de la ciudad de Huesca. Por filosofía, se valora la importancia de ubicar el recurso en la comunidad.

El perfil de las personas con las que se trabaja están relacionados con la Salud Mental: diagnosticado de TMG; edad entre 18 y 65 años. Como criterios de exclusión serían: presentar un diagnóstico que no cumpla criterios de TMG; tener más de 65 años; o problemas conductuales graves que impidan la adaptación al taller laboral.

No se tienen tiempos que cumplir, convirtiéndose Arcadia en un recurso “finalista”.

Todo paciente que es derivado al taller laboral de serrería cuenta con un Plan Individual de Rehabilitación inicial, que se va revisando en función de las necesidades de la persona. Se traza un itinerario laboral con varios pasos:

- *Derivación*: el proceso lo comienza el médico psiquiatra de referencia de la persona interesada.
- *Acogida*: el equipo técnico (trabajo social y psicología) realizan la primera entrevista donde se recogen los datos de la persona derivada (filiación, datos sanitarios, datos familiares, educación, historia laboral...).
- *Taller prelaboral*: la participación en los talleres prelaborales son la antesala del Centro de Inserción Laboral. Son actividades dirigidas a la adquisición de competencias (comunicación, relaciones sociales, hábitos de trabajo) que facilitarán su incorporación dentro de los talleres de inserción laboral. Está dirigido a aquellas personas que se incorporan por primera vez a los programas de la entidad.
- *Centro de Inserción Laboral*: es el punto de partida del programa laboral. El proceso es un itinerario por niveles. Se basa en una actividad formativa a partir de la participación directa en una actividad productiva. La remuneración mensual, a través de las becas laborales, es un estímulo imprescindible y determinante para conseguir la autonomía económica, una de las bases de la recuperación de la vida social. Las tareas laborales son muy adaptadas a cada individuo, la jornada laboral es de 5 horas y se percibe una beca de 281€. Dicho nivel es el que mantienen todas las personas que comienzan el itinerario laboral.
- *Centro Especial de Empleo*: El acceso al Centro Especial de Empleo supone el acceso a un contrato de trabajo protegido dentro de la Empresa Social (Integración Laboral Arcadia S.L.). Son personas que se encuentran en un nivel más avanzado dentro de su proceso de recuperación individualizado. Las personas en este nivel ya trabajan con contrato laboral durante una jornada de 7 horas, con el salario mínimo interprofesional.

Para la supervisión de las personas que trabajan en la serrería Arcadia se cuenta con una monitora (el perfil de los monitores es de auxiliar de enfermería, educador/a social, terapeuta ocupacional) encargada de la supervisión y seguimiento de la situación sociosanitaria y sociolaboral individual de cada persona. Dicha monitora está en contacto directo con el equipo técnico de los servicios laborales de Arcadia (trabajador social, terapeuta ocupacional y psicóloga). Mediante el equipo técnico se proporciona seguimiento tanto psicológico, como social y ocupacional para asegurar la continuidad en el puesto laboral. Dicho equipo técnico es el que se encarga de la coordinación con otros servicios de salud mental del sector, así como con otras instituciones como servicios sociales, instituto de empleo...

La coordinación más estrecha se establece con los servicios de salud mental teniendo una relación directa y fluida en función de las necesidades de los pacientes atendidos. Además, todos los usuarios del taller de serrería tienen a su disposición el resto de servicios que desde Arcadia se proporcionan, estos son: centro de día y servicio residencial, que lo conforman las viviendas tuteladas y los apoyos domiciliarios.

Para las tareas productivas se cuenta con un jefe de taller (carpintero) que es el encargado de supervisar, enseñar y tutorizar todo lo relacionado con las tareas propias de la serrería. Dicho jefe de taller cuenta con dos operarios oficiales de carpintería que apoyan las tareas más productivas, pero también realizan un acompañamiento a las personas atendidas en aspectos formativos.

La actividad principal es la venta directa de productos o servicios a particulares, empresas y administraciones. Todos los productos están realizados de forma artesanal, utilizando madera procedente de bosques sostenibles o madera reciclada, y a través de un diseño personalizado y a medida.

3 Resultados

En total hay 17 personas (13 hombres y 4 mujeres) trabajando en la serrería de Arcadía (*ver tabla 1*) con un diagnóstico en salud mental. La media de edad es de 42,2 años, siendo el rango de edad de 26 años el más joven a 65 años el de mayor edad. El 70% de las personas usuarias tienen un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, con una media de evolución de entre 15 y 20 años.

Tabla 1. *Datos descriptivos*

| | |
|---|---|
| <i>Sexo</i> | 13 (76%) hombres 4 (24%) mujeres |
| <i>Edad</i> | Media: 42,2 años |
| <i>Situación laboral Taller ocupacional</i> <i>Centro Especial de Empleo</i> | 9 (53%) 8 (47%) |
| <i>Diagnóstico</i> <i>Esquizofrenia/Esquizoafectivo Trastorno Bipolar</i> <i>Trastorno personalidad/dual</i> | 12 (70%) 3 (17%) 2 (12%) |
| <i>Estado civil</i> | 88% solteros |
| <i>Nivel educativo Primarios ESO</i> <i>Bachiller</i> <i>Grado medio/superior FP</i> <i>Universitarios</i> | 7 (43%) 2 (12%) 2 (12%) 2 (12%) 2 (12%) 1 (6%) |
| <i>Años en Centro Especial de Empleo Rango</i> | Media 5 años 1 - 10 años |
| <i>Ingresos hospitalarios 5 últimos años</i> | 4 (24%) |

El estado civil más prevalente es soltero, siendo la situación del 88% de las personas que trabajan en la serrería. Respecto al nivel de estudios, casi la mitad (43%) de la población de la serrería tiene únicamente estudios primarios, contando con estudios universitarios únicamente una persona.

A nivel laboral, 9 personas están como Taller Ocupacional y 8 como Centro Especial de Empleo, esto supone que un 50% de trabajadores/as con algún problema de salud mental cuentan con un contrato laboral y cobran el salario mínimo interprofesional. De todas las personas que cuentan con un contrato de CEE, la media de duración de estos contratos está en 5 años, con un rango de tiempo entre 1 y 10 años. Esto supone una permanencia alta, sin contar con mucho absentismo en los puestos de trabajo.

De todos los usuarios pertenecientes a la serrería de Arcadía, tanto en régimen de Taller Ocupacional como en Centro Especial de Empleo, únicamente el 24% ha presentado una recaída que haya supuesto un ingreso hospitalario en los últimos 5 años.

Si observamos los resultados de 5 años atrás, en la Serrería se atendían a 10-12 personas y contaba solo con un técnico especializado y un monitor. La transformación del recurso hacia un modelo más empresarial ha facilitado el aumento el número de procesos de atención, así como aumentar el número de personas con enfermedad mental grave que han podido acceder a un contrato laboral en el Centro Especial de Empleo

En 2017, la Serrería de Arcadia ofrecía productos muy sencillos: pales reciclados, estacas y alguna que otra jardinera. Actualmente ofrece dentro de su modelo empresarial diferentes líneas de negocio: mobiliario a medida para particulares, empresas y eventos, grandes estructuras como casas modulares y cubiertas, pales a medida para el transporte internacional y una línea de producción de pellet.

Este proceso de profesionalización empresarial ha permitido aumentar significativamente la facturación permitiendo que el recurso sea más autosostenible y no tan dependiente de las subvenciones públicas.

En 2018 el volumen total de ingresos para el mantenimiento del servicio provenía en un 20% de la venta de productos mientras que el 80% era proveniente de ayudas públicas. Actualmente, la venta directa representa el 52% y las subvenciones públicas un 48%.

Esta transformación hacia la empresa social se ha hecho siempre intentando mantener el modelo de intervención basado en la persona, manteniendo el equilibrio entre la parte productiva y la parte socioasistencial. Así mismo, el modelo siempre ha implicado que las personas en el itinerario de inserción laboral puedan participar conjuntamente con las personas con contrato en el CEE dentro de las diferentes tareas del proceso productivo. Este hecho es un punto fuerte dentro del modelo de intervención de la entidad ya que se producen sinergias entre las personas en inserción y las personas con CEE. Dichas sinergias producen relaciones sociales y laborales motivantes que se pueden traducir en las reducidas tasas de abandonos y en aprendizaje y trabajo conjunto. Además, un beneficio para las personas en inserción laboral es la inmersión en una actividad económica dando la identidad de un ciudadano más con sus derechos y sus obligaciones.

Así mismo, la profesionalización en el desarrollo de productos con un valor añadido para terceros incide en los procesos de construcción de un sentido positivo de la identidad y en el otorgar un significado y sentido a la propia vida del modelo de recuperación basado en la persona en la que se basa la intervención.

Tabla 2. *Datos laborales y productivos*

| | 2017 | 2020 | 2023 |
|-----------------------------|--------|---------|-------------------------------|
| <i>Técnico Especialista</i> | 1 | 2 | 3 |
| <i>Monitor/Educador</i> | 1 | 1 | 1 |
| <i>CEE</i> | 3 | 5 | 8 |
| <i>Taller Ocupacional</i> | 8 | 8 | 10 |
| FACTURACIÓN | 72.000 | 170.000 | 230.000 <i>(previsión)</i> |

4 Conclusiones

El taller de la serrería de Arcadia da cabida a 17 personas con Trastorno Mental Grave, en su mayor parte esquizofrenia, y en la mitad de los casos en Centro Especial de Empleo. La media de permanencia es de 5 años con continuidad actual y, en los últimos cinco años han tenido algún tipo de recaída únicamente el 24% de la población del taller. Además, atendiendo a la productividad se puede observar un buen nivel de actividad laboral. Todos estos datos, especialmente los relacionados con la salud y la productividad, evidencian que la rehabilitación psicosocial contribuye al bienestar de las personas con discapacidad mental, así como a sus familias y a la sociedad en general traducándose en una probable menor carga familiar y una disminución de costes intangibles. Esto se puede observar en estudios previos realizados en nuestro país (Rodríguez Pulido F., 2004).

Ya desde la literatura clásica se valora que el valor del trabajo se extiende a ámbitos económicos, sociales y psicológicos, proporcionando estructura básica para una adecuada conducta social. De esta manera, promueve la integración y la normalización haciendo al individuo participe en el entramado social de la comunidad. A nivel económico, el trabajo ofrece un salario proporcionando independencia y contribución económica a la comunidad. A nivel psicológico, el trabajo da identidad, relaciones sociales y estructura (Lieberman RP., 1993; Rodríguez Pulido F., 2004).

Como conclusión, creemos que el éxito, especialmente en la adherencia al empleo y la estabilidad clínica de las personas atendidas, tiene que ver con que, desde Arcadia, la rehabilitación laboral se entiende como una parte de la rehabilitación psicosocial, ofreciendo un tratamiento integral atendiendo a las necesidades individuales de cada persona, desde las más básicas como es la alimentación y el cobijo, hasta las de mayor autorrealización. Esto se consigue con un seguimiento estrecho, basado en las necesidades y en el modelo de recuperación, de todas las áreas vitales de los usuarios atendidos mediante los recursos que desde la organización se ofrecen. En este sentido, el trabajo es un medio más pero no el único para alcanzar la meta (Rodríguez Pulido F., 2004).

Referencias bibliográficas

- Christensen, M.K., McGrath, J.J., Momen, N.C. et al. The cost of mental disorders in Denmark: a register-based study. *npj Mental Health Res* 1, 1 (2022). <https://doi.org/10.1038/s44184-022-00001-y>
- Davidson L & González-Ibañez A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Tev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37(131): 189-205 Departamento de programas. Evaluación e Investigación. Los programas e empleo para personas con trastorno mental grave. Una revisión actualizada de los modelos de intervención. FAISEM. 2007
- Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las Personas con Discapacidad. Año 2021
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 445–452
- Lieberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Ed. Martinez Roca 1993.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2022). Esquizofrenia., [who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia)
- Plana-Ripoll O, Weye N, Knudsen AK, Hakulinen C, Madsen KB, Christensen MK, Agerbo E, Laursen TM, Nordentoft M, Timmermann A, Whiteford H, Øverland S, Iburg KM, McGrath JJ. The association between mental disorders and subsequent years of working life: a Danish population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2023 Jan;10(1):30-39. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00376- 5. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36480953.

Rodríguez Pulido F, Rodríguez Díaz M.N & García Ramírez M.C. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*. 2004;25(6):264-281



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

FAISEM-Empleo, 22 años de historia: De la 'endogamia' inicial necesaria con su empresa social a la 'poligamia' actual del mercado laboral abierto

José Damián González, FAISEM



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

--

Palabras clave

Salud mental, empresa social, empleo

1 Antecedentes

Desde antes de la creación de la Fundación Andaluza para la Integración de Personas con Enfermedad Mental. MP (FAISEM) en el 1993 a instancias del Parlamento Andaluz, la preocupación por la integración laboral de las personas con una Trastorno Mental Grave (TMG) entre todo-as lo-as profesionales que estaban empujando la Reforma Psiquiátrica en Andalucía era una evidencia. Prueba de ello es la puesta en marcha casi a la par de FAISEM de las 8 Empresas Sociales Provinciales (ES) que constituyen a fecha de hoy el Grupo UNEI (catalogado como Centro Especial de Empleo) y participado en casi a partes iguales por FAISEM y FUNDOSA. El trabajo como componente fundamental de la rehabilitación estaba en la hoja de ruta desde el primer momento.

Al inicio, las primeras experiencias de inserción laboral de las personas con TMG eran en un entorno bastante “controlado” dado que la ES (ahora UNEI) estaba codirigida por FAISEM. La forma de acceso de las personas que atendía FAISEM a la ES era un tanto particular y variaba según la provincia. Los Talleres-Ocupacionales y Cursos-Formación servían de “observatorios” para captar a posibles trabajador-as. Eran lo-as monitorean lo-as que hacían las propuestas de lo-as candidato-as que optaban a los puestos de trabajo de la ES.

Prácticamente, durante la primera década toda persona valorada como empleable acababa contratada en UNEI y es ese el inicio “endogámico” referido en el título del póster. La ES como única fuente de contratación. El apoyo y compromiso por parte de instituciones públicas para contratar servicios de la ES hizo que el aumento de la plantilla fuese una constante (jardinería, aparcamientos, diseño gráfico, limpieza, cocina y comedor...) y un gran número de personas, dentro de las cifras de personas atendidas que se manejaban en aquella época, acabasen formando parte de la plantilla de la ES. Llegando en alguna provincia a suponer hasta un 70% lo-as trabajadores con un TMG del total de la plantilla.

Pero el porcentaje que la contratación de la ES suponía entre las personas usuarias del SOAE fue siendo cada vez menos significativo tanto por la capacidad limitada de contratación de las ES como la puesta en marcha del SOAE y profesionalización del Programa de Empleo. Entendiendo que la normalización implicaba la integración en cualquier tipo de empresa y que era allí donde estaban las verdaderas posibilidades laborales del colectivo que atendemos.

No es hasta el año 2002 que se comienza a formar el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE). El Empleo comienza a ser una pata fundamental en los Programas de FAISEM. Lógicamente, el número de personas que se atienden va aumentando cada año conforme los equipos provinciales se van creando. La relación entre el número de técnico- as de empleo y personas que acceden al mercado laboral es clara y directa.

Es interesante el paralelismo entre términos y forma de trabajo a lo largo de los años. De “Enfermo Mental” a “Personas con Enfermedad Mental” (en la propia denominación de FAISEM), de Programa Ocupacional-Formación a Programa de Empleo y SOAE, etc. dan muestra de una evolución en la forma de atender y entender al colectivo.

En 2001 UNEI tenía aproximadamente una plantilla de 155 trabajadore-as, actualmente está algo por encima de las 1300 personas.

Pocas referencias sobre modelos de trabajo en relación a la integración laboral de personas con TMG había allá por los finales de los '90. Italia era pionera y una referencia. Distintos intercambios se hicieron para armar las claves estratégicas de intervención en el Programa de Empleo de FAISEM. Seguro que muchos errores se han cometido por el camino, pero actualmente hay una línea sólida de trabajo.

1.1 Objetivo

Esta presentación tiene por objetivo mostrar como el empleo en personas con un TMG, aspecto muy importante de la rehabilitación para muchas personas, necesita del acompañamiento de profesionales, técnico-as en orientación y apoyo al empleo, sin cuya ayuda se complica mucho, hasta hacerse casi imposible para muchas personas su integración al mercado laboral.

No pocas veces profesionales de la salud mental y familiares pueden sobrevalorar el papel negativo que el estrés ejerce en las personas que padecen un TMG, lo que conlleva a tener unas bajas expectativas sobre sus posibilidades de funcionamiento de cara a un empleo.

La experiencia nos demuestra que muchas personas afectadas por un TMG quieren trabajar, pero, afectadas por la sintomatología negativa, la falta de autoestima, el estigma, etc, no dan autónomamente los pasos necesarios para la búsqueda de empleo.

El desconocimiento entre la compatibilidad de las prestaciones económicas no contributivas, como la PNC, con los salarios, en muchos casos genera un miedo a perder la prestación tanto en la propia persona beneficiaria como en la familia que provocan un rechazo a la integración laboral de la persona con un TMG.

Todos estos obstáculos necesitan de profesionales en la orientación laboral y apoyo en el empleo especializados en colectivos de especial dificultad que faciliten y acerquen el empleo a personas con TMG.

2 Metodología

En Andalucía la atención específica a la Salud Mental está dividida entre la parte Sanitaria que la ejerce el Sistema Andaluz de Salud (SAS) y la parte Social que desarrolla FAISEM, ambas dependientes de la Consejería de Salud y Consumo.

Cualquier intervención en el ámbito Residencial o de Empleo, en nuestro caso, requiere de una estrecha coordinación de las dos instituciones.

En términos generales, y salvo Programas de financiación extraordinaria del Servicio Andaluz de Empleo, la procedencia de las personas usuarias del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM es vía Protocolo de Derivación por parte de una Unidad de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud. Debiendo

estar afectadas dichas personas por un Diagnóstico compatible con Trastorno Mental Grave (CIE 10-ES4: F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30 (F30.13 y F30.2), F31, F32 (F32.2, F32.3), F33 (F33.2, F33.3), F60 (F60.0, F60.1 y F60.3), según "Proceso Asistencial Integrado-TMG" de la Consejería de Salud y Consumo.

La coordinación entre los profesionales en orientación laboral y el personal sanitario, fundamentalmente Enfermero-as y Trabajadores Sociales es crucial tanto para el acercamiento al mundo laboral como para el mantenimiento en el puesto de trabajo, una vez conseguido un empleo. Mensajes contradictorios entre profesionales sanitarios, de empleo o la familia suelen tener efectos muy adversos, y frecuentemente alejan a la persona del mundo laboral.

Actualmente, el equipo del SOAE está formado por 27 técnicos-as de estructura, más otros tantos según proyectos de financiación extraordinaria aprobados, actualmente se suman 25 técnico-as más de diferentes programas (INSERTA, EPES, ORIENTA). La relación entre el número de profesionales del SOAE y el de personas atendidas con un TMG contratadas es directamente proporcional.

La contratación en las Administraciones, es una línea de trabajo dentro del SOAE que está cogiendo fuerza en los últimos años, pasando de 1 contrato en 2016, a 231 contrataciones en 2021. Para impulsar esta área se han hecho grupos específicos para preparación de oposiciones. Se comparte información sobre temarios, exámenes de preparación, etc.

Dentro del colectivo de personas con trastornos mentales severos, el grupo que plantea verdaderamente el mayor número de dificultades es el de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. De hecho, es éste el «subgrupo» más numeroso en términos cuantitativos, así como el que se ve afectado por una mayor prevalencia de problemas de empleo. Dado que cada vez más personas utilizan los servicios de Salud Mental para distintos problemas relacionados con la afectividad y no considerados de trastorno mental grave, ha sido necesario revisar los protocolos de derivación con los servicios de salud mental y reforzar la coordinación para que sean las personas con TMG las usuarias de nuestro servicio. De otra forma, se corre el riesgo de atender a un número ingente de personas con distintas afecciones dentro del ámbito de la salud mental, que no son las que realmente están más necesitadas de apoyo para alcanzar el mercado laboral y para cuyo objetivo de atención se crea FAISEM.

Hasta el año 2013 una parte importante de la actividad del SOAE era la de facilitar a los- as usuarios-as cursos propios del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo, es decir, organizados por FAISEM. A partir de 2013 se congela la principal fuente de financiación para los cursos de Formación Profesional para Desempleados (Servicio Andaluz de Empleo). Ello creo que marca bastante en la forma de abordar la metodología de trabajo.

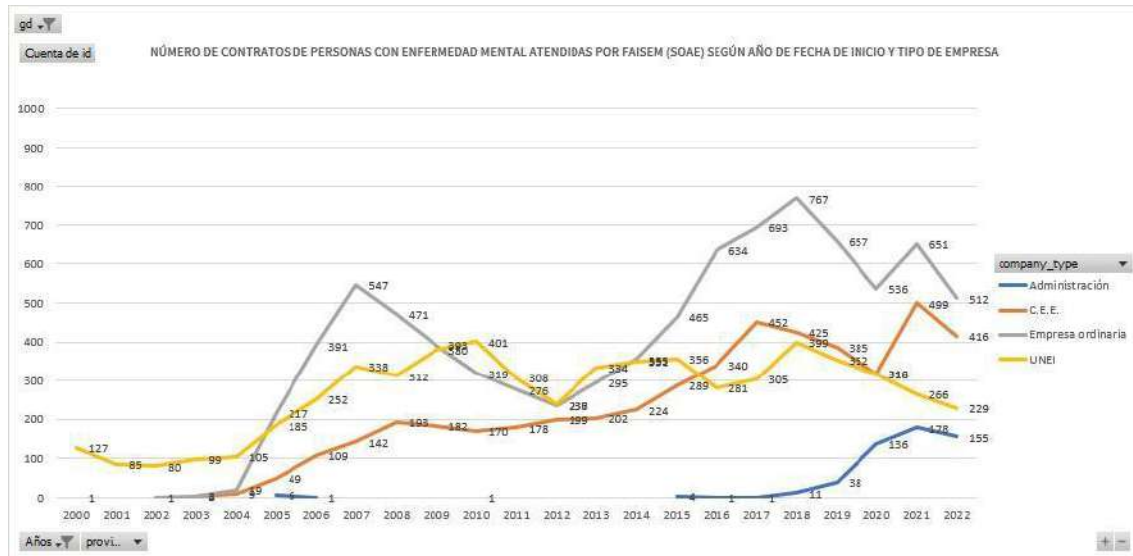
Nuestros procesos de intervención han ido evolucionando desde el enfoque inicial más de entrenamiento vocacional y prelaboral hacia el modelo Apoyo Individualizado al Empleo (*Individual Placement and Support-IPS*), en donde el objetivo es el empleo en el mercado ordinario, según las preferencias de la persona, todas pueden ser atendidas para tratar de conseguir un puesto de trabajo si así lo desean, la coordinación con los servicios de Salud Mental son parte de la ruta, cuando consiguen un empleo el tiempo de apoyo es ilimitado, entre otros aspectos.

La matriz de datos en los que se basa este póster son de registros recogidos a través de la herramienta Access desde el año 2000 en Málaga, incorporándose las distintas provincias a partir del año 2002. A partir del 2020 se dispone de una herramienta de base de datos online unificada para todas las provincias.

3 Resultados

Podemos ver en la gráfica 1, lo comentado inicialmente, como hasta el año 2004 todo el empleo al que se acercaban las personas atendidas en FAISEM era a través de su Empresa Social (UNEI).

Gráfica 1. Número de contratos de personas con enfermedad mental



La Empresa Social, creada “ad-doc” como una semiexternalización del Programa de Empleo de FAISEM para dar trabajo a personas con trastorno mental grave, crecía a buen ritmo y con el limitado personal dedicado específicamente al Empleo y muy mezclado con temas de Talleres Ocupacionales algunos más prelaborales que otros, daba suficiente respuesta a las personas atendidas que mostraban interés por trabajar.

A partir de 2002 se comienzan a crear los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE). Se comienza incorporando 1 o 2 técnico-as de orientación laboral, según tamaño de la provincia, y podemos ver cómo el número de contrataciones van a crecer exponencialmente. También observamos cómo otras empresas distintas de la Empresa Social entran en juego, especialmente la empresa ordinaria.

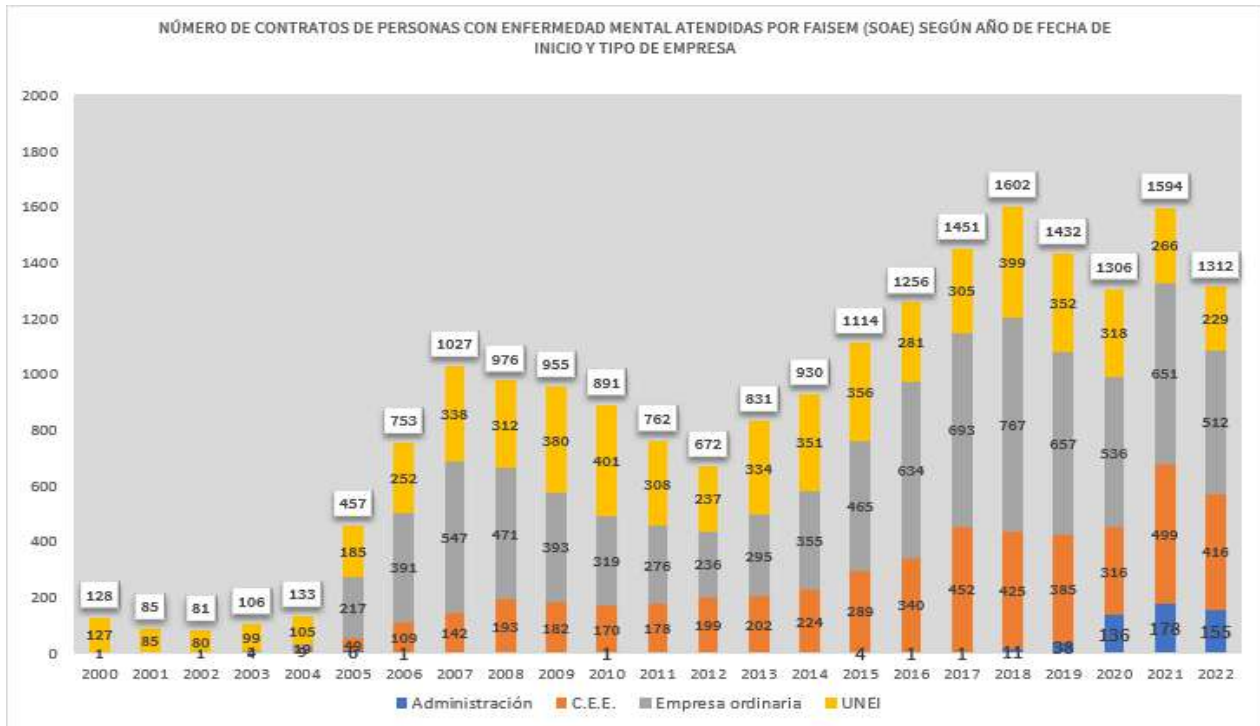
El boom de los Centros Especiales de Empleo que se inicia a partir del primer lustro del 2000, se nota en las contrataciones y comienzan a ser una opción importante con la que contar para la inserción laboral de las personas que atendemos.

La crisis de 2008 se puede ver en la gráfica que castiga principalmente a las empresas ordinarias. La Empresa Social aguanta inicialmente, pero a partir de 2010 tiene un par de años que si bien no tiene que recurrir a despidos ni EREs, crece mucho más lentamente. Sin embargo, los Centros Especiales de Empleo aguantan mejor la crisis y nuestro-as usuario-as se benefician de ello.

Atención especial se le lleva poniendo por parte del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo desde hace unos 3 años al Empleo Público. Las cuotas de reserva para personas con discapacidad crean oportunidades de empleo de calidad a las que cada vez más personas se orientan y con resultados muy positivos, como se puede apreciar en las gráficas.

En Andalucía, gracias al artículo 28 de la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, se reserva un 1% de las plazas ofertadas en la Función Pública de la Administración General de la Junta de Andalucía para personas con enfermedad mental con grado de discapacidad igual o superior al 33 %.

Gráfica 1. Número de contratos de personas con enfermedad mental atendidas por FAISEM



4 Conclusiones

Se ha recorrido un largo y apasionante camino de casi 3 décadas con el objetivo de acercar el empleo a las personas que sufren de un trastorno mental grave. A lo largo de él, seguro que se han cometido muchos errores, pero no ha sido fácil llegar al empleo viniendo de un sistema que institucionalizaba y segrega socialmente a las personas con trastorno mental grave, no las consideraba válidas y las recluía en muchos casos.

Carecemos de cifras para poder presentar una comparación a nivel poblacional entre el porcentaje de personas con un TMG trabajando a fecha de hoy comparado con el que había a finales de los 90, pero la evidencia de ver colectivos históricamente excluido, ahora en puestos de trabajo de distinta índole nos hace poner en valor el trabajo que se necesita seguir realizando con las personas en riesgo de exclusión social y, en particular, con el nuestro colectivo, para facilitar la integración laboral de estas personas.

El trabajo del personal del SOAE de sensibilización con la empresa ordinaria, las experiencias positivas de éstas una vez que deciden a la contratación de personas con TMG es un trabajo que abre puertas no solo a las personas que atendemos, sino que ayuda a “desestigmatizar” al colectivo de personas con TMG en general y facilitando que otro-as también puedan insertarse por sus propios medios.

Sí creemos que estas gráficas constatan que muchas personas con un TMG que pueden llevar a cabo un trabajo y que gracias a él tienen una calidad de vida mucho mejor a la que tenían, no estarían en esta situación si no se pusieran los medios necesarios para apoyarlas en el camino de la inserción laboral.

Referencias bibliográficas

--



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Abordaje psicosocial a personas con un primer brote psicótico desde FAISEM

Pilar Delgado Maldonado, Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (soae2.granada.faisem@juntaandalucia.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad (FAISEM) se ha marcado un nuevo reto: la atención a jóvenes del PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA EN PSICOSIS, como medida preventiva para evitar que evolucione a un trastorno mental grave.

El Programa de Intervención Temprana en Psicosis (ITP) se puso en marcha en Granada en el equipo de salud mental de Motril en el año 2011, implantándose posteriormente en todos los equipos de salud mental de la provincia. FAISEM se incorpora al programa para dar una respuesta psicosocial en el año 2017, ampliándose el colectivo de atención a personas con Trastorno Mental Grave y personas en el programa de Intervención Temprana en Psicosis.

Para llevar a cabo este proyecto ha sido necesaria la coordinación Intersectorial de todas las Unidades Especializadas: Unidades de Salud Mental-Centro Provincial de Drogodependencias-Fundación Pública Andaluza para la Integración social de Personas con Enfermedad Mental, así como la coordinación con otras instituciones sociales, formativas, laborales y culturales, para la consecución de los objetivos del proyecto.

Partimos de una perspectiva de recuperación y de promoción de la salud del joven, centrándonos en sus potencialidades y fortalezas, prestándoles apoyo tanto desde FAISEM tanto desde el Programa Residencial como el de Empleo.

Palabras clave

Integración social, enfermedad mental

1 Introducción

– La Fundación pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental:

Las personas con trastornos mentales graves necesitan atención en importantes y variadas áreas de su funcionamiento social, personal y familiar. Esto exige un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias y de apoyo social que garantice su permanencia en la comunidad y el respeto a la consideración de ciudadanos y ciudadanas.

En Andalucía, la atención a estas personas se lleva a cabo en los servicios sanitarios y sociales, y en una red específica de recursos de apoyo social que gestiona FAISEM.

Creada en 1993, a instancias del Parlamento de Andalucía, FAISEM tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves.

FAISEM se estructura en tres programas:

1.- Programa Residencial, es uno de los más importantes, recibiendo una gran parte de los recursos y facilitando atención a un número considerable de personas, en un área particularmente relevante para la atención comunitaria.

2.- Programa de Soporte Diurno, en el que articula una red de dispositivos-centros de día, talleres y clubes sociales en los cuales se desarrollan actividades orientadas a la recuperación y el fomento de las relaciones sociales.

3.- Programa de Empleo, es una evidencia que la actividad productiva y el empleo en la comunidad suponen una estrategia clave para promover la recuperación y el logro de la plena ciudadanía entre las personas con enfermedad mental.

Con el objetivo de apoyar el acceso y el mantenimiento en el empleo de las personas con Trastornos Mentales Graves que quieren trabajar, FAISEM desarrolla un programa específico de empleo: Los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) son los encargados de diseñar y coordinar los Itinerarios Personales de Inserción, ofreciendo orientación profesional, asesoramiento y apoyo.

También aquí, como en el resto de los programas de FAISEM, el acceso al programa se realiza coordinadamente con los Servicios de Salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, encargados de valorar su conveniencia, trabajar en las fases iniciales de motivación y rehabilitación general, garantizar una atención sanitaria compatible con el Itinerario Personal establecido y mantener una interlocución adecuada con el Servicio de Orientación en las distintas fases del proceso.

2 Programa de intervención temprana en psicosis

En el 2017 el equipo de Salud Mental de Motril demanda atención hacia el colectivo de jóvenes que forman parte del PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS. Son jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 30 años que han debutado con un primer brote psicótico.

El Programa de Intervención Temprana en Psicosis utiliza el término “psicosis”, al tener como objetivo adelantarse lo más posible en la evolución del posible trastorno y no esperar el tiempo requerido para diagnósticos concretos. Se debe a que en los primeros años desde la aparición de los síntomas no hay estabilidad diagnóstica (Castagnini,2008). Otra realidad es el deseo de la persona atendida de no ser tratada como casos etiquetados y sujetos pasivos enfermos. Se reclamó por tanto trabajar desde el paradigma de la recuperación y la perspectiva de promoción de la Salud Mental y el bienestar, basadas en el trabajo con fortalezas, empoderando a las personas usuarias y sus familias a pasar de sufrir “problemas”, “trastornos” o “enfermedades mentales”, nombre que se utilizan según el contexto.

Los objetivos de estos programas son (Jackson y McGorry 2009):

- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los síntomas o síndromes.
- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los cambios neurobiológicos.
- Reducir o prevenir la morbilidad asociada: depresión, ansiedad, suicidio, uso de tóxicos...
- Reducir o prevenir un deterioro significativo en el funcionamiento.
- Reducir o prevenir las experiencias traumáticas y/o estresantes tanto individuales como familiares, como la hospitalización involuntaria.
- Reducir el estigma y proporcionar educación temprana.
- Reducir el coste.

2.1 ¿Por qué un programa de intervención temprana en psicosis?

- En torno al 3 % de la población general presenta un episodio de psicosis alguna vez en su vida.
- El pronóstico, necesidad de consumo de servicios, están en relación directa con el tiempo de psicosis sin tratar y las modalidades de intervención.
- Existe un abanico de tratamientos disponibles con altos niveles de evidencia científica y eficacia demostrada y cuya capacidad de modificar el pronóstico de las psicosis depende en gran parte de lo precoz que sea su aplicación. El período crítico son 5 años desde el inicio de la enfermedad psicótica.
- Los programas de ITP son más efectivos y eficientes respecto a los tratamientos habituales. Suponen un claro ahorro frente a las intervenciones habituales (Phillips,2009: Mc Crone 2009).

Todo ello justifica la existencia de programas de tratamiento biopsicosocial orientados a la recuperación de la vida de los jóvenes afectados y sus familias.

Así lo entiende la Consejería de Salud y el Programa de Salud Mental cuando, en 2010, en el marco del II PISMA, publica el Documento Técnico: “Detección e Intervención Temprana en las Psicosis”, e inicia el pilotaje de estos programas en algunos hospitales de Andalucía.

El programa ITP de Granada comienza en 2011 y tiene como líneas básicas:

- Garantizar la continuidad y equidad en la atención.
- Fundamentarse en las evidencias disponibles, sin obviar nuestra realidad asistencial particular.
- Está orientado a la recuperación personal, implicando a todos aquellos sectores necesarios para evitar el deterioro de la vida social y familiar y facilitar la integración educativa o laboral. FAISEM interviene en esta área tanto a nivel residencial como en el programa de empleo
- Ofrecer una intervención multidisciplinar: Servicio Andaluz de Salud-FAISEM-Centro Provincial de Drogodependencias.
- Facilitar la accesibilidad, y el mantenimiento en el programa con formas flexibles de atención (horarios, lugares, etc.).
- Buscar la detección precoz, reducción de la morbilidad/mortalidad, disminución de la necesidad de hospitalización, y en definitiva mejorar el pronóstico, recuperando la autonomía y mantenimiento de su funcionalidad.

2.2 Cartera de servicios

- Teléfono de apoyo clínico.
- Grupo de información y apoyo para paciente y familiares
- Intervenciones Psicoterapéuticas Específicas para ITP, individual y grupal: apoyo, cognitivo-conductual y dinámica
- Tratamiento farmacológico con criterios según evidencia
- Grupo Multifamiliar
- Plan de Cuidado individualizado de enfermería
- Intervenciones de AYUDA MUTUA.
- Intervenciones psicosociales (asesoramiento laboral / ocupacional - FAISEM)
- Coordinación mensual con otros agentes (CPD, FAISEM, USMIJ,)
- Intervención domiciliaria

- Intervención de Apoyo Mutuo.

2.3 Población a la que va destinada

Criterios de inclusión:

- Edad: desde la adolescencia hasta 30 años.
- Padecer un primer episodio psicótico o estar en el período de menos de 3 años de haberlo padecido.
- Se incluyen psicosis afectivas y tóxicas.

Criterios de exclusión:

- Psicosis orgánica.
- Retraso mental moderado o grave.

3 Metodología de trabajo

3.1 Programa de empleo

Desde el 2017 el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM (SOAE) se comienza a atender a personas derivadas de salud mental pertenecientes al programa de Intervención Temprana en Psicosis. Nos encontramos con un grupo de jóvenes con las siguientes características:

- Baja cualificación académica debido a que el primer brote suele aparecer en la adolescencia o en la primera juventud, coincidiendo con los años de formación académica.
- Escasa conciencia de auto cuidados, la mayoría tienen problemas de consumo de tóxicos
- Desorientación en todos los ámbitos de su vida.
- Pérdida su red de amigos debido al aislamiento y al ambiente perjudicial por el consumo de tóxicos
- Escaso interés en acudir al Servicio de Orientación Laboral, no ven la necesidad de apoyo para la búsqueda de formación o empleo.
- Perfil de personas que viven en su mayoría en poblaciones aisladas, carentes de recursos formativos y laborales.

Desde el SOAE se realiza una atención totalmente individual y personalizada. Comenzamos con cada persona un *itinerario personalizado de búsqueda de empleo*, llevando a cabo las siguientes acciones de orientación:

- Entrevista de detección de necesidades y análisis de los aspectos sociales y personales que puedan afectar a la búsqueda y mantenimiento del empleo (Ej. Autonomía en el desplazamiento y vida diaria, gestión del tiempo, toma de decisiones, relaciones sociales, etc.)

Características de la Orientación Laboral:

- Gran dedicación a la fase de autoconocimiento y definición del objetivo profesional.
- Entrenamiento en toma de decisiones y en resolución de conflictos.
- Entrenamiento en habilidades sociales y laborales (uso de talleres pre laborales).
- Redefinición frecuente del Itinerario.
- Tutoría de seguimiento: Intensiva y con repasos de muchos de los aspectos anteriormente trabajados.
- Seguimiento en acciones formativas externas (coordinación con los tutores/as).
- Seguimiento laboral en el puesto de trabajo.

- Enfoque de recuperación en todo el Itinerario Personalizado.
- Derivación y coordinación con otras entidades que gestionan programas de empleo en Granada (Cruz Roja, Arca Empleo...)

3.2 Programa residencial. Orígenes de la vivienda para las personas en el programa ITP

A partir de 2017, fecha en la que comenzamos a atender a los jóvenes en este programa, detectamos un grupo de ellos que viven en poblaciones con escasos recursos formativo/laborales y sin posibilidad de transporte público que les permitan el desplazamiento hacia esos recursos.

Ante esta situación FAISEM pone en marcha una vivienda en el año 2022 para cubrir las necesidades residenciales de este grupo de personas y facilitar su acceso a estos recursos.

Esta vivienda se gestiona desde el Programa Residencial de FAISEM; se trata de un recurso de cinco plazas de baja supervisión que se encuentra en el centro de Granada, atendido por una monitora de referencia que acude diariamente con el objetivo de organizar, coordinar y supervisar el funcionamiento de este con una participación activa y fundamental de las personas que viven en él.

El objetivo general es favorecer el acceso a los recursos tanto de formación como laborales, la permanencia y participación en la vida social, ofreciéndoles un espacio de convivencia y cobertura de las necesidades básicas, sin obviar la parte educativa de la convivencia, aprendizaje de las actividades de la vida diaria y manejo de los recursos de la comunidad.

Los requisitos para poder acceder a la vivienda son los siguientes:

- Edad comprendida entre los 18 y los 30 años.
- Estar incluido en el Programa de Intervención Temprana en Psicosis en los últimos 5 años.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal.
- Tener unos objetivos concretos formativos, laborales, familiares, y un claro compromiso del joven.
- Tener una previsión máxima de estancia de 2 años, aunque se tengan en cuenta estancias más breves con objetivos previos (curso, trabajo, etc.). En ningún caso se entiende como un recurso residencial al uso.
- Ser usuario del SOAE y tener una valoración previa de la técnica del servicio.
- En caso de consumo de tóxicos, asistir al Centro Provincial de Drogodependencia, previo y durante la estancia.

Destacamos la estrecha coordinación entre el programa residencial y el de empleo de FAISEM. Mantenemos una reunión quincenalmente en el piso los jóvenes, la monitora, la responsable de la vivienda supervisada y la técnica de empleo del SOAE para el seguimiento de los objetivos individualizados marcados con cada uno de ellos/as.

3.3 Coordinación Intersectorial Salud Mental - Centro Provincial de Drogodependencia-FAISEM

Trabajamos en coordinación con las Unidades de Salud Mental a nivel provincial. Esta coordinación se articula a través de la Comisión de Intervención Temprana en Psicosis, que se reúne mensualmente en la Unidad de Salud Mental del Ambulatorio de Zaidín.

Los participantes de la comisión son los siguientes:

- Áreas de Gestión Clínica: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales. Este equipo multidisciplinar trabaja en sesiones individuales y grupales con los participantes.
- Centro Provincial de Drogodependencias: médico y una psicóloga. Intervienen cuando existe un consumo de tóxicos.
- FAISEM: responsable de viviendas supervisadas y dos técnicas del SOAE.

Los objetivos de esta Comisión son:

- Crear un plan individualizado para los participantes del programa.
- Derivar jóvenes a los diferentes grupos de psicoterapia que hay en marcha en la Unidad de Salud Mental del Zaidín.
- Coordinación con Centro Provincial de Drogodependencias: hay una médico y una psicóloga que tratan de manera prioritaria a los jóvenes de este programa.
- Seguimiento del itinerario personalizado de formación o empleo de los jóvenes derivados del Programa.
- Derivar posibles candidatos/as al piso.

4 Resultados y conclusiones

Hasta septiembre del año 2023 hemos atendido en el Servicio de Orientación Laboral a 78 jóvenes, 68 son hombres y 10 mujeres. Actualmente atendemos a un total de 43 personas, 37 son hombres y 6 mujeres. Se ha trabajado de forma individual, desde un enfoque de rehabilitación y recuperación, ofreciéndoles apoyo, no solo a nivel de búsqueda de formación y empleo, sino también en su proyecto vital.

Desde la apertura del piso han pasado un total de 7 personas, de las cuales 3 continúan con nosotros. De las 7 personas 6 han sido hombres y 1 mujer, con edades comprendidas entre los 19 a 28 años. Destaca la baja formación académica de los jóvenes: 4 no tienen formación académica finalizada, 2 con estudios en ESO y 1 con un grado medio. Todos residían en zonas rurales y han sido derivados por 5 Unidades de Salud Mental diferentes.

Desde la puesta en marcha del piso podemos destacar varias dificultades para su funcionamiento: falta de autonomía personal de algunos jóvenes derivados, escasas derivaciones iniciales por parte de las Unidades de Salud Mental, abordaje del consumo de tóxicos y la falta de conciencia de enfermedad, entre otras.

A pesar de ello hacemos una valoración positiva del desarrollo del Proyecto Residencial de personas en Intervención Temprana en Psicosis: en un año se ha conseguido que tres jóvenes que vivían de forma aislada, en pueblos con pocos recursos formativos y laborales, tengan la oportunidad de acceder a tales recursos en Granada.

- Manolo: lleva viviendo en nuestro piso desde octubre de 2022. Está realizando un curso de Formación Profesional para el Empleo de Cocina, conducente a certificado de profesionalidad, en horario de 9-14 horas. Lo compagina con un puesto de trabajo de 6-8 horas semanales como dependiente de un establecimiento de comida rápida.
- Julio: vive en el piso desde junio de 2022. Se matriculó en la Educación Secundaria para Adultos, pero no ha podido seguir el ritmo de clase. Hoy día está llevando a cabo unas Prácticas enmarcadas en 1º Experiencias Profesionales para el Empleo (EPES) subvencionadas por el Servicio Andaluz de Empleo, en una empresa que se ha comprometido a contratarlo en campañas de trabajo.

- Antonio: vive en el piso desde septiembre de 2022. Está trabajando actualmente en el Ayuntamiento de Granada, dentro del Programa Joven, en la categoría de Auxiliar de Mantenimiento.

A modo de resumen los objetivos logrados han sido los siguientes:

- Reducción en el tratamiento farmacológico.
- Mejora en su estado de salud general.
- Aumento de su autonomía personal.
- Aprendizaje de actividades de la vida cotidiana.
- Mayor conciencia de autocuidados.
- Mejora de la empleabilidad.

Esta experiencia nos ha mostrado lo que se puede lograr con los recursos adecuados, atendiendo a las características de cada persona. Se ha convertido en un modelo de intervención a seguir en Andalucía. El objetivo de FAISEM es que se amplíe la cobertura de atención a todas las provincias de Andalucía ante la demanda que está comenzando a darse.

Referencias bibliográficas

Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. (2010) Detección e Intervención temprana en las psicosis. Servicio Andaluz de Salud.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/DIT_Psicosis_SAS_2010.pdf

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (2012). Soportes para la ciudadanía. FAISEM Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía.

<https://faisem.es/wp-content/uploads/2023/05/Soportes-para-la-ciudadania.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

18 años gestionando programas de rehabilitación laboral para TGM en Extremadura. Fundación Sorapán de Rieros

Aida Pérez Rodríguez.

Carmen Valverde Merino,

Ana I Llorente Llorente,

Marian Fuentes González

(direcció@fundacionsorapan.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El trastorno mental es un problema significativo en nuestra sociedad; el 25% de la población mundial experimenta algún tipo de trastorno en su vida. El estigma que enfrentan estas personas dificulta su integración en la sociedad y el empleo, lo que perpetúa la discriminación y la pobreza, y crea un círculo vicioso con el desempleo.

La inserción laboral es esencial para estas personas y puede mejorar su salud mental. En Extremadura, nuestra Fundación Sorapán de Rieros, gestiona 3 de los 8 programas de inserción laboral para personas con TMG que existen en la región subvencionados por el (SEPAD), organismo dependiente de la Junta de Extremadura.

Los PIL se basan en modelos de recuperación, competencias y empleo con apoyo, centrándose en las fortalezas de los individuos y sus capacidades. Los equipos interdisciplinarios trabajan en fases de acogida, intervención e inserción, incluyendo formación y apoyo digital.

Los resultados muestran una tasa de inserción superior al 65% en empleo ordinario, con sectores variados. Se observa mayor inserción de hombres. Las buenas prácticas incluyen un enfoque colaborativo con las empresas y el uso de prácticas no laborales, desde un nuevo enfoque del “proyecto de vida”.

El seguimiento es crucial para mantener el empleo.

Palabras claves

Inserción laboral, trastorno mental grave, red sociosanitaria

1 Introducción

Las personas con trastorno mental son un colectivo con importante presencia en nuestra sociedad. Un 25% de la población mundial presenta o presentará algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida (*OMS, 2001b*)¹, mientras que estudios realizados en España indican que un 19,5% de la población ha sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, y un 8,4% en el último año (*Haro et al., 2006*)². El estigma que se le impone a estas personas dificulta su participación plena en todos los ámbitos de la sociedad, perpetuando la discriminación, el aislamiento y la pobreza. Esto a su vez profundiza las condiciones de vulnerabilidad a las que están expuestas, produciéndose una relación circular con el desempleo.

Las personas con diagnóstico de enfermedad mental grave son capaces de trabajar y, en su mayoría, con el tratamiento psiquiátrico y seguimiento adecuado, pueden tener una vida de calidad, integrada en la sociedad y en el mercado laboral. Además, el empleo también es beneficioso para su salud mental (*Grove & Membrey, 2005*)³.

Nuestros programas de inserción laboral colaboran de forma directa con la consecución de 2 de los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030: Objetivo nº 3 – Salud y Bienestar; y Objetivo nº8- Trabajo decente y crecimiento económico; y de forma indirecta con otros 2 ODS: Objetivo nº1- Fin de la pobreza y objetivo nº10- Reducción de las desigualdades.

La inserción laboral debe ser entendida como un proceso que requiere actuaciones previas, simultáneas y posteriores a la contratación, con el fin de garantizar el éxito, tanto para las personas que acceden como para las empresas contratantes y para el contexto social más amplio.

– *Origen del recurso: año de creación, presupuesto inicial y breves notas sociodemográficas, históricas*

Extremadura es una extensa región de 41.635 Km², con una población aproximada de 1.054.000 habitantes (Ha perdido desde la crisis, el 2011 hasta 50 mil hab), siendo la dispersión de la población y la amplitud geográfica barreras que dificultan, en gran manera, no sólo el abordaje de la problemática en salud mental, sino también el acceso del ciudadano a los recursos, la cuantificación de las personas afectadas por un trastorno mental grave y el estudio realista y eficaz sobre sus necesidades.

El Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), organismo creado en el año 2008 dependiente de la Consejería de Sanidad, es un modelo ordenado y funcional, que pretende ser inclusivo de los modelos de referencia tradicionales (salud mental, comunitario y social), consecuentes al cambio de perspectiva hacia la desinstitucionalización y que controla los diferentes Programas de Inserción Laboral (PIL) para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que forman parte de la red sociosanitaria de Extremadura. Existe un PIL en 7 de las 8 áreas de salud, siendo Coria la única que no tiene, pero por cercanía, los usuarios son derivados al PIL de Plasencia. Nuestra entidad gestiona los PIL de Badajoz (desde 2005), Plasencia (desde 2010), y Cáceres (desde 2021)

2 Metodología

2.1 Principios fundamentales de actuación

Los principios fundamentales que rigen nuestra intervención están basados en los Modelos de Recuperación, Modelo Competencial y el Modelo del Empleo con Apoyo

- *Modelo de Recuperación*

A nivel específico de la rehabilitación, el nuevo paradigma de referencia es la atención orientada a la recuperación del proyecto de vida, una vez han aparecido las consecuencias de la enfermedad. Supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno, para conseguir un proyecto rehabilitador que cuente con la participación del afectado y construya un proyecto de vida que no esté definido sólo por los estándares de salud de los profesionales.

- *El Modelo de Competencias*

Parte de los recursos con los que cuenta la persona usuaria para asumir progresivamente nuevos roles, adquirir capacidades y habilidades, es decir, adaptarse mejor a los cambios. Este modelo pone el foco en las cualidades más transversales del individuo que son las que le permitirán adaptarse a diferentes puestos de trabajo, sean ya conocidos o nuevos, a través de la mejora de la capacidad de adaptación, la comunicación o el trabajo en equipo. El Modelo de Competencias tiene especial relevancia en la configuración del mercado de trabajo, es

un modelo que permite identificar y recuperar los propios recursos adquiridos durante la trayectoria vital, así como su transferencia a la acción en diferentes contextos. En este sentido el modelo se basa en los aspectos positivos del desempeño, es decir, lo que una persona es capaz de hacer.

En salud mental, este enfoque surge como respuesta a aquellos modelos basados en los déficits y discapacidades, destacando competencias y habilidades (Alonso S., Bravo O., & Fernández L., 2004)⁴.

El Modelo del Empleo con Apoyo, se basa en las necesidades específicas de las personas y también en sus deseos y aspiraciones laborales. A través de esta metodología se busca promover de forma inmediata la inserción de las personas, para posteriormente facilitarles los apoyos necesarios una vez conseguido el puesto de trabajo (Verdugo & Urríes, 2003)⁵.

- *Coordinación horizontal del recurso: servicios sociales, empleo, salud mental y otras áreas*

El PIL ha establecido un sistema de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se asientan en la colaboración entre el sistema sanitario, a través de sus equipos de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, manteniendo reuniones de coordinación para valorar la situación de las personas con enfermedad mental con las que se trabaja en común.

Del mismo modo existe una estrecha relación con el sistema de formación y empleo, con la Universidad Popular, con FUNDOSA-INSERTA (ONCE), con Centros para Adultos, Federación de empresarios, entidades que forman parte de Incorpora, CRR, SEXPE.

Otras entidades públicas con las que habitualmente contactamos son: Ayuntamiento; Concejalía de Servicios Sociales; Concejalía de deportes, inclusión y diversidad; concejalía de igualdad; Policía Local; Protección Civil/Agrupación de Voluntarios; Mancomunidad Valle del Jerte; Ayuntamientos de localidades aledañas.

- *Composición de los equipos de trabajo*

En los PIL, la composición de los equipos es interdisciplinar, combinando profesionales titulados sanitarios con profesionales de atención directa, de formación social, aspecto que permite una visión integrada en el abordaje asistencial.

De los diferentes PIL que gestionamos en la región, el recurso que cuenta con más profesionales se compone de una Técnica de Inserción Laboral, una Prospectora y una Monitora de Taller.

- *Ratio profesional / usuario y ratio coste / plaza*

Salvo el programa de Cáceres, que es el más joven y que solo tiene un profesional, el ratio es de 1/25

Respecto al coste de plaza en el año 2022, en Badajoz es de 807,59€, en Plasencia es de 1203,52 € y en Cáceres, de 517,16 €. Esto es del presupuesto que dedicamos, a cada programa, dividido por el nº de usuarios que se atienden

- *Tiempo de estancia en el dispositivo (tiempo medio y tiempo máximo).*

El tiempo medio de estancia ronda los tres años.

El tiempo máximo llega a los 8 años, pero no de manera continuada, caracterizado por las salidas y retornos.

- *Criterios de admisión y de exclusión del dispositivo: requisitos de las personas atendidas*

- Tener un diagnóstico de Trastorno Mental Grave.
- Ser mayor de edad.
- Presentar una situación psicopatológicamente compensada.

- No presentar consumo de sustancias tóxicas.
 - Presentar déficit en su integración social y laboral.
 - Tener un mínimo nivel de autonomía personal que le permita la participación.
 - Presentar dificultad en alguno de los momentos del proceso de integración, elección del Trabajo, consecución del Trabajo, conservación del trabajo.
 - Residir en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
 - Ser usuario y estar en seguimiento por el equipo de salud mental de referencia.
 - Aceptar voluntariamente las condiciones del recurso y comprometerse con la participación.
- *Dotación y estabilidad presupuestaria del recurso (subvención, contrato, convenio, etc): presupuesto anual y periodicidad de renovación de dicha dotación presupuestaria*
 - Los PIL son programas que se financian a través de subvenciones anuales de concurrencia competitiva desde el año 2005, en el que empezamos a gestionar el primer recurso laboral en Badajoz. La dotación económica era bastante elevada en sus inicios, pero se fue reduciendo hasta llegar prácticamente a la mitad.
 - Lo habitual es que la orden de subvenciones se resuelva a finales del mes de abril, pero hay ocasiones, como este año, que, debido a la modificación del convenio, aún no se ha publicado el nuevo convenio finalmente se publicó a inicios de Julio y se resolvió en septiembre).
 - *Proceso: fases del itinerario empleadas (secuencia del marco lógico)*

El PIL es un recurso especializado destinado a un colectivo específico y al cual se accede a través de otros recursos como son el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), el Equipo de Salud Mental (ESM), el CRR, la Unidad de Hospitalización Breve o la UME, los cuales envían un Informe de Derivación exhaustivo donde se refleja la situación clínica, una valoración funcional (psicosocial y de aspectos relevantes para la rehabilitación laboral), la situación social y familiar así como el nivel de motivación del usuario, elaborado entre la trabajadora social y el especialista correspondiente.

Diferenciamos tres procesos principales con los usuarios:

1. Proceso de acogida-evaluación.
2. Proceso de intervención. Atenciones individuales y talleres en el área de ajuste laboral y de apoyo a la inserción laboral.

Entendiendo que, desde la pandemia, con la digitalización de la vida, ha surgido una nueva causa de discriminación, tenemos talleres específicos de digitalización y redes sociales. Además, utilizamos los medios digitales dentro de nuestros procedimientos de intervención.

3. Proceso de inserción. La *intermediación laboral* es el proceso por el cual nuestra entidad va a ayudar a vincular personas (en búsqueda activa de empleo, o en procesos formativos) con empresas que ofrecen oportunidades de trabajo. Así, la intermediación tiene por objetivo alcanzar el punto de encuentro conveniente para ambas partes (empresas y personas trabajadoras), no sólo en el acceso a un puesto de trabajo sino también en la promoción y el mantenimiento del mismo.

Este proceso se desarrolla a través de diferentes momentos, pudiéndose definir una estructura común a la de inserción laboral de los desempleados del programa.

Otros servicios que se ofrecen desde los CRL son la capacitación profesional, los proyectos formativos, los talleres de inserción.

- *Estrategias empleadas en su relación con empresas*

- Nos centramos en la interacción y el trabajo con las empresas, construyendo así una red de contactos (networking) para obtener información sobre empleo y crear oportunidades de colaboración una vez que conozcamos las necesidades de las mismas. Junto a ellas, también es importante conocer las preferencias y habilidades de las personas con el objetivo de realizar un buen ajuste laboral, que permita la satisfacción de ambas partes.
- Esta perspectiva está centrada en las necesidades de las empresas, y no en las del servicio de inserción exclusivamente, como lo hace el enfoque tradicional de la prospección que busca ofertas de trabajo en el mercado abierto para las personas usuarias. En cambio, los nuevos enfoques se orientan a buscar oportunidades de empleo en el mercado “escondido”, es decir, accediendo a las necesidades de las empresas antes de que se conviertan en ofertas publicadas, y creando nuevos puestos de trabajo para cubrirlas.
- Otro aspecto importante que marca la diferencia es fomentar el desarrollo de prácticas no laborales que permita a la empresa conocer de manera estrecha a nuestros usuarios, lo que ayuda a romper el estigma y facilita la inserción.

3 Resultados y conclusiones

- Perfil del empleo creado por el recurso: empleo ordinario - empleo protegido (porcentaje en cada caso), grupos de edad, género, sectores económicos, etc.

Los empleos conseguidos se sitúan por encima del 65% en el empleo ordinario, siendo en Plasencia donde la tasa es del 90%. La tipología de empleo es de los siguientes sectores:

- Agricultura/ganadería
- Industria
- Servicios
- Otros

En Cáceres además del sector servicios, se ha dado la inserción en el empleo público. En los tres programas la tasa de inserción de hombres duplica a las mujeres. El grupo de edad que más inserciones tiene coincide con el grupo más numeroso en nuestros programas que es el de 31-50

- Evaluación del recurso: indicadores (tasa de inserción, tasa de formación, etc.)

Entre los tres PIL, el año pasado se atendió a 172 personas. Si bien la media de inserción ha sido de 31,5 personas/año (18,31%), en el 2022 se insertaron 56 personas (32,56%), lo que supone un incremento del 14,21%.

Respecto a la Formación, la tasa es variable según la zona, así en Badajoz y Plasencia, la tasa es más baja, con un 10% de media de usuarios que realizan formación, aunque el año pasado, al igual que la tasa de inserción, casi se duplicó llegando a alcanzar el 18%. Sin embargo, en el PIL de Cáceres, la tasa es significativamente mayor, alcanzando al 35% de los usuarios.

- Buenas praxis en su modelo de trabajo en los últimos años

Durante más de un año de trabajo, los equipos de profesionales de FSR que trabajan en programas de inserción laboral, han desarrollado de forma colaborativa y trabajando en equipo, una nueva metodología de intervención para mejorar los procesos de inserción laboral de las personas con enfermedad mental.

Partiendo de un diagnóstico previo de las necesidades de las empresas de la región y de un estudio sobre cuáles son los intereses y motivaciones de nuestras personas usuarias, se ha diseñado una herramienta para crear un itinerario formativo y de asesoramiento personalizado, basado en dichos intereses y motivaciones.

La persona participante en el proceso de inserción laboral, bajo la supervisión y asesoramiento de los profesionales del programa, es la encargada de elaborar su propio Plan.

El proceso de intervención es el siguiente:

Una vez realizado el diagnóstico inicial de la persona, el usuario o usuaria comienza una serie de sesiones formativas relacionadas con la fijación de objetivos SMART. En estas sesiones se le enseña a cómo desarrollar y ejecutar su propio Plan de Inserción.

Una vez que el usuario o la usuaria recibe toda la formación e información necesaria, comienza, él mismo, la elaboración y redacción de su Plan de Inserción Laboral Individualizado (PILI). En este proceso no intervienen los profesionales de FSR, solamente lo acompañan y resuelven dudas. (Para facilitarles el trabajo, se le entrega un Plan en blanco para que ellos cumplimenten los campos)

El PILI comienza fijando un objetivo general SMART relacionado con la inserción laboral y que tiene que estar vinculado necesariamente a las motivaciones e intereses del usuario.

Paralelamente a todo este proceso, el usuario o usuaria tiene a todo un equipo de profesionales y colaboradores a su disposición para mejorar sus competencias, resolver dudas, y acompañarle para que pueda ir consiguiendo, poco a poco, sus metas. Si las personas lo requieren, FSR le facilitan prácticas no laborales en empresas para que ellos puedan tener una primera toma de contacto con ese puesto de trabajo, y puedan decidir si las funciones desarrolladas les motivan y se sienten bien. Este sistema reduce la tasa de abandono, sobre todo en las personas con enfermedad mental grave que se incorporan por primera vez a un puesto de trabajo.

– Seguimiento del empleo creado y mantenimiento del puesto: estrategias empleadas

Las estrategias de seguimiento que favorezcan el mantenimiento en el empleo están directamente relacionadas con las fases de la prospección explicada anteriormente.

Para las personas con enfermedad mental, no solo es difícil la consecución de un empleo, si no también, el mantenimiento en el mismo. Mantener el contacto con los usuarios y con las empresas contratantes, es clave para el mantenimiento en la misma, pudiendo intervenir precozmente en caso de conflicto o ante la aparición de problemas que pongan en peligro su mantenimiento en el puesto.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001 : Salud mental : nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud.
- 2.. Josep M Haro, Concepció Palacín, Gemma Vilagut, Montse Martínez, Mariola Bernal, Inma Luque, Miquel Codony, Montse Dolz, Jordi Alonso. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; Vol.126, nº 12:445-51
3. Grove, B., & Membrey, H. (2005). Sheep and goats: New thinking about employability. In B. Grove, J. Secker, & P. Seebohm (Eds.), New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe Press.
4. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria (204) Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Núm. 24(92):3457-83.

5. Verdugo, M. A., y Jordán de Urríes, F. B. (2003). Empleo con apoyo y salud mental. M. A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Coordinadores), Atención comunitaria, rehabilitación y empleo (pp. 153-164). Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Experiència d'acompanyament integral de persones en risc d'exclusió des d'un enfocament eco-social: el model Deixalles (Illes Balears)

Llucia Forteza, Fundació Deixalles

Vanesa Sierra, Fundació Deixalles

Maria Jaume, Fundació Deixalles

Fernanda Caro, Observatori Social Illes Balears (OSIB)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

--

Palabras clave

Acompanyament, vulnerabilitat, exclusió social, integració sociolaboral

1 Introducción

Els itineraris d'inserció soci-laboral s'entenen com un procés d'acompanyament, individualitzat i integral, de persones en situació de vulnerabilitat respecte a les seves possibilitats d'integració en el mercat laboral. L'acompanyament a través dels itineraris individualitzats d'inserció és un procés que inclou diferents accions informatives, de diagnòstic, d'orientació, de suport i de formació, l'objectiu de la qual és aconseguir el màxim grau possible d'integració en l'ocupació normalitzada.

A Illes Balears, el Tercer Sector d'Acció Social apareix com un dels actors més significatius en els processos d'inserció soci-laboral. Una extensa xarxa d'entitats socials que treballen amb diversos col·lectius (persones en situació d'exclusió social, diversitat funcional, salut mental, joves), juntament amb algunes administracions locals, són les responsables dels itineraris individualitzats d'inserció social i laboral dirigits a cadascun dels col·lectius citats.

El Servei d'Ocupació d'Illes Balears (SOIB) és la institució responsable d'aquests processos, que s'organitzen a través de convocatòries públiques anuals, comptant amb la col·laboració del Sistema Públic de Serveis Socials (SPSS), principalment a través dels Serveis Socials Comunitaris (SSC).

Fundació Deixalles és un d'aquests actors amb àmplia tradició i rellevància en el conjunt del territori balear. Deixalles es caracteritza per ser una organització sense afany de lucre que, des de 1986 treballa amb persones i col·lectius en situació de vulnerabilitat social i exclusió des de la perspectiva de la Formació i Educació Ambiental, la Reutilització i el Reciclatge en el marc de l'Economia Solidària i la Sostenibilitat en el territori d'Illes Balears. Deixalles organitza els processos d'inserció soci-laboral en diferents programes (Teràpia ocupacional, pre-laboral, orientació laboral, formació i empreses d'inserció), adaptant-se al perfil de les persones ateses i complint diferents fases que comprenen l'acolliment, el seguiment i l'avaluació.

En la present comunicació es presenta el Model en el qual, des de l'any 2021, treballen Fundació Deixalles i l'Observatori Social d'Illes Balears (OSIB-UIB) des del qual donar a conèixer les característiques de cadascun dels programes desenvolupats, els seus objectius, el perfil de les persones a les quals van dirigits, les vies d'accés, la metodologia utilitzada, les activitats realitzades i els indicadors d'avaluació.

2 Els actors: Fundació Deixalles i Observatori Social de les Illes Balears (OSIB)

La Fundació Deixalles és una entitat sense ànim de lucre constituïda en el 1986. Des del 2010, El Patronat de la Fundació està format per treballadores i treballadors de la Fundació agrupats en l'associació Amics de Deixalles. La Fundació assumeix els principis de l'economia solidària i té com a objectiu contribuir a una societat més justa i sostenible afavorint la inserció sociolaboral de persones en situació o en risc d'exclusió de les Illes Balears, mitjançant activitats relacionades, principalment, amb els residus i la millora del medi ambient. Amb aquesta finalitat desenvolupa a les illes de Mallorca i Eivissa, els següents programes d'itineraris integrals d'inserció: Processos de capacitació i activació sociolaboral anomenats Itineraris Prelaborals, des del 2002, són un conjunt d'accions informatives, d'orientació, d'acompanyament, de suport i de formació en competències transversals dirigides a persones que presenten dificultats per incorporar-se al mercat laboral o als recursos normalitzats d'ocupació; Servei d'orientació laboral que inclou informació, assessorament, orientació laboral per a col·lectiu vulnerables, cofinançat pel SOIB, i FSE, dirigit a la inserció laboral al mercat laboral ordinari. A més, adopta un paper impulsor d'iniciatives immerses dins l'economia social i solidària, generant noves propostes que constitueixen alhora una activitat productiva i un pont cap a la inserció sociolaboral dels col·lectius que ens ocupen. Des de l'any 2011 Fundació Deixalles ha creat 3 empreses d'inserció (EI), Deixalles Serveis Ambientals, EI, SL, que desenvolupa activitats ambientals, principalment dintre del sector de residus i espais naturals, activitats de neteja i manteniment d'edificis; Triamdetot, EI, SL (2017), i DIS, Deixalles Inserció i Triatge, EI, SL (2018). La Fundació Deixalles i les empreses d'inserció són sòcies de REAS (Xarxa d'Economia Solidària de les Illes Balears) assumint els principis de l'economia solidària i tenint com a objectiu contribuir a construir una societat més justa i sostenible; des d'una òptica múltiple: l'econòmica, la social, l'ambiental i la cultural.

L'Observatori Social de les Illes Balears (OSIB) és un organisme vinculat a la Universitat de les Illes Balears. Aquest projecte va néixer a la UIB l'any 2008 com a resultat del conveni de col·laboració entre el Govern Balear i la Universitat de les Illes Balears en matèria de serveis socials. Aquella primera etapa es va desenvolupar entre 2008 i 2012. L'any 2020, en el difícil context sanitària, econòmic i social provocat per la pandèmia Còvid-19, la Universitat de les Illes Balears, a través de la Càtedra d'Innovació Social "la Caixa", dóna un nou impuls a l'Observatori Social de les Illes Balears, amb l'objectiu de recollir i generar informació per millorar el coneixement de la situació social de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera i detectar situacions emergents, punts crítics i respostes innovadores que facilitin la cohesió i la justícia social.

Els principals objectius de l'OSIB són generar debat i informació entorn de les polítiques socials, recollir i generar informació necessària per millorar el coneixement de la situació social i detectar situacions emergents i punts crítics, assessorar en matèria de política social, proposar intervencions per millorar la qualitat de vida de la ciutadania, promoure la difusió de documents tant d'elaboració pròpia com d'altres organismes lligats a problemàtiques socials.

3 Experiències de col·laboració entre Fundació Deixalles i OSIB

Partint d'interessos comuns, l'any 2020, ambdues organitzacions emprenen un treball conjunt d'investigació, que cerca analitzar l'eficàcia dels itineraris d'inserció implementats des de la Fundació Deixalles.

Aquest any es presenta un projecte de recerca a la *Convocatòria de recerca d'impacte social aplicat al desenvolupament humà sostenible en el context de la Covid-19*, finançat per l'Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat de la UIB (OCDS) i la Direcció General de Cooperació del Govern de les Illes Balears. El projecte, amb el títol *Impacte de la Covid-19 en els Itineraris d'inserció socio laboral dirigits a col·lectius vulnerables: una proposta adaptada a un nou escenari*, identificava dues línies de treball:

Una primera de caire analític amb la finalitat de realitzar un diagnòstic de la situació i una proposta i avaluació d'un itinerari d'inserció sociolaboral adaptat a la nova realitat del Covid-19.

Una segona de caràcter propositiu i executiu que implica la implementació d'un nou model d'intervenció adaptat a les noves necessitats detectades.

Es plantegen, així mateix, quatre objectius: 1) Anàlisi d'itineraris i experiències d'inserció socio-laboral dirigides a persones en situació de vulnerabilitat i exclusió social; 2) Anàlisi de l'impacte de la Covid19 en les persones en situació de vulnerabilitat social usuàries d'un itinerari d'inserció sociolaboral; 3) Disseny i elaboració d'una proposta d'itinerari adaptat a les noves necessitats arrel de la crisi Covid-19; 4) Implementació i anàlisi de l'efectivitat de la proposta d'itinerari en base a la inserció laboral i la qualitat de vida de les persones participants.

El resultat final d'aquest projecte va ser identificar la necessitat de treballar en la definició d'un model d'intervenció que, a partir de les actuacions ja realitzades per la Fundació Deixalles, facilités la comprensió dels processos d'acompanyament per a la inserció desenvolupats. Aquesta proposta es va anomenar Model Deixalles, i es presenta, de manera sintètica, a continuació.

4 L'acompanyament en els itineraris d'inserció social i laboral de col·lectius en situació de vulnerabilitat: El Model Deixalles

4.1 Els itineraris individualitzats d'inserció

Entenem un itinerari com un procés d'acompanyament a la persona, individualitzat i integral. L'itinerari és un conjunt d'accions informatives, de diagnòstic, d'orientació, d'acompanyament, de suport, i de formació. L'objectiu és aconseguir una inserció sociolaboral de les persones en situació de vulnerabilitat. Els itineraris es caracteritzen per: posar en el centre a la persona participant; afavorir l'entrenament en competències laboral, personals i transversals; realitzar un abordatge individual adaptat a les necessitats de la persona; ser integral, englobant totes les àrees que afecten a la persona; facilitar accions encaminades a resoldre problemàtiques situacionals que tenen relació directa amb el context social, laboral i personal de la persona participant on l'abordatge d'aquestes circumstàncies ajudarà a la millora de la seva qualitat de vida.

L'objectiu general és facilitar i capacitar les persones en el màxim d'habilitats socials i laborals necessàries per entrar i mantenir-se al mercat laboral. Les persones participants treballen habilitats que afavoreixen el seu apoderament i autonomia personal, i alhora, adquireixen, mantenen o recuperen competències transversals aplicables a altres àmbits de la seva vida.

4.2 Perfil de persones participants al itineraris del Model Deixalles

Els itineraris de la Fundació Deixalles estan dirigits a col·lectius en risc i/o en situació d'exclusió social que poden presentar una o varies problemàtiques que dificulten la seva integració i/o inserció sociolaboral. Aquestes les podem emmarcar en diferents àmbits.

Tot i que la situació de risc o d'exclusió social es caracteritza per ser multidimensional, alguns dels factors de risc comuns que poden ser el detonant, són els següents: a) Econòmic, manca o insuficiència de recursos econòmics; b) Laboral: manca d'estabilitat en l'ocupació, desocupació, precarietat laboral, manca d'experiència laboral, i altres circumstàncies relacionades amb el mercat de treball; c) Social: absència de vincles socials, familiars i/o de la comunitat, aïllament; d) Personal: incapacitat o dificultat a l'hora de participar en les decisions que afecten a les seves pròpies vides; e) Cultural: patir una situació d'estigmatització o exclusió social severa que inclou l'exclusió residencial i el sensellarisme.

4.3 Serveis de l'itinerari d'acompanyament a la inserció social i laboral

El model Deixalles compta amb diferents serveis per possibilitar la inserció social i laboral de les persones participants: Servei de Teràpia Ocupacional, Servei Prelaboral, Servei d'Orientació Laboral; Formació i Empreses d'Inserció. Cadascun dels programes té definits un objectiu general i específics, el perfil de persones que hi poden accedir, la via d'accés la metodologia específica d'intervenció i uns indicadors d'avaluació dels resultats i del procés. En aquest text farem referència únicament a les característiques més generals de cada servei.

4.4 Servei de Teràpia Ocupacional

Es tracta d'un itinerari dirigit a persones en situació d'exclusió social, majoritàriament institucionalitzades, que provenen de qualsevol dels Serveis de la Xarxa d'Inclusió Social de l'IMAS. Es promou l'apoderament de les persones i la generació de noves oportunitats d'inserció, mitjançant la dotació d'instruments ocupacionals i laborals, en funció de les capacitats i necessitats de la persona.

La metodologia utilitzada inclou varies fases: la derivació, l'acollida, el seguiment o disseny del procés d'inserció a través d'un treball individual i grupal i amb participació de la persona i l'avaluació que inclou indicadors quantitatius com número de protocols rebuts, persones participants desagregat per sexe, persones que han millorat la seva situació respecte a l'inici del seu itinerari, sessions formatives realitzades per tipologia, sortides didàctiques realitzades i d'activitats de participació a la comunitat.

4.5 Servei Pre-Laboral

Es centra en la realització d'Itineraris pre-laborals per a col·lectius en risc o situació d'exclusió social, lligats a activitats de recuperació i reciclatge de residus sòlids urbans. Els tallers de recuperació de residus són l'espai idoni per a posar en pràctica les habilitats socials i laborals de cada persona usuària. Aquests tallers estan supervisats i dirigits per un equip social, compost per monitors/es i tècnic/a social, la qual lidera el pla de feina personal, acompanyant a la persona durant tot el seu itinerari.

Està dirigit a persones en situació o risc d'exclusió en edat laboral, residents a Mallorca i Eivissa, que necessiten treballar o reforçar habilitats socials i laborals, persones amb addiccions reconegudes i que estan en tractament o seguiment per un servei especialitzat, persones amb problemes de salut mental, persones que tinguin un nivell de comprensió mínima de l'idioma (castellà o català), persones amb una discapacitat lleu/greu i persones que no tinguin permís de feina a l'Estat espanyol.

Les fases que inclou aquest servei s'inicia amb la recepció de protocols per part dels serveis derivants,

l'entrevista d'acollida a la qual es realitza un primer diagnòstic, el pla de feina, l'inici del procés i el seguiment que inclourà accions individuals, grupals i comunitàries. L'avaluació incorpora una sèrie d'indicadors quantitatius com el número de protocols rebuts, persones que han participat als itineraris superant els primers 15 dies, persones que han millorat la seva situació respecte a l'inici del seu itinerari, insercions al mercat laboral, persones connectades amb altres recursos, recursos/serveis/entitats connectades, sessions formatives realitzades, sortides didàctiques realitzades i activitats de participació a la comunitat.

4.6 Servei d'Orientació Laboral

Aquest servei està dissenyat per millorar l'ocupació i la integració de persones desocupades que pertanyen al col·lectiu en situació de risc i/o exclusió social i amb dificultats especials d'inserció laboral. Els objectius són desenvolupar itineraris integrals d'inserció que combinin accions de diferent naturalesa, com ara informació, motivació, orientació, acompanyament personalitzat i pràctica laboral, amb la finalitat de definir un projecte professional i aconseguir la inserció laboral de les persones en risc d'exclusió, a la vegada que establir línies de sensibilització i col·laboració conjunta amb el teixit empresarial, per afavorir la inserció laboral de les persones usuàries del servei. Com a objectiu transversal es planteja avançar cap a la igualtat i equitat de gènere i l'apoderament de la dona per afavorir la integració social i laboral d'aquest col·lectiu.

Està dirigit al col·lectiu de persones en risc d'exclusió social i amb dificultats especials d'inserció laboral, concretament perceptores de prestacions socials persones amb conductes addictives que es trobin en procés de rehabilitació o reinserció social, persones procedents de centres d'allotjament alternatiu, persones procedents de països extracomunitaris amb permís de treball.

La metodologia utilitzada reproduceix les fases inicials esmentades al altres serveis com la recepció del protocol de derivació i l'acollida i diagnòstic, incorporant a aquestes la informació, orientació i assessorament per a la recerca de feina des de la doble perspectiva individual i grupal i utilitzant les sessions grupals formatives com un instrument d'assessorament en grup. Aquest servei es planteja també la necessitat de realitzar accions cap a les empreses: captar-les i fidelitzar-les amb la finalitat d'aconseguir la signatura de convenis de col·laboració, espais adequats per a la realització de pràctiques no remunerades, o bé la gestió d'ofertes de feina que facilitin la inserció del col·lectiu objecte d'atenció.

A la fase d'avaluació els indicadors quantitatius proposats són: número de persones ateses al servei segons entitat derivant segregat per sexe, persones inicien itinerari segregat per sexe, sessions grupals per a la recerca de feina i/o en competències transversals realitzades, persones insertades per sexe, sector, durada i tipologia del contracte, empreses fidelitzades que signen un acord de col·laboració per sector, empreses que col·laboren amb les accions del projecte, acords de pràctiques no remunerades signats, per sector, dones i homes que realitzen pràctiques, ofertes de feina captades i cobert.

4.7 Servei de Formació

És el conjunt d'accions formatives que es realitzen per a capacitar a les persones i desenvolupar de manera qualificada les diverses professions. La formació permet accedir a certificats de professional o incorpora a les empreses al seu disseny, en funció de les necessitats d'aquestes.

L'objectiu és millorar l'empleabilitat de les persones a través de la capacitació en les competències professionals i/o competències transversals d'un lloc de feina, per aconseguir la seva inserció laboral.

Està dirigit a persones en situació de risc i/o exclusió sociolaboral, inscrites com a demandants de feina al SOIB i amb permís de feina, i amb interès per fer la formació.

Els indicadors quantitatius incorporats a l'avaluació fan referència al número d'accions formatives realitzades

per tipologia, persones que inicien alguna acció formativa i persones que finalitzen les accions formatives

4.8 Empreses d'Inserció (EI)

Estan regulades per la Llei 44/2007 i descrites al seu article 4:

Tindrà la consideració d'empresa d'inserció aquella societat mercantil o societat cooperativa legalment constituïda que, degudament qualificada pels organismes autonòmics competents en la matèria, realitzi qualsevol activitat econòmica de producció de béns i serveis, l'objecte social dels quals tingui com a fi la integració i formació sociolaboral de persones en situació d'exclusió social com a trànsit a l'ocupació ordinària.

L'objectiu és promoure la integració de les persones al mercat laboral ordinari.

El perfil de les persones ateses està definit a l'article 2 de la citada llei, sent aquets perceptors de rendes mínimes d'inserció, o qualsevol altra prestació d'igual o similar naturalesa, o persones que no puguin accedir a les prestacions a què es fa referència anteriorment; joves majors de divuit anys i menors de trenta, procedents d'institucions de protecció de menors; per amb problemes de drogodependència o altres trastorns addictius que es trobin en procés de rehabilitació o reinserció social; interns de centres penitenciaris la situació penitenciària dels quals els permeti accedir a una ocupació i persones procedents de centres d'allotjament alternatiu.

Referencias bibliográficas

--



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Itinerarios de empleo personalizado en la intervención con personas en situación de sinhogarismo en HOGAR SÍ

Daniel Ferrera López, HOGAR SÍ (daniel.ferrera@hogarsi.org)

Lorena Yusta Pérez, HOGAR SÍ (lorena.yusta@hogarsi.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Las personas en situación de sinhogarismo se encuentran en la posición más extrema de pobreza; además, siendo totalmente visibles a nuestros ojos en cada paseo por la ciudad, el conocimiento sobre su problemática es muy escaso. Su estereotipo, fuertemente arraigado en el imaginario de la sociedad, desdibuja la necesidad de dirigir políticas de empleo activas específicas para ellas.

Según la Encuesta sobre personas sin hogar, un 47 % de estas personas realizan búsqueda de empleo y la pérdida de empleo sería la segunda causa del sinhogarismo en España, sólo por detrás de la pérdida de la propia vivienda (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022). Vivir en la calle agrava los problemas de salud física y mental: el 24,7 % de estas personas han intentado suicidarse y el 45,2 % presentaba riesgo de suicidio (Calvo-García *et al.*, 2016).

La presente comunicación arroja luz sobre la necesidad de aplicar políticas activas de empleo enfocadas hacia las personas sin hogar, reformulándolas hacia un modelo de empleo personalizado que sitúe a la persona en el centro para potenciar su inserción sociolaboral. Itinerarios para la inclusión diseñan e implementa esta metodología poniendo el foco en la evaluación y en la excelencia de una intervención integral en lo referente al empleo.

Palabras clave

Sinhogarismo, empleo personalizado, inclusión, evaluación, autonomía

1 Introducción

En España hay, al menos, 37.000 personas en situación de sinhogarismo. De todas estas, 28.552 acuden a centros de atención (INE, 2022) y más de 8.000 viven de manera estable en la calle (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Si bien el 78 % considera que tener un empleo solucionaría su situación de sinhogarismo, solamente un 47,7 % se encuentra en búsqueda activa de empleo, mientras que el 42 % no busca por problemas de salud (INE, 2022). Estos datos, que reflejan la dificultad de la intervención en el ámbito de la inclusión sociolaboral de las personas en situación de sinhogarismo, enlazan con unas políticas diseñadas para su implementación genérica con grupos en riesgo de exclusión que no responden a las necesidades específicas de estas personas (Vera Ortiz y Caro Sagüés, 2022).

Políticas como la creación del Ingreso Mínimo Vital (IMV) resultan insuficientes debido a que la situación de las personas sin hogar implica una falta de recursos que deriva en el desconocimiento de si pueden ser o no beneficiarias de este recurso, siendo percibido únicamente por el 34 % de las personas que han realizado la solicitud (HOGAR SÍ, 2021). Por tanto, resulta indispensable apostar por la transformación de los programas de empleo y las metodologías de acompañamiento para la inserción laboral de las personas en situación de sinhogarismo, incidiendo en las políticas públicas, pero realizando también un trabajo conjunto de la mano de todo el tejido económico, favoreciendo el desarrollo de las empresas de inserción (HOGAR SÍ, 2023).

En este contexto y gracias al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y a los fondos europeos Next Generation, HOGAR SÍ apuesta por un modelo de empleo personalizado para personas en situación de sinhogarismo con *Itinerarios para la inclusión*, programa que forma parte de los 16 pilotos iniciales ligados al IMV y desarrollados en toda España.

2 Metodología

2.1 Contexto

En un contexto en el que solo un 5,3 % de las personas sin hogar tiene empleo, un 17 % cobra el IMV o una renta mínima, un 30 % no tiene ningún tipo de ingreso y un 27 % manifiesta haber llegado a esta situación tras haber perdido el empleo (INE, 2022), *Itinerarios para la inclusión* surge para evaluar y desarrollar el modelo de empleo personalizado de HOGAR SÍ con la finalidad de ofrecer una solución al sinhogarismo basada en el empleo. A través de un plan alineado con el propósito, la visión y los principios de la entidad, pone el foco en la indagación del talento y en las habilidades y los recursos de la persona, ofreciendo al personal técnico una mayor información sobre las habilidades, capacidades y motivaciones de las personas durante la propia intervención, así como en la negociación con la empresa empleadora, sustituyendo las evaluaciones más tradicionales por las de procesos, permitiendo un seguimiento constante de la intervención y la valoración de herramientas tanto de esta, como de la propia evaluación.

Dirigido a personas en situación de máxima exclusión residencial, prioritariamente en la escala ETHOS 1 y 2 (FEANTSA, 2005) que, además, no tengan empleo estable (en posesión del permiso de trabajo o tarjeta roja de asilo renovable con autorización de trabajo, que no hayan trabajado en el último año más de un 20 % acumulado y sin ingresos económicos regulares en los últimos nueve meses), *Itinerarios para la inclusión* se desarrolla en seis ciudades: A Coruña, Cartagena, Madrid, Murcia, Palma de Mallorca y Valencia. La muestra consta de 344 personas divididas en dos metodologías, cuya entrada fue aleatorizada para poder asegurar que los resultados entre ambos grupos se deben al tipo de intervención. Estos dos grupos son el experimental, que interviene de acuerdo con el modelo de empleo personalizado, y grupo control, con una intervención tradicional. Busca la consecución de tres objetivos: (1) desarrollar un modelo de empleo personalizado en el ámbito del sinhogarismo, que facilite la salida autónoma del sistema de atención especializada, mediante el acceso y la estabilización en el mercado de trabajo; (2) evaluar la eficacia y la eficiencia del modelo en relación con otros modelos tradicionales de empleo basados en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral; y (3) fomentar la transferencia del conocimiento al proceso de elaboración de políticas públicas y rendir cuentas sobre sus resultados.

2.2 Metodología de la intervención

Si bien la financiación recibida para el desarrollo de *Itinerarios para la inclusión* se centra en el diseño de un programa de evaluación que compare la metodología de empleo tradicional con la personalizada y desde HOGAR SÍ estamos realizando una evaluación exhaustiva (de impacto, de procesos, de eficiencia económica y de satisfacción), la presente comunicación se centra en desarrollar la metodología de la intervención, enmarcándose dentro del objetivo del fomento de la transferencia de conocimiento, en aras de favorecer la replicabilidad del modelo.

Para garantizar la prestación de un servicio centrado en la persona, la intervención planteada se estructura en torno a cuatro fases que se implementan de forma progresiva, pero cuyos tiempos y linealidad dependerán de las particularidades de cada caso:

1. *Fase de descubrimiento*: cuya finalidad es la de tener un mayor conocimiento sobre la persona y que esta misma aumente su autoconocimiento, reconociendo y determinando sus intereses, talentos y fortalezas. Las estrategias del descubrimiento refuerzan los diagnósticos sobre empleabilidad más

tradicionales y ofrecen a los técnicos información rica y cualitativa, mediante un proceso de escucha activa que va más allá de las entrevistas formales o de completar registros. El proceso de aprendizaje aquí está centrado en la situación personal más que en la laboral, con interés en conocer también el entorno de la persona para detectar agentes facilitadores del empleo dentro de su posible capital social. Se trata de descubrir, no solo de preguntar o ver; es fundamental para identificar la contribución que la persona puede hacer al mercado laboral y generar un plan posterior de búsqueda de empleo, de formación o de identificación de necesidades de apoyo y ajustes razonables. La duración de la fase, el número de sesiones y su periodicidad depende de cada caso, siendo de especial importancia crear el vínculo en las primeras citas, combinar el acompañamiento tanto dentro como fuera de la oficina y basar todos los procesos en la escucha activa, fundamental para la creación y el desarrollo de dicho vínculo. Esta fase finaliza cuando se ha logrado definir el objetivo profesional e identificado las necesidades de apoyo.

2. *Fase de activación:* que comienza con la presentación de la cartera de servicios que permitirá a la persona activar recursos del programa en función de su objetivo y con enfoque a facilitar romper las barreras para alcanzarlo. Utilizando la información obtenida durante el descubrimiento y los servicios que la persona quiera activar, diseñará con apoyo del/la profesional un plan de trabajo que determine los pasos según los objetivos que se marque. Los procesos con personas en situación de sinhogarismo son a menudo inestables e imprevisibles por la cantidad de variables no resueltas derivadas de las circunstancias que impactan inevitablemente en la búsqueda y mantenimiento del empleo, pero es importante marcar unos objetivos genéricos que guíen la intervención en un inicio y permitan redirigir y consensuar más adelante. Esta planificación permite acordar qué recursos y apoyos activar para que la persona logre sus objetivos y será ella la que la construya el plan con el apoyo del programa, controlando así su proceso.
3. *Fase de incorporación:* en la que la persona se encuentra en búsqueda activa de empleo y donde se continuará con el acompañamiento necesario para que la provisión de apoyos aporte las condiciones óptimas que deriven en la consecución de un empleo. Es importante ajustar las expectativas e intereses con las realidades y exigencias de un sistema competitivo, pero sin condicionar los objetivos profesionales. Al acompañamiento que continúa del/la técnico/a de empleo, se suma de manera constante el/la técnico/a especializada en empresas para ir contrastando si las ofertas presentadas responden a los objetivos planteados. Si la persona realiza una búsqueda de empleo autónoma, se impulsará ésta con los apoyos que necesite; si es más activa por parte del programa, se intentará fomentar igualmente esa autonomía. Se debe tener en cuenta además que buscar empleo no es lineal y enfocar los procesos de selección que no deriven en una inserción laboral no como una derrota, si no como un logro obtenido del que aprender. Con la incorporación al empleo se vuelve clave el acompañamiento en los primeros días de la inserción para que se produzca una correcta adaptación al puesto y detectar aspectos que la entorpezcan.
4. *Fase de mantenimiento:* que busca afianzar la presencia en el mercado laboral, por lo que apoyos y acuerdos estarán enfocados a mantener y/o mejorar el empleo y que sea una oportunidad de aprendizaje y desarrollo profesional que permita fomentar la autonomía para afrontar futuros procesos. La clave en cuanto a estos apoyos es su carácter diferencial, ya que no sólo pretenden una inserción laboral, sino también el posterior mantenimiento. Esta fase comienza con la revisión en conjunto el plan de trabajo y los servicios que la persona activó. Se reenfojarán los objetivos necesarios y se determinarán qué servicios son ahora importantes mantener y/o activar y en qué tiempos. El acceso al empleo supone un cambio en la disponibilidad de la persona y el camino hacia su independencia, por lo que debemos explicar lo que persigue ahora el acompañamiento, acordando los momentos y ubicación para continuar la intervención. Tras estas cuatro fases, con la reiterada paulatina de los apoyos, se procederá a la salida del programa,

manteniendo un seguimiento de la persona y pudiendo reactivar la intervención en cualquiera de sus fases en caso de ser necesario.

Durante todo el proceso resultará imprescindible trabajar la intervención en el entorno comunitario, así como las alianzas con empresas, favoreciendo una gestión altamente profesionalizada, la construcción de relaciones estables más allá de acciones puntuales con empresas, que sirvan para fomentar procesos de inserción en los que la empresa sea considerada como una aliada, así como la orientación de todos los procesos para dar respuesta a las expectativas de las empresas. Elementos clave durante todo el proceso, que diferencia al modelo de empleo personalizado del tradicional, son la reducción de la ratio de atención, la inclusión de apoyos económicos y la intervención en todas las áreas que impactan al empleo.

Durante la intervención, y favoreciendo la evaluación transaccional, la metodología de evaluación se compaginará con la metodología de intervención a través de una herramienta de especial importancia en el desarrollo del programa de empleo personalizado: el *Customer Journey* (o viaje de la clientela). Esta herramienta es la representación de la experiencia subjetiva del cliente (o persona participante) en el programa, que comienza desde que este detecta una necesidad o identifica un problema y contacta con la entidad para encontrar una respuesta hasta su salida, una vez cubierta dicha necesidad. Cada persona tiene unas características y necesidades propias, por lo que cada viaje se constituye como una experiencia única, siendo así tanto su duración como las interacciones y las respuestas que se ofrecen diversas y adaptadas. Si bien, para la elaboración del CJ se han tenido en cuenta una serie de cuestiones transversales y comunes (arquetipos de personas que comparten características en su perfil; serie de procesos estándar para abordar la respuesta a las necesidades, basados en principios comunes que responden al modelo de intervención de HOGAR SÍ; momentos de interacción críticos en los que se juega el éxito de la intervención porque se repiten en múltiples personas y procesos), tratando de esta forma de extraer y agrupar elementos fundamentales que generen aprendizajes transferibles y generalizables, al menos en un amplio porcentaje de los casos. La aplicación del CJ permitirá realizar una evaluación transaccional a lo largo de todos los *touch points* del proceso, permitiendo de esta forma detectar las necesidades de la clientela durante el propio desarrollo de la intervención. Asimismo, se pretende identificar cómo se siente la clientela en cada momento del proceso para poder analizar si es necesario realizar modificaciones y/o implementar distintas estrategias.

3 Resultados y conclusiones

A pesar de que el desarrollo del proyecto está en marcha y no ha finalizado el periodo de intervención, podemos extraer ya numerosos aprendizajes que están permitiendo definir la metodología de empleo personalizado adaptándola a la realidad de las personas y del contexto sociolaboral. El foco en el desarrollo e implantación de un modelo metodológico ha permitido generar espacios de trabajo común en los que se ha reflexionado con una mirada crítica y constructiva, buscando extraer procedimientos que permitan llevar a cabo una intervención de calidad, centrada en mejorar las oportunidades de las personas respetando su posición y criterio.

Además, tanto en los espacios que se ha compartido con las personas participantes, como en la información que comparte el equipo de intervención, ya se observa el impacto que una metodología con tiempos de intervención mayores e integrales está teniendo en la mejora de la calidad de vida de los y las participantes. El avance en muchos de los procesos se observa positivo, con casos de éxito que consiguen mantener su empleo, acceder a una vivienda y pensar en un futuro estable. Sin duda alguna, merece destacar también la satisfacción que muestran las personas con el programa, que tanto en casos de consecución de empleo como en los que todavía no se ha logrado, resulta a priori muy positiva; el vínculo que se genera con la metodología personalizada permite una relación horizontal y de confianza, que resulta determinante en un acompañamiento complejo y con circunstancias cambiantes derivadas de la situación de alta

vulnerabilidad. Aunque será la evaluación quien aporte unas conclusiones objetivas, obtener estas primeras impresiones resulta alentador para seguir desarrollando la metodología.

Los resultados cuantitativos observados hasta el momento también van arrojando luz sobre el impacto del empleo personalizado en comparación con el empleo tradicional. La tasa de retención (porcentaje de personas que se mantienen activas en el programa sobre las personas que entraron y que no han salido exitosamente) es mayor cuando se aplica la metodología personalizada (74%) en comparación con los itinerarios tradicionales (66%). Es decir; las personas vinculan en mayor medida al aplicar una intervención personalizada. Por otro lado, los resultados observados en cuanto a la tasa de incorporación laboral (porcentaje de personas con al menos un contrato sobre el número de personas en intervención) son alentadores. Esta tasa en el grupo experimental alcanza un valor de 54.3% mientras que en el grupo control representa el 37.5%. A través del empleo personalizado se logra un número mayor de inserciones laborales en comparación con los itinerarios tradicionales. En la actualidad estamos evaluando el mantenimiento en el tiempo de estas inserciones, un aspecto en el que a través del empleo personalizado se pone mucho foco.

Por último, cabe destacar que los resultados del programa van más allá de la inserción laboral, existen impactos en la situación de vivienda, salud, situación administrativa, salud financiera; en definitiva, en la calidad de vida. En palabras de una persona participante del programa: *«he podido lograr un empleo, un hogar y, por tanto, recuperar mi vida»*. La aplicación de modelos basados en la planificación centrada en la persona son clave para erradicación del sinhogarismo.

Referencias bibliográficas

- Calvo-García, F., Giralt-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. y Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27, 89-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.002>
- Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar (2005). Tipología europea de sin hogar y exclusión residencial. Recuperado de: https://www.feantsa.org/download/ethos_spain-24518105836657575492.pdf
- HOGAR SÍ (2021). Ingreso Mínimo Vital y sinhogarismo. ¿Una protección estructural para toda la sociedad? Recuperado de: <https://hogarsi.org/wp-content/uploads/2021/12/ingreso-minimo-vital-imv-sinhogarismo.pdf>
- HOGAR SÍ (2023). Una legislatura clave para resolver el sinhogarismo. Propuestas electorales. Recuperado de: https://hogarsi.org/wp-content/uploads/2023/03/VF_PROPUESTAS-ELECTORALES-2023-AMBITO-AUTONOMICO-Y-MUNICIPAL_logo-ministerio.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2022). Encuesta a las personas sin hogar. Año 2022. Recuperado de: <https://www.ine.es/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020. Aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre de 2015. Recuperado de: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>
- Vera Ortiz, E. y Caro Sagüés, G. A. (24 de noviembre de 2022). Sinhogarismo e Itinerarios para la Inclusión ligados al IMV: La experiencia de HOGAR SÍ [comunicación]. IV Congreso Internacional ICAAA. Innovación pública, reconstrucción de la democracia y sostenibilidad para un mundo post-COVID. Madrid, España. <https://www.ucm.es/icca/programa-iv-congreso>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La Formación Profesional Dual de Grado Superior en Andalucía, ¿solución contra el desempleo juvenil?

Carmen María Martín Suárez, Universidad de Granada (cmartins@ugr.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Formación Profesional Dual, en adelante FPD, es una modalidad implementada dentro del sistema de Formación Profesional que tiene un carácter relativamente reciente en España. Así, esta política educativa está destinada a fomentar la inclusión laboral de los jóvenes que transitan a la vida adulta favoreciendo la cooperación entre los sectores laboral y educativo y contribuyendo a una renovación de sus habilidades laborales.

Relacionado con esto, presentamos una investigación sobre el Ciclo Formativo de Grado Superior en Educación Infantil, en el que analizamos los relatos de los actores implicados en la implementación de la FPD en Andalucía, a partir del análisis de entrevistas realizadas a miembros de los centros educativos, equipo directivo, tutores de la formación dual, sector empresarial y estudiantado. El resultado de esta investigación es derivado de la primera fase del Proyecto Estatal I+D+I “*Retos y desafíos de la implantación de la formación dual en la Formación Profesional española*” (Ref.RTI2018- 101660-B-100).

Los resultados preliminares indican que el desarrollo de esta política supone un impacto positivo en la mejora de empleabilidad juvenil al posibilitar una formación en la empresa en la que se muestran las competencias profesionales, aunque esta oportunidad es desigual para hombres y mujeres al tratarse de un ámbito profesional feminizado. Si bien la formación práctica es fundamental y está siendo limitada por la COVID-19, necesita de un aprendizaje de conocimientos teóricos previos para esa implementación en la empresa. También es clave el conocimiento de las empresas sobre la FPD para fomentar su implicación y evitar que esta sea considerada como prácticas laborales y no como formación en empresa, e implantar un marco legal definido.

Palabras clave

Formación Profesional Dual, Andalucía, desempleo juvenil

1 Introducción

Desde que acabara la crisis financiera que comenzó en el 2007, en la Unión Europea se ha llevado una campaña en favor de la Formación Profesional Dual (en adelante FPD) con el eslogan de que ésta puede contribuir a reducir las cifras de desempleo juvenil y hacer frente a las necesidades formativas de esta población.

De esta manera, la FPD se ha posicionado como una herramienta para favorecer la inclusión educativa y laboral de la población joven. Una población que tiene que hacer frente a elevadas tasas de desempleo (Šćepanović y Artiles, 2020), consecuencia de una transformación global de las sociedades, caracterizadas por la incertidumbre y el cambio (Martin-Criado, 2014), donde se han modificado las condiciones del mercado de trabajo, y en la que la transición escuela trabajo ha sufrido un proceso de precarización y desestandarización

que ha dejado en peligro de exclusión una gran cantidad de jóvenes, especialmente aquellos con menor nivel educativo (Jacinto y Millenaar, 2009). En España, la FPD, es una política de implantación aparentemente reciente, pues su primera regulación aparece en el año 2012, y su diseño parece responder a ciertos discursos enmarcados en el ámbito europeo que tratan de dar respuesta a los altos niveles de desempleo juvenil (Sanz de Miguel, 2017) y pretenden reducir significativamente la tasa de abandono educativo temprano incrementando las tasas de escolarización en las edades no obligatorias, especialmente en Formación Profesional. (LOMLOE, 2020).

Sin embargo, y dado que las políticas educativas tienen una relevancia que sobrepasa el ámbito puramente legislativo, afectando áreas personales, educacionales o culturales, se hace necesario realizar un análisis de la implantación de la FPD en España que nos permita conocer el impacto de esta política sobre el alumnado que la cursa y en qué medida que está logrando la inclusión laboral de los jóvenes que han optado por esta vía.

2 Metodología

El trabajo que aquí se presenta ha resultado de un estudio de casos con la realización de 28 entrevistas en profundidad divididas en categorías de análisis. Estas entrevistas recogen la valoración de diferentes actores claves directamente implicados en la FPD de varios centros educativos de Andalucía (personal del equipo directivo, profesorado, tutores, personal del sector empresarial y estudiantado).

- Técnicas de recopilación de la información

La herramienta metodológica que se ha empleado en este estudio de casos han sido entrevistas semiestructuradas (Kvale, 2015), realizadas entre enero y junio de 2021. Antes de la realización de las entrevistas, se contaba con un listado de preguntas de recopilación de datos prefijado a modo de guía.

Las entrevistas realizadas se dividen en varias categorías de análisis que facilitan la recogida de información y su posterior interpretación.

Categorías de análisis

Perfil del alumnado que cursa FPD

Acceso a la FPD

El desarrollo de la formación práctica

Inclusión laboral

- Muestra participante

Se han realizado un total de 28 entrevistas. Estas entrevistas se han llevado a cabo con informantes de cinco centros educativos (tres directores de centro, tres coordinadoras de FPD, dos coordinadoras de FCT, dos tutoras de FPD, un tutor de FCT y diez alumnos/as) y de cuatro empresas colaboradoras (un tutor laboral y seis empresarios/as). Todos/as los participantes entrevistados/as son de la comunidad autónoma de Andalucía, por ser la región en la que se desarrolla el estudio.

Asimismo, el resultado de esta investigación es derivado de la primera fase del Proyecto Estatal I+D+I “Retos y desafíos de la implantación de la formación dual en la Formación Profesional española” (Ref.RTI2018-101660-B-100).

3 Resultados

Los resultados de este trabajo se presentan atendiendo a las categorías de análisis anteriormente descritas: perfil del alumnado que cursa FPD, acceso a la FPD, el desarrollo de la formación práctica e inclusión laboral.

3.1 Perfil del alumnado que cursa FPD

El perfil del alumnado y su trayectoria educativa previa dependen del grado de FP en el que se matricula (grado medio o grado superior) y de la familia profesional a la que accede (ciclos feminizados o ciclos masculinizados).

[...] el perfil del estudiantado es distinto dependiendo si es de grado medio o si está matriculado en grado superior; en grado medio suele ser alumnado con un bajo expediente académico previo. (Centro educativo de Sevilla, director, centro privado).

[...] y en cuanto a este perfil del estudiantado quizás se distingue mucho entre una familia profesional y otra [...] en este ciclo formativo, por ejemplo, casi todo el grupo está siempre compuesto por chicas... (Centro educativo de Córdoba, coordinadora FPD, centro público).

3.2 Acceso a la FPD

Existe una clara distinción de criterios de acceso entre los centros públicos y privados, ya que cada centro acuerda sus criterios de selección para acceder a la dualidad. Asimismo, el acceso depende del número de plazas duales que se incluyan en el proyecto.

[...] yo accedí a un centro privado porque en el público no me admitieron, a pesar de que mi nota de bachillerato es bastante buena. En el centro privado, igualmente, el acceso depende de la nota media bachillerato, aunque tienen preferencia los alumnos y alumnas que vienen del grado medio. (Centro educativo de Sevilla, alumnado, centro privado).

[...] nosotras, como no ofertamos todas las plazas en dual, hacemos una selección del alumnado de dual en función de unos criterios: realización una entrevista personal, realización de un test de idoneidad por parte de la orientadora y la realización de un pequeño informe por parte del equipo educativo en la que se tienen en cuenta las notas del primer trimestre. Después de esto hacemos una baremación y de ahí salen los/las alumnos/as seleccionados/as (Centro educativo de Almería, tutora FPD, centro público).

3.3 El desarrollo de la formación práctica

En general, se describen buenas experiencias en las empresas durante el desarrollo de la formación práctica. No obstante, en el momento de la realización de las entrevistas, también se observan algunas limitaciones en el desarrollo de la formación práctica en empresas colaboradoras debido a la COVID-19.

[...] la verdad que mi experiencia en la formación en empresa durante la FPD ha sido muy buena (Centro educativo de Almería, alumnado, centro público).

[...] si que es cierto que, con esto de la COVID19, hemos tenido un par de centros que han reducido su número de alumnado en prácticas y otros que se han negado a participar (Centro educativo de Málaga, tutora prácticas laborales, centro privado).

Asimismo, en cuanto al desarrollo de la FPD en la empresa, también es clave el conocimiento que deben tener las empresas sobre el desarrollo de la FPD en Andalucía y sobre las ventajas que obtienen durante su

participación en esta modalidad. Con ello, se fomenta una mayor implicación de las empresas y se evita que la función del aprendiz dentro de las mismas sea considerada como prácticas y no como formación laboral.

[...] muchísimas empresas todavía no conocen lo que es la dual y por eso no se plantean su participación en la misma... es decir, la dual todavía no está asentada como para las empresas se den cuenta de las ventajas y del potencial que tiene... (Centro educativo de Cádiz, Coordinadora FPD, centro público)

[...] muchas veces las empresas no saben en qué consiste la dual y tenemos que estar repitiéndoles constantemente que no somos alumnado en prácticas, que somos alumnado en formación y que tenemos que desarrollar unas actividades (Centro educativo de Cádiz, alumnado, centro público)

En este sentido, y dado que a nivel autonómico todavía se aprecia una falta de responsabilidad por parte de las administraciones, se hace imprescindible la implantación de un marco legal definido en relación al desarrollo de la FPD andaluza.

[...] hay muchos centros que están haciendo las cosas según les viene porque la dual, al menos en Andalucía, todavía no está del todo estipulada a nivel normativo... La normativa marca unas pautas pero es todo tan general que cada ciclo lo hace como quiere... Por eso pienso que la normativa se debe afinar un poco más... sobre todo en cuanto a la formación en empresas... (Centro educativo de Sevilla, Coordinadora FPD, centro privado).

3.4 Inclusión laboral

Existe una mayor ventaja competitiva con respecto al alumnado de FP tradicional, dado que, al finalizar el ciclo formativo, el alumnado de dual parece estar más preparado a nivel práctico. Esto es debido, entre otras ventajas, a que el alumnado de FPD tiene la posibilidad de aplicar los contenidos teóricos adquiridos, desde el primer momento, en un entorno real de trabajo.

Creo que la modalidad dual puede ofrecer más ventajas que la modalidad tradicional porque, al realizar tantas prácticas, conoces desde el primer año lo que va a ser tu puesto de trabajo y adquieres muchos más conocimientos. Los contenidos teóricos también son importantes pero... tener la posibilidad de aplicarlos a la práctica desde el primer momento... no es lo mismo. Además, pienso que ofrece muchas más oportunidades de acceso al mercado laboral (Centro educativo de Málaga, alumnado, centro privado).

No obstante, en este ciclo formativo, al tratarse de un ámbito tradicionalmente feminizado, esta oportunidad parece desigual para hombres y mujeres.

En mi caso, al ser chico, he recibido cierto rechazo por parte de las propias tutoras laborales... me decían que algunos padres y madres se negaban a que fuese un chico el que cambiase el pañal de sus hijos e hijas, por ejemplo [...] este tipo de limitaciones nos reduce las posibilidades de inserción laboral en muchos centros infantiles por el simple hecho de ser chicos... (Centro educativo de Sevilla, alumnado, centro privado).

4 Conclusiones

Al contrastar la opinión de los actores entrevistados, se resaltan algunas convergencias y mejoras en la FPD.

En primer lugar, los resultados preliminares de esta investigación concluyen que la FPD es una modalidad formativa que contribuye a una mejora de las habilidades laborales de los/as jóvenes andaluces que cursan esta modalidad formativa. Sin embargo, otros resultados manifiestan que la implantación de esta modalidad conlleva ciertas limitaciones que dificultan la cooperación entre los sectores laboral y educativo.

En cuanto al perfil del alumnado que cursa FPD, así como su trayectoria educativa previa, parecen depender, en gran medida, del nivel de Formación Profesional en el que se matricula (grado medio o superior) y del ciclo formativo al que se acceda.

Asimismo, se aprecian diferencias en el proceso de selección para acceder a la dualidad y en el proceso de evaluación del alumnado. Todo ello depende del número de plazas duales que se incluyan en el proyecto de FPD y de la titularidad del centro educativo en el que el alumnado se encuentre matriculado. Dado que los centros de titularidad privada suelen presentar una menor demanda de matriculación, los criterios de selección para el acceso a la modalidad dual parecen ser mucho más flexibles respecto a los centros públicos.

En cuanto al desarrollo de la formación práctica en FPD, se describen buenas experiencias en las empresas durante el desarrollo de la formación práctica, aunque, en el momento de la realización de las entrevistas, se encuentra levemente limitada por la COVID-19. Del mismo modo, atendiendo a las respuestas obtenidas, también se considera fundamental el conocimiento de las empresas sobre el desarrollo de la FPD para fomentar su implicación en esta modalidad y evitar un enfoque inadecuado de las funciones del aprendiz. Para ello, se hace imprescindible la implantación de un marco legal definido en relación al desarrollo de la FPD andaluza.

No obstante, a pesar de los inconvenientes descritos, se refleja una valoración pragmática de la modalidad dual de Formación Profesional, sobre todo, por la importancia de la formación desde la práctica profesional en la empresa. Además, existe una actitud positiva del alumnado ante su proceso formativo en modalidad dual, ya que manifiestan que la duración de las prácticas formativas en FPD les permitirá una mayor inserción laboral. En este sentido, para confirmar esta afirmación, sería necesario un seguimiento de estudiantes egresados de esta modalidad.

Referencias bibliográficas

- Jacinto, C. y Millenaar, V. (2009). Enfoques de programas para la inclusión laboral de los jóvenes pobres: lo institucional como soporte subjetivo. *Última década*, 17(30), 67- 92. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362009000100004>
- Kvale, S. (2015). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Morata.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, 30 de diciembre de 2020, 122868- 122953. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/30/pdfs/BOE-A-2020-17264.pdf>
- Martín-Criado, E. (2014). Presentación: la clase obrera cambia, sus estigmas persisten. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 72(2), 367-372.
- Šćepanović, V. y Artiles, A. (2020). Dual training in Europe: a policy fad or a policy turn? *Transfer: european review of labour and research*, 26(1), 15-26. <https://doi.org/10.1177/1024258919898317>
- Sanz de Miguel (2017). Gobernanza de la formación profesional dual española entre la descoordinación y la falta de objetivos. *Revista española de educación comparada*, 30, 77-98. <https://doi.org/10.5944/reec.30.2017.18705>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave: revisión bibliográfica de la evidencia en España

Víctor González Ayuso, IMSERSO (victorgonzalez.externo@imserso.es)

Jorge Marredo Rosa, IMSERSO (jorgemarredo.externo@imserso.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Los programas de empleo con apoyo buscan mejorar la inclusión laboral de personas con trastorno mental grave (TMG). Esta revisión bibliográfica sintetiza evidencia sobre su implementación en España. Se realizó una búsqueda en bases de datos y otras fuentes para identificar estudios relevantes publicados entre 2013-2022 con los recursos del Centro de Referencia Estatal para personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia dependiente del Imsero. Tras seleccionar 14 artículos enfocados en programas para TMG en España, se analizaron sus resultados por categorías. Varios ensayos controlados y una revisión sistemática indican que la participación en programas como IPS aumenta las tasas de empleo competitivo. Algunos estudios transversales encontraron asociaciones positivas entre empleo con apoyo y funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y bienestar psicológico. Las perspectivas de participantes señalan al apoyo social como facilitador clave. Entre las barreras destacan estigma, síntomas persistentes y condiciones desfavorables en los entornos laborales. Se requieren más investigaciones con diseños experimentales, medidas estandarizadas y muestras representativas en España. Las políticas públicas deben reforzar estos programas y abordar reformas para reducir las brechas en inclusión social y laboral.

Palabras clave

Empleo con apoyo, trastorno mental grave, revisión bibliográfica, inclusión laboral

1 Introducción

1.1 Antecedentes y justificación del tema

El empleo es fundamental para la inclusión social y bienestar de personas con trastorno mental grave (TMG) (Gere y Flowers, 2016). Sin embargo, en España solo un 34.5% con discapacidad se encuentra activo laboralmente, una tasa 43 puntos menor que la población general (Gutiérrez-de-Rozas et al., 2022). La tasa de desempleo alcanza el 25.2% y persisten brechas educativas (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Esta situación resulta preocupante dado los beneficios del empleo competitivo (Luciano et al., 2014; Van Rijn et al., 2016). Aunque exista motivación, persisten barreras como estigma, síntomas y déficits cognitivos (Charette-Dussault y Corbière, 2019; Saavedra et al., 2016).

Los programas de intervención más frecuentes son el modelo IPS de empleo con apoyo continuo (Burns et al., 2007; Modini et al., 2016), el empleo con apoyo integrado combinando IPS y habilidades sociales (Tsang & Pearson, 2001; Tsang et al., 2009), la rehabilitación vocacional (Kopelowicz et al., 2006), intervenciones cognitivas (Lysaker et al., 2009; Twamley et al., 2017) y entrenamiento con realidad virtual (Smith et al., 2015). Se requiere evaluación individualizada para seleccionar el programa adecuado (Abidin et al., 2021). Si bien hay numerosos estudios sobre IPS, la evidencia enfocada en España es

limitada (Abidin et al., 2021; Modini et al., 2016).

Ante la necesidad de más evidencia en España, esta revisión bibliográfica realizada con los recursos del Centro de Referencia Estatal para personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia dependiente del Imsero, busca sintetizar los hallazgos disponibles sobre programas de empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave en el país, considerando su efectividad, impacto en funcionamiento psicosocial, perspectivas de participantes e implicados, y factores contextuales que influyen en la implementación. El objetivo es guiar acciones, investigación y políticas sobre este tema en España. Para ello se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es la evidencia disponible sobre programas de empleo con apoyo para adultos con trastorno mental grave en España respecto a efectividad, funcionamiento psicosocial, perspectivas de implicados y factores contextuales?

De la pregunta se derivaron el objetivo general y los concretos de la revisión que se exponen a continuación

1.2 Objetivos de la revisión

Objetivo general:

- Sintetizar la evidencia disponible sobre programas de empleo con apoyo en personas con trastorno mental grave en España con relación a su efectividad, funcionamiento psicosocial, perspectivas de los implicados y factores contextuales.

Objetivos específicos:

- Identificar y categorizar los estudios disponibles sobre programas de empleo con apoyo en personas con trastorno mental grave en España.
- Evaluar la evidencia existente sobre la efectividad de los programas de empleo con apoyo en comparación a otros enfoques.
- Explorar la influencia de los programas de empleo con apoyo en medidas de funcionamiento cognitivo, bienestar psicológico y calidad de vida.
- Recopilar las perspectivas y actitudes de participantes y profesionales hacia los programas de empleo con apoyo.
- Determinar los principales facilitadores y barreras contextuales que influyen en la implementación de programas de empleo con apoyo.
- Identificar brechas y áreas que requieren más investigación sobre este tema en el contexto español.

2 Metodología

2.1 Enfoque de la revisión bibliográfica

Esta revisión bibliográfica sigue un enfoque flexible para obtener una visión holística del tema desde múltiples perspectivas. Incluye estudios con diversos diseños sin realizar análisis estadístico, con el fin de identificar tendencias y relaciones conceptuales. Se eligió este enfoque por varias razones: el objetivo es una perspectiva amplia, no una estimación cuantitativa de eficacia; los estudios tienen diseños y medidas heterogéneos; interesaba explorar múltiples dimensiones, no solo efectividad; la evidencia cuantitativa disponible en España es limitada; y el estado actual se beneficia más de un análisis conceptual que identifique áreas clave para investigación en este contexto específico.

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la Tabla 1 se muestran los criterios de inclusión y exclusión de la revisión.

Tabla 1. *Criterios de inclusión y exclusión de los artículos para la revisión*

| Criterios | Inclusión | Exclusión |
|-----------------------|---|---|
| Población | Adultos con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor u otros) | Otras condiciones de salud, discapacidad intelectual |
| Intervención | Programas de empleo con apoyo (IPS, empleo con apoyo integrado, etc.) | Intervenciones de rehabilitación no enfocadas al empleo |
| Comparación | Otros enfoques vocacionales, atención estándar, grupo control sin intervención | Ninguna |
| Resultados | Medidas de empleo, funcionamiento cognitivo y psicosocial, percepciones y actitudes | No relacionados a empleo o funcionamiento psicosocial |
| Contexto | Estudios realizados en España | Estudios realizados fuera de España |
| Diseño | Ensayos controlados aleatorizados, estudios observacionales, cualitativos, psicométricos, revisiones sistemáticas | Reportes de caso, revisiones narrativas |
| Idioma | Inglés y español | Otro diferente a inglés o español |
| Rango de fecha | 2012-2022 | Anteriores a 2012 |

2.3 Estrategia de búsqueda

Para la identificación de estudios relevantes, se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science, acotando el rango de búsqueda al período 2012-2022. Se emplearon términos relacionados a "severe mental illness", "serious mental illness", "supported employment", "assisted employment", "employment support", "vocational rehabilitation" y "Spain", combinados mediante los operadores booleanos AND y OR.

Se empleó la siguiente cadena de búsqueda:

("severe mental illness" OR "serious mental illness") AND ("supported employment" OR "assisted employment" OR "employment support" OR "vocational rehabilitation") AND Spain

Adicionalmente, se complementó la búsqueda con estrategias manuales en Google Scholar, repositorios institucionales y listas de referencias de estudios clave.

2.4 Selección de estudios

Tras la búsqueda en las bases de datos y otras fuentes, se eliminaron los duplicados utilizando el software Mendeley.

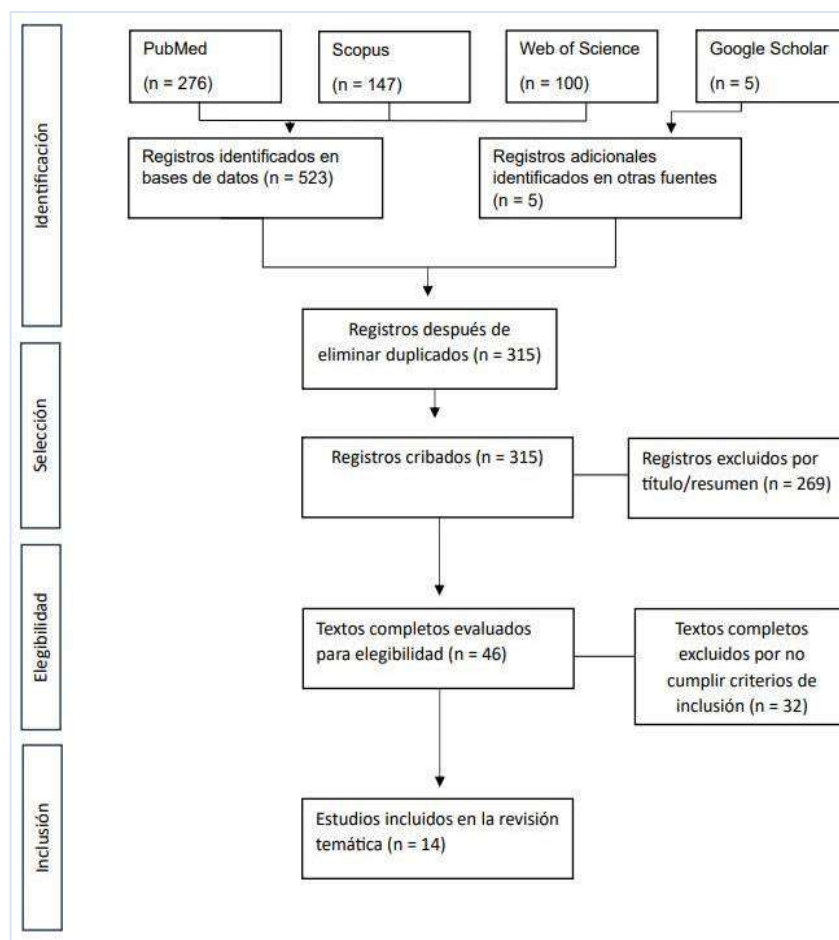
Se realizó una primera selección leyendo los títulos y resúmenes de los estudios recuperados, identificando y eliminando aquellos que claramente no cumplían con los criterios de inclusión:

- Población: adultos con trastorno mental grave
- Intervención: programas de empleo con apoyo
- Comparación: cualquier comparación o sin comparación
- Resultados: medidas de empleo, funcionamiento cognitivo o psicosocial
- Contexto: España

Los textos completos de los estudios potencialmente elegibles se revisaron en detalle para aplicar los criterios de inclusión y exclusión final. Se registró el motivo de exclusión en cada caso.

Dos revisores llevaron a cabo de manera independiente la selección, con un tercer revisor resolviendo cualquier discrepancia. El proceso de selección fue documentado en un diagrama de flujo PRISMA. Los estudios que cumplieron los criterios fueron incluidos para su análisis en la revisión temática. El proceso se detalla en la Figura 1

Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA



Revisando los artículos provistos, después de excluir los que no se enfocan en programas de empleo en personas con trastorno mental grave específicamente en España, quedaron 14 estudios.

2.5 Extracción y categorización de datos

Considerando los 14 estudios restantes que se enfocan en diferentes aspectos de los programas de empleo en personas con trastorno mental grave en España se consideraron las categorías temáticas de análisis que se indican en la Tabla 2.

Tabla 2. *Justificación de las categorías temáticas*

| Categoría Temática | Justificación |
|---|---|
| Efectividad de programas | Estudios que proporcionan evidencia directa sobre los resultados de programas como IPS, empleo con apoyo integrado, etc. en la población objetivo. |
| Funcionamiento psicosocial y perspectivas de participantes e implicados | Trabajos que exploran la relación bidireccional entre el trabajo y constructos como funcionamiento cognitivo, bienestar psicológico, calidad de vida, dado su impacto en la recuperación, así como estudios cualitativos y sobre visiones de participantes y profesionales, aportando una perspectiva subjetiva complementaria sobre el tema. |
| Factores contextuales y socioeconómicos | Cubre investigaciones específicas sobre el contexto laboral que pueden influir en el éxito de los programas de empleo y trabajos poblacionales relevantes a medidas de resultado como ingresos, representatividad de la muestra y equidad. |

3 Resultados

– Descripción general de los estudios

Los 14 estudios seleccionados fueron publicados entre 2012 y 2022, con la mayoría (9) desde 2016 en adelante.

En la Figura 2. Se muestran el número de participantes de los estudios.

Figura 2. *Distribución de muestras de los estudios*



El tipo de diseño y el número de estudios de cada tipo se indica en la Tabla 3.

Tabla 3. *Tipo de investigación y número de estudio por categoría*

| Tipo de estudio | Total | Referencias |
|-----------------------------------|-------|--|
| Estudios transversales analíticos | 5 | Saavedra et al., 2016; Barbaglia et al., 2012; Ballesteros et al., 2019; Lukas et al., 2018; Oliveros et al., 2022 |
| Ensayos controlados aleatorizados | 2 | Rodríguez Pulido et al., 2021; Rodríguez et al., 2017 |
| Revisiones sistemáticas | 1 | Carmona et al., 2019 |
| Estudios longitudinales mixtos | 1 | Hilarión et al., 2020 |
| Estudios cualitativos | 1 | Lettieri et al., 2022 |
| Estudios correlacionales | 1 | Saiz et al., 2021 |
| Estudios psicométricos | 1 | Echezarraga et al., 2019 |
| Revisión scoping | 1 | Carmona et al., 2019 |

En relación con las muestras, 7 estudios tuvieron entre 100 y 300 participantes, 2 entre 300 y 500, y 5 menos de 100 participantes. La mayoría se realizaron en una sola comunidad autónoma de España.

Respecto a las intervenciones, 5 evaluaron alguna variante de programas de empleo con apoyo, mientras que los otros describieron factores relacionados con el trabajo sin una intervención específica.

Los diagnósticos predominantes en las muestras fueron trastornos psicóticos y trastorno bipolar.

Entre las principales variables resultado se encontraron tasas de empleo competitivo, funcionamiento cognitivo y psicosocial, satisfacción laboral y calidad de vida.

3.1 Análisis por categorías temáticas:

En la tabla 4 se muestran los principales resultados.

Tabla 4. Principales Resultados de los estudios revisados

| Categoría | Estudio | Resultados |
|--|--------------------------------|---|
| | Rodríguez Pulido et al. (2021) | Hallazgos: – Los estudios de Rodríguez Pulido et al. (2021) y Rodríguez et al. (2017) encontraron que los programas de IPS aumentan las tasas de empleo competitivo en comparación a otros enfoques. |
| | Rodríguez Pulido et al. (2017) | |
| Efectividad de programas | Carmona et al. (2019) | – La revisión sistemática de Carmona et al. (2019) concluye que la participación en tratamientos vocacionales como IPS incrementa la probabilidad de obtener trabajo competitivo en esquizofrenia. |
| Funcionamiento psicosocial y perspectivas de participantes e implicados | Saavedra et al. (2016) | Hallazgos: – Los estudios transversales de Saavedra et al. (2016) y Saiz et al. (2021) señalan asociaciones positivas entre participación en programas de empleo con apoyo y medidas de funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y bienestar psicológico. – El estudio cualitativo de Lettieri et al. (2022) sugiere que los participantes perciben el apoyo social como un facilitador clave del empleo. – Hilarión et al. (2020) halló en su estudio longitudinal que la implementación de IPS mejoró la calidad del empleo obtenido. |
| | Saiz et al. (2021) | |
| | Hilarión et al. (2020) | |
| | Echezarraga et al. (2019) | |
| | Lettieri et al. (2022) | |
| Factores contextuales y socioeconómicos del empleo | Ballesteros et al. (2019) | Hallazgos: <ul style="list-style-type: none">• Los estudios transversales de Ballesteros et al. (2019) y Lukas et al. (2018) detectaron la presencia de riesgos psicosociales y condiciones desfavorables en los entornos laborales.• Barbaglia et al. (2012) evidenció menores ingresos entre personas con trastorno mental grave en comparación con la población general.• La revisión scoping de Carmona et al. (2019) identificó necesidades de apoyo en aspectos como desarrollo de habilidades y ambiente laboral en programas de IPS. |
| | Lukas et al. (2018) | |
| | Carmona et al. (2019) | |
| | Saavedra et al. (2016) | |
| | Oliveros et al. (2022) | |
| | Barbaglia et al. (2012) | |

4 Conclusiones

Esta revisión bibliográfica encontró que la participación en programas de empleo con apoyo como IPS aumenta la probabilidad de obtener un trabajo competitivo para personas con trastorno mental grave en España (Rodríguez Pulido et al., 2021; Hilarión et al., 2020). Sin embargo, se requiere más investigación con

diseños experimentales sobre modelos específicos para generar evidencia sólida en el contexto español (Carmona et al., 2019).

Algunos estudios transversales señalan asociaciones positivas entre empleo con apoyo y medidas de funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y bienestar psicológico (Saavedra et al., 2016; Saiz et al., 2021). Desde la perspectiva de participantes, el apoyo social se percibe como un facilitador clave (Lettieri et al., 2022).

Entre los factores contextuales que influyen, se observan condiciones desfavorables y riesgos psicosociales en los entornos laborales (Ballesteros et al., 2019), así como menores ingresos entre personas con trastorno mental grave (Barbaglia et al., 2012).

Las principales limitaciones encontradas fueron el alcance geográfico acotado, tamaños muestrales pequeños, predominio de diseños transversales, y falta de estandarización de medidas.

En conclusión, si bien los programas de empleo con apoyo muestran impactos positivos potenciales, se requiere expandir la investigación y reforzar políticas públicas que reduzcan las brechas en inclusión laboral y oportunidades para las personas con trastorno mental grave en España.

Referencias bibliográficas

Abidin, M. Z. R. Z., Wan Yunus, F., Mohd Rasdi, H. F., & Kadar, M. (2021).

Employment programmes for schizophrenia and other severe mental illness in psychosocial rehabilitation: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/0308022620980683>

Ballesteros, F., Vaquero, C., Vitutia, M., Molinero, C., Larios, M., Delgado, V., & Calvo, R. (2019). Análisis de la percepción de riesgos psicosociales en personas con trastorno mental grave en el contexto laboral. *Psychology*, 10(2), e11-1. <https://doi.org/10.5093/cc2019a11>

Barbaglia, G., Vilagut, G., Artazcoz, L. et al. Association between annual earnings and mental disorders in Spain: individual and societal-level estimates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47, 1717–1725 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0485-x>

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(9593), 1146- 1152. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5)

Carmona VR, Gómez-Benito J, Rojo-Rodes JE. Employment Support Needs of People with Schizophrenia: A Scoping Study. *J Occup Rehabil*. 2019 Mar;29(1):1-10. doi: 10.1007/s10926-018-9771-0.

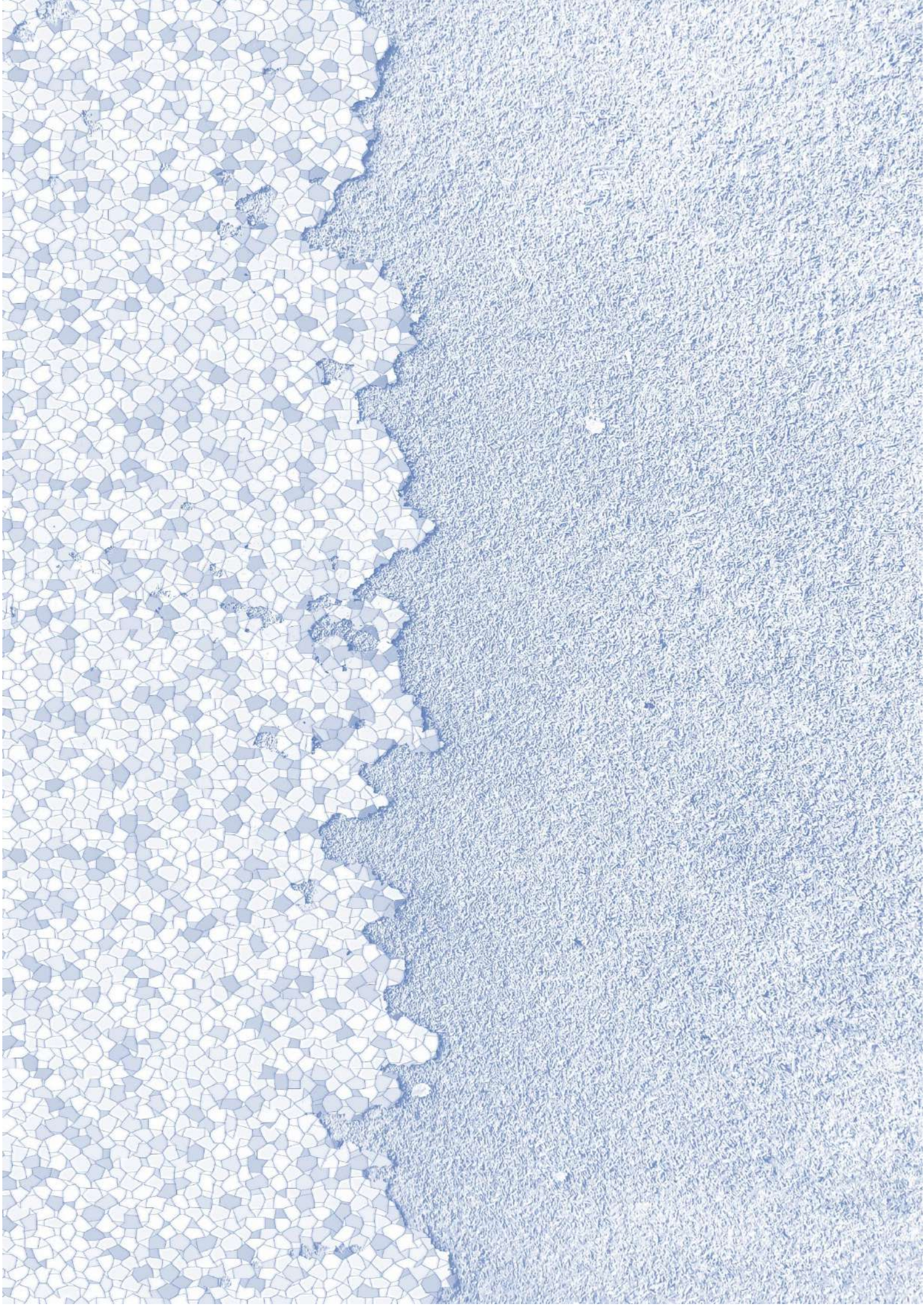
Echezarraga, A., Calvete, E., & Las Hayas, C. (2019). Validation of the Spanish version of the Work and Social Adjustment Scale in a sample of individuals with bipolar disorder. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 57(5), 44-51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181128-02>

Hilarión, P., Koatz, D., Bonet, P., Cid, J., Pinar, I., Otín, J. M., Espallargues, M., Molina, C., & Suñol, R. (2020). Implementation of the individual placement and support pilot program in Spain. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 65–71. <https://doi.org/10.1037/prj0000398>

Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163(3), 424–435. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.424>

Lettieri, A. Análisis de la discriminación laboral de personas con discapacidad por trastornos mentales graves en el empleo ordinario. Diss. Universidad de Salamanca, 2022.

- Lettieri, A., Díez, E., Soto-Pérez, F., & Bernate-Navarro, M. (2022). Employment related barriers and facilitators for people with psychiatric disabilities in Spain. *Work*, 71(4), 901-915. <https://doi.org/10.3233/wor-213642>
- Lukas, J. F., Lizasoain, L., Galarreta, J., & Etxeberria, J. (2018). Job satisfaction among disabled people in the sheltered workshop: Differential analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(6), 1174-1185. <https://doi.org/10.1111/jar.12492>
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2009). Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.10.018>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Oliveros, B., Agulló-Tomás, E., & Márquez-Álvarez, L. J. (2022). Risk and protective factors of mental health conditions: impact of employment, deprivation and social relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6781. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116781>
- Rodríguez Pulido F, Caballero Estebaranz N, Tallo Aldana E, et al. Effectiveness of individual supported employment for people with severe mental disorders. *Gaceta Sanitaria*. 2018 Nov - Dec;32(6):513-518. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>
- Saavedra, J., López, M., Gonzáles, S., & Cubero, R. (2016). Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 40, 507-532. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9481-4>
- Saavedra, J., López, M., González, S., Arias, S., & Crawford, P. (2016). Cognitive and social functioning correlates of employment among people with severe mental illness. *Community mental health journal*, 52, 851-858. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9874-4>
- Saiz, J., Galilea, M., Molina, A. J., Salazar, M., Barsotti, T. J., Chopra, D., & Mills, P. J. (2021). Spirituality and Employment in Recovery from Severe and Persistent Mental Illness and Psychological Well-Being. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(1), 57. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010057>
- Smith, M. J., Fleming, M. F., Wright, M. A., Roberts, A. G., Humm, L. B., Olsen, D., & Bell, M. D. (2015). Virtual reality job interview training and 6-month employment outcomes for individuals with schizophrenia seeking employment. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.022>
- Tsang, H. W., & Pearson, V. (2001). Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 139-148. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006852>
- Tsang, H. W., Fung, K. M., Leung, A. Y., Li, S. M., & Cheung, W. M. (2010). Three-year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 49-58. <https://doi.org/10.3109/00048670903393613>
- Twamley, E. W., Thomas, K. R., Burton, C. Z., Vella, L., Jeste, D. V., Heaton, R. K., & Bell, M. D. (2017). Compensatory cognitive training for people with severe mental illnesses in supported employment: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 203, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.005>



Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

PARTE II – Participación ciudadana, localidad y gobernanza



Innovació i Metodologia en Afers Socials

COL·LECCIÓ ACTES 1/2023

Colección Actas 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social
Palma, 25, 26 y 27 de octubre de 2023

Edita:

Consell de Mallorca
Departament de Benestar Social

Col·laboració:

REPS
Universitat de les Illes Balears

Equip editor:

Secció de Programes Transversals (Servei de
Planificació i Documentació, IMAS)

Observatori de les Illes Balears (OSIB)

Portada:

Fotografia: Francesc Serra

Edició electrònica:

www.revistaalimara.net

ISSN:

2659-5273

Adreça:

General Riera, 67. 07010 Palma
Tel. 971 760 762



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de
Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RACISMO Y TRABAJO EN SALUD: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO EN LA CIUDAD DE RÍO DE JANEIRO | 7 |
| FESAUDE AND THE COUNTER REFORM OF MENTAL HEALTH POLICY IN THE CITY OF NITERÓI (RJ): ANALYZES AND PROCESSES | 18 |
| EL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL EN PERSPECTIVA COMPARADA REGIONAL: ¿MODELOS DE TERCER SECTOR O SINGULARIDADES TERRITORIALES? | 24 |
| ESTRUCTURAR LA GOBERNANZA PÚBLICO SOCIAL PARA RESPONDER A RETOS METROPOLITANOS: EL FORO SOCIAL METROPOLITANO DE BARCELONA | 30 |
| UNA RADIOGRAFÍA SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN LOS SERVICIOS SOCIALES VASCOS: APRENDIZAJES Y RETOS DESDE EL ÁMBITO LOCAL | 38 |
| GOBERNANZA COLABORATIVA TRANSFONTERIZA: LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO SAREA | 44 |
| ESTADO, ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y LA REPRESENTACIÓN DE INTERESES EN EL ÁREA DE LA SALUD: UN ANÁLISIS DE LA REALIDAD BRASILEÑA | 51 |
| EL ECOSISTEMA COMO RESPUESTA SISTÉMICA A LOS RETOS DE LA GOBERNANZA DEL BIENESTAR: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA EXPERIENCIA DE GIPUZKOA | 58 |
| EXPERIENCIAS COMUNITARIAS DE GOBERNANZA LOCAL EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA APLICACIÓN DE METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS EN DOS BARRIOS DEL SUR DE MADRID DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE GÉNERO | 66 |
| ESTUDIO DE CASO SOBRE LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE LOS AGENTES SOCIALES DURANTE EL PROCESO DE CO-CREACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL MARCO DEL PROYECTO YOUCOUNT | 74 |
| COOPERACIÓN PÚBLICO-SOCIAL EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA: ALGUNOS APRENDIZAJES DESDE LAS ORGANIZACIONES DEL TERCER SECTOR SOCIAL DE EUSKADI | 80 |

| | |
|---|-----|
| EL PAPEL DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES AUTONÓMICOS FRENTE A LA CRECIENTE COMPETENCIA DEL SECTOR MERCANTIL | 87 |
| ANÁLISIS DE LAS ORGANIZACIONES IMPLICADAS EN LA INSERCIÓN LABORAL EN OCHO PAÍSES EUROPEOS PARTIENDO DEL ENFOQUE DE CAPACIDADES | 93 |
| MODELOS DE GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO EN LAS ENTIDADES LOCALES EN ESPAÑA | 102 |
| ¿CONTRADICCIONES Y PARADOJAS DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL: DEL 'DEBER SER' AL 'HACER' | 110 |
| CIVIL SOCIETY ORGANIZATIONS AND THE UNIFIED SOCIAL ASSISTANCE SYSTEM: AN EXPERIENCE REPORT IN CAMPO MOURÃO/PARANÁ/BRAZIL | 116 |
| ENTRE LO TEMPORAL Y LO ESTRUCTURAL: UN DIAGNÓSTICO DE LOS ASENTAMIENTOS INFORMALES (PROYECTO KËR) | 123 |
| POLÍTICA DE VIVIENDA Y JÓVENES ANDALUCES: ESTUDIO Y VALORACIÓN DEL BONO DE ALQUILER JOVEN | 138 |
| PLAN ESTATAL PARA EL ACCESO A LA VIVIENDA 2022-2025: ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS CONTEMPLADAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL | 145 |
| EL SISTEMA D'ATENCIÓ AL SENSELLARISME A MALLORCA: DEL SISTEMA EN ESCALA A LA SUPERACIÓ DEL 'HOUSING' A TRAVÉS DE LA COL·LABORACIÓ DEL SISTEMA PÚBLIC AMB EL TERCER SECTOR | 152 |
| SALUD Y ESTIGMA EN TORNO A PERSONAS SIN HOGAR: REFLEXIONES DESDE EL PROGRAMA PRIMER LA LLAR DE BARCELONA, ESPAÑA | 159 |
| LA INTENSIDAD DE LAS AGRESIONES INDIRECTAS DURANTE LA CONVIVENCIA EN UN SERVICIO ALOJATIVO PARA PERSONAS SIN HOGAR | 166 |
| ANTE LA NECESIDAD DE SER ESCUCHADO: DIÁLOGO PRESENCIAL Y ONLINE. PROPUESTA DE PROYECTO | 174 |
| PROYECTO PILOTO NIDUS: EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO | 180 |
| EL SINHOGARISMO EN LA PRENSA ESCRITA ESPAÑOLA: UN ANÁLISIS LONGITUDINAL DESDE 2008 HASTA 2021 | 186 |

| | |
|--|-----|
| EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA BOLSA DE VIVIENDA DE ALQUILER ASEQUIBLE | 191 |
| DIFICULTADES PARA EL FOMENTO DE LA DIMENSIÓN COMUNITARIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES | 200 |
| INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PROCESOS DE DUELO TRAS LA PÉRDIDA DE SERES | 205 |
| MOVIMIENTOS SOCIALES Y PANDEMIA. ADAPTACIÓN, AFECTACIÓN Y POLITIZACIÓN DE LA PRESENCIA FÍSICA | 212 |
| ARRAIGO PARTICIPATIVO, METAGOVERNANZA Y DEMOCRATIZACIÓN EN LAS CIUDADES | 219 |
| MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL: ALGUNAS EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES DESDE LAS ORGANIZACIONES DEL TERCER SECTOR SOCIAL DE EUSKADI | 227 |
| EXPERIENCIA DE CREACIÓN DE HERRAMIENTAS DEREFLIACIÓN DE ACCIONES COMUNITARIAS Y/O DE SENSIBILIZACIÓN | 234 |
| APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL ANDALUZA PARA LA COHESIÓN Y LA INCLUSIÓN SOCIAL A TRAVÉS DEL TRABAJO COMUNITARIO | 240 |
| RED INTERNACIONAL DE SALUD Y EDUCACIÓN MENSTRUAL (RISEM): ALIANZAS COMUNITARIAS INTERNACIONALES EN PRO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | 247 |
| EL COVID-19 ¿UNA OPORTUNIDAD PARA REORIENTAR LA ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES A NIVEL LOCAL? | 251 |
| LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA EN MONTREAL: FUNCIONES, RETOS E IMPACTO EN LAS DESIGUALDADES SOCIALES. UNA PERSPECTIVA COMPARADA | 258 |
| AVANCES EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES | 274 |
| SITUACIÓ DE LES PERSONES ATESES ALS SERVEIS SOCIALS DE BARCELONA A PARTIR DE L'EINA SSM-CAT | 277 |
| LA EVALUACIÓN EN LOS SERVICIOS SOCIALES: PROPUESTA DE UN SISTEMA DE INDICADORES PARA EL CASO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA | 287 |
| LA SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA EN TRABAJO SOCIAL. UNA PROPUESTA DE EBC PARA FOMENTAR LA GENERACIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN ESPAÑA | 297 |

| | |
|--|-----|
| RETOS DE LA EMANCIPACIÓN DE LOS JÓVENES EXTRANJEROS EXTUTELADOS EN LA REGIÓN DE MURCIA: LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES | 303 |
| LA COPRODUCCIÓN EN LOS SERVICIOS SOCIALES: CONSIDERACIONES SOBRE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS Y POLÍTICAS SOCIALES | 310 |
| ACOGIDA Y RECEPCIÓN DE COMUNIDADES A TRAVÉS DE LA CREACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LOS CENTROS MUNICIPALES DE SALUD COMUNITARIA (CMSC) | 318 |
| ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA PARA EVITAR O PREVENIR LA INSTITUCIONALIZACIÓN | 324 |
| APROXIMACIÓN A LA INNOVACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES | 332 |
| EL ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO INTERNO Y EXTERNO COMO CLAVE DEL ÉXITO PARA UNA POLÍTICA SOCIAL: BARRIOS POR EL EMPLEO. JUNTOS MÁS FUERTES | 341 |
| UTILIDAD DE UN MAPA DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO EN LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS | 350 |
| LOS EFECTOS ESPACIALMENTE DESIGUALES DE LA POLÍTICA CONTRA LA SEGREGACIÓN ESCOLAR | 369 |
| CONTRIBUCIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A LA INNOVACIÓN, PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES | 376 |
| EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN LA LABOR PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES | 384 |



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Racismo y trabajo en salud: resultados preliminares de un estudio en la ciudad de Río de Janeiro

Leticia Batista Silva, Universidad Federal Fluminense (leticiabatistas@gmail.com)

Regimarina Soares Reis, Fundación Osvaldo Cruz (regimarina.reis@gmail.com)

Daniel de Souza Campos, Universidad Federal de Rio de Janeiro (daniel.ufano@gmail.com)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En Brasil, en todos los índices, los negros se encuentran en peores condiciones de vida y de trabajo. En este país el racismo es estructural, una forma de racionalización de las relaciones sociales que interactúan en los ámbitos económico, político y subjetivo. El racismo está directa o indirectamente presente en la vida cotidiana de las instituciones, incluidos los servicios de salud. En este trabajo presentamos resultados parciales del estudio “Capacitación, Trabajo en Salud y Racismo Estructural: experiencias de trabajadores negros que trabajan en las capitales de Río de Janeiro y Salvador”. El objetivo de este trabajo es analizar la formación y experiencia de los médicos negros que actúan en la atención primaria de salud en Río de Janeiro. Se utilizó el método histórico- dialéctico, con un enfoque cualitativo y utilizando como método metodológico la técnica del grupo focal. Los resultados apuntan a la inseparabilidad entre las determinaciones históricas y sociales y la producción de salud en sus dimensiones objetiva y subjetiva. También es necesario avanzar en el debate sobre el racismo estructural e institucional en el ámbito de los servicios de salud, así como en la construcción de currículos y prácticas antirracistas.

Palabras clave

Racismo sistémico, negro, atención primaria de salud

1 Introducción/descripción general

Según estudios, el 42,7% de los brasileños se declaró blanco, el 46,8% pardo, el 9,4% negro y el 1,1% amarillo o indígena. Es decir, actualmente cerca del 56,2% de la población brasileña es negra (IBGE, 2022). En todos los índices, los negros están en peores condiciones de vida y de trabajo (IBGE, 2019). En Brasil, el racismo es estructural, una forma de racionalización de las relaciones sociales que interactúan en las esferas económica, política y subjetiva. Las desigualdades sociales en el modo de producción capitalista tienen una raíz histórica y su lógica sigue siendo la misma: la necesidad de valorar valor, acompañada de crisis cíclicas.

En el caso de Brasil, no es posible discutir su condición de país periférico y dependiente sin abordar el racismo y sus expresiones. El racismo está directa o indirectamente presente en la vida cotidiana de las instituciones, incluidos los servicios de salud.

Werneck (2016) destaca cómo el racismo institucional se presenta como un desplazamiento de la dimensión individual y se instala en estructuras institucionales y organizativas para efectuar la

subordinación de los sujetos por su raza/color. Respecto a la educación brasileña y el racismo, Almeida (2014) explica:

“El trasfondo que se mueve y cambia históricamente son las ideologías raciales que estructuran las relaciones sociales en Brasil, sobre las cuales se reafirman los prejuicios y prácticas discriminatorias que dan materialidad al racismo a la manera 'brasileña'. Este racismo, cuya existencia material es reconocida por la población, niega dialécticamente la existencia de los agentes, porque en Brasil “nadie es racista”. Cuando estos agentes son desconocidos se fomenta la impunidad, la invisibilidad, el silencio y, en consecuencia, se hacen mayores las dificultades para enfrentarlos a través de políticas públicas”. (Almeida, 2014, p. 132).

Siguiendo el pensamiento de Almeida, destacamos al Estado brasileño como agente activo en la aniquilación de la población negra (Fernandes, 2008; Moura, 2014). A través de un Estado sostenido por los intereses de las élites nacionales e internacionales, se presenta un profundo proceso de negación del reconocimiento de hombres, mujeres y niños negros como sujetos de derecho, que va desde la violencia estatal e institucional hasta la ausencia de políticas públicas encaminadas al acceso a condiciones mínimas de vida y trabajo, a través de barreras de acceso a la salud, educación, vivienda, etc.; por el borrado de la historia y la cultura africanas y la naturalización de hombres y mujeres negros como individuos subordinados, subalternizados y cosificados (Ianni, 1987; Fernandes, 2008).

A pesar de todas estas manifestaciones de la estructura racista del Estado y de la sociedad brasileña, “el mito de la democracia racial” predomina en el país como ideología. En base a esto, la explicación de las diferencias étnico-raciales en Brasil se basa en una supuesta armonía racial, oculta antagonismos y no revela los agentes, determinantes y consecuencias del racismo que, además de desplumar a mujeres y hombres negros, privilegia la blancura (Fernández, 2008). El objetivo de este trabajo es analizar la formación y experiencia de los médicos negros que actúan en la atención primaria de salud en Río de Janeiro.

2 Metodología

Este trabajo presenta resultados parciales de un proyecto de investigación colectivo que involucra investigadores de la Fundação Osvaldo Cruz, la Universidade Federal da Bahia, la Universidade Federal Fluminense y la Universidade Federal do Rio de Janeiro. El Proyecto de Investigación en curso lleva por título “Capacitación, Trabajo en Salud y Racismo Estructural: experiencias de trabajadores negros que trabajan en las capitales de Río de Janeiro y Salvador” y cuenta con financiamiento de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Río de Janeiro. En este texto presentaremos resultados referentes al campo de Río de Janeiro con médicos negros como sujetos de investigación. Se trata de un estudio cualitativo, mediante un Focus Group realizado con 3 médicos negros que trabajan en la Atención Primaria de Salud de la ciudad de Río de Janeiro, en noviembre de 2022. El guión incluyó preguntas abiertas centradas en las experiencias de estos trabajadores negros y la cuestión de racismo en el trabajo de salud. El estudio cumplió plenamente con los requisitos éticos. Las declaraciones de los participantes fueron identificadas por los nombres de personalidades negras indicados por los entrevistados, con el fin de preservar el anonimato.

3 Resultados y conclusiones

Aunque no se realizó una selección previa de género, las tres participantes en el Grupo Focal (GF) fueron mujeres y se autoidentificaron como mujeres negras durante el GF, dos de las cuales egresadas de una universidad pública, todas con edades entre 30 y 35 años. De la agrupación en núcleos de significado, tomando como referencia la similitud de los contenidos presentes en los discursos de los participantes y el marco teórico de la investigación, surgieron los siguientes ejes de análisis: (1) manifestación del racismo estructural e institucional en el ámbito del sistema de salud público brasileño; (2) cómo el racismo permea los procesos de trabajo en salud y sus repercusiones.

Sobre el eje manifestación del racismo estructural e institucional en el sistema público de salud brasileño. El racismo estructural permea la concepción del mundo de los sujetos y estructura las relaciones institucionales (Almeida, 2018), reproduciéndose en diferentes espacios, incluidos los servicios de APS y la formación profesional. Por lo tanto, para garantizar la salud como un derecho de todas las personas, especialmente de las personas de raza negra, es urgente que el sistema público de salud brasileño comience a considerar la cuestión racial a través de acciones de promoción, protección y recuperación de los sujetos.

El racismo se produce y reproduce socialmente, por lo tanto, está presente directa o indirectamente en el cotidiano de las instituciones, incluidas las de salud, expresando distinciones en la atención de la salud, inequidades en el acceso a los servicios, diferencias en la atención de las enfermedades prevalentes en las personas de raza negra. “Entonces el racismo existe en el SUS, está en la estructura del SUS, y resulta que nuestro trabajo mantiene mucho de esa estructura” (Tituba), así como en la formación de profesionales de la salud, “pienso que más allá Nosotros, no lo teníamos, todavía teníamos que ser nosotros quienes hicimos que el contenido sucediera. Entonces en la universidad incluso los reunimos a los tres aquí, para crear un espacio sobre la salud de la población negra” (Conceição).

Sobre los procesos de trabajo en salud, el racismo y sus repercusiones. Pensar el trabajo en salud desde una perspectiva social, histórica y crítica requiere reflexionar sobre los movimientos de este proceso, incluido el racismo en todas sus dimensiones y las experiencias de los trabajadores negros en el sistema público de salud brasileño, como se aborda en uno de los extractos“(…) aunque seamos la mano que lo cuida, verdad, la estructura está para que las cosas no funcionen, tiene que ser un esfuerzo absurdo para que puedas darle más atención a un niño negro (. ..)” (Tituba).

En términos de totalidad, la salud es parte integral de procesos sociales más amplios que se correlacionan. Esto significa que la política de salud brasileña y, dentro de ella, el trabajo y la formación en salud, están atravesados por intereses, construcciones históricas, sociales y subjetivas que operan en el cotidiano de las instituciones, ya sean de formación o de trabajo en salud. En nuestra concepción del pensamiento sobre el racismo, la formación y el trabajo en salud implican comprender que estas dimensiones –históricas, sociales y subjetivas– se entrelazan y se presentan en el cotidiano de la política de salud, haciendo imposible analizar el tema sin entenderlo como un movimiento dialéctico.

A pesar de avances legales en el campo de la salud, como la institución de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (Brasil, 2009) – con el objetivo general: “promover la salud integral de la población negra, priorizando la reducción de las desigualdades étnico-raciales (¿o simplemente raciales?), la lucha contra el racismo y la discriminación en las instituciones y servicios del sistema único de salud”. – lo que se puede observar son pequeños avances en comparación con la realidad social y las necesidades de salud de la población negra en la actualidad. Cuando miramos los indicadores sociales brasileños, en cualquier campo relacionado con las condiciones de vida, el trabajo y el acceso a los derechos sociales, hay una expresión de desigualdad racial en el país. Sabemos que los niños negros también mueren con mayor

frecuencia, incluso por enfermedades infecciosas parasitarias, diarrea. Pero, ¿qué hacemos de manera diferente en relación con estos niños? No tiene. Y al final también cae en manos de los miembros del equipo. Entonces, ¿la vigilancia también vigila esto? ¿Es sólo la atención primaria la que tiene que estar ahí para resolver los problemas? Creo que podemos señalarlo, pero la vigilancia tiene que estar atenta a esto (Tituba). Un hecho que presiona y cuestiona el propósito del trabajo en salud al colocar la producción de salud como una imagen objetiva que organiza todo el proceso de trabajo: ¿Cómo se dice “ve a caminar, ve a caminar, ve a hacer yoga, ve a relajarte”, donde en la boca de humo? Ella va a salir, y el campo que tiene ahí para hacer actividad física, es el campo donde ya han asesinado a varias personas, es en la entrada por donde entrará la policía (Conceição).

El estudio en cuestión demostró cómo el racismo permea la experiencia de trabajo en salud de mujeres negras, médicas y trabajadoras de equipos de salud familiar en la Atención Primaria de Salud de la ciudad de Río de Janeiro, en zonas de favelas, territorios de mayoría negra. La violencia en estos territorios, la falta de condiciones laborales y, por tanto, la extrema dificultad para ofrecer una atención adecuada, así como la enfermedad de estos profesionales ante los conflictos fueron los principales elementos indicativos de racismo estructural en el trabajo cotidiano, pero que fueron marcadamente presentes en el proceso de formación en las respectivas carreras de medicina.

Así, está claro que incluso cuando los médicos negros son conscientes de su responsabilidad racial, el carácter estructural del racismo es capaz de desmovilizar las iniciativas individuales, poniendo en riesgo la salud de estos trabajadores, obligándolos a querer abandonar estos espacios. En este sentido, es necesario considerar que el racismo -como elemento promotor de la enfermedad, combinando momentos explícitos e implícitos, arraigados en las estructuras de gestión, la cultura institucional y la naturalización de la violencia racial- se convierte en el principal obstáculo en la reorganización del proceso de trabajo, en salud, especialmente en la atención primaria de salud en territorios racializados.

Referencias bibliográficas

- Almeida, S. (2018) Racismo estructural. São Paulo: Polonia.
- Brasil. Ordenanza No.992, de 13 de mayo de 2009, (2009). Establece la Política Nacional Integral de Salud para la Población Negra. Brasilia, DF.
- Fernandes, F. (2008) La integración de los negros a la sociedad de clases: en el umbral de una nueva era, v. 2. São Paulo: Globo.
- Ianni, O. (2019). Raya y clases sociales en Brasil. Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. IBGE. Desigualdades sociales por color o raza en Brasil. Estudios e Investigaciones Información Demográfica y Socioeconómica n-.41. Río de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. (2022). IBGE. Resumen de Indicadores: Encuesta Nacional Continua por Muestra de Hogares 2021. Río de Janeiro: IBGE.
- Moure, C. (2014). Dialéctica radical del Brasil negro. 2da ed. São Paulo.
- Werneck, J, (2016) Racismo institucional y salud de la población negra. Salud y Soc. Río de Janeiro, v. 25, n.3 julio/septiembre.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Salud, estilos de vida y condicionantes locales

Álvaro Suárez Vergne, Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC), (alvaro.suarez@cchs.csic.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En este estudio se aborda la influencia de las desigualdades sociales en la salud. Se pone el foco de atención en los comportamientos saludables. Se va más allá de los condicionantes individuales de los mismos, teniéndose en cuenta el efecto del contexto, analizando fenómenos como la segregación residencial, el estatus socioeconómico etc. Se aplica la lógica multinivel para analizar la influencia del contexto sobre comportamientos relacionados con la salud. Para ello se llevan a cabo modelos multinivel utilizando datos de las Encuestas Nacionales de Salud del Instituto Nacional de Estadística. Unas encuestas dirigidas a la población residente en España, cuyo principal objetivo es la obtención de datos sobre el estado salud y los determinantes de este. Estos datos se combinan con datos provenientes de otras fuentes secundarias y estadísticas oficiales sobre variables contextuales de municipios españoles. Los resultados obtenidos evidencian la importancia de considerar la salud como un hecho que se ve condicionado por factores sociales y comunitarios, así como la pertinencia del análisis multinivel a la hora de analizar el efecto del contexto sobre estas cuestiones. Asimismo, entre otras cuestiones a profundizar en futuros para otros estudios se destaca la necesidad de desarrollar investigaciones específicas para las personas residentes en áreas rurales de muy baja densidad poblacional.

Palabras clave

Estilos de vida, comportamientos saludables, segregación residencial, desigualdades sociales

1 Introducción

La influencia de las desigualdades sociales en la salud es un hecho ampliamente documentado. La pobreza, la discriminación, las dificultades en el acceso a la atención sanitaria etc., son factores que inciden negativamente en la esperanza de vida, estando relacionados con una mayor probabilidad de padecer diversas enfermedades graves (por ejemplo, cáncer, enfermedades mentales, diabetes o problemas cardíacos) (Clouston y Link, 2021).

A la hora de observar el efecto del contexto sobre la salud podría decirse que, a muy grandes rasgos, se puede distinguir entre dos tipos de condicionantes. Por un lado, los de tipo agregado. Aquellas características globales de una comunidad, resultado de la agregación de características individuales. Algunos ejemplos de este tipo de condicionantes serían el porcentaje de titulados superiores o el porcentaje de paro. Partiendo de la *Teoría de las causas fundamentales* (Link y Phelan, 1995; Clouston y Link, 2021) podría decirse que las personas con un alto estatus socioeconómico cuentan con mayores recursos a la hora de evitar riesgos y adoptar medidas de prevención en materia de salud. Unos recursos que pueden entenderse según estén relacionados con el conocimiento, el poder, las relaciones sociales beneficiosas, el prestigio y el dinero. La “protección” que otorga

un alto estatus no solo se explica a través de comportamientos individuales. Las comunidades con un alto nivel socioeconómico fomentan y protegen la salud de sus miembros, compartiendo recursos (Clouston y Link, 2021). Esto explicaría unos mejores resultados en salud en las comunidades con un alto estatus socioeconómico, con independencia de las características individuales de sus miembros. Por otro lado, las cuestiones estructurales, aquellos elementos que afectan al igual a toda una comunidad. Estas pueden tratarse de oportunidades o restricciones materiales, políticas públicas, normas formales, herencia cultural etc. (Macintyre, Ellaway y Cummins, 2002). Estas crearían unas condiciones “de base” (en el sentido de que son compartidas en el mismo grado por todos los residentes de la comunidad).

Uno de los factores sociales con influencia contrastada sobre la salud, que en cierto modo resume o sintetiza una variedad de cuestiones contextuales, es la segregación residencial (White et. al., 2012). La segregación residencial podría considerarse como aquel fenómeno en el que un grupo/ serie de grupos, tienen a concentrar su residencia en espacios geográficos determinados (barrios, municipios, distritos de ciudades etc.). Puede estar relacionada con diversos factores, como políticas institucionales, dinámicas de discriminación, desigualdades económicas etc. Téngase en cuenta que la segregación residencial va mucho más allá de una distribución geográfica de la población que se produce al azar. Es puede verse influida por cuestiones de estatus socioeconómico, discriminación étnica etc. Pudiendo considerarse, en cierto modo, una cuestión de poder en las que ciertos grupos tienen peores condiciones que otros (Rodríguez, 2014).

La segregación residencial puede influir sobre las desigualdades en la salud de forma directa o indirecta.

Como se ha mencionado anteriormente, la segregación residencial no deja de ser una cuestión de poder. Por tanto, en el caso de que exista segregación residencial en un determinado colectivo minoritario, no sería de extrañar que el espacio ocupado por este colectivo reuniese unas condiciones peores (para la salud) que otros espacios. Condiciones con una influencia **directa** sobre la salud. Algunos ejemplos de este tipo de situaciones serían:

- El aislamiento y la alta densidad poblacional de algunos colectivos segregados, que puede incrementar el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (Acevedo-García, 2000).
- La escasa presencia de servicios sanitarios en barrios formados mayoritariamente por minorías étnicas y/o socioeconómicas (Gaskin, 2012) o, por ejemplo, en el caso de España, las dificultades para acceder a atención sanitaria especializada de las personas de mayor edad residentes en entornos rurales (Sanz y Oliva, 2021).
- La exposición a tóxicos con efecto negativo para la salud varía según entornos, siendo mayor en zonas urbanas deprimidas (Woo et al, 2014).
- La presencia de zonas verdes es menor en zonas urbanas caracterizadas por estar habitadas por una mayoría de bajo nivel socioeconómico, o por minorías étnicas (Kephart, 2022). Un hecho (la escasez de zonas verdes en las zonas urbanas) que tiene un efecto directo sobre la salud mental (Aguilar-Luzón et al, 2020, Rodríguez et al. 2016)

La influencia indirecta, consiste en el efecto de la segregación sobre cuestiones como el acceso al mercado laboral, la formación, el apoyo social, los estilos de vida etc. Decimos de forma indirecta dado que el efecto de la segregación residencial no es “inmediato”, por así decirlo, sino que se produce por el condicionamiento de una serie de elementos que influyen a posteriori sobre la salud. Algunos ejemplos serían:

- El efecto del lugar de residencia en el acceso al empleo. Por ejemplo, residir en un barrio considerado como “bueno” incrementa las posibilidades de ser contratado en diversas ocupaciones (Bunel et al. 2016).
- La segregación residencial, cuando lleva a la exclusión social, puede influir negativamente sobre el apoyo social (Kleit, 2008) con el consabido efecto de este sobre la salud (Berkman, & Glass, 2000).

Además de los ejemplos mencionados, los estilos de vida saludables también se ven muy condicionados por el lugar de residencia (Wilson et al., 2010; Seo y Park, 2022). Lo cual, hace que la segregación residencial juegue un papel fundamental sobre la salud, ya que puede influir sobre comportamientos que potencian o empeoran esta. Los comportamientos saludables no se incluyen en la categorización previa dado que surgen de una mezcla de estos condicionantes directos-indirectos e influyen en la salud de múltiples formas. Por citar un ejemplo sobre cómo la segregación residencial influye sobre los comportamientos saludables, véase el caso las personas con ingresos reducidos, que tienen mayores dificultades para comprar alimentos saludables, en parte porque tienden a residir en barrios en los que existe una menor oferta de este tipo de alimentos (Jetter y Cassady, 2006).

Téngase en cuenta que estos comportamientos no son estilos de vida propiamente dichos, sino prácticas concretas a partir de las cuales se “materializa” la tendencia, o la falta de esta, a un estilo de vida saludable. Pero el concepto de estilo de vida va mucho más allá, puede entenderse como un conjunto de actitudes y prácticas determinadas por el contexto social, que responden tanto a la búsqueda o reafirmación de una identidad colectiva, el seguimiento de normas sociales/culturales, y las restricciones/oportunidades puramente físicas/materiales del entorno (Frohlich, Corin, y Potvin, 2001).

En lo que respecta a los estilos de vida relacionados con la salud, podría decirse que estos se ven influenciados por diversas variables estructurales: la clase, la edad, el género, la etnia, las condiciones de vida..., que hacen que estos determinados colectivos puedan tener un estilo de vida relacionado con la salud característico (Cockerham, 2005).

Esta investigación pone el foco de atención en los comportamientos saludables, los cuales tienen un considerable efecto sobre la salud. Se va más allá de los condicionantes individuales de los mismos, teniendo en cuenta el efecto del contexto, analizando fenómenos como la segregación residencial. Se plantea la posibilidad de que la segregación residencial socioeconómica, si llega a limitar la interacción entre personas de distintos estratos socioeconómicos, puede contribuir a la reproducción de estilos de vida diferenciados según estatus.

2 Metodología

Se aplica la lógica multinivel para analizar la influencia del contexto sobre comportamientos relacionados con la salud. Para ello se llevan a cabo modelos multinivel utilizando datos de las Encuestas Nacionales de Salud del Instituto Nacional de Estadística. Unas encuestas dirigidas a la población residente en España, cuyo principal objetivo es la obtención de datos sobre el estado salud y los determinantes de este. Estos datos se combinan con datos provenientes de otras fuentes secundarias sobre variables contextuales de municipios españoles.

Para este estudio se seleccionan únicamente los municipios mayores de 20.000 habitantes. Se considera que, en municipios de menor tamaño se darían una serie de peculiaridades teórico-metodológicas que exigirían el estudio por separado de los mismos.

3 Resultados y conclusiones

Los resultados obtenidos evidencian la importancia de considerar la salud como un hecho que se ve condicionado por factores sociales y comunitarios, así como la pertinencia del análisis multinivel a la hora de analizar el efecto del contexto sobre estas cuestiones. Asimismo, entre otras cuestiones a profundizar en futuros

estudios se destaca la necesidad de desarrollar investigaciones específicas para las personas residentes en áreas rurales de muy baja densidad poblacional.

Referencias bibliográficas

- Acevedo-Garcia, D. (2000). Residential segregation and the epidemiology of infectious diseases. *Social science medicine*, 51(8), 1143-1161.
- Berkman, L. F., Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*, 1(6), 137-173.
- Bunel, M., L'Horty, Y., Petit, P. (2016). Discrimination based on place of residence and access to employment. *Urban studies*, 53(2), 267-286.
- Clouston, S., y Link, B. (2021). A retrospective on fundamental cause theory: State of the literature and goals for the future. *Annual Review of Sociology*, 47, 131-156.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 51-67.
- Del Carmen Aguilar-Luzón, M., Carmona-Moya, B., Calvo-Salguero, A. (2020).
- Espacios verdes en casa: efectos positivos para la salud mental durante el confinamiento por COVID-19. *Universitas Psychologica*, 19, 1-10.
- Frohlich, K., Corin, E., y Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of health illness*, 23(6), 776-797.
- Gaskin, D. J., Dinwiddie, G. Y., Chan, K. S., McCleary, R. R. (2012). Residential segregation and the availability of primary care physicians. *Health services research*, 47(6), 2353-2376.
- Kephart, L. (2022). How racial residential segregation structures access and exposure to greenness and green space: A review. *Environmental Justice*, 15(4), 204-213.
- Link, B. y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, 80-94.
- Jetter, K., y Cassady, D. (2006). The availability and cost of healthier food alternatives. *American journal of preventive medicine*, 30(1), 38-44.
- Kleit, R. G. (2008). Neighborhood segregation, personal networks, and access to social resources. *Segregation: The rising costs for America*, 237-260.
- Rodríguez, J. M., Fuentes, N. S. y Sánchez, P. M. (2016). Influencia de los espacios verdes urbanos en la salud mental. *Metas de enfermería*, 19(9), 2.
- Rodríguez, G. M. (2014). Qué es y qué no es segregación residencial. Contribuciones para un debate pendiente. Centro de Estudios Urbanos y Regionales (CEUR-CONICET).
- Sanz, E., y Oliva, J. (2021). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 44, No. 2, pp. 185-194). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Seo, A. R., Park, K. S. (2022). Residential Characteristics as Factors Related to Healthy Behavior Practices—Decision Tree Model Analysis Using a Community Health Survey from Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7390.
- Macintyre, S., Ellaway, A., y Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social science medicine*, 55(1), 125-139.
- Wilson, K., Eyles, J., Ellaway, A., Macintyre, S., Macdonald, L. (2010). Health status and health behaviours in neighbourhoods: A comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada. *Health place*, 16(2), 331-338.

Woo, B., Kravitz-Wirtz, N., Sass, V., Crowder, K., Teixeira, S., Takeuchi, D. T. (2019). Residential segregation and racial/ethnic disparities in ambient air pollution. *Race and social problems*, 11, 60-67.

White, K., Haas, J. S., Williams, D. R. (2012). Elucidating the role of place in health care disparities: the example of racial/ethnic residential segregation. *Health services research*, 47(3pt2), 1278-1299.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Fesaude and the counter reform of mental health policy in the city of Niterói (RJ): analyzes and processes

Juliana Moitinho Luzia, Federal Fluminense University (Rio de Janeiro, Brasil). (moitinho_juliana@id.uff.br)

Thatiana M. s. Gomes, Federal Fluminense University, (tathianagomes@id.uff.br.)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen/Abstract¹

The context of crisis of capitalism experienced in recent years challenges the dominant classes to double the bet and act in an increasingly violent way against the working class; whether by withdrawing social rights or destroying basic elements of social policies, the super-exploitation of the working class serves a single objective: increasing its profit rates and maintaining the status quo. In Brazil, the solution outlined for resolving this crisis materializes through counter-reforms; more specifically in the so-called psychiatric counter-reform, which in the present case found in the State Foundations of Private Law an apparent solution to the gaps produced by the Brazilian State itself regarding the implementation of social mental health policies in the country. In Niterói (city in the metropolitan region of Rio de Janeiro), its clearest example materializes in the State Health Foundation of Niterói (FESAUDE) as an analyzer of this non-classical privatization process of mental health policy. It is in this sense that the present communication seeks to analyze this process and its impacts on the psychosocial care policy in the municipality.

Keywords

Counter-reform of the State; psychiatric counter-reform, social policies; mental health; private law state foundations.

1 Introduction

From the 1970s, capitalism faces a deep crisis, with a sharp drop in its profit rates, threatening its hegemony and possibilities for expansion. The consequences of the crisis have repercussions in the world of production, working conditions and the role of the State; the offensive took place with robust alterations in the different spheres of production and reproduction of the daily life of the working class. These responses materialize, through sectors of the national and international bourgeoisie, in the recovery – within the scope of the strategies that make up the bourgeois offensive – of neoliberalism as a way out of the aforementioned crisis.

In Brazil, neoliberalism gained strength from the beginning of the 1990s, which, due to the consequences of the crisis that occurred in the previous decade, and the shaky remnants of conservative modernization from the period of military dictatorship, led the country to economic chaos and disorder. Social. In this sense, from the 1990s onwards, the counter-reform project entered the scene as a new phase of capital's offensive in its

¹ Social worker, Master Student at the Graduate Program in Social Service and Regional Development at the Federal Fluminense University (Rio de Janeiro, Brasil). E-mail: moitinho_juliana@id.uff.br

¹ Social Worker and Post-Doctor in Social Service at the Federal University of Rio de Janeiro. Assistant Professor at the Social Service School of the Federal Fluminense University, and collaborator at the Graduate Program in Social Service and Regional Development. E-mail: tathianagomes@id.uff.br

hegemonic maintenance. This direction, more pragmatic and unpopular, restores to the working class an old and well-known dilemma: fighting for its rights or guaranteeing the minimum for its survival.

Since the governments of Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), passing through the governments of the Workers' Party (2003-2016), the withdrawal of rights composed the direction for the adjustments imposed by the dominant sectors. However, since 2016, neoliberalism, now weakened due to the consequences of the 2008 crisis, shows its most virulent facet, rescuing conservative and fascist overtones, with frontal attacks on social policies; disregarding the progressive ideals of the Federal Constitution of 1988, with counter-reforms that penalized workers even more, and promoted the expropriation and plunder of the country's wealth, (re)inserting ourselves into a logic that, in essence, we were never removed from: the of *globalized capitalism in the periphery* (OLIVEIRA, 2003, p. 148).

In the field of mental health care in Brazil, radical changes took place from the 1980s onwards – still during the period of the military dictatorship – through a project called the Brazilian Psychiatric Reform (RPB). This is considered as a complex social process (AMARANTE, 1996) inspired by the movements of Italian Democratic Psychiatry (PDI), emerges in the face of a scenario of possibilities guided by the social movements of the Brazilian health reform and anti-asylum struggle, which at the time were effervescent and they sought to give people a voice; especially to people hospitalized in asylum-type psychiatric hospitals. In this sense, RPB opens new paradigms in the attention and care of people with psychological distress, with the guarantee of Human Rights, treatment in freedom and in the territory, in addition to universal access to health, linked to the Unified Health System (SUS). However, the RPB, since its inception has always been in check, being harshly attacked by the dominant and conservative sectors, considering that it constitutes a collective project of ethical-political values counter-hegemonic to the *status quo*.

Throughout their implementation process, the anti-asylum struggle movements managed to get rid of the setbacks guided by these sectors, promoting sensitive changes in psychosocial care in Brazil. However, it is in 2016 that the ideals of RPB begin to suffer hard blows: in the face of a post-coup d'état scenario, mental health policy suffered its hardest attacks, from a series of privatizing measures within the structure of the State itself, which Grannemann (2011) analyzes as “non-classical”. Among these measures, the author analyzes the role of State Foundations of Private Law, their subtle version, although as or even more perverse than the classic models of privatization, in the various social policies in Brazil. The object on screen seeks to analyze the role of these same foundations, particularly the State Health Foundation (FESAUDE), which operates in health management in the municipality of Niterói.

Niterói is located in the metropolitan region of the state of Rio de Janeiro, having occupied the position of capital of the state until 1972, being an important point of reference in several sectors, including the subsector of mental health. Currently, the municipality has an estimated population of 481.758 people², ranking 1st in the Human Development Index (HDI) in the State of Rio de Janeiro and 7th among cities in Brazil³. In addition, it has revenue of just over BRL \$5 billion for the budget year of 2023⁴.

Although it boasts important numbers and was part of the forefront of the anti-asylum struggle movement in the state during the reform process, Niterói, despite what is currently advocated by the legislation of the National Policy on Mental Health and Drugs and the perspective of the RPB, maintains a hospital psychiatric

² According to the 2022 Census of Brazilian Institute of Geography and Statistics. Available in: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/niteroi.html>.

³ According to the Brazilian Atlas of 2013. Available in: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>

⁴ Niterói's budget for 2023 will be BRL 5.8 billion. Available in: <https://aseguirniteroi.com.br/noticias/orcamento-de-niteroi-para-2023-sera-de-r-58-bilhoes/>. Access in: 21/04/2023.

while ordering the Psychosocial Care Network (RAPS), to the detriment of the expansion of substitutive services to hospitals; thus perpetuating a hospital-centric and asylum logic.

According to the operational norms of the Ministry of Health based on population numbers, the municipality should have 03 Type III Psychosocial Care Centers, aimed at crisis management. However, to date, it has none. Furthermore, it disrespects judicial sentences issued by the Public Ministry of the state of Rio de Janeiro, which condemned the municipality with daily fines of up to R\$500,000 in case of non-compliance with the proper functioning of the RAPS in the municipality. This sentence originated from a lawsuit filed in 2015, in light of the so-called “RPAs⁵ crisis”. This episode marked the mental health policy of the municipality, when workers in the network went on strike due to the terrible working conditions and fragility of their employment relationships, without any respected labor rights, as well as the unsustainability of human resources, since many of these workers end up for seeking other opportunities, with better conditions, in addition to constant processes of mental illness on the part of these same workers. Added to this chaotic scenario is the lack of inputs and medicines, in addition to the precariousness of the physical structures of the units; thus creating the ideal conditions for the creation and implementation of FESAUDE as an instrument for managing the city's psychosocial care network as an apparent solution to the aforementioned problems. However, this measure ends up promoting a greater intensification not only of working conditions, but also in the care itself for those who need assistance due to psychosocial suffering: SUS users

2 Metodología

The ongoing research seeks to reveal to what extent the counter-reform of the Brazilian State and the psychiatric counter-reform go hand in hand; and to what extent the precariousness of social policies slips into the RPB implementation process. In addition, the research also seeks to recognize which gaps exist in the RAPS of the municipality of Niterói that are being filled by non-classical privatization processes, as in the case of FESAUDE, and to what extent such processes are not conferred to the conception of the reform, because they occur in the context of the neoliberal offensive, where capitalism and the State itself try to double the bet through precariousness as a justification for the privatization of social policies.

Understanding that theory and methodology go together in the process of investigation and apprehension of reality, the qualitative research now developed seeks to apprehend the essence of public health concepts, as well as free treatment for people with psychosocial suffering disorders that cross and constitute such reformulations of the National Policy on Mental Health and Psychosocial Care from the second decade of 2000 are reflected in the reality of the municipality of Niterói. The methodological procedures chosen to carry out the research are the following:

- Research diary, with records of activities monitored by the researcher during the period 2021-2023;
- Bibliographical review of the topics addressed, based on the Higher Education Personnel Improvement Coordination (CAPES) Theses and Dissertations Bank, in addition to publications produced by magazines and periodicals of great relevance to support the debate;

⁵ RPAs is the acronym for Autonomus Payment Receipt, a type of employment relationship that consists of a document issued by the paying source that has the same function as the invoice, that is, serves for payment purposes and for tax collection. However, labor rights such as the 13th salary, paid vacations, leaves in extreme cases (maternity, illness and accidents), contract terminations and unemployment insurance, are not properly ensured in this regime.

- Survey and systematization of documents and legal provisions that support the reformulation of social policies in Brazil, and in particular, the Unified Health System and the National Policy on Mental Health and Drugs in Brazil, and their reflections in the municipality of Niterói;
- Content analysis of documents issued by oversight bodies such as the Public Ministry and the Court of Auditors of the State of Rio de Janeiro that prove the existence of gaps in the management of mental health policy in the city of Niterói;
- Data on the FESAUDE implementation process, made available to the Health and Social Welfare Commission of Niterói City Council, as well as in the public domain on the foundation's website;

3 Resultados y conclusiones

Partial results of the bibliographic and documentary research for the preparation of the master's thesis that has been carried out since the year 2021 have shown that the process of precariousness of the mental health network in Niterói began in 2015, in the face of a crisis that exacerbates the particularities history of the implementation of the psychiatric reform in the city. The documents analyzed to date indicate an increase in the number of hospitalizations in psychiatric hospitals, given the frequent changes in mental health teams in the services, the increase in the number of professionals falling ill due to the terrible working conditions to which they are subjected, as well as cases of moral harassment to them. In view of this scenario, it is clear that the consolidation of the Mental Health Policy not only in Brazil, but also in the city of Niterói, within the framework of the anti-asylum and anti-prohibitionist struggle, remains under threat, turning to a productivist and marketing logic, based on goals and indicators, without taking into account the subjects who need care in freedom, with their rights to the city preserved.

It is also worth noting that the present research does not intend to exhaust the debate on the psychiatric counter-reform in Brazil, with Niterói and FESAUDE being catalysts for these analyses; nor is it imperative here to bring closed definitions about the agenda. Quite the contrary: the objective here is to bring up elements considered important and that the researcher perceives, in the daily life of her work place, that has been sidelined in the analyzes of the movements that capitalism produces in the commodification of public policies, and especially in the mental health policy; and how the processes of State counter-reform and psychiatric counter-reform have gained new forms, with the appearance of improvement or advancement, but which in essence are nothing more than what they really are: non-classical counter-reforms, which continue to withdraw rights, expropriate and sickening the working class; in addition to maintaining the stigma given to people with psychological distress, bypassing the proposals designed and implemented by the Italian and Brazilian experiences since the 1970.

Referencias bibliográficas

AMARANTE, Paulo (Coord.). *Mad for life: the trajectory of psychiatric reform in Brazil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brazil in the Counter-Reformation: dismantling of the State and loss of rights*. São Paulo: Cortez, 2008. V1. 304 p.

COSTA, Pedro H. A.; MENDES, Kíssila T. *Contribution to the Criticism of the Political Economy of the Brazilian Psychiatric Counter-Reform*. Argumentum. Vitória: UFES. 2020.

FERNANDES, Florestan. *The bourgeois revolution in Brazil: an essay on sociological interpretation*. São Paulo: Contracorrente, 2020.

- GALVÃO, Ana Carolina. / Z Aidan, Junia Claudia Santana de Mattos/SALGUEIRO, Wilberth (Orgs.) It was a coup! Brazil in 2016 under analysis. Campinas, SP: Pontes Editores, 2019.
- GRANEMANN, S. State foundations: capital state project. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). Health in the present: for a single public health system, universal, free and of quality. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.
- HERNANDES, Elizabeth Sousa C; FERNANDES, Waleska Batista. Dismantling the National Mental Health Policy: who gets what, why and what difference does it make. National Association of Specialists in Public Policy and Government Management. 2020. Available in: <http://anesp.org.br/todas-asnoticias/desmonte-politica-saude-mental>.
- OLIVEIRA, Francisco de. Critique of Dualistic Reason/The Platypus. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.
- PASSOS, R. G. et al. Therapeutic communities and the (re)asylum in the city of Rio de Janeiro. Revista Argumentum, Vitória, v. 12, n. 2, may/aug. 2020
- _____. The (re)asymptomatic mental health policy in Bolsonaroist times: the return of electroshock and psychiatric hospitalizations. Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 42–64, 2021. Available in: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>.
- _____. The advance of conservatism in the field of mental health and drugs and Therapeutic Communities in the State of Rio de Janeiro: an analysis of PL 565/2019. Revista Em Pauta. UERJ. 2022.
- PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. The violence of the psychiatric counter-reform in Brazil: an attack on democracy in times of struggle for human rights and social justice. 2019. Available in: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>.
- SANTOS, Gabrielle Pereira; TAVARES, Juliane Barbosa; SANTOS, Vera Núbia. SOCIAL POLICY IN THE ERA OF DISMOUNTS: an analysis of setbacks in mental health. 2021. Available in: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoid_853_853612e6e7d77e84.pdf.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El Tercer Sector de Acción Social en perspectiva comparada regional: ¿modelos de Tercer Sector o singularidades territoriales?

Vicente Marbán-Gallego, Universidad de Alcalá (vicente.marban@uah.es)

Gregorio Rodríguez Cabrero, Universidad de Alcalá (gregoria.rodriguez@uah.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Las organizaciones del Tercer Sector de Acción Social (TSAS) han pasado de ocupar una posición institucional residual en el sistema de bienestar español a otra de mayor centralidad. La descentralización del Estado de Bienestar en España ha tenido cierto impacto en la intensidad de la protección en los distintos territorios lo que ha abierto paso al TSAS como actor de reequilibrio frente a la desigualdad territorial.

El objetivo de la comunicación es analizar el encaje institucional y socioeconómico del TSAS en diferentes regiones españolas indagando en la existencia de factores diferenciales que nos permitan responder a la cuestión de si existen distintos modelos de Tercer Sector en los diferentes territorios analizados.

Metodológicamente, se han realizado 48 entrevistas en profundidad y 14 grupos focales entre personas expertas, responsables de las administraciones públicas autonómicas, directivas y representantes de las organizaciones del TS en siete regiones entre los meses de abril y septiembre de 2019 y abril-mayo de 2021. Esta investigación se enmarca en el Proyecto I+D+i PECOTSAS del Ministerio de Economía Industria y Competitividad⁶.

Los principales resultados de la investigación apuntan a que existen singularidades territoriales más que modelos específicos de TS regionales que se enraízan en su historia social y en el modo de relacionarse con el Estado de Bienestar. Las especificidades y estilos territoriales son de grado y al mismo tiempo comparten rasgos comunes, si bien de manera desigual, a lo largo del territorio del Estado.

Palabras clave

Entidades no lucrativas, Comunidades Autónomas, regulación, financiación, capital social.

1 Introducción/descripción general

El desarrollo del Tercer Sector de Acción Social (TSAS) responde a un amplio elenco de condicionantes económicos, sociales y sociohistóricos plasmados en trabajos teóricos y empíricos cuyo resultado es coincidente: las organizaciones del TSAS han experimentado un crecimiento muy significativo y han pasado de ocupar una posición institucional residual en el sistema de bienestar español a otra de mayor centralidad. Esta posición institucional y el propio crecimiento del TSAS se ha producido en un sistema autonómico que ha introducido una mayor diversidad en los sistemas descentralizados de bienestar en los ámbitos de la sanidad, la educación, los servicios sociales y, recientemente, en los cuidados de larga duración. La descentralización del Estado de Bienestar en España ha tenido cierto impacto en la intensidad de la protección en los distintos territorios lo que ha abierto paso al TSAS como actor de reequilibrio frente a la desigualdad territorial.

⁶ <https://pecotsas.web.uah.es/wp/>
www.revistaalimara.net

El objetivo de este artículo es analizar el encaje institucional y socioeconómico del TSAS en diferentes regiones españolas. Se ha indagado en una serie de factores diferenciales en el desarrollo del TSAS en las CCAA con el fin de analizar si existen distintas lógicas o modelos de Tercer Sector en los diferentes territorios analizados.

2 Metodología

Desde un punto de vista metodológico, para el análisis de la evolución reciente del TS español, de los modelos de TS europeos, regionales y las tendencias de cambio (reflejados en la introducción y segundo apartado) se ha recurrido a una revisión bibliográfica y de fuentes secundarias. Para analizar el encaje institucional y social del TSAS en el Estado autonómico (tercer apartado) se han utilizado fuentes primarias; en particular, 48 entrevistas en profundidad y 14 grupos focales realizados entre expertos, responsables de las administraciones públicas autonómicas, directivos y representantes de las organizaciones del TS en siete comunidades autónomas significativas (Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Euskadi y Región de Murcia) entre los meses de abril y septiembre de 2019 y abril -mayo de 2021. Esta investigación se enmarca en el Proyecto PECOTSAS (Perspectiva Comparada del Tercer Sector de Acción Social) ejecutado entre 2018 y 2021 y financiado en la Convocatoria 2017 de Proyectos de I+D+i de excelencia del Ministerio de Economía Industria y Competitividad (RFA: CSO2017-85486-P).

3 Resultados y conclusiones

De la revisión de la literatura destacamos los siguientes resultados:

1. El importante despliegue tanto del TSAS en España (el 1,4% del PIB en 2018), como del conjunto del TS en la UE (el 13% del total de la mano de obra europea en 2014) con un peso muy importante de los recursos humanos generados en las entidades no lucrativas (59% del conjunto del TS), de la prestación de servicios (72%) y de los ingresos por financiación propia (54%). Dentro de este patrón general del TS Europeo, no obstante, existen diferencias entre regiones representativas de los diferentes regímenes de Estado de Bienestar europeos que se han atribuido a distintos enfoques que explican adecuadamente algunas diferencias pero no otras como el de la respuesta del TS a fallos del Estado para atender la heterogeneidad de la demanda, las diferencias entre los países en cuanto a valores, tradiciones, actitudes y sentimientos culturales o las relaciones de poder entre movimientos laborales y sus extensiones políticas en diferentes países durante sus periodos de industrialización y modernización (Teoría de los Orígenes Sociales).
2. El carácter exploratorio y tentativo de los análisis de Modelos de Tercer Sector Europeo (Modelo anglosajón o liberal, continental, Nórdico o Socialdemócrata, Estadista y Mediterráneo) si bien en ningún régimen de bienestar hay un modelo cerrado sino estilos genéricos de TS. A nivel regional, en España no abundan los trabajos de carácter comparado de posibles modelos regionales de TS. La mayor parte de los trabajos sobre el TS tiene un carácter más integral omnicompreensivo y sectorial, descienden a nivel comparado entre las Comunidades Autónomas. La principal debilidad de estos modelos europeos es que tienden a establecerse a partir de las semejanzas en el desarrollo del TS dentro de diferentes regímenes de Estado de Bienestar, lo que pone de manifiesto que todavía hoy la investigación social sobre el TS no tiene el peso ni la importancia que se acumula en el análisis del Estado de Bienestar, del que suele ser un apéndice analítico. A ello se une la existencia de procesos cada vez más complejos y globales en el ámbito europeo y estatal cuyo resultado es la mimetización y convergencia en una serie de tendencias comunes en el TS de los diferentes países, descritas

en el texto y moduladas por la especificidad de la senda nacional de cada país, que van desdibujando la existencia de posibles modelos de TS.

3- A la pregunta de si existe un modelo estatal o modelos autonómicos diferenciados de TSAS en España, podemos concluir lo siguiente a tenor del estudio cualitativo:

3.1. Existe un “estilo común de acción” en el conjunto del TSAS, pero no como único actor que actúe con una sola lógica. Ese estilo común de acción se caracterizaría por tres rasgos: fortalecimiento institucional de la interlocución social, liderado por las grandes organizaciones y plataformas; reforzamiento del trabajo conjunto mediante la creación de redes y formas internas de colaboración; y apertura a la colaboración con otros actores sociales y económicos para garantizar su sostenibilidad. Sin embargo, a pesar de este estilo común no puede hablarse de un modelo de TSAS dada la diversidad interna del sector y de cada ámbito sectorial y la tensión constante en los discursos sobre el desarrollo del TSAS en España entre las fuerzas centrípetas que lo conducen hacia una lógica común universalista (defensa de derechos, promoción de la participación social, lucha contra la exclusión social) y las fuerzas centrífugas que lo conducen hacia una lógica de diferenciación (adaptación funcional a las CCAA, ajuste de la acción al territorio y seguimiento de la senda cultural e histórica propia).

3.2. Existen singularidades territoriales más que modelos específicos de TS regionales que se enraízan en su historia social y en el modo de relacionarse con el Estado de Bienestar. Más que de modelos cabe hablar de tradiciones autonómicas y territoriales. Las especificidades y estilos territoriales son de grado y al mismo tiempo comparten rasgos comunes, si bien de manera desigual, a lo largo del territorio del Estado. Estos rasgos comunes a nivel regional serían los siguientes: a) la integración del TSAS dentro de sistemas mixtos de servicios sociales; b) el desarrollo del capital social o refuerzo de la cohesión social interna y externa como el objetivo por excelencia en las OTSAS; c) la ampliación de la regulación del TSAS acompañada del reconocimiento estable por parte del sector público en leyes del tercer sector, las leyes de servicios sociales o mesas de Diálogo Civil y d) la acomodación funcional del TSAS a los gobiernos autonómicos y territoriales en la gestión de servicios y programas de servicios sociales. Esta acomodación ha reforzado una diferenciación funcional del sector, pero no estructural. El sector de objeto social ha contribuido de manera propia al desarrollo de los derechos sociales en España, pero para conseguir este objetivo se ha tenido que acomodar funcionalmente a las políticas públicas de las que depende en parte en términos de regulación y financiación. Una acomodación que también, en sentido inverso, requiere una adaptación de las AAPP a las características territoriales y organizativas del TSAS. Estamos ante una complementariedad desigual, sobre todo cuando hablamos de pequeñas organizaciones y de colaboración relativamente simétrica en el caso de las grandes entidades y plataformas.

3.3. Es necesario lograr la sostenibilidad de las entidades sociales como modo de conciliar la misión del sector con su diversidad territorial, en cuatro ejes complementarios: a) la sostenibilidad económico-financiera: basada en la pluralidad de fuentes de financiación relativamente estables y el recurso a la subvención, como técnica de fomento, y a los convenios y conciertos para dotarle de suponen una mayor estabilidad; b) sostenibilidad organizativa, fomentando el trabajo en red, la contratación conjunta de actividades y la creación de consorcios ad hoc para licitar en concursos; c) sostenibilidad social, es decir la capacidad del TSAS para dar espacio a la ciudadanía, tanto a las personas afectadas como a la población en general y d) la sostenibilidad institucional: la capacidad de crear cohesión social interna y mejorar la capacidad de interlocución con otros actores sociales y, si es posible, alianzas estables con las AAPP transversales al conjunto del TSAS.

En conclusión, el TSAS en España se sitúa en la senda de experiencia de los países de nuestro entorno. Ha seguido la doble senda de la territorialización al compás de la descentralización del Estado de Bienestar y, al mismo tiempo, ha creado plataformas y órganos de representación y colaboración a nivel estatal con el fin de

reforzar su papel institucional. Es decir, se combina el objetivo de lograr la máxima capacidad institucional con el objetivo de máxima adecuación a las necesidades de cada territorio.

Esta senda es la que ha seguido el desarrollo del TSAS en España, con su propia historia y peculiaridades. A lo largo de las últimas décadas se ha configurado un TSAS que progresivamente se ha descentralizado para ajustarse al diseño de las políticas sociales. Con ello se ha reforzado en parte la cultura del TSAS de cada territorio, sus singularidades, adaptadas a los requerimientos y financiación de las políticas autonómicas. Pero al mismo tiempo, el TSAS ha tenido como guía estratégica implícita, a veces explícita, que su misión es la defensa de los derechos sociales, lo que trasciende el plano territorial y envía un mensaje de universalidad. Razón por la cual se ha visto comprometido a destacar la lógica de su identidad y valores compartidos, ampliar los espacios de colaboración en los diferentes sectores de actividad y reforzar su capacidad institucional como actor necesario en el desarrollo de las políticas sociales. Es lo que denominamos como creación o forja de un estilo común.

En base a esta doble caracterización, en la actualidad el TSAS afronta el reto de sus sostenibilidad financiera, organizativa, institucional y social. Objetivo que se despliega tanto en el nivel general, lo que denominamos como “estilo común”, para ganar capacidad institucional, como en el nivel territorial, espacio este último del que procede el grueso de los recursos del sector y donde colaboran con el sector público en la gestión de programas y en el diseño de políticas. Este modelo dual seguramente continuará durante los próximos años mientras no se modifique el modelo de producción mixta de bienestar. Si incrementará o no la fragmentación territorial del TSAS será una cuestión para debatir y seguir analizando a medio plazo.

Referencias bibliográficas

- BEŽOVAN, G. (2016). The role and impact of the Third Sector in transformative process: A comparison of post-socialist countries Slovenia, Czech Republic and Croatia. TSI Working Paper Series No. 13, Seventh Framework Programme (grant agreement 613034), European Union. Brussels: Third Sector Impact.
- BODE, I. (2006). Disorganized welfare mixes: Voluntary agencies and new governance regimes. Western Europe. *Journal of European Social Policy*, 16, 346- 359. DOI: 10.1177/0958929706068273.
- CHAVES, R. Y MONZÓN, J.L. (2020). Libro Blanco de la Economía Social y del Tercer Sector en la Comunitat Valenciana. Valencia: CIRIEC.
- CODINA, T. (dir) 2016). Baròmetre del Tercer Sector Social. Edició 2016. Informe de resultats. Barcelona: Taula d'entitats del tercer sector social de Catalunya, http://www.plataformatercersector.es/sites/default/files/informe_barometre_2016_maquetat_0.pdf ,
- EINARSSON, T. & WIJKSTRÖM, F. (2019). Satellite Account on Nonprofit and Related Institutions and Volunteer Work, book review. *Nonprofit Policy Forum*, 10 (1), 1-5. DOI:: 10.1515/npf-2019-0011.
- ENJOLRAS, B., SALAMON, L., SIVESIND, K.H & ZIMMER, A. (2018). The Third Sector as a Renewable Resource for Europe. Cham: Palgrave Macmillan, <https://doi.org/10.1007/978-3-319-71473-8>
- GARCÍA DELGADO, J. L. (dir.) (2005). La economía social en España. Criterios y propuestas. Madrid: Fundación ONCE.
- GONZÁLEZ, A. Y JARAÍZ, G. (2020). Las políticas de inclusión social en Andalucía desde la perspectiva discursiva y lexicométrica. Un análisis comparativo del discurso técnicopolítico, *EMPIRIA*. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales* 45, 75-111. DOI/ empiria.43.2020.26305.
- KENDALL, J., BROOKES, N., & MOHAN, J. (2016). The English third sector policy in 2015: An overview of perceived barriers to realizing impact potential, Summary of research findings for Work Package 5. TSI Policy Brief No. 3. <http://thirdsectorimpact.eu/documentation/tsi-barriersbriefing- no-1-english-third-sector-policy-in-2015/>

- MAIER, F., MEYER, M., & STEINBEREITHNER, M. (2016). Nonprofit organizations becoming business-like: A systemic review, *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 45(1), 64-86. DOI: 10.1177/0899764014561796.
- MARBÁN GALLEGO, V., PÉREZ YRUELA, M. & RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2020). Current challenges and prospective analysis of the third sector of social action (TSSA) in Spain. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 98, 95-126. DOI: 107203/CIRIEC-E.98.15385.
- MONTERRAT CODORNIU, J. (2013). El impacto de la crisis económica en las organizaciones del Tercer Sector de Acción Social. *Revista Española del Tercer Sector*, 23, 77-97.
- MONZÓN, J.L Y CHAVES, R. (2016). Evolución reciente de la economía social en la Unión Europea. Bruselas: CIRIEC International y Comité Económico y Social Europeo (CESE).
<https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/files/qe-04-17-875-es-n.pdf>
- OBSERVATORIO DEL TERCER SECTOR DE BIZKAIA (OTSB)(2019). Libro Blanco del Tercer Sector Social de Euskadi 2019. Bilbao: Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia.
- PÉREZ YRUELA, M. (2019). Panorámica del Tercer Sector en España durante la crisis, Documento de trabajo 4.6, en VIII Informe Foessa. Madrid: FOESSA.
- PÉREZ YRUELA, M. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2020). El Tercer Sector de Acción Social como actor estratégico de la sociedad civil en España. Documento de trabajo. Madrid: Fundación Botín.
- PLATAFORMA DE ONG DE ACCIÓN SOCIAL (POAS) (2020). El Tercer Sector de acción Social en España. Nuevo contexto, nuevos horizontes. Madrid: POAS.
- RIOLFO, G. (2020). The New Italian Benefit Corporation. *European Business Organization Law Review* 21, 279–317, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40804-019-00149-9>.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. Y MARBÁN, GALLEGO, V. (2015). Análisis prospectivo sobre los retos actuales y futuros del Tercer Sector de Acción Social. Parte I: El Tercer Sector de Acción Social en el Contexto de la Unión Europea. Situación Actual y Tendencias de Futuro del TSAS en España. Madrid: POAS.
- SALAMON, L. & ANHEIER, H (1998). Social Origins of Civil Society: explaining the Nonprofit Sector Cross-Nationally. *Voluntas*, 9 (3), 213-249. DOI: 10.1023 / A: 1022058200985.
- SALAMON, L. & SOKOLOWSKI, S.W. (2018a). Beyond Nonprofits: In Search of the Third Sector, in Enjolras at al (pp. 7-48). Cham: Palgrave Macmillan.
- SALAMON, L. & SOKOLOWSKI, S.W. (2018b). The Size and Composition of the European Third Sector, in Enjolras at al (pp. 49-94). Cham: Palgrave Macmillan.
- SALAMON, L., SOKOLOWSKI, S. W., & HADDOCK, M. A. (2017). Explaining civil society development: A social origins approach. Baltimore: Johns Hopkins University Press).
- SYSTEME (2015). El Tercer Sector de Acción Social en 2015: impacto de la crisis. Madrid: POAS.
- ZIMMER, A. & PAHL, B.(2018). Barriers to Third Sector Development, in Enjolras at al. (pp.125-160). Cham: Palgrave Macmillan.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Estructurar la governanza público social para responder a retos metropolitanos: el Foro Social Metropolitano de Barcelona

Sonia Fuentes Ledesma, Ayuntamiento de Barcelona



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Este documento realiza un estudio sobre el Foro Social Metropolitano, como espacio innovador de gobernanza democrática en el ámbito de la Región Metropolitana de Barcelona, constituido por representantes de ayuntamientos y entidades sociales del territorio. Se ha utilizado una metodología basada en el análisis documental a partir de materiales generados durante el proceso de constitución del Foro y su funcionamiento ordinario. En los resultados se presentarán los objetivos del Foro, así como su creación y composición. También se dedicará un apartado a las ventajas de la colaboración público-social con las entidades en el ámbito local. Además, se tendrá en cuenta su naturaleza estratégica, al haber sido impulsado por el Acuerdo Ciudadano por una Barcelona Inclusiva, que incluye, entre otros, actores como la Diputación de Barcelona, el Área Metropolitana de Barcelona (AMB) y el Plan Estratégico Metropolitano de Barcelona (PEMB), con los que comparte filosofía. Finalmente se identificarán las principales dificultades y retos a superar para hacer los procesos colaboración y la coproducción más efectivos.

Palabras clave

Gobernanza comunitaria; gobernanza metropolitana; desigualdades; acción social.

1 Introducción/descripción general

A medida que las ciudades y metrópolis modernas evolucionan, se enfrentan a nuevos y variados desafíos. Estos retos, arraigados en la configuración social, económica y cultural de las áreas urbanas, exigen un replanteamiento de la gobernanza. En el caso de Barcelona, esta visión ofrece asimismo oportunidades para dar respuesta a los diversos retos que se presentan en la ciudad, no solo en clave de movilidad o gestión de residuos, por ejemplo, sino también en clave social. Esta investigación se centrará en el análisis del Foro Social Metropolitano. Para dicho análisis se tomarán en cuenta su configuración y estructura, marco institucional, las ventajas de la colaboración público-social, y los principales obstáculos que dificultan la concreción de propuestas de coproducción de políticas.

Esta sección se dividirá en dos áreas principales: los retos sociales en el ámbito metropolitano y la historia y configuración de la gobernanza metropolitana en el ámbito social de Barcelona.

1.1 Desafíos sociales en el ámbito metropolitano

El fenómeno de urbanización, marcado por una creciente concentración poblacional en áreas urbanas, ha colocado a las metrópolis en el epicentro de las dinámicas socioculturales y socioeconómicas actuales. Según datos de las Naciones Unidas (2022) la población global muestra una clara tendencia a residir en las ciudades, pasando del 25% en 1925 al 50% actual (llegando al 75 en el caso de Europa), con la expectativa que estas

cifras sigan creciendo hasta el 58% en las siguientes décadas. Las conurbaciones resultantes, que albergan cifras superiores al millón de habitantes, enfrentan desafíos intrínsecos.

Barcelona, y las ciudades del siglo XXI en general, se erigen como escenarios de gran potencial, lugares que generan riqueza, concentrando capacidad transformadora y capital cultural, pero también donde se manifiestan y amplifican las problemáticas del presente. A pesar de ser polos de innovación con un abundante tejido social, también pueden ser objeto de situaciones como la desigualdad o la especulación inmobiliaria. La financiarización del mercado inmobiliario, conjuntamente con la gentrificación y la segregación residencial, señalan la urgencia de fortalecer el compromiso urbano del estado de bienestar, así como de generar espacios de cooperación amplios, más allá de las fronteras administrativas de cada municipio (Porcel, 2019; Porcel, 2021).

1.2 Historia y configuración institucional de la Gobernanza Metropolitana en Barcelona: Enfoque en el AMB

El Área Metropolitana de Barcelona (AMB) representa una pieza esencial en el entramado político y administrativo de la metrópolis catalana. No solamente es un ente territorial con competencias específicas, sino que además desempeña un papel determinante en la articulación de políticas y estrategias que afectan a la vida de sus ciudadanos.

1.3 Contexto Histórico

Tras la abolición de la Corporación Metropolitana de Barcelona en 1987, el área metropolitana vivió un período marcado por la descentralización, con la creación de agencias especializadas y una mancomunidad de municipios. La reinstauración de una institucionalidad completa en 2010, con la creación del Área Metropolitana de Barcelona (AMB), fue un reconocimiento explícito de la importancia de contar con un organismo supramunicipal que abordara de manera efectiva los retos propios de una metrópolis. La AMB se consolidó como un ente territorial que abarca un conjunto de municipios interdependientes. Esta entidad no solo tiene competencias en áreas tradicionales como urbanismo o infraestructuras, sino también en dimensiones críticas para el desarrollo sostenible, como el medio ambiente, la movilidad y el transporte, o la gestión del ciclo del agua (Martí-Costa, 2018; Gomà, 2019).

Su estructura de gobierno, basada en los resultados de elecciones municipales, la dota de una legitimidad democrática directa, aunque carece de mecanismos propios de elección. No obstante, la ausencia de estos mecanismos no ha impedido que la AMB asuma un papel protagonista en la definición de políticas estratégicas y proyectos trascendentales para la metrópolis. La relación entre Barcelona y los municipios circundantes ha evolucionado, pasando de una estructura jerárquica tradicional a una red de ciudades y municipios que interactúan desde la horizontalidad y la colaboración. Aun así, los límites cambiantes y adaptativos de la metrópolis han supuesto que en la actualidad sea necesario plantear la importancia de coordinar e incluir toda la Región Metropolitana de Barcelona. La diferencia no es baladí, puesto que la AMB incluye 36 municipios y más de 3 millones de habitantes, mientras que la Región Metropolitana abarca 164 municipios y más de 5 millones de habitantes (Estela, 2019; Gomà, 2019).

2 Metodología

Para poder realizar el estudio sobre el Foro Social Metropolitano, hemos utilizado como metodología el análisis documental. El análisis documental se refiere al examen sistemático de documentos para extraer patrones,

temas o conocimientos específicos. Se ha escogido esta metodología como la óptima debido a que tanto durante el proceso de constitución del Foro como en su funcionamiento regular se han generado una gran cantidad de documentos cuyo contenido resulta de interés para esta investigación. Como justificaciones adicionales del uso del análisis documental: los documentos, como actas, informes y comunicados, son registros originales que ofrecen una visión auténtica y directa de las actividades, decisiones y opiniones del Foro.

En la selección de dichos documentos, se han priorizado:

- Relevancia: Se han seleccionado documentos que ofrecieran información sobre la estructura, objetivos, decisiones y desafíos del Foro.
- Temporalidad: Se tendrán en cuenta documentos desde la génesis del Foro hasta el presente, para asegurar un análisis comprensivo y evolutivo.

Toda la información se sintetiza para obtener una visión clara y coherente del funcionamiento del Foro, así como de sus principales desafíos y logros.

3 Análisis y resultados

3.1 ¿Qué es el Foro Metropolitano?

El Foro Social Metropolitano nace como iniciativa promovida por los actores del Acuerdo Ciudadano por una Barcelona Inclusiva. Este es un espacio de participación, de cooperación público-social y de acción conjunta entre instituciones y organizaciones de la ciudad que trabajan para construir una Barcelona más inclusiva y con mayor calidad de vida para todas las personas.

Desde el Ayuntamiento de Barcelona se impulsan la creación de redes temáticas de acción en el marco del Acuerdo Ciudadano. Estas redes están integradas por entidades, organizaciones e instituciones de la ciudad que comparten unas finalidades y metodologías concretas, a fin de cooperar y dirigir el trabajo compartido hacia objetivos estratégicos y operativos comunes.

Se trata de un espacio horizontal abierto a todas las entidades sociales con actividad en la región metropolitana de Barcelona, así como a los ayuntamientos que quieran participar. El objetivo del Foro es identificar y hacer frente a los retos sociales metropolitanos desplegando la acción social tanto a nivel intermunicipal como pública local.

El Foro Social Metropolitano plantea promover, facilitar y apoyar las interdependencias entre entidades sociales y ayuntamientos para afrontar con mayor éxito los retos sociales de la metrópolis y, de este modo, poder conseguir los siguientes hitos que constituyen sintéticamente nuestra visión de constituir como un espacio de colaboración entre entidades y ayuntamientos que nos permita:

- Identificar de forma compartida los desafíos sociales más importantes.
- Generar conocimiento y confianza mutua entre los miembros del Foro, y favorecer la transmisión de buenas prácticas.
- Definir y acordar modelos y criterios generales de actuación conjunta en las diversas temáticas que se prioricen.
- El Foro Social no coproducirá directamente, pero sí promoverá el establecimiento de redes de coproducción metropolitanas entre entidades sociales y entre entidades y ayuntamientos, como la Red Metropolitana de Inclusión Residencial.

- El Foro también se encarga de acciones comunicativas, que incluyen análisis, estrategias y acciones desarrolladas por el Foro Social, así como la realización de jornadas y seminarios sobre temas de interés.

El Foro Social también busca la participación de entidades públicas supralocales como la Diputación de Barcelona a nivel de provincia o del Área Metropolitana, en el territorio de su competencia. La generación de confianza y el respeto a la singularidad han de ser principios que orienten las diversas actuaciones.

Además, se propone:

1. Aprovechar todas las ventajas de la gestión local y de proximidad y superar las respuestas fragmentadas creando el Foro Social Metropolitano para apoyar las interdependencias entre entidades sociales y ayuntamientos que constituyen la base de la acción social metropolitana.
2. Crear redes de coproducción pública y de iniciativa social de programas y proyectos para incidir positivamente en los principales retos sociales compartidos a nivel metropolitano, como la Red Metropolitana de Inclusión residencial.
3. impulsar grupos de análisis que promuevan respuestas innovadoras a los desafíos sociales, maximizando su impacto.
4. Posicionar el espacio ante otros actores institucionales en el ámbito catalán, español y europeo.
5. Identificar experiencias similares a nivel mundial de esta nueva gobernanza horizontal y coproducida de la que es el Foro Social Metropolitano.

3.2 Marco institucional

Un documento significativo es el Compromiso Metropolitano 2030. Se trata del sexto plan estratégico para Barcelona que elabora el PEMB desde 1988, en el que se puso en marcha esta alianza de agentes económicos y sociales que en 1994 se convirtió en asociación sin ánimo de lucro. Los tres primeros planes se plantearon con alcance de ciudad, en torno a la transformación olímpica; los dos siguientes tenían como referencia lo que hoy es el Área Metropolitana de Barcelona, y este sexto da por primera vez el salto a la región metropolitana de Barcelona, ya mencionada.

Además del alcance territorial, el plan estratégico sitúa por primera vez en el centro la reducción de las desigualdades sociales y territoriales teniendo en cuenta el contexto de emergencia climática. La concreción de este objetivo se plasma en ocho misiones, entendidas como objetivos específicos y estratégicos que requieren del compromiso de un amplio conjunto de actores metropolitanos para su consecución.

Las dos misiones del Compromiso Metropolitano 2030 que tienen mayor relevancia para el Foro son la Misión Cohesión territorial: *barrios para vivir y trabajar*, que busca reducir la vulnerabilidad urbana y la Misión Vivienda adecuada y suministros esenciales: *acceso y permanencia a una vivienda adecuada*, que enfatiza la necesidad de situar la vivienda asequible, eficiente y confortable como fundamento del derecho a la ciudad.

El desarrollo de las misiones del Compromiso Metropolitano 2030 exige la existencia de un espacio de coordinación de los actores más implicados en cada una de ellas. Los espacios de referencia son organizaciones o redes que ya están en funcionamiento en la región metropolitana de Barcelona.

Para la misión de la Cohesión Social se propuso que el espacio de referencia sea el Foro Social Metropolitano y para la Misión de Vivienda se propone que sea la Red Metropolitana de Inclusión Residencial, una red de trabajo del Fórum.

3.3 Las ventajas de la colaboración público-sociales con las entidades en el ámbito local

La acción social a nivel local es fundamental para abordar las necesidades específicas de la comunidad, aprovechando el conocimiento profundo de sus particularidades y dinámicas internas. La gobernanza social, por su parte, facilita la inclusión de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones, potenciando la transparencia, la representatividad y la responsabilidad compartida. En este contexto, la proximidad emerge como un elemento de especial relevancia, pues permite una intervención más directa y adaptada a las realidades locales, facilitando la identificación de problemáticas y la implementación de soluciones, y fomentando una conexión más estrecha y confiable entre los gobernantes y la comunidad

Las entidades hacen una labor social clave, siendo capaz de llegar donde no llega la protección social del Estado del bienestar por sus limitaciones. Además, aportan conocimientos de cuáles son las necesidades que deben cubrirse en su ámbito de actuación, son más ágiles a la hora de intervenir que la Administración pública y muchas veces también pueden ser más efectivas. La sociedad no puede prescindir de este tipo de acción social. Por eso, un espacio de entendimiento y colaboración entre la Administración y las entidades como el Acuerdo Ciudadano tienen un valor particular, porque a través de la coproducción de políticas, se favorece la innovación y mejora la calidad de la intervención social.

Al participar en los mismos territorios y estar expuestos a problemáticas sociales comunes, todos los actores están interconectados y unos y otros son interdependientes porque las personas recurren a estos sin tener en cuenta si ese servicio o soporte está ubicado en un municipio concreto u otro.

En este sentido se evidenció el valor de una colaboración bien estructurada y eficaz se evidenció durante la pandemia y la crisis que la acompañó. Aquellos municipios en los que había una buena interlocución y un trabajo verdaderamente conjunto entre las administraciones y el tercer sector social, se dio una respuesta más ágil, eficiente y ajustada a las necesidades urgentes de las personas. La buena coordinación ha implicado poder reorganizar y reformular servicios y apoyos con bastante celeridad en ámbitos tan esenciales como la alimentación o la vivienda en un contexto de necesidad social. Avanzar en la coproducción de las políticas públicas permite que el conocimiento y la experiencia aportada por los diferentes agentes sociales y las sinergias entre ellos posibiliten la promoción social de las personas y comunidades, haciendo efectivos sus derechos.

3.4 Las principales dificultades de la colaboración y la coproducción

La principal dificultad identificada está relacionada con la creciente rigidez en el despliegue normativo de los procesos de contratación externa que despliegan los servicios de intervención y contratación de muchos ayuntamientos que incrementan, en muchos casos las limitaciones de la actual ley de contratación de servicios con respecto a las anteriores.

El incremento de la rigidez administrativa contrasta con la creciente complejidad en la composición de las desigualdades sociales y los retos de la acción social de los municipios y a menudo obstaculiza y retrasa la respuesta municipal. También tiene un impacto negativo el creciente peso del precio en las ofertas de contratación frente a otras consideraciones cualitativas.

No obstante, existen experiencias que han conseguido dotarse de mayor flexibilidad y establecer unas relaciones entre ayuntamientos y entidades sociales basadas en la calidad de la atención y la canalización del

compromiso ciudadano superando la competitividad a través del precio de oferta de servicios. Por este motivo, es necesario conocer y profundizar en las mismas y analizar la posibilidad de transferirlas a otros territorios.

También debe mencionarse que aunque las aspiraciones del Foro se basan en crear un espacio horizontal e inclusivo que afronte retos compartidos, es necesario vencer algunas resistencias que podrían aparecer, vinculadas a diferencias políticas entre administraciones locales, o al papel impulsor de la ciudad de Barcelona que no debe obturar la generación de otros liderazgos.

4 Conclusiones

Como hemos visto, Foro Social Metropolitano emerge como una plataforma impulsada por el Acuerdo Ciudadano por una Barcelona Inclusiva, centrado en fomentar la colaboración entre entidades sociales y ayuntamientos en la región metropolitana de Barcelona. La principal meta es abordar y contrarrestar los retos sociales metropolitanos de manera conjunta, favoreciendo la inclusión y la generación de comunidad. El Foro se articula mediante una estructura horizontal, permitiendo una cooperación extensa. Este enfoque tiene como objetivo fortalecer las interdependencias para afrontar eficientemente los desafíos comunes. Se resalta la necesidad de identificar los principales retos sociales, promover el conocimiento mutuo y la confianza entre actores, y establecer marcos de actuación conjunta. Aunque el Foro no coproduce directamente, juega un papel crucial en promover y facilitar la coproducción y cooperación entre entidades y ayuntamientos. Este compromiso estratégico para Barcelona pone especial énfasis en la reducción de desigualdades sociales.

La colaboración público-social aparece como clave, y se traduce en un mayor conocimiento de las problemáticas, intervenciones más ágiles, y respuestas más eficaces a las problemáticas urbanas. La acción social a nivel local permite una mayor adaptabilidad y eficiencia, consolidando la conexión entre las instituciones y la comunidad y potenciando la transparencia y responsabilidad compartida. Las regiones con una coordinación sólida entre las administraciones y el tercer sector pudieron responder de manera más rápida y adecuada a emergencias recientes.

Respecto a las dificultades, las barreras para la contratación se contradicen con las políticas sociales necesarias para el siglo XXI. La creciente complejidad de los desafíos sociales a los que se enfrentan las ciudades en la actualidad requerirá de iniciativas más creativas, con una voluntad transformadora que se traduzca en un impacto real, y con una vocación de servicio público por parte de los actores implicados en estas, que no se vean limitadas por la rigidez burocrática.

Referencias bibliográficas

AMB (2015). La gobernanza metropolitana en Europa: modelos y retos.

Gomà, Ricard. (2019). Del dret a la ciutat al dret a la metròpoli. Dossier Construir la metròpoli. Barcelona Metropolis.

Martí-Costa, Marc. (2018). GOBERNANZA METROPOLITANA. IERMB. Papers 61.

ONU. (2022) World Cities Report 2022.

Porcel, Sergi. (2019). Per una societat més cohesionada. Dossier Construir la metròpoli. Barcelona Metropolis.

Porcel, Sergi. (2021). DESIGUALTAT URBANA I LA CIUTAT POSTPANDÈMIA REPTES I PROPOSTES. IERMB. Consell de la Ciutat.

Estela, Oriol. (2019). L'hora de les polítiques econòmiques reequilibradores i amb projecció global. Dossier Construir la metròpoli. Barcelona Metropolis.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Una radiografía sobre la participación en los servicios sociales vascos: aprendizajes y retos desde el ámbito local

Noemi Vergantiños Franco, Universidad del País Vasco (noemi.bergantinos@ehu.eus)

Amaia García-Andrés, Universidad del País Vasco

Nerea Zubillaga Herrán, Universidad del País Vasco



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El escenario de desigualdad que acompaña a las actuales formas de democracia, así como el reciente contexto de pandemia por la Covid-19, han evidenciado la necesidad de repensar los servicios sociales para profundizar en su papel como agente principal en la política social. Desde aquí, esta comunicación ofrece una lectura sobre el papel de la participación ciudadana en los retos a los que se enfrentan los servicios sociales. Para ello, se ofrecen los datos de un trabajo cuantitativo en el que se explora la presencia y el desarrollo de diferentes mecanismos y experiencias de participación ciudadana en los servicios sociales municipales de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), así las oportunidades y dificultades de estos espacios ofrecen desde el punto de vista de sus profesionales. En este trabajo se realizaron un total de 65 encuestas telefónicas y online, tanto a ayuntamientos como a entidades sociales, en los tres territorios históricos de la CAE. Los resultados muestran la importante presencia de algunos mecanismos de participación en servicios sociales, así como la relevancia otorgada a una visión participativa de los servicios sociales, al tiempo que se reconocen limitaciones en el desarrollo de los mecanismos para hacer de la participación una realidad.

Palabras clave

Participación, democracia, política social, servicios sociales

1 Introducción/descripción general

El auge y consolidación de las experiencias y mecanismos de participación ciudadana se ha acompañado de una importante literatura que trata de dar cuenta de sus características, evolución e impactos. El objetivo de esta comunicación es contribuir al análisis de esta realidad en un ámbito quizás menos explorado como es el de los servicios sociales, tratando así de conocer el fenómeno de la participación en un ámbito de la política social de especial trascendencia. Bajo la denominación “Una radiografía sobre la participación en los servicios sociales vascos: aprendizajes y retos desde el ámbito local”, la comunicación que aquí se presenta se halla enmarcada en el proyecto titulado “Participación en los servicios sociales de la CAE. Caracterización y análisis de los mecanismos de participación en los servicios sociales municipales vascos” desarrollado por la Universidad del País Vasco. Se trata de un estudio realizado en el periodo 2018-2020 por las firmantes de este trabajo y otros/as investigadores/as de la UPV/EHU.

Los servicios sociales desempeñan una función fundamental en la esfera de las políticas y los procesos sociales encaminados a mitigar el escenario de desigualdad que caracteriza la realidad social actual. Más aún, la pandemia provocada por la Covid-19 ha puesto de relieve algunos de esos problemas, advirtiendo la necesidad de replantearse y reinventar los servicios sociales en su totalidad (Fantova, 2020; Zamanillo y Nogués, 2020). Dicho de otra manera, la desigualdad y las diversas formas de exclusión que acompañan el panorama actual

de la democracia (Bergantiños y Ibarra, 2018, p. 19; Subirats, 2018, p.19) son consideradas cuestiones de interés y motivos de preocupación para el ámbito de los servicios sociales.

Los diversos formatos de participación ciudadana en las administraciones públicas han aumentado de manera significativa en los últimos años, y el sistema de servicios sociales no ha sido indiferente a esta trayectoria. Así, han tenido lugar un gran número de experiencias, declaraciones y normativas que buscan promover la participación de la ciudadanía y las personas usuarias en el ámbito de los servicios sociales.

En este sentido, la literatura científica ofrece evidencias sobre una cada vez mayor participación de las personas usuarias del sistema de servicios sociales en países como España (Pastor, 2017), Finlandia (Muurinen 2018) o Reino Unido (Gooseny Austin, 2017), a la par que se defiende que es necesario reformar los servicios sociales para velar por la participación de las personas usuarias (Beresford 1994, Webb, 2008). Estos planteamientos buscan promover las dimensiones comunitaria y participativa en las que la ciudadanía ejerce el papel de agente activo con capacidad de actuación sobre su propia situación.

Esta participación en el marco de los servicios sociales toma la forma de tres dimensiones: i) participación de las personas en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas sociales, ii) la participación en su propio proceso de intervención social y iii) participación de la ciudadanía en las políticas sociales (Zubillaga y Bergantiños, 2022). Estas dimensiones serán objeto de análisis en este trabajo.

Por ese motivo, la presente comunicación pretende esclarecer la atención prestada a la participación ciudadana en las políticas públicas y, en particular, en el ámbito de los servicios sociales, en tanto que instrumento para fomentar una política social más democrática.

2 Metodología

Como se adelantaba, la investigación presentada tiene por objetivo contribuir al análisis de esta realidad en un ámbito quizás menos explorado como es el de los servicios sociales, tratando así de conocer el fenómeno de la participación en un ámbito de la política social de especial trascendencia. Para ello, el trabajo aquí presentado muestra los resultados del análisis cuantitativo realizado a partir de un total de 65 entrevistas telefónicas y online, tanto a ayuntamientos como a entidades sociales, en los tres territorios históricos de la CAE. Este trabajo fue realizado en el período 2019-2021, y fue acompañado, si bien esa parte no figurará aquí, de una aproximación cualitativa en la que se llevaron a cabo entrevistas en profundidades con diferentes profesionales de ayuntamientos y entidades sociales CAE del sistema de servicios sociales de la CAE.

3 Resultados y conclusiones

Los resultados apuntan a un considerable avance en lo que a la participación se refiere en las últimas décadas. En el contexto autonómico español, las más recientes leyes de servicios sociales hacen referencia explícita a la participación como un elemento central a considerar en los diferentes niveles y espacios de la intervención social. En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), la Ley 12/2008 de Servicios Sociales recoge de esta manera la necesidad de fomentar la participación con la implicación de la ciudadanía:

Promover la participación de la comunidad en la resolución de las necesidades sociales susceptibles de ser atendidas en el marco de los servicios sociales, y en particular la participación individual y organizada de las propias personas usuarias y de las entidades activas en el ámbito de los servicios sociales (Gobierno Vasco, 2008, art. 6.2b).

Para el caso que aquí se presenta, es necesario tener presente que la consideración política y el desarrollo normativo de la participación ciudadana en el País Vasco se hallan enmarcados en la citada Ley 12/2008 de Servicios Sociales, así como en el Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y en otras disposiciones y declaraciones políticas.

Así, en relación con la primera de las dimensiones identificadas “participación de las personas en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas sociales”, se advierte un importante despliegue institucional que toma la forma de consejos y comisiones sectoriales cuya función es configurar la participación en las políticas que les conciernen.

A nivel municipal parecería que el desarrollo de estos consejos ha sido importante, al menos, en lo referido a foros o comisiones sectoriales en las que dar cabida a diferentes agentes y entidades sociales que son parte de los servicios sociales. Así lo refleja, por ejemplo, la siguiente tabla en la que los ayuntamientos consultados en esta investigación detallan los ámbitos en los que trabajan de manera permanente mediante foros o comisiones sectoriales propias del ámbito de los servicios sociales. Los datos muestran que son los de “Personas mayores” (72,7%) y “Violencia contra las mujeres” (47,6%) los que mayor participación permanente tienen, seguido de los de “inmigración” (33,3%) e “infancia y familia (33,3%).

Tabla 1. Ámbitos de Participación en comisión o foro municipal (n y %)

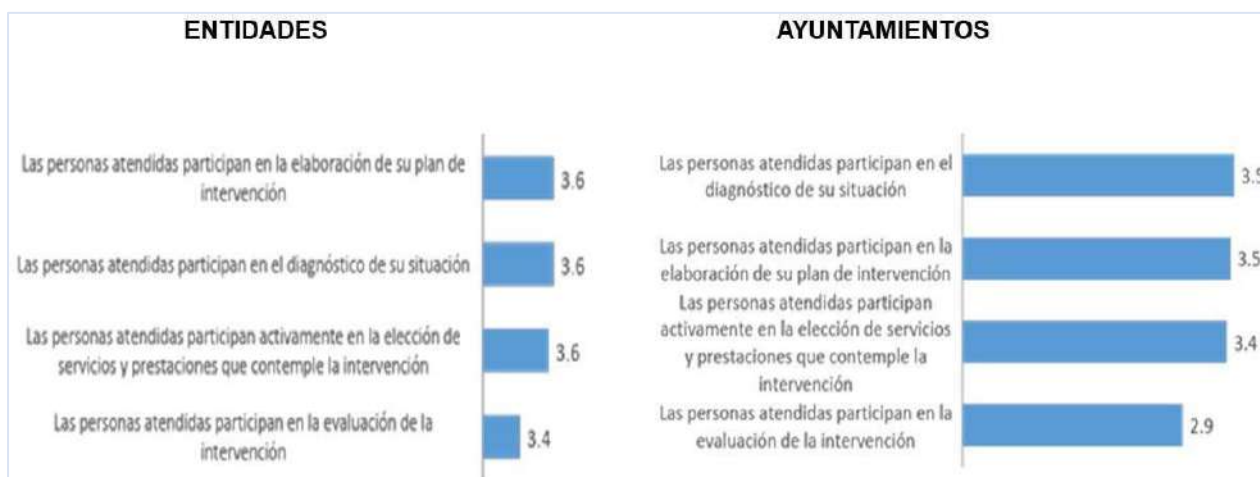
| | Sí | No | Ns/nc | % Sí | % No | % Ns/nc |
|------------------------------|-----------|-----------|--------------|-------------|-------------|----------------|
| Personas mayores | 16 | 6 | 0 | 72,7 | 27,3 | 0,0 |
| Infancia y familia | 7 | 14 | 0 | 33,3 | 66,7 | 0,0 |
| Exclusión social | 5 | 14 | 1 | 25,0 | 70,0 | 5,0 |
| Violencia contra las mujeres | 10 | 11 | 0 | 47,6 | 52,4 | 0,0 |
| Inmigración | 7 | 13 | 1 | 33,3 | 61,9 | 4,8 |
| Otros | 1 | 7 | 5 | 7,7 | 53,8 | 38,5 |

Fuente: elaboración propia a partir de Bergantiños (2020)

La segunda dimensión, la participación de las personas en sus procesos de intervención social, parece ir acompañada de dificultades u obstáculos que evidencia una escasa cultura de participación. Éstas están vinculadas, por un lado, a la vulnerabilidad de las personas y, por otro lado, a los propios procesos de intervención (su rigidez, la sobrecarga de trabajo o la falta de recursos).

En cualquier caso, sí hay un cierto reconocimiento de ese nivel de participación, tal y como se observa en el siguiente gráfico. Las puntuaciones medias obtenidas muestran como el mayor grado de acuerdo se da en pensar que “las personas atendidas participan en la elaboración de su plan de intervención”, en “su diagnóstico” y en muchos casos “pueden elegir activamente los servicios y prestaciones que contempla su intervención”. No parecen darse diferencias importantes entre entidades y ayuntamientos, a excepción de la participación en el momento de la evaluación de la intervención, donde las entidades parecen ofrecer una mejor valoración de la misma.

Gráfico 1. Grado de acuerdo- Proceso de intervención individual-familiar (Media)



Fuente: elaboración propia a partir de Bergantiños (2020)

Por último, los resultados obtenidos sobre la participación ciudadana en la configuración de las políticas sociales dan cuenta de la escasa inversión en la participación comunitaria desde los servicios sociales. Una muestra la ofrece el indicador sobre el gasto público en servicios sociales: desde que se empezó a propugnar el modelo comunitario en 2008, frente al gasto asignado a los servicios sociales forales y autonómicos, el relativo a los servicios sociales municipales se ha reducido del 16% al 10% (Gobierno Vasco - OEE, 2018). Hay que tener en cuenta, además, que el gasto municipal supone un 12,5% del gasto público en servicios sociales, una cuantía que ha descendido en casi dos puntos desde 2012, por lo que cabría interpretar algunas dificultades para impulsar este modelo de participación comunitaria (Zubillaga & Bergantiños, 2022).

En conjunto, los resultados sugieren un importante despliegue de mecanismos y experiencias promovidos por los desarrollos normativos que dan cuenta de la relevancia que ha adquirido la participación en los últimos años. Sin embargo, estos no han sido ajenos a numerosas dificultades y obstáculos que provocan que la participación ciudadana en el ámbito de los servicios sociales siga siendo un reto.

Referencias bibliográficas

- Beresford, P. (1994). ‘Changing the Culture: Involving Service Users in Social Work Education’. Central Council for Education and Training in Social Work.
- Bergantiños, N., y Ibarra, P. (coords). (2018). Respuestas y propuestas de regeneración frente a la crisis de la democracia. Madrid: Editorial Tecnos.
- Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y en otras disposiciones y declaraciones políticas

- Fantova, F. (2020). Tindranfuturelsnostresserveissocialsdesprés de la pandèmia del Covid-19?. Barcelona Societat. Revista de coneixement i anàlisi social, (26), 10-15. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista/revista-barcelona-societat-26-cat.pdf>
- Goossen, C. y Austin, M.J. (2017). Service User Involvement in UK Social Service Agencies and Social Work Education. Journal of Social Work Education, 53 (1), 37-51
- Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Boletín oficial Estado, 242, de 7 de octubre de 2011. <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>
- Muurinen, H. (2019). Service-user participation in developing social services: applying the experiment-driven approach. European Journal of Social Work, 22 (6), 961-973.
- Pastor, E. (2015). Oportunidades de participación en las políticas de servicios sociales municipales en España. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales 22 (68), 229-257.
- Pastor, E. (2017). Mechanisms for participation in the public system of social services in Spain: opportunities for the development of social work with a citizens approach. European Journal of Social Work, 20 (3), 441-458.
- Subirats, J. (2018). "Política, representación y subjetivación. Dilemas democráticos". En P. Ibarra y N. Bergantiños (coord.), Respuestas y propuestas de regeneración frente a la crisis de la democracia. Madrid: Editorial Tecnos.
- Webb, S. A. (2008). Modelling Service User Participation in Social Care. Journal of Social Work, 8 (3), 269-290.
- Zamanillo, T., y Nogués, L. (2020). Carta abierta a profesionales y políticos de los Servicios Sociales en tiempos de la Pandemia del Covid-19. Asociación Foro SERVSOCIAL Madrid. Consultado el 15 mayo de 2020. https://4f8bb68a-ed9b-44a6-bdf2-36b119d054b.1lesusr.com/ugd/8f0dee_a983ce2edd584dc2a32157ef5eca0d38.pdf
- Zubillaga-Herran, N., Bergantiños, N. (2023). Considerations on the Democratic Challenge from the Perspective of Social Services: Community, Participation and (In)equality. In: Zabalo, J., Filibi, I., Escajedo San-Epifanio, L. (eds) Made-to-Measure Future(s) for Democracy?. Contributions to Political Science. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-08608-3_13



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Gobernanza colaborativa transfronteriza: La experiencia del proyecto SAREA

Mabel Segú Odriozola, Universidad de Deusto (msegu@deusto.es)

Eduarne González Goya, Universidad de Deusto (egonzalez@deusto.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La nueva agenda política demanda soluciones innovadoras para los retos sociales contemporáneos. Asimismo, la crisis que atraviesa la democracia liberal ha resaltado la necesidad de replantear modelos de gestión del espacio público y de políticas públicas. En este contexto, la Gobernanza Colaborativa emerge como un enfoque esencial para promover procesos colectivos de deliberación y toma de decisiones. De esta manera, este modelo de gobernanza alianza a las administraciones públicas y el Tercer Sector ha surgido como un enfoque clave en el diseño y participación en la co-construcción de políticas sociales en las últimas décadas. Este modelo de colaboración se ha convertido en un mecanismo eficaz para abordar los desafíos sociales y promover un enfoque más inclusivo y participativo en la toma de decisiones políticas. En este artículo, se expondrán en detalle las características del modelo de gobernanza colaborativa en el marco del proyecto transfronterizo SAREA, para el intercambio de buenas prácticas en el ámbito de la intervención con menores en situación de desprotección. En este caso, La Universidad de Deusto participó desde el rol de facilitador del proceso en la generación del conocimiento empírico y extracción y modelización de las buenas prácticas detectadas.

Palabras clave

Gobernanza colaborativa, proyecto SAREA, Tercer Sector

1 Introducción

La gobernanza colaborativa se ha convertido en un enfoque fundamental en la formulación de políticas sociales. A medida que los desafíos sociales se vuelven más complejos y diversificados, la colaboración entre las administraciones públicas y el Tercer Sector se ha vuelto esencial para abordar eficazmente estas cuestiones. La co-construcción de políticas sociales es el proceso central en los modelos de gobernanza colaborativa.

Los modelos de gobernanza colaborativa se basan en una serie de características clave que definen su naturaleza y funcionamiento. Por un lado, se fomenta a la participación activa y equitativa de todas las partes involucradas, incluidas las administraciones públicas, el Tercer Sector y otros actores relevantes, como la Universidad. Esto implica que todas las voces sean escuchadas y que se promueva un ambiente donde las opiniones y perspectivas diversas sean valoradas. La transparencia y el acceso a la información serán fundamentales y se deberá garantizar que todas las partes deben tener acceso a datos y procesos de toma de decisiones transparentes, lo que garantizará que las decisiones se basen en evidencia y que haya confianza en el proceso.

La colaboración implica la construcción de consenso entre las partes involucradas, buscando llegar a acuerdos que reflejen los intereses y necesidades de todos los actores, lo que a menudo requiere compromisos y negociaciones.

Con todo ello, se busca obtener resultados tangibles y mejorar la calidad de vida de la población. Los indicadores de éxito se centran en el impacto real de las políticas sociales en lugar de simplemente en los procesos.

De esta manera, la co-construcción de políticas sociales a través de este tipo de gobernanza no solo permite un enfoque más inclusivo, sino que también genera un conocimiento empírico de la realidad, que como policy makers ayuda a la toma de decisiones y generación de políticas más informadas. A la Universidad le corresponde desempeñar un rol de facilitadora en el desarrollo local del Territorio, articulando y traccionando procesos de investigación colaborativa.

2 Objetivo

El proyecto transfronterizo España- Francia, SAREA, surge como respuesta a las crecientes demandas recibidas desde las entidades públicas de los Servicios Sociales en poder dar respuesta a los nuevos retos que se presentan a la hora de poder en marcha los nuevos marcos legales relativos a los Servicios Sociales. En esta línea, uno de los objetivos de la Estrategia de crecimiento Europa 2020 era el de reducir el número de personas en exclusión social. Para ello, la estrategia estableció una serie de iniciativas emblemáticas como la *Unión por la Innovación* donde se apuesta por aquellas estrategias eficaces y coherentes, a través de las cuales sea posible afrontar nuevos retos sociales que propicien el empoderamiento de las personas con necesidades entre Países socios. A nivel autonómico, en el País Vasco y a partir del reconocimiento del “derecho subjetivo” en la actual Ley de Servicios Sociales (2008), se requería un “Know how” por parte de la Administración Pública para poder garantizar ese buen hacer que empodere a las personas con necesidades demandantes de prestaciones y servicios. Por la parte Francesa, también la Ley del 2016 de servicios Sociales, recoge la necesidad de generar nuevas prácticas innovadoras que generen el empoderamiento de las personas con necesidades y sus familias en el ámbito Social.

De este interés por la búsqueda de buenas prácticas efectivas, se ideó la búsqueda de conocimiento técnico transfronterizo, para el aprendizaje recíproco. Fue de esta manera cómo se gestó el proyecto SAREA que presenta una estrecha alineación con los objetivos en materia de innovación e I+D+I establecidos en su programa Horizonte 2020, donde se promuevan las investigaciones destinadas a resolver los retos sociales y proyectos que trabajaran por el avance social y el crecimiento igualitario de la sociedad.

Europea. Se tenía claro desde un momento, quizás por la propia formación profesional de las investigadoras, los principios epistemológicos en los que se iba a plantear la metodología de este proyecto y que descansan sobre la premisa de “hacer ciencia con y para la sociedad”. De esta manera, se optó por aquel diseño metodológico con interés emancipatorio en la producción de conocimiento y que une conocimiento y acción; la Investigación-Acción-Participación (IAP) para la generación de un conocimiento co- construido por y entre expertos en el ámbito con el fin de generar estrategias políticas reales y ubicadas en el contexto.

3 Metodología

Uno de los principales beneficios de los modelos de gobernanza colaborativa es la generación de conocimiento empírico de la realidad. Este conocimiento se deriva de la experiencia directa de las partes involucradas en la implementación de políticas sociales. Será a partir de la metodología de la IAP como se articule la generación de conocimiento construido.

De esta manera, el proceso de trabajo llevado a cabo en el proyecto SAREA se articuló en espacios de diálogo reflexivo para la cogeneración de conocimiento. Karlsen y Larrea (2015) hablan de crear el *ágora*, como un

espacio de diálogo donde se crean las interacciones relacionales entre los participantes en la investigación, los actores territoriales y los investigadores. Se trata de un lugar para la reflexión y el aprendizaje conjunto que debe configurarse adecuadamente. La creación de este espacio y la elección de los participantes o actores que pueden ser organizaciones y también individuos que participarán en las reuniones manteniendo diálogo vivo en un ambiente de confianza. En estos talleres de diálogo se elaborará conjuntamente el plan de intervención donde se desarrollarán los objetivos, estrategias, acciones y recursos, así como la programación del tiempo.

Desde el paradigma humanista crítico, la Investigación-acción-participación (IAP) se perfila como el modelo que deriva del interés emancipatorio en la producción de conocimiento y que une conocimiento y acción. puede iniciarse cuando existe un acuerdo entre aquellos actores que presentan la situación problema y los investigadores. Karlsen, J y Larrea, M. (2015) hablan de un modelo cíclico cogenerativo, León y Montero (2002) lo denominan modelo “en espiral”, en el que los diferentes agentes que participan construyen de manera conjunta la definición y desarrollo del mismo, definiendo las características del problema y el desarrollo del mismo investigando al mismo tiempo que se interviene.

En cada proyecto de Investigación Acción Participación, existen tres elementos que se combinan en proporciones que pueden variar.

La investigación consiste en un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad, de la situación problema con una expresa finalidad práctica. La acción no sólo es la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representa una fuente de conocimiento, al tiempo que la propia realización del estudio es en sí una forma de intervención.

La participación supone que en el proceso están involucrados no sólo los investigadores profesionales, sino la comunidad destinataria del proyecto, que no son considerados como simples objetos de investigación sino como sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar su propia realidad (Zabala, 2005-2006).

Desde este enfoque, las administraciones públicas y el Tercer Sector trabajan juntos para diseñar, implementar y evaluar en general políticas sociales. La IAP se caracteriza por el carácter sistemático del método en el procedimiento de investigación. Su objetivo es incrementar el conocimiento colectivo, pero a través de un proceso riguroso que se adapte a las exigencias del método científico. La metodología de investigación-acción aporta la rigurosidad que exige a todo método para ser considerado científico y avala los resultados del proceso como conocimientos verdaderos, dentro de los límites en los que la ciencia actual define este tipo de conocimientos.

El proceso que sigue la aplicación de esta metodología es la siguiente:

– *Identificación de los agentes externos e internos:*

Existe una etapa primera que podría definirse como la etapa de pre-investigación donde o bien se han detectado algunos de los síntomas de la situación problema o bien se ha realizado la demanda, desde alguna institución, de investigación. Es importante identificar los agentes que por su implicación en la temática son considerados expertos en la materia para contar con su presencia en los grupos de trabajo.

– *Identificación de Problemas y Necesidades o diagnóstico:*

El proceso comienza con la identificación conjunta de problemas y necesidades en la sociedad. Las partes involucradas utilizan su experiencia y conocimientos para comprender los desafíos sociales y determinar las áreas prioritarias de intervención. A la hora de plantear la situación problema es necesario conocer a fondo su naturaleza mediante la inmersión en el contexto para poder comprender con claridad aquello que será objeto de estudio y conocer la documentación existente respecto al asunto y entrevistar a las personas que se vinculan a este. Este tipo de investigación debe involucrar a los actores comunitarios y constituir el grupo de IAP que

tal y como indica Mertens (citado por Hernández Sampieri et.al, 2006: 707) serán ellos quienes ayuden a identificar la situación problema en la recogida de la información, serán la fuente de información del investigador, dialogarán para tomar de decisiones y serán los protagonistas en los procesos de reflexión y acción, así como en la elaboración del informe final. En cuanto a los procedimientos, se comparten discusiones focalizadas, observaciones participantes, foros, talleres, mesas de discusión, entre otros. (Colmenares, 2012) y la gama de técnicas que pueden usarse son entre otros: mapas conceptuales, análisis de redes, diagramas causa-efecto, etc.

– *Desarrollo de Estrategias y Soluciones de manera consensuada:*

Una vez que se identifican los problemas, se desarrollan estrategias y soluciones en colaboración. Esto implica la generación de ideas, la evaluación de enfoques y la búsqueda de soluciones innovadoras que aborden los desafíos identificados.

– *Implementación y Monitoreo:*

Después de definir las estrategias, se procede a la implementación de las políticas sociales emergentes y generadas a partir de los intercambios de experiencias y buenas prácticas desarrolladas en los espacios de reflexión. Durante este proceso, se monitorea continuamente el progreso y se realizan ajustes según sea necesario para garantizar que se cumplan los objetivos establecidos. Es un momento en el que se deben tomar decisiones para observar si existe la necesidad de redefinir el problema o generar nuevas hipótesis. Se mantiene el feedback con los agentes participantes en el proceso y se evalúan los resultados. En este sentido los cambios no sólo pueden observarse de manera inmediata a partir de indicadores tangibles y medibles, los cambios se pueden entender como procesos graduales y lentos más difíciles de medir pero muy valiosos pues se manifiestan en los comportamientos y pensamientos de los actores participantes (Karlsen y Larrea, 2015). Así pues, sea mediante los sistemas ortodoxos en las ciencias sociales o simplemente estimando la efectividad de la acción en cuanto a los cambios logrados se elaborará un informe final que recoja los resultados observados, por ejemplo, en cuanto al desarrollo de nuevas actitudes, o la redefinición de los valores y objetivos del grupo (Guzman et. al, 1994).

– *Evaluación y Aprendizaje Continuo sobre la práctica:*

La evaluación es una parte integral de la co-construcción de políticas sociales. Se evalúan los resultados y el impacto de las políticas implementadas, y los hallazgos se utilizan para el aprendizaje continuo y la mejora de las futuras intervenciones. La retroalimentación entre los actores participantes de los resultados conduce a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción. Los participantes al colaborar en el proceso aprenden a reflexionar *en* y *sobre* la acción (Schon, 1983 citado por Karlsen y Larrea, 2015:89) y de esta manera este proceso continúa de forma espiral hasta que termina. Esta retroalimentación informa la toma de decisiones y la adaptación de políticas en tiempo real.

4 Resultados y conclusiones

Beneficio de esta metodología para los Policy Makers, entre otras es la posibilidad de tener acceso a conocimiento empírico les proporciona información accesible y relevante sobre la efectividad de las políticas sociales. Esto les permite tomar decisiones más informadas y basadas en evidencia. La colaboración y el enfoque en resultados aumentan la legitimidad de las políticas sociales. Cuando las políticas se desarrollan en colaboración con las partes.

interesadas, es más probable que cuenten con el apoyo público y sean percibidas como justas y equitativas.

Además, la generación de conocimiento empírico permite identificar enfoques y estrategias más eficientes y efectivos. Esto puede llevar a una asignación más eficaz de recursos y a la obtención de mejores resultados en la implementación de políticas.

La flexibilidad inherente a la gobernanza colaborativa a partir de las metodologías IAP, permite a los policy makers adaptarse rápidamente a cambios inesperados y crisis sociales. Pueden tomar decisiones informadas en tiempo real en función de la retroalimentación y el conocimiento generado.

A pesar de los numerosos beneficios de los modelos de gobernanza colaborativa, también existen desafíos y consideraciones importantes que deben abordarse o tener en cuenta que, en algunas colaboraciones, puede haber un desequilibrio de poder entre las administraciones públicas y el Tercer Sector. Esto puede dificultar la participación equitativa y la toma de decisiones justas. La resistencia al cambio que algunos agentes y organizaciones pueden resistirse a la colaboración y a los cambios en las políticas existentes. Superar esta resistencia puede ser un desafío importante

Requiere además de una buena coordinación y comunicación efectiva entre las partes involucradas para garantizar el éxito de la colaboración. La falta de comunicación puede dar lugar a malentendidos y conflictos. Por ello, la sistematización y la facilitación que proporciona la Universidad es clave a la hora de articular el proceso colaborativo de co-creación de conocimiento.

Además, la implementación de modelos de gobernanza colaborativa a menudo requiere recursos financieros y humanos. Puede ser un desafío garantizar la disponibilidad de estos recursos.

A partir de la acción reflexionada, compartida y modelizada se pretende conseguir políticas ajustadas a la realidad y contextualizadas en el territorio que garanticen la mejora en la calidad de vida de la sociedad. Esta metodología de trabajo de co-construcción supone una innovación social en el ámbito de los servicios sociales.

Los modelos de gobernanza colaborativa entre las administraciones públicas y el Tercer Sector desempeñan un papel crucial en el diseño y la participación en la co-construcción de políticas sociales. Estos modelos se basan en la participación activa y equitativa, la transparencia, la construcción de consenso y la adaptabilidad. Además, generan conocimiento empírico de la realidad que beneficia a los policy makers al proporcionarles información accesible y relevante, aumentar la legitimidad de las políticas, mejorar la eficiencia y la efectividad, y permitir la adaptación a cambios y crisis. A pesar de los desafíos, la colaboración entre las administraciones públicas y el Tercer Sector sigue siendo esencial para abordar los desafíos sociales de manera efectiva y justa.

La Gobernanza Colaborativa emerge como una alternativa promisoriosa para la formulación y gestión de políticas públicas. El programa "Etorkizuna Eraikiz" de la Diputación Foral de Gipuzkoa ilustra cómo este enfoque puede ser implementado exitosamente, al facilitar la colaboración entre diferentes actores y al priorizar la deliberación y el consenso en la toma de decisiones. Esta experiencia demuestra que la Gobernanza Colaborativa tiene el potencial de generar soluciones más efectivas y equitativas, al abordar los desafíos actuales de manera participativa y colaborativa.

Referencias bibliográficas

Cifuentes, R. (2011). Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires. Argentina: Noveduc

Colmenares, A.M. (2012) Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción en Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación, Vol. 3, No. 1, 102-115 ISSN: 2215-842 en [file:///C:/Users/msegu/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/msegu/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20(1).pdf)

Fals Borda, Orlando (1999) Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación Acción Participativa) en Análisis Político No. 38, septiembre/diciembre de 1999, (pp. 71-88.) en http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301500/301500_2015_Periodo_I/Curso_Intervencion_psicosocial_en_la_comunidad_Periodo_I_2015_/UNIDAD_II/Or_genes_universales_y_retos_actuales_de_la_IAP.pdf

GIDDENS, A. (1984). The constitution of society. Oxford, Polity Press

Guzmán, G., A. Alonso, Y. Pouliquen y E. Sevilla (1994), Las metodologías participativas de investigación: el aporte al desarrollo local endógeno, Instituto de Sociología y Estudios Campesinos, ETSIAM, Córdoba.

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista, P. (2006) Metodología de la investigación. (4ª edición). McGraw Hill./Interamericana.Madrid.

Karlsen, J y Larrea, M. (2015) Desarrollo territorial e investigación acción. Publicaciones Deusto. Donostia

Kemmis, S. (1988). El currículum: va más allá de la teoría de la reproducción. Madrid: Morata

León, o. y Montero, I. (2003) Métodos de investigación en psicología y educación (3ª. Edición. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid.

Lewin, Kurt (1946) La investigación acción y los problemas de las minorías. Capítulo 1 (pp. 15-26) En La Investigación-acción participativa España: Editorial Popular. Recuperado de <http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/Lewin%20La%20investigacion-accion%20y%20los%20problemas%20de%20las%20minorias.pdf>

Marchioni, M. (1988). Del Sistema Educativo tradicional a la Animación Sociocultural. Lecciones de la experiencia internacional. En VARIOS AUTORES. Una Educación para el desarrollo: La Animación Sociocultural (pp. 55-62). Madrid: Fundación Banco Exterior

Martínez, M. (2009). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Ed Trillas.Mexico

Max-Neef (1993) Desarrollo a escala humana. Recuperado de https://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escal_humana.pdf

Programa Marco de Investigación e Innovación de la unión Europea (Horizonte 2020) Recuperado de <http://eshorizonte2020.cdti.es/index.asp?MP=87&MS=715&MN=1>

Programa INTERREG V-A España-Francia-Andorra (POCTEFA 2014-2020). Recuperado de <https://www.poctefa.eu/programa/que-es-poctefa/>

Sandín, M.P. (2003) Investigación cualitativa en Educación: Fundamentos y Tradiciones. Ed McGraw-Hill/Interamericana. Madrid.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Estado, organizaciones de la sociedad civil y la representación de intereses en el área de la salud: un análisis de la realidad brasileña

Ivete Simionatto, Universidad Federal de Santa Catalina (UFSC), (ivetesimionatto57@gmail.com)

Edinaura Luza, Universidad Estadual de Maringá (UEM), (edinauraluza@yahoo.com.br)

Fabiana Luiza Negri, Universidad Federal de Santa Catalina (UFSC), (fabianaluizanegri@yahoo.com.br)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El artículo¹ analiza la agenda y las propuestas de las organizaciones asociativas del área de la salud, o sea, de los representantes de los intereses empresariales y de los representantes de la clase trabajadora, su relación con el Estado y las respuestas del poder estatal a sus reivindicaciones. El período analizado comprende los gobiernos de Dilma Rousseff (2011-2016) del Partido de los Trabajadores (PT) y de Michel Temer (2016-2018) del Movimiento Democrático Brasileño (MDB). Los principales resultados muestran el crecimiento de las asociaciones del tercer sector que representan intereses privados y el favorecimiento a sus demandas por parte del Estado en detrimento de las reivindicaciones y agenda de las entidades que representan a los trabajadores, destacando así el creciente proceso de privatización de la salud en la realidad brasileña.

Palabras clave

Estado, sociedad civil, política de salud

1 Introducción

En este artículo entendemos al Estado capitalista como un Estado de clase atravesado por la lucha de clases, por distintos mecanismos de dominación, por relaciones de poder e intereses contradictorios que se manifiestan en las distintas coyunturas económico-políticas. El Estado no es, por lo tanto, el mero reflejo de estructuras económicas ya dadas, sino también de la tensa y conflictiva lucha entre clases sociales, fracciones de clase, sus articulaciones y alianzas en el bloque de poder (POULANTZAS, 1985; OSÓRIO, 2014). Si bien mantiene en su centro los límites impuestos por el proceso continuo de acumulación de capital y de su reproducción, entendemos el Estado en su sentido más amplio, como “el resultado de las relaciones orgánicas entre [...] sociedad política y 'sociedad civil' (GRAMSCI, 2002, p. 139). El primero comprende el “Estado-coerción”, formado por los aparatos de represión y violencia, mientras que el segundo está formado por los “aparatos privados de hegemonía” (APHs). Tales esferas, en su conjunto, componen el Estado Integral y permiten “[...] conservar o transformar una determinada formación económico-social, de acuerdo con los intereses de una clase social fundamental en el modo de producción capitalista” (COUTINHO, 1994, p.54). A partir de ese concepto se entiende la sociedad civil como una arena de lucha de clases, de disputa de proyectos diferenciados entre clases y fracciones de clase en los campos social, económico, político y cultural.

La participación de la sociedad civil en el área de la salud y sus expresiones en la realidad brasileña será abordada a partir de tres ejes analíticos: 1) la agenda y las principales acciones de los denominados APH - representantes de las instituciones empresariales - con énfasis en el Instituto Coalização Saúde (ICOS); 2) las

¹ La comunicación es resultado de una parte de la investigación “Estado, lucha de clases, representación de intereses y hegemonía”, concluida en 2022 y vinculada al Núcleo de Estudios e Investigaciones Estado, Sociedad Civil, Políticas Públicas y Servicio Social (NESPP) de la UFSC. Es financiada por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

propuestas defendidas en las Conferencias Nacionales de Salud; 3) la actuación del Frente Nacional contra la Privatización de la Salud (FNCPS) que agrupa a numerosos APH que representan los intereses de las clases subalternas. Evidenciar estas arenas de intereses contradictorios, de disputas por hegemonía y su relación con el Estado es el propósito de este artículo.

El Sistema de Salud Pública en Brasil es el resultado de décadas de lucha de un movimiento llamado Movimiento de Reforma Sanitaria. La Constitución Federal de 1988 instituyó el Sistema Único de Salud (SUS) y la salud es considerada "un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través del acceso equitativo a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación". Los principios del SUS incluyen: universalidad, igualdad, equidad, integralidad; entre sus principales directrices se destacan: intersectorialidad, derecho a la información, descentralización, control social, autonomía de las personas, resolutivez, base epidemiológica, complementariedad del sector privado, dando preferencia a las entidades filantrópicas y sin fines de lucro que abarcan las Organizaciones Sociales (OS), Organizaciones de la Sociedad Civil de Interés Público y Social (Oscips), Cooperativas y Asociaciones diversas. Desde fines de los años 1990 estas entidades del tercer sector crecieron considerablemente, sobretodo en el área de la salud.

El tema de la salud pública se destacó como prioridad en los programas de prácticamente todos los candidatos a la Presidencia de la República en 2014, los cuales incorporaron las demandas e intereses de las clases subalternas. Sin embargo, las estrategias de expansión del sector privado también merecieron atención, sobre todo las Asociaciones Público-Privadas (APP) y las propuestas indicadas en el llamado "Libro Blanco de Salud", elaborado por la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANAHP). La presencia de las asociaciones privadas puede ser constatada en el gran volumen de recursos financieros destinados a las campañas electorales de senadores, diputados federales y estatales y gobernadores.

Si bien la salud pública es destacada como prioridad desde el primer mandato de Dilma Rousseff (2011-2014), también se produce una expansión y fortalecimiento del sector privado. En 2011, es creada la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH), la cual pasa a administrar no sólo los hospitales universitarios sino también toda unidad hospitalaria del ámbito del SUS mediante un contrato de administración. En el segundo período (2015-2016), hay un crecimiento de los planes de salud y de los seguros privados, así como también su financiarización y expansión de la participación privatizadora en detrimento del SUS. En 2015, el Congreso Nacional modifica la ley que regula el SUS, permitiendo la participación de empresas y del capital extranjero en empresas privadas e instituciones filantrópicas en el área de la salud.

En 2016, con el proceso de *impeachment*, el gobierno de Michel Temer da inicio a un nuevo ciclo de contrarreformas a través de la reanudación del proyecto neoliberal ortodoxo de la década de 1990, defendido por fracciones de la burguesía vinculadas al gran capital internacional, a los fondos financieros que especulan con los valores de la deuda pública, a las empresas industriales europeas y norteamericanas, aseguradoras y a segmentos de capitalistas nacionales relacionados con el capital extranjero (BOITO, 2018). En este gobierno es aprobada la Enmienda Constitucional núm. 95/2016, la cual alteró la estructura del Estado brasileño con medidas que afectaron directamente las políticas y los derechos sociales mediante el congelamiento de las inversiones en el área de la salud y la reducción de numerosas acciones y servicios ofrecidos a la población por el Estado, además de ampliar la participación del capital privado e incentivar la salud privada. La enmienda fue debatida solamente en el ámbito del Ejecutivo y Legislativo, sin convocar para su debate a las instancias de la sociedad civil que representan los intereses de las clases subalternas, convocando, sin embargo, a los institutos de distintas fracciones de la burguesía, interesados en la apropiación de la riqueza y de los fondos públicos.

2 Metodología

La investigación comprende un estudio histórico-analítico realizado a través de: a) investigación teórica; b) investigación documental: documentos gubernamentales (Leyes, Decretos, Medidas Provisionales); pronunciamientos en el área de la salud; c) Mapeo de las organizaciones de la sociedad civil -representantes de los intereses privados y de los intereses de las clases subalternas -, propuestas remitidas al Estado, su contenido ideológico y político y las respuestas obtenidas.

3 Resultados

3.1 Organizaciones de la sociedad civil empresariales

Como hemos señalado, en las últimas dos décadas, a pesar de lo inscrito en la Constitución Federal de 1988, los subsidios públicos al sector privado crecieron en Brasil debido a la presión de los APH que representan los intereses empresariales. Desde 2007, se han ido creando entidades asociativas del Tercer Sector en el ámbito de la salud, que agrupan a grandes empresas de planes y seguros de salud, sectores y agentes como bancos, aseguradoras que actúan en la articulación de sus intereses económicos y financieros, ganando mayor énfasis en el gobierno de Michel Temer.

En el área hospitalaria se destaca la ANAHP, creada en 2001 y que en las elecciones de 2014 defendió una amplia agenda junto a los candidatos a la Presidencia de la República mediante propuestas contenidas en el llamado “Libro Blanco de la Salud”. Además, en 2015, se fundó el Instituto Coalização Saúde (ICOS) y, en 2016, el Instituto Brasileño de Organizaciones Sociales en Salud (IBROSS). Este último reúne instituciones filantrópicas del tercer sector sin fines de lucro, responsables de la gestión de los servicios de salud del SUS en todo el país, en alianza con las secretarías municipales y estatales de salud. El ICOS, por su parte, engloba a un grupo de empresas representativas y de gran porte, con el propósito de aglutinar y unificar diferentes grupos de interés (planes de salud, industria farmacéutica, medicina diagnóstica, hospitales privados y organizaciones sociales), en torno a la formulación de propuestas para el área de salud.

Las acciones del ICOS cobraron impulso en 2016 al recibir el apoyo de las principales autoridades de la República en el ámbito de los tres poderes para su “Propuesta para el Sistema Brasileño de Salud”; realizaron, además, seminarios en el Senado Federal con el propósito de aumentar la participación del sector privado en la gestión de la salud y reivindicar una mayor participación en la definición de normativas estatales en esta área.

El ICOS (2018) considera que, a diferencia del sistema público estatal, la experiencia de las Organizaciones Sociales de Salud (OSS) - instituciones filantrópicas sin fines de lucro del tercer sector - permite una mejor gestión de los recursos y un desempeño más satisfactorio. Asimismo, reivindica la expansión de las Asociaciones Público-Privadas (APP), mencionando poco y nada el término sociedad civil. Los intereses representados y defendidos por el empresariado ante el Estado buscan reforzar las estrategias y mecanismos de producción de una subjetividad individualista, de libre mercado, de un nuevo modelo de gobernanza a fin de ampliar y favorecer la participación de los entes privados en la definición y operacionalización de la política de salud y control del SUS.

Para el ICOS, la cobertura universal del SUS es incompatible con la realidad brasileña en comparación con los países centrales. En el supuesto de “promover la interacción y cooperación entre los sectores público y privado” mediante “un sistema para todos los bolsillos” - porque la salud, al fin y al cabo, “es un buen negocio donde todos ganan” (ICOS, 2018, p. 8) - se propaga la idea de que el pago por los servicios asistenciales permitiría

atender más satisfactoriamente las necesidades de personas y empresas. Este proyecto político e ideológico es difundido por una red articulada que llega a todas las regiones brasileñas a través de congresos, seminarios, foros, talleres, involucrando una amplia participación del sector médico y otras instituciones de la sociedad civil vinculadas a la esfera privada. Tales estrategias inciden directamente en la formación de un sentido común y una cultura de persuasión respecto a la figura del “ciudadano-consumidor” en detrimento del ciudadano con derechos.

La actuación de este grupo junto al Estado busca fortalecerse como representante del conjunto de la sociedad en la creación de un “nuevo sistema nacional de salud” con fines visiblemente comerciales, poniendo así en evidencia el protagonismo y el servicio que prestan a los intereses empresariales en la arena política de la salud en detrimento de los intereses de las clases subalternas.

3.2 Organizaciones de la sociedad civil e intereses de la clase trabajadora

Si la sociedad civil es un espacio de lucha de clases, en ella también se sitúan las asociaciones que representan los intereses y demandas de la clase obrera. En el área de la salud, la Constitución Federal de 1988 y leyes complementarias instituyeron la participación comunitaria en la gestión del SUS a través de Conferencias y Consejos de Salud como instancias colegiadas, o sea, espacios de participación de la sociedad civil en las deliberaciones sobre políticas de salud.

Las Conferencias y Consejos están compuestos por el gobierno y por la sociedad civil a través de diferentes asociaciones que representan tanto al sector privado como a la clase trabajadora. Presentes en la mayoría de los municipios brasileños, articulados desde el nivel federal, representan un logro importante del punto de vista de la construcción de una institucionalidad democrática, en la ampliación del diálogo entre gobierno y sociedad por medio de canales públicos y plurales como condición para una asignación más justa y eficiente de los recursos públicos. Convocados por el gobierno (sociedad política), las Conferencias y Consejos no solo representan diferentes intereses, sino, además, constituyen un escenario de enfrentamientos, negociaciones, pactos, correlación de fuerzas y disputa por la hegemonía en el ámbito de la sociedad civil. En su programa de gobierno de 2014, Dilma Rousseff se comprometió a fortalecer estos espacios de participación y tomar medidas para “profundizar la democracia”, con énfasis en el Sistema Nacional de Participación Popular.

En el primer mandato de Rousseff, tuvo lugar la 14ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en 2011, cuando el movimiento de salud lanzó la Agenda Estratégica de Salud en Brasil, con cinco líneas de acción: salud, medio ambiente, crecimiento económico y desarrollo social; garantía y acceso a servicios de salud de calidad; inversiones, institucionalización y gestión de los servicios de salud; complejo económico e industrial de la salud (ABRASCO, 2011). En 2012, por iniciativa de numerosas organizaciones de la sociedad civil, se creó el movimiento “Saúde +10” con el objetivo de proponer un Proyecto de Ley de Iniciativa Popular que garantizase la transferencia efectiva y total del 10% de los ingresos brutos actuales de la Unión a la salud pública brasileña, sin embargo, la propuesta no fue aprobada en el parlamento (REIS; PAIM, 2018).

A fines de 2015, se realizó la 15ª Conferencia Nacional de Salud (CNS) bajo el tema: “Salud pública de calidad para el buen cuidado de las personas: el derecho del pueblo brasileño”. El tema propuesto se centró en la defensa de la salud pública como un derecho de ciudadanía, frente a la mercantilización y privatización; salud pública de calidad, con el objetivo de superar las desigualdades entre diferentes poblaciones y regiones; organización y humanización de los servicios de salud para atender las necesidades de los usuarios; ampliación del acceso; valorización del trabajo multidisciplinario e interdisciplinario; reafirmación de la salud como derecho fundamental del pueblo brasileño, pilar estructurante de la ciudadanía y del desarrollo de la nación.

Uno de los principales desafíos pasó a ser la necesidad de acercar la agenda reivindicativa de la sociedad a la de los gobiernos electos, ya que un entorno político-social atravesado por una crisis económica y política favorecía las propuestas conservadoras y antidemocráticas que ponían en peligro los pilares del Estado de derecho y los avances políticos y sociales de las últimas décadas. Las instituciones representativas de la clase trabajadora señalaron que el momento requería del compromiso efectivo del Estado, de los gobiernos y de la sociedad en la defensa de la democracia y de la ciudadanía (CNS, 2015).

Otros importantes movimientos de la sociedad civil se destacaron en la contraposición a la agenda gubernamental privatizadora y en defensa del SUS y de la salud como política de Estado, sobre todo el Frente Nacional contra la Privatización de la Salud (FNCPS). Creado en 2010, juntamente con los Foros de Salud, movimientos sociales y otras entidades, el Frente realizó actos, manifestaciones y movilizaciones junto a parlamentarios en contra de las medidas privatizadoras, en defensa del SUS universal, reafirmando la necesidad de ampliación y fortalecimiento del sector estatal en los niveles federal, estadual y municipal y la reorientación de fondos públicos para el financiamiento exclusivo de la red pública.

Estudios realizados (BRAVO, MENEZES, 2014; LUZA, 2018) muestran que la FNCPS ha utilizado diversas estrategias de lucha con miras a incluir las demandas de la clase trabajadora en la agenda del Estado. En el área socio-jurídica se hizo énfasis en: acciones civiles públicas; acciones directas de inconstitucionalidad contra leyes municipales y estatales que favorecen los procesos de privatización y su implementación; acciones junto al Ministerio Público Estadual y Federal, Tribunal de Cuentas del Estado (TCE) y Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU). En el ámbito parlamentario, cobraron protagonismo la articulación y presión en el Congreso Nacional y movilizaciones en ayuntamientos y asambleas legislativas con ocasión de la votación de proyectos tendientes a la privatización de la salud.

En cuanto a la formación, cabe destacar la realización de cursos de actualización y debates, como también el fomento a la investigación y actividades de extensión en el área de la salud pública con la participación de las universidades. Se han utilizado diversos medios de comunicación como periódicos, blogs y redes sociales para difundir propuestas y acciones dirigidas a diversas entidades asociativas, partidos políticos y sindicatos, buscando fortalecer una perspectiva práctico-política colectiva que incluya los intereses de las clases subalternas.

4 Conclusiones

El estudio de las principales organizaciones de la sociedad civil en el área de la salud, sus intereses y demandas remitidas al Estado y las respuestas obtenidas permitieron identificar, en el período analizado, el crecimiento de las organizaciones empresariales, el fortalecimiento de su hegemonía y el apoyo del poder público a sus reivindicaciones. Hay un claro favorecimiento del Estado a las demandas de los APH de carácter privatista, que capturan los fondos públicos en detrimento de las demandas enviadas por los APH de las clases subalternas. Además, estas últimas no cuentan con estructuras organizativas de las mismas dimensiones que las del sector privado, lo que aumenta la desigualdad de condiciones en el acceso a la esfera estatal. Además, el Estado ha pasado a incorporar los intereses provenientes de las clases subalterna de manera cada vez más selectiva y ultra focalizada, con el fin de asegurar la reproducción del capital y garantizar sus intereses. Se concluye que, durante el período investigado, hubo un creciente proceso de privatización en el área de la salud, el debilitamiento del sector público estatal y la expansión de la apropiación privada de los mecanismos estatales de gestión y control de la salud por parte de las organizaciones empresariales.

Referencias bibliográficas

- ABRASCO. Pela garantia ao direito universal à saúde, 2011. Disponível em https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/06/DIGITALemA4_03jun19.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2019.
- BOITO, A. A. Crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. *Crítica Marxista*. São Paulo, v. 42, p. 155-162, 2018.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. As lutas pela saúde e os desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, maio de 2015. Disponível em: [05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf](#) (saude.gov.br). Acesso em: 25 mar. 2020.
- COUTINHO, C. N. *Marxismo e Política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez, 1994.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, v. 2, 2002.
- INSTITUTO COALISÃO SAÚDE (ICOS). *Coalizão Saúde Brasil: Uma agenda para transformar o sistema de saúde, 2017*. Disponível em <http://icos.org.br/resumo-executivo-2017-2/>. Acesso: 16 nov. 2021.
- INSTITUTO COALISÃO SAÚDE (ICOS). *Brasil 2018: Caderno de Propostas*. Disponível em: [Studio Report](#) (icos.org.br). Acesso: 15 set. 2021.
- LUZA, E. *Lutas sociais frente às contrarreformas na política de saúde: uma análise a partir do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2018.
- OSÓRIO, J. *O Estado no centro da mundialização. A sociedade civil e o tema do poder*. São Paulo: Outras Expressões, 2014.
- POULANTZAS, N. *O estado, o poder, o socialismo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- REIS, R., PAIM, J. SILVA. *A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016), 2018*. Disponível em [Artigo Jairnilson Paim. 2018.pdf](#) (ufba.br). Acesso em 20 jan. 2021.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El ecosistema como respuesta sistémica a los retos de la gobernanza del bienestar: una aproximación desde la experiencia de Gipuzkoa

Anton Elozegi Villanue, Universidad de Deusto (elosegi.anton@deusto.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Los sistemas de bienestar social complejos se caracterizan por un gran número de actores que interactúan entre sí para así poder dar solución a una problemática determinada. En la actualidad, los ecosistemas de cuidados han surgido como un nuevo modelo de gobernanza que reconoce esta complejidad y busca hacer frente a las nuevas necesidades desde una comprensión holística de los actores, recursos y contextos existentes. Esto así, esta ponencia pone en relieve la oportunidad que ofrece el concepto de ecosistema para el diseño e implementación de las políticas sociales. Tomando esto como punto de partida, la siguiente ponencia pretende responder a la manera en la que los ecosistemas de cuidados se constituyen como un modelo de gobernanza del bienestar. Para ello se ha tomado como estudio de caso la experiencia ecosistémica desarrollada por la Diputación Foral de Gipuzkoa, Zaintza HerriLab, en colaboración con los distintos municipios y agentes del territorio.

Palabras clave

Cuidados, gobernanza, welfare mix, ecosistema

1 Introducción

Los sistemas de protección social complejos se caracterizan por tener un gran número de desafíos que son difíciles de identificar y separar de sus efectos. Esto implica que el intento de solucionar una deficiencia determinada puede incidir, positiva o negativamente, en otra. Cuando se realizan intervenciones en estos sistemas, es necesario identificar, involucrar y satisfacer las necesidades y realidades de las diferentes y múltiples partes interesadas/actores o *stakeholders*. Las innovaciones realizadas en materia de gobernanza desde la perspectiva ecosistémica necesitan crear nuevo valor; entendiendo lo complejo que es para el sistema adaptarse y evolucionar respondiendo a las necesidades directas e indirectas, las interacciones entre todos los stakeholders, los diferentes objetivos que tienen, las diversidades de recursos que utilizan, los resultados y las prioridades que presentan y el valor que ellos poseen.

Los ecosistemas de cuidados han sido propuestos como una nueva manera en la organización de la gobernanza de los actores que componen el welfare mix. Cuando hablamos sobre el welfare mix estamos haciendo referencia a una manera de organizar las esferas que dotan de bienestar para articularlas bajo premisas innovadoras que puedan responder a las necesidades contextuales. Ante todo, estamos hablando de la capacidad de apertura de un nuevo paradigma sobre el cual cimentar las nuevas políticas sociales que respondan a las necesidades actuales. Dicho de otra manera, el welfare mix surge como respuesta a la crisis del modelo corporativo del Estado de bienestar, cimentando en relaciones más complejas y diversas entre los

actores, naciendo así nuevas estrategias público-privadas que dotan de capacidad sistémica al propio sistema. En este sentido, los ecosistemas de cuidados abren un nuevo espacio a la hora de organizar el cuidado mediante la participación de diversos actores que inciden de manera diferente en las esferas del bienestar. El concepto de ecosistema indica la necesidad de plantear su estudio mediante una perspectiva sistémica sobre las diferentes esferas y actores para así poder comprender de manera holística su funcionamiento y la manera en la que el cuidado es ofrecido. El ecosistema es un concepto comúnmente utilizado y popularizado en la actualidad, pero muchas veces sin prestar atención en la oportunidad que ofrece este concepto para ahondar y mejorar el entendimiento de los sistemas de protección social complejos, así buscando nuevas posibilidades y oportunidades y diseño de mejores estrategias, intervenciones y soluciones a los problemas dados.

Antes de proseguir cabe destacar que este texto es preliminar, con el objetivo de que sirva como guía para la exposición de la investigación que está llevándose a cabo sobre la experiencia del Proyecto Zaintza HerriLab - un proyecto mediante el cual se apuesta por la generación de ecosistemas de cuidados a nivel local y en directa relación con los actores del welfare mix en Gipuzkoa.

1.1 Tendencias en la innovación en materia de gobernanza del bienestar

La composición y forma de la gobernanza del bienestar ha sufrido grandes transformaciones desde el establecimiento de las democracias modernas en Europa. En la actualidad, el welfare mix ha perdido su forma triangular -(i)el estado-administración, (ii)la sociedad civil, (iii)el mercado- y ha comenzado a presentar una organización más orgánica. Con la explosión de la crisis del 2008, y el comienzo de la edad de bronce de los Estados de bienestar, la gobernanza del bienestar ha seguido basada en esa relación corporativista entre Estado y mercado. Junto a esto, el resurgimiento de la esfera comunitaria también ha marcado un nuevo marco determinado por el cambio de las relaciones sociedad civil-administración en las sociedades postmodernas. La ciudadanía ha pasado de ser un objeto de las políticas, a ser un sujeto más en su definición e implementación, buscando objetivos que se amolden a su ser. En este punto de complejidad, es necesario que los individuos pasen a ser sujetos y protagonistas en la búsqueda de un modelo, sin fractura legislativa y competencial como el que presentan hoy día algunos sistemas de bienestar. En esta fractura que presenta el modelo de bienestar actual, el tercer sector social puede posicionarse como eje vertebrador entre los diversos sistemas. Pestoff (2014) menciona así la potencialidad del tercer sector social para desempeñar un papel central en la innovación del sector público, mejorando, facilitando e incluso promoviendo una mayor participación de la ciudadanía en la provisión y gobernanza de los servicios públicos mediante la participación ciudadana. De esta manera, son dos más los actores que participan en el ofrecimiento del bienestar (iv) la comunidad y (v) el tercer sector social.

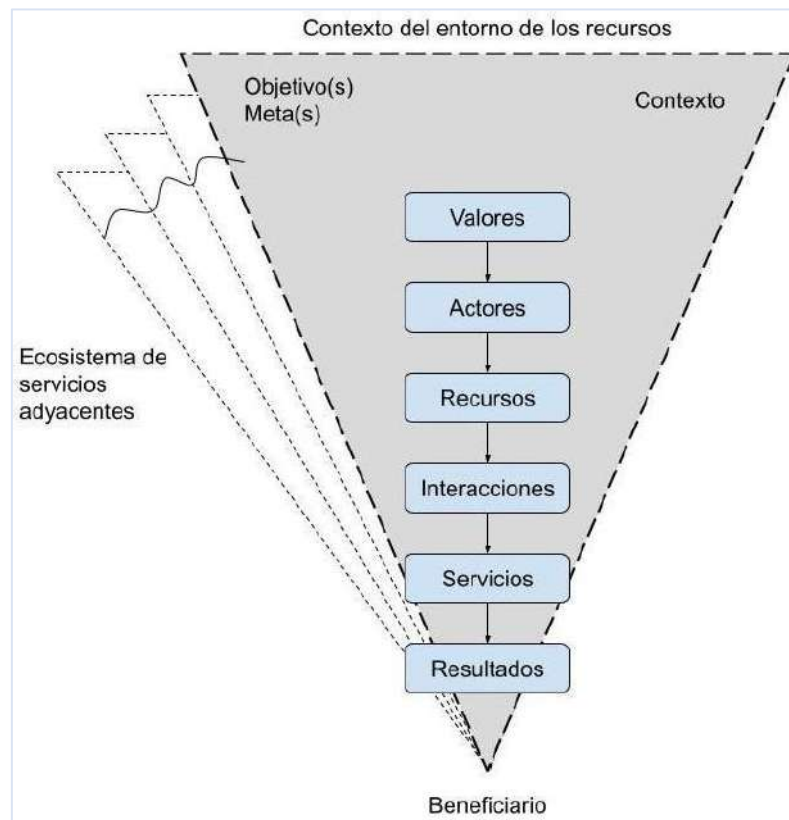
El aumento de actores que participan en el welfare mix incorpora mayor complejidad a la hora de establecer un modelo de gobernanza del sistema. Parte de esta complejidad ha sido resuelta mediante fórmulas que han llevado a los Estados y a las administraciones públicas a perder centralidad, fomentando una gobernanza del bienestar más local, horizontal y participativa. No obstante, la pérdida de centralidad no significa una pérdida de referencialidad, ya que estos dos - Estado/Administración Pública- siguen siendo los actores principales del sistema. Siguiendo a Oosterlynck *et al.* (2013), la gestión de la complejidad es una de las características que determina las nuevas fórmulas de gobernanza de cualquier sistema. En este contexto, el gobierno debe de adoptar un nuevo rol que transcurra desde del gobierno a la gobernanza y, para ello, la incorporación de conceptos como glocalización, subsidiariedad y coproducción son de vital importancia (Oosterlynck *et al.* 2016; Del Pino y Hernández-Moreno, 2020). Los cambios en la gobernanza multinivel del bienestar responden a nuevas tendencias que, tal y como indica Kazepov (2010), están profundamente arraigadas a los entornos

institucionales en donde los diferentes niveles influyen – a través de restricciones y oportunidades específicas del contexto- en sentido y la orientación del cambio (en la tabla nº 1: valores y contexto). Siguiendo a Verschuere, Brandsen y Pestoff, (2012), la importancia que adopta la coproducción en el nuevo sistema de co-gobernanza dentro de las políticas sociales es fundamental, brindando la posibilidad de participar de manera más activa a la ciudadanía en el diseño e implementación de las políticas. En este contexto, una de las razones por la que los ecosistemas adoptan tal importancia es debido a su carácter sistémico, una característica que dota de capacidad de relación a los diversos sistemas y actores de protección para así poder dar respuesta a los nuevos retos de la gobernanza del bienestar (Pestoff, 2014). Junto a esto, el marco de cercanía creado mediante la localización de los procesos responde a la tendencia de reescalamiento -rescaling- de la política social (Kazepov, 2010; del Pino y Hernández-Moreno, 2020). Todo ello en un contexto de crisis de los cuidados, en donde la necesidad de incorporar la perspectiva del cuidado -o del social care- (Daly y Lewis, 2000) en las políticas sociales adopta vital importancia.

1.2 Los ecosistemas de cuidados locales en Gipuzkoa.

Los ecosistemas locales de cuidados nacen del impulso realizado por la Diputación Foral de Gipuzkoa, en materia de cuidados, mediante el proyecto Zaintza HerriLab. Este proyecto está destinado a mejorar la atención y el cuidado de las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia que residen en sus municipios mediante la articulación de los diferentes actores que conforman el ecosistema. El desarrollo de los ecosistemas responde a la discrecionalidad de cada uno de los municipios a la hora de realizar un diagnóstico sobre las principales necesidades existentes y las acciones que deben de llevarse a cabo, a nivel local, para hacerles frente. Esto determina un marco/plan de intervención concreto que responderá a las necesidades del municipio, por lo que se aleja de los marcos rígidos preestablecidos. Entre los objetivos de este proyecto se encuentra el desarrollo de capacidades locales que doten al entorno más cercano de las y los usuarios de herramientas necesarias para la atención a las personas en situación de fragilidad. Por otro lado, el concepto de ecosistema adopta importancia como una oportunidad para comprender la manera en la que las relaciones entre los actores son dadas. El ecosistema está compuesto por valores, actores, recursos, las interacciones entre estos dos, los servicios ofrecidos y por los resultados que impactarán en el usuario. A su vez, todo esto está contextualizado en un espacio físico determinado, siendo el espacio local donde se centraliza todo esto (Lawer, 2017).

Figura nº1: Ecosistemas de Lawer (2017)



Elaboración propia.

Basándonos en esta experiencia y tomando las aportaciones realizadas por Dessers y Mohr (2018), los ecosistemas locales de cuidados podrían definirse de la siguiente manera: sistemas abiertos compuestos por múltiples actores que interactúan entre sí y entre los recursos para así poder proveer de servicios en un contexto particular a un determinado grupo destinatario. A su vez, los ecosistemas establecen un modelo de gobernanza desde donde se pone en interacción, de manera co-producida, a diferentes actores públicos y privados centralizados desde la administración pública. Dado que los ecosistemas ya existen, el diseño consistirá en crear una infraestructura sociotécnica que permita a los agentes crear más fácilmente innovaciones en la prestación colaborativa de asistencia. Si definimos el diseño como la creación intencionada de un futuro deseado, el diseño de ecosistemas implicaría que los actores creasen conjuntamente un propósito compartido a través de nuevas constelaciones y formas de trabajar entre los actores del ecosistema, mejorando así la viabilidad de todo el sistema.

1.3 Actores y recursos del ecosistema de cuidados

A la hora de establecer un ecosistema local de cuidados, es necesario identificar los actores y los recursos existentes en el espacio. Los actores son los individuos y grupos que prestan u obtienen servicios en el ecosistema. Pueden ser participantes directos, ya sean actores beneficiarios o proveedores de servicios. A su vez pueden participar indirectamente o influir en la prestación de servicios: líderes de opinión clave, think tanks, responsables políticos gubernamentales, etc. Un actor es al mismo tiempo un individuo y pertenece a una población, grupo u organización. En cualquier ecosistema, existe una gran diversidad de actores con

distintos fines y no todos ellos están alineados. No obstante, es posible comprender la diversidad y la variación mediante la identificación de los distintos tipos de actores de un ecosistema, determinar sus objetivos, segmentarlos y perfilarlos, y comprender la naturaleza de sus relaciones e interacciones en el contexto definido de interés para el sistema.

Por otro lado, los recursos proporcionan los medios o la capacidad para que los actores obtengan o realicen servicios ecosistémicos. Estos pueden ser tangibles, intangibles, medioambientales o financieros. Al igual que en el caso de los actores, la diversidad y la complejidad surgen de los múltiples recursos diferentes que poseen, utilizan y tienen a su disposición y los comparten con los actores de los ecosistemas. Sin embargo, a pesar de la gran variación, y al igual que los actores, los recursos utilizados en los ecosistemas locales de cuidados pueden identificarse, perfilarse y mapearse en un análisis de los tipos de actores, sus interacciones y el patrón de resultados obtenidos. De este modo, se descubren tipos o segmentos de actores con deficiencias de recursos o lagunas en su capacidad para lograr los resultados deseados.

1.4 La interacciones y articulación entre actores y recursos

Los actores interactúan con sus propios recursos y con los de otros actores en los ecosistemas. Lo hacen al crear, obtener, decidir, preparar, compartir, aplicar e integrar recursos, directa e indirectamente al realizar u obtener un servicio. En la prestación de un servicio se producen múltiples interacciones de recursos en donde un actor puede interactuar solo con sus recursos o interactuar con otros actores. Es importante señalar que el valor sólo se materializa cuando los agentes comparten o integran sus propios recursos con los de los demás. De este modo, el valor se co-crea siempre y únicamente cuando un recurso se aplica para hacer algo o se integra con otro recurso por el mismo u otro actor. La interacción entre los actores y los recursos, en un contexto determinado, establece la manera en la que los servicios van a ser generados. A su vez, los actores pueden integrarse en la construcción de relaciones de mayor valor, en donde los objetivos este alineados y dos actores o más respondan de manera intencionada a una dificultad determinada.

A diferencia de los apartados anteriores, la manera en que los actores interactúan e integran entre sí es la apuesta de valor que ofrece este modelo de gobernanza, es por ello por lo que se pueden extraer generalizaciones, aplicable a otros contextos, sobre la manera en la que se organizan los actores para responder a las necesidades del sistema.

2 Conclusiones

Los ecosistemas de cuidado pueden ser una fórmula para la construcción de procesos de gobernanza colaborativa para hacer frente a la complejidad competencial y de actores de los sistemas de protección. Los sistemas de provisión de cuidados actuales destacan por la rigidez, pensada desde una lógica de la propia administración pública, donde la ciudadanía no se encuentra reconocida en un espacio de co-creación en las políticas públicas, no obstante, las necesidades actuales de cuidados requieren fórmulas de gestión y provisión colaborativas y participativas centradas en la persona y diseñadas entre los distintos actores implicados. Con ello se construye un modelo de cuidados cuyo resultado implica mayor conocimiento, más cercanía y, por tanto, más ciudadanía. En este sentido, Fantova (2021) destaca la necesidad de reformular la administración mediante una mayor participación ciudadana, fortaleciendo así las redes asociativas en la construcción comunitaria de los ecosistemas. Para ello, Martínez-Virto y Hermoso-Humbert (2021) mencionan la necesidad de que las estrategias colaborativas entre los diversos actores y servicios que componen los ecosistemas de cuidados pasen por el *community care*.

A su vez, otro de los aspectos a destacar es que todas estas lógicas nacen desde lo local. Partiendo de las aportaciones realizadas por Hassink y Marques (2015) en materia de *innovation policy mix*, los ecosistemas deben de estar enmarcados dentro de una lógica local y la función de los ayuntamientos es ser el eje que guíe el movimiento rotatorio de cuidados que necesitan las personas durante el continuo de cuidados de la vida. La necesidad de la configuración de las políticas sociales a los individuos *-selfs-* hace necesaria una comprensión de lo acontecido en el espacio local, es por ello por lo que los Ayuntamientos han sido propuestos como el espacio que vertebra el sistema. A su vez, dentro de la referencialidad municipal, las comarcas también entran en juego en esa lógica local de gestión del bienestar (Oosterlynck *et al.*, 2015).

Por último, el concepto de ecosistema se convierte en una oportunidad para el estudio y el diseño de la gobernanza de los sistemas de bienestar y de cuidados. Las implicaciones que trae consigo el reconocimiento de la complejidad de actores y recursos, sus interacciones y articulaciones de manera holística pueden aplicarse de forma más profunda y adecuada para comprender mejor los complejos retos de los sistemas de bienestar social, encontrar nuevas posibilidades y oportunidades; y, diseñar mejores estrategias, intervenciones y soluciones para abordarlos.

Referencias bibliográficas

- Daly, M. y Lewis, J. (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *The British journal of sociology*, 51(2), 281-298.
- Del Pino, E. y Hernández-Moreno, J. (2020), "¿Cómo y por qué cambia la gobernanza territorial del Estado de Bienestar?" En Moreno-Fuentes, Francisco Javier y del Pino, El. (Ed.), *Las transformaciones territoriales y sociales del Estado en la edad digital* (pp.157-184), Madrid: CEPC.
- Dessers, E y Mohr, B (2018), "Values and challenges in a care ecosystem design approach", *International Journal of Integrated Care*, 18(S2): A108, pp. 1-8.
- Hassink, R. y Marques, P. (2015), "The Regional Innovation Paradox Revisited" En *Routledge handbook of politics and technology*, ed. U. Hilpert, 120–31. Abingdon,UK: Routledge.
- Kazepov, Y. (2010), "Rescaling Social Policies: towards a multilevel governance in Europe", London: Ashgate.
- Lawer, C. (2017), "Design and Transform Value in Health. A Service Ecosystem Framework", Oxford: UMIO.
- Martínez-Virto, L. y Hermoso-Humbert, A. (2021), "Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad", *Revista Española De Sociología*, 30(2), a26.
- Oosterlynck S., Novy A., Kazepov Y., Verschraegen G., Saruis T., Colombo F., Cools P., Cucca R., Leubolt B., Weinzierl C. (2016), "Towards a more effective governance of socially innovative policies – First insights from the case studies", *ImPROVE Working Paper N°16/11*. Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.
- Oosterlynck, S., Kazepov, S., Novy, A., Cools, P., Barberis, E., Wukovitsch, F., Saruis, T. y Leubolt, B. (2013), "The butterfly and the elephant: local social innovation, the welfare state and new poverty dynamics", *ImPROVE Paper 13/03*, Herman Deleeck Centre for Social Policy, University of Antwerp.
- Oosterlynck, S., Kazepov, Y., Novy, A., Cools, P., Saruis, T. & Wukovitsch, F. (2015), "Local social innovation and welfare state restructuring: analysing their relationship", *Discussion Paper No. 15/15*. Poverty Reduction in Europe: Social Policy and Innovation.
- Pestoff, V. (2014), "Hybridity, Co-production, and Third Sector Social Services in Europe", *American Behavioral Scientist*, 58(11), 1412-1424.

Verschuere, B.; Brandsen T. y Pestoff, V. (2012), “Co-production: The State of the Art in Research and the Future Agenda”, *Voluntas*, n.o 23: 1083-1101.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Experiencias comunitarias de gobernanza local en contextos de vulnerabilidad. Análisis comparativo de la aplicación de metodologías participativas en dos barrios del sur de Madrid desde un enfoque intercultural y de género

Manuel Basagoiti Rodríguez, Universidad Carlos III de Madrid (mbasagoi@polsoc.uc3m.es)

Paloma Bru Martín, Universidad Carlos III de Madrid (mbru@polsoc.uc3m.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La creciente complejidad de los problemas sociales exige estrategias que incorporen todas las sensibilidades en la construcción de las respuestas políticas. Los entornos barriales más afectados por situaciones carenciales y de conflictividad social, ven cómo las intervenciones públicas sectoriales y parceladas son insuficientes para generar procesos de desarrollo. En estos entornos, se están construyendo desde hace años formas alternativas de 'hacer ciudad', a través de espacios de confluencia y gobernanza, en los que juegan un papel importante recursos técnicos, asociaciones y vecinos/as. Estos barrios están siendo muchas veces 'laboratorios de aprendizaje' de nuevas formas de democracia locales, cubriendo con ello un cierto vacío en las formas de descentralización de las políticas y su implantación en los barrios. En este texto se analizan dos experiencias, un proceso de intervención comunitaria intercultural en Villaverde y un Observatorio participativo de género en Usera, comparando los modelos de colaboración público-social en ambos contextos, el impacto de las metodologías utilizadas y los retos de este tipo de procesos.

Palabras clave

Vulnerabilidad, gobernanza, metodologías participativas, interculturalidad, género

1 Introducción

En esta comunicación esbozaremos algunas claves y resultados del análisis comparativo de dos experiencias de gobernanza local en los distritos de Usera y Villaverde de Madrid. El interés que tiene la comparación de estos dos procesos donde hemos aplicado metodologías participativas comunitarias es poder reflexionar más allá de los resultados concretos de cada uno de ellos.

Partimos de la premisa de que *la construcción comunitaria, la gobernanza y la participación ciudadana* son elementos inseparables en cualquier proceso de desarrollo comunitario. En primer lugar, la gobernanza contempla que la mejora de cualquier contexto territorial debe poner en relación con los diferentes agentes (públicos, privados y ciudadanía) que actúan y/o habitan en él. Como plantea Joan Subirats, “*el reto de los gobiernos es trasladar su modo de hacer tradicional, basado en lógicas “de arriba a abajo”, de matriz jerárquica y burocrática, a formas de gobierno en red, o de gobernanza (...) incorporando en los procesos decisionales a los actores, colectivos y personas involucradas en los mismos. Y ello debe hacerse desde la proximidad, buscando la atención a la diversidad y la capacidad de mantener la cohesión social*” (Subirats, 2010. p.187). En segundo lugar, porque la idea de *comunidad* (y por lo tanto su construcción) pone en relación dos dimensiones de la realidad, una objetiva, de las condiciones estructurales en las que vive la población, los recursos y redes relacionales existentes y los logros obtenidos colectivamente, y otra subjetiva, de las

percepciones en torno a dicha realidad, los procesos de apropiación del barrio y sus espacios y las perspectivas de futuro en relación con el propio territorio. Por último, para poder tejer todos estos elementos es necesaria la participación social y ciudadana, que involucre a todos los agentes, que promueva un conocimiento compartido del territorio y proyecte horizontes colectivos.

En esta línea, aquí presentamos dos experiencias de participación y desarrollo, una en el ámbito de la igualdad en el caso de Usera y otra, en el de la convivencia intercultural en el caso de Villaverde.

En el primer caso, el proceso surge a partir de la incorporación de una entidad local, la Asociación Proyecto San Fermín, a la gestión del Espacio de igualdad Berta Cáceres del distrito de Usera, dependiente del Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social del Ayuntamiento de Madrid. De esta colaboración tiene especial relevancia el aporte de esta ONG, arraigada en el territorio desde hace décadas, que convierte este recurso público en un auténtico servicio de proximidad, incorporando nuevas metodologías de intervención y participación comunitarias, a través de la puesta en marcha en el año 2019 de un proyecto de *Observatorio participativo de género*.

En el segundo caso, se trata de un proceso llevado a cabo en uno de los barrios del distrito de Villaverde, el de San Cristóbal de los Ángeles. En el año 2014, la colaboración entre una fundación bancaria, una ONG local (la Asociación Educación, Cultura y Solidaridad) y la Junta Municipal del distrito permite iniciar un proceso de intervención comunitaria intercultural que a día de hoy ha contribuido a la extensión de políticas distritales de desarrollo comunitario y convivencia en todos sus barrios.

Los distritos donde se desarrollan ambas experiencias forman parte de la periferia Sur de la ciudad de Madrid. Usera, con 140.808 habitantes y Villaverde con 154.466. En el caso de Usera, la experiencia afecta a sus siete barrios, mientras en Villaverde se centra en uno de ellos, San Cristóbal de los Ángeles, aunque acaba extendiéndose al resto de barrios.

En ambos distritos el porcentaje de mujeres es ligeramente mayor que el de hombres, especialmente a partir de los 50-60 años. En cuanto a la población extranjera, se encuentran entre 6 y 8 puntos por encima de la media municipal (24,8% y 21,6% respectivamente), distancia que se amplía en el caso de San Cristóbal (36,3%). Esta alta diversidad etnocultural se refleja en muchas dimensiones de la vida: extensión de un nuevo comercio multicultural, presencia creciente de hijos/as de familias migrantes, surgimiento de nuevas asociaciones, etc.

Por último, como ya adelantábamos, ambos distritos se encuentran afectados por múltiples indicadores de desventaja (en términos de oportunidades y condiciones de vida) y malestar social, lo que les atribuye la condición de territorios vulnerables (Alguacil et al, 2011). Según datos del Ayuntamiento de Madrid¹, Villaverde y Usera ocupan el segundo y tercer puesto respectivamente por distritos y San Cristóbal de los Ángeles el primero por barrios en el ranking de vulnerabilidad. Además, en ambos distritos se evidencia cómo la pandemia incidió en una profundización de estas situaciones de forma muy evidente². Más allá de las situaciones carenciales, también son territorios que tienen de gran dinamismo comunitario y asociativo.

¹ Ranking de vulnerabilidad de los distritos y barrios de Madrid (2020). <https://tinyurl.com/2lc6mqtu>

² OEISM (2020): Informe de impacto de la COVID en la periferia de Madrid: distrito de Usera. <https://tinyurl.com/2zqkc4s6> y VVAA: Informe de impacto de la COVID en el barrio de San Cristóbal de los Ángeles. <https://tinyurl.com/2flr86jz>

2 Metodología

Como ya hemos señalado, los dos procesos que aquí presentamos se basan en metodologías participativas, la Investigación-Acción Participativa (IAP) y la Intervención Comunitaria Intercultural (ICI). Ambas metodologías tienen un carácter híbrido, la IAP bebe de diferentes disciplinas como la sociología, antropología, educación popular o animación sociocultural y la metodología ICI surge del trabajo social, la antropología y el ámbito de la mediación intercultural.

En el caso del Observatorio de Género de Usera, la Investigación-Acción Participativa (I-AP) y el Aprendizaje-Servicio (A-S) son los enfoques teórico- metodológicos que lo han guiado, a través de la realización de talleres y sesiones formativas, en paralelo con el trabajo de campo para la recogida de información, análisis y diagnóstico de la realidad social del distrito en materia de igualdad de género y la realización acciones comunitarias con impacto local.

El proyecto se planteó desde su arranque como un proceso de formación-acción en técnicas cualitativas y participativas, para la construcción de una herramienta de investigación, sistematización y análisis de la realidad social de la igualdad entre mujeres y hombres en el distrito de Usera.

El proceso se ha desarrollado en torno a los siguientes ejes de actuación:

- La *construcción participada de un instrumento metodológico* que se aplica en diversos espacios de mujeres y en los barrios de Usera, para tomar el pulso a las necesidades, demandas, problemas y propuestas de las niñas, adolescentes y mujeres adultas del distrito.
- *Informes periódicos de análisis sociodemográfico con perspectiva de género y Diagnóstico Participativo* de la realidad social del distrito en materia de igualdad.
- Consolidación de un Grupo Motor formado por las profesionales del Espacio de Igualdad Berta Cáceres, profesionales, activistas y vecinas de las diferentes entidades y recursos que forman parte de la Mesa de Género del distrito.
- Aplicación y sistematización de diversas técnicas de *Investigación-Acción Participativa*, tanto con el Grupo Motor como con mujeres y hombres del distrito, de diferente sexo, edad, origen, nacionalidad y etnia.
- *Sesiones formativas* mensuales con el equipo técnico del Espacio de Igualdad Berta Cáceres y con el Grupo Motor del Observatorio.
- Desde un enfoque de *Aprendizaje Servicio*, en la Experiencia del Observatorio de Género ha colaborado también alumnado de Sociología, Antropología y Ciencias Políticas de la Universidad Carlos III de Madrid, a través de la aplicación de Técnicas Cualitativas de Observación, Entrevista y Coloquio-Audición.

Por su parte, la metodología de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) ha sido la que ha guiado el proceso comunitario de San Cristóbal de los Ángeles. Se trata de una metodología innovadora de intervención social y gestión de la diversidad social y etnocultural. Para ello, se nutre de las propuestas metodológicas de intervención comunitaria de Marco Marchioni y de mediación social intercultural de Carlos Giménez (2015). La propuesta del Proyecto ICI consiste en facilitar y apoyar la articulación de proyectos comunes en los que quepan todos los protagonistas del territorio: administraciones, recursos técnicos y ciudadanía, en torno a un mismo proceso de desarrollo social y de mejora de la convivencia local.

Esta metodología se desarrolla de forma cíclica en cuatro etapas:

- El establecimiento de relaciones y confianzas en el territorio que fomenten la implicación de todos los agentes.
- El desarrollo de un proceso de Conocimiento Compartido en base a una amplia escucha a la comunidad que dé lugar a un diagnóstico participativo consensuado por todos.
- La construcción de una Programación comunitaria intercultural que tenga un carácter estratégico y posibilitador de la mejora del territorio.
- La evaluación, como estrategia de socialización de resultados y que sienta las bases para una posible reconducción del proceso hacia futuro.

En todas las etapas, un elemento clave es el análisis de las formas de sociabilidad y el impulso de acciones estratégicas comunitarias que permitan avanzar hacia una mayor cohesión y convivencia intercultural.

Todo el proceso se facilita desde un equipo comunitario de carácter técnico y desde una estructura organizativa con diversos espacios de relación donde participa la ciudadanía, profesionales y la administración local. Estos espacios impulsan, hacen seguimiento y avalan el proceso posibilitando su sostenibilidad. Destaca en este sentido el papel del Núcleo, un espacio donde confluyen los tres perfiles de protagonistas y que es clave en la conexión del proceso y sus actuaciones a nivel de barrio con su alineamiento o plasmación con políticas públicas territorializadas.

Ambas iniciativas se dotan de instrumentos metodológicos y técnicas que promueven la toma de conciencia colectiva y la participación ciudadana. En el observatorio de género, de talleres de autoformación que facilitan un aprendizaje significativo e implicativo y de técnicas participativas de investigación (sociogramas, mapeos, coloquios, observación participante, paseos de jane³...) que permiten promover un proceso activo y constructivo de producción del conocimiento, a partir de una interpretación y análisis grupal de la realidad (Enfoque de Investigación-Acción Participativa). En el proyecto ICI de la promoción de un proceso de escucha abierta a la comunidad, a través de la aplicación de técnicas como los coloquios, los mapas de relaciones y mapas de activos o el desarrollo de acciones comunitarias en áreas estratégicas como la salud, la educación o la convivencia.

Un último elemento metodológico importante de los dos procesos que presentamos es que posibilitan un análisis (y abordaje) de la realidad a partir de temáticas como el género y la diversidad etnocultural que tienen un calado fundamental en las relaciones cotidianas en estos barrios, y el diseño de actuaciones desde perspectivas como la promoción de la igualdad y de la interculturalidad que atraviesan todos los campos de intervención, convirtiendo la acción comunitaria en una Acción Integral, Integrada e Integradora, entendiendo esta como la acción que permite conectar de forma sinérgica el abordaje de diversas necesidades a la vez (Elizalde et al, 2010), que se inscribe en una estrategia de reconstrucción comunitaria de las redes locales (Alguacil et al, 2011) y que tiene como objetivo la generación de oportunidades y de estrategias inclusivas en lo local.

³ <https://elpaseodejane.wordpress.com/>, <https://janeswalk.org/>

3 Resultados y conclusiones

Como vemos, los elementos comunes a ambos procesos son: su desarrollo en contextos de vulnerabilidad y diversidad, su vinculación a políticas públicas locales, su desarrollo a través de estrategias de gobernanza local y de la puesta en marcha de metodologías de investigación y acción participativa y el protagonismo en ambos casos de ONG de acción social con fuerte arraigo territorial.

En este apartado esbozamos algunos de los resultados más significativos en torno a estos ejes, desde un análisis comparativo de casos.

3.1 El aporte de las metodologías participativas

El Observatorio de género es una herramienta de diagnóstico, pero también es un instrumento de participación y encuentro de las mujeres del distrito de Usera. Por tanto, es una herramienta válida tanto de reflexión como de participación. Esa metodología permite desplegar en el territorio toda una serie de instrumentos y herramientas de análisis, de evaluación... que asientan una toma de conciencia sobre el hecho de lo común, lo que conecta a todas. Además, es un laboratorio de experiencias innovadoras en el territorio.

En el caso del proceso de Intervención comunitaria intercultural en Villaverde, dos importantes fortalezas metodológicas son su andamiaje cíclico y su carácter innovador al conectar participación, intervención social y mediación social intercultural. En todo este proceso, una máxima es partir de lo existente, identificar los retos comunes y generar estrategias comunitarias consensuadas donde participe toda la diversidad de agentes del territorio.

3.2 El papel de los grupos motores

Tanto en Usera como en Villaverde, un elemento clave es la creación de un grupo Motor que lidera estos procesos. En Usera, este GM está fuertemente ideologizado ya que está formado en parte por activistas del Movimiento feminista, tanto desde un perfil vecinal como profesional. Esto hace que se promueva un proceso donde las actuaciones combinan dos objetivos comunes: la promoción de la igualdad desde diversos frentes y la mejora del territorio desde esta mirada de género.

En el caso de Villaverde, no hay un único Grupo Motor. Arranca con un equipo comunitario de perfil técnico y evoluciona hacia la creación de diversos espacios de relación que impulsan las diferentes líneas de actuación consensuadas, cuya composición suele ser más mixta. Estos espacios no son espacios ideologizados sino que su objetivo es la mejora del territorio en diferentes dimensiones.

Igual que en Usera el tema del género, igualdad y territorio son los ejes articuladores, en Villaverde el eje es Convivencia intercultural y territorio.

3.3 La importancia de un tercer sector arraigado y legitimado

Más allá de las instituciones financiadoras de ambos procesos, el tercer sector tiene un protagonismo y liderazgo clave en ambos casos, por su proximidad y conocimiento del territorio y porque a través de él se vertebra la participación ciudadana.

Este tipo de procesos comunitarios tiene una manera de promover el trabajo en red entre recursos y ONG'S que permiten asentar un estilo de trabajo y una nueva forma de hacer en torno a 'lo común'.

El arraigo local de estas ONG'S es lo que las legitima y permite dar lugar a procesos más instituyentes que instituidos, permitiendo la reversión de una posible sobreinstitucionalización⁴ de estos procesos participativos. Cuando no existe este arraigo, los recursos que desarrollan estos procesos necesitan mucho tiempo para legitimarse en las redes comunitarias preexistentes.

3.4 El impacto en las políticas públicas

Los procesos que se van a analizar se han desarrollado en entornos microlocales y todos tienen como resultado la elaboración participativa y puesta en marcha de planes de acción integrales, con diferentes niveles de impacto en lo local.

En Usera son el soporte para la puesta en funcionamiento de un observatorio participativo de género en el marco del Espacio de Igualdad del distrito. La incorporación a la gestión de los espacios de igualdad, de ONG'S de fuerte arraigo local, permite la incorporación de metodologías participativas que promueven la incorporación de mujeres en situación de mayor vulnerabilidad a los procesos de participación comunitaria y le da una dimensión al trabajo por la igualdad que va más allá de la mera atención asistencial y preventiva tradicional y reforzando otra dimensión promocional y proactiva (Marchioni, 2015).

Además, la promoción de espacios de construcción de conocimiento y acción colectiva hace que el Observatorio se convierta en un eje vertebrador o nuclear del propio Espacio de Igualdad y de las dinámicas de trabajo en materia de igualdad del distrito.

De forma diferente, en Villaverde, en la medida que el proceso, que arranca en San Cristóbal en 2014, construye espacios de relación y de co-gobernanza, permite que la administración lo vaya asumiendo como propio, incorporándolo en su propio marco de políticas locales. Así, se incluye la creación de un nuevo Servicio de intervención comunitaria de carácter distrital en el marco de un nuevo Plan de convivencia y cohesión social del distrito.

Referencias bibliográficas

- Alguacil, J., Basagoiti, M., Bru, P. y Camacho, J. (2011): Experiencia y metodología para un modelo de desarrollo comunitario. Editorial Popular.
- Bustillos, G., Marfán, M. y Vargas, L. (1995): Técnicas Participativas para la Educación Popular. Editorial Popular.
- Elizalde, A., Max Neef, M. y Hopenhayn, M. (2010): Desarrollo a Escala Humana. Opciones para el futuro. UPM, Madrid.
- Giménez, C. (2010): Interculturalismo, propuesta conceptual y aplicaciones prácticas. Edita: Ikuspegi. Observatorio Vasco de Inmigración.
- Jacobs, J. (1973): Muerte y vida de las grandes ciudades. Península, Madrid.
- Marchioni, M., Giménez, G. et al (2015): Juntos por la Convivencia. Claves del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Edita Obra Social 'la Caixa'.

⁴ Sin estar en contra de la institucionalización de algunos de estos procesos, de hecho, las dos experiencias que presentamos se insertan en ese contexto, entendiéndose la 'sobreinstitucionalización' como una amenaza que pueda conllevar la pérdida de control de los mismos por parte de la ciudadanía.

Subirats, J. (2010): ¿Tenemos las políticas públicas que necesitamos? Gobernanza y factores de cambio en la política y en las políticas, en C. Fioramonti (Ed.): El estado y las políticas públicas en América Latina. (págs.163 a 189). Ed. Universitaria de La Plata.

Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS) (2009): Manual de Metodologías Participativas. URL: <https://tinyurl.com/2k6cp7ft>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Estudio de caso sobre las relaciones existentes entre los agentes sociales durante el proceso de co-creación de las políticas públicas en el marco del proyecto YouCount

Asier Zafra Elorza, Universidad de Deusto (zafra.asier@deusto.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La actual ponencia pone el foco en el procedimiento relacional entre actores sociales del territorio guipuzcoano en el marco del proyecto YouCount a la hora de definir y actualizar las políticas públicas relacionadas con el colectivo diana; las personas jóvenes migrante no acompañadas (de aquí en adelante JMNA). YouCount es un proyecto europeo que tiene como finalidad la identificación de factores de inclusión y exclusión social de la juventud europea con el fin de que ella participe y tenga poder de influencia en las políticas públicas. En el proceso que se desarrolla en la provincia de Gipuzkoa, participan diferentes agentes sociales del citado territorio; desde personal técnico de la Diputación de Gipuzkoa, pasando por personal político de diferentes instituciones, así como periodistas y miembros del Consejo de la Juventud de Euskadi, sin olvidarnos de periodistas y profesionales de las organizaciones sociales del tercer sector de acción social. Y como no, con la participación protagónica de los JMNA y el personal investigador de la Universidad de Deusto y de Orkestra-Instituto Vasco de Competitividad. Este proyecto ha tenido un proceso empírico de alrededor de 1 año y medio, donde los actores mencionados han tenido una participación concreta y en el que en dicho marco han coincidido en debates y reflexiones, donde la capacidad de influencia y estructuración de la participación son el objeto diana de esta comunicación.

Palabras clave

Relaciones, participación, agentes sociales, jóvenes migrantes, gobernanza

1 Introducción

La intencionalidad del propio proyecto en su contexto guipuzcoano data en construir un proceso abierto y colaborativo donde todas las personas que se sientan parte de la problemática en cuestión co-construyan las recomendaciones y medidas para que estos tengan su reflejo en las políticas públicas del territorio. Esta es una de las bases de la llamada “Gobernanza Colaborativa”, la cual Barandiarán et al. (2019) describen como procesos en los cuales se delibera y debate, y que, a su vez, son abiertos a la ciudadanía, con el fin de formular y/o influir en las políticas públicas. Al mismo tiempo, se enfatiza en la necesidad de creación y confluencia de espacios y actores para la co-construcción e intervención en la toma de decisiones de la ciudadanía, alegando que la actual estructura pública se encuentra desfasada y no responde a las exigencias de estos últimos. Y en esta tipología de encuentros que son redes de gobernanza, se desarrollan distintas relaciones entre actores que son de gran interés académico. Las relaciones existentes en la citada tipología de redes conllevan que haya negociaciones y niveles de participación que traen consigo la necesidad de articulación de acuerdos (Torffing & Ansell, 2017).

Al mismo tiempo, aunque es cierto que la citada gobernanza colaborativa es considerada un modelo para y por la Administración Pública, otros organismos ya agentes sociales que participan en estos procesos la hacen suya para desarrollar sus objetivos, como en el caso de la Universidad de Deusto y el Instituto Vasco de Competitividad - Orkestra, al mismo tiempo que con la Ciencia Ciudadana. En este sentido, Conejero et al. (2021) y Ansell y Gash (2008) exponen las cinco claves del citado modelo de gobernanza en su contexto funcional a las que hay que reparar; en primer lugar, el nivel de confianza entre todas las personas participantes. Seguido de ello, debe de existir un equilibrio en las relaciones de poder. A continuación, el papel que cada agente que participe en el proceso adopta. Por último, cuáles han sido los resultados. Con las citadas directrices se establecen los pilares para identificar los principales resultados de esta comunicación.

Con todo ello se hace un balance sobre el nivel de participación, el papel que cada agente ha adquirido durante el proceso empírico del proyecto y el nivel de influencia que ha tenido el mismo proyecto, es decir, los resultados que gracias a él se han podido ver reflejados y llevados a cabo por parte de las instituciones y organismos a los que pertenecen las y los actores sociales participantes, tanto en las políticas públicas como en otros altavoces sociales.

2 Metodología

En primer lugar, esta comunicación se enmarca en el proyecto YouCount (financiado por financiado por la Comisión Europea en el marco de Horizon 2020, GA n° 101005931). El objetivo principal de este es generar nuevos conocimientos e innovaciones con el fin de acrecentar las posibilidades de inclusión social de las personas jóvenes residentes en Europa. Para ello, se trabaja desde dos líneas de trabajo claves; 1) cómo transformar la realidad a través de la participación protagónica del citado colectivo, y 2) contribuir y formar los conocimientos científicos de las citadas personas jóvenes para ampliar intervenciones. Es importante resaltar que se desarrollan métodos y espacios participativos para intervenir en contextos institucionales a través del diálogo y la participación. (Butkevicienė et al., 2021; Kjellqvist et al., 2022).

A la hora de recoger la información, desde el proyecto YouCount se ha trabajado a través de la Ciencia Social Ciudadana. Esta metodología tiene como base la colaboración equitativa entre grupos de ciudadanos que comparten una preocupación social (coinvestigadores) e investigadores académicos, donde el papel de los primeros va más allá de participar en una entrevista y/o grupo de discusión, co-construyendo conjuntamente el proceso. Estos recogen datos de su realidad social y contribuyen activamente a la investigación científica (Purdam 2014; Albert et al. 2021). Concretamente, en este proceso de co-construcción participan activamente agentes sociales como profesionales del 3. sector social, periodistas, técnicos del ámbito social de la Administración Pública y formaciones políticas y sus integrantes, completando el espectro que tiene influencia en la vida de las personas jóvenes migrantes. Además, comparte infinidad de características con la gobernanza colaborativa, ya que aglutinan a diferentes sectores y personas para trabajar por un objetivo en común, saliendo de las instituciones tradicionales y dando pie a la participación igualitaria de todas las personas participantes, al mismo tiempo que tiene un gran valor académico para su puesta en práctica mediante las políticas públicas (Göbel et al, 2019). Es a través de estas bases desde donde se pone el foco para identificar los resultados, en las relaciones que surgen a la hora de la co-construcción conjunta que todas las partes realizan dentro del marco del proyecto YouCount.

Por otro lado, otra de las técnicas que se ha utilizado es la observación participante. Esta técnica de investigación, según Kawulich (2005), tiene su base en la descripción sistemática de comportamientos, situaciones y acciones que ocurren en la realidad social que se ha escogido para investigar. En muchas ocasiones, sirve como añadido para validar el estudio, ya que a través de ella se dota a la persona

investigadora de mayor y mejor comprensión de la realidad y/o problemática social en cuestión. Es así como durante las sesiones y las jornadas que han tenido lugar entre los actores, además de participar también se han observado las estructuras relacionales e implicaciones de cada uno de ellos y ellas.

A continuación, se muestra el abanico de agentes que ha participado en el proyecto YouCount:

| ENTIDAD DE PROCEDENCIA | CANTIDAD | EDAD | ORIGEN |
|--|-----------------|--------------------|--|
| Jóvenes migrantes | 23 jóvenes | Entre 18 y 32 años | Zabalduz y LoiolaEtxea |
| Personal técnico de las entidades sociales | 6 personas | - | Zabalduz y LoiolaEtxea |
| Personal investigador | 8 personas | - | UD y Orkestra |
| Personal político de la Diputación de Gipuzkoa | 1 persona | - | Diputación de Gipuzkoa |
| Personal técnico de la Diputación de Gipuzkoa | 1 persona | - | Diputación de Gipuzkoa |
| Ediles de municipios guipuzcoanos | 2 personas | - | Irún, Ordizia |
| Organización juvenil | 1 persona | - | Consejo Vasco de la Juventud |
| Medios de comunicación | 4 personas | - | Berria, Diario Vasco, Onda Cero, Radio Euskadi |

3 Resultados y conclusiones

Siguiendo los parámetros de Conejero et al. (2021) y Ansell y Gash (2008) anteriormente expuestos se valorará como se han desarrollado las relaciones existentes entre todos los agentes sociales que se han implicado y han participado en el proyecto YouCount.

En primer lugar, poniendo el foco en la variable de confianza, en general, se ha cumplido con ello. Concretamente, las personas jóvenes, al ser las que más han participado durante el proceso, se han sentido cómodas al construir un clima agradable y seguro. Esto se debe a la relación que se ha creado entre ellos y ellas, además de con las personas investigadoras, en concreto, con la persona facilitadora. Más de lo mismo ocurre con el personal de las entidades sociales, ya que han estado presentes en todas las sesiones de trabajo. Los y las periodistas participantes han demostrado que también han sentido la confianza por parte del grupo y del proyecto, tanto es así que más allá del marco de trabajo han liderado otras actividades con el colectivo. En un peldaño menor se encuentra el personal técnico y político de las instituciones. Debido a que su

participación ha sido más puntual, cuando lo han hecho se ha percibido que, en un principio se ponían en contexto y después se sentían más cómodos. Ejemplo de ello es el momento del café una vez acabada la sesión en la que participaban, ya que era el momento finaly más distendido.

En segundo lugar, en cuanto a las relaciones de poder, en general se ha sidomuy cuidadoso con este aspecto. El colectivo joven, al estar en una situación de vulnerabilidad social, podría sufrir con ello. Pero gracias a las diferentes formaciones recibidas y al buen grupo y la confianza anteriormente mencionada, se han empoderado para afrontarlo. Entre ellas han emergido figuras más predispuestas a hablar en público y a debatir, mientras que otras han preferido hacer otro tipo de trabajo sin tanta exposición, por lo que se ha habido repartición de roles. Es así como con los medios de comunicación no ha habido ningún problema en este aspecto. Sin embargo, se ha percibido cierto poder en el personal técnico, utilizandoun lenguaje más técnico y siendo el protagonista dialéctico durante los debates. Cuestión a corregir para futuras participaciones.

En tercer lugar, y una de las cuestiones más positivas del proyecto, ha sido elrol o el papel de cada agente social. Estos se han definido correctamente. Mientras que las personas jóvenes eran las protagonistas del proceso de trabajo, el personal de las entidades sociales ha sido un acompañante ideal, junto con las personas investigadoras. Los y las periodistas supieron situarse desde su espacio, y además llevaron a cabo actividades fuera del marco tradicional del proyecto. El papel del personal técnico y político estaba más centrado en la participación en debates sobreel colectivo, a lo que respondieron perfectamente.

En cuarto y último lugar, y siendo quizás la parte más importante de las claves expuestas hasta ahora, se encuentran los resultados del proyecto y su relación con los agentes sociales. A través de la participación, los debates y las reflexiones de todos ellos se han conseguido hitos para con el colectivo joven migrante. Empezando por la aparición continua en los medios de comunicación, tanto en prensa escrita como en radio, pasando por webs y blogs referentes a temáticas migratorias. Gracias al trabajo y el compromiso de las y los periodistas, selogró que las personas jóvenes tuvieran un altavoz donde expresarse. Asimismo,con la parte política (local e institucional), se llegaron a acuerdos y compromisos para establecer nuevas políticas públicas, como es el caso de implantar un padrón social siguiendo el ejemplo barcelonés. Además, las personas jóvenes expresaron sentirse agradecidos y útiles tras el conocimiento y conformación de una red de profesionales en diferentes ámbitos.

En conclusión, los agentes sociales implicados en el proyecto YouCount han tenido una participación aceptable y un compromiso adecuado para con él. Cada uno en su medida y midiendo sus posibilidades, pero todos han aportado su granito de arena para intentar que el proyecto cumpliera sus objetivos. Asimismo, es de destacar que la metodología utilizada en el proyecto (ciencia social ciudadana) y el prisma escogido para el análisis de esta comunicación (gobernanza colaborativa) tengan gran cantidad de similitudes, por lo que es valorable utilizar estos dos modelos en cuestiones que atañen a la participación ciudadana y la elaboración de políticas públicas.

Referencias bibliográficas

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), 543-571.

Barandiaran, X. & Luna, A., (2018). Building the future of public policy in the Basque Country: Etorikizuna Eraikiz, a metagovernance approach. *Cogent Social Sciences*, 4(1), pp. 1-15.

- Butkevičienė, E., Pučėtaitė, R., Budrytė, P., Vaičiūnienė, J., Norvoll, R., Canto, P., Lorenz, U., Juricek, S., Freiling, I., Matthes, J., Jørgensen, M. S., Pataki, G., Czeglédi, A., Gatti, F., Procentese, F. (2021). D1.2. Report on the conceptual, innovative, evaluation and ethical framework for youth citizen social science. DOI:10.5281/zenodo.5810259
- Conejero, E., & Cuenca, M. D. C. S. (2021). Gobernanza colaborativa y nuevos modelos de aprendizaje. In *Docencia, ciencia y humanidades: hacia una enseñanza integral en la universidad del siglo XXI* (pp. 400-417). Dykinson
- Göbel, C., Nold, C., Berditchevskaia, A., & Haklay, M. (2019). How does citizen science “do” governance? Reflections from the DITOs project. *Citizen Science: Theory and Practice*, 4(1).
- Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *FQS* 6(2), Art. 43
- Kjellqvist, T., Rodela, R., & Mutvei, A. (2022). Articulating Voices of the Young: How to bring youth into contemporary planning and governance?. In *28th Annual Conference, International Sustainable Development Research Society (ISDRS)*, Stockholm, June 14-17, 2022. (pp. 1160-1169). Södertörns högskola.
- Torring, J. y Ansell, C. (2017). Strengthening political leadership and policy innovation through the expansion of collaborative forms of governance. *Public Management Review*, 19(1), 37–54



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Cooperación público-social en la provisión de servicios de responsabilidad pública: algunos aprendizajes desde las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi

Lucía Merino Malillos, Observatorio Vasco del Tercer Sector (coordinación@3seuskadi.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Ley del Tercer Sector Social de Euskadi (2016) representa el reconocimiento del papel y aportación de las entidades sociales, y la consolidación de la larga y estrecha relación entre estas y las instituciones públicas. Este desarrollo legal ha impulsado, entre otros, el diálogo civil y un modelo mixto, de cooperación público-social, en la ejecución de políticas del ámbito de la intervención social.

A partir de una identificación y recogida de experiencias significativas de cooperación público-social en la provisión de servicios de responsabilidad pública y de colaboración en otras actividades de interés general y entrevistas en profundidad con las organizaciones sociales implicadas y con los agentes públicos responsables, se han analizado distintos elementos que permiten valorar el despliegue, desarrollo y consolidación de este modelo. La finalidad del estudio es tratar de reseñar una serie de aprendizajes que sean de utilidad para el propio modelo, las entidades sociales, las instituciones públicas y las personas destinatarias.

Palabras clave

Tercer sector social, servicios de responsabilidad pública, cooperación público-social

1 Introducción

En el año 2016 se aprobó la Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi (en adelante, LTSSE) que representa el reconocimiento normativo del papel y aportación de las entidades sociales, y la consolidación de la larga y estrecha relación entre estas y las instituciones públicas.

Este desarrollo legal ha impulsado, entre otros, el principio de diálogo civil¹, mediante el cual se reconoce el derecho de las personas destinatarias a participar en las políticas públicas que les conciernen, a través de las organizaciones que les representan, y un modelo mixto, de cooperación público-social, en la ejecución de políticas del ámbito de la intervención social. En todo caso, el modelo mixto, desborda la cooperación público-social, refiriéndose a la cooperación público-privada en general.

Esta cooperación entre administraciones públicas y Tercer Sector Social de Euskadi (en adelante TSSE) se define en términos de integralidad, abarcando tanto el diseño de las políticas públicas o la gestión de los sistemas de responsabilidad pública y espacios de interacción entre sistemas; como la provisión de servicios o la realización de determinadas funciones y tareas en estos.

¹ El artículo 7 de la LTSSE señala que el diálogo civil constituye un proceso formal de interlocución y colaboración entre el sector público y las organizaciones y redes del tercer sector social, para orientar, impulsar y evaluar las políticas sociales y otras iniciativas del sector público y del tercer sector social en el ámbito de la intervención social.

En este marco, el conjunto de instituciones públicas vascas se halla implicado en este modelo mixto y lo hace cooperando con unas entidades sociales, identificadas como tercer sector social, que son en sí mismas diversas en actividad, colectivo atendido, forma jurídica, etc. aunque todas ellas comparten identidad y características tales como ser de acción voluntaria, formar parte de la sociedad civil, carecer de ánimo de lucro o adoptar formas de funcionamiento participativas.

El estudio realiza una identificación, recogida y análisis de experiencias y prácticas significativas de cooperación público-social en actividades de responsabilidad pública en el ámbito de la intervención social² y de colaboración en otras actividades de interés general, y pretende aportar con ello elementos para conocer mejor cómo está siendo el despliegue y consolidación de este modelo.

2 Marco normativo

El marco legal de referencia lo encontramos tanto en la LTSSE ya citada, como en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (en adelante LSS) que representa el marco en el que se desenvuelve una parte sustancial de la actividad del TSSE.

La LSS señala (art. 5) que las prestaciones, servicios y equipamientos del Sistema Vasco de Servicios Sociales (en adelante, SVSS) podrán ser tanto de titularidad pública como privada concertada (modelo mixto de gestión de servicios de responsabilidad pública). Además, cuando la Ley aborda lo relativo al Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, detalla (art. 35.3) que deberá incluir una orientación sobre la participación de los sectores público y privado concertado en la prestación de servicios.

Todo ello configura el sistema, desde su propia definición, como mixto. Es decir, un modelo que se basa en la filosofía de la cooperación entre las administraciones públicas y la iniciativa privada. No obstante, cuando aborda el principio de responsabilidad pública (art. 7 letra a), acota esta iniciativa privada al señalar a la iniciativa social como una de las dos prevalentes del sistema junto a la gestión pública directa, particularmente, en la provisión de los servicios y prestaciones previstos en el Catálogo de Servicios y Prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Al mismo tiempo, se compromete (letra i) la promoción y participación en el SVSS de la iniciativa social y, de forma expresa, de aquella sin ánimo de lucro.

La LTSSE en su capítulo III recoge la cooperación en los sistemas de responsabilidad pública y en los espacios de interacción entre sistemas, indicando que la participación del TSSE en las políticas sociales, en todas sus fases incluida su ejecución, se materializará a través de la *cooperación*, señalando además que podrá darse en los siguientes aspectos: a) la gestión de sistemas de responsabilidad pública y de espacios de interacción entre sistemas; b) la provisión de servicios de responsabilidad pública o aquellos que se están progresivamente consolidando como tales; c) la realización de funciones de referencia y de coordinación de caso con carácter delegado y colaborando con la figura de referente en todas las fases del proceso de intervención social; d) el acompañamiento social a las personas y familias durante el proceso de intervención cuando la persona destinataria ha entrado en contacto primeramente con la entidad.

² La LTSSE en su artículo 4 señala que se entienden como actividades del ámbito de la intervención social las actividades desarrolladas con la finalidad de promover la inclusión social, la cooperación al desarrollo, el reconocimiento de los derechos de toda la población y su ejercicio efectivo por las personas, familias, grupos, colectivos o comunidades que afrontan situaciones de vulnerabilidad o exclusión, desprotección, discapacidad y/o dependencia. Se considerarán como tales actividades los servicios sociales, la promoción del acceso al empleo y cualquier otra actividad desarrollada con la finalidad mencionada, en los espacios de interacción entre ámbitos, políticas y sistemas como los espacios sociolaboral, sociohabitacional, socioeducativo, sociosanitario, sociojudicial, sociocultural u otros.

Además, la LTSSE también recoge en su artículo 14 que podrá darse *colaboración* en otras actividades sociales de interés general, señalando que las administraciones públicas vascas y las organizaciones del TSSE promoverán sinergias en su acción en el ámbito de la intervención social, e impulsarán conjuntamente proyectos orientados a reforzar el acceso a los derechos de los colectivos y comunidades más desfavorecidas, y el fortalecimiento de la sociedad civil organizada y de los sistemas de responsabilidad pública. A tal efecto, desarrollarán formas innovadoras en la gestión de proyectos compartidos entre sí y con otros agentes sociales, desde la fase de detección de necesidades a la evaluación, tanto si estos se desarrollan en el marco de los sistemas de responsabilidad pública, particularmente en relación con prestaciones o servicios experimentales, como fuera de ellos, para responder a las necesidades sociales y su evolución.

Además, la Estrategia de Promoción del Tercer Sector Social de Euskadi que consolida el marco normativo, marca en su objetivo número 2 el impulso de la cooperación público-social, y para ello contempla la realización de una actuación (5) para el seguimiento, impulso y valoración del despliegue del modelo mixto, y en concreto de la cooperación público-social, en el ámbito de la intervención social.

3 Metodología

Se han identificado y estudiado veinte experiencias y prácticas significativas que abarcan diferentes contingencias (exclusión, dependencia, desprotección y discapacidad), niveles institucionales (local, foral y autonómico) y territorios históricos (Bizkaia, Gipuzkoa y Araba) y en las que intervienen entidades sociales diversas en cuanto a tamaño, forma jurídica, ámbito o trayectoria.

Partiendo de la valoración que realizan los agentes implicados, el objetivo final ha sido tratar de aportar elementos para conocer mejor cómo está siendo el despliegue y consolidación de este modelo de cooperación público-social en actividades de responsabilidad pública en el ámbito de la intervención social y de colaboración en otras actividades de interés general.

Se ha utilizado para ello una *metodología cualitativa* desarrollada a través de diferentes técnicas:

- a. Trabajo de documentación a través de fuentes secundarias (rastreo web) para la identificación y selección de experiencias. Dicha búsqueda se ha realizado siguiendo unos criterios previamente establecidos que aseguraban que, aunque se trate de un muestreo intencional, éste alcanzara también un mínimo de representatividad al garantizarse que todas las realidades territoriales, administrativas y contingencias atendidas estaban incluida en la selección realizada.
- b. Entrevistas en profundidad a los agentes del TSSE y de la administración pública implicados en cada una de dichas experiencias. La muestra de agentes a entrevistar fue, por lo tanto, intencional, y las entrevistas seguían un guion semiestructurado que buscaba tanto contrastar información sobre la experiencia como, sobre todo, pulsar su valoración de la misma desde la perspectiva de la colaboración público-social, identificando elementos para su buen funcionamiento y posibles aspectos de mejora. En total se han realizado 35 entrevistas, 20 a entidades del TSSE y 15 a administraciones públicas (en algunos casos, la misma institución estaba vinculada a varias experiencias).

4 Resultados y conclusiones

A partir de las valoraciones de los agentes implicados y del análisis de cada una de las experiencias, se ha tratado de resaltar algunas cuestiones que pueden ser tenidas en cuenta como aprendizajes para seguir desplegando el modelo mixto.

1. Un modelo mutuamente favorable y que promueve el reconocimiento recíproco entre agentes. En general, ha habido una importante coincidencia por las personas informantes del sector público en señalar que a través de la cooperación público-social se ha logrado ofrecer un catálogo de servicios sociales con una amplitud, cercanía, personalización y calidad que de otro modo sería difícilmente abarcable. Desde las entidades sociales se destaca el aporte que representa en términos de reputación y confiabilidad disponer del aval institucional y se pone en valor que este marco representa una oportunidad para realizar su misión y contribuir a la transformación social. La propia conceptualización del modelo en términos de cooperación y su fundamento sobre el principio del diálogo civil en marcos formales favorecen el reconocimiento recíproco entre los agentes que participan en él. Desde el TSSE se señala la responsabilidad pública de las experiencias, la pertinencia de la supervisión que realizan las instituciones de la gestión o la necesidad de que la intervención social se realice coordinadamente y dentro del marco legal. Por su parte, desde las administraciones se pone en valor el conocimiento que las entidades tienen de la realidad social, de las situaciones y necesidades de las personas y colectivos, su vocación, flexibilidad y cercanía para tratar de atenderlas y acompañarlas.

2. Un modelo fundamental para el despliegue del Sistema Vasco de Servicios Sociales (SVSS). Se vincula el éxito en el despliegue del SVSS con el propio modelo mixto. De hecho, han sido procesos coincidentes en el tiempo. Si bien la cooperación público-social no es la única que contempla la LSS sí goza de carácter prevalente, junto con la gestión pública directa, obligatoria para algunas prestaciones. Y en este sentido, refuerza la idea de que no hubiera sido posible un SVSS en los términos actuales de extensión, alcance o diversidad de prestaciones y servicios, sostenibilidad, cercanía y calidad si no es en los términos del modelo mixto de cooperación público-privada, con prevalencia de la cooperación entre administraciones públicas y TSSE. La cartera de servicios ha sido reportada múltiples veces tanto como un avance, un factor de consolidación del modelo mixto, como de dificultad. Es decir, diferentes informantes señalaban que ha consolidado servicios, los ha dotado de recursos, les ha dado reconocimiento y ha supuesto una mejora en los derechos de las personas destinatarias, pero también se viven como un límite o dificultad las definiciones estancas de contingencias, la dificultad de dar cabida a nuevos servicios o el encaje de elementos innovadores en ciertas lógicas administrativas.

3. Un modelo que incide en la transformación natural del TSSE. El tercer sector social representa un conjunto diverso de entidades que están en permanente cambio y adaptación a la realidad del ecosistema de la intervención social que es muy dinámico y el modelo mixto ha incidido en su desarrollo. Al posible riesgo de pérdida de identidad (en términos de voluntariado, incidencia social, etc.) o de acercamiento excesivo a la lógica de la administración pública que se ha apuntado por algunas personas informantes, se contrapone por otras la potente capacidad que la cooperación público-social también ofrece a las organizaciones del TSSE para la realización de sus fines sociales en la atención de las necesidades de las personas destinatarias. En todo caso, parece que lo que se debe contemplar es una toma de consciencia responsable, tanto por parte de agentes institucionales como de las organizaciones, de que el modelo mixto es un factor que está incidiendo en los procesos naturales de transformación del sector, contribuyendo a la consolidación de marcos estables, pero incidiendo también en otros elementos.

4. *Un modelo que ofrece seguridad, pero no exime de vulnerabilidad.* El despliegue del modelo mixto, unido al de la cartera de servicios, ha representado una consolidación de la posición del TSSE en el ámbito de la intervención social. Ese avance que reconoce su papel garantiza su participación y establece esferas e instrumentos específicos para concretar esta cooperación genera seguridad porque garantiza un marco estable de financiación. Sin embargo, no logra eximir o liberar a las entidades sociales de cierta vulnerabilidad a la que se enfrentan para llevar a cabo su misión en clave de sostenibilidad económica. En relación con esta vulnerabilidad, se apuntan como cuestiones a tener en cuenta la valoración de los costes de los servicios o los plazos de abono de los pagos, que afectan especialmente a entidades con dificultades para diversificar sus fuentes financiación.

5. *Un modelo que demanda diferentes registros al TSSE.* La participación en la gestión de los sistemas de responsabilidad pública exige a las entidades el manejo de diferentes registros que se adecuen al contexto y actividad concreta que realizan. Ello implica que sean capaces de adecuar tonos, enfoques o posicionamiento con el fin de lograr sus objetivos y misión. Participar en la provisión de servicios de responsabilidad pública exige ser capaz de manejarse en espacios de decisión, hacer renunciaciones, plantear demandas, llegar a acuerdos y realizar seguimiento de los mismos. Pero, al mismo tiempo, esto exige a las organizaciones compaginar esa tarea pragmática o posibilista, con otra de carácter más crítico, afín a su identidad y posicionamiento como agente social. Para algunas de ellas, esto representa un cambio cultural en el que venía siendo su funcionamiento.

6. *Un modelo que es eficiente.* El actual nivel de despliegue del SVSS en términos de cantidad y extensión de servicios, calidad, cercanía y valoración por las personas destinatarias difícilmente sería entendible si no es de la mano de la colaboración público-social. Además, lo es, según indican los informantes, porque representa un modelo que ayuda a racionalizar el coste de las prestaciones que ofrece el sistema y lo hace, no desde la devaluación o externalización a bajo coste, sino desde una buena gestión de los recursos y de la innovación. En definitiva, se trata de un modelo de participación, pero también de gestión de los recursos públicos altamente eficiente. Esta idea es relevante desde un punto de vista social y con potencial para neutralizar algunos discursos negativos sobre el tercer sector social que, aunque minoritarios, cuestionan algunos elementos de su actividad, su gestión o su sostenibilidad.

7. *Un modelo que ofrece servicios de más calidad y atiende mejor las necesidades de las personas destinatarias.* Uno de los elementos que explica esta mayor calidad o mejor valoración por parte de las personas destinatarias de los servicios, está en las características que se reconocen como propias de las organizaciones del TSSE y que tienen que ver con su compromiso en la atención de las personas, la cercanía, flexibilidad y agilidad que muestran ante sus necesidades. El modelo mixto no solo permite ofrecer mejores servicios, también es una herramienta útil en la detección de las necesidades de las personas destinatarias. Existe un amplio acuerdo en las entrevistas realizadas al reconocer que las entidades del tercer sector social tienen, en general, una mayor capacidad que las instituciones para identificar estas necesidades. El modelo mixto, ofrece la posibilidad de poner en valor ese conocimiento en términos de provisión de servicios, es decir, incorporando a las entidades sociales en el diseño y evaluación de los mismos, además de en su prestación. Esta forma de funcionar incorpora un importante componente de innovación que permite detectarlas y además atenderlas de una forma eficiente.

Referencias bibliográficas

Decreto 185 de 2015. Cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. de 6 de octubre, de
cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. 6 de octubre de 2015. D.O.Nº 4561.

Ley 12 de 2008. De Servicios Sociales. 5 de diciembre de 2008. D.O. Nº 15726

Ley 6 de 2016. Del Tercer Sector Social de Euskadi. 12 de mayo de 2016. D.O. Nº 6085

Gobierno Vasco (2018). Estrategia de promoción del Tercer Sector Social de Euskadi. Recuperado de:

<https://www.sareensarea.eus/images/documentos/DocumentacionDeReferencia/Estrategia-de-Promocin-del-Tercer-Sector-Social-28-11-2017.pdf>

Gobierno Vasco (2018). Estrategia de promoción del Tercer Sector Social de Euskadi. Plan de legislatura 2018-2020.

Recuperado de:

https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_departamental/24_plandep_xileg/es_def/adjuntos/Estrategia%20promoci%C3%B3n%20tercer%20sector%20-%20Plan%20de%20la%20Legislatura%20CAST.pdf

Observatorio Vasco del Tercer Sector Social (2022). Libro Blanco del Tercer Sector Social de Euskadi 2020. Disponible en: https://3seuskadi.eus/wp-content/uploads/LibroBlanco_DEF_2019-2020_es-comp.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El papel del Tercer Sector de Acción Social en la provisión de servicios sociales autonómicos frente a la creciente competencia del sector mercantil

Eduardo Díaz Velázquez, Universidad de Alcalá (eduardo.diazv@uah.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Históricamente, el Tercer Sector de Acción Social (TSAS) en nuestro país ha tenido un papel protagónico, junto con las Administraciones Públicas, en la coproducción de bienestar, generándose incluso una relación de interdependencia entre ambos actores, en la que la financiación y sostenibilidad de las entidades del TSAS quedaba garantizada por la Administración en la medida en que ejercían un papel clave en la respuesta a las necesidades sociales existentes. En los últimos años, la reconfiguración del ámbito de los servicios sociales, con la creciente competencia del sector mercantil, está redefiniendo el papel del TSAS en la provisión de los servicios sociales. Mediante una metodología cualitativa basada, por un lado, en el análisis documental y normativo y, por otro, en entrevistas y grupos focales con expertos, profesionales y otros actores relevantes del TSAS y de la Administración, esta comunicación analiza la situación del Tercer Sector de Acción Social en la provisión de dichos servicios sociales en diferentes comunidades autónomas, para identificar en qué medida pueden existir diferentes modelos de cooperación y, por tanto, de provisión de los mismos. Los resultados de este análisis nos muestran que la cooperación entre el TSAS y las administraciones públicas está viendo progresivamente transformada, no sólo por la competencia del sector mercantil sino también por la penetración de la lógica mercantil en la gestión de los servicios sociales, auspiciada por la propia normativa, que ha llevado al TSAS a adoptar nuevas estrategias de supervivencia y reconocimiento histórico de su papel en el sector. Esta comunicación se enmarca en el proyecto Perspectiva Comparada del Tercer Sector de Acción Social en las Comunidades Autónomas (PECOTSAS), financiado por el Plan Estatal de Investigación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (ref CSO2017-85486-P).

Palabras clave

Tercer Sector de acción Social, estado de bienestar, comunidades autónomas, concierto social, mesas de diálogo.

1 Introducción

En paralelo al desarrollo y consolidación del Estado de Bienestar en España desde los años 80 del siglo XX, el TSAS ha sido un colaborador dependiente de las políticas sociales, adoptando un papel de proveedor de servicios bajo un marco regulador y de financiación propicio a su integración en un régimen de bienestar mixto. Éste se ha articulado a partir de un sistema descentralizado, en el que son las comunidades autónomas (en adelante, CCAA) las que cuentan con las competencias en la provisión de la educación, la salud o los servicios sociales. La descentralización del Estado de Bienestar en España ha tenido cierto impacto en la intensidad de la protección en los distintos territorios, así como en el papel que el TSAS ha tenido tanto en la provisión de bienestar a nivel local y regional como en el reequilibrio territorial. Esta realidad ha propiciado

que algunos autores sugirieran la hipótesis de que el tercer sector, al igual que el Estado de Bienestar, se ha configurado de manera relativamente independiente en cada comunidad autónoma (Aguiar y Pérez Yruela, 1995: 216; Marbán y Rodríguez Cabrero, 2013).

En el marco del proyecto Perspectiva Comparada del Tercer Sector de Acción Social en las Comunidades Autónomas (PECOTSAS), financiado por el Plan Estatal de Investigación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (ref CSO2017- 85486-P) se ha analizado si existen factores diferenciales en el desarrollo del TSAS dentro de cada región. En esta comunicación nos ocupamos en concreto de las relaciones entre el TSAS y las administraciones autonómicas en base a tres dimensiones: su presencia en la legislación sobre servicios sociales, el tipo de relación financiera predominante para la prestación de servicios y los canales que se establecen para la participación del TSAS en los asuntos públicos.

Existe una amplia literatura tanto internacional como nacional que ha analizado las relaciones entre administraciones públicas y tercer sector, sintetizada por Prieto et al. (2019), pero que, como estos autores señalan, han abordado el fenómeno fundamentalmente desde un punto de vista teórico, no tanto empírico, sobre todo a escala regional y local (Prieto et al., 2019: 69). Este trabajo presenta los resultados alcanzados en lo relativo a las relaciones entre el TSAS y la administración pública en varias CCAA españolas, siendo su objetivo principal analizar cuáles son los factores que influyen en las formas de relación que se establecen entre el TSAS y la Administración e identificar posibles diferencias entre las CCAA analizadas.

2 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación se ha utilizado una metodología cualitativa basada en 48 entrevistas en profundidad y 14 grupos focales a expertos, profesionales, voluntarios y otros actores relevantes del TSAS y de la Administración en las CCAA de Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco y Región de Murcia. La selección de las CCAA se ha realizado teniendo en cuenta criterios como el desarrollo económico, el tamaño, la estructura territorial y administrativa y el grado de implantación del TSAS en dichos territorios que, según datos de García Delgado (2005), abarcarían aproximadamente el 70% de las entidades del TSAS. Las entrevistas en profundidad se realizaron a lo largo de 2019 y los grupos focales, previstos para el primer semestre de 2020, debido a la crisis pandémica de Covid-19 finalmente se realizaron en modalidad online entre abril y mayo de 2021.

En la selección de informantes se ha tenido en cuenta su experiencia académica e investigadora en el ámbito del TSAS, en la gestión de servicios sociales autonómicos o municipales o bien en la intervención social en el TSAS.

En cuanto a los grupos focales, se han realizado dos por cada comunidad autónoma seleccionada, formados por profesionales mandos intermedios de entidades del TSAS y por voluntarios, respectivamente.

3 Resultados

Como indicábamos, analizaremos los resultados obtenidos en base a tres dimensiones: la posición del TSAS en la legislación existente sobre servicios sociales en cada comunidad, las formas de colaboración económica predominantes para la prestación de servicios y la existencia de espacios para la participación del TSAS en la toma de decisiones relacionadas con el bienestar social.

En primer lugar, el análisis de la *normativa* en relación con el TSAS toma en consideración cuatro ejes fundamentales. Dos ejes primarios, que se corresponden con la regulación de los servicios sociales y la

regulación específica del TSAS. Y dos ejes secundarios, que se corresponden con el desarrollo reglamentario en dos materias particulares: los conciertos sociales (por extensión, las formas de financiación) y las mesas de diálogo (por extensión, las formas de participación del TSAS en los órganos institucionales). Del análisis se desprende que los avances normativos en unas CCAA tienden progresivamente a ser incorporados en otras, bajo demanda del propio TSAS o por transferencia de prácticas innovadoras de unas administraciones a otras, además de ser impulsadas por la legislación estatal y, en primera instancia, por la legislación europea, la cual va marcando una tendencia (concierto social, contratación pública) que, paulatinamente y a distintos ritmos, van incorporando todas las CCAA.

En cuanto a las formas de *colaboración económica* para la prestación de servicios sociales, hemos analizado tres cuestiones: las formas de cooperación predominantes, el papel de la oferta lucrativa y la influencia de la descentralización de las subvenciones del 0,7% del IRPF. Si atendemos a las formas de colaboración financiera predominantes, en las CCAA se está avanzando hacia el concierto social para la gestión de centros y servicios, aunque sigue siendo predominante la subvención, sobre todo para financiar programas. La tendencia apunta a que el concierto social irá relegando paulatinamente a la subvención como forma de financiación principal, ya que el modelo de subvenciones no se considera adecuado para financiar prestaciones esenciales de derecho subjetivo como las que gestiona el TSAS, pero al mismo tiempo irá ganando progresivamente más peso la contratación pública en la que es hegemónica el sector mercantil, porque el TSAS no puede competir con él en precios. El peso de la oferta privada lucrativa frente al TSAS en la prestación de servicios depende, en gran medida, del tipo de servicios y el colectivo al que se le presta (siendo mayores, dependencia o infancia en los que dicho sector mercantil cuenta con más peso). Así, la penetración del sector lucrativo en un ámbito u otro depende de sus expectativas de lucro. La mayor o menor implantación del sector mercantil en las CCAA depende de la fortaleza del TSAS en la región, su organización en entidades de 2º o 3er nivel, la raigambre histórica de colaboración con la Administración o la orientación política de los gobiernos autonómicos, si bien la tendencia es que en todas las CCAA vaya creciendo la presencia de las empresas lucrativas, bajo una racionalidad mercantilizadora. Por otro lado, la descentralización de la gestión de las subvenciones del 0,7% del IRPF supone revertir la finalidad de vertebración territorial que estas subvenciones tuvieron en el pasado, dificultando la coordinación y la gestión de las entidades de segundo nivel en base a economías de escala, y renunciando a desarrollar proyectos interterritoriales de amplio alcance. Esa descentralización se ve más positivamente en las comunidades periféricas como Valencia, Andalucía o Cataluña, y más negativamente en Madrid, Murcia o Castilla y León. En el ámbito autonómico, las grandes organizaciones y las federaciones se han visto afectadas por esa modificación, perdiendo peso en la recepción de fondos frente a las entidades pequeñas y de primer nivel, que antes no podían optar al anterior sistema, generándose una mayor competencia por los recursos, pero también un incremento de la carga de trabajo (en entidades que antes recibían financiación vía federaciones, pero no gestionaban el proceso). En el caso de las administraciones autonómicas, el cambio puede interpretarse como positivo por cuanto dota a los fondos de proximidad y permite adaptarlos a sus prioridades técnicas o políticas (o, también, afianzar redes clientelares). En todo caso, su aplicación, continuista, no ha respondido a las expectativas generadas, pues no se ha distanciado tanto de la financiación anterior como para generar transformaciones significativas en los TSAS autonómicos.

Con respecto a la *participación del TSAS en los asuntos públicos*, influyen factores como la existencia o no de mesas de diálogo u otros cauces para la participación; su proceso de constitución, esto es, si fue por iniciativa de la Administración o del TSAS; la distribución geográfica del sector, como por ejemplo, en lo que concierne a la dialéctica centro-periferia; la cohesión interna del sector y su organización en torno a plataformas representativas; la existencia de organizaciones de segundo nivel (federaciones); la relevancia y naturaleza de canales informales (capital social), así como la presencia arraigada de una cultura asociativa

en las CCAA. La tendencia en todo caso es que las CCAA institucionalicen la participación del TSAS en los asuntos públicos creando mesas de diálogo u órganos equivalentes, si bien lo hacen a distintos ritmos y características, en lo que influye fundamentalmente la fuerza del TSAS en dicha comunidad y su capacidad de organización en torno a plataformas que les doten de una voz única. Sin embargo, cabe plantearse en qué medida el papel de las entidades representativas en estas mesas es la defensa de los colectivos a los que representa o bien la defensa de sus intereses corporativos, en tanto que *patronal* del sector.

4 Conclusiones

El TSAS y las AAPP desarrollan una cooperación necesaria, pero dependiente en términos económicos. En todas las CCAA se observa una creciente penetración de la lógica mercantil en la prestación de servicios sociales, si bien en cada una de ellas con diferentes ritmos e intensidades. Una racionalidad mercantilizadora que no solo se reduce a la contratación de servicios (primando el precio por encima de la calidad o de las cláusulas sociales) sino que, como criterio objetivable para la asignación de fondos o recursos, también se traslada a los conciertos y a las subvenciones, bajo lógicas de competitividad propias de la esfera del mercado y que obligan progresivamente a las entidades del TSAS a adoptar formas organizativas propias del *management* que pueden llegar a distorsionar su propia identidad. En esa tensión existente en el trinomio TSAS- AAPP-mercado, el TSAS lucha por definir su propio espacio en el campo en disputa (Bourdieu, 1997: 49) de los servicios sociales, siendo la legislación (como dispositivo performativo) uno de los marcos clave en los que opera esa lucha para que sea reconocido formalmente su papel preferencial como prestador de servicios. Ya sea dotándole de una estabilidad y seguridad económica, mediante fórmulas como la concertación; ya sea dotándole de legitimidad como interlocutor válido con la Administración, mediante las mesas de diálogo, que sirven fundamentalmente para defender sus intereses, a modo de patronal del tercer sector. En esta transformación, el TSAS corre el riesgo de perder parte de su identidad, ya sea en el plano técnico, supeditándose al modelo de intervención de la red pública; relacional, por la pérdida de los vínculos que hasta entonces sustentaban a muchas entidades, o el político, al supeditar sus fines reivindicativos o de defensa de los colectivos a los que representan, a las *cadena de hierro* (Mitchels, 1979: 155) de su dependencia financiera

Referencias bibliográficas

AGUIAR, F. & PÉREZ YRUELA, M. (1995): "Aproximación al sector voluntario andaluz en el ámbito de los servicios sociales", en SARASA Y MORENO (eds.): El estado del bienestar en la Europa del Sur. Madrid: CSIC- Politeya, 215-238.

BOURDIEU, P. (1985): "The forms of capital", en Richardson, J. G. (ed.) (1985). Handbook of theory and research for the sociology of education. Nueva York: Greenwood: 241-258.

BOURDIEU, P. (1997): Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama.

COMISIÓN EUROPEA (2010): Comunicación «La Plataforma Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social: Un marco europeo para la cohesión social y territorial» COM(2010) 758 final de 16 de diciembre de 2010, <https://goo.gl/y1ttMh>

FRESNO, JM (2021): "Concierto Social y cooperación Administraciones-Tercer Sector". VIII Congreso de la Red Española de Política Social. Bilbao, 15 y 17 de marzo de 2021.

FUNDACIÓN LUIS VIVES (2010): Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España. Madrid: FLV.

- FUNDACIÓN LUIS VIVES (2012): Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España. Madrid: FLV.
- GARCÍA DELGADO J. L. (dir.) (2005): La economía social en España. Criterios y propuestas. Madrid: Fundación ONCE.
- GUINOT, C., ARRIETA, F. & FERRÁN, A. (2021): “El 'modelo guipuzcoano' a debate: ¿Singular o Refractario?” VIII Congreso de la Red Española de Política Social. Bilbao, 15 y 17 de marzo de 2021.
- HERRERA GÓMEZ (2001): “Las políticas sociales en el Welfare mix”, REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 96, 71-94.
- IZAGUIRRE, A., SÁNCHEZ, V. & ZÚÑIGA, M. (2021): “Analizando las vías de relación entre la Administración pública y el tercer sector: Reflexiones desde el contexto gipuzkoano”. VIII Congreso de la Red Española de Política Social. Bilbao, 15 y 17 de marzo de 2021.
- IZQUIETA ETULAIN, J.L, CALLEJO GONZÁLEZ, J. J., PRIETO LOBATO, J.M & DE LA ROSA, P. (2007): “Administraciones públicas y organizaciones de voluntariado: contenido y alcance de sus interacciones”, Papers 86: 55-71
- MARBÁN, V., PÉREZ, M. & RODRÍGUEZ, G. (2020): “Current challenges and prospective analysis of the third sector of social action (TSSA) in Spain”, CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, 98, 95-126. DOI: 107203/CIRIEC- E.98.1538
- MARBÁN, V. & RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2013). “Sistemas mixtos de protección social. El tercer sector en la producción de bienestar”, Presupuesto y Gasto Público, 71, 61-82.
- MITCHELS, R. (1979). Los partidos políticos. Un estudio sociológico de las tendencias oligárquicas de la democracia moderna. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- PLATAFORMA DE ONG DE ACCIÓN SOCIAL (POAS) (2015), El Tercer Sector de Acción Social en 2015: impacto de la crisis. Madrid: POAS. PLATAFORMA DE ONG DE ACCIÓN SOCIAL (POAS) (2020): El Tercer Sector de acción Social en España 2019. Nuevos horizontes para un nuevo contexto sociopolítico. Madrid: POAS, disponible en <https://www.plataformaong.org/tercer-sector-accion-social.php>
- PRIETO LOBATO, J.; RODRÍGUEZ SUMAZA, C.; DE LA ROSA GIMENO, P. (2019). “Las relaciones entre administraciones públicas y Tercer Sector en el marco de las políticas de inclusión social en Castilla y León”. Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research, 44, 63-79.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G., FANTOVA, F., MARBÁN, V. & ZUBERO, I. (2015). Análisis prospectivo sobre los retos actuales y futuros del Tercer Sector de Acción Social. Parte II: Los retos del Tercer Sector de Acción Social. Madrid: POAS. Disponible en: http://www.plataformaong.org/ciudadaniaactiva/tercersector/analisis_prospectivo_retos_del_TSAS_parte_2.pdf
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. & MARBÁN GALLEGO, V. (2015): “Posicionamiento y relaciones entre el TSAS, el sector público y la esfera mercantil”. En RODRÍGUEZ CABRERO, G., FANTOVA, F., MARBÁN GALLEGO, V. & ZUBERO, I., Análisis prospectivo sobre los retos actuales y futuros del Tercer Sector de Acción Social. Parte II: Los retos del Tercer Sector de Acción Social. Situación actual y tendencias de futuro del TSAS en España. Madrid: POAS. Disponible en: [https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/analisis_prospectivo_r etos_del_TSAS_parte_2.pdf](https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/analisis_prospectivo_retos_del_TSAS_parte_2.pdf)
- SALINAS, F., RUBIO, M. J. & CERESO, I. (2001): La evolución del Tercer Sector hacia la Empresa Social. Madrid: Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Análisis de las organizaciones implicadas en la inserción laboral en ocho países europeos partiendo del enfoque de capacidades

María Rosa Carvajal Muñoz, Universidad de Cádiz (rosario.carvajal@uca.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En este texto se analizan las organizaciones públicas y privadas implicadas en las políticas activas de empleo de las siguientes ciudades europeas: Colonia (Alemania), Ginebra (Suiza), Karlstad (Suecia), Kielce (Polonia), Turin (Italia), Lyon (Francia), Lisboa (Portugal) y la provincia de Cádiz (España), profundizando en las organizaciones de la provincia de Cádiz. La investigación europea estudió las relaciones organizacionales utilizando la técnica de análisis de redes. En España se utilizaron 12 entrevistas en profundidad y análisis de fuentes secundarias. De los resultados destaca que una alta participación de organizaciones vinculadas a la sociedad civil, como federaciones de discapacitados, organizaciones no gubernamentales, pero también empresas de economía social. Se apuntan a que las relaciones de reciprocidad organizacional favorecen una gestión más atenta a las necesidades de los desempleados/as, frente a organizaciones más cerradas, caracterizadas por relaciones más centralizadas y escasa o nula cooperación organizacional. En líneas generales, las implicaciones de estas organizaciones expresan un nuevo modelo de gobernanza que sigue una misma tendencia en los ocho países, pero con diferencias según el contexto. Desde el enfoque de capacidad se argumenta a favor de las capacidades colectivas, propiciadas por estas organizaciones, para favorecer, a su vez, las capacidades individuales.

Palabras clave

Tipología de organizaciones, sociedad civil, modelo inclusivo de empleo, modelo cerrado de empleo, enfoque de capacidades.

1 Introducción

En las últimas décadas del siglo XX se han producido cambios muy significativos en la gestión de las políticas sociales. Desde finales de los 70 comienza a gestarse un nuevo modelo de administración de estas políticas, con una mayor participación de organizaciones de la sociedad civil.

A partir de 1975¹ se constata un acentuado incremento en el número de estas organizaciones, siendo en el ámbito educativo y formativo donde se da mayor presencia de organizaciones de la sociedad civil (Bromley, Schofer y Longhofer, 2018). Evers (1993) y Pestoff (2008) ejemplifican el modelo actual de política social en el triángulo del bienestar, situando en el centro a las organizaciones del tercer sector por su cada vez mayor protagonismo en la provisión de servicios sociales, en colaboración con el Estado, el mercado y la comunidad. Este texto analiza precisamente las organizaciones implicadas en los servicios de inserción laboral para

¹ El número de organizaciones internacionales no gubernamentales ha crecido exponencialmente a lo largo del siglo XX, en 1909 (primer año de datos sistemáticos disponibles) se contabilizaban unas 176 y en 2016 eran más de 60000 las organizaciones de este tipo (BROMLEY, SCHOFER y LONGHOFER, 2018).

desempleados/as.

En principio se parte de los trabajos de investigación realizados en Europa (Baglioni y Giugni, 2014) sobre las relaciones y la tipología de organizaciones de la sociedad civil implicadas en programas de inserción laboral en 7 ciudades europeas: Colonia (Alemania), Ginebra (Suiza), Karlstad (Suecia), Kielce (Polonia), Turin (Italia), Lyon (Francia) y Lisboa (Portugal). Se unen a estas aportaciones los resultados del análisis de las relaciones y de la tipología de organizaciones públicas y privadas que imparten acciones formativas para desempleados/as en la provincia de Cádiz (España). Estas organizaciones tienen como uno de sus objetivos principales el favorecer la inserción laboral de los colectivos más vulnerables frente al mercado de trabajo: parados de larga duración, inmigrantes, indigentes, expresidarios, enfermos mentales, y discapacitados en general. Esto lleva a enlazar con la política social y con el enfoque de capacidades. Se comprende la capacidad, desde una perspectiva individual, como un aspecto de la libertad que se da cuando los individuos disponen de las oportunidades sustantivas para llegar a ser y hacer lo que consideren importantes para sus vidas (Sen, 2010:54). En relación con las organizaciones, se destaca la relevancia de las capacidades colectivas para ampliar las capacidades individuales (Robeyns, 2005; Lyon, 2019). Evans (2002) fue uno de los primeros en subrayar que las capacidades individuales dependen de las colectivas. Aplicando el concepto al ámbito laboral, Miles (2014) enfatiza que los intereses de los trabajadores mejorarían si se promoviesen las capacidades colectivas y no meramente las individuales. Esto significaría situar al ser humano y a sus aspiraciones de reconocimiento y bienestar en el centro, en lugar de reducir a los empleados a un factor de producción acorde con las leyes de la oferta y la demanda de empleo (Lambert, Vero y Zimmermann, 2012:15). Por esto es importante ampliar las capacidades colectivas como medio eficaz de contrarrestar las fuerzas del mercado (Stewart y Deneulin 2002). Las sociedades han ido conquistando libertades mediante las reivindicaciones sociales a lo largo de la historia, y las organizaciones contribuyen a ampliar las capacidades colectivas, a la vez que éstas mejoran las capacidades de los individuos.

Respecto a los resultados de la investigación europea destacan 7 características de las relaciones organizacionales que cabe relacionarlas con las capacidades colectivas: *alcance, heterogeneidad, nuclearidad, centralización, reciprocidad, dispersión y posicionalidad* (Bassoli y Cinalli, 2014). Estas siete características permiten marcar diferencias entre dos modelos de aplicación de políticas de empleo: el inclusivo o abierto y el de exclusión o cerrado. El modelo inclusivo o abierto se da en ciudades con relaciones organizacionales coordinadas, con alta reciprocidad y nuclearidad entre organizaciones. El modelo exclusivo o cerrado coincide con la presencia de un número alto y heterogéneo de organizaciones, con escasa o nula cooperación entre ellas y altamente centralizadas bajo mecanismos de control de arriba abajo. Las ciudades con relaciones organizacionales más interconectadas, propias del modelo de empleo inclusivo, favorecen la adopción de posicionamientos más receptivos a los requerimientos de los colectivos desempleados, situándose en este modelo las ciudades de Suiza, Suecia y Francia (Bassoli y Cinalli, 2014:110). Se establecerán diferencias entre las relaciones organizacionales de las ocho ciudades, prestando una mayor atención a la provincia de Cádiz, que pertenece, por sus características relacionales, al modelo cerrado de políticas de empleo, por ser organizaciones menos receptivas en el reconocimiento de las necesidades particulares de los desempleados/as vulnerables, muy delimitadas por los criterios marcados en los programas formativos y control de la administración.

El texto se inicia con una presentación histórica de las transformaciones políticas y organizativas en la implantación de políticas sociales. Le sigue una sección sobre la metodología utilizada en la investigación europea de referencia y para la provincia de Cádiz. Las dos últimas secciones se detienen en la tipología de organizaciones implicadas en la inserción laboral en las 8 ciudades europeas, destacando las organizaciones implicadas en la formación para desempleados/as en la provincia de Cádiz (España), y haciendo una breve comparativa entre ciudades. Por último, se reflexiona sobre las implicaciones que tienen estas relaciones

organizacionales para las libertades de los colectivos desempleados vulnerables, partiendo del enfoque de capacidades.

2 Organizaciones implicadas en políticas sociales en perspectiva histórica

Un referente importante de la participación de estas organizaciones en las políticas de empleo son los años 80 del siglo XX, cuando las economías de países occidentales entraron en recesión, reduciéndose las oportunidades de empleo para los jóvenes y fomentándose el empleo entre otros grupos vulnerables (Baglioni, 2017: 2327). En la etapa keynesiana anterior, de 1945 a finales de los 70 se conformó el Estado del Bienestar, en buena medida gracias a la prosperidad económica de aquellos años, que favoreció la estabilidad en el empleo, mayoritariamente de varones (Beck, 2001). Todavía durante estos años las identidades colectivas, siguiendo a Beck, estaban asociadas a la clase social, vinculadas al trabajo, sin embargo, esta seguridad frente al empleo de una parte de la población se debilita en las últimas décadas del siglo pasado.

Durante la etapa keynesiana el Estado asumió la labor de benefactor social de la población, sin embargo, en la actualidad, es la sociedad civil y demás organizaciones del tercer sector, junto con las empresas privadas, las que cobran mayor protagonismo en la prestación de servicios sociales a la ciudadanía. El siguiente cuadro ejemplifica bien las diferentes fases históricas de prestación de servicios sociales desde el siglo XVII a la actualidad.

TABLA 1. Modelos de prestación de servicios sociales desde una perspectiva histórica

| TIEMPO HISTÓRICO | Estatus del Individuo | Rol del Estado | Racionalidad de Estado del Bienestar | Organización |
|---|-----------------------|--|---------------------------------------|--|
| Siglo XVII-XX primera mitad | Receptores de caridad | Patrocinador | Caridad/Compasión | Iglesia, Sociedad civil (acción de caridad) |
| 1945- 1975 Estado de Bienestar Keynesiano. | Ciudadano | Cuidador | Derechos (Estado Social y de Derecho) | <i>Estado Promotor</i> . Organización de apoyo mutuo y cooperativo |
| Finales de 1970 en adelante (Políticas de corte neoliberal periodo poskeynesiano) | Cliente | Coordinador con organizaciones del Tercer Sector y del mercado | Personalización/derechos adquiridos | <i>Empresas sociales</i> (numerosas organizaciones del Tercer Sector). |

Fuente: Completado a partir del cuadro de Baglioni, (2017:2333)

Estas organizaciones del tercer sector, junto con empresas privadas, conforman un nuevo modelo de gestión de las políticas sociales, que mantienen interacciones conjuntas con el Estado, el mercado y la comunidad (Defourny and Pestoff, 2014).

En líneas generales, este cambio de modelo de gestión de servicios sociales está ejemplificado en el triángulo de bienestar que recoge la figura de abajo, situando a las organizaciones del tercer sector en el centro, vinculadas al Estado, el mercado y la familia o comunidad en los vértices del triángulo (EVERS, 1993,

perfeccionado por PESTOFF, 2008:9).

3 Metodología

Las argumentaciones principales de este texto se fundamentan en torno a las siguientes cuestiones:

1. Tipología de organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de orientación, formación y/o asesoramiento al empleo en las 8 ciudades.
2. Características de las relaciones organizacionales en estas ciudades.
3. Partiendo de la investigación europea, vincular las características relacionales con el modelo inclusivo o cerrado frente a los servicios de empleo.
4. Relacionar el modelo organizacional con el enfoque de capacidades.

En una primera fase se presentan los resultados de la investigación europea partiendo de la publicación compilada editada por Baglioni y Giugni (2014). Por otro lado, con respecto a la provincia de Cádiz, se utiliza la información recabada del censo de centros colaboradores de la Junta de Andalucía de 2021, y del análisis de las 12 entrevistas en profundidad realizadas a las organizaciones públicas y privadas que imparten acciones formativas para desempleados/as en la provincia. Adicionalmente, se utilizará parte de la información obtenida de una encuesta realizada en 2018 a los centros colaboradores de la Junta. El cuestionario se envió por correo electrónico a todos los centros (370), respondiendo el 20% del total (74 cuestionarios).

Tabla 2. Técnicas aplicadas en la investigación europea y en la investigación en España

| TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN | |
|---|--|
| <p>Estudio europeo en 7 ciudades sobre organizaciones implicadas y sus relaciones en programas de empleo</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario de preguntas semiestructuradas al total de centros de las 7 ciudades. 2. Un total de 82 entrevistas en profundidad realizadas en organizaciones de las 7 ciudades. |
| <p>Investigación en la provincia de Cádiz (España) sobre organizaciones que imparten formación para desempleados/as vulnerables</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis del censo de centros colaboradores en la provincia. 2. Encuesta mediante cuestionario enviado por correo al total de centros que imparten formación para desempleados convocados por la Junta de Andalucía (administración autonómica). 3. Doce entrevistas en profundidad a técnicas de organizaciones públicas y privadas en la provincia. |

En la Tabla 3 se recogen las diferentes tipologías de organizaciones implicadas en los servicios de empleo en las 8 ciudades europeas, incluyendo también las de la provincia de Cádiz (España).

TABLA 3: Organizaciones públicas y privadas implicadas en la inserción laboral en Europa

| | ALEMANIA Colonia | SUIZA Ginebra | SUECIA Karlstad | POLONIA Kielce | ITALIA Turin | FRANCIA Lyon | ESPAÑA Cádiz | PORTUGAL Lisboa |
|----------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| Organizaciones de Sociedad Civil | 14 | 16 | 3 | 15 | 8 | 17 | 7 | 17 |
| Organismos Públicos | | 1 | | | | | 1 | |
| Cooperativas | | 1 | | | 3 | | | 2 |
| Sindicatos | 3 | | | 2 | 8 | 1 | 1 | 6 |
| Organizaciones de la iglesia | 2 | | | 5 | | | 1 | |
| Organizaciones Económicas | 1 | | 4 | | | 1 | 2 | 2 |
| Total | 20 | 18 | 7 | 22 | 19 | 19 | 12 | 27 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los trabajos compilados en Baglioni y Giugni, (2014:5-7)

Los investigadores europeos utilizaron un cuestionario de preguntas semiestructuradas para el total de centros de la muestra de las 7 ciudades y 82 entrevistas en profundidad a las organizaciones que recoge la Tabla 3 (Baglioni y Giugni, 2014:1-10). Las preguntas giraron en torno a los siguientes temas: a) Cuestiones introductorias sobre fecha de creación, estatus legal; b) Características interna, estamento, mecanismos de toma de decisiones, tamaño y actividades programadas; c) Redes de contactos con otras organizaciones, cuantificando las entradas y salidas entre organizaciones, y la centralidad o dispersión entre éstas. Para el análisis de las relaciones organizaciones utilizaron el programa informático de análisis de redes UCINET.

4 Organizaciones públicas y privadas en la formación para desempleados/as en la provincia de Cádiz

En cuanto a la provincia de Cádiz, las organizaciones públicas y privadas que imparten formación para desempleados/as se caracterizan por su alta heterogeneidad, con presencia de empresas privadas, organizaciones públicas y de la sociedad civil. En buena medida, las actividades formativas y de gestión de estas instituciones dependen de los criterios marcados por los programas formativos, muy delimitados por el aparato administrativo.

Para los propósitos de este trabajo se analiza, en primer lugar, la tipología de organizaciones que imparten acciones formativas para desempleados/as en la provincia de Cádiz, recogida en la Tabla 5. En particular, estos centros imparten cursos de formación pertenecientes al programa formativo de la Junta de Andalucía

(administración autonómica). En cuanto al análisis de las transcripciones de las 12 entrevistas en profundidad, realizadas a técnicos o directivos en las distintas organizaciones, se confirmó que imparten formación de varios programas formativos dependientes del gobierno central, o de programas operativos del Fondo Social Europea.

Destaca en esta tipología de organizaciones una presencia muy reducida de sindicatos y centros empresariales como centros colaboradores en la formación para desempleados/as de la Junta. Esta reducción de organizaciones tradicionales se ha producido en las últimas décadas, y contrasta con un mayor protagonismo de organizaciones del tercer sector o de la sociedad civil, además de centros educativos, y de empresas privadas, manteniéndose también la participación activa de centros formativos dependientes de los ayuntamientos desde los inicios de esta formación en la década de los 80.

TABLA 4: Organizaciones públicas y privadas implicadas en la inserción laboral en Europa

| <i>Centros colaboradores en provincia de Cádiz</i> | <i>%</i> |
|--|-------------|
| Empresas privadas | 11 |
| Centros de formación e inserción | 47 |
| Centros educativos: colegios, centros de enseñanza secundaria, centros reglados de formación profesional | 13 |
| Organizaciones de la sociedad civil | 11 |
| Centros colaboradores del ayuntamiento | 11 |
| Sindicatos y organizaciones empresariales | 7 |
| TOTAL: 370 centros colaboradores | 100% |

Fuente: Elaboración propia a partir del censo de centros colaboradores en la provincia de Cádiz²

Volviendo a las entrevistas en profundidad es importante destacar que se recabó información sobre: a) las relaciones que mantienen estas organizaciones con otras organizaciones similares a la suya, b) con entidades de diferente tipología, c) con la administración y c) con las empresas.

Las características relacionales que mantienen las organizaciones de la provincia de Cádiz coinciden en mayor medida con el modelo cerrado de políticas de empleo. En esta provincia, las organizaciones intervinientes se caracterizan por relaciones de escasa reciprocidad y cooperación, siendo muy dependientes de las directrices marcadas por la administración en los programas formativos. Aunque también se observa la presencia de otras relaciones que pueden estar apuntando a un enfoque más abierto de la formación para el empleo en la provincia de Cádiz, como las federaciones de discapacitados, no sin limitaciones.

En buena medida, las doce organizaciones entrevistadas dependen de las convocatorias de cursos que abren la administración autonómica o central, teniendo que ajustar la gestión a las directrices del programa formativo en cuestión. En este sentido, el funcionamiento de los programas de formación marca la comunicación vertical de arriba abajo, con importantes mecanismos de control sobre las organizaciones participantes.

² El censo de centros colaboradores por provincia está disponible en:

<https://www.juntadeandalucia.es/empleoformacionytrabajoautonomo/oficinavirtualFPE/Macenco/>.

5 Las relaciones organizacionales desde el enfoque de capacidades

Enlazando con el enfoque de capacidades hay que destacar, primeramente, que entre la población activa en precariedad laboral hay sectores con escaso o nulo apoyo social, y, portanto, con escasas posibilidades de ampliar sus libertades individuales. Algunos sectores de la población trabajadora están abocados a aceptar las reglas que le impone el mercadolaboral y las políticas activas de empleo. También para estos colectivos las capacidades básicas de bienestar y de agencia quedan muy limitadas. Siguiendo a Amartya Sen (2010:301; 1997:13), la capacidad de bienestar es posible cuando existen oportunidades sustantivas para que los individuos puedan tener cubiertas sus necesidades materiales y sociales básicas, mientras que la capacidad de agencia está vinculada a la acción del individuo, al poder efectivo que una persona tiene para optar a las cosas que consideran valiosas para sus vidas. Bonvin y Laruffa (2022:6) insisten principalmente en la capacidad de agencia, que puede desarrollarse de varias maneras: a) A través del trabajo en el mercado de trabajo; b) A través de la educación; c) A través del cuidado a la familia; d) Mediante actividades asociativas con organizaciones de la sociedad civil, por ejemplo. Respecto a lo comentado hasta ahora, el discurso centrado en el mercado deja pocas márgenes de libertad para una vida digna entre los trabajadores más vulnerables, y excluye a otros individuos, al rechazar otras facetas de realización que no sean la laboral.

Las organizaciones que participan en las políticas de empleo ayudan a ampliar los márgenes de libertad de los desempleados vulnerables implicados, pero se dan diferencias según el modelo de relación organizaciones de cada territorio. Lebmann (2022:461) describe algunas de las características de estas capacidades colectivas, destacándose principalmente - *las capacidades marcadas por grupos cuyo objetivo principal es mejorar el bienestar o la agencia de sus individuos* -.

Cabe destacar cómo las organizaciones analizadas pueden ampliar sus capacidades colectivas si su tipología de relaciones organizacionales propicia una alta heterogeneidad de organizaciones y relaciones de reciprocidad entre ellas. Las ciudades con relaciones organizacionales más interconectadas, propias del modelo de empleo inclusivo, ofrecen mejores condiciones para ampliar las capacidades colectivas (de las organizaciones), y, portanto, de las capacidades individuales. Estas características relacionales de las organizaciones más inclusivas aportan mayores posibilidades a los colectivos desempleados vulnerables, porque amplían sus capacidades individuales, de bienestar y de agencia, principalmente.

Referencias bibliográficas

- BABLIONI, S., and GIUGNI, M. (2014). Unemployment and Precarity in Europe: An Introduction. In Civil Society Organizations, Unemployment, and Precarity in Europe. Between Service and Policy. Ed. Baglioni, S. and Giugni M., 1-12. Macmillan. Hampshire.
- BAGLIONI, S. (2017). A Remedy for All sins? Introducing a Social Issue on Social Enterprises and Welfare Regimes in Europe. VOLUNTAS. International Journal of Voluntary and Noprofit Organization, 28, 2325-2338. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11266-017-9929-y>
- BASSOLI, M., and CINALLI, M. (2014). Networks within the Multi-Organizational Field of Unemployment and Precarity: A Tale of Seven Cities in Europe. In Civil Society Organizations, Unemployment, and Precarity in Europe. Between Service and Policy. Ed. Baglioni, S. and Giugni M., 109-135. Macmillan. Hampshire.
- BECK, U., (2001). Presente y Futuro del Estado de Bienestar. Miño y Dávila Editores. Madrid.

- BROMLEY, P., SCHOFER, E., LONGHOFER, W. (2018). Organizing for education: A cross-national, longitudinal study of civil society organizations and education outcomes. *VOLUNTAS. International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11266-018-9979-9>
- DEFOURNY, J. and PESTOFF, V. (2014). Towards a European Conceptualization of the Third Sector. *Accountability and Social Accounting for Social and Non-Profit Organizations Advances in Public Interest Accounting*, 17, 27-87. DOI:10.1108/S1041-706020140000017001
- EVANS, P. B. (2002). Collective capabilities, culture and Amartya Sen's development as freedom. *Studies in Comparative International Development*, 37(2), 54-60. <https://doi.org/10.1007/BF02686261>
- EVERS, A. (1993) «The welfare mix approach. Understanding the pluralism of welfare systems», en Evers, A. y Svetlik, I. (eds.) *Balancing Pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly*. Aldershot: Avebury.
- LAMBERT, M.; VERO, J.; and ZIMMERMANN, B. (2012). Vocational Training and professional development: a capability perspective. *International Journal of Training and Development*. 16(3), 164-182. DOI: 10.1111/j.1468-2419.2012.00402.x
- LEßMANN, Ortrud, (2022). Collectivity and the Capability Approach: Survey and Discussion. *Review of Social Economy*. 80(4), 461-490. <https://doi.org/10.1080/00346764.2020.1774636>
- LYON, Ch. 2019. LYON, C. (2019). Wellbeing, Freedom and Social Justice. *The Capability Approach Re-Examined*. *Journal of Development Studies*, 55(2), 330-331. <https://doi.org/10.1080/00220388.2018.1523122>
- ROBEYNS, I. (2005). The Capability Approach: a Theoretical Survey. *Journal of Human Development*, 6(1), 93-117. DOI: 10.1080/146498805200034266
- SEN, A. (2010). *La idea de justicia*. Alianza. Madrid.
- SEN, A. (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Paidós
- STEWART, F. and DENEULIN S. (2002). Amartya Sen's contribution to development thinking. *Studies in Comparative International Development*, 37(2), 61-70. <https://doi.org/10.1007/BF02686262>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Modelos de gestión del voluntariado en las entidades locales en España

Xavier Montagud Mayor, Universidad de Valencia (javier.montagud@uv.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El desarrollo normativo del voluntariado en nuestro país muestra rasgos diferenciales respecto al de otros países de nuestro entorno. Recientemente, la aprobación por parte del Estado, de la Ley de Voluntariado dispuso que las entidades promoverán el desarrollo del voluntariado en los ámbitos a que se refiere, como instrumento para ampliar el conocimiento de la población respecto a los recursos comunitarios y para vincular a la ciudadanía con su contexto social, económico y cultural más próximo.

A partir de estas consideraciones, durante los últimos años, las distintas CCAA y Ayuntamientos han desplegado una actividad normativa y factual distinta, de modo que hoy podemos encontrar varios modelos de gestión municipal del voluntariado. La comunicación propone, en base al examen de veinte localidades españolas, describir los distintos niveles de gestión local del voluntariado. Para ello utiliza, tres criterios de análisis: a) En base a la extensión e intensidad de las acciones en materia de voluntariado de acción social; b) En base al modo de prestación del servicio de gestión del voluntariado; y c) En base a la atribución de las competencias en materia de voluntariado. Este examen confirma la disparidad de modelos de gestión local del voluntariado que conviven en nuestro país.

Palabras clave

Entidades locales, legislación, modelos de gestión, voluntariado

1 Introducción

La reforma de los sistemas de bienestar en Europa y el giro participativo global en las democracias occidentales (Martínez-Palacios, 2021) han modificado las estructuras tradicionales que relacionaban a la ciudadanía con las entidades sociales y las administraciones públicas. Hoy en el centro del triángulo del *welfare mix* en el que Pestoff (1998) ubicaba el Estado, el mercado y la comunidad se sitúa el Tercer Sector. Sus entidades son uno de los instrumentos fundamentales de la acción y de la participación de la ciudadanía, al tiempo que también se han convertido en un importante proveedor de servicios en la esfera pública. No obstante, esta tendencia convive con un auge de la participación individual fruto de la implementación de acciones de fomento de la participación social en los ayuntamientos, tales como los presupuestos participativos, las consultas ciudadanas, etc.

Como bien sintetizan Izaguirre, Sánchez y Zúñiga (2021), asistimos a un momento de reorganización o reestructuración del mix del Estado de Bienestar a nivel europeo, según el cual se reduce la centralidad del Estado como proveedor directo de servicios, se introduce progresivamente la lógica de mercado y se favorece la progresiva incorporación de organizaciones del Tercer Sector (y del sector privado) en la provisión de servicios. Esa tendencia coincidiría con los procesos de mercantilización, profesionalización y especialización del propio Tercer Sector. En consecuencia, se ha producido un tránsito desde el asociacionismo voluntario

reivindicativo, de tutela y de defensa de los derechos, hacia otro más profesionalizado y productivo (Izquierda, Callejo y Prieto, 2008).

No es pues de extrañar, que todos estos cambios también hayan influido en el modo en el que se observa e interpreta el papel del voluntariado. Pero no debemos olvidar que la acción voluntaria no es únicamente aquella que está codificada jurídicamente y reconocida administrativamente (Fresno y Tsolakis, 2011). La propia Ley 4/2015 de Voluntariado ha sido sobrepasada en escaso tiempo por otras formas de participación social, compromiso cívico y acción solidaria. Como han ilustrado varios informes sobre tendencias en la participación social (ADO2, 2015; SIIS, 2017), existen hoy nuevas formas en las que ésta se expresa: el alojamiento solidario, la tutorización, los grupos de autoayuda, el aprendizaje-servicio, el ciberactivismo, el cibervoluntariado, etc. Ninguna de ellas tiene cabida en la definición jurídica actual de voluntariado, pero demuestran la vitalidad y dinamismo de la sociedad a la hora de desplegar nuevas formas de solidaridad que permitan enfrentar las fallas e insuficiencias del sistema. Así pues, a los efectos de esta comunicación, consideraremos el voluntariado como un modo más de expresión de la participación social, sujeta a diferentes interpretaciones.

2 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se tomaron como referencia los 20 municipios con mayor número de habitantes en el Estado español: Alacant, Barcelona, Bilbao, Córdoba, Elx, Gijón, Granada, La Coruña, L'Hospitalet del Llobregat, Las Palmas de Gran Canaria, Madrid, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, Pamplona, Sevilla, València, Valladolid, Vigo, Vitoria y Zaragoza.

En primer lugar, se identificó y rastreó las webs oficiales de los veinte ayuntamientos, así como el de los entes asociados a ellos que tuvieran relación con el objeto del mismo.

Se realizó una ficha de datos de cada municipio en las que se recogió información sobre los siguientes items: existencia de apartado de voluntariado en la web municipal y nivel de información, Plan de Voluntariado, Carta de Servicios, implicación/ participación en las etapas del ciclo de vida del voluntariado, estructuras de gestión o promoción municipal del voluntariado, Infraestructura para la promoción del voluntariado, líneas presupuestarias, Registro Municipal de Entidades, nivel de colaboración con las entidades sociales, subvenciones a la actividad de entidades sociales y del voluntariado, normas regulatorias del voluntariado. A partir de esta información fue posible establecer varios modelos de gestión del voluntariado en el ámbito local.

Para el análisis y tratamiento de la información obtenida se combinó la propuesta de Najam (2000) centrada en el análisis de convergencia/divergencia en fines y medios, y la de Coston (1998), que se centra en el análisis del contexto socioeconómico, la distribución del poder y la formalidad/informalidad de las relaciones, tal y como se resume en la tabla siguiente.

Tabla 1. Tipos y modelos de relación público-privada en el ámbito del Bienestar Social

| | Criterios | Tipos/modelos de relación |
|---------------|---|---|
| Coston (1998) | Circunstancias económicas, distribución de poder, carácter informal/formal de las relaciones. | Colaboración; Rivalidad; Competición; Contrato; Gobierno tripartito; Cooperación; Complementariedad; Represión. |
| Najam (2000) | Metas y medios de los dos sectores. | Cooperación; Complementariedad; Confrontación; Co-optación. |

Fuente: Prieto, Rodríguez y de la Rosa (2019)

3 Resultados

En base al examen realizado en las webs y la documentación de las veinte localidades con mayor población del país podemos establecer varias situaciones y niveles en la gestión local del voluntariado social, en función de tres criterios de análisis:

3.1 1. En base a la extensión e intensidad de las acciones en materia de voluntariado de acción social

a) *Ayuntamientos en los que la acción en temas de voluntariado social es mínima y dispersa.* Aunque todos ellos poseen registro de entidades, carecen de planes, programas o iniciativas sólidas y visibles de apoyo directo al voluntariado. En la mayoría de ellos (Las Palmas de Gran Canaria, Palma de Mallorca, València) existen acciones de voluntariado focalizadas en servicios públicos como protección civil y/o servicios de bienestar animal, pero en ningún caso programas, servicios o recursos de voluntariado social. En otros, hay departamentos de otras áreas de gobierno que aisladamente realizan o han realizado puntualmente acciones sobre voluntariado, pero sin estructura fija ni continuidad (València y Palmas de Gran Canaria). En todos ellos, la accesibilidad y visibilidad en sus plataformas de internet sobre voluntariado es muy reducida. También el nivel de información descriptiva sobre voluntariado es mínimo y/o dispersa.

b) *Ayuntamientos con actuaciones consolidadas en materia de voluntariado social, pero sin planeamiento o estructura formal de atención.* Son ayuntamientos en los que a pesar de no contar con planeamiento específico sí han consolidado acciones de apoyo al voluntariado, bien en forma de convenio o acuerdo (Elx y Valladolid) o mediante subvención a entidades sociales para el fomento del voluntariado (Málaga). Todos incluyen en la web municipal un nivel mínimo de información sobre la materia (concepto, regulación, recursos, ámbitos de intervención y contacto de información). Ofrecen información completa sobre entidades del tercer sector que facilita el contacto directo de posibles personas voluntarias. Toda esta información tiene mayor visibilidad y accesibilidad que la del grupo del nivel anterior. Dos de ellos (Elx y Valladolid) cuentan con un recurso/programa/servicio sobre voluntariado externalizado. En todos ellos, se facilita de manera indirecta formación inicial al voluntariado a través de las entidades conveniadas/subvencionadas.

c) *Ayuntamientos con alguna forma de planeamiento y estructura formal de atención directa al voluntariado.* En este grupo se sitúan los Ayuntamientos de Alicante, A Coruña, L'Hospitalet, Madrid, Murcia, Vigo y Zaragoza. Todos ellos cuentan con un recurso específico de atención al voluntariado, aunque varían en la forma en la que éste se configura, los servicios que ofrecen y las áreas de intervención que gestionan. Todos ofrecen servicios de información, orientación y formación al voluntariado. Aunque todos ellos disponen de

información amplia y accesible en sus webs corporativas, existen importantes diferencias. Podemos distinguir tres subgrupos:

c.1). El primero está formado por los Ayuntamientos de Madrid y Zaragoza. En ambos casos, existe una plataforma web, una oficina y un programa específicos que centralizan todas las solicitudes de información y gestión de voluntariado municipal (a estos se sumaría el municipio de Pamplona que ha seguido recientemente este modelo). Es decir, aunque ofrecen la posibilidad de mediar entre las/os solicitantes y las entidades, se centran en la gestión de su propio voluntariado. Incorporan como áreas propias de voluntariado la atención al visitante, centros de asistencia de dependencia municipal, cultura, deporte y grandes eventos y protección animal, pero excluyen la mayoría de los servicios sociales.

c.2). Un segundo grupo, posee Plan Municipal de Voluntariado y oficina de atención al voluntariado, pero con diferencias. Así el de Alicante, cuenta con un Centro de Asociaciones y Voluntariado específico. Su orientación está más dirigida al apoyo de entidades que a la gestión del voluntariado, aunque también ofrece dicho servicio. De entre todos los que cuenta con oficina específica, es el único que no contempla la posibilidad de realizar voluntariado en áreas de gestión directa del municipio, pero sí media entre las personas solicitantes y las entidades adheridas al Plan. Por el contrario, el de Murcia, incorpora las tareas de la Oficina de atención al voluntariado en los centros de servicios sociales y Áreas de infancia y mayores pero únicamente gestiona las ofertas y demandas en el área de servicios sociales que dependen directamente de él.

c.3) El tercer grupo está conformado por ayuntamientos con programas consolidados de voluntariado y una estructura propia de atención (A Coruña, L'Hospitalet y Vigo). Se diferencian con los otros grupos en que combinan la atención del voluntariado con el de las entidades sociales. Además, incluyen principalmente las áreas relacionadas con los servicios sociales.

d) Ayuntamientos con acciones consolidadas orientadas a la cooperación con las entidades sociales, pero sin recursos directos de atención al voluntariado (Barcelona, Bilbao y Vitoria-Gasteiz). Todos ellos ofrecen información específica sobre voluntariado en sus webs corporativas, pero ninguno cuenta con oficina propia o programa específico de voluntariado. Son ayuntamientos con una potente línea de trabajo de apoyo a las entidades sociales que se desarrolla bajo un modelo colaborativo-cooperativo. Sus principales características son: a) el voluntariado es exclusivamente el que se realiza en entidades del tercer sector; b) predominan las entidades de acción social; c) las acciones de voluntariado están ligadas a la de las relaciones con las entidades sociales; d) las acciones de voluntariado están descentralizadas entre varios espacios u organizaciones que trabajan en red; y e) la gestión de las acciones de voluntariado está externalizada mediante convenios o subvenciones a entidades sociales o plataformas de entidades.

3.2 2. En base al modo de prestación del servicio de gestión del voluntariado, podemos distinguir entre dos modelos

a) El de aquellos municipios en los que se realiza la prestación directa del servicio con equipamiento y personal propios. En este grupo se sitúan los Ayuntamientos de Alicante, A Coruña, L'Hospitalet, Madrid, Murcia, Vigo y Zaragoza. Todos ellos disponen de una Oficina de Atención al Voluntariado o similar, que realiza las funciones de información, asesoramiento, asignación de personal voluntario y seguimiento (y gestión de posibles bolsas de voluntariado). A excepción del de Alicante, entienden que el personal voluntariado puede realizar sus tareas en áreas de gestión municipal, aunque hay diferencias respecto al número y tipo de áreas susceptibles. También hay diferencias respecto al grado de colaboración con las entidades sociales en este campo. Unas consideran el voluntariado como exclusivamente propio (voluntariado municipal); otras pueden derivar parte de ese voluntariado a entidades colaboradoras para sus actividades, aunque no estén relacionadas con los programas del ayuntamiento (actuando como mediadoras); otras derivan todo el voluntariado a

entidades que colaboran en programas municipales (ya sea por subvención o convenio), que se encargan de su organización y supervisión.

En todas ellas subyace en el fondo, una visión del voluntariado como fenómeno individual, ligado a la participación social y solidaridad ciudadanas, motivo por el que distinguen las acciones dirigidas al voluntariado del dirigido a las entidades. Los ayuntamientos que desarrollan este modelo tienden a integrar la atención del voluntariado en una concejalía y programa o/y servicio, independientemente del área de acción municipal en la que se pueda realizar dicha actividad.

b) El de aquellos municipios en los que la prestación del servicio es indirecta. (Ayuntamientos de Barcelona, Bilbao, Elx, Málaga, Valladolid y Vitoria-Gasteiz), las acciones en el área de voluntariado se llevan a cabo de manera indirecta, aunque existen profundas diferencias entre ellos por lo que debemos distinguir dos subgrupos:

b.1) Municipios en los que se ha externalizado completa o parcialmente la atención al voluntariado mediante subvención o convenio con entidades. Son los casos de Elx, Málaga y Valladolid, anteriormente descritos. La gestión del voluntariado se circunscribe al ámbito de servicios sociales/bienestar social. El personal voluntario puede realizar su actividad en áreas de gestión municipal directa (centros de servicios sociales) o en áreas en las que la entidad lleva a cabo actuaciones por sus propios medios o con subvenciones de las AAPP. En cualquier caso, la responsabilidad del voluntariado es siempre de la entidad y la implicación del ayuntamiento es únicamente respecto a la supervisión de la entidad y el objeto de subvención/convenio acordado.

b.2) Municipios en los que la gestión del voluntariado es realizada independientemente por las entidades sociales. En estos casos (Barcelona, Bilbao y Vitoria-Gasteiz) la línea de actuación municipal está profundamente ligada a la del apoyo al asociacionismo de la ciudad. No supone la externalización de las posibles competencias municipales en la materia sino la asunción consciente de un modelo de relación cooperativa con las entidades sociales. Además, dicho fortalecimiento concita la acción concertada de otras AAPP y Fundaciones que se visibiliza como una red cooperativa. La visión del voluntariado es transformadora y excluye la posibilidad de que realice su actividad directamente ligada a programas municipales.

3.3 3. En base a la atribución de las competencias en materia de voluntariado

La atribución de competencias en la materia mantiene cierta relación con la visión del voluntariado, aunque en ocasiones obedece a cuestiones de índole de organización política. Sin embargo, no hay un patrón que diferencie las alternativas de modelo anteriormente citadas por el hecho de responder a una u otra área de gobierno. Podemos distinguir con claridad tres grupos:

- a) Municipios en los que las competencias se atribuyen al área de participación social: Bilbao, Córdoba, L'Hospitalet, Málaga, Palma de Mallorca, Valladolid, Vigo y Zaragoza.
- b) Municipios en los que las competencias se atribuyen al área de servicios sociales/bienestar social: Elx, Gijón, Granada, Madrid, Murcia, Sevilla y Valencia.
- c) Municipios en los que las competencias son asumidas por áreas que reúnen participación social y bienestar social: A Coruña, Barcelona y Las Palmas de GC.

De manera resumida, la situación de estas entidades en relación a los items de análisis sería:

Tabla 2. Características de los municipios por características de gestión del voluntariado

| Características de la gestión del voluntariado por municipios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------|-----------|--------|---------|-----|---------|-------|----------|----------|--------|--------|--------|----------|---------|----------|-----------|------|---------|----------|
| | A Coruña | Alacant | Barcelona | Bilbao | Córdoba | Elx | Granada | Gijón | Hospital | Palmas d | Madrid | Málaga | Murcia | lma de l | Sevilla | València | alladolid | Vigo | Vitoria | Zaragoza |
| Registro Municipal de Entidades | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | NO | SÍ |
| Registro municipal de voluntariado | SÍ | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SÍ | NO | NO | SÍ | NO | NO | NO | NO | SÍ | NO | NO |
| Plan Local de Voluntariado | NO | SÍ | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Programas de Voluntariado | SÍ | SÍ | SÍ (e) | SÍ (e) | NO | SÍ | NO | NO | SÍ | SÍ (e) | SÍ | NO | SÍ (e) | SÍ (e) | SÍ (e) | NO | NO | SÍ | NO | SÍ |
| Subvenciones específicas en materia de voluntariado | NO | NO | SÍ | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SÍ | SÍ | NO | SÍ | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO |
| Normativa específica de voluntariado | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SÍ | NO | NO | SÍ | SÍ | NO | NO | NO | NO | NO | SÍ |
| Oficina/ Servicio/ Dept de Voluntariado | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | NO | NO | NO | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | NO | NO | NO | SÍ | SÍ | SÍ |
| Información específica y accesible en la web municipal | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | NO | SÍ | NO | NO | SÍ | NO | SÍ | SÍ | SÍ | NO | NO | NO | NO | SÍ | SÍ | SÍ |
| Integración/dispersión gestión acciones de voluntariado por áreas municipales | I | I | I | I | D | D | D | D | D | D | I | I | D | D | D | D | D | I | I | D |
| Modalidad de gestión de la Oficina/Servicio de Atención Voluntariado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Convenio con entidad | | | | | | S | | | | | | | | | | | S | | | |
| Subcontratación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartida con otras entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro | | | S | S | | | | | | | | | | | | | | | S | |
| Directa | S | S | | | | | | | S | | S | | S | | | | | S | | S |
| Servicios ofrecidos por la Oficina/Dept de Voluntariado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sensibilización | S | S | S | S | | S | | | | | S | | S | | | | S | S | S | S |
| Información y orientación | S | S | S | S | | | | | S | | S | | S | | | | | S | S | S |
| Asesoramiento entidades | S | S | S | S | | | | | | | | | | | | | | | S | |
| Formación | S | S | S | S | | S | | | | | S | | | | | | | S | S | S |
| Difusión | S | S | S | S | | S | | | | | S | | S | | | | S | S | S | S |

Fuente: Elaboración propia

4 Conclusiones

El estudio muestra que existe una amplia diversidad de modelos de gestión local del voluntariado en nuestro país según su nivel de implicación y el tipo de relación con las entidades sociales. Si bien éstas han jugado hasta hoy un papel fundamental en la atracción y gestión de la solidaridad individual, el estudio muestra el creciente protagonismo de las administraciones locales. En todo caso, el creciente número de entidades locales que gestionan directamente personal voluntario, sin intermediación de ninguna entidad del tercer sector rompe con el consenso formal que otorgaba esta actividad al tercer sector y abre un debate sobre la visión del voluntariado entre los ayuntamientos y entidades sociales.

El voluntariado y las entidades sociales son elementos indisociables. La fortaleza o debilidad de uno afecta al otro. Por este motivo es importante ensamblar las acciones de fomento de la participación ciudadana desde las entidades locales con las del fomento del asociacionismo y el fomento del papel de las entidades sociales.

Referencias bibliográficas

- ADO2 (2015). La participación social y la acción voluntaria. Diagnóstico e identificación de nuevas tendencias a partir de un análisis cualitativo municipal en tres zonas de la CAPV. Gobierno Vasco. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_voluntariado_2015/es_def/adjuntos/Voluntariado%20y%20Participacion%20Social.pdf
- Coston, J.M. (1998). A model of typology of Government-NGO Relationships. *Voluntas. International Journal of Voluntary and Non-Profit Organizations*, 27 (3), 358-382. <https://doi.org/10.1177%2F0899764098273006>
- Izaguirre, A., Sánchez, V. & Zúñiga, M. (2021): “La relación entre la administración pública y el tercer sector guipuzcoano a debate ¿uno o varios modelos ante la heterogeneidad del sector?”, *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 103, 111-139. <http://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.103.21489>

- Fresno, J.M. y Tsolakis, (coord.) (2011). *Profundizar en el voluntariado: los retos hasta 2020*. Madrid: Plataforma del Voluntariado. Disponible en:
https://www.fresnoconsulting.es/upload/51/68/3_2012_profundizar_voluntariado_retos2020.pdf
- Izquierda, J.L., Callejo, J.J. y Prieto, J.M. (2008). El Tercer Sector y las Administraciones públicas. Relaciones en el ámbito de la atención social en los niveles regional y local. *Revista Internacional de Sociología*, 49, 115-139.
<https://doi.org/10.3989/ris.2008.i49.85>
- Martínez-Palacios, J. (2021). La burocratización neoliberal de la participación ciudadana en España. *Revista Internacional de Sociología* 79 (2): e184. <http://doi.org/10.3989/ris.2021.79.2.20.48>
- Najam, A. (2000). The four C's of Government-Third Sector relations. *Nonprofit Management and Leadership*, 10 (4), 375-396. <https://doi.org/10.1002/nml.10403>
- Pestoff, V. (1998). *Beyond the Market and State: Social Enterprises and Civil Democracy in a Welfare Society*. Aldershot: Ashgate.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios (2017). *Activación comunitaria y solidaridad vecinal. Tendencias y buenas prácticas*. Disponible en: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/532562.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

¿Contradicciones y paradojas del Tercer Sector de Acción Social: del 'deber ser' al 'hacer'

Auxiliadora González Portillo, Universidad Pablo de Olavide (magonpor@upo.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El Tercer Sector de Acción Social (TSAS) en España tiene su origen en la defensa de derechos sociales y la reivindicación de transformación social al Estado. Con el proceso de desarrollo del Estado de Bienestar, el TSAS ha ido modificando su rol pasando a ser principalmente un prestador de servicios de la Administración Pública, y dejando al margen esos orígenes de lucha y reivindicación por la justicia social. En este artículo, mostramos las paradojas y contradicciones en las que se encuentra el TSAS en el modelo actual de gobernanza, identificándose ciertas distancias entre su misión original (deber ser) y su acción cotidiana (su hacer).

Esta investigación se enmarca en el I+D nacional “Perspectiva comparada del tercer sector de acción social en las comunidades autónoma” (CSO2017-85486-P). En concreto se presentan parte de los resultados de la investigación desarrollada en la región de Andalucía.

Desde una metodología cualitativa basada en grupos de discusión y entrevistas en profundidad se han analizado y puesto en comunicación los discursos de los distintos actores que participan en el TSAS, llegando a la conclusión que estas distancias que se han ido generando entre el deber ser y el hacer de TSAS son fruto de elementos contextuales externos, pero también de decisiones al interior del propio TSAS.

Palabras clave

Tercer Sector, transformación social, ONG, gobernanza

1 Introducción

Consideramos al Tercer Sector de Acción Social como aquel que tiene por objeto reducir las desigualdades socioeconómicas y evitar la exclusión social; que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social (Ley del Tercer Sector de Acción Social, 2015, art. 2).

El TSAS ha pasado por diferentes etapas en su desarrollo (Rodríguez Cabrero, 2003). En los años 70 podemos enmarcar sus inicios ya que el crecimiento económico, el auge de las clases medias urbanas y la fuerza emergente del movimiento obrero se tradujeron en una renovada capacidad de movilización y reivindicación de la sociedad civil. En los años 80 tiene lugar la etapa de consolidación. La desmovilización social, provocada en gran parte por la reactivación del sistema de partidos políticos tras la etapa dictatorial, hace tomar conciencia de las nuevas necesidades (Martínez-Ripoll, 2017), por lo que se tiende a consolidar los objetivos reivindicativos de la mano de tres actores: las asociaciones de familiares, las asociaciones de vecinos y la Iglesia Católica. Cada una de ellas, desde su idiosincrasia y su realidad, tenían elementos comunes en su finalidad: la reivindicación, la denuncia de injusticias, la promoción de valores y el reconocimiento de derechos

para los distintos colectivos en los que se centraban. Las asociaciones de familiares se centraron principalmente en la reivindicación de los derechos para las personas con discapacidad, las asociaciones de vecinos en la defensa de derechos para la población de los barrios marginados (personas drogodependientes) y las zonas rurales (Flores, 2012), y por último, la Iglesia católica se centró en la reivindicación de derechos de aquellos colectivos que venía asistiendo (personas sin hogar, personas drogodependientes, personas mayores y familias pobres). De esta forma nos encontramos con un TSAS en los años 80 donde la defensa de derechos, la búsqueda de la transformación social (mediante el reconocimiento de éstos) y la búsqueda de la justicia social eran el leitmotiv de su existencia.

A finales de los 80 y durante los 90 se lleva a cabo la consolidación de las autonomías no solo como comunidades autónomas, sino también como sujetos político-institucionales. Estamos en un momento de expansión del Sistema Público de Servicios Sociales y donde las AAPP no pueden llegar a dar respuesta a todo lo que su propia normativa empieza a contemplar, por lo que la vía más fácil es empezar a considerar al TSAS como actor clave en la prestación de servicios (Prieto et al, 2019). Para ello se pone en marcha, además de todo un marco normativo y legislativo que regula al TSAS, una financiación pública específica para este fin, lo que provoca un rápido crecimiento de organizaciones del TSAS y la posibilidad de profesionalización de las mismas.

Esta tendencia será la que marque el devenir del TSAS desde las últimas décadas hasta la actualidad, convirtiéndose en un actor insustituible en el ámbito de los servicios sociales, no solo como complemento al sistema público, sino que, en algunos colectivos o problemáticas, como actores imprescindibles para su atención, y configurándose como la respuesta a las grietas del sistema público (Lee, 2016). Podemos decir que ha pasado de ser un TSAS basado en modelos de reciprocidad, reivindicación, que buscaba la transformación social y la justicia social a un modelo de TSAS basado en una función de redistribución (propia del Estado) y donde su finalidad y objetivos le vienen marcados desde fuera (del propio Estado) (Aguilar, 2006; González-Portillo y Jaraíz, 2014).

2 Metodología

Esta investigación se enmarca en el I+D nacional “Perspectiva comparada del tercer sector de acción social en las comunidades autónoma” (CSO2017-85486-P). En concreto se presentan parte de los resultados de la investigación desarrollada en la región de Andalucía.

Desde una metodología cualitativa basada en el Análisis de Contenido Temático se han analizado y puesto en comunicación los discursos de todos los actores que participan en el TSAS (directivos, profesionales, voluntarios, usuarios, profesionales de la administración pública y otros actores). Como técnica principal se han llevado a cabo seis grupos de discusión (uno por cada uno de los actores enumerados anteriormente). Han tenido una duración media de 90 minutos y han participado un total de 42 personas pertenecientes a 35 entidades e instituciones distintas. El guion para los grupos de discusión constaba de cinco bloques temáticos, aunque algunos de ellos han sido adaptados o eliminados en función del perfil de los actores: 1) Modelo de intervención con las personas; 2) Papel del voluntariado y de los profesionales; 3) Financiación; 4) Coordinación y 5) Misión del Tercer Sector.

Con posterioridad a estos grupos de discusión, y como una forma de completar y profundizar en determinados aspectos e información obtenida en los mismos, se llevaron a cabo 6 entrevistas en profundidad a distintos actores que podían aportar y profundizar más en la visión histórica y estratégica del TSAS. Han tenido una duración media de 60 minutos y el guion era el mismo seguido para los grupos de discusión.

Para el análisis de toda esta información se ha seguido el enfoque del Análisis de Contenido Temático (Aigner, 1999; Guest et al, 2011; Díaz, 2018), dando como resultados 5 dimensiones temáticas centrales (1. Intervención; 2. Actores; 3. Financiación; 4. Coordinación; 5. Misión) y 19 etiquetas.

3 Resultados

Esta investigación ha arrojado grandes distancias entre el “deber ser” originario del TSAS de Andalucía y su acción cotidiana. Estas distancias las podemos concretar en tres dimensiones:

a) *En los objetivos: de la denuncia y la transformación social a la prestación de servicios para el estado.*

Casi todos los actores con los que se ha trabajado en esta investigación coinciden en que la finalidad y la misión del TSAS es complementar a las AAPP en la protección social, y hacerlo a través de una serie de valores añadidos que los hace diferentes. En relación a lo primero, existe un sentir general de que su papel debería ser subsidiario y complementario a la acción de las AAPP, pero eso dista mucho de la realidad, en la medida en que la actualidad se siente imprescindible, y en algunos sectores y colectivos incluso sustitutivos absolutos de las AAPP porque hay una ausencia de la intervención pública. Reconocen que suplen en demasía lo que les tocaría hacer a las AAPP. En cuanto a los valores añadidos, el TSAS se siente diferente, en su hacer y en lo que pueden aportar a la intervención en relación a las AAPP. Así destacan cuestiones como agilidad, flexibilidad, inventiva... Se tiene la sensación de que van por delante de las AAPP en la detección de nuevas necesidades.

En cuanto a la transformación social, los profesionales y usuarios defienden que algo se transforma en lo pequeño, en lo cotidiano, en los contextos más cercanos, dándole un peso importante a sus acciones de sensibilización. Pero el resto de actores asumen que lejos de transformar el TSAS contribuye al status quo por varios motivos: la dependencia económica de las AAPP le ha hecho perder capacidad reivindicativa y de denuncia, este mantenimiento les garantiza su espacio laboral y de acción, porque hacen labores asistenciales principalmente y no acuden a las causas reales de las situaciones, y porque una verdadera transformación requeriría de una acción más coordinada y complementaria entre ellos.

b) *En las metodologías de intervención: de la autonomía para decidir sobre los programas que implementan a la dependencia externa de otras instituciones financiadoras.*

La incapacidad del TSAS de generar recursos financieros propios y la falta en España de fuentes financieras alternativas como el mecenazgo o una fuerte responsabilidad social corporativa, han hecho que el TSAS dependa exclusivamente, en muchas ocasiones, de la financiación proveniente de las AAPP.

Esta dependencia financiera con las AAPP provoca una relación perversa que se ve acentuada, no solo por la escasez de dotación económica, sino por unos procedimientos por parte de las AAPP que dificultan una buena intervención por parte del TSAS: financiaciones puntuales, con graves problemas en la periodicidad de las mismas, sin criterios claros en las concesiones y en los conceptos subvencionables, con excesivas exigencias de justificaciones, que genera una carga de gestión y burocracia para los que el TSAS en muchos casos no está preparado. Todo esto provoca una clara injerencia de la institución financiadora (en este caso las AAPP) en la intervención que llevan a cabo el TSAS. Y no solo en la configuración, organización y estructura del TSAS (por las posibilidades de financiación de plantilla, el tiempo de contratación, los perfiles...) sino incluso en las metodologías de intervención. En primer lugar, por los tiempos que imponen (plazos excesivamente cortos para proyectos con colectivos que requieren de una mayor temporalidad). Y, en segundo lugar, porque los objetivos que se imponen son, a veces, inalcanzables, basados solo en lo cuantitativo y que hace que, en muchos

casos, todo lo que queda reflejado en informes y memorias de actividades no refleje lo que realmente se hace en la realidad.

Ante la falta de financiación, muchas entidades adaptan su acción, sus objetivos e incluso el colectivo con el que intervenir, en función de lo que plantean las convocatorias de subvenciones de las AAPP.

En definitiva, estamos asistiendo a un devenir en el que los objetivos de la intervención y la metodología se adaptan en función del financiador y no en función de la realidad sobre la que se interviene. Y donde, una vez más, determinados colectivos que no pueden entrar en estos parámetros se quedan fuera (los que están en una situación de mayor exclusión social). Entendemos que este es un punto crítico de la realidad actual de TSAS y que atraviesa todas las dimensiones del mismo, empezando por la propia misión.

c) *En los actores: de la lucha por los derechos sociales y la justicia social hacia fuera a la generación de condiciones injustas hacia dentro.*

Un tema común presente en el discurso de todos los actores con los que se ha trabajado son las condiciones laborales de los profesionales que trabajan en el TSAS: Temporalidad, participación en muchos proyectos diferentes a la vez, parcialidad en la jornada, una remuneración baja... Por todo esto se desprende del discurso de los profesionales del TSAS un cierto complejo de inferioridad con respecto a otros sectores profesionales, y no solo por las condiciones laborales planteadas anteriormente, sino también por la falta de reconocimiento social. Una sensación que termina envolviendo su día a día para muchos de ellos: ni se sienten valorados ni cuidados por las instituciones en las que trabajan.

Pero lejos de ser los únicos que tienen esta vivencia, parte del voluntariado también lo expresa así en diferentes ámbitos: en los excesivos niveles de exigencia en responsabilidad y dedicación, en la sensación de que solo dan y no reciben nada por parte de la institución (ni formación, ni seguro de voluntariado...), en la poca participación que tienen en las decisiones de la institución.

4 Conclusiones

Como se ha abordado a lo largo de este artículo, la situación actual del TSAS y la distancia entre su "deber ser" y su "hacer" es fruto de condicionantes externos y de decisiones internas siendo los principales actores responsables en este devenir las AAPP y el propio TSAS.

El caso andaluz analizado en esta comunicación, junto con la revisión bibliográfica que se ha hecho de otros casos de estudio, nos puede ayudar a entender el devenir del TSAS en los países del Sur de Europa (González-Portillo & Jaraíz, 2016).

La tendencia actual, provocada por las distintas crisis socioeconómicas (2008 y 2020) y las corrientes neoliberales que apuestan por la reducción del Estado y el debilitamiento de su función de regulación económica o de protección social, ha hecho que se imponga un modelo de welfare mix de diferente intensidad según el país. Son sistemas regulados por las AAPP, en las que la garantía de las prestaciones es compartida entre servicios públicos, servicios del TSAS y, cada vez más, por empresas de mercado. Este devenir del Estado de Bienestar, con una actoría tan compartida, ha hecho que el TSAS vaya adaptándose a esta nueva arena de juego, modificando sus formas de estar y de hacer, y distanciándose así, de su misión original. Junto a esto asistimos a un fuerte debilitamiento de la dimensión de lo común y de la conciencia colectiva en la sociedad. Todo se individualiza, incluso las formas de expresión de participación social, cuestión que diluye la capacidad transformadora de la sociedad (Zurdo, 2003), y concretamente del TSAS.

Es, por tanto, necesario recuperar ese sentido de lo colectivo, trabajar en la cohesión al interior del TSAS hacia un objetivo común, que pasa, por un lado, por el cuidado y el acompañamiento de los distintos actores en sus múltiples facetas (personales, profesionales...) y por otro, por un trabajo coordinado y en red entre las distintas organizaciones del TSAS (viéndose como complementarias y no como competidoras por la financiación). Esto permitirá avanzar en un modelo más claro de TSAS que, cohesionado y fortalecido al interior, tenga más capacidad de interlocución y de negociación hacia el exterior (relación con las AAPP). De esta forma podrá decidir qué papel quieren jugar en el modelo actuar del Estado de Bienestar y no asumir la imposición de ese papel por parte de otros. En la medida en que el TSAS recupere el sentido de lo común como eje (hacia dentro y hacia fuera) las distancias entre su deber ser y su hacer se irán acortando.

Referencias bibliográficas

- Aigner M. (1999). Análisis de contenido. Una introducción. *La Sociología En Sus Escenarios* (3)
- Aguiar Fernández, F.X. (2006). Tercer sector: análisis, desafíos y competencias desde el trabajo social. *Revista Acciones e Investigaciones Sociales* nº Extra 1, 439-463
- Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista *Universum*. *Revista General De Información Y Documentación*, 28(1), 119-142.
<https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Flores, M. (2012). *Lucha Santa. Experiencia religiosa de los curas obreros en la Sierra Sur de Sevilla*. PPC.
- González-Portillo, A. & Jaraíz, G. (eds.) (2014). *Encrucijadas en la acción voluntaria. Incertidumbres y retos*. Ed: Universidad Internacional de Andalucía
- González-Portillo, A. & Jaraíz, G. (2016). *An Approach to Social Service Systems in Europe: The Spanish Case* (2016). En Laratta, R. (ed.): *An Analysis of Contemporary Social Welfare Issues*. (pp 47-62) Intech.
<http://dx.doi.org/10.5772/65121>
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2011). *Applied Thematic Analysis*. Sage Publications.
- Lee, Y. (2016). Comparison of Job Satisfaction Between Nonprofit and Public Employees. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 45(2), 295–313. <https://doi.org/10.1177/0899764015584061>
- Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social. Gobierno de España.
- Martínez-Ripoll, J. M. (2017). Voluntariado y Empleo precario: dos caras del Tercer Sector de Acción Social. *Trabajo Social Hoy*, 80, 61-72. <https://doi.org/10.12960/TSH.2017.0004>
- Prieto, J., Rodríguez-Sumaza, C., & De la Rosa, P. (2019). Las relaciones entre administraciones públicas y Tercer Sector en el marco de las políticas de inclusión social en Castilla y León. *Journal of Regional Research*, 2019/2 (44), 63-79.
- Rodríguez Cabrero, G. (2003): Tendencias en el desarrollo de las organizaciones sociovoluntarias: inercias, retos y ejes de cambio. En Rodríguez Cabrero, G. (coord.) *Las entidades voluntarias de acción social en España*. Fundación Foessa
- Zurdo Alaguero, A. (2003). Voluntariado y estructura social: funciones sociales y límites. En Rodríguez Cabrero, G. (coord.) *Las entidades voluntarias de acción social en España*. Fundación Foessa



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Civil Society Organizations and the Unified Social Assistance System: an experience report in Campo Mourão/Paraná/Brazil

Me- Tânia Mara da Silva (taniamaraback@hotmail.com)

Luis Fernando de Oliveira Lima (luiz_nando2@hotmail.com)

Mabel Mascarenhas Torres (mmtorres@uel.br)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Abstract/Resumen

The National Social Assistance Policy/of 2004 instituted the Unified Social Assistance System (SUAS), responsible for managing the provision of social assistance services, aimed at families, children, young people, and elderly people in situations of lack of social protection. Through Law nº 13.019/2014, partnerships between public administration and non-profit entities are regulated. This study presents the public-private collaborative experience based on the systematization of the authors' work in the formalization of the public call processes established by the MROSC, between the Municipality of Campo Mourão, located in the state of Paraná/Brazil, and the social assistance entities that make up the non-governmental network installed in the municipality, in the year 2022. The study of documents and legislation was used to support the data analysis. The results indicate that the realization of public-private partnerships is established transparently, through public notices, meeting the requirements of the SUAS management. Another result is that the transfer of public resources for the execution of social assistance services is regulated by the State since it is unable to meet all the complex needs and demands presented by the public referenced in the PAS.

Authors' note

- Me. Tânia MS, Municipal Secretary of Social Assistance in Campo Mourão, email:taniamaraback@hotmail.com
- Luis FO L, Municipal Secretary of Social Assistance in Campo Mourão, email:luis_nando2@hotmail.com
- Dra. Mabel M.T, UEL email:mmtorres@uel.br

Palabras clave

Civil society organizations. Service Management Transfers. Unified Social Assistance System

1 Civil Society Organizations and the Unified Social Assistance System: an experience report in Campo Mourão/Paraná/Brazil

Social assistance in Brazilian territory is considered a public policy, non-contributory, of the primacy of the State in the regulation, organization, and management of the offer of services, programs, projects, and social assistance benefits. This is the result of the collective effort of workers, users, and social movements, who sought, over the last decades of the 20th century in Brazil, to break with the clientelistic and welfare culture

that until then prevailed in the social assistance policy (PAS), culminating in the promulgation of the National Social Assistance Policy (PNAS).

The PAS presents a normative framework that establishes its organization, management, financing, and functions of the federative entities, public units, and the private network for the provision of social assistance services. Public units are those that are under the direct management of the federal, state, or municipal public administration. The private network is composed of civil society organizations (CSOs), that is, "private non-profit entities that develop actions of public interest and have no profit as objective" (Lopes et al, 2016, p. 15). Through the celebration of partnerships, these organizations can receive public resources for the execution of social assistance actions, as long as they meet the requirements established by normative acts.

In this work, we present a reflection based on the study of a set of acts that regulate the celebration of partnerships between public authorities and CSOs. We list, among the acts studied, Law nº 13.019/2004 and subsequent amendments, known as the Regulatory Framework for Civil Society Organizations (MROSC) and PNAS (2004), as those that will support the results presented here.

The objective is to discuss how public power determines the ways of carrying out partnerships with CSOs. The presentation of the results is based on the systematization of the authors' professional practice, through the public-private collaborative experience, formalized in the public call processes established by the MROSC, between the Municipality of Campo Mourão, located in the state of Paraná, in Brazil, and the social assistance entities that make up the municipality's non- governmental network.

2 Methodology

Regarding the methodological procedures, bibliographical and documental research and the systematization of practice were used to support the data analysis and the constructed results. Nineteen notices of public calls for the year 2022 were analyzed, linked to the Municipal Social Assistance Fund of Campo Mourão, which had as a source of resources sources linked to the federal, state, and municipal government. The axes of analysis focus on the contracting object, the target audience to be served, and the value and origin of the financial resource.

3 Results and conclusions

From the Federal Constitution of 1988, the PAS is recognized as public, part of the Social Security tripod, which in Brazil also includes health and social security policies. It is organized based on the initiative of public authorities and society in order to guarantee the basic needs of those who need it. Recognized as a State duty and a citizen's right, and regulated by Law nº 8.742/1993, called the Organic Law of Social Assistance (LOAS), the PAS has been legitimized as a social protection strategy to face social inequalities.

Social protection can be considered a historical product of class struggles in the process of development of capitalist societies "[...] that respond to meeting needs inspired by principles and values socialized by workers and recognized by the State and employers" (Mota, 2009, p. 40). Thus, social protection systems are institutionalized with the provision of goods and services for those people who are unable to support themselves through work to cover risks and vulnerabilities resulting from unemployment.

Established in the PNAS (2004), social protection occurs through the Basic Social Protection (PSB) and Special Social Protection (PSE) modalities. The objective of the PSB is "to prevent risk situations through the development of potentialities and acquisitions, and the strengthening of family and community bonds"

(National Social Assistance Policy [PNAS], 2004, p. 27). The PSE is responsible for carrying out social assistance services aimed at families and individuals in risk situations that require interventions for specific problems such as abandonment, mistreatment, sexual abuse, and homelessness, among others.

The PSE is divided according to complexity into medium and high, the first being intended for those people who have had their rights violated, but maintain their family and community ties. The second was aimed at those who, due to the severity of the lack of protection experienced, were removed from their family and/or community nucleus. Thus, we perceive that the PAS advances in reaching its objective, as it serves individuals and families who live in a condition of pauperism, which is not limited to the absence of income. Therefore, it will require the provision of services that include access to other social policies, especially health, education, and housing, the strengthening of socio-family relationships, the exercise of the right to family and community coexistence, and access to the world of work, among others.

Social protection is built through continuous services aimed at serving the population and the development of actions aimed at meeting basic needs. At PSB, the services highlight the family as a unit of reference, respecting its organization and strategies for socio-territorial coexistence. In the medium-complexity PSE, services that require specialized monitoring are located, as they are services aimed at situations of violation of rights. In the high complexity PSE, integral protection services are provided, such as housing, food, and hygiene for families and individuals who are without family reference. The services offered in the PSB and PSE must be assured to the population on an ongoing basis and with free access. In addition to the services, programs are developed, in a perspective of complementary actions with scope, temporality, and objectives previously defined in the SUAS organization.

This complex set of services and programs articulated with socio-assistance benefits make up SUAS as a decentralized, participatory management model that regulates, in addition to nomenclatures, the standards of services, quality of care, evaluation indicators, and results. The logic proposed by SUAS is relevant when one observes the diversity of the Brazilian territory, organized into 27 federative units, including 1 Federal District and 26 states that aggregate 5,570 municipalities (Brazilian Institute of Geography and Statistics [IBGE], 2023). In addition, the execution of social assistance services and programs can occur through public units managed by federal entities, as well as the provision of services by the private network, belonging to CSOs.

Assistance organizations are those that "provide services, carry out programs or projects and grant basic or special social provision benefits, aimed at families and individuals in situations of vulnerability or social and personal risk" (Brazil, 2011, art. 3 §1) respecting the rules that order the provision of social assistance services. In addition, those who perform activities related to the typified services are also recognized, such as those who work in housing and rehabilitation of people with disabilities, recognized by Law No. 12,868/2013 and Resolution National Council for Social Assistance No.; those that promote insertion at work, according to CNAS Resolution No. 33/2011. Advisory organizations are those that "provide services and execute programs or projects aimed primarily at strengthening social movements and user organizations, training and training leaders" (Brazil, 2011, art. 3 §2).

Organizations for the defense and guarantee of rights are those that "provide services and execute programs and projects aimed primarily at the defense and realization of social assistance rights, construction of new rights, promotion of citizenship, confrontation of social inequalities, articulation with public bodies of defense of rights" (Brazil, 2011, art. 3 §3).

These PAS organizations can enter into partnerships with the public authorities for the transfer of co-financing for the execution of social assistance offers in the territories, under the terms of CNAS Resolution nº 21/2016 and Law nº 13.019/2014 (amended by Law nº 13.204/2015), known as MROSC. The MROSC provides for

the regulation of partnerships between CSOs and the public administration, establishing itself as a legal regime, determining procedures and criteria for establishing partnerships; and it is a strategic instrument in the contracting process and transparency in the application of public resources, its implementation being mandatory for Brazilian municipalities. Partnerships are carried out in five stages: planning; selection and celebration; execution; monitoring and evaluation and accountability.

The municipality of Campo Mourão is located in the state of Paraná and has a population of 96,102 inhabitants (IBGE, 2023), of which 39,065 are registered in the Cadastro Único (Consultation, Selection, and Extraction of Information from the Cadastro Único [CECAD], 2023), considered potential PAS users. The municipality has a network of governmental services, especially in PSB and non-governmental, with a prevalence of supply in the medium and high complexity PSE. It is in this type of service that we find the prevalence of Public Call Notices, a procedure defined by Law nº 13.019/2014 as one: "destined to select civil society organization to sign a partnership through a collaboration or development term" (Brasil, 2014, article 2, XII). Public Notices are prepared based on pre-selected criteria that meet the needs of the public administration and must specify items such as the budget schedule that authorizes and enables the celebration of the partnership; the object of the partnership; the dates, deadlines, conditions, place, and form of presentation of proposals; the expected value for the realization of the object.

Although the Public Call is a practice instituted in the municipality since 2017, for the purposes of this report, the Notices prepared in the year 2022 and linked to the Municipal Social Assistance Fund (FMAS) were selected. In the aforementioned period, 19 Public Notices were opened with the transfer of financial resources to achieve public interest purposes; all by means of a Collaboration Term, defined as the one whose partnership is proposed by the public administration. The Term Development is prepared when society presents its needs to the Public Administration. The Collaboration Agreement is the formalization of a partnership without the transfer of resources. In 2022, no Development Term or Collaboration Agreement was signed with resources linked to FMAS.

Analyzing the published public notices, it is possible to verify that all present the budget allocation linked to the Annual Budget Law of the municipality, used for commitment and payment of expenses, fulfilling requirements of fiscal responsibility in public management. As for the origin of the resources, it was observed that there are several sources of funding for PAS actions by the private network. Were opened:

Table 1: Distribution of Notices by funding source and total amount

| Number of Notices | Funding source | Amount ¹ |
|-------------------|---|---------------------|
| 01 | State resources | BRL 90,000.00 |
| 04 | Ordinary Federal Resources | BRL 84,249.96 |
| 06 | Municipal resources | BRL 671,562.00 |
| 08 | Extraordinary Federal resources from parliamentary amendments | BRL 1,183,139.00 |

Source: Systematization carried out by the authors in 2023

Thus, it is possible to observe that the partnership celebrations added up to the value of R\$ 2,028,950.96, with the prevalence being those resources arising from parliamentary amendments, which are changes in the federal public budget, carried out by Brazilian deputies and senators. When we observe the object of the partnerships and the target audience to be served, we verify that Public Call Notices were prepared for hiring CSOs with the purpose of assisting people in situations of vulnerability and social risk distributed as follows:

Table 2: Distribution of Public Call Notices by number of Notices, service provision, target audience and established value

| Number of Notices | Services provision | Target Audience | Value of Notices |
|-------------------|---|---|------------------|
| 07 | High complexity PSE, in the form of institutional care | Child and teenager | BRL 589,714.96 |
| 05 | PSE of medium complexity, in the service modality | People with disabilities and their families | BRL 509,997.12 |
| 03 | High complexity PSE in the institutional care modality | Elderly | BRL 410,842.88 |
| 02 | High complexity PSE in the institutional care modality | Adults and families living on the streets | BRL 244,242.00 |
| 02 | Preparation program for the world of work and professional learning | teenagers | BRL 274,154.00 |

Source: Systematization carried out by the authors in 2023.

From the systematization, it was identified the prevalence of 17 public notices for the transfer of resources for attendance services, and 2 public notices for the offer of programs. There was no public call for advisory and defense actions to guarantee the rights of PAS users, which may be a possible indication of weakening actions to strengthen the guarantee of rights and social participation.

In relation to the target public, we observed that the largest volume of transfers of resources was destined for actions aimed at children and adolescents. This public is considered by Brazilian legislation as an absolute priority, including preference in the formulation and execution of public social policies and the privileged allocation of public resources in the areas of its protection.

4 Final considerations

The application of the MROSC in the joint efforts of public-private partnerships can provide advances in the management of public administration, with greater clarity and security in the procedures for transferring financial resources to CSOs and transparency in the application of resources. The MROSC has also enabled the strengthening of civil society participation, filling gaps left by the State, which, in turn, is incapable of alone meeting the complex needs and demands presented by the public referenced in the PAS.

From the results obtained, it is important to highlight the origin of the resources transferred to the CSOs, observe the implementation of PAS financing, as well as its weaknesses and points that need attention from managers. The total amount transferred through the 17 public notices analyzed was R\$ 2,028,950.96, with only 4% of federal resources in the form of fixed and continuous transfer (fund to fund) and, 58% were extraordinary resources from parliamentary amendments. As it is of an extraordinary and discontinuous nature, the transfer via parliamentary amendments is carried out in a timely manner, for the payment of current expenses and the acquisition of equipment in a single installment, which may compromise the maintenance of the continuity of services. I.e., there is no guarantee of continuity of receipt of future funds. This is an obstacle in the execution of PAS actions, given that the transfers carried out in a discretionary way, without criteria of values and without forecasting of dates, make any type of planning of social assistance actions

impossible. The management of the PAS requires planning for the application of financial resources, and, in this sense, the transfer through parliamentary amendments weakens the PAS, and exposes the fragility that the referred policy is facing. In this sense, it is stated that the PAS is following a path in search of realizing its purpose, which is to offer services that can prevent and combat the lack of social protection, present in the Brazilian territory.

Bibliography references

- Consulta, Seleção e Extração de Informações do Cadastro Único. (2023) - Sistema de Dados do Cadastro Único. <https://cecad.cidadania.gov.br/painel03.php#> Recuperado em Abril 21, 2023.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). Dados Municipais. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/campo-mourao.html>
- Lei nº 12.435 de 06 de julho de 2011. (2011). Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, sobre a organização da Assistência Social. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm
- Lei 13.019 de 31 de julho de 2014. (2014). Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm
- Lopes, L. F., Santos, B., Brochardt, V. (2016). Entenda o MROSC: Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Lei 13.019/2014. Secretaria de Governo da Presidência da República.
- Mota, A. E. (2009). Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: A. E. Mota [et al.], (orgs), Serviço Social e Saúde (4ª ed., Cap. 2. pp. 40-48). Cortez; OPAS, OMS.
- Política Nacional de Assistência Social. (2004). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Entre lo temporal y lo estructural: un diagnóstico de los asentamientos informales (Proyecto Kër)

Diego Pascual López Carmona, Universidad de Murcia (diegopascual.lopez@um.es)

Francisco Eduardo Haz Gómez, Universidad de Murcia (francisco.haz@usc.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El proyecto KËR (casa en lengua Wólof hablada principalmente en Senegal y Mauritania) desarrolla el primer mapa sobre la discriminación por origen racial y/o étnico en el ámbito de la vivienda a las personas que residen en asentamientos informales (poblados chabolistas y edificios en ruinas habitados). Se trata del primer proyecto de estas características que se lleva a cabo en España y en la Unión Europea. Su principal objetivo es analizar cómo afecta la discriminación por origen racial y/o étnico en el ámbito de la vivienda a las personas que residen en asentamientos informales. Esta comunicación aborda uno de sus subobjetivos. El análisis de las diferentes tipologías de los asentamientos informales, distinguiendo entre horizontales y verticales, o rural y urbano, al igual que su durabilidad, diferenciando entre temporales y permanentes. Para ello, se enuncia una hipótesis de partida que defiende que, a pesar de la gran movilidad de sus habitantes, mayoría de los asentamientos informales en España son de carácter estructural y aunque en muchos casos parten de asentamientos temporales, estos se consolidan como estructurales. Para ello, se llevará a cabo un análisis de variables comparadas sobre la tipología de asentamientos dentro de las más de 1.500 muestras recogidas en los más de 130 asentamientos investigados.

Palabras clave

Asentamientos informales, cronificación, discriminación racial y/o étnica y vivienda

1 Introducción

De entre las diferentes manifestaciones de la exclusión residencial, los asentamientos informales son una de las realidades más desconocidas tanto en España, como en la mayoría de los países de nuestro entorno, al tiempo que, constituyen lugares extremadamente precarios y peligrosos donde se vulneran múltiples derechos humanos. Estos asentamientos generalmente están constituidos por chabolas, ruinas, almacenes de aperos de labranza, cobertizos y, en definitiva, un amplio abanico de habitáculos habilitados a modo de vivienda que no reúnen unos estándares mínimos de habitabilidad y seguridad.

El desconocimiento sobre esta problemática está particularmente condicionado por el predominio en la mayoría de los estudios sobre sinhogarismo y exclusión residencial de un enfoque teórico-metodológico “ortodoxo” (López Carmona et al., 2019). En particular, la mayoría de las encuestas nacionales y recuentos-encuestas en calle, todavía siguen aplicando una versión reducida de la *European Typology on Homelessness and Housing Exclusion* (en adelante ETHOS) elaborada por la Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con Personas Sin Hogar (en adelante FEANTSA). De este modo, la mayoría de los estudios se centran tan sólo en el análisis de las personas sin techo y sin vivienda. Un buen ejemplo de la proliferación de este enfoque hegemónico, lo encontramos en los resultados del *Quinto panorama de exclusión*

residencial en Europa publicado en 2020. De sus resultados se extrae que, de entre los 25 países que participaron en el estudio, tan sólo en 3 se recogía información de las personas sin hogar utilizando la tipología ETHOS completa (FEANTSA, 2020). Como se verá en adelante, esta tipología parte de cuatro categorías operativas elementales que diferencia entre las personas que pernoctan en la calle (1. Sin techo), las que permanecen alojadas temporalmente en un dispositivo, pisos, albergues y hostales entre otros (2. Sin vivienda), las que pueden perder la vivienda en cualquier momento (3. Vivienda insegura) y las que residen en una vivienda que no reúne los mencionados estándares de habitabilidad y seguridad (4. Vivienda inadecuada).

A nivel español, la información relativa a las personas sin hogar identificadas en las categorías 1 y 2 de ETHOS (Personas sin Techo y Sin vivienda) se viene recogiendo desde hace años a través de dos encuestas. La más antigua es la Encuesta sobre centros y servicios de atención a personas sin hogar que se desarrolla desde 2003, y la segunda, la Encuesta de Personas Sin Hogar, realizada en tres ocasiones (2005, 2012 y 2022), ambos estudios, llevados a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE). Según los datos más recientes, en 2020 se alojaron un promedio diario de 17.772 personas en centros de atención a personas sin hogar en España (INE, 2020). En cuanto al perfil sociodemográfico, podemos advertir que el 76,7% de estas personas eran hombres y el 23,3% mujeres. Según nacionalidad, las españolas suponían el 50,1% y las extranjeras el 49,9% siendo entre las extranjeras, el africano el colectivo mayoritario (26,6%) seguido del americano (12,9%) (INE, 2022). A su vez, los estudios nacionales que han abordado el análisis de la situación de las personas en vivienda insegura y vivienda inadecuada (categorías 3 y 4 de la tipología ETHOS) son mucho más recientes, y tan sólo se han identificado tres. Los dos primeros son las Encuestas Nacionales de Integración desarrolladas por Fundación FOESSA en 2018 y 2022 (en adelante ENIFOESSA). Según el dato de 2022, se estima que en España existen un total de 3.727.900 personas en situación de vivienda insegura, lo que supone que un 7,9% del total de la población Nacional estaría afectada por esta problemática. En cuanto a las personas afectadas por vivienda inadecuada, el total nacional estaría en torno a las 4.761.100 personas (10,1% del total de la población nacional).

Siguiendo la tipología ETHOS, los asentamientos informales estarían dentro de la categoría de *vivienda inadecuada*, aunque, en la mayoría de los casos, también se solapan situaciones de inseguridad residencial, ya que, sus moradores están constantemente expuestos a situaciones de desalojo. Si bien los estudios de FOESSA han supuesto un avance considerable al aproximar la mirada a estas dos situaciones que hasta entonces no se habían abordado de manera cuantitativa a nivel estatal, la ENIFOESSA presenta una limitación técnica, a la hora de arrojar información representativa del conjunto del fenómeno. Esta limitación radica en que su Encuesta se basa en personas residentes en hogares privados y, por lo tanto, censadas, dejando fuera a buena parte de las personas que ni siquiera tienen acceso a un empadronamiento. En aras de complementar este vacío de información, durante 2022, Fundación Cepaim en colaboración con el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia llevó a cabo *La Encuesta KËR, I mapa estatal sobre discriminación racial y/o étnica en el ámbito de la vivienda y asentamientos informales en España* (López Carmona et al., 2022). Esta encuesta se pudo realizar gracias a un proyecto diseñado por Fundación Cepaim y financiado con cargo a la Convocatoria de subvenciones para la realización de actividades de interés general consideradas de interés social, convocadas mediante Resolución de 22 de octubre de 2021 (B.O.E. número 256 del día 26 de octubre de 2021), correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 del Gobierno de España.

La Encuesta KËR es el Primer Estudio cuantitativo llevado a cabo en España a nivel Estatal cuya población objeto de estudio han sido las personas residentes en asentamientos informales de segunda generación (GES, 2009). Estos asentamientos de segunda generación son los que surgieron durante la década de los 90 cuando personas migrantes en situación de gran precariedad social comenzaron a ocupar lugares históricamente

habitados por familias españolas, también muy precarias, que habían sido realojadas. También son nuevos enclaves chabolistas y lugares habilitados a modo de vivienda que han ido proliferando junto a enclaves productivos agrícolas y en las grandes ciudades. Lugares en los que las personas en su mayoría de origen migrante han construido un refugio como única alternativa de alojamiento, dadas las dificultades estructurales que encuentra este colectivo para poder acceder a una vivienda adecuada.

El objetivo principal de este estudio era conocer el impacto de la discriminación racial y/o étnica en las personas que residen en asentamientos informales en España, al tiempo, que se recogía por primera vez, información relativa a las condiciones materiales de vida y la situación social de estas personas. No obstante, esta comunicación aborda uno de sus subobjetivos. El análisis de las diferentes tipologías de los asentamientos informales, distinguiendo entre horizontales y verticales, o rural y urbano, al igual que su durabilidad, diferenciando entre temporales y permanentes. Este objetivo se aborda desde la formulación de la siguiente hipótesis: *a pesar de la gran movilidad de sus habitantes, la mayoría de los asentamientos informales en España son de carácter estructural y aunque en muchos casos parten de asentamientos temporales, estos se consolidan como estructurales.*

2 Metodología

La principal técnica empleada, fue la encuesta a personas que residen en asentamientos informales. Respecto a la encuesta, cabe añadir que el tamaño muestral inicialmente calculado sobre las estimaciones por territorios era de 1.805 y finalmente, se obtuvieron un total de 1.654 encuestas válidas. Esta variación respecto a la estimación inicial, se encuentra motivada principalmente por la condición inmigrante del colectivo y el contexto socioeconómico actual. En particular, hemos de tener en cuenta que, tras las restricciones a la movilidad entre países durante la pandemia, 2022, ha sido el primer año en que muchas de las personas del colectivo objeto de estudio, han podido visitar a sus familiares en los países de origen. Esto ha motivado una variación de población que ha dificultado la realización del trabajo de campo, con particular incidencia en algunos territorios como Madrid, y con algunos colectivos como la población de Europa del Este. A pesar de esta desviación, como se verá a continuación, los resultados obtenidos son suficientemente robustos y representativos para explicar la realidad estudiada. A continuación, se ofrece el detalle de la ficha técnica de la encuesta.

– *Universo*

La encuesta ha estado dirigida a personas residentes en asentamientos informales mayores de 18 años.

– *Tamaño muestral*

Como se ha mencionado, el tamaño de la muestra se diseñó en un primer momento para 1.805 personas con residencia habitual en asentamientos informales distribuidos en 8 comunidades autónomas y en una ciudad autónoma (Ceuta). Finalmente, se recogieron 1.654 encuestas válidas (afijación por cuotas según la estimación de residentes en estos asentamientos). Estas se encuentran distribuidas en 7 comunidades autónomas, además de la Ciudad Autónoma de Ceuta, 12 zonas de estudio subdivididas en 129 puntos de muestreo, tal como se puede apreciar en el Cuadro 1. Cabe añadir, que para delimitar la zona de muestreo se han utilizado las áreas tomando como referencia el ayuntamiento del núcleo urbano más influyente.

Cuadro 1. Delimitación de la Muestra

| Comunidad Autónoma | Zona de muestreo | Número de asentamientos por zona de muestreo | Estimación | Realizadas |
|---|-------------------------------------|--|------------|------------|
| Cataluña | área de Barcelona | 14 | 175 | 158 |
| C. Valenciana | área de Valencia | 5 | 40 | 36 |
| R. Murcia | área de Murcia y campo de Cartagena | 20 | 110 | 108 |
| C. Madrid | área de Madrid | 17 | 175 | 58 |
| Aragón | área de Zaragoza | 6 | 10 | 7 |
| C.A. Ceuta | área de Ceuta | 6 | 100 | 97 |
| Castilla La Mancha: Provincias de Albacete y Ciudad Real | área de Albacete y Ciudad Real | 7 | 75 | 75 |
| Andalucía: Provincias de Huelva, Sevilla y Almería | área de Huelva | 20 | 325 | 321 |
| | área de Sevilla | 2 | 20 | 19 |
| | área de Levante de Almería | 9 | 225 | 216 |
| | área de Poniente de Almería | 23 | 550 | 559 |
| TOTAL | | 129 | 1.805 | 1.654 |

Fuente: Fundación Cepaim, elaboración propia.

– *Error muestral*

Una vez analizada la estimación de población en asentamientos en todos los territorios se ha concluido que esta información resulta enriquecedora para el objeto de estudio, no obstante, no es suficientemente fiable para acotar el universo de análisis, y, por lo tanto, para dotar de mayor consistencia al estudio se ha optado por definir el universo como población infinita. Por ello, el error muestral se ha calculado estimando que los pobladores de este tipo de asentamientos son una población infinita (Universo >100.000 sujetos). El cálculo de error de la muestra válida para un nivel de confianza del 95,5% (2 sigmas), $p=q=0,5$, con un error muestral para el conjunto de la muestra de $\pm 2,5\%$, en el supuesto de muestreo aleatorio simple. El cálculo de error de la muestra válida para un nivel de confianza del 99,73% (3 sigmas), $p=q=0,5$, con un error muestral para el conjunto de la muestra de $\pm 3,7\%$, en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

– *Procedimiento de muestreo*

Muestreo aleatorio simple entre personas residentes en asentamientos informales mayores de 18 años.

– *Método de recogida de información*

Encuesta realizada en campo mediante entrevistas cara a cara llevadas a cabo por un grupo 44 encuestadores/as.

– *El Cuestionario*

El cuestionario consta de 45 preguntas y se divide en diez bloques, siendo el primero el que recoge información relativa al tipo de asentamiento, el segundo, los datos del perfil de la persona encuestada: género, edad, lugar de nacimiento, origen étnico-cultural, lugar de empadronamiento, situación administrativa y empadronamiento. Los siguientes 7 bloques, recogen información relativa a cada una de las 7 dimensiones contempladas en el marco teórico: educación, relaciones sociofamiliares, laboral, ingresos, residencial, salud y participación. En el bloque siguiente, se recoge información relacionada con la red de apoyo social institucional (servicios sociales y entidades del tercer sector de acción social). El último bloque, recoge preguntas específicas relacionadas con la percepción subjetiva del bienestar de las personas encuestadas.

– *Periodo de recogida de información*

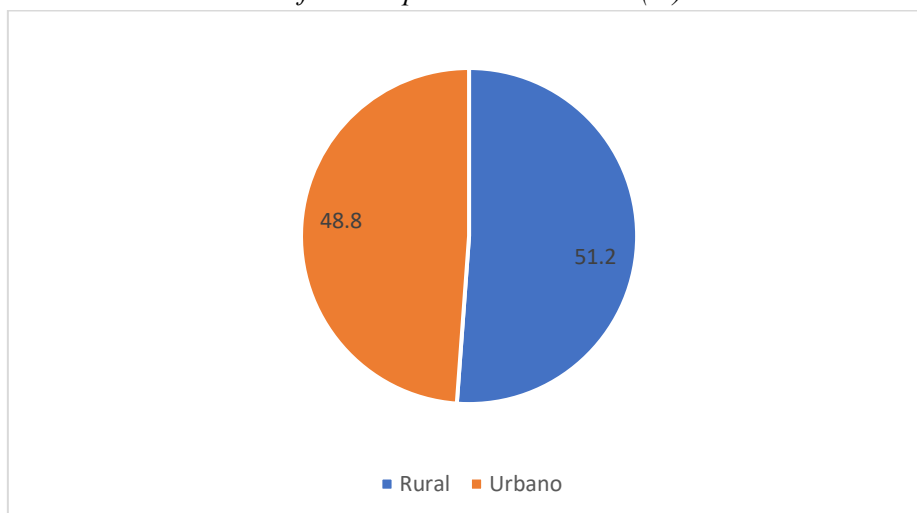
El 26 de mayo de 2022, se llevó a cabo el PRETEST o Prueba piloto del cuestionario en diversos asentamientos de la Provincia de Almería. Finalmente, una vez validado el cuestionario, la encuesta se realizó entre los meses de julio y septiembre de 2022.

3 Resultados y conclusiones

Para proporcionar la descripción de los asentamientos informales que se ofrece a continuación, se han elaborado 4 categorías basándonos en las habitualmente empleadas para definir estos espacios.

La primera de ellas es el *tipo de asentamiento*. Esta categoría está condicionada por la naturaleza urbana o rural del espacio geográfico donde se ubica el propio asentamiento. Los asentamientos considerados urbanos en este estudio son todos aquellos que se encuentran en zonas urbanizadas, ya sea en el extrarradio o en el centro de las ciudades y municipios. Los rurales, son todos aquellos que se encuentran fuera de estas zonas urbanizadas, por lo general, en el extrarradio de las ciudades y municipios, en las proximidades de explotaciones agrícolas y en lugares discretos o difíciles de localizar. En el gráfico 1 se puede observar que más de la mitad de los asentamientos estudiados (51,2%) son rurales, y el 48,8% urbanos.

Gráfico 1. Tipo de asentamiento (%)

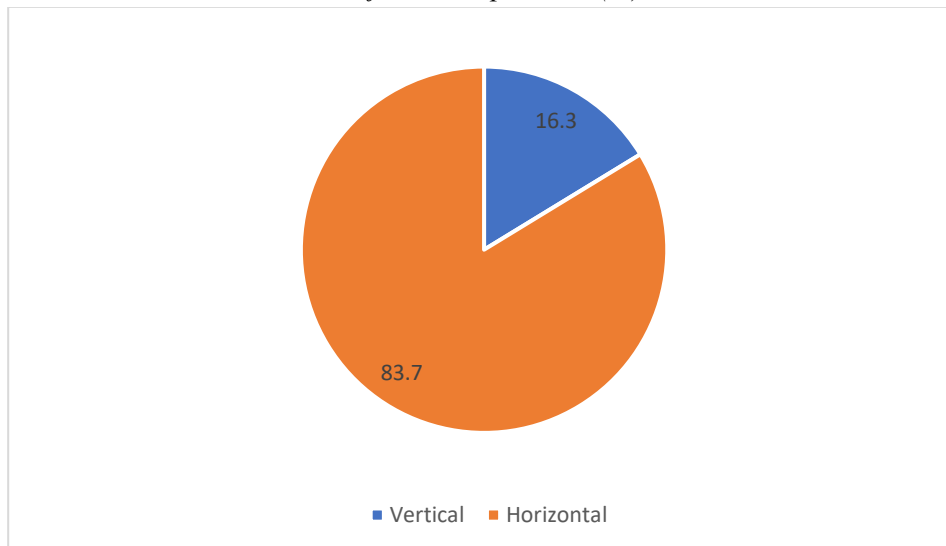


Fuente: Encuesta KËR-F. Cepaim, 2022

La segunda categoría creada es la *disposición del asentamiento*. Dicha disposición está determinada por el trazado de los espacios habilitados a modo de alojamiento. Así, se ha diferenciado entre verticales y horizontales. Los asentamientos considerados verticales son todos los que se encuentran en edificios con más de un piso de altura y los horizontales, los habitáculos de sólo una planta, o que pueden tener hasta una altura.

Como se puede ver en el siguiente gráfico (2), más de las tres cuartas partes de los asentamientos son de carácter horizontal, y tan sólo el 16,3% de carácter vertical.

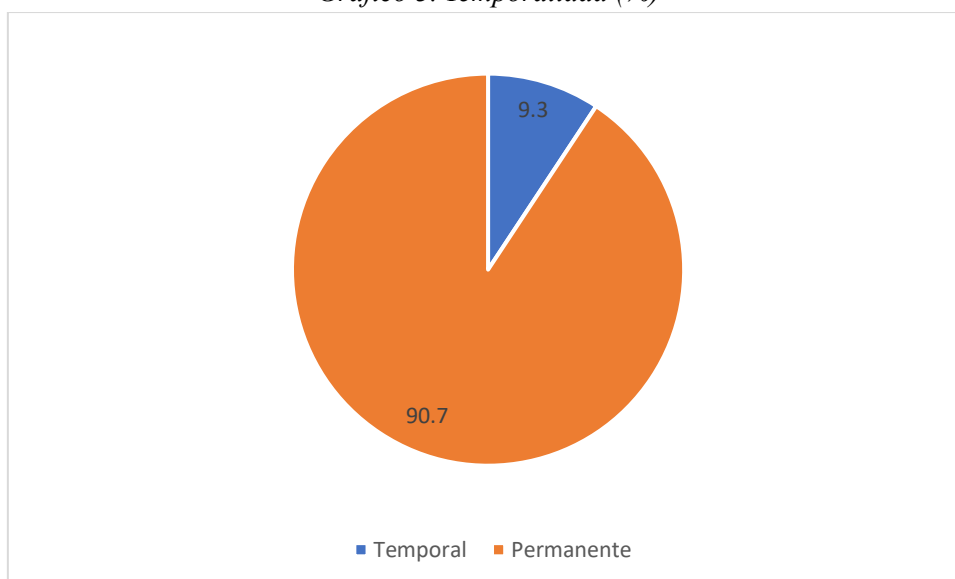
Gráfico 2. Disposición (%)



Fuente: Encuesta KËR-F. Cepaim, 2022

La tercera categoría implementada ha sido *la temporalidad del asentamiento*. Dicha temporalidad hace referencia a la permanencia en el tiempo del lugar. Así, se han considerado asentamientos temporales las agrupaciones de alojamientos, de personas en un mismo alojamiento, o la existencia de una persona en un alojamiento, que surgen puntualmente y al cabo de un tiempo desaparecen. A su vez, se han considerado asentamientos permanentes a todos aquellos que no siguen esta lógica y que se encuentran fijos en el territorio, aunque, el volumen de habitantes varíe en función de la época del año. Como se puede apreciar en el gráfico 3 más del 90% de los asentamientos tienen carácter permanente, y tan sólo un 9,3% son temporales.

Gráfico 3. Temporalidad (%)



Fuente: Encuesta KËR-F. Cepaim, 2022

Por último, a partir de la agregación de las categorías anteriormente descritas, se ha creado la categoría *Tipología de asentamientos* (Cuadro 2). Según esta categoría se puede ver con claridad, como son los asentamientos en España. El grupo más relevante (45,7%) es el de los asentamientos rurales, horizontales y permanentes. El segundo, lo constituyen los asentamientos urbanos, horizontales y permanentes (31%) y el tercero, urbanos, verticales y permanentes (10,1%). También se puede ver, que los menos representativos son los urbanos, verticales y temporales (1,6%), los rurales, horizontales, temporales (2,3%) y los rurales, verticales y permanentes (3,9%).

Cuadro 2. Tipología de asentamientos

| Tipología de asentamientos | N | % |
|--------------------------------|-----|-------|
| 1.Rural-Horizontal-Permanente | 59 | 45,7 |
| 2.Urbano-Horizontal-Permanente | 40 | 31,0 |
| 3.Urbano-Vertical-Permanente | 13 | 10,1 |
| 4.Urbanos-Horizontal-Temporal | 7 | 5,4 |
| 5.Rural-Vertical-Permanente | 5 | 3,9 |
| 6.Rural-Horizontal-Temporal | 3 | 2,3 |
| 7.Urbano-Vertical-Temporal | 2 | 1,6 |
| Total | 129 | 100,0 |

Fuente: Encuesta KÈR-F. Cepaim, 2022

En definitiva, según los resultados del análisis se puede desestimar la hipótesis nula, ya que, el 90,7% de los asentamientos tienen carácter permanente, lo que evidencia que se trata de un fenómeno estructural y altamente cronificado en nuestro país.

Referencias bibliográficas

Fundación FOESSA (2022). Informe sobre exclusión y desarrollo social en Andalucía. Madrid. Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores. https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2022/02/Informes-Territoriales-2022__Andalucia.pdf

FEANTSA, (2020). Quinto panorama de vivienda y exclusión residencial en Europa. FEANTSA y Foundation Abbé Pierre. <https://www.feantsa.org/en/news/2020/07/23/fifth-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2020>.

Gabinete de Estudios Sociales-GES, (2022). Asentamientos de inmigrantes: una propuesta de intervención. Fundación Cepaim. <https://www.cepaim.org/publicacion/informe-sobre-asentamientos-de-inmigrantes/>

INE varios años (2005, 2012 y 2022) Encuestas de Personas Sin Hogar.

https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

INE (2020) Encuesta de Centros y Servicios de Personas Sin Hogar.

https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176925&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

López Carmona, D. (dir.) (2019). Rompiendo con la invisibilidad de las mujeres sin hogar. Perfil y situación social de las mujeres en asentamientos informales en España. Fundación Cepaim.

<https://www.cepaim.org/publicacion/rompiendo-con-la-invisibilidad-de-las-mujeres-sin-hogar/>

López Carmona, D. (dir.) (2022). KËR I Mapa Estatal Sobre Discriminación Racial y/o Étnica en el Ámbito de la Vivienda y Asentamientos Informales en España. Fundación Cepaim, 2022.

<https://www.cepaim.org/publicacion/ker-i-mapa-estatal-sobre-discriminacion-racial-y-o-etnica-en-el-ambito-de-la-vivienda-y-asentamientos-informales-en-espana/>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Una aproximación a la realidad de las mujeres en situación de exclusión residencial en Mallorca: detección de violencias machistas e identificación de barreras a la intervención

Isabel, Nadal Amengual, OSIB-UIB (isabel.nadal@fueib.org)

Clara Ferragut Moranta, Fundació IRES (claraferragut@fundacioires.org)

Marina Rodríguez Morro, Fundació IRES (marinarodriguez@fundacioires.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El objetivo de esta investigación es conocer y visibilizar la situación de exclusión residencial desde la perspectiva de género en Mallorca, identificando las situaciones de violencia machista, y definir las barreras de acceso a los servicios asistenciales y de intervención con las cuales se encuentran. Ante la limitación de datos existentes, se ha complementado la investigación con una serie de entrevistas semiestructuradas al conjunto de profesionales que trabajan tanto el sinhogarismo como la atención a las mujeres que sufren violencia machista, con un total de 25 entrevistas. Como principales resultados, se corrobora la triple invisibilidad: persona sin hogar, mujer y víctima de violencia machista. Se detectan cuatro factores principales de desprotección: haber vivido un proceso migratorio; haber vivido violencia a lo largo de la vida; haber pasado por un proceso de institucionalización en la infancia; y no tener red de apoyo. También se detecta de manera muy significativa cómo las mujeres presentan patología dual, esto es, consumo activo y malestares mentales. Los servicios actuales no están atendiendo la problemática desde una perspectiva de género e interseccional, lo cual genera que estas mujeres no entren en los servicios de atención a las violencias ni en los recursos residenciales existentes, fuertemente masculinizados. Esta situación las lleva a desplegar estrategias de supervivencia individuales y desde los márgenes, que a menudo pasan por una exposición a la violencia. Existe una clara relación entre la violencia y la exclusión residencial que es bidireccional: la violencia empuja a abandonar el hogar, pero la exclusión residencial es también un detonante de la violencia. Se presentan, asimismo, algunas propuestas de mejora de la intervención social en la exclusión residencial y sinhogarismo en las mujeres.

Palabras clave

Violencia machista, exclusión residencial, perspectiva de género, interseccionalidad, intervención social.

1 Introducción

El sinhogarismo y la exclusión residencial en las mujeres es un hecho claramente invisibilizado (Sales & Guijarro, 2017; Herrero, 2003) que se da en formatos que a menudo son imperceptibles para la administración pública y el tercer sector, generalmente encargados de la atención a la problemática. Las diferentes formas de violencia, discriminación y desigualdad que sufren las mujeres en una situación de sinhogarismo y de exclusión residencial permanecen ocultas y por tanto, es muy difícil incidir en ellas porque no se conocen. De hecho, la situación de “sin techo” es solo una de las formas de sinhogarismo, pero la exclusión residencial (y también el sinhogarismo en sí) presenta otras manifestaciones de compleja descripción (Amore *et al.*, 2011). Tener que recurrir a vivir en un centro de acogida para mujeres víctimas de violencia machista y/o de género; en un centro para personas refugiadas; en casa de una persona agresora o en unas condiciones indignas

y absolutamente precarias por no tener opciones para acceder al mercado de vivienda normalizada, es también exclusión residencial.

La perspectiva interseccional (Rodó-Zárate, 2021) y de género resulta capital en la intervención porque, de manera también clara, las mujeres no tienen nunca una sola problemática. Todas las personas estamos atravesadas por múltiples ejes de desigualdad, y atender solo uno de los factores quizás olvida el resto de las dimensiones, a menudo mucho más conectadas de lo que podemos pensar. Entender que ni toda exclusión residencial y sinhogarismo ni todas las mujeres son iguales, es esencial para poder abordar las problemáticas de una forma integral y poder evitar la cronificación de situaciones de vulnerabilidad.

Se tiene que tener presente que Balears constituye una de las comunidades con un mayor volumen de población que compra y alquila a un precio de mercado más elevado, y es un territorio marcado por el uso de la vivienda de alquiler turístico. Las ayudas públicas acontecen insuficientes y el número de desahucios es también de los más elevados en el Estado español.

2 Metodología

Para conocer y visibilizar la exclusión residencial desde la perspectiva de género, identificar las situaciones de violencia machista que sufren las mujeres en exclusión residencial y sinhogarismo y poder definir las barreras de acceso a los servicios asistenciales de intervención, se ha optado por un análisis cuantitativo de los recuentos del IMAS y del INE, junto con un análisis cualitativo de 25 entrevistas realizadas a profesionales de los servicios de atención a mujeres víctimas de VG/VM y a exclusión residencial y sinhogarismo en Mallorca. Estos resultados se complementaron con un Grupo de Discusión donde participaron nueve profesionales representantes de nueve servicios diferentes.

3 Resultados y conclusiones

El mercado de vivienda balear, caracterizado por los precios desorbitados y, en consecuencia, un difícil acceso o mantenimiento del mismo, acontece un agente activo que agrava la situación en la que se encuentran muchas mujeres. Las personas profesionales entrevistadas apuntan a una insuficiente cobertura a través de las ayudas públicas para paliar las problemáticas en el territorio balear. Aquí hay que subrayar la capacidad de mantener la vivienda, dado que Balears es una de las comunidades autónomas con un mayor volumen de desahucios (Consejo General del Poder Judicial, 2021). Pero también es de las comunidades autónomas con mayor carencia de espacio en las viviendas y esto es destacable porque, ante la imposibilidad de acceder o mantener viviendas dignas, la aceptación de la precariedad (malas condiciones, carencia de luz y ventilación, hacinamiento), acontece una alternativa a la calle.

A pesar de las limitaciones de los recuentos y censos del IMAS (Institut Mallorquí d'Afers Socials), realizados exclusivamente en algunos municipios de Mallorca, estos permiten una aproximación al sinhogarismo en esta comunidad: se señala un aumento en el número total de personas que se encuentran en situación de calle entre 2015 y 2019, donde el incremento del número de mujeres es del 120% (López Bermúdez, 2019). Entre los motivos que pueden explicar la situación de sinhogarismo recogidos en la encuesta, el que más destaca es el que hace referencia a la esfera laboral y económica, un motivo vinculado con más frecuencia a los hombres, quienes permanecen más visibles, todavía, que las mujeres. Las mujeres también pierden el trabajo y los ingresos, pero la violencia también las expulsa de casa o les impide acceder a una. Las personas profesionales entrevistadas apuntan, además, a un cierto aumento de las personas

jóvenes y mayores, y sobre todo a la trayectoria migrante, el bajo capital social y la maternidad (monomarentalidad, especialmente).

Existen claras diferencias respecto a los hombres. Las personas profesionales entrevistadas exponen que las historias de vida de las mujeres están constantemente marcadas por la violencia, en su infancia y adolescencia y en su vida adulta. Hay muchas mujeres atendidas que han sufrido un proceso de institucionalización desde la infancia (protección de menores) (Matulič *et al.*, 2019). Existe, de forma clara, una relación entre la violencia y la exclusión residencial, un camino que es bidireccional: estas vivencias en torno a la violencia empujan a las mujeres a abandonar su hogar por supervivencia; pero también puede ser un detonante de la violencia el hecho de estar en una situación de exclusión residencial. Se generan dependencias económicas y emocionales difícilmente homologables en el caso de los hombres. Cabe tener en cuenta que las vivencias marcadas por acontecimientos traumáticos tienen un impacto en la salud mental de las mujeres, que a menudo presentan patología dual.

Otro aspecto diferencial muy significativo es el que refiere a las cargas familiares y la maternidad: el hecho de tener hijos e hijas implica un impacto emocional que repercute de forma diferente en hombres y en mujeres: para ellas, la maternidad es un tema siempre presente. Las mujeres, según la perspectiva profesional, pasan por experiencias muy traumáticas vinculadas al hecho de ser madres, porque en muchas ocasiones es incompatible el hecho de encontrarse sin hogar y/o en una situación grave de violencia con la crianza de los hijos e hijas, especialmente cuando son menores, e incurrir en pérdidas de custodia, temporales o permanentes. Además, encargadas con mayor frecuencia de hijos e hijas, tienen mayores problemas para encontrar una casa porque muchas personas propietarias prefieren no alquilar a madres, y registran más problemas para conciliar el trabajo con la vida personal y familiar; ante este escenario, recurrirán a cualquier estrategia (a través de su capital social o a través de las instituciones) para poder garantizar un techo a sus hijos e hijas.

También se encuentran grandes diferencias entre hombres y mujeres en el acceso y ocupación de espacios en los recursos. Generalmente, se ofrecen más plazas para los hombres en base a la detección sesgada del sinhogarismo, sin perspectiva de género y ciega ante cuestiones que afectan a las mujeres y que pasan, con mucha frecuencia, en la esfera privada y por tanto, oculta. Se genera, de esta forma, una masculinización de los servicios y recursos (Pérez de Madrid, 2019). En este sentido, las mujeres sufren una exposición a la violencia cuando se encuentran en situación de sinhogarismo y exclusión residencial que es mucho más agravada que en el caso de los hombres. Las personas profesionales de los servicios, tanto de atención a las violencias como residenciales, detectan una mayor intención de evitar la calle y la institucionalización en centros por parte de las mujeres que, cuando llegan, lo hacen en un peor estado de salud, física, emocional y psicológica, porque esto implica muchas veces multiplicar las experiencias de violencia.

La carencia de recursos o la carencia de adaptación de éstos a las necesidades de las mujeres las abocan a desplegar, de forma individual y en los márgenes, una serie de estrategias de supervivencia que no tienen que desplegar los hombres. Las mujeres acuden, antes que nada, a su red familiar y de amistad, aunque esto signifique volver a estructuras relacionales marcadas por la violencia. De hecho, como se detecta por parte de profesionales, muchas se encuentran con la única opción de mantener la relación de violencia con su agresor o agresores. Por otro lado, otra estrategia detectada es la que pasa por el ejercicio del trabajo sexual a cambio de un techo; también por la decisión de conformar parejas que no desean y determinadas por la dependencia. El trabajo interno de cuidadoras de personas dependientes (mayores, menores, con discapacidad) y encargadas de otras tareas del hogar, es otra forma de conseguir vivienda, por parte sobre todo de mujeres migrantes, muchas en situación irregular y en ausencia total de derechos laborales. Las personas profesionales manifiestan que se da una normalización de la violencia por parte de las mujeres.

Con todo, uno de los aspectos más graves es que estas estrategias de supervivencia se despliegan en un contexto en el que los recursos, limitados, no atienden a las mujeres de forma integral, teniendo en cuenta las múltiples intersecciones que las atraviesan: mujeres con otros ejes de vulnerabilidad, como pueden ser los malestares mentales o los consumos activos, quedan al margen de la atención. Los servicios y recursos cuentan con criterios de admisión/exclusión demasiado estrictos y que olvidan que las problemáticas no pueden ni explicarse ni intervenir solo desde una mirada y desde un solo eje.

La derivación acontece crucial para atender problemáticas concretas que se escapan de las competencias de los propios servicios. Emerge con fuerza la necesidad de una mirada e intervención interseccional: no hay profesional que pueda estar preparado o preparada para atender cualquiera de los ejes que atraviesan a las personas, por eso es clave que haya coordinación. Sin embargo, se encuentran, desde la experiencia profesional, complicaciones a la hora de establecer coordinaciones, principalmente por una carencia de tiempo y un alto volumen de tareas que asumir, además de dificultades de comunicación. Uno de los problemas más destacables, en este sentido, es que una mala coordinación produce un rebote de las mujeres entre diferentes servicios, revictimizándolas de manera constante.

Se identifican una serie de barreras a la intervención. Por un lado, la violencia que han sufrido y que continúan sufriendo las mujeres a quienes atienden imposibilita o dificulta muchísimo la recuperación de éstas; la violencia sufrida va acompañada, en muchas ocasiones, de un consumo activo y/o de malestares mentales y el hecho de que esto signifique un criterio de exclusión a la atención imposibilita intervenir de forma integral. Por otro lado, el contexto, con una carencia de recursos residenciales a los que pueden recurrir las personas profesionales, acontece otra barrera importante: ante la limitación de recursos para las mujeres, las entidades incurren en malas prácticas, sobresaturación de servicios y desatención. Si el acceso y mantenimiento de vivienda estuviera garantizado en esta comunidad autónoma, gran parte de los problemas que tienen las víctimas de violencia machista y/o de género se habrían resuelto. Además, a menudo los recursos disponibles son rígidos y muy estrictos y no ajustados a la vida: ayudas que llegan tarde; supuestos imposibles de cumplir en su totalidad, o difíciles de demostrar; incompatibilidades entre servicios... Es necesario, una vez más, poner al servicio de las personas profesionales herramientas, recursos, instrumentos y guías prácticas que sean realistas, accesibles y, sobre todo, interseccionales. Esto ayudaría mucho a las mujeres atendidas y también a quienes prestan la atención: el contexto en que éstas trabajan determina también su salud mental y su capacidad de intervención y es un hecho que manifiestan en muchísimas ocasiones, el encontrarse en un punto de “burnout” o desgaste profesional.

Con todo, se exponen una serie de propuestas de mejora: debate público sobre el problema del sinhogarismo femenino y su invisibilización; diseño de políticas transversales y desde la perspectiva de género e interseccional; adaptación de los recursos a las necesidades de las mujeres; provisión de vivienda a corto y largo plazo; intervención sobre el coste y promoción del alquiler social; formación feminista para profesionales y responsables de las políticas; y mejora de las condiciones laborales de las personas trabajadoras en el ámbito del sinhogarismo y exclusión residencial y en el de la violencia contra las mujeres.

Referencias bibliográficas

Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 19-37.

- Consejo General del Poder Judicial [CGPJ]. (2021). Datos sobre el efecto de la crisis en órganos judiciales - Anual 2021. Datos penales, civiles y laborales. Efecto de la Crisis en los órganos judiciales.
- Herrero, I. (2003). Mujeres sin hogar y violencia de género. La triple invisibilidad. Cuadernos de Trabajo Social, 16, 265-268.
- López Bermúdez, A. (2019). Persones usuàries que pernocten als centres de la Xarxa d'Inclusió Social. Anàlisi del III recompte de persones sense sostre. Alimara: revista de treball social, 60, 26-39.
- Matulič, M.V., De-Vicente, I., Boixadós, A., i Caïs, J. (2019). Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión social. Trabajo Social Global – Global Social Work, 9(16), 49-68.
- Pérez de Madrid, A. (coord.). (2019). Mujeres Invisibles. Una mirada a las violencias y la exclusión. AIRES. Asociación para la Inclusión Residencial y Social.
- Rodó-Zarate, M. (2021). Interseccionalitat. Desigualtats, llocs i emocions. Manresa: Tigre de paper edicions.
- Sales, A., i Guijarro, L. (2017). Mujeres sin hogar: la invisibilización de la exclusión residencial femenina. Barcelona Societat, 21, 1-8.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Política de vivienda y jóvenes andaluces: Estudio y valoración del bono de alquiler joven

Pilar Blanco-Miguel, Universidad de Huelva (pblanco@uhu.es)

Yolanda Borrego-Alés, Universidad de Huelva (yborrego@uhu.es)

Alfonso Chaves-Montero, Universidad de Huelva (alfonso.chaves@dstso.uhu.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Actualmente en España, la evolución del mercado de la vivienda presenta grandes dificultades para el acceso a la vivienda, especialmente para los jóvenes, que contribuye a limitar sus posibilidades de desarrollo vital. Objetivos. Esta comunicación responde a un doble objetivo: 1. Revisar el Real Decreto 42/2022, de 18 de enero por el que se regula el Bono Alquiler Joven a nivel general y estudiar cómo este se implementa en Andalucía. 2. Dar a conocer los resultados preliminares del estudio realizado sobre la percepción y grado de conocimiento que tiene la población joven andaluza sobre esta normativa. Metodología. Para cubrir el primer objetivo se lleva a cabo la revisión del Real Decreto 42/2022, así como las órdenes por las que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de las ayudas al alquiler a los jóvenes en Andalucía. Para el segundo, se ha pasado una encuesta online a 200 jóvenes andaluces de entre 18 y 35 años y los datos serán analizados con el paquete estadístico SPSS 20.0. Resultados. Esta comunicación nos permite analizar toda la normativa, así como conocer, las ventajas y limitaciones que tiene esta medida para los jóvenes.

Palabras clave

Bono de Alquiler Joven; política de vivienda; plan estatal; normativa autonómica; acceso a la vivienda.

1 Introducción

Estudios sobre la situación actual de España en cuestiones de vivienda, ponen de relieve que la evolución del mercado de la vivienda presenta grandes dificultades para su acceso. Esta circunstancia es especialmente alarmante en la población joven, contribuyendo a limitar sus posibilidades de desarrollo vital.

Las dificultades de emancipación y de acceso a la vivienda de las personas jóvenes se fundamentan principalmente en la relación entre el nivel de sus ingresos y los precios de adquisición de las viviendas. De hecho, si consultamos los datos de la última Encuesta Anual de Estructura Salarial, la ganancia media anual en 2020 de los trabajadores de entre veinte y veinticuatro años se situó en 12.925,0,8 euros; la ganancia media anual de los trabajadores de entre veinticinco y veintinueve años se situó en 18.372,47 euros, euros; y la de los de edad comprendida entre los treinta y treinta y cuatro años, se situó en 21.321,13 euros. Ello representa, respectivamente, un 48,64 %, un 27,0 % y un 15,28 % menos que la ganancia media anual por trabajador, situada en 25.165,51 euros.

El Plan Nacional de Vivienda en España ha tenido pocos cambios desde 1956 hasta 2013, cuando se produjo un cambio de modelo que priorizó el alquiler y la rehabilitación.

Tanto el Plan Estatal a la Vivienda de 2018-2021, como el plan de 2022- 2025 tienen un compromiso social. Estos planes incluyen programas de ayuda para colectivos vulnerables: personas en situación de desahucio, jóvenes, personas con discapacidad y personas mayores.

La importancia que tiene atender a las necesidades de la población joven en materia de vivienda toma protagonismo en el Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, por el que se regula el Bono de Alquiler Joven y el Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-25.

Esta comunicación responde a un doble objetivo:

1. Revisar el Real Decreto 42/2022, de 18 de enero por el que se regula el Bono Alquiler Joven a nivel general y cómo este se implementa en Andalucía.
2. Dar a conocer los resultados preliminares procedentes del estudio realizado para conocer la percepción y grado de conocimiento que tiene la población joven andaluza sobre esta normativa objeto de análisis.

2 Metodología

Para cubrir el primer objetivo se ha llevado a cabo la revisión del Real Decreto 42/2022, así como las órdenes por las que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de las ayudas al alquiler a los jóvenes en Andalucía.

Para el segundo objetivo, se está realizando una investigación de carácter cuantitativo. Para la recogida de información se elabora una encuesta online y se da difusión empleando la técnica de la bola de nieve. Cabe señalar que la investigación sigue en marcha y se presenta en este Congreso un avance de los resultados con los primeros 200 cuestionarios recibidos. Pueden participar en el estudio todos los jóvenes andaluces de entre 18 y 35 años. El objetivo de este instrumento, además de conocer algunos datos sociodemográficos es obtener información sobre el nivel de conocimiento y la valoración general que los jóvenes andaluces hacen de este bono de alquiler y de otras cuestiones afines. Los datos recogidos serán tratados estadísticamente y utilizados con fines investigadores, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. En el ANEXO se facilita el cuestionario utilizado. Para el análisis de los datos se utiliza el paquete estadístico SPSS 20.0

3 Resultados y conclusiones

3.1 Resultados para el objetivo 1

Se ha realizado una revisión del Real Decreto 42/2022, así como las órdenes por las que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de las ayudas al alquiler a los jóvenes en Andalucía. Esta información ha servido como soporte para poder atender el segundo de los objetivos de esta comunicación; conocer el Plan general y las peculiaridades a nivel de Andalucía, es fundamental para elaborar el cuestionario y seleccionar las preguntas que pueden y deber ser objeto de análisis y reflexión.

Aplicación con carácter general:

Cabe destacar, que el Plan Estatal Para el Acceso a la Vivienda 2022- 2025 en España, se aprobó para continuar las modificaciones en ayudas estatales a la vivienda iniciadas en 2013 y continuadas en el Plan Estatal de Vivienda 2018-2021. El gobierno busca facilitar el acceso a la vivienda de personas y grupos vulnerables a través de ayudas directas al alquiler y pago de gastos de suministros y comunidad. Con este Plan, también se pretende ampliar la oferta de viviendas en alquiler y prestar atención especial a núcleos de población con menos de 10.000 habitantes. El Plan incluye un Programa de ayuda para jóvenes para favorecer su acceso a la vivienda y su emancipación.

Entre los Programas de Ayuda dirigidos a reducir las situaciones de vulnerabilidad social y exclusión residencial, se recoge el programa de ayuda a personas jóvenes y de contribución al reto demográfico.

Revisión de la regulación Autonómica.

La Consejería de Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda, de la Junta de Andalucía es la responsable de revisar y regular las cuestiones en materia de vivienda en esta Comunidad Autónoma.

Es la orden de 3 de octubre de 2022, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de ayudas al Alquiler a los Jóvenes: Bono Alquiler Joven en Andalucía.

El Real Decreto 41/2022 establece el Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-2025 en España, pero cada comunidad autónoma aplicará los diferentes programas según sus necesidades y marco legal. En el caso de Andalucía, cabe destacar el Plan Alquila, que ofrece ayudas económicas a inquilinos que cumplan ciertos requisitos para el pago del alquiler de su vivienda habitual y permanente. Esta ayuda autonómica, puede cubrir hasta el 50% de la renta mensual y puede tener una duración máxima de 12 meses.

3.2 Resultados para el objetivo 2

En este apartado, se presentan los resultados de una muestra de 200 jóvenes andaluces de entre 18 y 35 años. En lo que se respecta al perfil sociolaboral de los jóvenes encuestados:

- La edad media es edad es de 26 años.
- El 63,5% son mujeres y el 35% son hombres.
- Estado civil: la mayoría de los participantes son solteros (86%), un 10,5% están casados/pareja de hecho y el 3% está separado/divorciado.
- Nº de hijos: el 87,9% no tiene hijos, el 6,6% tiene un hijo y el 5,5% tiene dos hijos.
- Provincia en la que reside: Sevilla 27,5%, Huelva 22,5%, Málaga 11%, Jaén 10,5%, Almería 8%, Cádiz 8%, Córdoba 8% y Granada
 - 4,5%.
- Situación profesional: de los jóvenes con empleo, el 43,5 % son empleados por cuenta ajena (trabaja para una empresa/organización) y un 4,5% es autónomo. Un 37,5% es estudiante y tiene ningún trabajo remunerado. Un 11% está desempleado.
- Tipo de empresa en la que trabajas: El 72,6% trabajo en una empresa privada y el 27,4 % restante en una empresa pública.
- Nivel de estudios: destacan el número de alumnos con bachillerato/ FP 39,5% y los que tienen un título universitario (diplomado, licenciado, graduado) que suponen el 31,5% de la muestra.

A continuación, se presentan algunos resultados sobre el nivel de conocimiento y la valoración general que los jóvenes andaluces hacen de este bono de alquiler y de otras cuestiones afines.

El 50,5% de los encuestados sí conoce el bono de alquiler joven. Son un 49,5% los que lo desconocen.

De los jóvenes que conocen este bono, un 32,4% lo conoce por los medios de comunicación, un 21,3 % por redes sociales (facebook, instagram, ...) y un 16,2% por familiares o amigos. Son una minoría los que han conocido esta ayuda a través de instituciones educativas, políticas u otra vía.

Cuando se les pregunta por el grado de conocimiento que tienen sobre el marco normativo (nacional y/o autonómico) que regula este bono, se detecta que los jóvenes tienen muy poca información sobre esta cuestión. Sólo 37 jóvenes asignan un valor igual o superior a 5 al grado de conocimiento en una escala de 0 a 10.

En cuanto a los requisitos para solicitar el bono de alquiler joven, un 70% los desconoce.

Un 87% de los encuestados nunca ha pedido este bono de alquiler.

El 94% no percibe ni nunca ha percibido este tipo de ayuda. Del 6% que sí ha recibido o recibe esta ayuda el 99% no ha recibido ninguna otra ayuda complementaria.

Cuando se les pide que valoren la existencia de un bono de alquiler joven, con independencia del grado de conocimiento, el 75% asigna una puntuación igual o superior a 5 (en una escala de 0 a 10). No ocurre lo mismo cuando se pide que valoren el procedimiento de solicitud, gestión y adjudicación. Los que sí conocen estos mecanismos no están satisfechos con estas cuestiones

3.3 Conclusiones

La primera parte del estudio nos ha permitido conocer Real Decreto 42/2022, así como las órdenes por las que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de las ayudas al alquiler a los jóvenes en Andalucía. Esta información, ha servido como soporte preparar la segunda parte del trabajo, elegir la muestra, diseñar el cuestionario y seleccionar las preguntas que pueden y deber ser objeto de análisis y reflexión.

No debemos olvidar que se trata de un avance de resultados, con una muestra de 200 jóvenes andaluces, que la investigación sigue en curso y que hay que se presentan en este texto algunos resultados preliminares.

Este estudio nos ha permitido analizar la normativa referenciada y conocer la valoración que una muestra de jóvenes andaluces de entre 18 y 35 años hacen de estas medidas, cuántos disfrutaban de este bono y qué grado conocimiento. Disponer de esta información es un punto de partida para conocer las ventajas y limitaciones que tienen para ellos este tipo de ayudas.

Referencias legislativas

Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, por el que se regula el Bono de Alquiler Joven y el Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-25. BOE Número 16, 19 de enero de 2022.

Ley 1/2010, de 8 de marzo, Reguladora del Derecho a la Vivienda en Andalucía. BOE Número 77, 30 de marzo de 2010.

Anexo**SI TIENES ENTRE 18 Y 25 AÑOS NECESITO QUE COLABORES CON NUESTRO ESTUDIO**

El presente cuestionario tiene como objetivo estudiar el grado de conocimiento y la valoración que los jóvenes andaluces hacen del bono de alquiler joven y del plan de acceso a la vivienda. Para cumplimentarlo correctamente, es necesario que leas atentamente cada una de las preguntas y no dejes ninguna sin responder.

Los datos recogidos serán tratados estadísticamente y utilizados con fines investigadores, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

1. Edad: _____(años)
2. Género
 - Hombre
 - Mujer
 - Otro
3. Estado Civil
 - Soltero
 - Divorciado/separado
 - Casado/pareja de hecho.
 - Viudo
4. Nº de hijos: _____
5. Provincia en la que resides: _____
6. Situación profesional:
 - Empleado por cuenta propia (autónomo)
 - Empleado por cuenta ajena (trabaja para una empresa/organización)
 - Desempleado
 - Estudiante (sin ningún empleo)
 - Pensionista
 - Otros
7. Tipo de empresa en la que trabajas:
 - Pública
 - Privada
8. Tiempo trabajado: _____años
9. Nivel de estudios (marque el más alto que tenga)
 - Estudios primarios
 - Estudios secundarios
 - Bachillerato/FP/COU
 - Diplomado/Licenciado/Graduado
 - Magíster/Dea/Tesina
 - Doctor
10. ¿Conoces el bono de alquiler joven?
 - Si
 - No
11. Conoces este bono a través de:

- Familiares o amigos.
 - Redes sociales (Facebook, Instagram,...)
 - Medios de comunicación (TV, radio...)
 - Instituciones educativas (instituto, universidad,...)
 - Instituciones políticas
 - Otros
 - No lo conozco
12. Puntúa de 0 a 10 el grado de conocimiento que tienes sobre el marco normativo (nacional y/o autonómico) que regula este bono.
13. ¿Conoces los requisitos para ser beneficiario de este bono de alquiler joven?
- Sí
 - No
14. ¿Has solicitado alguna vez el bono de alquiler joven?
- Sí
 - No
15. ¿Estás percibiendo o has percibido esta ayuda?
- Sí
 - No
16. ¿Cómo valoras este bono de alquiler social en una escala de 0 a 10? (siendo 0 nada y 10 mucho)
17. Valora el procedimiento de solicitud, gestión y adjudicación en una escala de 0 a 10 (siendo 0 nada y 10 mucho)
18. ¿Recibes otro tipo de prestación/ayuda social no relacionada con ayudas a la vivienda?
- Ingreso mínimo vital
 - Subsidio de desempleo
 - Ayuda familiar
 - Pensión
 - Otro _____
19. ¿Recibes otro tipo de ayuda/prestación a la vivienda?
- Sí
 - No
20. En caso recibir otra ayuda a la vivienda, ¿sabes de qué administración es?:
- Estatal
 - Autonómica
 - Provincial
 - Municipal
 - Otra
 - No lo se



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Plan Estatal para el acceso a la vivienda 2022-2025: Análisis de las estrategias contempladas para la reducción de la exclusión residencial

Pilar Blanco-Miguel, Universidad de Huelva (pblanco@uhu.es)

Yolanda Borrego-Alés, Universidad de Huelva (yborrego@uhu.es)

Alfonso Chaves-Montero, Universidad de Huelva (alfonso.chaves@dstso.uhu.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La implementación del Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, por el que se regula el Plan Estatal para el acceso a la vivienda 2022-2025, nace, no sólo como una forma de contribuir a minimizar, el impacto económico y social del COVID-19, en los alquileres de vivienda habitual, sino también, como un programa específico de ayuda habitacional para personas consideradas vulnerables. En él se fijan una serie de objetivos, entre otros el de mejora de la accesibilidad de nuestras viviendas y de regeneración de zonas degradadas o áreas donde la infravivienda y el chabolismo son todavía hoy realidades contra las que la acción política pública ha de emitir soluciones para su erradicación. *Objetivos.* Por un lado, revisar los Programas contemplados en el Plan Estatal y que van dirigidos a facilitar el acceso a la vivienda de los grupos más vulnerables, y por otro, presentar una fotografía de la aplicación a nivel autonómico de cada uno de los programas recogidos en él. *Metodología.* Revisión sistemática, del Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, como de los Decretos/Órdenes Autonómicas que regulan la puesta en marcha de la normativa estatal.

Palabras clave

Política de vivienda, plan estatal, normativa autonómica, acceso a la vivienda, grupos vulnerables.

1 Introducción

El derecho a la vivienda en España está reconocido en el artículo 47 de la Constitución, como un derecho económico, social y cultural. Sin embargo, la vivienda debe considerarse como un problema que afecta a muchos ámbitos, más allá del económico, debido a sus implicaciones en el ámbito social, jurídico, cultural y político (Vicente Vara, 2009; Castaño Martínez, 2012). En espera de la aprobación de la Ley de Vivienda, la Política de Vivienda en nuestro país ha ido materializándose a través de la puesta en marcha de consecutivos Planes de Vivienda. Planes que, como muy bien apunta Van-Halen Rodríguez (2022), han pasado a convertirse en una herramienta muy importante de la política de esta materia, ya que han permitido regular, entre otras cuestiones importantes: los tipos y condiciones de las viviendas protegidas, el perfil de los potenciales beneficiarios y las ayudas para su acceso. El Plan Nacional de Vivienda en España ha tenido pocos cambios desde 1956 hasta 2013, cuando se produjo un cambio de modelo que priorizó el alquiler y la rehabilitación.

Los Planes Estatales de Vivienda de 2018-2021 y 2022-2025 se comprometen en lo social, incluyendo programas de ayuda para colectivos vulnerables como personas en situación de desahucio, jóvenes, personas con discapacidad y personas mayores. El Plan de Acceso a la Vivienda 2022-25 incorpora nuevos programas dirigidos a la erradicación de zonas degradadas, chabolismo e infravivienda.

2 Metodología

Dado que nuestros objetivos de estudio están centrados en revisar la normativa, tanto nacional como autonómica, que actualmente regula las ayudas estatales para el acceso a la vivienda, hemos llevado a cabo una revisión sistemática, tanto del Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, como de los Decretos/Órdenes Autonómicas que regulan la puesta en marcha de esta normativa estatal.

3 Resultados

3.1 Plan Estatal Para el Acceso a la Vivienda 2022-2025 en España

El Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-2025 se aprobó para continuar las modificaciones en ayudas estatales a la vivienda iniciadas en 2013 y continuadas en el Plan Estatal de Vivienda 2018-2021. El gobierno busca facilitar el acceso a la vivienda de personas y grupos vulnerables a través de ayudas directas al alquiler y pago de gastos de suministros y comunidad. También se pretende ampliar la oferta de viviendas en alquiler y prestar atención especial a núcleos de población menores de 10,000 habitantes. El Plan incluye un Programa de ayuda para jóvenes para favorecer su acceso a la vivienda y su emancipación.

3.1.1.- Programas de Ayuda dirigidos a reducir las situaciones de vulnerabilidad social y exclusión residencial.

Aunque el Plan contempla 13 programas de actuación, distribuidos en 7 líneas programáticas estratégicas, este apartado va a estar centrado en recoger la información más destacable relativa a los programas que van dirigidos exclusivamente a reducir las situaciones de vulnerabilidad social y exclusión residencial, como son Si bien no hemos contemplado, ni el programa 2 de ayuda al alquiler de vivienda, ni el programa 4 de ayuda a las personas arrendatarias en situación sobrevenida, por no estar dirigidos de forma específica a un colectivo vulnerable específico, es importante reseñar su importancia dada la finalidad con la que ambos están concebidos (art. 26 y 43 respectivamente), que no es otra que proveer el disfrute de una vivienda o habitación en régimen de alquiler o de cesión de uso a sectores de población con exiguos recursos económicos o en situación de vulnerabilidad sobrevenida, que carezcan de una vivienda en propiedad o del usufructo de alguna vivienda en España, mediante la concesión de ayudas directas a las personas arrendatarias o cesionarias, y que el coste de alquiler o cesión de la vivienda sea igual o inferior a 600 euros mensuales y de la habitación igual o inferior a 300 euros mensuales (art. 27.1. d), para el primer caso y de precio igual o inferior a 900 euros en el segundo (art.44.d).

Centrándonos en los programas destinados a colectivos especialmente vulnerables vemos que el Programa 3 tiene como objeto (art.35) facilitar una solución habitacional inmediata a personas *víctimas de violencia de género, víctimas de trata con fine de explotación sexual, víctimas de violencia sexual, personas objeto de desahucio de su vivienda habitual, personas sin hogar y a otras personas especialmente vulnerables.* Situación que tendrá que ser avalada por las Comunidades Autónomas o Ciudades de Ceuta y Melilla previo informe de los Servicios Sociales autonómicos o locales. De forma excepcional e inmediata también será aceptadas todas aquellas situaciones de sinhogarismo que vengan acreditadas por entidades colaboradoras debidamente habilitadas. De igual modo, adquieren su condición de beneficiarias de esta ayuda (y así queda recogido en el punto 3 del artículo 35) todas aquellas entidades, tanto públicas como privadas, sin ánimo de lucro que trabajen en aras de encontrar una solución habitacional. La ayuda de alquiler o cesión es por un máximo de cinco años y cubre gastos de mantenimiento, seguros, comunidad y suministros básicos. Las

comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla deben establecer convocatorias abiertas para acceder a estas ayudas. La cuantía de la ayuda es de al menos 600 euros mensuales, pudiendo llegar a 900 euros, y será pagada directamente a la persona física o jurídica arrendadora de la vivienda.

Por su parte, el *programa de ayuda a personas jóvenes y de contribución al reto demográfico* está pensado, tanto para ayudar al pago del alquiler como a la adquisición de una vivienda situada en un municipio o núcleo de población igual o menor a 10.000 habitantes. Como requisitos básicos para beneficiarse de ambas ayudas se exige no superar la edad de 35 años y que el montante de sus ingresos económicos anuales sea igual o inferior a 3 veces el IPREM o de 4 veces este indicador si el/a joven tiene una discapacidad o es hijo/a de víctimas de violencia de género (esta última sólo para la ayuda al alquiler) y de 5 veces cuando el grado de discapacidad sea igual o superior al 33% y superior al 33% en el caso de adquisición de vivienda habitual. Otro requisito importante que recoge el programa es el de las cuantías económicas a recibir en ambas ayudas. Para el alquiler el tope queda establecido en 600 euros si es vivienda y de 300 euros si es habitación. En cuanto al valor de adquisición de la vivienda esta no podrá superar los 120.000 euros.

El *programa de fomento de vivienda para personas mayores y personas con discapacidad*, está centrado en impulsar la promoción de alojamientos o viviendas con instalaciones, servicios y zonas de interrelación para personas mayores y personas con discapacidad destinadas al alquiler o cesión de uso. Se obliga a que estas viviendas ofrezcan al menos: servicios sociales, atención médica básica disponible 24 horas, limpieza de mantenimiento, dispositivos de seguridad, restauración, actividades sociales, deportivas, de ocio y culturales, así como terapias preventivas y de rehabilitación. Los espacios deberán cumplir con las normas de accesibilidad para que estas personas puedan desarrollar su vida de forma autónoma y natural. Estas viviendas deberán ser puestas a este fin durante un periodo de al menos 20 años.

Por último, y con el fin de facilitar y mejorar la inclusión social de las personas y unidades de convivencia que vivan en chabolas o infraviviendas ubicadas en zonas degradadas, se articula el Programa 12 *de ayuda a la erradicación de zonas degradadas, del chabolismo y la infravivienda*. Su propósito está centrado en financiar todas aquellas acciones conjuntas encaminadas a la rehabilitación de viviendas, de renovación y nueva edificación de viviendas, de urbanizaciones o reurbanización de los entornos de las viviendas rehabilitadas, renovadas o edificadas, de realojos y de gastos profesionales y de gestión inherentes a la erradicación de áreas abandonadas, obsoletas o en declive o en aquellas en que exista chabolismo y/o infravivienda (art. 118). De forma excepcional podrán ser objeto de este programa las áreas identificadas en el Estudio-Mapa sobre vivienda y población gitana elaborado en el 2016 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en correlación con la Estrategia Nacional para la Inclusión Social, la Igualdad y la Participación de la población gitana (art. 118. 2). Las zonas serán delimitadas por acuerdos de comunidades autónomas y ayuntamientos, y se debe enviar la propuesta al Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Se debe incluir un diagnóstico de la situación demográfica, social, económica y ambiental, así como un plan de realojo temporal y retorno con plazos y costes, junto con medidas sociales para la población afectada.

3.2 Situación autonómica

El Real Decreto 41/2022 establece el Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-2025 en España, que busca mejorar el acceso a la vivienda y fomentar el alquiler asequible. Cada comunidad autónoma aplicará los diferentes programas según sus necesidades y marco legal, como el Plan Alquiler en Andalucía y el Programa de Ayudas al Alquiler en Aragón, que ofrecen ayudas económicas a inquilinos que cumplan ciertos requisitos para el pago del alquiler de su vivienda habitual y permanente, cubriendo hasta el 40% o 50% de la renta mensual y con una duración máxima de 12 meses.

En Asturias, el "Programa de Ayuda al Alquiler" del Real Decreto 41/2022 se aplica a través del Plan de Vivienda del Principado de Asturias 2018-2021, que ofrece ayudas económicas a los inquilinos que cumplan con los requisitos establecidos para hacer frente al pago del alquiler de su vivienda habitual y permanente en la comunidad autónoma. En las Islas Baleares, el "Programa de Ayuda al Alquiler" del mismo Real Decreto se aplica a través del Plan de Vivienda de las Islas Baleares 2021-2024, que también ofrece ayudas económicas a los inquilinos que cumplan con los requisitos establecidos para hacer frente al pago del alquiler de su vivienda habitual y permanente en las islas. Ambos programas tienen requisitos similares y ofrecen ayudas de hasta el 40% de la renta mensual del alquiler, con un límite máximo establecido y una duración máxima de 12 meses.

En las Islas Canarias y Cantabria, el "Programa de Ayuda al Alquiler" del Real Decreto 41/2022 se aplica a través del Plan de Vivienda de cada comunidad autónoma. Ambos programas ofrecen ayudas económicas a personas físicas o familias en situación de vulnerabilidad económica y social para hacer frente al pago del alquiler de su vivienda habitual y permanente. Para acceder a las ayudas, los interesados deben cumplir requisitos como estar empadronados en la comunidad, tener ingresos inferiores a un límite establecido y no tener una vivienda en propiedad. El importe de las ayudas varía según los ingresos y la renta del alquiler, y se establece un plazo y requisitos específicos para presentar la solicitud.

En Castilla y León y Castilla-La Mancha se implementa el "Programa de Ayuda al Alquiler" del Real Decreto 41/2022 a través del Plan de Vivienda de cada región respectivamente. Este programa ofrece ayudas económicas destinadas a sufragar el coste del alquiler de la vivienda habitual y permanente de aquellas personas que cumplan los requisitos establecidos en la convocatoria. El importe de las ayudas varía en función de los ingresos y de la renta del alquiler, y el plazo de presentación de solicitudes y los requisitos específicos se establecerán en cada convocatoria anual.

En Cataluña y la Comunidad Valenciana se ofrecen programas de ayuda al alquiler a través de planes de vivienda estatales. Ambos programas brindan una ayuda económica a personas que cumplan con ciertos requisitos, como tener ingresos limitados y no poseer otra vivienda, para sufragar parte del coste del alquiler de su vivienda habitual y permanente. El importe de la ayuda varía según los ingresos y la renta del alquiler, y el plazo de presentación de solicitudes y los requisitos específicos se establecerán en cada convocatoria anual.

En Extremadura y Galicia, el "Programa de Ayuda al Alquiler" del Real Decreto 41/2022 se implementa a través de planes de vivienda regionales y se ofrecen ayudas dirigidas a personas físicas o jurídicas que cumplan con los requisitos establecidos en la convocatoria correspondiente. Los requisitos incluyen tener ingresos limitados, no ser titular de otra vivienda, tener un contrato de alquiler y estar al corriente en el pago de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social. El importe de las ayudas varía según los ingresos y la renta del alquiler, y se establece un límite máximo en función de cada región. Los interesados deben presentar su solicitud dentro del plazo establecido y acreditar los requisitos exigidos.

En la Comunidad de Madrid, el "Programa de Ayuda al Alquiler" se implementa a través del "Plan de Vivienda Joven de la Comunidad de Madrid" dirigido a jóvenes menores de 35 años con ingresos limitados. En la Región de Murcia, el programa se aplica a través de la Consejería de Fomento e Infraestructuras y está dirigido a personas con dificultades para hacer frente al pago del alquiler y que cumplan con ciertos requisitos. En ambos casos, la cuantía de la ayuda depende de varios factores, como la renta mensual de la vivienda y el número de miembros de la unidad de convivencia, entre otros.

En la Comunidad Foral de Navarra y en el País Vasco se aplican programas de ayuda al alquiler para facilitar el acceso a viviendas en régimen de alquiler a personas y familias con bajos ingresos. En Navarra, el

programa se gestiona a través del Instituto de Vivienda, Suelo y Rehabilitación de Navarra y en el País Vasco a través del Plan Vasco de Vivienda 2021-2024 y el programa "Bizigune" del Gobierno Vasco. Ambos programas requieren cumplir una serie de requisitos y ofrecen ayudas económicas para el pago del alquiler de la vivienda habitual, y contempla otras medidas para fomentar el alquiler de viviendas asequibles.

Por último, en La Rioja, el "Programa de Ayuda al Alquiler" del Real Decreto 41/2022 se aplica a través del Plan de Vivienda de La Rioja 2021-2024, que ofrece subvenciones para el pago del alquiler de viviendas habituales. En Ceuta, el Instituto Ceutí de Deportes y Ocio (ICDO) es el encargado de gestionar las ayudas, mientras que en Melilla lo hace la Consejería de Coordinación y Medio Ambiente. En ambos casos, es necesario cumplir con ciertos requisitos, como tener una renta limitada y estar empadronado en la ciudad correspondiente. Las ayudas se conceden por un máximo de doce meses y la cuantía depende de diversos factores. Además, ambos programas tienen como objetivo facilitar el acceso a una vivienda digna y adecuada en régimen de alquiler.

4 A modo de conclusión

La aplicación del Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-2025 a nivel autonómico es esencial para garantizar que todas las personas tengan acceso a una vivienda adecuada y para mejorar la situación del mercado de la vivienda en España. Se espera que las medidas contempladas en este plan, junto con la colaboración entre las distintas administraciones, permitan avanzar en la consecución de este objetivo en los próximos años.

Referencias bibliográficas

- Castaño Martínez, M.S. (2012). La Eficacia de la Política de la Vivienda en España. *Economía de la Vivienda en España*, 867, 7-21.
- Van-Halen Rodríguez, J. (2022). La Política de Vivienda que España necesita. *Visión Histórica y reflexiones de futuro. Especial Papeles FAES*, 258, 2- 28.
- Vicente Vara, P. (2009). El Derecho a la Vivienda. *ACE*, 10, 21-51.

Referencias legislativas

- Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, por el que se regula el Bono de Alquiler Joven y el Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-25. BOE Número 16, 19 de enero de 2022.
- Ley 1/2010, de 8 de marzo, Reguladora del Derecho a la Vivienda en Andalucía. BOE Número 77, 30 de marzo de 2010.
- Ley 24/2003, de 26 de diciembre, de medidas urgentes de política de vivienda protegida. BOE Número 156, 26 de diciembre de 2003.
- Ley del Principado de Asturias 2/2004, de 29 de octubre, de medidas urgentes en materia de suelo y vivienda. BOE Número 296, 09 de diciembre de 2004.
- Ley 5/2018, de 19 de junio, de la vivienda de las Islas Baleares. BOE Número 169, 13 de julio de 2018.
- Ley 2/2003, de 30 de enero, de Vivienda de Canarias. BOE Número 56, 6 de marzo de 2003.
- Ley 5/2014, de 26 de diciembre, de Vivienda Protegida de Cantabria. BOE Número 23, 27 de enero de 2015.

- Ley 9/2010, de 30 de agosto, del derecho a la vivienda de la Comunidad de Castilla y León. BOE Número 235, 28 de septiembre de 2010.
- Ley 1/2011, de 10 de febrero, de Garantías en el Acceso a la Vivienda en Castilla- La Mancha. BOE Número 103, 30 de abril de 2011.
- Ley 18/2007, de 28 de diciembre, del derecho a la vivienda. BOE Número 50, 27 de febrero de 2008.
- Ley 8/2004, de 20 de octubre, de la Vivienda de la Comunidad Valenciana. BOE Número 281, 22 de noviembre de 2004.
- Ley 4/2023, de 29 de marzo, que modifica la Ley 11/2019, de 11 de abril, de promoción y acceso a la vivienda de Extremadura, y por la que se crea el Impuesto sobre las viviendas vacías a los grandes tenedores, el Fondo de Garantía de Adquisición de Vivienda de Extremadura y el Mecanismo de garantía de alojamiento y realojamiento del menor y se modifican otras normas tributarias. BOE Número 88, 13 de abril de 2023.
- Ley 8/2012, de 29 de junio, de vivienda de Galicia. BOE Número 217, 8 de septiembre de 2012.
- Ley 6/1997, de 8 de enero, de Protección Pública a la Vivienda de la Comunidad de Madrid. BOE Número 207, 29 de agosto de 1997.
- Ley Foral 10/2010, de 10 de mayo, del derecho a la vivienda en Navarra. BOE Número 131, 29 de mayo de 2010.
- Ley 3/2015, de 18 de junio, de vivienda. BOE Número 166, 13 de julio de 2015. Ley 2/2007, de 1 de marzo, de Vivienda de la Comunidad Autónoma de La Rioja. BOE Número 76, 29 de marzo de 2007.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El sistema d'atenció al sensellarisme a Mallorca: Del sistema en escala a la superació del 'Housing' a través de la col·laboració del sistema públic amb el Tercer Sector

Sebastià Cerdà, Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)

Daniel Fàbregas

Gonzalo Caro



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

--

Paraules clau

Housing First, sensellarisme, Tercer Sector

1 Introducció / Descripció general

Les situacions d'exclusió social i sensellarisme arriben a Mallorca de la mà dels canvis estructurals que es produeixen a l'Illa a partir dels anys 60 del segle passat. Un fenomen essencial productor d'aquest canvi és el denominat *boom turístic*, que fa que l'economia experimenti canvis importants i que van més enllà d'allò purament econòmic; fa passar la societat mallorquina d'una cultura socioeconòmica eminentment rural a una d'urbana. Aquesta urbanització és la promotora de l'aparició d'un nou fenomen, l'exclusió social i sensellarisme, ja que, en les societats rurals, el control social fa que els «diferents» siguin marginats, però sense que aquests hagin de sortir del sistema social que els segueix aixoplugant i segueixen residint a habitatges dins de la comunitat o, si molesten o no tenen família, se'ls tanca en hospicis i manicomis.

La transformació de Mallorca en una zona cada cop més urbana, gràcies al creixement que experimenta a partir del turisme, portarà múltiples canvis, dels que en podem destacar 3: El primer l'arribada de gran quantitat de persones de la resta de l'estat espanyol com a mà d'obra. El segon és un canvi en les relacions socials i de la cultura a l'illa, motivat per les influències vingudes de fora i també per la indústria del lleure que provoca, entre d'altres fets, un augment del consum d'alcohol relacionat amb l'oci nocturn. I finalment, un tercer canvi en què la família extensa vinculada a l'àmbit rural és substituïda per la família nuclear urbana, tot això sense una estructura de serveis socials preparada per aportar aquestes cures que fins el moment havia aportat la família.

Per tant, aquests canvis ens porten a les primeres persones que foren excloses socials del sistema i sensellar. En una Mallorca que cada vegada creava més riquesa, la indústria hotelera necessitava més mà d'obra i, es va anar nodrint amb persones provinents de la resta de l'Estat, la majoria homes sols, per tant sense estructura relacional familiar, amb salaris baixos i que, en uns primers moments els mateixos empresaris els allotjaven en els seus hotels. Aquests mateixos treballadors però, en els seus moments d'esbarjo, estaven en contacte amb aquest nou món lúdic centrat en un oci desinhibit i al voltant d'una droga legal com l'alcohol. D'aquí que el primer perfil de la persona en situació d'exclusió social i sensellar fou un home, de nacionalitat espanyola i amb problemes d'addicció a l'alcohol.

Aquests canvis socioeconòmics es varen anar consolidant al llarg dels anys. En aquest nou món, apareix una nova generació jove que ja gaudeix dels avantatges del creixement econòmic i s'aprofita dels avenços socials i canvis culturals que guanyà l'anterior generació. Aquesta nova generació, per una part pateix els estralls de les crisis econòmiques i per l'altre, comença a anar més enllà amb substàncies estupefaents arribant a la heroïna. Aquest fet implica que, a finals dels 80 i tota la dècada dels 90 del segle passat, aparegui un nou perfil de persona en situació d'exclusió social i sensellar que fou persona jove, majoritàriament homes, amb addicció a l'heroïna i que després de molts d'intents no ha pogut deixar endarrere l'addicció; aquest nou col·lectiu fa que les administracions públiques de l'època proposin la creació de la UMES a l'entitat Creu Roja a finals de la dècada dels 90. Ja dins del present segle, nous col·lectius venen a engrair els perfils de les persones en situació d'exclusió social, com el d'immigrants (sobretot en situació irregular) o els problemes severos d'accés a l'habitatge.

En aquest període que va dels anys 60 al final del segle passat, l'administració pública no tenia pràcticament cap casta de política social per a ajudar a la població a revertir la problemàtica social que anava produint aquests canvis socioeconòmics. En aquells moments, les institucions que s'encarregaven de pal·liar els efectes que produïen aquests canvis socials, a nivell de problemàtica social, seguien essent, primer la institució familiar i, en segon lloc, la institució de l'església. Cal ressenyar que els capellans obrers i les entitats que aquests crearen foren les que comencen a treballar per ajudar a les primeres persones sensellar a Mallorca.

A nivell de política social i de serveis socials, l'administració pública, ja dins de la darrera dècada del segle passat, experimenta un canvi radical. Si fins a les hores havia tingut un paper residual, passa a començar a dotar-se de polítiques socials públiques i comença la creació de serveis socials, tant bàsics com especialitzats. Ara bé, en el tema que ens ocupa, el sensellarisme, no és fins ja començat el present segle que l'administració comença a assumir la seva responsabilitat en vers aquest col·lectiu. I, sense seguir el model que paral·lelament es va donant a moltes altres àrees urbanes de l'Estat espanyol en les que les administracions que assumeix l'atenció a les persones sense llar són els ajuntaments, a Mallorca, ho fa el Consell.

Per tant, ja dins del present segle l'administració comença a assumir la seva responsabilitat en vers les persones que romanen al carrer i que hi han arribat per severos processos d'exclusió social. En concret, des del Consell de Mallorca (actualment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, IMAS) es comencen a crear serveis socials per al col·lectiu de persones sensellar. Aquest fet no fou ni premeditat ni tan sols planificat, es va anar fent i creant en funció de les necessitats detectades i els recursos disponibles en cada moment; i, gràcies a aquest anar fent, es va anar conformant la Xarxa d'Inserció Social de Mallorca que es va anar estructurant en el model d'intervenció en escala. Per tant, es passa del voluntarisme (voluntariat) dels capellans obrers, a la professionalització dels serveis socials per a persones en situació d'exclusió social i sensellar.

Però que és el model en escala?

Aquest model d'intervenció no només és dona a Mallorca o altres ciutats de l'Estat com Barcelona, Madrid o Bilbao sinó que es el sistema d'intervenció tradicional i predominant a la majoria d'estats europeus. Aquest sistema té el seu origen als Estats Units sota el nom de Continuum of Care i els seus inicis són des del sector sanitari i no tant el dels serveis socials. El model implica arribar a un habitatge com a recompensa als mèrits fets per la persona en situació de sensellarisme, la capacitació d'aquesta persona per a fer el procés de retorn a la comunitat i, tot aquest procés, emmarcat en un pla individual d'intervenció on queden marcats els objectius a aconseguir. És a dir, ens trobam davant d'un model d'intervenció social que podem denominar com a meritocràtic; no es pot pujar en l'escala que condueix de retorn cap a la comunitat que ha exclòs, si no «es guanya» tot un seguit de capacitacions (deixar les addiccions, curar la malaltia mental, fer esforços per a

retornar al mercat laboral, ...) i maneres de fer i ser per a tornar a ser acceptat en la societat que prèviament ha exclòs.

Per tant, el model en escala té com a funció preparar a la persona en situació d'exclusió social per a capacitar-la per a poder fer el procés invers al que l'ha conduïda a la situació actual d'exclusió social. Es preveu l'entrada dins d'un circuit d'atenció conformat per distints centres d'allotjament i de suport, organitzats des del carrer a la comunitat i des de la baixa exigència a l'exigència i procés i que a partir de l'acompliment dels objectius marcats pel pla d'intervenció es possibiliti l'entrada a pisos compartits.

Com tots els models, té problemes en la seva aplicació i el més important és que, per a passar a l'esglaió superior, s'ha d'haver guanyat el pas a aquest nou esglaió i, hi ha persones que no fan aquest pas i es comencen a eternitzar residint als albergs; per tant apareix un fenomen nou, la institucionalització. Però, a sobre, a Mallorca, no es disposava de pisos per a aquesta darrera passa prèvia a la plena inserció social, amb l'excepció del pis Mar6 de la Fundació Social La Sapiència¹.

Un darrer element clau en el model en escala és el fet que produeix la professionalització. En l'anterior model voluntarista, les relacions entre el «capellà obrer» i les persones en situació d'exclusió social i sensellar eren pràcticament d'amistat, col·leguisme o paternofilial; a partir de la professionalització dels serveis s'entra en un canvi de relació professional-persona sensellar i aquesta relació, normalment, tendeix cap a un nivell d'un cert poder o tutela del professional sobre la persona atesa.

Si retornam al relat històric, ja entrada la primera dècada del present segle XXI comença a arribar a l'Illa informació sobre una nova metodologia que romp amb el model en escala, el housing; el model que planteja «primer la llar».

Les iniciatives housing (housing led i housing first) comparteixen un enfocament de suports centrats a l'habitatge, és a dir, la provisió d'un habitatge com a punt de partida i des del qual facilitar que les persones puguin assentar-se, tenir seguretat, estabilitat i puguin emprendre altres processos de recuperació i/o integració ja des de la mateixa llar.

El housing es basa en uns principis que són:

- *Accés l'habitatge com a dret humà fonamental:* El housing fa èmfasi en el dret a l'habitatge que tenen les persones sense llar. L'habitatge se subministra en primer lloc, no s'espera que les persones sense llar es guanyin el dret a l'allotjament.
- *Enfocament centrat en la persona i participació activa:* La persona manté en tot moment el control i l'elecció dels suports i les línies de treball a desenvolupar. S'acompanya en la definició dels seus desitjos i somnis, i se la recolza des de les pròpies fortaleces i les del seu entorn generant processos d'integració i desenvolupament comunitari a la mateixa comunitat.
- *Abordatge integral i personalitzat de les necessitats individuals:* No hi ha receptes, es parteix de les necessitats de cada persona i s'adapten els suports proporcionals al context.
- *Elecció i control de les persones usuàries:* Cal escoltar les persones que utilitzen el servei i respectar les seves opinions. Una persona usuària té la capacitat de prendre decisions reals sobre com vol viure la seva vida i sobre el tipus de suports que rebrà.

¹La Fundació Social La Sapiència és una entitat de les que ja feien actuacions amb persones en situació d'exclusió social i sensellar a Mallorca en l'època del segle passat en la que l'administració pública no tenia actuacions en matèria de política social. Es de dret afirmar que aquesta entitat fou la pionera en muntar un cert nivell d'intervenció en escala molt abans que ho fes l'administració pública.

- *Separació de l'habitatge i el tractament:* EL Housing garanteix que el dret humà a l'habitatge no està compromès per l'obligació de les persones usuàries de seguir un tractament, ja sigui per accedir a l'habitatge o per romandre-hi. L'habitatge, per tant, està separat del tractament.
- *Orientació a la recuperació:* El Housing se centra en el benestar general de la persona. El benestar inclou la salut física i mental, el grau de suport social i d'inclusió social, per exemple, el fet de formar part d'una comunitat i de participar activament en la societat.
- *Reducció del dany:* Aquest és un enfocament persuasiu. L'objectiu no és necessàriament aturar completament l'ús de drogues i alcohol, sinó reduir el dany que aquest genera a la persona, i ajudar-la a reduir-lo i gestionar-ne l'ús. Un enfocament de reducció del dany recolza les persones que volen mantenir l'abstinència, però també es compromet amb les persones que mantenen un ús actiu de substàncies i hi treballa per fomentar la reducció del consum.
- *Compromís actiu sense coerció.* El housing s'enfoca perquè les persones usuàries es comprometin positivament amb l'ajuda que necessiten. De la mateixa manera, el housing emfatitza activament i contínuament que el suport, el tractament i l'assessorament estan sempre disponibles, i que els canvis positius en salut, benestar, integració social i en general en la qualitat de vida són possibles. El diàleg, l'assessorament, la informació, el suport i la persuasió són mecanismes per aconseguir-ho.
- *Suport flexible i disponible durant el temps necessari.* El suport és adaptable, flexible i pot ser imaginatiu, responent a cada conjunt de necessitats individuals segons ho requereixin. La intensitat del suport pot augmentar o disminuir segons les necessitats de la persona

Per tant, una vegada vist i comprovat el model en d'altres indrets de l'Estat espanyol, el Consell de Mallorca es comença a dotar d'aquests nous serveis, fins a arribar al dia d'avui en que es disposa de 100 pisos a Mallorca dedicats al nou model, que posa l'èmfasi en l'habitatge i que fa que, a hores d'ara, convisquin els dos models (el d'escala i el basat en l'habitatge). Per una banda es compta amb 80 pisos dedicats al model housing first i 20 dedicats al model housing led. Aquest darrer model ha servit per a tancar definitivament el darrer escaló del model en escala i poder dotar d'un habitatge, previ a la futura inserció social o sociolaboral, a les persones allotjades en els diferents serveis d'allotjament col·lectiu de la Xarxa, això si, ja sense esperar que hagin passat per tots els escalons possibles abans d'arribar al darrer, això vol dir, per exemple, que hi poden accedir directament des dels serveis de baixa exigència sense haver de passar prèviament per altres serveis de procés. El model housing led implica el gaudi d'una habitació en pisos compartits i actualment se'n beneficien un total de 60 persones.

Del model housing first dir que, a cada un dels 80 pisos hi viu una persona que hi ha accedit directament des del carrer. Com que les necessitats superen els recursos disponibles s'ha de prioritzar les persones que poden tenir accés al servei. Per accedir als pisos s'ha d'estar connectat amb la UMES i fer un mínim d'un any que s'està en situació de carrer i, a més, tenir problemàtiques afegides de salut mental i d'addiccions.

2 Breu resum de resultats

- *Dades del primer contracte sobre 50 habitatges (40 First, 10 Led) fins a maig 2023*

Housing Led:

Persones ateses, 138 (59 dones i 79 homes).

Sortides del Servei, 88, de les quals 64 amb consecució d'objectius (73% de les sortides).

Solució residencial estable, 64 (73%).

Estança mitjana al Servei, 17'15 mesos.

Inserció a mercat laboral, 61%, amb una mitjana d'ingressos de 800 €.

Persones que surten del Servei de forma autònoma: 17

Retorn a situació de sensellarisme: 21 %

Housing First:

Persones ateses, 61 (49 homes i 12 dones). De les quals: defuncions, 6 ; sortides autònomes, 6; baixes voluntàries, 5; Insercions laborals, 8.

Persones Acompanyants estables, 12 de mitjana des de l'inici.

Persones que es mantenen en el Servei de les 40 inicials: 21

Expulsions per incompliment contracte: 2

Persones que reprenen el contacte familiar: 8

Persones que mantenen l'autonomia després de la seva sortida autònoma: 5

Persones amb adherència al tractament de salut mental: 10

Per últim dir que aquest nou model implica canvis importants amb els plantejaments metodològics:

- Ja no parlem d'un model meritocràtic ja que no cal «guanyar-se» els distints escalons que porten a l'habitatge i a la futura inserció social o sociolaboral.

- La persona en situació d'exclusió social passa a ser la rectora del seu procés i pot decidir que vol fer i com fer-ho. Passa de ser, usuari de serveis, a ciutadà que decideix quins serveis empra.

- L'habitatge és un dret subjectiu i no un guany a aconseguir.

- La relació professional – persona sensellar canvia radicalment fent un traspàs del poder tècnic a la voluntat de la persona sensellar, passant el professional a ser un «acompanyant», un «assessor», un «dinamitzador», un professional de suport a les decisions preses per la persona sensellar. Ens trobem davant d'un canvi de rol professional.

- I, en definitiva, està fomentant un debat professional cap a la manera de com fer créixer la relació professional centrada en la persona en situació d'exclusió social i sensellar i en la seva participació en el seu procés de retorn a la comunitat.

El desenvolupament del housing s'enfronta a alguns reptes: la coordinació de les administracions competents en serveis socials, habitatge, ocupació, sanitat, etc. per a abordar el sensellarisme de forma integral; l'establiment de mecanismes d'atenció primerenca per evitar la cronificació del sensellarisme i, finalment, la manca d'un parc suficient d'habitatge assequible que permeti escalar les iniciatives que ja n'han demostrat l'efectivitat afrontant el problema del sensellarisme.

Del futur podem preveure un escenari en el que els dos models conviuran, com a mínim, a curt i mitjà termini, ja que segueixen arribant a la Xarxa moltes persones excloses del sistema de relacions socials establert i no es preveu un alleugeriment en aquest degoteig constant de persones que arriben al carrer i, com és de rebut, no totes les persones poden seguir en un habitatge i/o retornen en posterioritat al model clàssic d'alberg. Nous

programes emmarcats en els fons next generation que s'estan aplicant també a Mallorca² obren noves perspectives de seguir en aquest procés que no sabem on pot arribar però que ha creat un nou corrent de pensament i acció que no té marxa endarrere.

² Les entitats HogarSi i Provienda presentaren un projecte pels anys 2022 al 2024 com a models experimentals i que s'han definit amb un projecte centrat en joves, un altre centrat amb persones majors i un projecte d'atenció primerenca (persones sensellar que fa menys de 6 mesos que estan al carrer), basats tots en l'habitatge normalitzat i amb la decisió de la persona usuària del servei de decidir sobre les distintes propostes que se li ofereixen. Aquest programa a Mallorca es fa amb la col·laboració de l'IMAS mitjançant un conveni en el que aquesta administració es compromet a mantenir com a serveis públics les iniciatives que es demostrin eficaces.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Salud y estigma en torno a personas sin hogar: reflexiones desde el Programa Primer la Llar de Barcelona, España

Mercedes Serrano Miguel, Universitat de Barcelona (mercedes.serrano@ub.edu)

Adela Boixadós Porquet, Universitat de Barcelona

Araceli Muñoz García, Universitat de Barcelona



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Nuestra comunicación tiene como marco la investigación “*Recerca qualitativa del programa Primer la Llar de Barcelona*”, desarrollada entre 2016 y 2020 por un equipo de la Universitat de Barcelona y realizada para conocer la efectividad de un programa piloto que, inspirado en el modelo *Housing First*, se replicó en la ciudad de Barcelona. Su metodología, cualitativa y longitudinal, permitió el seguimiento de una muestra de 20 personas. El objetivo de esta comunicación es analizar la construcción del estigma sobre las personas en situación de sinhogarismo a través de los relatos de las personas participantes en el programa Primer la Llar y analizar la producción de dicho fenómeno en la atención a la salud. Este análisis muestra las disonancias entre la perspectiva profesional y las experiencias de sufrimiento relatadas por las personas participantes. A la vez, comprobamos la activación de diversas estrategias de resistencia puestas en marcha por las personas y que servirán para afrontar su proceso emancipador, así como para generar movimientos críticos en algunas posiciones profesionales y revertir procesos de estigmatización que vienen dándose en el espacio asistencial sanitario.

Palabras clave

Sinhogarismo, estigma, salud, estrategias de resistencia, Housing First

1 Introducción

El modelo *Housing First* (en adelante HF) es un programa que ha generado prácticas innovadoras de atención a personas en situación de sinhogarismo crónico, con trastornos mentales graves y/o adicciones, para quienes el circuito asistencial habitual no había generado una respuesta adecuada (Llobet et al., 2018). Comienza proporcionando una vivienda de forma permanente e independiente y la considera un derecho básico y facilitador de la recuperación. A diferencia del modelo tradicional llamado Escala o *Treatment First*, la entrada a la vivienda no está condicionada a un tratamiento específico, la persona decide qué pasos dar para favorecer su bienestar y su incorporación comunitaria (Pleace, 2016; Tsemberis, 1999). Desde *Pathways to Housing*, liderado por Sam Tsemberis en Nueva York en los años noventa, el modelo se ha extendido (Gaetz et al., 2013; Waegemakers Schiff y Rook, 2012) y se ha evaluado desde múltiples marcos teóricos y metodológicos, principalmente en los Estados Unidos, Canadá, Australia y algunos países de Europa (Llobet y Aguilar, 2016).

En 2015 el Ayuntamiento de Barcelona se convierte en la primera administración pública española en poner en marcha el modelo con el programa piloto *Primer la Llar* (en adelante PLL). El programa facilitó vivienda a 50 personas en situación de sinhogarismo (Fortea y Herruz, 2017). Se seleccionó a personas con largas trayectorias de vida en la calle, trastornos mentales y/o adicciones, autonomía funcional para la vida diaria y

disponibilidad de ingresos o capacidad de tenerlos. De esta experiencia se realizó el seguimiento y evaluación mediante un abordaje cualitativo. Tras 4 años el programa supuso la mejora en términos de salud, aunque las narrativas de las personas participantes muestran como los dispositivos de atención continúan contribuyendo a su vivencia de sufrimiento a partir del estigma y la discriminación, vulnerando sus derechos como ciudadanos/as (Llobet et al., 2021).

La vivienda facilita el proceso de recuperación, donde se crea la identidad, las rutinas y se desarrolla la vida cotidiana (Dorvil y Guèvremont, 2013). Su disponibilidad tiene un papel crucial en el bienestar emocional de las personas (Evans y Wells, 2003; Clapham et al., 2017; Martins et al., 2016) y la efectividad de los tratamientos en salud mediante la continuidad de cuidados (Pleace, 2016). Al respecto, nuestro estudio ha utilizado un concepto ampliado de salud (Ceccim, 2007) que incluye la dimensión biológica, pero también los factores sociales, culturales y psicológicos, evitando un reduccionismo más propio del modelo biomédico, y el análisis de las distintas problemáticas de salud a partir del concepto de malestar (Menéndez, 2002). Además, entendemos, que los factores sociales suponen un importante determinante de la salud, condicionando también las posibles formas de búsqueda de ayuda (Borrell et al., 2013). La intención es asumir una comprensión amplia de los distintos sufrimientos vividos y los consiguientes itinerarios de atención por los que han transitado las personas.

El estigma y sus consecuencias para el acceso a una ciudadanía plena, es un elemento esencial para entender los procesos de recuperación, los cuales presentan mayor complejidad para las personas que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad ya sea por pobreza, problemas de salud mental, consumo de sustancias y/o diversidad funcional, entre otras, generando una estigmatización múltiple (Remedios y Snider, 2015). La literatura indica además que hay una tendencia a situar a estas personas dentro de una ciudadanía pasiva, al verlas como personas dependientes económica y socialmente del Estado, despojándolas de su poder de agencia; mientras que aquellas personas que son independientes suelen ser vistas como ciudadanas activas y llenas (Arnold, 2004).

2 Metodología

Para analizar los efectos de PLL en la recuperación de las personas se utilizó una metodología cualitativa (Ullin et al., 2006), desde una perspectiva interpretativa y con un diseño longitudinal siguiendo las investigaciones realizadas a escala internacional (McAll et al., 2013; Nelson et al., 2015). El enfoque narrativo permitió hacer emerger elementos de complejidad para comprender en qué punto se encontraba cada residente y cómo fue su proceso de recuperación mientras que la perspectiva longitudinal facilitó observar la aplicación del programa en la vida de las personas.

La investigación se estructuró en tres fases entre 2016 y 2020. En cada una se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes. El Programa PLL contó con una población de 50 personas, de las cuales 20 formaron parte de la muestra continua y final de esta investigación (n=20) considerada elevada en relación con otras investigaciones similares (Latimer et al, 2014). Fue intencional y propositiva, manteniéndose el 90% de la muestra original. Se dispuso de una reserva de 3 personas, en caso de producirse alguna baja durante la investigación.

Las entrevistas se realizaron en tres momentos: al inicio del programa, a la mitad (24 meses) y en el momento de finalización (36/40 meses) con guiones adaptados a cada una de las fases de la investigación y a las necesidades de las personas participantes. Los encuentros se realizaron en sus casas o en espacios públicos, siempre a elección de las personas. Las grabaciones fueron transcritas de forma literal. Se elaboraron códigos

a partir de las preguntas y objetivos del estudio, que se ajustaron a las temáticas incorporadas en cada fase y se añadieron códigos emergentes. Los códigos fueron consensuados y en cada etapa se realizó una revisión por pares. El análisis se hizo con Atlas-ti 8 y se construyeron diagramas y mapas conceptuales.

Esta investigación respetó el Código ético de integridad y buenas prácticas en investigación de la Universitat de Barcelona - 2019. Cada persona aceptó voluntariamente participar en la investigación, con el compromiso de utilizar los datos sólo para la investigación según la Ley orgánica 15/1999 y la Ley de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales - Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. Se informó a cada persona entrevistada sobre los objetivos de la investigación y se entregó una copia de la transcripción de las entrevistas. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

3 Resultados

3.1 Programa Primer La Llar y su impacto en la salud de las personas

El Programa PLL está conformado por una población con importantes problemas de salud física que se han visto agravados por el propio itinerario vital, la precariedad en las condiciones de vida, las adicciones, la falta de acceso a recursos sanitarios y el proceso de envejecimiento. En cuanto a la salud mental las personas mostraron una resistencia inicial a expresarse en términos de diagnósticos, aunque las narrativas transmitían de manera implícita sufrimiento psíquico consecuencia de su vida en la calle.

Los/las residentes reconocen que el acceso a la vivienda les ha proporcionado una situación de mayor estabilidad y ganancia de autoestima que ha influido positivamente en su bienestar físico y emocional. Han mejorado sus hábitos de alimentación, control del peso, mejora de síntomas en algunas enfermedades (colesterol, diabetes) y recuperado la posibilidad de decidir lo que comen en horarios adecuados. También expresan haber mejorado la higiene y su imagen personal, a través del ejercicio, la forma de vestir y los tratamientos bucodentales, el seguimiento médico y de los tratamientos farmacológicos. El contacto regular con el médico del Centro de Atención Primaria (CAP) y la farmacia del barrio les han facilitado el acceso a los fármacos.

Las experiencias respecto a la psicoterapia son diversas y, en general, expresan dificultades para aceptar dichos espacios. Respecto a las adicciones algunas personas participantes manifiestan el deseo de supresión apareciendo fórmulas de afrontamiento como la modificación de hábitos, el cambio de amistades o la modificación de ciertos consumos en favor de otros menos nocivos. En la tercera fase de la investigación se observa que las limitaciones temporales del programa plantean incertidumbre, surgiendo angustia y malestar frente a la posible situación habitacional futura. A pesar de lo expuesto, algunas personas muestran dificultades para mantener hábitos saludables condicionados por las dificultades económicas y la complejidad de la atención en el sistema de salud.

3.2 Estigma y salud. Experiencias de las personas del Programa PLL en el sistema de salud

En la primera fase de entrevistas se obtuvieron relatos sobre el funcionamiento del sistema de salud para la población sin hogar. Se identificaron diferentes problemas: carencia de coordinación entre los hospitales y los equipamientos de la red de servicios sociales, exigencias administrativas, dilatados tiempos de espera para acceder a los dispositivos, horarios acotados y saturación de los servicios.

En la segunda y tercera fase de la investigación, las personas continúan manifestando dificultades similares en el acceso a la salud. Persisten funcionamientos como los cambios o las rotaciones de los/las profesionales que son una barrera para la generación de vínculos estables y promueven desconfianza. Al mismo tiempo, disponer de una vivienda les aproxima a poder llevar una vida socialmente aceptada y a más capacidad para reclamar sus derechos, sienten aún el estigma social de la persona que ha vivido en la calle, sin embargo, continúan sintiéndose segregadas y excluidas en ciertos espacios, donde los prejuicios y los discursos estigmatizados les etiquetan, siendo objeto de prácticas y acciones discriminatorias.

“Yo para ellos continuó siendo uno sin techo, como si dijéramos, con ellos soy un usuario con excedencia. Esto lo he visto siempre. Y al consejo municipal de bienestar social lo he dicho muchas veces. Que te dicen: ‘la integración...’, pero son los primeros que no nos dan facilidades de integrarnos...” Alfonso (entrevista fase 3).

Sin embargo, con algunos profesionales se producirá un contacto más estrecho y continuado, como con el personal de enfermería, más accesible en la práctica y con quienes mantienen visitas más continuadas. Lo mismo ocurre con el farmacéutico/a de referencia, a quien se puede acceder con relativa facilidad y de forma no protocolizada. Estos profesionales, a pesar de no contar habitualmente con formación específica en el ámbito social, forman parte de una estructura de cuidado que será referencia para las personas participantes.

3.3 Estrategias en relación con la salud

Las narrativas mostraron cómo las personas participantes en el programa han desarrollado estrategias vinculadas al tratamiento, la elección de los/las profesionales y los tipos de terapias. Se trata de habilidades aprendidas y elaboradas a partir de su propia experiencia vital. Aparecen prácticas como la meditación o el budismo, como medios de relajación y espiritualidad; llamar por teléfono a la familia para calmarse o incluso asumir el delirio como parte del funcionamiento personal. Algunas estrategias surgen de su vinculación al barrio, como apuntarse al gimnasio para obligarse a salir de casa y afrontar la fobia social, y otras se relacionan con el uso de la casa, como por ejemplo dormir más o el uso de remedios caseros que antes no podían ser preparados en la calle.

“No sé, me he apuntado al gimnasio, porque, está claro, es que no salía de casa. Aquí encerrada me sentía segura, porque me cogía fobia. Es que cuando digo fobia... que no tenía ganas de ver gente. Y ahora me cuesta también. Y coger el metro, pero ahora, como lo tengo que coger cada día para ir al Clínico... Entonces me apunté al gimnasio y me va bien” Silvia (entrevista fase 2).

En la última fase de la investigación, se han observado ciertas prácticas de autogestión de la medicación. Las experiencias de sufrimiento han dado paso a un mayor autoconocimiento sobre los efectos de algunos tratamientos y una mayor seguridad y agencia frente a las propuestas de los y las profesionales. Cabe destacar que en algunos casos el/la profesional de referencia del PLL se convierte en la figura acompañante o de apoyo para las visitas al sistema de salud, escogida así por las personas participantes como alguien de confianza, con la intención de generar una mayor escucha por parte del personal sanitario hacia su situación.

4 Conclusiones

Este texto es una aproximación a cómo las trayectorias vitales de las personas que han vivido en la calle y han entrado en el programa PLL siguen procesos de recuperación en relación con su salud. Estos procesos, sin embargo, continúan marcados por el estigma que acompaña al sinhogarismo, los trastornos mentales y el

consumo de sustancias.

Las dificultades que obstaculizan la mejora de salud de estas personas son, en muchos casos, consecuencias de todo un itinerario vital. Este itinerario se ha caracterizado por la exclusión económica, por problemas de salud, por una cotidianidad diferente a la de la mayoría de las personas y una relación a menudo compleja con las diferentes instituciones que tienen por misión dar respuesta a las personas en situación de exclusión social.

Al respecto, los servicios sociales especializados y la red de atención a la población sin hogar deberían potenciar la intervención orientada a la recuperación y formar a los/las profesionales en este enfoque. Este modelo implica relaciones más colaborativas, dar credibilidad a la historia y confianza con la persona, reconocer sus habilidades y reparar los efectos de las desigualdades de poder producidas para favorecer la mejora de las diferentes facetas de su vida. Al mismo tiempo, sería interesante por parte de los/las profesionales tener en cuenta las estrategias utilizadas por las personas participantes para gestionar su salud y que éstas se integren en las diferentes intervenciones que llevan a cabo.

Referencias bibliográficas

- Arnold, K. R. (2004). *Homelessness, citizenship, and identity: The uncanniness of late modernity*. State University of New York Press.
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J. y Díez, E. (2013) "Factors and processes influencing health inequalities in urban areas". *J Epidemiol Community Health*. May; 67(5): 389-91.
- Ceccim, R. (2007) "Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania". *Revista de Estudos Universitários*, 33 (1), 29-48.
- Clapham, D., Foye, C., & Christian, J. (2017). The Concept of Subjective Well-being in Housing Research. *Housing, Theory and Society*, 35(3). P. 261-280. <https://doi.org/10.1080/14036096.2017.1348391>
- Dorvil, H., & Guèvremont, S. B. (2013). *Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé mentale du Canada*. Montréal: UQAM, Faculté des sciences humaines.
- Evans, G. W., & Wells, N. M. (2003). Housing and Mental Health : A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475-500.
- Fortea, C. y Herruz, L. (2017): "Primer la Llar: aplicación del modelo Housing First en la Ciudad de Barcelona. Primeras reflexiones", *Zerbitzuan*, 64, pp. 239-253. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.17>
- Gaetz, S., Scott, F. & Gulliver, T. (eds.). (2013). *Housing First in Canada: Supporting communities to end homelessness*, Canada Homelessness Research Network, Toronto.
- Latimer, E., Rabouin, D., Méthot, C., Mcall, C., Ly, A., Dorvil, H., Crocker, A., Roy, L., Poremski, D., Bonin, J-P., Fleury, M-J. & Braithwaite, E. (2014): *At Home/Chez Soi Project: Montréal Site Final Report*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.
- Llobet, M., & Aguilar, M. (2016). *El Housing First. El derecho a la vivienda de los más vulnerables*. Barcelona Societat.
- Llobet Estany, M. (Coord.), Boixadós Porquet, A., Sancho Salido, J., Cartoixa García, J., & Batle Cladera, S. (2018). *Informe inici del Programa Primer la Llar. L'etapa de carrer fins accedir a l'habitatge. Projecte de recerca qualitativa del Programa "Primer la llar" a la ciutat de Barcelona*. Universidad de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.
- Llobet-Estany, M.; Boixados Porquet, A.; Cartoixà-García, J.; Muñoz García, A.; Sancho Salido, J. & Serrano-Miguel, M. (2021): *Tercer informe del Programa Primer la Llar*. Ajuntament de Barcelona.

- Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.00>
- Mcall, C., Lupien, P.L., Guttierrez, M., Fleury, A., Robert, A. y Rode, A. (2013): Montreal report on 18-month narrative interviews, Montréal, CREMIS/CAU- CSSS Jeanne- Mance
- Menéndez, E. L. (2002). “El punto de vista del actor”. En *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo* (p. 291-366). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Nelson, G., Macnaughton, E., y Goering, P. (2015): “What qualitative research can contribute to a randomized controlled trial of a complex community intervention: Lessons learned from the At Home/Chez Soi Project for homeless persons with mental illness”, *Contemporary Clinical Trials*, 45, pp. 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.10.007>
- Pleace, N. (2016). *Housing First Guide Europe*. FEANTSA, the European Federation of National Organisations. https://www.feantsa.org/download/hfg_full_digital1907983494259831639.pdf
- Remedios, J.D. y Snyder, S.H. (2015) *Where Do We Go From Here? Toward an Inclusive and Intersectional Literature of Multiple Stigmatization*. *Sex Roles* 73, 408– 413.
- Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 225–241. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199903\)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199903)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y)
- Ullin, P.R.; Robinson, E.T. & Tolley, E.E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Publicación científica y técnica n. 614. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud i Organización Mundial de la Salud.
- Waegemakers Schiff, J.; & Rook, J. (2012). *Housing First - Where is the Evidence?* Toronto: The Homeless Hub.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La intensidad de las agresiones indirectas durante la convivencia en un servicio alojativo para personas sin hogar

José Manuel Díaz González. Universidad de La Laguna (jdiazgon@ull.edu.es)

Juan Antonio Rodríguez Hernández. Universidad de La Laguna (jrodriz@ull.edu.es)

Manuel Rosales Álamo. Universidad de La Laguna (mrosales@ull.edu.es)

Paulo Adrián Rodríguez Ramos. Universidad de La Laguna (prodrira@ull.edu.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El análisis del conflicto en un centro residencial para personas sin hogar requiere de un conocimiento específico de las características del colectivo, las relaciones que se producen entre sus integrantes y las disputas que puedan darse en este contexto. La intensidad con la que se experimentan las agresiones indirectas condiciona la calidad de la convivencia y, a pesar de ello, existe un amplio desconocimiento de cómo se produce este fenómeno. Por ello, es necesario determinar la intensidad con la que las personas sin hogar experimentan las agresiones indirectas como la discriminación, imposición, traiciones, mentiras, emisión de rumores y calumnias, robo y uso de pertenencias sin consentimiento durante su estancia en un recurso alojativo y conocer el impacto que genera en la convivencia en función de las diferentes variables. En la metodología se emplea un cuestionario ad hoc que mide la intensidad de las situaciones conflictivas en una muestra de 104 personas sin hogar. Se recogen determinados datos sociodemográficos, la tipología de agresiones indirectas y la intensidad con la que se vive relacionándolas con las variables género, edad y tiempo de residencia en el centro. Se vive con mayor intensidad el uso de la mentira ($X=4,25/DT=1,34$) y la discriminación ($X=4,08/DT=1,40$). Se observan diferencias en función del sexo, siendo mayor la intensidad en las mujeres en las discriminaciones ($z=3,155; p\leq 0,002$), las críticas ($z=1,982; p\leq 0,047$) y en la utilización de las pertenencias de los demás sin su consentimiento ($z=2,465; p\leq 0,014$) en comparación con los hombres. A medida que aumenta la edad, se vive de manera más intensa la discriminación hacia otras personas ($\chi^2=0,197; p\leq 0,045$) y, a mayor tiempo en el centro, se perciben con mayor impacto todas las agresiones. Las agresiones indirectas se dan de manera cotidiana durante la convivencia en un recurso residencial entre las personas sin hogar y estas situaciones tienen una repercusión significativa en las personas y en las relaciones interpersonales, experimentándose con una magnitud diferente. Por tanto, resulta imprescindible analizarlas con mayor profundidad y desarrollar estrategias que permitan tomar las medidas oportunas para mejorar el desarrollo personal y la convivencia.

Palabras clave

-

1 Introducción

Las personas sin hogar experimentan una situación compleja y cambiante que es poco comprendida habitualmente por la sociedad (Díaz González, 2021). El término de persona sin hogar no sólo hace referencia a la falta de una vivienda que disponga de unas condiciones de habitabilidad adecuadas, sino también a la carencia de relaciones sociales y familiares estructuradas y demás elementos que envuelven el concepto de hogar (Matulic Domandzic, 2013). En esta problemática interactúan múltiples factores de riesgo, entre los que se destacan los de carácter institucional, relacional, personal y estructural (Edgar, 2009;

Gobierno Vasco, 2018). La pérdida de la vivienda o las dificultades para acceder a ella y establecer un hogar puede promover que las personas experimenten procesos de deterioro personal y social (FEANTSA, 2008), cuadros de estrés, ansiedad y empeoramiento de dificultades que permanecen ocultas como la violencia, adicciones, o conflictos de rol (Plujá, 2011); y el padecimiento de patologías mentales graves (Uribe y Alonso, 2009). Asimismo, se ha constatado que cuanto mayor es el tiempo de permanencia en la situación de sinhogarismo, más elevado es el deterioro de las capacidades de recuperación y la probabilidad de sufrir perturbaciones psicológicas y presentar tendencias suicidas (Cleverley y Kidd, 2011).

El número de centros y servicios dirigidos al colectivo se ha incrementado considerablemente en los últimos años hasta llegar a los 1.019 (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Los centros de acogida, albergues y otros alojamientos de emergencia representan un papel trascendental puesto que proporcionan a las personas una alternativa segura a dormir a la intemperie (FEANTSA, 2008) y ayudan a mitigar el deterioro de aquellas que residen en alojamientos inseguros y precarios (Díaz González, 2021). En Canarias, el proyecto de mayor envergadura lo constituye el Servicio Integral de Atención a las Personas Sin Hogar (a partir de ahora SIAPSH) (Instituto Municipal de Atención Social, 2019) donde se proporciona alojamiento temporal, duchas, lavandería, consigna, peluquería, ropero, recepción y atención nocturna, comedor, centro de día y atención socioeducativa (Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 2014). Igualmente, se contempla el servicio que prestan las Unidades Móviles de Acercamiento a las personas que se encuentran en situación de calle o pernoctando en asentamientos ubicados en las diferentes zonas del municipio (Instituto Municipal de Atención Social, 2019).

Los conflictos se encuentran asociados naturalmente a las relaciones interpersonales (Galtung, 2003; Vinyamata, 2003), por lo que están presentes en los espacios de convivencia (Castilla y González, 2011) y resultan esenciales para el desarrollo social. Éstos aparecen cuando se dan distintas interpretaciones ante una misma situación, manera de entender una realidad o de atribución personal sobre un mismo hecho (Fernández et al., 2012) y está afectado por diferentes variables como es el contexto, las personas y el problema (Entelman, 2002). Según Vinyamata (1999), se puede concebir como la interposición de intereses, percepciones o actitudes entre diferentes personas, siendo interpretada desde una perspectiva beligerante e ignorando la vertiente positiva de estos, que permite un desarrollo favorable para las partes. Desde un enfoque más constructivista, también supone un fenómeno necesario para la vida, oportunidad de cambio y de construcción de relaciones más favorables, siempre y cuando se gestione de manera adecuada (Gasteiz, 2004).

Los centros alojativos son entornos de cohabitación en el que las personas usuarias se encuentran condicionadas por una serie de normas institucionales (Díaz González et al., 2021) y consiste en un espacio de relaciones interpersonales e intergrupales entre por sujetos diferentes con características particulares que comparten ciertas necesidades. Esta realidad propicia la aparición de situaciones conflictivas que son complicadas de resolver. Además, supone un espacio físico reducido, compartido por personas sin afinidad, en un entorno que no respeta su espacio vital y que le proporcione una intimidad adecuada, y donde se dan situaciones de intromisión que no facilita la reflexión sobre sus sentimientos y conductas. Todo ello hace propicio que se den tensiones propias de la convivencia, condiciones del espacios y derivadas de la propia situación de sinhogarismo y exclusión social, provocando ciertos escenarios de suspicacia, lucha de intereses, dificultades en la comunicación, surgimiento de sentimientos hostiles, y aparición de conductas defensivas y ofensivas (Díaz González, 2021). En lo que respecta a los tipos de conflictos según su contenido, en este contexto se aprecian los de relación, de intereses, de información, estructurales y de valores (Moore, 1995; Redorta, 2004). Asimismo, cobra especial relevancia los estilos de afrontamiento ante los conflictos que viven las personas (Thomas y Kilmann, 1974; Rahim y Bonoma, 1979; Van de Vliert y Euwema, 1994).

El análisis del conflicto en este contexto no ha sido investigado en profundidad, desconociéndose cómo se manifiesta este fenómeno y cómo afecta a las personas sin hogar. Ante esta realidad, resulta imprescindible determinar la intensidad con la que se experimentan las agresiones indirectas como la discriminación, imposición, traiciones, mentiras, emisión de rumores y calumnias, robo y uso de pertenencias sin consentimiento durante su estancia en un recurso alojativo y conocer el impacto que genera en la convivencia en función de las diferentes variables.

2 Metodología

Se utiliza el *Cuestionario de Intensidad y Frecuencia del Conflicto entre las Personas Sin Hogar-Versión Usuarios (CIFCPSH-VU)* para medir la intensidad de las situaciones conflictivas que se dan durante la convivencia en el SIAPSH tanto desde el enfoque de si estaban inmersas en la situación conflictiva como de si lo habían observado en otras personas. Así, se plantearon situaciones que abordaban los conflictos asociados con agresiones indirectas que podían darse en este contexto para determinar la emoción que les suscitaba con 6 niveles de intensidad (desde feliz a furioso). La muestra estaba compuesta por 104 personas sin hogar donde el 76% eran hombres y el 24% mujeres, tenían una media de edad de 50,21 años y el 50,9% llevaba más de 1 años alojadas en el centro. Una vez administrados los cuestionarios, se recaba la información y se analiza a través del programa estadístico SPSS versión 26, determinando a través de la media y desviación típica los niveles de intensidad con la que se viven las diferentes situaciones.

3 Resultados

En las agresiones indirectas analizadas durante la convivencia en el centro se aprecia una mayor intensidad media en las variables observadas frente a las realizadas en todas las situaciones.

Tabla 1. *Intensidad del Conflicto para las Personas Usuarias*

| SITUACIÓN | X | DT |
|--|------|------|
| (IO1) He visto a personas que discriminan a los demás por su etnia o país de origen. | 4,08 | 1,40 |
| (IR1) He sido duro con los demás por su etnia o país de origen. | 3,34 | 1,51 |
| (IO2) He observado a personas que tratan de imponer sus opiniones, criterios o normas sobre los demás. | 3,95 | 1,44 |
| (IR2) Alguna vez he tratado de imponer mi manera de pensar sobre los demás. | 2,81 | 1,26 |
| (IO3) He presenciado traiciones entre personas usuarias. | 3,80 | 1,44 |
| (IR3) En alguna ocasión he traicionado a otras personas usuarias. | 3,39 | 1,42 |
| (IO4) He escuchado a personas que emiten opiniones negativas o críticas hacia los demás usuarios. | 4,07 | 1,32 |
| (IR4) Alguna vez he emitido opiniones negativas o críticas hacia los demás. | 3,24 | 1,52 |
| (IO5) He observado a personas robando en el centro. | 4,06 | 1,61 |
| (IR5) Alguna vez he sustraído alguna pertenencia a otra persona. | 3,40 | 1,62 |
| (IO6) He presenciado a personas que utilizan las pertenencias de otras sin su consentimiento. | 3,89 | 1,50 |
| (IR6) En algún momento he usado las pertenencias de otras personas sin su autorización. | 3,27 | 1,67 |
| (IO7) He visto a personas hacer uso de mentiras. | 4,25 | 1,34 |
| (IR7) He utilizado la mentira alguna vez. | 3,27 | 1,61 |

Fuente: Tabla de elaboración propia.

En los conflictos observados se vive con mayor intensidad el uso de la mentira ($X=4,25/DT=1,34$), la discriminación ($X=4,08/DT=1,40$) y el robo ($X=4,06/DT=1,61$). En cuanto a la vertiente realizada, se obtiene una mayor intensidad en la utilización de las pertenencias de otra persona sin su autorización ($X=3,40/DT=1,62$), la traición $X=3,39/DT=1,42$) y el rechazo hacia los demás $X=3,34/DT=1,51$).

Si se comparan las diferencias entre la intensidad emocional en las situaciones observadas y realizadas a través de la prueba T de Wilcoxon, se encuentra que la apreciación del conflicto produce una intensidad significativamente mayor que en la ejecución, tal y como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 2. *Diferencias entre la intensidad emocional observada en las situaciones conflictivas*

| INTENSIDAD EMOCIONAL OBSERVADA Y REALIZADA | | |
|--|--|--|
| IR1-IO1 ($z=-4,213$; $p\leq 0,000$) | IR4-IO4 ($z=-4,696$; $p\leq 0,000$) | IR6-IO6 ($z=-3,438$; $p\leq 0,001$) |
| IR2-IO2 ($z=-5,897$; $p\leq 0,000$) | IR5-IO5 ($z=-3,465$; $p\leq 0,001$) | IR7-IO7 ($z=-4,828$; $p\leq 0,000$) |
| IR3-IO3 ($z=-2,487$; $p\leq 0,013$) | | |

A través de la aplicación de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, se obtienen diferencias en función del sexo, siendo mayor la intensidad en las mujeres en las discriminaciones ($z=3,155$; $p\leq 0,002$), las críticas ($z=1,982$; $p\leq 0,047$) y en la utilización de las pertenencias de los demás sin su consentimiento ($z=2,465$; $p\leq 0,014$) en comparación con los hombres. Se destaca una mayor intensidad en el caso de las mujeres en lo que respecta a la sustracción de pertenencias o robos cuando se ven implicadas en el desarrollo de la situación ($z=2,279$; $p\leq 0,023$).

Por medio del coeficiente de correlación de Spearman se determina la correspondencia entre la edad y el tiempo de estancia en el centro con las situaciones analizadas. En cuanto a la edad, a medida aumenta, se vive de manera más intensa la discriminación hacia otras personas ($\chi^2=0,197$; $p\leq 0,045$). A mayor tiempo en el centro, se percibe de manera más intensa todas las agresiones observadas, tal y como se puede comprobar en la siguiente tabla.

Tabla 3. *Intensidad de las situaciones observadas en función del tiempo de estancia*

| INTENSIDAD EMOCIONAL OBSERVADA Y REALIZADA | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| IO1 ($r=,213$; $p\leq 0,030$) | IO4 ($r=,255$; $p\leq 0,009$) | IO6 ($r=,274$; $p\leq 0,005$) |
| IO2 ($r=,257$; $p\leq 0,008$) | IO5 ($r=,315$; $p\leq 0,001$) | IO7 ($r=,264$; $p\leq 0,007$) |
| IO3 ($r=,202$; $p\leq 0,039$) | | |

4 Discusión / conclusiones

Se da una mayor intensidad emocional media en los conflictos observados que cuando la persona se ve implicada personalmente, ya sea porque es la responsable de la situación o porque se ve afectada personalmente. El uso de la mentira, la discriminación y el robo se constituyen como las situaciones que se viven con un mayor impacto entre las personas sin hogar que comparten un espacio de convivencia como es el servicio de alojamiento del SIAPSH. Cuando hay una afectación personal, el tipo de situación que se vive con mayor ímpetu se asocia a la utilización de las pertenencias ajenas sin permiso, las traiciones al quebrantarse la fidelidad o lealtad que se suponía que debía guardarse entre las personas y la discriminación a otros individuos por su origen.

Resulta significativo el hecho de que no se dé una coincidencia en la mayoría de las situaciones con respecto a la intensidad con la que se aprecian y se experimenta, pudiendo deberse a un efecto de la deseabilidad social; una falta de consciencia, capacidad crítica y análisis propio; o a situaciones que se relacionan con algunas personas concretas en el centro y que generan un alto impacto en el conjunto de la comunidad. Sería fundamental estudiar el número de personas que se ven implicadas directamente en las diferentes situaciones conflictivas y la cantidad de vivencias al respecto para poder determinar esta cuestión.

Cabe destacar que las mujeres otorgan una intensidad más negativa que los hombres a determinados conflictos como la discriminación, las críticas y el uso de pertenencias de otras personas sin su autorización y es posible que este hecho se dé ante una mayor normalización del conflicto entre los hombres o las dificultades que puedan experimentar unos y otras en la identificación de los conflictos debido a factores socioculturales y vinculados con la propia experiencia de sinhogarismo. El tiempo que las personas permanecen alojadas en el centro y en la situación de sinhogarismo también parece otorgar mayor intensidad a las situaciones observadas, siendo imprescindible tener en cuenta este factor en las estrategias que se implementen para mejorar las habilidades sociales para la convivencia y la gestión de los conflictos.

El análisis de la intensidad emocional en este contexto resulta original al localizarse únicamente una investigación anterior en este contexto, siendo ciertamente limitada la información que existe al respecto. Este tipo de estudios son de gran relevancia puesto que proporcionan información específica sobre situaciones sensibles que generan un alto impacto y a las que resulta necesario prestar una mayor atención por parte de la comunidad científica y los y las profesionales que gestionan esta tipología de recursos y proporcionan atención directa.

Referencias bibliográficas

- Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. (30 de julio de 2014). Proyecto de reglamento de régimen interior del Centro Municipal de Acogida en el municipio de Santa Cruz de Tenerife, a efectos de aprobación. BOE(101), 18638-18653. Obtenido de <http://www.bopsantacruzdetenerife.org/descargar/2014/07/101/Bop101-14.pdf>
- Castilla, J., y González, M. (2011). Mediación penitenciaria. Jerez. Obtenido de <http://es.slideshare.net/ppenitenciariajerez/mediacin-penitenciaria>
- Cleverley, K., y Kidd, S. (2011). Resilience and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, (34), 1049-1054. doi:10.1016/j.adolescence.2010.11.003
- Díaz González, J. M. (2021). La realidad en ámbitos de exclusión social: análisis del conflicto sobre las personas sin hogar. Universidad de La Laguna.
- Díaz González, J. M., Rodríguez Hernández, J., y Rosales Álamo, M. (2021). Análisis del conflicto en un recurso para personas en situación de sinhogarismo: diseño y validación de la hoja de registro de los factores asociados. *Cuadernos de Trabajo Social*, 35(1), 71-80.
- Edgar, B. (2009). *European Review of Statistics on Homelessness*. FEANTSA.
- Entelman, R. (2002). *Teoría de Conflictos: Hacia un nuevo paradigma*. Gedisa. FEANTSA. (2008). El papel de la vivienda en el sinhogarismo. Alojamiento y Exclusión residencial. Thorpe European Services.

- Fernández, M., Hierro, E. d., y Archilla, M. (2012). Mediación Penitenciaria. Una nueva propuesta para mediar en una cárcel de mujeres. *Revista de mediación*, (10), 39- 43.
- Galtung, J. (2003). Paz por medios pacíficos. Paz y conflictos, desarrollo y civilización. Bakeaz/Gernika Gogoratuz.
- Gasteiz, V. (2004). Educación para la convivencia y la paz en el ámbito de la educación no formal de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Eusko Jaurlaritza Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del País Vasco.
- Gobierno Vasco. (2018). Estrategia Vasca para Personas Sin Hogar. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- Instituto Municipal de Atención Social. (2019). I Plan Municipal para la Atención de Personas Sin Hogar de Santa Cruz de Tenerife 2019-2023. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife.
- Instituto Nacional de Estadística (2021). Encuesta de centros y servicios de atención a las personas sin hogar año 2020. Obtenido de: https://www.ine.es/prensa/ecapsh_2020.pdf
- Matulic Domandzic, M. V. (2013). Los procesos de exclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. *Trabajo Social Global*, 3(5), 3-27.
- Moore, C. W. (1995). El proceso de la mediación. Granica.
- Plujá, M. (2011). Con techo y sin hogar: efectos de la vivienda precaria en la vida de las personas de Barcelona. *Cáritas Española*.
- Rahim, A., y Bonoma, T. (1979). Managing organizational conflict: A model for diagnosis and intervention. *Psychological Reports*, 44, 1323-1344. doi:<https://doi.org/10.2466/pr0.1979.44.3c.1323>
- Redorta, J. (2004). Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación. Paidós Ibérica.
- Thomas, K., y Kilmann, R. (1974). Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. Xicom.
- Uribe, J., y Alonso, S. (2009, 15 de mayo). Personas en situación de sin hogar en Barcelona: Perfiles, estado de salud y atención sanitaria. *Humanización, pastoral y ética de la salud*, 42(295-296), 7-108.
- Van de Vliert, E., y Euwema, M. (1994). Agreeableness and activeness as component of conflict behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 674- 687. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.4.674>
- Vinyamata, E. (1999). Manual de prevención y resolución de conflictos: conciliación, mediación, negociación. Ariel.
- Vinyamata, E. (2003). Aprender del conflicto: conflictología y educación. Graó.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Ante la necesidad de ser escuchado: diálogo presencial y online. Propuesta de proyecto

Rafael Arredondo Quijada, Universidad de Málaga (rafaelarredondo@uma.es)

María Almudena Macias León, Universidad de Málaga (almudena.macias@uma.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Se presenta la propuesta de un proyecto piloto que pretende mejorar el bienestar y fomentar la calidad de vida de las personas sin hogar en Málaga, manteniendo el centro de la intervención en la persona, orientándose a satisfacer las necesidades latentes que presenta el colectivo de personas sin hogar; transformando las zonas en las que se encuentran la mayor parte del día (la calle) en espacios de interacción social donde puedan verse cubiertas sus necesidades emocionales y relacionales. Un colectivo que supera las trescientas personas en la ciudad de Málaga (Fundación RAIS, 2017).

El desarrollo de esta experiencia supondría un incremento en la eficacia y eficiencia de la gestión y calidad de los Servicios Sociales, al incrementarse el acompañamiento, asesoramiento y apoyo individualizado directo para los usuarios en la elección, acceso, adherencia y aprovechamiento de los recursos y servicios ofrecidos por la administración y los colectivos sociales. Desde una presencia física en aquellos lugares donde se encuentran las personas sin hogar, de cara a cubrir una demanda sentida y verbalizada como es el poder dialogar con otras personas, en definitiva, ser escuchado. No sólo a nivel presencial sino también en un formato online, un elemento innovador, facilitando la monitorización de los participantes, a través de chat vía redes sociales, que vendría a entre otras cuestiones abordar el analfabetismo y la brecha digital en este colectivo.

Palabras clave

Personas sin hogar, diálogo, innovación social, alfabetización digital

1 Introducción

A través de una propuesta piloto, se pretende atender un colectivo que a lo largo de la historia ha sido estigmatizado con connotaciones negativas, incluso, desde la manera de definirlo: transeúnte, indigente, mendigo, vagabundo, sintecho, etc. En definitiva, son personas que no disponen de una vivienda, un concepto el de falta de vivienda que la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar (FEANTSA), plantea desde una comprensión amplia, que abarca la falta de techo, la falta de vivienda y la vivienda inadecuada e insegura.

Pero no sólo han tenido y sufren connotaciones negativas, ya que estar en la calle, en la mayor parte de los casos, supone una ruptura total de vínculos y la experiencia profunda de vivir en un mundo aparte, donde la interacción y el diálogo con otras personas se ve reducida a lo mínimo, cuando la confianza y el establecimiento de relaciones son un elemento crucial para abordar la plena integración social. En palabras de Malagón (2008) “las personas sin hogar, con su soledad, aislamiento y desarraigo, nos transmiten con su sola presencia, la desesperanza, desmotivación y penuria que habitualmente caracteriza sus vidas” (p. 110).

No se puede olvidar que el número de personas sin hogar que duermen en la calle cada noche en la Unión Europea alcanza las 700.000 personas, según la propia UE, convirtiéndose en una de las principales

problemáticas a abordar para la inclusión social (Cabrera y Rubio, 2008), de lo contrario se entra en el riesgo de lo que Flores, Gómez y Renes (2016), han denominado como espiral de la pobreza.

La situación de las personas sin hogar en España es una constante histórica sin resolver, aún habiéndose avanzado, sigue sin ser una problemática con visos de solución en el corto plazo. La Estrategia Nacional integral para Personas sin Hogar 2015-2020, establecía que: “Si se considera que hay un 10% de personas sin hogar durmiendo en espacios públicos que no son localizados por los recuentos, se estaría en un intervalo de 30.250-36.300 personas sin hogar, con una medida de 33.275 personas (estimativas)” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015: 12). Donde las personas que son usuarias de centros asistenciales sean estos público o privado, se han incrementado del año 2005 al 2022 en un 30,37% (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

De manera específica en la ciudad de Málaga, según Cáritas Diocesana, existe un aumento de mujeres y personas mayores de 55 años sin hogar en el año 2022. Según sus datos son más de 133 las personas que duermen en la calle y un total de 863 las que han sido atendidas en este mismo año por la Unidad de Calle (Diócesis Málaga, 2022). Estos aumentos son luces que alertan y marcan tendencia que sugieren una perspectiva de futuro en cuanto a incrementos tras la pandemia, y ante la situación de dificultad de acceso a la vivienda que día a día se sigue empeorando en nuestro país.

Pero no sólo el factor cuantitativo es una realidad cruda en lo relativo a estas personas, que como queda evidenciado afecta a miles de ciudadanos de cara alcanzar una vivienda digna y adecuada. Sino que en ese caminar y en su día a día se han de enfrentar a toda una serie de vicisitudes de manera individual y en solitario, en muchos de los casos percibiendo y soportando clichés y estigmatizaciones que para nada vienen a mejorar los posibles procesos en los que en muchas de las ocasiones se encuentran. Históricamente se han descrito a las personas sin hogar como el colectivo más excluido de la sociedad, ocupando el nivel más bajo (Agulles, 2018).

De ahí que esta experiencia piloto se plantea abordar de manera directa la generación de un servicio de atención y acompañamiento que pueda satisfacer la necesidad de diálogo, escucha e interacción que apoye los procesos de incorporación en los que se puedan encontrar a la vez que facilite otros nuevos y atienda demandas emergentes y/o necesidades.

Pero a la vez se incorpora una intervención desde herramientas tecnológicas, en este caso un dispositivo de telefonía móvil, a través del que se podrá conectar a un canal de comunicación para seguir dialogando a la par que siendo y sintiéndose escuchado. Abordando de manera transversal a su vez cuestiones como la brecha y el analfabetismo digital en un colectivo con grandes déficits en este apartado.

El proyecto plantea una total participación del colectivo objeto de intervención, adaptándose la intervención a las necesidades y requerimientos que se vayan expresando por ellas y ellos, a la par que siendo valoradas por el equipo de trabajo. Contando así mismo con la posible participación tanto de los recursos de servicios sociales como de otras entidades que trabajan con este colectivo, si así lo desean.

2 Objetivos generales y específicos

Se detallan a continuación tanto los objetivos generales como específicos que se han establecido en la propuesta de proyecto piloto:

– *Objetivo general:*

- a) Implementar un nuevo servicio dirigido a atender las necesidades emergentes del colectivo diana (las personas sin hogar).

– *Objetivos específicos:*

- a) Transformar las zonas habituales de convivencia y estancia en la calle del colectivo, en espacios de interacción social.
- b) Facilitar, apoyar y acompañar a las personas objeto de intervención, en su proceso de inserción.
- c) Estudiar y analizar el impacto que conlleva estas técnicas de intervención en la mejora de la calidad de vida del colectivo.

– *Objetivo general:*

Desarrollar iniciativas innovadoras de inclusión social que favorezcan el impulso de la convivencia de estas personas en el conjunto de su proceso.

– *Objetivos específicos:*

1. Abordar el analfabetismo y la brecha digital en el colectivo de personas sin hogar.
2. Implantar metodologías de intervención social novedosas basadas en la utilización de nuevas tecnologías como herramientas que faciliten el acceso y la comunicación entre profesionales y usuarios/as.

3 Conclusiones

En diciembre de 2020 finalizaba la denominada como Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020, “... el instrumento que propone el Gobierno para dar respuesta a la situación de estas personas y crear un marco integral de actuación con este colectivo” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015: 9). La evaluación realizada de la misma marca como los objetivos previstos en un inicio no se han alcanzado, siendo el sinhogarismo en España una triste realidad, un “... problema en constante evolución que está aumentando y extendiéndose a otros perfiles antes considerados tradicionalmente integrados” (Instituto para la Evaluación de Políticas Públicas, 2020: 6).

La constatación del empeoramiento en lo que respecta a las personas sin hogar, también ha sido recogido en la introducción del Acuerdo Marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para dar solución al sinhogarismo impulsado por la Estrategia nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030, donde se indica que “Las situaciones de sinhogarismo se están agravando, más del 40% de las personas sin hogar lleva en esta situación más de 3 años (11.471 personas).”

La necesidad de una vivienda digna y adecuada se sitúa como uno de los elementos esenciales de cara a la intervención con las personas sin hogar, al encontrarse afectado un 40% de ellas por problemas relacionados con la vivienda (desahucios, imposibilidad de continuar pagando el alojamiento, viviendas en ruinas), tal y como recoge la mencionada nueva estrategia 2023- 2030. Pero junto a la necesidad de este recurso, anteponiendo un derecho humano a otros procesos de incorporación social, se requiere superar aspectos voluntaristas y asistencialistas de cara a estas personas donde intervenciones más integrales e innovadoras, puedan venir abordar el conjunto de sus características y necesidades.

Como se ha venido relatando la comunicación que se presenta como proyecto piloto, es generar un servicio de apoyo, asesoramiento y acompañamiento para personas sin hogar, que sirva para incrementar y mejorar su bienestar y calidad de vida a través de la generación de un espacio de diálogo e interacción social, allí donde se encuentran, la calle, en el que el aprovechamiento de los recursos públicos sea mayor y puedan verse cubiertas sus necesidades emocionales, a la vez que impulsar el sentimiento de convivencia y participación

social. Siendo población diana y/o preferente, dentro de este colectivo, aquella que en muchas de las ocasiones no es usuaria de los recursos existentes.

Las necesidades más básicas del colectivo de personas sin hogar son las que de manera más prioritaria y urgente y desde una perspectiva obvia, se podría indicar de carácter humanitario, se vienen atendiendo. Desde el aseo, a facilitar una alimentación o el poder dormir. Pero sin embargo aspectos relacionales, convivenciales y de carácter personal, se suelen situar en un segundo nivel, más si la persona se encuentra en un proceso de calle acudiendo de manera puntual a algún recurso específico o a ninguno de ellos.

En el día a día en las calles de España existen miles de personas sin hogar que mientras tanto llega la hora de acudir algún recurso asistencial para atender alguna necesidad, deambulan, o simplemente esperan a que pase el tiempo, un tiempo precioso para que también se puedan sentir acompañados y atendidos. Un tiempo en el que bien de manera presencial u online pueden encontrar a otras personas simplemente para interactuar, a partir de ahí posiblemente se haya iniciado un camino que hasta ese momento era invisible o inexistente.

Referencias bibliográficas

- Agulles Martos, J. M. (2019). Las personas sin hogar y exclusión residencial ¿hacia un cambio de paradigma? Cuadernos de Trabajo Social, 32(2), 265-275
- Cabrera, P. y Rubio, M^a J. (2008). Las personas sin hogar, hoy. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración 75, 51-74
- Diócesis Málaga. Cáritas lanza la campaña “Fuera de cobertura” para concienciar sobre la exclusión social. (27 de octubre de 2022). <https://www.diocesismalaga.es/pagina-de-inicio/2014056741/caritas-lanza-la-campana-fuera-de-cobertura-para-concienciar-sobre-la-exclusion-social/>
- Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar (FEANTSA) (27 de abril de 2023) ¿Qué es la falta de vivienda? <https://www.feantsa.org/en/about-us/faq>
- Flores, R. (Coordinador), Gómez, M. y Renes, V. (2016). La transmisión intergeneracional de la pobreza: factores, procesos y propuestas para la intervención. Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española
- Fundación RAIS. Conocer para actuar. Informe de resultados 2017. https://ssm.cordoba.es/images/pdf/otros/2019/Informe_Conocer_para_actuar_2_017.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2022). Encuesta a las personas sin hogar. https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf
- Instituto para la Evaluación de Políticas Públicas (2020). Evaluación intermedia de la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar (2015-2020).
- Informe ejecutivo. Madrid: Ministerio de Política Territorial y Función Pública. https://www.msobs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/Informe_Ejecutivo.pdf
- Malagón, S. (2008). La vivienda y los procesos de exclusión social. Trabajo Social Hoy, segundo semestre 2008, 101-113
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>
- Resolución de 20 de enero de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo Marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para dar solución al sinhogarismo impulsado por la Estrategia nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030. 6 de febrero de 2023. BOE no. 31

Unión Europea. (27 de abril de 2023). El acceso a una vivienda adecuada debería ser un derecho fundamental en la UE, según el PE. https://www.europarl.europa.eu/spain/es/prensa/communicados_de_prensa/pr-2021/2101.HTML#:~:text=La%20resoluci%C3%B3n%20hace%20hincapi%C3%A9%20en,m%C3%A1s%20que%20hace%20diez%20a%C3%B1os.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Proyecto piloto NIDUS: Evaluación de una herramienta digital para personas en situación de sinhogarismo

Ángela García, (agarciabernardos@ub.edu)

Jezabel Cartoixà García (jcartoixa@ub.edu)

Adela Boixadós Porquet (aboixados@ub.edu)

Sergi Sánchez Castiñeira (ssanchez@ub.edu)

Universitat de Barcelona



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

NIDUS es una plataforma digital llevada a cabo por la Fundación ISocial que quiere ser una caja fuerte para las personas en situación de sin hogar. Además, se complementa con otras funcionalidades.

Los motivos de crear NIDUS surgen de uno de los problemas que se encuentran las personas en situación de sinhogarismo que es la pérdida de documentación la cual genera un gran impacto en las vidas de las personas (malestar, emocional, inseguridad, desprotección y dificultad de acceso a derechos) y tiene fuertes repercusiones en las tareas que hacen los equipos de acompañamiento social.

En este contexto, propusimos una evaluación para conocer y analizar los procesos implementados y los resultados obtenidos. El proceso de evaluación comprenderá diferentes fases, una primera fase de evaluación de diseño y en fases posteriores se pretende realizar una evaluación de la implementación e impacto.

Los resultados que aquí se presentan proceden de la primera fase en la se realizó una evaluación de diseño, con la que poder analizar la conceptualización, coherencia y fundamentos del diseño teórico de la herramienta.

En el presente documento explicaremos brevemente en qué consiste el proyecto NIDUS y su fundamentación teórica, la metodología utilizada en la evaluación y, por último, los principales resultados de esta evaluación

Palabras clave

Sinhogarismo, herramienta digital, evaluación.

1 Proyecto NIDUS

El proyecto NIDUS es un proyecto piloto que consiste en el desarrollo de una plataforma que permita guardar la documentación de forma segura y permanente para evitar pérdidas y deterioros (*Fundació ISocial, 2023*). La documentación se conserva en la “nube” para que puedan acceder a ella tanto interesados directos (personas usuarias de los servicios de intervención al sin hogarismo) como el personal técnico de estos servicios que les atienden y acompañan.

La herramienta además incluye las siguientes funciones:

- Almacenaje de documentos
- Servicio de mensajería instantánea (chat) directa con los profesionales y la persona usuaria.
- Calendario y sistema avisos de la agenda de la persona usuaria.
- Localización de recursos y servicios

El proyecto tiene como personas destinatarias directas a aquellas personas que se encuentran en situación de sinhogarismo, así como personas destinatarias indirectas, el conjunto de profesionales y técnicos que atienden y acompañan a estas personas.

Las entidades y equipos profesionales que forman parte de esta prueba piloto son entidades socias ubicados en diferentes lugares de Catalunya y que forman parte de la Fundación ISocial, concretamente Support Girona, Grup Sant Pere Claver, Grup ABD i Grup Atra. Estas entidades ofrecen diferentes servicios de acompañamiento de las personas en situación de exclusión residencial como alojamiento, acompañamiento técnico y psicológico a trastornos mentales y consumos problemáticos, centros de día, y equipos de calle.

En los últimos años y especialmente a partir de la pandemia de la COVID19, se observa un proceso digitalización intensa y creciente de las estructuras de las organizaciones tanto públicas como privadas. Este hecho se valora de forma positiva por el aumento de la eficiencia en los procesos de trabajo, por la mejora en el acceso a la información y comunicación, por en la facilitación de espacios de intercambio de conocimientos, así como en la agilidad e inmediatez, la mejora de la innovación, entre otros aspectos. No obstante, puede generar efectos no deseados como reproducir y empeorar las situaciones de desigualdad en colectivos más vulnerables ((FEANTSA, 2021; Fundació Ferrer i Guàrdia, 2020; Harris, 2020; Yates et al., 2015)). En este sentido, la brecha digital parte de una brecha socioeconómica que exige una “una perspectiva multidimensional y multifactorial, que tome también en consideración la interseccionalidad con otras esferas de las desigualdades sociales” (Fundació Ferrer i Guàrdia, 2020, p. 141).

Desde diferentes organizaciones (FEANTSA, 2021) se proponen diferentes acciones con las que abordar esta brecha digital, como por ejemplo la facilitación al acceso de recursos tecnológicos, la creación de espacios virtuales que faciliten la comunicación entre personas usuarias y equipos de profesionales o la promoción de acciones formativas, así como la adquisición de competencias y habilidades en esta materia. Ahora bien, según la literatura hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones y limitaciones:

Primero, la inclusión digital no está implícita en el acceso en las tecnologías. Es decir, hay que tener una visión global de las desigualdades y dificultades en las diferentes áreas en las que se encuentran las personas usuarias y como esta cuestión se traslada en el uso de las tecnologías, adquirir competencias y habilidades digitales.

En segundo lugar, el nivel de autonomía y la libertad en el acceso a los recursos, a los dispositivos y a dotaciones afecta a la intensidad del uso que se hace, que al mismo tiempo se vincula con la adquisición de competencias y seguridad en su uso.

Y en último lugar, es necesario un proceso de apropiación e interiorización de las herramientas digitales por parte de persona usuaria para que se produzca el aprovechamiento buscado por parte de sus desarrolladores.

En este contexto para abordar la brecha digital es importante considerar el papel que tienen las entidades sociales como espacio tanto para el estudio de este fenómeno entre las personas usuarias, como para el análisis de los impactos y para su capacidad de abordar el fenómeno (Fundació Ferrer i Guàrdia, 2020). Con todo, las organizaciones y equipos profesionales que trabajan son agentes que permiten el logro y el despliegue de estrategias de lucha frente la fractura digital.

A partir de aquí, el Proyecto piloto NIDUS, se presenta como propuesta de solución que quiere conseguir la disminución de la brecha digital de las personas en situación de exclusión. Una propuesta que se asimila al proyecto Reconnect francés (*Reconnect. Le numérique au service de l'inclusion*, 2023) dirigido a personas en situación de vulnerabilidad que ha seguido evolucionando y desplegándose.

2 Metodología

Para la evaluación del diseño se ha propuesto una estrategia metodológica cualitativa basada en una revisión documental existente, así como el uso de entrevistas centradas a informantes clave que formaron parte de la implementación de la herramienta y, un grupo de discusión.

La revisión documental fue especialmente relevante en el inicio del proyecto cuando se trató de identificar otros casos de estudio o ejemplos de implementación de cajas fuertes digitales realizadas en otros países. Esta metodología si bien fue clave en la fase inicial, se considera que su uso atraviesa todas las fases del proyecto de investigación.

La metodología llevada a cabo ha sido de carácter cualitativo. Concretamente se han realizado 6 entrevistas a informantes clave del programa tuvieran una visión global del proyecto. Los perfiles que se han incluido son ejecutores del programa y coordinadores de este pero que forman parte de diferentes servicios.

Por otro lado, también se realizó un grupo de discusión con integrantes de los equipos de profesionales que forman parte de los servicios que se encargan de la ejecución y desarrollo de la herramienta. La tabla 1 recoge con más detalle las personas entrevistadas y participantes en el grupo de discusión.

Tabla 1. Personas entrevistadas y participantes

| Informante | Entidad |
|---|--|
| Responsables del proyecto | Coordinación del Projecte Pilot Nidus (Fundació ISocial) |
| Representantes de las entidades participantes en el proyecto | Support Girona Cal Muns Atra-Vilanova i la Geltrú Atra-SPAI del Prat ABD |
| Equipos profesionales de las entidades participantes en el proyecto | Support Girona (3), Cal Muns (2), Atra-SPAI del Prat (2) |

3 Teoría del cambio y preguntas de investigación de la evaluación

Dado que la brecha digital de las personas que padecen exclusión residencial grave, la caja fuerte digital propuesta por el proyecto NIDUS trata de contribuir a la reducción y disminución de la misma.

Por otro lado, como otros proyectos han constatado (FEANTSA, 2021), la pérdida de documentación personal (pasaporte, tarjeta de salud, tarjeta de empadronamiento, etc.) puede suponer un importante obstáculo al acceso a derechos por lo que la caja fuerte digital también se plantea como un instrumento de protección de derechos ante contingencias y problemas de carácter burocrático.

A pesar de que no se contaba con una teoría del cambio (Mason y Barnes, 2007; Rogers, s. f.) inicial, a partir de la revisión documental y la entrevista con la coordinación del programa se define cual es la situación inicial del programa y la situación deseada a la que se quiere llegar, describiendo los principales recursos, actividades, productos e impactos.

Con todo se pueden definir las preguntas de investigación que se plantean en torno a:

- ¿Cuáles son los objetivos del programa y cómo se espera alcanzarlos?
- ¿Las hipótesis del programa son realistas?
- ¿La teoría es coherente con el conocimiento existente?
- ¿Los criterios de selección de los participantes son los adecuados para cubrir la población objetivo del programa?

4 Principales resultados

Desde la coordinación se señala que la concepción de la herramienta nace a partir del trabajo realizado en otros proyectos, pero en especial del aplicativo FLAPP. Esta aplicación digital se planteaba como herramienta de apoyo, no sólo dirigida a los jóvenes, sino también a los profesionales. Una herramienta que pretendía ser un canal de comunicación entre dos agentes: entre la persona acompañada y la persona que lo acompaña. A partir del desarrollo de la herramienta se pensó que sería interesante y útil para otras realidades sociales, y se propuso como grupo a las personas en situación de sin hogar.

Desde la Fundación abren el contacto con entidades que trabajan con personas en esta situación. Las entidades seleccionadas acceden por diferentes motivos, pero en sus entrevistas converge, por un lado, en que la herramienta es una oportunidad para poder trabajar la brecha digital en la que viven las personas en situación de sinhogarismo. Las entidades visibilizan así la preocupación como las personas en esta situación quedan excluidas del derecho digital. Por otro lado, que NIDUS, puede dar respuesta ante la pérdida de documentación.

Esta visión coincide con uno de los objetivos marcados de tener una herramienta solidaria, asistencial y preventiva a las personas sin hogar o con una alta vulnerabilidad social, que contribuya a resolver sus necesidades básicas relacionadas con la documentación, la seguridad y el acceso administrativo a recursos y servicios, y a evitar las situaciones de angustia y de trastorno mental que a menudo sufren debido a la pérdida de documentación. Aunque no está exenta de preguntas sobre si la documentación guardada cuenta con validez legal como en otros programas. Unas dudas que la propia coordinación no sabe resolver en el momento actual.

También se generan dudas sobre otro de los objetivos del proyecto ¿Usar NIDUS pueda empoderar a las personas? Este elemento es el que más preocupa a los equipos, quiénes se cuestionan si realmente es una necesidad para las personas o parece una herramienta más útil para los equipos profesionales. Se detecta como bien confirman desde la coordinación que la conceptualización no ha sido co-diseñada con todos los actores implicados, a pesar de que se hayan realizado algunas entrevistas a personas usuarias. El profesional se sitúa en medio, siendo una herramienta que parece ser más útil para el profesional y las funciones/tareas asociadas que en las necesidades de las personas. Además, hay recelos de cómo puede afectar con las personas usuarias, algunas de las cuáles pueden sentirse controladas o incluso que los profesionales que les acompañan tengan posibilidad de acceder a información confidencial.

Respecto a los objetivos, los equipos, señalan como utópico conseguir a través de la herramienta mejor eficiencia entre profesionales y la administración pública.

De esta manera, se detectan diferentes visiones entre la coordinación y los responsables de las entidades, y los profesionales de primera línea. Los profesionales bajan las expectativas al programa y esbozan la necesidad de tener objetivos más “realistas” que se trasladen en funcionalidades útiles. Con todo, se recuerda que las entidades participantes cuentan con una población atendida heterogénea, así pues se deben plantear cuestiones

relacionadas con la asequibilidad de dispositivos, el perfil sociodemográfico, la vinculación con el servicio, la situación administrativa, las competencias y habilidades digitales, entre otras.

Otro elemento relevante es cómo los problemas con la empresa tecnológica han afectado al desarrollo y seguimiento del proyecto. Se ha tenido que cambiar de proveedor y la herramienta no podrá ser testada por las personas usuarias y profesionales hasta octubre. Este hecho, ha impactado en los equipos y entidades que aseguran que han llegado a desvincularse del proyecto.

Es interesante, empero, que este tiempo ha servido a las propias entidades para identificar la necesidad de poder hacer un traspaso de la información sobre el programa a los diferentes equipos. Durante este tiempo, se explicaba a los/las trabajadoras que se incorporaban al proyecto, les cuesta vincularse y tiene ciertas reticencias.

– *Limitaciones*

En esta comunicación hay que destacar que la evaluación del proyecto se ha visto afectada por el despliegue de la herramienta. Sólo pudiendo evaluar el diseño teórico detrás del programa.

Si bien, esta primera fase sirve para diseñar la evaluación de la implementación y del impacto, teniendo como base el trabajo realizado. De esta manera hay que incorporar en las acciones necesarias para recoger la evidencia en relación con el proyecto.

Referencias bibliográficas

- FEANTSA. (2021). European Federation of National Organisations Working with the Homeless DIGITAL INCLUSION FOR HOMELESS PEOPLE AND HOMELESS SERVICE PROVIDERS.
- Fundació Ferrer i Guàrdia. (2020). La bretxa digital en les persones ateses per entitats socials. www.m4social.org
- Fundació ISocial. (2023). <https://isocial.cat/la-fundacio/>.
- Harris, J. (2020). The digitization of advice and welfare benefits services: re-imagining the homeless user. *Housing Studies*, 35(1), 143-162. <https://doi.org/10.1080/02673037.2019.1594709>
- Mason, P., & Barnes, M. (2007). Constructing Theories of Change: Methods and Sources. *Evaluation*, 13(2), 151-170. <https://doi.org/10.1177/1356389007075221>
- Reconnect. Le numérique au service de l'inclusion. (2023). <https://www.reconnect.fr/>.
- Rogers, P. (s. f.). Síntesis metodològiques Sinopsis de la evaluació de impacte n.º 2 La teoria del canvi. www.unicef.org/about/execboard/files/PRG-overview_10Mar2014.pdf.
- Yates, S. J., Kirby, J., & Lockley, E. (2015). 'Digital-by-default': Reinforcing exclusion through technology. En F. Foster, A. Brunton, C. Deeming, & T. Haux (Eds.), *In Defence of Welfare* (pp. 158-161).



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El sinhogarismo en la prensa escrita española: un análisis longitudinal desde 2008 hasta 2021

Marina Rodríguez Morro, Fundació IRES (marinarodriguez@fundacioires.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Vivir en la calle representa el paradigma extremo de la exclusión social y el fenómeno, lejos de apaciguarse, ha aumentado en los últimos años. Las personas sin hogar y el sinhogarismo son ahora noticia, lo que provoca la necesidad de producir conocimiento, tanto en lo científico como en lo social. Pero ¿cómo se ha definido y percibido el sinhogarismo a través de los periódicos en los últimos tiempos? Para obtener la respuesta se ha optado por una metodología de investigación cualitativa, basada en el análisis del discurso y el contenido de setenta noticias publicadas por los principales periódicos españoles desde el 2008 hasta el 2021. Los resultados obtenidos, estructurados a través de un árbol de categorías, nos permiten no solo dar respuesta a la pregunta de investigación, sino también tener una visión holística e integral de la situación de las personas sin hogar y analizar longitudinalmente el discurso predominante de la prensa escrita respecto al sinhogarismo.

Palabras clave

Personas sin hogar, sinhogarismo, exclusión social, medios de comunicación

1 Introducción

Cuando en septiembre de 2008 la entidad financiera Lehman Brothers quebró, se desencadenó una crisis financiera a nivel mundial que impactó trascendentalmente en la vida de las personas, extendiéndose así las situaciones de riesgo en lo que se refiere a la pobreza. Entre otros, el sector de la vivienda fue uno de los más afectados y trajo consigo el crecimiento exponencial del número de personas sin hogar en todas las ciudades del mundo (Grau et al., 2016).

Las personas en situación de sinhogarismo describen el arquetipo extremo de la pobreza y la exclusión social, donde se identifican una combinación diversos factores, tanto estructurales como individuales, que se hacen efectivos en el hecho de vivir en la calle (Fernández, 2015; Agulles, 2019).

La concepción del fenómeno del sinhogarismo no siempre ha sido la misma. Hasta el siglo XX, las personas sin hogar estaban vinculadas a la “pobreza indigna” (delincuentes, personas vagabundas, mujeres prostitutas, etc.). Durante la década de los setenta, la expresión se reemplazó por la de “indigente” y en la década siguiente la palabra más utilizada fue la de “transeúntes”. Es a partir de los años ochenta, después de que la Federación de Asociaciones Nacionales que trabajan a Favor de las Personas Sin Hogar (FEANTSA) y el Observatorio Europeo de Sinhogarismo (EOH), crearan la Tipología Europea Sobre Sinhogarismo y la Exclusión Residencial, conocida como ETHOS por sus siglas en inglés, cuando se empieza a hablar del este colectivo como “personas sin techo” o “personas sin hogar” (Matulič, 2015; López, 2017).

Tal y como apuntaba la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 (ENI-PSH), los

medios de comunicación son uno de los agentes de cambio para promover y asegurar el cumplimiento de los derechos de las personas sin hogar, garantizando una imagen veraz y respetuosa de las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo (Gobierno de España, 2020).

Es en este punto desde el que se enmarca el presente estudio, pues los medios de comunicación tienen un impacto fundamental en nuestros constructos y comportamientos sociales, dejando huella en nuestro proceso de socialización (Terán y Aguilar, 2018). Si entendemos la manera en la que los medios de comunicación y, en este caso en particular, la prensa escrita, describe y explica el fenómeno del sinhogarismo, podremos acercarnos a saber de qué manera está construido nuestro imaginario social en cuanto al colectivo de las personas sin hogar y de su situación, el sinhogarismo.

2 Metodología

Para saber cómo se ha definido y percibido el sinhogarismo en la última década en los periódicos se ha optado por una metodología de carácter cualitativo, haciendo uso como técnica de investigación del análisis del discurso.

Tal y como se ha comentado anteriormente, teniendo en cuenta el impacto que tuvo a nivel internacional la quiebra de la entidad financiera Lehman Brothers en septiembre de 2008, desatándose una crisis financiera mundial y provocando un crecimiento vertiginoso del número de personas sin hogar, se ha tomado como punto de partida del estudio dicha fecha, pues fue ese instante en el que se comienza a generar mayor literatura científica e interés social en relación con el fenómeno del sinhogarismo.

Con tal de poder realizar dicha aproximación, se ha seleccionado un total de cinco periódicos digitales, los cuatro diarios de mayor repercusión en España (El País, El Mundo, La Vanguardia y ABC) y, por otro lado, el periódico más consultado en las Islas Baleares (Última Hora).

Se ha elegido una crónica informativa anual, relacionada con las personas sin hogar y el sinhogarismo, por cada uno de los periódicos. De esta manera, pese a haber revisado un mayor número de noticias, la muestra total seleccionada es de setenta noticias de prensa escrita digital. Esto nos ha permitido realizar un estudio longitudinal desde el 2008 hasta el 2021.

Para estudiar los aspectos más significativos de cada una de las noticias se han determinado cuatro categorías de análisis del discurso: categoría *concepto*, categoría de la *situación de la persona*, categoría de la *atención y recursos de intervención* y categoría de *servicios implicados*. Hay que recalcar que, durante el estudio de todas las categorías se ha adoptado de manera transversal la perspectiva de género.

3 Resultados y conclusiones

Recurrir al árbol de categorías ha permitido analizar el lenguaje y la manera en que se muestra el sinhogarismo, además de la disparidad de percepciones y descripciones entre la comunidad científica como la periodística y en la sociedad.

Por lo que respecta a la primera de *concepto*, encontramos una importante confusión terminológica de las diversas coyunturas que abarca el fenómeno del sinhogarismo, utilizando términos como el de indigente, vagabundo o mendigo como sinónimos de persona sin techo o persona sin hogar. En ese sentido, podemos decir que el lenguaje utilizado por los medios de comunicación no va acompasado con la extensa literatura científica que existe con relación al fenómeno del sinhogarismo. Finalmente, apuntar que existe una significativa invisibilización de las mujeres sin hogar, puesto que son escasas las noticias mencionan o

exponen la situación de éstas.

En referencia a la categoría de *situación de la persona*, existe un argumento acerca del sinhogarismo desde un enfoque individualista destacando habitualmente dicha situación a causas personales (adicción o consumo de sustancias, salud mental...) o relaciones (ruptura de la red, escasez de relaciones familiares...). Son puntuales las noticias que hacen referencia a la privación de vivienda o al mercado de trabajo inestable o a la ausencia de protección por parte de las instituciones. Asimismo, se percibe un escaso enfoque de género para describir las especificidades y/o problemáticas asociadas al colectivo de mujeres sin hogar.

Los resultados de la categoría de *atención y recursos de intervención* tienen que ver con que la mayoría de los recursos mencionados están relacionados con la atención de carácter asistencialista (albergues, centros de acogida...). Además, se observa cierta confusión terminológica en cuanto a los recursos y tipos de atención existentes (hostal, pensión, centro de tratamiento, casa refugio...). De manera puntual se ha hecho referencia al modelo de intervención centrado en la vivienda. De nuevo se hace nula alusión a recursos y/o servicios especializados y específicos para el colectivo de mujeres sin hogar.

Por último, respecto a la categoría de *servicios implicados*, se detecta mayor prevalencia a la hora de mencionar a entidades y organizaciones pertenecientes al sector privado. Por su parte, la alusión de los servicios que tienen que ver con instituciones públicas es minoritaria. Además, una vez más, en ningún caso se menciona la necesidad de que las instituciones públicas o las entidades diseñen recursos y programas destinados a las mujeres sin hogar.

En el transcurso del presente estudio se ha podido evidenciarse que el conocimiento generado por la comunidad científica se mantiene paralelo al de los periódicos y/o la sociedad en general. No es hasta hace poco que la prensa escrita ha empezado a utilizar el lenguaje adoptado por la literatura científica existente. Todo esto nos lleva a pensar que a pesar de la evidencia de que cada vez son más las personas en situación de sinhogarismo, siguen siendo uno de los colectivos más invisibilizados y estigmatizados de nuestra sociedad.

Es indudable la necesidad de que, tanto desde las instituciones y administraciones públicas como desde el conocimiento científico, se fomente el análisis y el estudio del sinhogarismo, centrando su atención en su erradicación, desde un enfoque preventivo y bajo la implementación de planes integrales que intervengan sobre la heterogeneidad del colectivo. En ese sentido, el abundante conocimiento científico ya ha puesto el foco en algunas de las iniciativas que deben llevarse a cabo a nivel político e institucional como desarrollar nuevos modelos de intervención del sinhogarismo, adaptar y mejorar los recursos existentes a las peculiaridades del colectivo teniendo en cuenta la perspectiva de género, etc. Así pues, sin lugar a duda, resulta necesario que las políticas públicas y las administraciones, en coordinación con las entidades del tercer sector, caminen de la mano para poder dar una atención eficaz y centrada en las necesidades del colectivo de personas sin hogar.

Del mismo modo, resulta difícil ignorar el papel trascendental que juegan los medios de comunicación a la hora de sensibilizar y promover una imagen veraz y sin prejuicios sobre el colectivo de personas sin hogar. Por lo tanto, la prensa se enfrenta a un reto importante: comunicar desde un enfoque respetuoso y veraz las múltiples realidades de las personas sin hogar. Para ello, entre otras, deben emprenderse actuaciones que pasen por la implicación y el compromiso de los medios de comunicación como, por ejemplo, llevar a cabo campañas de sensibilización que permitan entender a la sociedad en general la idiosincrasia del colectivo de personas sin hogar.

Por otro lado, no podemos obviar al colectivo de las mujeres sin hogar y el creciente fenómeno conocido como la feminización del sinhogarismo. Nos encontramos que las mujeres sin hogar, no sólo por el hecho de no tener hogar sino también por el hecho de ser mujeres, vuelven a ser las grandes olvidadas. Sin duda alguna, a lo largo de la investigación se ha ido comprobando como la realidad de las mujeres sin hogar está aún más

invisibilizada. A pesar de que cada vez se realizan más investigaciones enfocadas en la búsqueda de las particularidades del colectivo de mujeres sin hogar, resulta primordial que aún se produzca mayor conocimiento científico y social al respecto, pues el sinhogarismo femenino representa una problemática importante que debe ser estudiada desde una perspectiva de género para atender a las necesidades específicas del colectivo de mujeres en situación de sinhogarismo.

Finalmente, dada la brevedad del presente estudio, reflejar la posibilidad de que esta investigación pueda mantener su continuidad en el tiempo abarcando elementos de investigación más completos y detallados. Algunas propuestas podrían ser el análisis del sinhogarismo en los medios audiovisuales o incluso en el mundo de las redes sociales.

Referencias bibliográficas

- Agulles, J.M. (2019). Las personas sin hogar y la exclusión residencial ¿hacia un nuevo paradigma? Cuadernos de Trabajo Social, 32(2), 265-275. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/95370>
- Fernández, G. (2015). El acceso a la vivienda social de las personas sin hogar. Estudio de casos: Alemania, España, Finlandia y Reino Unido. [Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://ddd.uab.cat/record/165269>
- Gobierno de España. (2020). Evaluación intermedia de la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020. INFORME FINAL. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/Informe_Final.pdf
- Grau, A., López, A., & Carbonero, M. A. (2016). Iniciativas de innovación social en materia de vivienda: marcos interpretativos y retos que plantean para una política social efectiva de vivienda. VI Congreso de la Red Española de políticas sociales, 1-20.
- López, A. (2017). Aproximación a una diagnosis del sinhogarismo en Mallorca. [Trabajo Final de Máster no publicado]. Universitat de les Illes Balears.
- Matulič, M.V. (2015). Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social [Tesis de doctorado, Universitat de Barcelona]. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/102104>
- Terán, O. R. y Aguilar, J. L. (2018). Modelo del proceso de influencia de los medios de comunicación social en la opinión pública. Educere, 22(71), 179-191. <https://www.redalyc.org/journal/356/35656002014/35656002014.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Evaluación del impacto social y económico de la Bolsa de Vivienda de Alquiler Asequible

Elena Martínez Goytre, Provivienda (elmago@provivienda.org)

Teresa Yáñez Cifuentes, Provivienda (teyaci@provivienda.org)

Andrea Jarabo Torrijos, Provivienda (anjara@provivienda.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La falta de vivienda asequible se encuentra en la raíz de la exclusión residencial en España y es un problema estructural que afecta a amplios sectores de la población.

Desde hace más de 30 años Provivienda desarrolla un servicio de mediación para el alquiler que facilita la integración residencial de personas que tienen dificultades para acceder al mercado libre. Este modelo se ha replicado en diversos territorios -siete comunidades autónomas- y se ha ido adaptando a las necesidades emergentes de cada momento.

Ha demostrado ser un programa versátil y flexible. Se adapta a las necesidades de las personas ajustando la intensidad del acompañamiento social, las garantías e incentivos ofrecidos, la formación o el asesoramiento a las personas inquilinas y propietarias.

Después de este largo recorrido hemos querido realizar una evaluación de su impacto social para conocer, de la mano de los diferentes stakeholders involucrados, los cambios que conseguimos actualmente con el mismo.

Presentamos aquí los resultados de la evaluación de la Bolsa de Vivienda de Alquiler Asequible que hemos llevado a cabo en 2022 a través de la metodología del Retorno Social de la Inversión (SROI). Un ejercicio de transparencia necesario para poder desarrollar políticas públicas basadas en evidencias.

Palabras clave

Exclusión residencial, evaluación de impacto, alquiler asequible, políticas públicas

1 Introducción. Las bolsas de vivienda en alquiler asequible

Provivienda acompaña desde 1989 a las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad en el acceso y mantenimiento de una vivienda digna en parte importante del territorio español.

La falta de vivienda asequible se encuentra en la raíz de la exclusión residencial en España y es un problema estructural que afecta a amplios sectores de la población. En nuestra organización, trabajamos para garantizar que el derecho a una vivienda adecuada y asequible sea disfrutado por todas las personas, imprescindible para asegurar su participación en la sociedad.

Desde sus orígenes Provivienda cuenta con el Programa de Bolsa de Vivienda de Alquiler Asequible, un servicio que facilita la integración residencial a las personas o familias que tienen dificultades para acceder a una vivienda en alquiler. Ofrece garantías adicionales a las personas propietarias que alquilan su vivienda en esta modalidad y múltiples ventajas en la gestión de la vivienda, previo compromiso social del propietario/a

de reducir un porcentaje de la renta respecto al precio que marca el mercado libre, ofreciendo alternativas de vivienda asequible en el territorio.

Es un programa que Provivienda lleva desarrollando más de 30 años. En el momento en que lo pone en marcha a partir de un encargo de la Dirección General de la Juventud de la Comunidad de Madrid, el objetivo original era el de facilitar el acceso a la vivienda de las personas jóvenes, pero paulatinamente se fue ampliando a otros grupos de población como el de las personas migrantes, que en los noventa empezaron a tener más presencia en el territorio, pues no existían otros programas de este tipo en España.

Este programa se ha ido especializando en grupos de población vulnerable que, aunque dispongan de ingresos más o menos regulares, no pueden acceder al mercado de vivienda por múltiples razones como pueden ser recursos insuficientes o muy ajustados, falta de contratos de trabajo o incumplimiento de requisitos demandados por los arrendadores, así como discriminación residencial, etc. Es un programa enfocado a dar apoyo en la consecución de la autonomía residencial y la idea es que tras su paso por el mismo los hogares puedan mantener esa relación contractual sin necesidad de mediación.

Se trata de una alternativa modular, bastante flexible, que a lo largo de estos años se ha implantado en siete CC. AA y se ha ido adaptando a las particularidades de cada territorio y a sus necesidades. También a las personas que atiende con cierta heterogeneidad en cuanto a la intensidad del acompañamiento, las garantías o los incentivos ofrecidos, la formación o el asesoramiento a las personas inquilinas.

En algunos lugares se ha acompañado de otros servicios de la organización como pueden ser los itinerarios de inserción laboral y, además, sirve de apoyo y continuidad en los procesos de autonomía de personas procedentes de otros programas más orientados a dar soluciones de emergencia. Y más recientemente está siendo parte fundamental en programas de innovación orientados a la desinstitucionalización o prevención de la misma, por ejemplo, para personas con problemas de discapacidad o salud mental y jóvenes tutelados en los que se trabaja de forma conjunta con las entidades derivadoras o *partners* que atienden a estas personas.

En definitiva, acometemos la evaluación no sólo del programa más longevo de Provivienda, sino del más flexible y adaptativo. Evaluar esta heterogeneidad ha supuesto un enorme reto pero también un enorme aprendizaje para la organización, no solo sobre el impacto social y económico del programa sino sobre sus diferencias internas, las necesidades de desarrollar un buen sistema de información o de homogeneizar conceptos que permitan operar desde la flexibilidad, pero conociendo mejor las implicaciones y consecuencias de cada escenario, con el fin de mejorar su gestión en el día a día.

2 Metodología: Por qué evaluar y cómo lo hicimos

Las ventajas de evaluar son múltiples, pero por mencionar algunas de las más importantes que nos llevaron a comenzar esta evaluación destacaríamos las siguientes:

- Conocer si estamos consiguiendo el cambio o transformación que buscamos en la población que atendemos, pero también en los diferentes *stakeholders* o grupos de interés involucrados y si estamos siendo capaces de adaptarnos a tantos cambios acontecidos desde que se formuló por primera vez.
- Mejorar la eficacia y la eficiencia del programa, desarrollando una cultura del trabajo orientada a resultados. Se hace fundamental revisar un programa después de tanto tiempo en funcionamiento que parece estar dando buenos resultados, pero queremos tener datos que arrojasen una fotografía más precisa.
- Mejorar la comunicación con otros *stakeholders* acerca del desempeño y los resultados de nuestro trabajo.

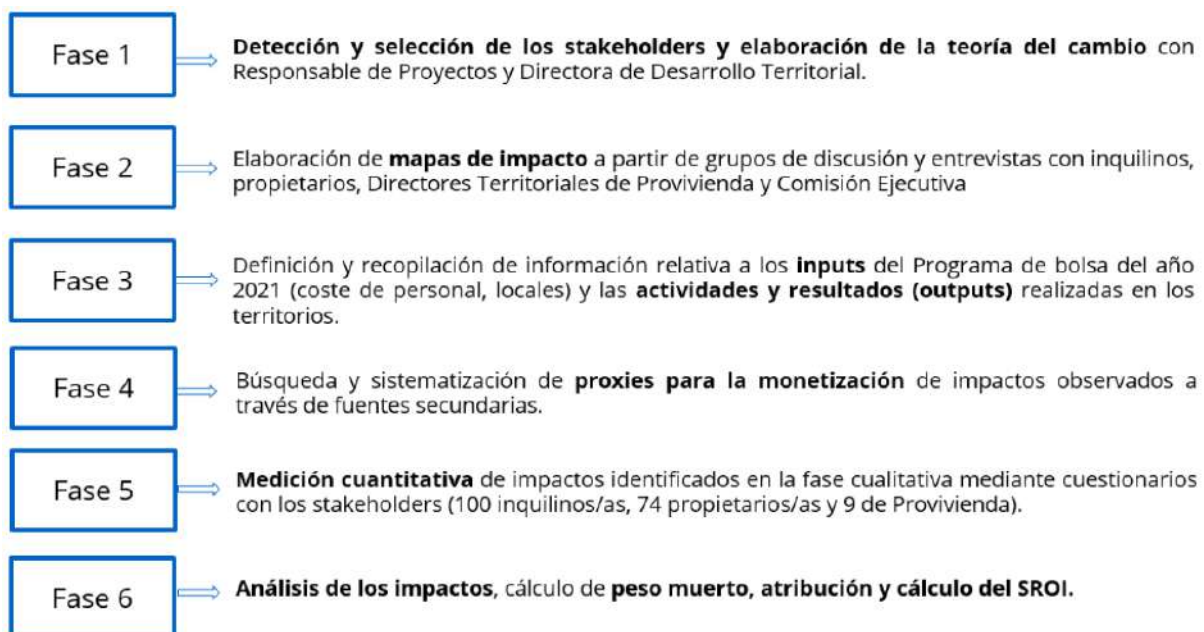
- Impulsar políticas públicas basadas en evidencias que garanticen el derecho a la vivienda para todas las personas.

Esta evaluación se ha realizado con los datos del programa del año 2021, año que contó con 272 unidades familiares totales alojadas en Baleares, Canarias, Cataluña, Galicia y Madrid. Mencionar que, aunque actualmente existen Bolsas en otros territorios, no se ha incluido en el análisis a Castilla-La Mancha, porque en ese momento la Bolsa era muy reciente y las personas usuarias no llevaban recorrido suficiente. Ni tampoco a Andalucía, ya que en ese año de referencia no tenían el programa en activo.

La metodología que hemos utilizado para la evaluación es la del *Retorno Social de la Inversión* (SROI, por sus siglas en inglés), que permite medir y cuantificar el valor generado por las intervenciones, incorporando costes y beneficios sociales y económicos y, además, permite llevarlo a cabo sin grupo de control, cuestión que en muchas ocasiones no es viable. Se trata, por tanto, de una metodología no experimental pero que tiene la ventaja de que permite medir los cambios relevantes para las personas u organizaciones que lo experimentan.

Esta metodología se concibe inicialmente para medir impactos en entidades sin ánimo de lucro, usos que se han ido ampliando cada vez más al sector público y privado. Se basa en el modelo clásico de análisis del retorno económico de la inversión (ROI).

Figura 1. Fases de la evaluación de Bolsa de Vivienda



Esto lo hemos llevado a cabo a través de un proceso que comenzaba con la elaboración de la Teoría del Cambio del programa y la selección de los stakeholders. Seleccionamos 4 stakeholders principales: Personas beneficiarias, propietarias, entidades derivadoras (dentro de las cuales contemplamos tanto servicios sociales como otras entidades sociales, o la propia Provienda cuando deriva a personas o familias de otros programas) y Provienda como proveedora del servicio.

A partir de ahí, realizamos una serie de grupos de discusión y entrevistas en profundidad con representantes de cada uno de esos stakeholders para elaborar los mapas de impacto, que no es otra cosa que detectar los posibles impactos que el programa estaba teniendo en cada uno de ellos, impactos tanto positivos como negativos.

Una vez detectados todos los impactos posibles, se elabora un cuestionario que responden: 100 personas beneficiarias y 74 propietarias, 15 representantes de entidades derivadoras y 9 de Provivienda. Este cuestionario se realiza con el fin de medir o cuantificar los impactos potenciales detectados en las fases anteriores, pero también el peso muerto y la atribución. Es decir, tratar de aislar la parte del cambio que realmente se debe al programa de la contribución que hayan podido tener otros posibles factores y agentes.

Finalmente, se realiza el análisis económico en el que, por un lado, se recopila la información relativa a los *inputs* o recursos empleados para llevar a cabo el programa y, por otro, se buscaron *proxies* financieros que nos permitan monetizar el valor de los impactos sociales conseguidos.

Con toda esta información, se ha realizado el cálculo del Retorno Social de la Inversión.

3 Resultados: impacto social y económico del programa

Tras la fase 2 se elabora el siguiente mapa de impactos que sirve de base para la medición de los mismos:

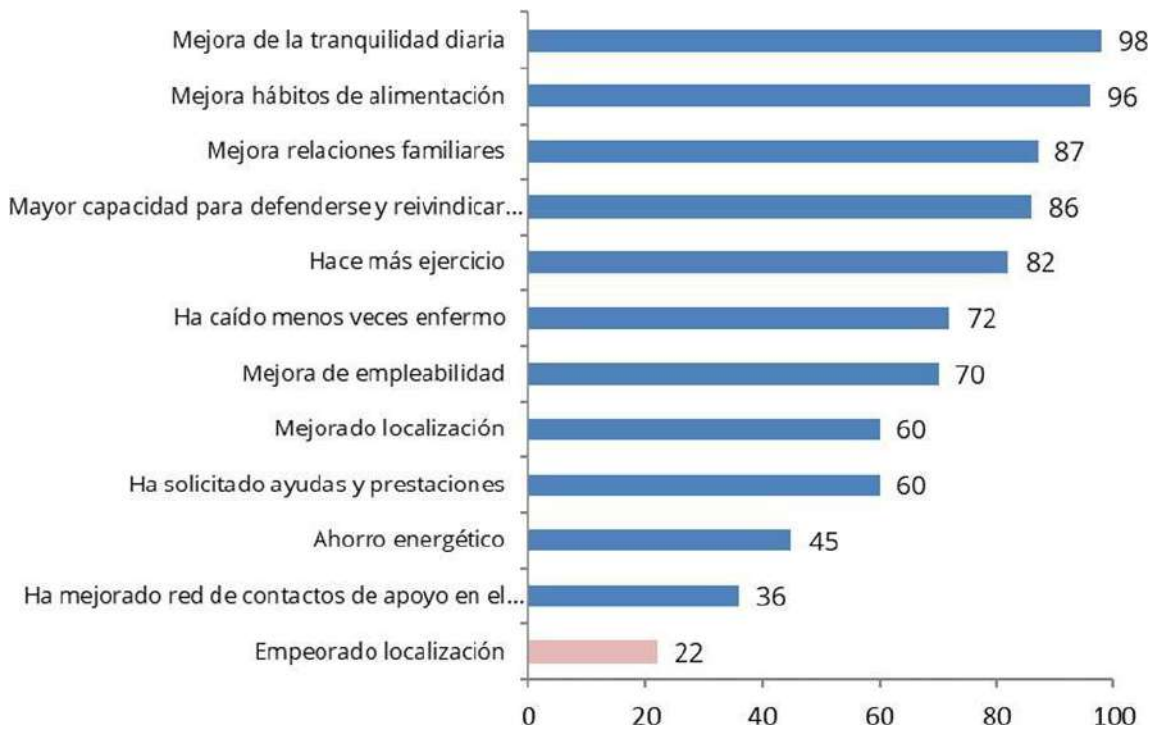
Figura 2. Mapa de impactos



Nota: sólo en Canarias se mide el ahorro energético dada la implementación de la actividad en el territorio.

Los cuestionarios llevados a cabo posteriormente arrojaron los siguientes resultados para el caso de las personas inquilinas:

Figura 3. Impactos sociales de inquilinos/as (%)

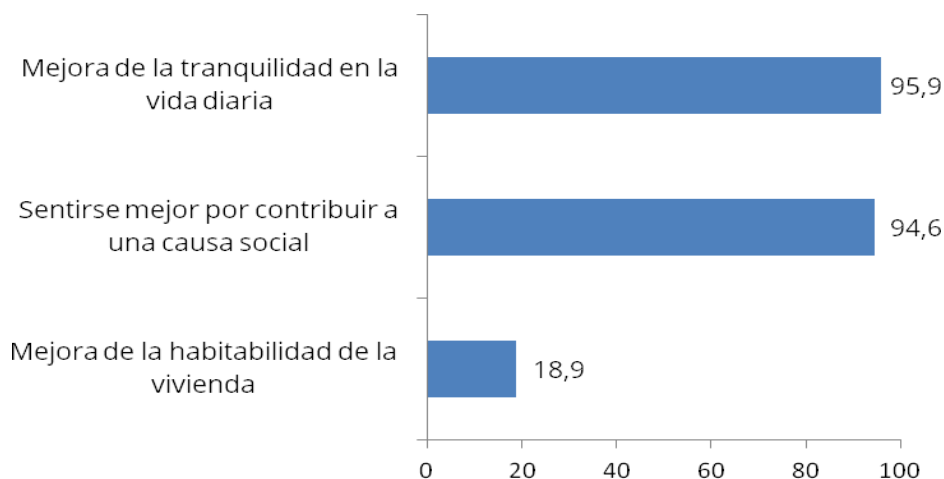


Nota 1: La muestra es de 100 casos a nivel estatal.

Nota 2: El impacto de ahorro energético solo fue evaluado con población de Canarias (con un total de 29 encuestados).

En el caso de las personas inquilinas las dimensiones de salud (mental y física) concentran la mayor presencia de impactos. La mejora de las relaciones familiares y aspectos relacionados con la autonomía y la ciudadanía, también son destacables.

Figura 4. Impactos sociales de propietarios/as (%)



Nota: La muestra es de 74 casos a nivel estatal.

Los impactos destacados en personas propietarias/as son la mayor tranquilidad en la vida diaria relacionada con la gestión de la vivienda, así como sentirse mejor al colaborar con causas sociales.

Además del impacto social, el SROI permite analizar el impacto económico del programa. Es decir, por cada euro invertido, qué valor monetario se obtiene como retorno.

Para conseguir estos impactos se han invertido una serie de recursos que se detallan a continuación:

Tabla 1. Inputs 2021 del Programa de Bolsa

| Input estatal 2021 | |
|---------------------------|--------------------|
| Coste Personal | 530.379,2 € |
| Coste Locales | 34.511,4 € |
| Gastos informática | 7.582,5 € |
| Jurídico | 2.120,1 € |
| Comunicación | 834,4 € |
| Empleo | 9.329,5 € |
| Fondo de impagos | 6.436,2 € |
| TOTAL | 591.192,9 € |

Monetizando los cambios y transformaciones conseguidas (*outcomes*), se obtiene un retorno económico de 824.593,8€.

Tabla 2. Resumen de la monetización de los impactos para cada stakeholder

| Stakeholder | Valor SROI creado |
|-----------------------------|--------------------------|
| Inquilinos/as | 406.634,3 € |
| Propietarios/as | 147.522,9 € |
| Provivienda | 56.765,1 € |
| Entidad derivadora | 213.671,5 € |
| Monetización total outcomes | 824.593,8 € |

El balance entre los *inputs* y los *outcomes* arroja un resultado positivo de retorno social de la inversión de 1,35€ por cada euro invertido.

Figura 5. Resultado SROI a nivel estatal



4 Conclusiones

El Retorno Social de la Inversión del Programa de Bolsa de Vivienda de Alquiler Asequible de Provivienda es positivo: 1,35€ por cada € invertido, que supone una rentabilidad del 35%. Esto implica que la inversión pública en este proyecto trae consigo un amplio retorno no sólo social, sino también económico.

El grupo de interés o *stakeholder* sobre el que tiene un mayor impacto social, pero también económico, es el de las personas inquilinas, seguido de las entidades derivadoras, propietarios/as de vivienda y, en último lugar, la propia organización.

El objetivo de facilitar el acceso y mantenimiento a la vivienda repercute en una mejora de calidad de vida de las personas inquilinas, destacando las dimensiones de la salud mental y física, seguida de la autonomía y ciudadanía.

Además, genera impactos muy positivos en las personas propietarias que deciden alquilar a través de Provivienda: pese a la bajada de la renta, valoran muy positivamente la tranquilidad en la gestión de su vivienda, así como disponer siempre de un apoyo externo en la relación arrendaticia.

A partir de este trabajo, Provivienda ha puesto en marcha un sistema de evaluación continua que cuenta con espacios de intercambio de aprendizajes.

Referencias bibliográficas

Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas (2015). Guía práctica para el diseño y la realización de evaluaciones de políticas públicas. Enfoque AEVAL.

<https://funcionpublica.hacienda.gob.es/dam/es/portalsefp/evaluacion-politicas-publicas/Documentos/Metodologias/Guia1.pdf>

Asociación Española de Fundaciones (2015). Guía práctica para la medición y la gestión del impacto.

https://www.fundaciones.org/EPORTAL_DOCS/GENERAL/AEF/DOC-cw5537916e2a002/Gula_impacto-EVPA-AEF-2015.pdf

Ayuso, S. (2018). La medición del impacto social en el ámbito empresarial. Documento de trabajo n.º 26. Cátedra de Responsabilidad Social Corporativa. <http://mango.esci.upf.edu/DOCS/Documents-de-treball/26-Medicion-del-impacto-social.pdf>

Carillo, E. y Tamayo, M. (2008). El diseño de instrumentos para la evaluación de las políticas y servicios públicos a partir de las percepciones de los ciudadanos. Documentos de Trabajo del Departamento de Ciencia Política y de la Administración II. <https://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento17416.pdf>

Comisión Europea (2013). EVALSED The resource for the evaluation of Socio- Economic Development. Evaluation guide. https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/evaluations-guidance-documents/2013/evalsed-the-resource-for-the-evaluation-of-socio-economic-development-evaluation-guide

Gobierno de Canarias (2013). Guía para la evaluación de programas y políticas públicas.

<https://www.gobiernodecanarias.net/intranet/documentos/Gu%C3%ADa%20para%20la%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20Programas%20y%20Pol%C3%A9ticas%20P%C3%BAblicas.pdf>

Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas (2009). Guía práctica nº5. Evaluación de Impacto. Públicas.

https://ivalua.cat/sites/default/files/2019-10/01_03_2010_11_33_12_Guia5_Impacte_Setembre2009_revfeb2010_mas_savermella.pdf

Merino, M. y Hidalgo, A. (2019). El método SROI en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. Fundación Weber. <https://weber.org.es/wp-content/uploads/2019/06/Libro-SROI-digital-1.pdf>

Oficina de Gabinete Reino Unido (2012). Guía para el retorno social de la inversión.

<http://www.socialvaluelab.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/SROI-a-guide-to-social-return-on-investment.pdf>

Plataforma ONG de acción social (2010). Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales.

<https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/6.pdf>

Sáenz A., C., y Ventura E., J. (2014). El retorno social de la inversión: ¿se puede medir el impacto de la difusión de un proyecto de responsabilidad social empresarial? *Universidad & Empresa*, 16(26), 31-64. doi: [dx.doi.org/10.12804/rev.univ.empresa.26.2014.01](https://doi.org/10.12804/rev.univ.empresa.26.2014.01)

Serrano, E., Herrera, M., Martínez, A y Simón, J. y Díaz, A. Bases para la Evaluación de Impacto de Políticas Públicas. Sevilla: IAAP. https://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/publico/anexos/evaluacion/Bases_Evaluacion_Impacto.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Dificultades para el fomento de la dimensión comunitaria en los servicios sociales

Nerea Zubillaga-Herran, Universidad del País Vasco, (nerea.zubillaga@ehu.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Son numerosos los ámbitos desde los que se sugiere la necesidad de repensar la intervención social y los propios servicios sociales y, más exactamente, la necesidad de hacer una apuesta valiente de cara a fomentar la dimensión comunitaria en los dos casos. Se hacen estas propuestas desde ámbitos académicos, desde personas expertas en ambas cosas, así como desde las instituciones y sus profesionales. Los marcos legales, en concreto, las leyes de tercera generación de los servicios sociales recogen de manera explícita lo comunitario, en la mayoría de los casos haciendo hincapié en la participación ciudadana, y en general, además, incluso como eje estratégico, especialmente en el ámbito local.

La creciente preocupación por el tema nos ha llevado a desarrollar una tesis doctoral que, a través de un estudio de caso de un ayuntamiento de la CAE (Comunidad Autónoma de Euskadi) intenta dar respuesta a lo que ocurre en este campo con la dimensión comunitaria, es decir: ¿Por qué si desde distintos ámbitos se quiere fomentar esta dimensión no se acaba de efectuar en la praxis profesional? ¿Qué deberíamos tener en cuenta o más exactamente, que obstáculos encontramos para hacer una apuesta eficaz en este sentido a nivel local y basándonos en la participación ciudadana?

En la comunicación se presentarán los obstáculos que se han encontrado, por un lado, a nivel político; por otro, a nivel más técnico y, por último, a nivel de la propia sociedad o comunidad, por ejemplo, resistencias de distintas formas en cada uno de los diferentes niveles recién nombrados. En consecuencia, se pueden encontrar cuestiones clave para tener en cuenta a la hora de apostar por dicha dimensión.

Palabras claves

Servicios sociales de base, profundización comunitaria, participación, gobernanza, trabajo comunitario.

1 Introducción/descripción general

Esta comunicación se enmarca en la tesis doctoral realizada en la Universidad del País Vasco UPV/EHU, concretamente, en el Departamento de sociología y Trabajo Social, titulada “Profundización comunitaria del Sistema Vasco de Servicios Sociales” cuyo nombre original, sería en euskera: “Gizarte-Zerbitzuen Euskal Sistemaren sakontze komunitarioa. En dicho trabajo y por tanto en esta comunicación hablamos sobre los servicios sociales básicos y lo comunitario.

Hoy, existe un gran acuerdo sobre la idea de que los servicios sociales están en crisis, ya que no responden, de manera general, a los objetivos que se le atribuyen, y en consecuencia se encuentran en una encrucijada (Aguilar, 2013; SIIS, 2019; Zamanillo y Nogués, 2020; Zuñiga y Arrieta, 2021).

De manera resumida, estos podrían ser algunos de los retos que se identifican (Zubillaga, 2023):

- Dejar de ser un sistema residual y que la universalización de los servicios sociales pase de ser una reivindicación a realidad.
- Clarificar el objeto.
- Superar el asistencialismo en todas sus formas (trabajo individual y reactivo, burocratización, etc.)
- Cambiar el imaginario colectivo sobre los servicios sociales, legitimar el sistema y por lo tanto, que se sienta como sistema que también hay que defender.

En este sentido, lo comunitario puede ser una herramienta interesante ya no sólo por lo que puede aportar por sí mismo, a la intervención, sino porque puede, de alguna manera, ayudar a superar los retos recientemente citados. De modo que avanzar en lo comunitario, es hoy por hoy, una vía que cada vez más voces expertas y profesionales sugieren (Jaraíz, 2011; Anaut-Bravo, 2019; Fantova, 2020). Hasta en algunos casos, se habla, casi, de la única opción existente para un replanteamiento de los servicios sociales (Zamanillo y Nogués, 2020; Santás, 2022).

Aun siendo conscientes de esta situación y visto que los marcos normativos también van en la misma dirección, es interesante saber lo que ocurre en los sistemas de servicios sociales para que esto no suceda, y más en concreto, en los servicios sociales básicos o comunitarios. Es por lo que en esta comunicación se hablará sobre los elementos condicionantes que posibilitan o dificultan dicho avance en lo comunitario en el ámbito local y municipal, centrándonos en el nivel de base del propio sistema.

2 Metodología

Esta investigación, en la que se basa la presente comunicación, tiene como objetivo principal, aportar mejoras a los sistemas de servicios sociales y específicamente, analizar lo que ocurre en el sistema de servicios sociales, para no fomentar la dimensión comunitaria, tal y como se está sugiriendo desde los distintos ámbitos, los marcos normativos, los planes estratégicos o las evaluaciones que se realizan sobre los servicios sociales de base.

Para ello en primer lugar, se llevó a cabo una profunda revisión bibliográfica. A continuación, se realizó un estudio de caso en uno de los ayuntamientos de la CAE. Precisamente, es uno de los ayuntamientos donde los servicios sociales, desde su creación, más tradición de lo comunitario han tenido, organizando, en los años 70, el servicio social de base acorde a los barrios y comunidades existentes en la ciudad.

Para poder realizar el estudio de caso más adelante, primero, a través de 8 entrevistas en profundidad a cuatro personas expertas en el tema y la revisión de algunos de los documentos más recientes, se creó la herramienta analítica que recoge los elementos que condicionan una profundización comunitaria. De modo que se constatan elementos en tres niveles: el político, el técnico y el territorial.

Siguiendo lo que la herramienta indicó, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, por un lado, a nivel político, a una persona de cada formación política con representación en el ayuntamiento (4 entrevistas) y por otro lado, a nivel técnico, a varias personas (11 entrevistas) que tienen distinta relación y responsabilidad hacia los servicios sociales de base: directora del departamento, responsable de acción comunitaria, responsable de unidad de base (2), trabajadora social de atención directa (3 parejas de trabajadoras/es).

La tesis se realizó en el periodo 2019-2023 y excepto las 4 primeras entrevistas gracias a las que se pudo elaborar la herramienta analítica, que fueron realizadas en época de pandemia, el resto de las entrevistas se efectuaron de manera presencial, acudiendo la mayoría de las veces al puesto de trabajo de cada una de las personas. Asimismo, las entrevistas fueron grabadas y transcritas, para poder trabajarlas de manera adecuada para su análisis.

3 Resultados y conclusiones

En cuanto a los resultados se refiere, podemos decir que hemos conseguido un doble resultado, dado que se ha obtenido, por una parte, la herramienta analítica que sistematiza los elementos condicionantes para avanzar o no en lo comunitario, dentro de los servicios sociales de base y, por otra parte, se ha comprobado cuál es la situación de cada uno de los elementos en el Sistema Vasco de Servicios Sociales.

En este caso, la comunicación se centra en la propia herramienta, en la cual se pueden encontrar dos grandes dimensiones: la dimensión externa y la interna. La dimensión externa, cuenta con tres elementos condicionantes: el neoliberalismo, las situaciones estructurales (la precariedad) y el individualismo. Dichos elementos son elementos transversales, que superan la lógica local y en los que, de manera directa, los agentes de la intervención social (técnico, político, comunitario) no pueden influir directamente. Es por ello por lo que en esta comunicación no se profundiza más en la dimensión externa.

La dimensión interna, cuenta, a su vez, con tres dimensiones: la dimensión técnica, la política y la territorial. En primer lugar, los elementos condicionantes de la dimensión política son aquellos que tienen que ver con decisiones de los representantes políticos del municipio y son los siguientes: la conceptualización de lo comunitario; la voluntad y apuesta política; marcos legales y planes; recursos e ideología. Son elementos de especial importancia, porque sin ellos, es difícil poder tener el resto de los elementos de manera favorable. En segundo lugar, los elementos condicionantes de la dimensión técnica tienen que ver directamente con el propio servicio y el personal técnico. Es la dimensión que mayor número de elementos tiene y por ello, tiene mucho peso. La conceptualización comunitaria; el encargo y la apuesta (del personal técnico); el modelo de atención; la ideología y la opción epistemológica de la profesional; la organización del servicio y del equipo de trabajo; la articulación comunitaria; la formación y la sistematización son los elementos que completan esta segunda dimensión. Por último, como su propio nombre indica, los elementos territoriales tienen que ver con las cuestiones del propio territorio local: las características del territorio; el tercer sector y recursos y el eje de articulación y carácter comunitario.

Los elementos condicionantes, en algunas ocasiones se repiten en más de una dimensión, pero se puede ver claramente, que la situación de cada uno de los elementos tiene influencia en otros, que en cada una de las dimensiones los elementos están interrelacionados y que las dimensiones también están en interrelación entre ellas. La dimensión externa, influye indudablemente, y mucho, en el conjunto de la dimensión interna. Además, dentro de la dimensión interna, la dimensión política es vital importancia, porque condiciona también la técnica. Aunque no se puede negar, que la propia dimensión técnica, también condiciona, de alguna manera, las otras dos. Por último, como cada estrategia comunitaria debe de ser basada en el propio territorio local, lo local, también generará cambios en el resto. De este modo, se puede ver que la interrelación entre los tres actores de la propia intervención comunitaria es más que palpable.

Para finalizar, como conclusión, teniendo en cuenta que un planteamiento comunitario “puro” sería imposible dentro de los actuales sistemas de servicios sociales, o por lo menos, de manera inminente, se plantea hacer una profundización comunitaria. Es decir, si contemplamos lo comunitario como un continuum donde en un extremo se encontrará la acepción más baja de lo comunitario, que podría ser la mirada comunitaria y en el extremo opuesto se encontraría un trabajo social “puro”, quizás hasta utópico, lo que se propone es avanzar en cada uno de estos elementos para poder acercarnos cada vez más a este último extremo. Este acercamiento hacia la “utopía” es lo que se ha denominado profundización comunitaria y sólo será posible mediante la participación real, democratizadora y emancipadora de las personas de los propios territorios locales. Para ello, habría que avanzar en cada uno de los elementos antes citados como elementos condicionantes de lo comunitario.

De cualquier forma, las dos dimensiones que en un principio tienen responsabilidad directa en el replanteamiento del propio sistema, serían la política y la técnica, apostamos por empezar desde los elementos de estas dos dimensiones el paulatino avance. Aun así, recuperando la idea de la participación, cabe proponer, en esta sintonía, que, aunque los dos actores por donde debería empezar el cambio serían político y técnico, no sería posible llevar a cabo este camino si no es en clave de gobernanza y contando de manera activa con la propia ciudadanía. Hasta el día de hoy, podemos ver que la esfera política diseña, la esfera técnica ejecuta lo diseñado y la ciudadanía consume, pero este planteamiento, rompe con este esquema y favorece un esquema colaborativo entre los diferentes agentes, como se acaba de apuntar, en clave de gobernanza.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, Manuel. (2013). Los servicios sociales en la tormenta. *Documentación Social*, 166, 145-167.
- Anaut-Bravo, Sagrario. (2019). El sistema de servicios sociales en España. Aranzadi.
- Ararteko. (2016). La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Ararteko.
- Fantova, Fernando. (16 de marzo, 2020). Necesidad, limitaciones, potencialidades, riesgos y condiciones de las respuestas comunitarias [Blog]. <http://fantova.net/?p=2888>
- Jaraíz, Germán. (2011). Intervención social, Barrio y Servicios sociales Comunitarios. Fundación Foessa.
- Santás, Jose Ignacio. (2022). Trabajar con la comunidad desde los servicios sociales hoy. *Documentación Social*, 11.
- SIIS. (2019). Revisión de tendencias, innovaciones y buenas prácticas en el ámbito de los servicios sociales. *Zerbitzuan*, 8, 81-87.
- Zamanillo, Teresa. Y Nogués, Luís. (15 de mayo, 2020). Carta abierta a profesionales y políticos de los Servicios Sociales en tiempos de Pandemia del Covid-19. [Asociación Foro SERVSOCIAL Madrid].
- Zubillaga-Herran, Nerea. (2023). *Gizarte-Zerbitzuen sakontze komunitarioa*. [Tesis doctoral de la UPV/EHU].



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Intervención comunitaria en procesos de duelo tras la pérdida de seres

Cristina Ruíz Mosquera

Irene Estrada Moreno



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

A través de esta comunicación se presenta un paradigma de intervención comunitaria poco investigado hasta el momento, intervención con personas que están atravesando el proceso de duelo tras haber sufrido la pérdida de seres queridos desde una perspectiva resiliente. Se resalta la importancia de la intervención psicosocial como base de la ayuda, orientación en la gestión emocional de distintos tipos de pérdidas a los usuarios/as con los que se interviene y se promueve la ayuda mutua, ayudando a empoderar a los dolientes en la convivencia con la ausencia del ser querido. La promoción del bienestar psicosocial y de la cohesión de grupo se realiza desde una práctica conductual y de interacción entre persona y ambiente, es decir, con carácter ecosistémico y constructorista. Esta comunicación parte de la presentación de los antecedentes teóricos sobre el duelo, sus etapas y los distintos tipos estableciendo el espacio de intervención psicosocial, con individuos y con grupos de personas en duelo, durante la elaboración de este proceso emocional y social que afecta a todos los individuos en algún momento vital. Se concluye la necesidad de continuar con investigaciones en este ámbito que permitan vislumbrar buenas prácticas con personas que se enfrenten a la pérdida de seres queridos.

Palabras clave

Duelo, pérdida de ser querido, apoyo social, intervención comunitaria

1 Introducción/Descripción general

El duelo en la actualidad se está descubriendo como un nuevo paradigma de intervención para el Trabajo Social. Cuando hablamos de nuevo paradigma de intervención, lo hacemos porque partimos del gran desconocimiento existente sobre la intervención en esta situación cuando, realmente, gran parte de la intervención profesional que realizamos desde la disciplina del Trabajo Social, se focaliza de forma directa o indirecta sobre los distintos tipos de pérdidas de diferentes naturalezas que padecen las personas en algún momento de su vida, todas ellas divergentes: pérdidas de poder adquisitivo, de viviendas, de empleo, de libertad, de salud y la que abordamos en este capítulo, la pérdida de familiares o seres queridos por fallecimiento.

Todas son pérdidas que sitúan a estos usuarios/as ante una gran vulnerabilidad social, pérdidas para las que desde la disciplina del Trabajo Social conocemos herramientas de intervención, persiguiendo incansablemente el objetivo de que los usuarios afronten estas nuevas situaciones, herramientas que ayudan a empoderar a las personas que acuden a nuestros servicios.

Es necesario que desde la disciplina del Trabajo Social se conozca e identifique el proceso de duelo en sus distintas manifestaciones cuando las personas sufren pérdidas. Tenemos una profesión que interviene diariamente con personas en duelo, sin que en muchas ocasiones se sepa reconocer ese proceso psicológico y social, proceso clave cuando de diseño de la intervención hablamos. Se trata del ejercicio del Trabajo Social

desde una perspectiva humanista, centrada en la persona, acercándose a una intervención clínica alejada del asistencialismo con el que en muchas ocasiones se confunde nuestro ejercicio profesional.

2 ¿Qué es el duelo?

La palabra duelo viene del latín “dolus”, que significa dolor, lástima, aflicción. El duelo es el proceso psicológico que se pone en marcha cuando una persona experimenta una pérdida, una ausencia, una separación o un abandono. Se trata de la adaptación forzosa a la que nos enfrentamos, exigiéndonos vivir una nueva realidad cuando sufrimos una pérdida emocional en nuestras vidas. El proceso de duelo será más o menos intenso atendiendo a la fortaleza del vínculo emocional que une a las personas con las pérdidas, de las circunstancias vitales, de la forma de la pérdida y la personalidad del doliente. Como parte de la reacción de pérdida, la mayoría de las personas pueden desarrollar sentimientos de tristeza, y síntomas asociados como ansiedad, insomnio, pérdida de peso, incluso pueden presentar cuadros depresivos con toda su sintomatología y principalmente estrés post-traumático.

Para que el hecho de sufrir una pérdida genere un proceso del duelo debe aunar dos requisitos:

Debe existir un vínculo emocional con la pérdida. Para eliminar el primer falso mito sobre el duelo, es fundamental hacer hincapié en que este proceso no solo se da cuando perdemos a un ser querido. El proceso de duelo se puede dar con la pérdida de cualquier objeto, situación personal, expectativas de vida o cosas con la que tenemos un fuerte vínculo emocional, por ejemplo, puede ser el puesto de trabajo que tanto esfuerzo nos ha costado alcanzar, una mascota con la que convivimos o el fin de situaciones vitales que consideramos irremplazables como el fin de una relación sentimental (de pareja o de amistad) o con la pérdida de objetos con los que tenemos vínculos emocionales o que traen consigo recuerdos emocionales. Por dispares que puedan parecer estas situaciones todas comparten el mismo proceso psicológico. De hecho, si miramos a nuestro alrededor podremos identificar estos procesos de duelo en situaciones cotidianas. Sin duda, la diferencia que cabe destacar es la intensidad con la que se viven las etapas que componen este proceso. En los casos anteriormente descritos el proceso de duelo puede no ser tan intenso como cuando muere un ser querido, pero es interesante recalcar que también sucede y que se pasa por las mismas fases para aprender a vivir la nueva realidad.

La pérdida que se ha producido es para siempre, irreversible. La persona la identifica como irremplazable. Esto implica que la experiencia vital ya nunca volverá a ser la misma. Se continúa viviendo, pero con unas condiciones nuevas a las que las personas debemos adaptarnos. Se trata de una adaptación al medio físico, cognitiva y emocional. Se trata de empezar a forjar una nueva vida cotidiana, pero sobre todo la dificultad de produce cuando de adaptación emocional hablamos ya que la pérdida, implica que las emociones que sentíamos hacia la persona, objeto, cosa, experiencia vital que ya no está, tienen que recolocarse y recanalizarse, adaptándose al nuevo entorno emocional. Esta reubicación de las emociones tiene que darse de una manera salutógena, fluida y en un plazo de tiempo flexible (atendiendo a las características y circunstancias de cada persona), pero que tiene que tener un final y sin que en la experiencia se produzcan respuestas desadaptativas que dificulten o bloqueen el proceso del duelo emocional. También es importante el reconocimiento de la adaptación cognitiva, ya que hay que aceptar que las emociones que se perciben de la persona, cosa, objeto o experiencia vital que para las personas suponía un importante estímulo en sus vidas y algo importante para buena salud y equilibrio emocional, ya no van a estar presentes de la misma forma nunca más. Además, cuando nos referimos a adaptación cognitiva también se debe señalar la importancia de la reorganización de los pensamientos surgidos por la pérdida, pensamientos que suelen generar mucha inestabilidad interna, tristeza y angustia.

Si algo se puede afirmar como común a todas las personas que atraviesan el duelo, es que este proceso implica una puesta en marcha de emociones, es decir, una respuesta emotiva. Cada persona experimenta el proceso de una forma, vive y siente la pérdida, la ausencia, la separación o el abandono atendiendo a sus características psicológicas individuales y a su red de apoyo social. Las personas inician una travesía por las distintas etapas del duelo, necesitándose siempre de una actitud proactiva al cambio, a la elaboración del proceso. No se trata de momentos que van a ir pasando por la persona, sino que, la persona tiene predisposición a la elaboración del proceso y va sintiendo, va emocionándose, motivando su evolución hacia una nueva vida con la ausencia, el abandono o la pérdida.

Los principales síntomas emocionales y físicos que las personas manifiestan tener en este proceso son: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.

Con este tema, debemos comprender que el dolor por la pérdida se puede experimentar no solo por muertes, por fallecimientos, sino cada vez que en la vida tenemos una experiencia de interrupción definitiva de algo, de pérdida, de separación irremplazable que no podrá ser cubierta. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida es lo que llamamos elaboración del duelo, que nos conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación.

Entre las características que debemos reconocer sobre el duelo, destacamos según Olga Herrero y Concepción Poch (2003):

Es un proceso (no un estado), que evoluciona a través del tiempo y del espacio, aunque cuando una persona vive una pérdida tiene la sensación de que el mundo se paraliza y que siempre se quedará así.

Es normal, es algo que todo el mundo vive a lo largo de su vida como reacción a una pérdida significativa, aunque la forma de afrontarla puede ser diferente.

Es dinámico, la persona experimenta y cambia a lo largo del tiempo con oscilaciones en el cambio de humor, en la sensación de malestar o bienestar. Esto implica que la persona que vive un proceso de duelo entra en situaciones poco estables, sin que suponga un retroceso o que no se avanza en el proceso de duelo.

Depende del reconocimiento social, tanto la persona que vive la pérdida como su entorno reciben el impacto. La persona inicia un proceso individual que al mismo tiempo es colectivo, puesto que requiere el reconocimiento social explícito de la pérdida para poder elaborar el proceso de duelo con normalidad.

Es íntimo, el componente individual que se desencadena en la situación de pérdida posibilita desarrollar reacciones propias y diferentes de las de otra persona que ha vivido una situación parecida, de manera que lo que se ha aprendido a lo largo de la vida y las propias creencias ante las pérdidas influyen directamente en la elaboración del proceso.

Es social, las pérdidas se manifiestan socialmente a través de los rituales establecidos en cada cultura. Sentirse acompañado, es una forma de recibir de los otros el soporte y la estima, lo cual ayuda en la elaboración del duelo.

Es activo, la persona tiene y ha de tener un papel muy activo en la elaboración de la pérdida porque ha de tomar las decisiones que le permiten otorgar el Significado de pérdida con todo lo que ello implica: la renuncia para ir reconduciendo el vacío que ha dejado la pérdida y poder seguir viviendo.

“El duelo es un proceso único, muy personal, dinámico y cambiante, que depende de las circunstancias, las personas, las familias, las culturas y la pertenencia a una sociedad concreta”.

Añade que, aunque se pueden describir etapas que marcan la evolución del duelo, no existen pautas estrictas y universales, sino que el alivio aparece de forma gradual a medida que se va avanzando en su resolución.

3 Metodología

El diseño del estudio se ha llevado a cabo desde un enfoque teórico-metodológico que ha permitido comprender el fenómeno del proceso de duelo y las manifestaciones de apoyo social propias de personas que han experimentado la pérdida de un ser querido.

Se trata de un estudio cualitativo, a través del análisis de contenido, de una experiencia de apoyo social en tiempos de pandemia por Covid-19.

Se ha fomentado la expresión de emociones y sentimientos de apoyo a través de cartas de personas que han sufrido una pérdida de ser querido en los últimos 5 años.

Este estudio se ha realizado con el objetivo de medir si las 15 personas participantes, que forman parte de un grupo de ayuda mutua de personas en duelo, se encuentran atravesando un duelo complicado, identificando en sus testimonios expresiones de afrontamiento activo y estrategias de resiliencia.

Las personas participantes tenían edades comprendidas entre los 35 y los 68 años y en su mayoría habían experimentado la pérdida de un hijo/a, seguidos de personas que han perdido a sus progenitores.

Con este grupo de ayuda mutua se trabaja un modelo de intervención comunitaria a través de grupos que pone su atención en la ayuda, comprensión y promoción del apoyo social para evitar así una elaboración complicada o patológica del duelo tras la pérdida de seres queridos.

El análisis de contenido ha permitido identificar si las personas estaban experimentando un duelo complicado, qué palabras han indicado que se encuentran elaborando un proceso de duelo natural, expresiones de afrontamiento activo (a través de búsqueda de apoyo social y emocional) y expresiones relacionadas con la resiliencia (confianza, resurgimiento, adaptabilidad, perseverancia, lucha, esperanza de vida, etc.)

4 Resultados y conclusiones

La finalidad de la intervención psicosocial es brindar apoyo, orientación y herramientas para gestionar las emociones que surgen ante las pérdidas de diversa índole que experimentan las personas que reciben atención. Asimismo, en este aspecto se ha propiciado la ayuda mutua y se ha fortalecido a las personas en duelo para que puedan afrontar la vida sin la presencia de la persona fallecida. Para ello, a través de este tipo de iniciativas se promueve el bienestar psicosocial y la cohesión grupal a través de una práctica que considera la conducta y la relación entre la persona y su contexto, es decir, con un enfoque ecosistémico y construccionista.

A modo de conclusión, se muestra cómo desde la promoción del apoyo social y en la prevención de su aislamiento social se sitúa a las personas como protagonistas en la elaboración de su proceso de duelo desde una perspectiva resiliente y salutógena. También se denota la necesidad de seguir contribuyendo en esta área de trabajo tanto desde la investigación como desde las buenas prácticas de intervención psicosocial en duelo.

| | | | | | |
|---|------|----|---|--|---|
| 6 | | NO | Empatía, fuerza, esperanza y comprensión. | “Los seres queridos que he perdido están en mi corazón y me ayudan a vivir cada día con la alegría que me traiga y la esperanza de que podré recobrarlos” | “El tiempo es un lenitivo que todo lo suaviza para dejarte vivir la vida que te queda sintus seres queridos” “Otra esperanza superior, que habrá un espacio de reencuentro y volveréis a teneros para siempre” |
| 7 | Hijo | NO | Esperanza | “Llevamos desde entonces luchando día a día” | “Teneis el apoyo de personas maravillosas” |
| 8 | Hijo | NO | Superación y esperanza | “Todos tenemos algo o alguien a quién aferrarnos” “Aunque sea con el recuerdo de la persona que se ha marchado, en su honor hay que seguir andando por la vida” | “El dolor es inmenso pero tengo que deciros que hay porque vivir” “Volveréis a sonreir” |
| 9 | Hija | NO | Positividad y esperanza. Lucha y fuerza | “Solo nosotros tenemos el poder de cambiarlo todo” “Solo nosotros somos capaces de mantenerlo vivo” “Te animo a que pienses que el sol va a salir cada día” | “La muerte no es más que el desenlace de la historia de cada uno, una parte más de la vida” “La muerte no puede arrebatártelo todo, no tiene poder sobre tu razón, tus pensamientos y tus recuerdos” “Siempre estará ahí contigo, hasta el final” |

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2014.
- Aranda S, Milne D. Guidelines for the assessment of bereavement risk in family members of people receiving palliative care. Melbourne: Centre for Palliative Care; 2000.
- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. Medifam.2002;12(3):100-7.
- García-Campayo J. Manejo del duelo en Atención Primaria. Revita Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2012;2(2):1-18.
- Kübler-Ross, E.: On death and dying. Nueva York: Routledge, 1973. ISBN 0-415- 04015-9.
- Kübler-Ross, E.: On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. Nueva York: Simon & Schuster, 2005.
- Organización Mundial de la Salud, CIE-10. Clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento. 10.a ed. Zaragoza: Meditor, 1992.
- Poch, C y Herrero O. “La muerte y el duelo en el contexto educativo, Reflexiones, testimonios y actividades”. Paidós, 2003

Meza Dávalos, Erika G, & García, Silvia, & Torres Gómez, A, & Castillo, L, & Sauri Suárez, S, & Martínez Silva, B (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 13(1),28-31. ISSN: 1665-7330. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473/47316103007>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Movimientos sociales y pandemia. Adaptación, afectación y politización de la presencia física

Marta Luxán Serrano, Universidad del País Vasco (marta.luxan@ehu.eus)

Miren Guilló Arakistain, Universidad del País Vasco (miren.guillo@ehu.eus)

Marta Barba Gassó, Universidad del País Vasco (marta.barba@ehu.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En 2021, en el seno del proyecto Nuevas solidaridades, reciprocidades y alianzas: la emergencia de espacios colaborativos de participación política y redefinición de la ciudadanía (MINECO- 2018-2021), un grupo de investigadoras llevamos a cabo el estudio *Los movimientos sociales en Euskal Herria durante la pandemia* (Barba et al., 2022). Nuestro propósito fue analizar el impacto que el COVID-19 ha tenido y está teniendo en las dinámicas de los movimientos populares y en la participación sociopolítica. Además de cuestiones relativas al quehacer de los colectivos (participación, organización de actividades, relaciones y alianzas con otros grupos o financiación), recogimos también información relevante en torno a los discursos y prácticas desarrolladas por los movimientos ante las medidas adoptadas durante la pandemia.

En esta comunicación nos centramos en la reflexión sobre algunas cuestiones relacionadas con la politización de la presencialidad, la capacidad de adaptación y su posible relación con una menor capacidad de respuesta, desobediencia o reacción.

Palabras clave

Pandemia, COVID-19, movimientos sociales, metodología cuantitativa, Euskal Herria.

1 Introducción

En esta comunicación se presentan algunas reflexiones a partir de los resultados del estudio *Movimientos sociales de Euskal Herria en tiempos de pandemia: consecuencias, adaptaciones y nuevos escenarios*, implementado en 2021 en el marco del proyecto *Nuevas solidaridades, reciprocidades y alianzas: la emergencia de espacios colaborativos de participación política y redefinición de la ciudadanía* (MINECO-CSO2017-82903-R, 2018-2021), estudio que ya presentamos en este grupo de trabajo en el congreso de 2019.

La investigación se apoyaba en la idea de que nuestras sociedades están sumergidas en un proceso de cambio social en el que, como consecuencia de la desinstitucionalización de las relaciones sociales, las nociones de orden y cohesión social se tambalean (Touraine, 2005). Nos interesaba acercarnos al impacto de dicho proceso en Euskal Herria y, en concreto, a sus consecuencias (Esteban et al., 2020) en las formas de entender y de hacer política de los MM.SS. (Luxán et al., 2014; Martínez Palacios, 2017). Para ello, nos centramos en el análisis de cuatro ámbitos: colectivos ecologistas, de euskalgintza¹, feministas y dedicados a temas antirracistas, de migraciones e interculturales. Y en ello estábamos cuando tuvimos la primera noticia de la pandemia de la COVID-19 y se implantaron las primeras medidas, entre ellas, la restricción de la movilidad en el espacio público y el confinamiento. Ello tuvo un doble impacto en la evolución de la investigación. Por un lado, las restricciones referidas provocaron profundas transformaciones tanto en las actividades como en los ritmos de

¹ Colectivos relacionados con la defensa y promoción del euskera.

los MM.SS.. Por otro, como investigadoras, tuvimos que adaptar nuestras formas de hacer y es, precisamente, en ese momento cuando decidimos incorporar una herramienta cuantitativa al diseño metodológico cualitativo y etnográfico con el que veníamos trabajando desde 2018.

El objetivo general de dicha encuesta fue analizar la influencia de la COVID-19 y de las medidas implantadas para hacerle frente en las dinámicas de los MM.SS y en la participación sociopolítica de sus miembros. Para ello recogimos información sobre los siguientes temas y dimensiones: formas de organización de grupos, movilizaciones y eventos, formas de comunicación, medios de financiación y uso del lenguaje, entre otros. Nos centramos también en las estrategias, actuaciones, redes solidarias y alianzas desarrolladas por los MM.SS. para hacer frente a la nueva situación. Por último, obtuvimos información general muy importante sobre estos colectivos sociales, como la fecha de creación, el número de miembros, la distribución por género, edad y origen, el ámbito territorial en el que inciden, el uso de las lenguas y sus relaciones con otros grupos.

2 Metodología

Metodológicamente ha sido un trabajo complejo debido, sobre todo, a las características del objeto de investigación. Decidimos trabajar con iniciativas y agentes de toda Euskal Herria que se enmarcan en los MM.SS. y que promoviesen la transformación social en uno de los cuatro ámbitos de nuestro interés. Implementar una encuesta dirigida a los MM.SS es un reto: se trata de sujetos colectivos y dinámicos y no existe ningún censo sobre los mismos. Para solventar esta cuestión, junto con Aztiker², iniciamos un mapeo cuyo objetivo era identificar y conseguir el contacto del mayor número posible de colectivos pertenecientes a los 4 ámbitos de nuestro interés. Tanto a lo largo de este proceso, como durante el seguimiento de la cumplimentación de los cuestionarios colectivos, en ocasiones utilizamos nuestros contactos personales. Otra de las particularidades del estudio fue la realización online tanto del mapeo como de los cuestionarios. En este sentido, cabe subrayar que el carácter colectivo del objeto de investigación y la metodología virtual utilizada han condicionado el proceso de investigación.

Por lo que a la muestra se refiere, la tabla 1 recoge los detalles referidos a los dos cuestionarios diseñados: un cuestionario colectivo (dirigido a los grupos) y un cuestionario individual (dirigido a los miembros de dichos grupos).

Tabla 1. Universo y muestra

| UNIVERSO | 396 grupos | |
|----------|---------------------|--------------------------|
| MUESTRA | Encuesta colectiva | 100 encuestas aceptables |
| | Encuesta individual | 94 encuestas aceptables |

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la representatividad de los resultados, es importante tener presente que nuestra muestra no ha sido reflejo del conjunto de movimientos populares de Euskal Herria, ya que la circunscribimos a los cuatro ámbitos señalados. En consecuencia, es representativo para dichos ámbitos, pero no sería correcto extender los resultados a todo el movimiento social. Por otro lado, queremos destacar que hemos recibido información

² Aztiker es una cooperativa dedicada a la investigación sociológica. Más información: <https://aztiker.eus/es>
www.revistaalimara.net

cualitativamente muy rica: excelente para dibujar tendencias, pero no para generalizar comportamientos asociados a cifras concretas.

3 Efectos de la pandemia: adaptaciones y adhesiones afectivo- ideológicas

En términos de capacidad de respuesta, nuestra propuesta es huir de las ideas extremas que, al menos en nuestro contexto, han impregnado el imaginario y plantear dicha capacidad como un continuum. Recordemos la falta de conocimiento inicial sobre la pandemia y los miedos asociados a la misma. Entendemos que estos elementos podrían haber sido cruciales, tanto en términos de aceptación de las medidas impuestas como de bloqueo. También creemos que la responsabilidad colectiva para con la sociedad y la comunidad estaba muy presente y que, en consecuencia, algunas de las posibles reacciones y respuestas, aunque pensadas, no se activaron. En este sentido, al preguntar por las reacciones ante las medidas adoptadas, dos tercios de los colectivos afirman haber debatido sobre ellas. Y añaden que, en algunos casos, también se llevaron a cabo iniciativas desobedientes a nivel individual y "en secreto". En cambio, muy pocos grupos impulsaron iniciativas desobedientes públicas y reivindicadas. Más allá de los datos, se ha constatado que la incapacidad de respuesta generó un sentimiento colectivo de frustración (Eizagirre 2022), que cabe entender como otro de los efectos de la pandemia.

Inevitablemente, la nueva situación influyó en la forma de funcionar que tenían los MM.SS.. Aunque la mayoría de los colectivos organizaron menos acciones y actividades, y la mitad de ellos tuvieron problemas de financiación, su capacidad de adaptación fue significativa. Como podíamos prever, el uso de los medios de comunicación y las prácticas virtuales aumentaron; se modificaron las formas de comunicación para poder seguir funcionando en el contexto de la pandemia. Aunque también disminuyeron las acciones (el 61% de los grupos organizaron menos acciones), un 12,5% mantuvo el mismo número de acciones con la frecuencia habitual y un 11% afirma que organizó más actividades. También nos parece destacable que muchos grupos (79%) mantuvieron la actividad más importante del año, en la mayoría de los casos (59%) adaptándola. Cabe destacar, por tanto, el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos para mantener los actos centrales incluso en situaciones difíciles. Por último, esta capacidad de adaptación se constata también a la hora de buscar vías de financiación: cerca del 60% de los encuestados declararon que, aunque las vías de financiación les quedaron limitadas, habían hecho un esfuerzo por mantenerlas y más del 25%, al quedar limitadas sus vías habituales de financiación, habían optado por otras vías. Entre las nuevas formas de financiación elaboradas por los grupos, las más utilizadas fueron las "donaciones, campañas y crowdfunding", aunque su difusión fuese limitada (sólo un 12% las utilizó).

Hemos querido centrarnos en la capacidad de adaptación para evitar valoraciones dicotómicas sobre la pandemia, así como para profundizar en las respuestas que elaboraron los MM.SS. ante sus efectos. En cualquier caso, es importante señalar cuando difundimos la encuesta: a finales de la primavera y principios del verano de 2021, antes de que aún estuviera plenamente vigente el denominado "pasaporte COVID", un momento que consideramos especialmente positivo en algunos aspectos. Los momentos de difusión de los cuestionarios influyen en los resultados (Biglia et al. 2022), que reflejan cómo se observaba en aquel momento la pandemia, las medidas adoptadas ante ella y las respuestas dadas. Por otro lado, la capacidad de adaptación de los grupos nos lleva a nuevas preguntas. ¿Por qué unos colectivos tuvieron más capacidad de adaptación que otros? ¿Y qué relación hubo entre los temas tratados y la capacidad de respuesta? Tenemos la sensación de que las relaciones internas, la confianza mutua y el trabajo conjunto tuvieron mucho que ver con este asunto. Por último, esta capacidad de adaptación puede tener matices diversos, ya que además de la flexibilidad, la

fuerza y la capacidad de respuesta, también nos habla de las incapacidades. De hecho, en algunos momentos, consideramos que estas modificaciones promovidas por los grupos se basaron en la aprobación de las medidas propuestas por la administración o en la imposibilidad de afrontarlas.

Como ya hemos señalado, creemos que la incidencia de la pandemia no ha sido simple ni unidireccional. En lo que se refiere a la participación sociopolítica, la pandemia y las medidas adoptadas al respecto no sólo propiciaron desactivaciones, sino también activaciones diversas. Por ejemplo, si bien la mitad de los grupos investigados mantuvo en un número similar de miembros y la cuarta parte de los grupos redujo su número, en el caso de una quinta parte se incrementaron, cuestión destacable. Así, pareciera que en el escenario social del contexto pandémico se hubiesen reforzado las preocupaciones por las desigualdades sociales y los deseos por el cambio social. Queda por analizar qué pasó con estas preocupaciones a medida que dicho contexto se difuminaba.

4 La presencialidad y la calle a examen

En aquellos días se hizo hincapié en la importancia de la "calle". Asimismo, el uso de la virtualidad aumentó considerablemente y los recursos tecnológicos y virtuales adquirieron mucha centralidad. Pero, con los resultados en la mano, nos asaltó la duda, ¿eso que estábamos viendo era únicamente consecuencia de la pandemia o eran dinámicas preexistentes que la pandemia había acelerado y visibilizado? Empecemos por los datos.

Cuando hablamos de virtualidad nos referimos al uso e incidencia de los recursos virtuales, en concreto a la organización y comunicación interna y externa. En cuanto a las estrategias desarrolladas por las MM.SS: en el ámbito de la organización interna, destacan el uso de aplicaciones de mensajería móvil y plataformas de reuniones o asambleas online. En el caso de los primeros, son muchos los grupos que subrayan haber utilizado más que antes (casi el 50%), mientras que un tercio (por encima del 30%) les dio el mismo uso que antes. En el caso de las plataformas virtuales de reuniones, su uso aumentó considerablemente, en torno al 35% los utilizaron más que antes y en torno al 45% lo hicieron por primera vez durante la pandemia. Por otra parte, a pesar del notable descenso de las reuniones presenciales, algunos colectivos las mantuvieron. Por lo tanto, en una época en la que era especialmente difícil reunirse cara a cara, algunos colectivos apuestan por ello. En cuanto a la comunicación externa, el uso de las redes sociales se mantuvo similar e incluso aumentó en algunos casos, mientras que el uso de los canales Telegram y Whatsapp aumentó de forma más acusada.

Hemos querido analizar la virtualidad junto con la presencialidad. Ya hemos dicho que el uso de recursos virtuales para la organización interna aumentó y las asambleas presenciales disminuyeron. Para profundizar en ello, preguntamos expresamente sobre las relaciones cara a cara y concluimos que, a pesar del aumento de la virtualidad, también se dio importancia a la presencialidad: más del 25% de los grupos mantienen los espacios presenciales como antes y más del 30% crean otros contactos presenciales. Es decir, frente a las limitaciones aparecidas, se trabajaron otras vías para mantener la presencialidad, apostando claramente por ello. En cualquier caso, la presencialidad se vio muy limitada, primando la virtualidad. En este sentido, un alto porcentaje (más del 40%) valoró que la virtualidad había abierto nuevas vías de relación en cuanto a su impacto en la presencialidad, mientras que un 35% valoró que había complementado la virtualidad con relaciones presenciales. Pero, por otro lado, la mitad de los grupos señala que la virtualidad sustituyó a la presencialidad o cambió radicalmente las formas de relacionarse.

Todos estos datos nos llevan a hacer algunas reflexiones sobre la virtualidad y la presencialidad. En primer lugar, queremos traer a estas líneas la relación y la influencia recíproca entre estas dos formas de actuar. Frecuentemente aparecen de forma dicotómica o mutuamente excluyente. Estos resultados, en cambio, hacen más compleja esta relación. Aunque en algunos momentos la virtualidad ha sustituido a la presencialidad, en otros se nos presentan como un continuo y vemos tanto movimientos como colectivos bailando de uno a otro. Por último, en otras ocasiones actuar de una manera no ha sustituido necesariamente a la otra. Por tanto, estos resultados nos abren interrogantes y caminos de cara al futuro. ¿Cuándo se complementan la presencialidad y la virtualidad? ¿Cuándo prevalece la una sobre la otra? ¿En qué campo? ¿Afecta igual a las militantes de todas las edades?

En segundo lugar, queremos subrayar que estos resultados demuestran que la pandemia supuso la profundización de algunas tendencias previas. Es decir, la virtualidad no surgió de cero durante la pandemia, sino que aumentó el uso de algunos recursos que ya se utilizaban anteriormente (como los grupos Telegram y Whatsapp). En nuestra opinión, y atendiendo a los datos, la pandemia reforzó e hizo más visibles algunas maneras de hacer que se venían desarrollando desde antes, generando así una lectura crítica y politizada de dichas tendencias.

En tercer lugar, la (no) presencialidad incide de lleno en los MM.SS., ya que condiciona totalmente su organización. Así, el impacto de la pandemia en las vías de financiación de los colectivos no se puede entender sin tener en cuenta esta cuestión. La prohibición de iniciativas presenciales, como festivales y txosnas, comidas populares o festivales culturales, originaron dificultades de financiación muy importantes. Además, muchas de estas iniciativas se basan en la actuación conjunta de diferentes colectivos, y son fruto de una larga trayectoria colaborativa. Creemos que el aislamiento y la distancia entre colectivos provocada por la pandemia ha sido uno de los factores que han influido en las dificultades y conflictos que se han producido. Concluyendo, consideramos que para hablar de presencialidad es necesario prestar atención a sus dimensiones y materializaciones concretas, para así comprender tanto las consecuencias de su pérdida, como del desarrollo de la virtualidad.

5 Reflexiones y preguntas desde el contexto actual

El contexto en el que iniciamos la investigación *Nuevas solidaridades, reciprocidades y alianzas* era propicio para explorar las alianzas entre MM.SS.; sin embargo en los últimos años, han aumentado las rupturas y las dificultades. En esta coyuntura, consideramos imprescindible seguir explorando las alianzas y las formas de hacer política necesarias para articular los MM.SS. En cualquier caso, hacemos un llamamiento a realizar este ejercicio desde un punto de vista amplio y no dicotómico, en el que tengan cabida tanto los acuerdos y el hacer colectivo, como las dificultades y las rupturas que entrañan dichos procesos.

Afirmamos que esta investigación aporta elementos para encarar el contexto actual. Hemos subrayado que durante la pandemia se reforzaron algunas tendencias preexistentes, como el uso de recursos virtuales. No había otra alternativa y su uso parecía plenamente justificado. Una vez pasada la pandemia, ¿qué ha pasado con los recursos, plataformas y aplicaciones desarrolladas entonces? Entendemos que es indispensable seguir investigando y preguntándonos sobre estas y otras cuestiones relacionadas con el quehacer colectivo activista.

Referencias bibliográficas

- Barba, Marta; Guilló, Miren; Zabalo, Julen; Luxán, Marta; Arana, Edorta y Bárcena, Iñaki. (2022). Los movimientos sociales en Euskal Herria durante la pandemia. UPV/EHU. <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USOPD235001.pdf>
- Biglia, Barbara; Bonet, Jordi; Luxán, Marta y de la Fuente, Maria. (2022). Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere e interseccional a les operacions estadístiques. ICD/URV. <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/496>
- Eizagirre, Ekhine. (2022). Euskal Herriko mugimendu sozialak sindemia garaian. Testuinguruari eta mugimenduen arteko aliantzei begirada kualitatiboa. UPV/EHU.
- Esteban, Mari Luz et al. (2020). Komunitateak ehunduz herri ekimenetatik / Tejiendo comunidades desde iniciativas populares, UPV/EHU. <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/listaproductos.asp?IdProducts=USPDF202499>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Arraigo participativo, metagobernanza y democratización en las ciudades

Iago Lekue, Universidad del país Vasco (iago.lekue@ehu.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La participación y el desarrollo comunitario son elementos clave en la profundización democrática en contextos urbanos. Sin embargo, existen obstáculos que impiden que esta profundización sea efectiva. En este texto, se destaca la importancia del "arraigo democrático" como concepto esencial para asegurar el éxito de los procesos participativos en la gobernanza urbana y la democracia deliberativa.

El arraigo democrático va más allá de la simple consolidación de prácticas participativas en momentos específicos; implica la integración efectiva de la participación en los aspectos espaciales, temporales y prácticos de la gobernanza urbana y explorando los límites de la democracia deliberativa.

El texto también se adentra en el análisis de cómo se presentan las demandas de la sociedad y cómo las estructuras institucionales y la democracia deliberativa pueden responder a ellas. Se examinan los casos de Bilbao y Barcelona para demostrar cómo algunas demandas ciudadanas impulsadas por el activismo urbano han progresado y han llevado a innovaciones democráticas, mientras que otras han sido bloqueadas o tratadas de manera autoritaria.

En última instancia, se plantea la pregunta de si la gobernanza urbana como estructura puede impulsar la democratización de las ciudades o si, en cambio, es la sociedad la que ejerce presión y desempeña un papel fundamental en la transformación de los modelos de gobernanza. Este análisis busca arrojar luz sobre los factores que determinan la efectividad de la participación ciudadana y la profundización de la democracia en contextos urbanos.

Palabras clave

Arraigo democrático, gobernanza urbana, innovaciones democráticas, profundización democrática; metagobernanza.

1 Introducción

El *zeitgeist* actual de la participación en el Estado español se encuentra en un momento de *impasse*. Este se refleja en una serie de desafíos y tensiones que están afectando la dinámica general de la participación ciudadana en el país. Por un lado, existen avances significativos en la promoción de la participación en diferentes niveles de gobierno y en la sociedad civil, lo que demuestra un interés creciente en la toma de decisiones democráticas y en la inclusión de la ciudadanía en la gestión pública. No son pocas las experiencias que, a través de nuevos e innovadores mecanismos de participación (mini-públicos, referéndums, gobernanza colaborativa y presupuestos participativos) deudores de las respectivas críticas a la democracia representativa, pretenden profundizar las democracias occidentales (Bussu et al., 2022; Elstub y Escobar, 2019).

Sin embargo, este impulso se encuentra contrarrestado por obstáculos y resistencias que dificultan la plena

efectividad de la participación. Entre estos desafíos se incluyen la falta de mecanismos claros, la estrategia política o partidista que tiende a la institucionalización, y la percepción de que muchas veces la participación se limita a una mera formalidad sin influencia real en las decisiones finales (Martínez, 2018; 2021).

Así pues, el presente texto pretende explorar y analizar, más allá del análisis formal institucional, cuáles son las condiciones que posibilitan o no un arraigo democrático de la participación en las ciudades de Bilbao y Barcelona.

2 Metodología y orientación epistemológica

Para llevar a cabo el análisis utilizamos el marco analítico que presentan Bua y Bussu (2021), que enriquecido con la *teoría relacional* de Jessop nos permitirá llegar más allá y entender cómo se pueden conseguir democratizar las redes y prácticas de la gobernanza colaborativa, acercándonos a un modelo más comunitario de gobernanza urbana.

Este reducidísimo marco teórico es una pequeña parte de lo que he estado investigando durante cuatro años de tesis doctoral. Los resultados y la reflexión que a continuación se presentan cuentan con un trabajo de campo basado en 37 entrevistas a informadores con perfiles político-institucionales y profesionales, académicos y activistas. Además de la revisión de documentos oficiales, más allá de los reglamentos participativos, poniendo el foco también en planes especiales, de ordenación y diferentes regulaciones que tienen que ver con la planificación urbana y tienen un alto valor por su importancia y relevancia estratégica.

A continuación, hablaremos sobre las posibilidades de democratizar la gobernanza y la participación. Desde un enfoque crítico con la situación actual de las democracias (sobre todo a escala local o regional), proponemos, por un lado, una visión alternativa que los impactos de la participación en la gobernanza pueden tener; y, por otro lado, la posibilidad de un enraizamiento de la participación que vaya más allá de la simple institucionalización.

Recogiendo las diferentes corrientes existentes en los estudios relacionados con las diversas ramas que pueden tener las investigaciones sobre la gobernanza o la participación, Bua y Bussu (2021) optan por un análisis más deductivo, que comienza diferenciando lo que, *a priori*, parecen dos grandes enfoques dicotómicos sobre la gobernanza participativa y terminan poniendo el foco en la importancia de la integración/arraigo de la propia participación en la estructura institucional y en los procesos de toma de decisiones.

Así pues, los autores presentan el primer bloque en el que se configura la gobernanza participativa. Es lo que identifican como la “democratización impulsada por la gobernanza” (GDD por sus siglas en inglés). Esta forma de gobierno o de *policy making* nace de lo que se conoce como el “momento deliberativo” en el cambio de siglo. La “democratización impulsada por la gobernanza” concibe la gobernanza participativa desde un punto de vista *top-down* y de manera tecnocrática, es decir, desde las élites. Los objetivos serían, por un lado, hacer frente a la crisis de legitimidad de las instituciones y, por otro, ‘mejorar’ la elaboración de políticas públicas mediante la inclusión de nuevas voces e intereses y el acceso a nuevas fuentes de información. Aquí es donde colocaríamos la que conocemos como ‘participación por invitación’ o los modelos de gobernanza colaborativa “dirigidos externamente” o “convocados independientemente” (Emerson y Nabatchi, 2015: 159)

Así, la GDD abre ciertas ventanas de oportunidad en cuestiones y para políticas muy específicas, lo que, sumado al riesgo de despolitización y cooptación de la acción colectiva, puede limitar las posibilidades de una democratización real.

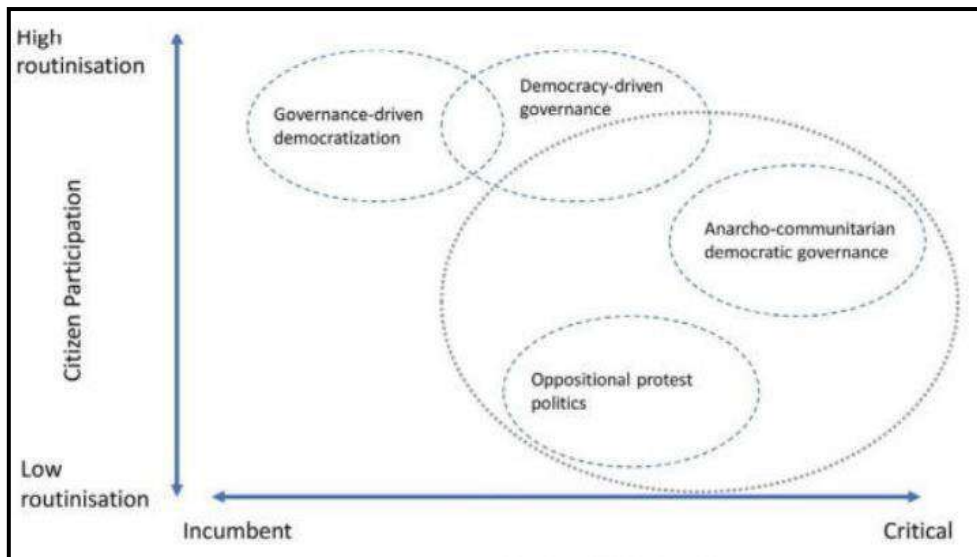
En segundo lugar, se introduce el concepto de “gobernanza impulsada por la democracia” (DDG por sus siglas en inglés) para referirse a los esfuerzos de la acción colectiva por abrir nuevos espacios de gobernanza

participativa, y reclamar, transformary darles forma a los existentes, con el objetivo de dar respuesta a las demandas de la ciudadanía. En este caso, la DDG tiene una orientación más crítica y con lógicas *bottom-up*. Según los autores, surge a través de la movilización popular, de los intentos de los movimientos sociales por “entrar al Estado” (y no al revés) y de la reivindicación y reinención de las estructuras participativas para perseguir las aspiraciones transformadoras que radicalicen la gobernanza participativa.

De esta forma, la gobernanza participativa puede responder a una necesidad funcionalista de desarrollar mejores políticas y legitimar las instituciones tradicionales (GDD), o bien, a una ambición más transformadora de avanzar en la justicia social y profundizar la democracia (DDG).

El siguiente diagrama ilustra las diferentes formas de gobernanza que tiene lugar en las intersecciones de la democracia “actual” (*incumbent democracy*) y la democracia crítica (o más radical) con las rutinarias formas de participación.

Figura 1: GDD and DDG in dynamic relationship



Fuente: Bua y Bussu (2021: 721).

La figura muestra las relaciones dinámicas en las que la GDD y la DDG, aunque formadas por diferentes actores e informadas por diferentes agendas (de arriba a abajo de abajo a arriba), utilizan lugares similares de participación altamente rutinaria y, dependiendo de los diferentes equilibrios de poder, pueden transformarse la una en la otra.

Si atendemos a los ejes donde se coloca cada dinámica participativa, observamos que la GDD se sitúa en el cuadrante superior izquierdo, es decir, en la intersección entre la participación rutinaria y la democracia continuista, donde los ciudadanos se incorporan a la política y los organismos públicos con el objetivo de aumentar la legitimidad y producir mejores políticas.

La DDG, en cambio, se sitúa en la intersección entre la participación rutinaria y una democracia más crítica, ya que, en este caso, los movimientos sociales y la sociedad civil local entran en las instituciones estatales locales y las remodelan para responder a las demandas ascendentes de reformas y derechos. Sin embargo, la orientación normativa de la propia ‘rutinización’ a efectos prácticos es diferente, ya que la GDD se centra en la toma de decisiones eficiente y en las ventajas epistémicas de los usuarios de los servicios, mientras que la DDG hace hincapié en los derechos de los ciudadanos y la justicia social.

La originalidad de la DDG reside en su intento de abrir las instituciones a los movimientos sociales y a los

ciudadanos de forma más amplia, incorporando la gobernanza participativa en el proceso político local y salvaguardando los espacios críticos para que los movimientos sociales y la acción colectiva actúen como contrapeso a la administración, “agonizando” la democracia.

Por lo tanto, la DDG proporciona un término medio entre la participación “continuista” o hiperinstitucionalizada del GDD y la participación “crítica” en los momentos democráticos. Al conceptualizar la DDG, aceptamos que estos espacios, en lugar de ser dicotómicos, a menudo coexisten e interactúan continuamente a la vez que se constituyen mutuamente. Lo que nos lleva al segundo punto que queremos subrayar: la necesidad de arraigo o enraizamiento (*embeddedness*) de la gobernanza participativa en los modelos de gobernanza existentes.

Esta segunda idea que trabajan Bussu et al. (2022) pretende diferenciar las dinámicas de institucionalización que a menudo se asocian a los procesos participativos, de aquellas que realmente consiguen arraigar en la estructura institucional en términos espaciales, temporales y prácticos. Es decir, más allá de la tendencia a codificar formas institucionales o reglas formales para el fortalecimiento e integración de la gobernanza participativa, lo cual no se pretende dejar de lado, se trata de atender los procesos más amplios de cambio cultural y adaptación de formas de innovación democrática a su entorno institucional. Esta “participación integrada” o arraigada (*embedded participation*) es difícil de situar en un contexto donde las nuevas interpretaciones institucionalistas de la institucionalización de la gobernanza (valga la redundancia) abarcan un amplio espectro.

En esta línea, los autores recuperan el concepto de arraigo trabajado por Polanyi para señalar que la institucionalización puede estar dirigida hacia el arraigo o el desarraigo. Es decir, la institucionalización de la gobernanza participativa puede dificultar su integración o enraizamiento si está diseñada para pasar por alto o desviar los intereses de ciertos actores de la sociedad civil. Análogamente, podría evitar la integración si la participación está diseñada para tener un bajo impacto en la formulación de políticas, siendo así utilizada únicamente para legitimar el proceso a la vez que para alejar el lugar de toma de decisión. Así, la institucionalización tiene una relación ambivalente con el arraigo. Puede promover la integración de los procesos participativos en el entorno institucional en el que existen, pero no es una condición suficiente y, en ocasiones, incluso puede ir en su contra.

Un ejemplo claro de arraigo de la participación son las elecciones parlamentarias, los referéndums o el derecho de protesta, a los cuales en ningún caso se les solicita que demuestren su rentabilidad (no solo económica). Pero, debemos ser conscientes de que el hecho de que exista un arraigo no implica que exista la opción de que cierta práctica o proceso pueda ser abolido. Como se explica en el siguiente ejemplo:

It is important to stress that this limited ‘rootedness’ does not only concern institutional forms of participatory governance. Elections, for instance, are not always rooted, and therefore embedded, even when institutionalized within established democracies. A good example is the elections of Police and Crime Commissioners in Britain, in which few people vote and which could quite easily be abolished by the government of the day, in all likelihood without generating a public backlash or having a substantial effect on the perceived legitimacy of the police. Like the normative aspect of embeddedness, rootedness is also a relational concept that requires an assessment of how participation interacts with its context.

La idea de integrar o arraigar la participación de abajo a arriba engarza con las lógicas de DDG presentadas anteriormente. La participación arraigada implica una interacción productiva y sostenida con los otros actores e instituciones dentro del contexto de la gobernanza impulsada por la democracia (DDG), y un arraigo de los procesos y la cultura participativos en el sistema político o normativo, que mantenidos en el tiempo puede alterar las dimensiones de ciertos círculos identificados en la figura.

La alteración de dichas dimensiones requiere sin embargo de una pieza clave, la lectura ideológica de la metagobernanza o la dirección política de la gobernanza. Davies (2012: 2700-2701) simplifica la metagobernanza como “gobierno + gobernanza”, basada en una relación dialéctica. Por un lado, se reconoce el papel de los gobiernos locales: “the role of the state in securing coordination in governance and its use of negotiation, diplomacy, and more informal modes of steering” (Rhodes y Bevir, 2010:86). Este análisis de la metagobernanza reconoce el poder de los actores no estatales para autorregularse y los distingue del poder institucional local; así, se crea un espacio para ejercer un control macro sobre la autorregulación de las redes. En última instancia, la metagobernanza significa que el poder institucional local gobierna a los demás actores involucrados en la gobernanza. En otras palabras, la metagobernanza, al reinventar el papel gubernamental, “brings the state back in (yet again)” (Jessop 2007: 54).

La metagobernanza constituye un espacio liderado por el sector público que se pone al servicio del reequilibrio de poder entre actores (y selectividades estratégicas). Así, la metagobernanza devuelve lentamente (y siempre en función de la correlación de fuerzas) un papel al estado y gobierno local que sirve para modificar las selectividades estratégicas construidas durante largos periodos y diferentes gobiernos.

3 Resultados y conclusiones

Los dos casos de estudio (Barcelona y Bilbao) presentan una trayectoria bastante similar si se mira desde una perspectiva macro(-económica) (Jessop, 1994). Pero lo cierto es que existen variables que dependiendo de la trayectoria (*path dependence theory*), han determinado los modelos de gobernanza de una y otra ciudad. El hecho de que en Barcelona existiera durante los años 80 un periodo conocido como “urbanismo democrático”, se traduce en una mayor permeabilidad de la sociedad civil en las prácticas y decisiones que se toman en la ciudad. Igualmente, factores como la estrategia autonomista frente a la dirección estratégica-vertical de los movimientos sociales en Barcelona y Bilbao (respectivamente), así como diferentes factores económicos como la crisis financiera de 2008 o la inestabilidad o no en la correlación de fuerzas políticas en una y otra ciudad, determinan el carácter colaborativo de los modelos de gobernanza urbana.

Así, en el caso de Bilbao, encontramos que la participación está constreñida y rutinizada. Las políticas públicas locales que se sabe que funcionan, derivadas de estudios específicos de las zonas de actuación (los distritos), se llevan a cabo en detrimento de las demandas vecinales, que en ocasiones aluden a un cambio radicalmente mayor que sustituir un adoquín por otro. La democracia urbana “actual” del régimen urbanístico de Bilbao no está preparada para una colaboración real con los otros espacios de democratización (Bua y Bussu, 2021). Ni siquiera se puede hablar de opciones reales para un arraigo de la participación, no al menos como herramienta democrática para profundizar en la democratización, mucho menos en términos comunitarios.

Podemos afirmar que las formas de democratización de la ciudad se corresponden con las formas tradicionales aceptadas por las “incumbent democracies”. Es decir, en este caso, las formas comunes de avanzar hacia una ciudad más democrática en modelos de GDD como el de Bilbao es la “participación por invitación”. La ausencia, o mejor dicho, el bloqueo institucional de otras dinámicas democratizadoras que vengan de abajo de forma irruptiva o colaborativa, puede favorecer la consolidación de un modelo que de ningún modo favorecerá políticas o prácticas comunitarias, ya que modelos como el de Bilbao, que abogan por una democratización liderada por la propia gobernanza, sirven a los ciudadanos ofreciendo arreglos institucionales que difícilmente van a suponer un acercamiento a un comunitarismo “alternativo”

Mientras, el caso de BCN se acerca a un modelo alimentado por la DDG. Nos encontramos ante formas en las que la metagobernanza constituye un espacio liderado por el sector público que se pone al servicio del reequilibrio de poder entre actores (y selectividades estratégicas). Así, la metagobernanza devuelve

lentamente (y siempre en función de la correlación de fuerzas) un papel al poder público local que sirve para modificar las selectividades estratégicas y subalternidades construidas durante los años previos a los comunes. Ejemplo de ello son los innumerables proyectos y planes participativos desarrollados en el marco del Pla de Barris. Pero a mayor escala, encontraríamos el "Plan de Acción Municipal", la plataforma de participación ciudadana basada en las TIC "Decidim Barcelona" o la creación del Área de Derechos y Participación Ciudadana.

Consideramos que es demasiado pronto para identificar un verdadero arraigo democrático de la participación, especialmente con un cambio en la administración municipal (elecciones municipales de 2023), pero podemos confirmar que existen indicadores que apuntan a la posibilidad de construir una red democrática hacia el comunitarismo.

Existen y continúan apareciendo dinámicas, iniciativas, proyectos, etc., como cooperativas de consumo agroecológico, ateneos populares o huertos comunitarios que, viniendo desde abajo, consiguen mantenerse en el tiempo a través de una colaboración público-comunitaria estable (Blanco et al., 2018). Además, entre las posibles innovaciones democráticas en materia de gobernanza colaborativa y DDG encontramos el caso del Programa de Patrimonio Ciudadano (Pera et al., 2023), una política pública en defensa del pro-común urbano que busca transferir el poder y la gestión sobre espacios y equipamientos arraigados en la comunidad a colectivos ciudadanos (Bua y Bussu, 2021; Bianchi, 2020; 2022). (Ejemplos de ello son el centro sociocultural autogestionado Can Batlló o La Xarxa de Dones Cosidores).

Bianchi et al. (2022) identifican una falta de arraigo debido a factores relacionados con la tendencia inherente al aislamiento de los bienes comunes urbanos (Bianchi, 2022), laburocracia y "some public employees, some politicians and community-based organisations" (Pera et al., *ibid.*). En este sentido, cabe señalar que sin un empoderamiento real de la grassroots welfare initiative, la DDG está absolutamente limitada a los canales ya establecidos para las dinámicas *bottom-up*, dejando de lado el arraigo de la política de protesta de oposición o los casos de gobernanza democrática anarco-comunitaria (Bianchi, 2023).

El paradigma de lo común puede inspirar nuevas prácticas innovadoras en la democratización radical de las instituciones locales mediante la creación de instituciones comunitarias permanentes. Estas instituciones pueden permitir nuevas prácticas alternativas, que se basen en una articulación renovada entre actores institucionales y de la sociedad civil, en la búsqueda de consolidar su proyecto político en una forma institucional: construyendo una forma estatal "comunitarizada".

Es por ello que las nuevas prácticas municipalistas representan un campo privilegiado de experimentación, donde el imaginario de inspiración común puede ser utilizado por los nuevos actores para transformar discursiva y materialmente las prácticas y políticas. La forma estatal comunitarizada permite a los nuevos poderes públicos locales, responder a la crisis de la forma estatal privatizada y de la forma estatal burocrática, desafiando al capitalismo neoliberal y destacando la novedad de su proyecto político con respecto a experiencias pasadas, como el socialismo municipal.

Referencias bibliográficas

- Bianchi, I. (2020). Urban Commons: Between Collaborative Pacts and Neoliberal Governmentality. In Borelli, G. and Busacca M. (eds). *The Dark Side of Social Innovation*. Milano: Mimesis International. 63-78.
- (2022). The tendency towards enclosure: an inherent and market/state-shaped dynamic of the urban commons. Insights from Barcelona. In Lijster, T.; Volont, L. and Gielen P. (eds.). *Rise of the Common City: Cultural Commoning in Urban Conditions*. Brussels: Academic and Scientific Publishers. 47-61.

- (2023). Empowering policies for grassroots welfare initiatives: Blending social innovation and commons theory. *European Urban and Regional Studies*, 30(2), 107–120. <https://doi.org/10.1177/09697764221129532>
- Bua, A. y Bussu, S. (2021). Between governance-driven democratisation and democracy- driven governance: Explaining changes in participatory governance in the case of Barcelona. *European Journal of Political Research*, 60: 716-737. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12421>
- Bussu, S.; Bua, A. Dean, R. y Smith, G. (2022) Introduction: Embedding participatory governance, *Critical Policy Studies*, 16:2, 133-145, DOI: 10.1080/19460171.2022.2053179
- Davies, J.S. (2012). Network governance theory: A Gramscian critique. *Environment and Planning A*, 44, 2687–2704. <https://doi.org/10.1068/a4585>
- Elstub, S., y Escobar, O. (Eds.). (2019). *Handbook of Democratic Innovation and Governance*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Jessop, B. (1994). Post-Fordism and the state. In Amin, A. (Ed.). *Post-Fordism: A Reader*. Cambridge: Blackwell. 251-279.
- (2007). *State Power: A strategic-relational approach*. Cambridge: Polity
- Martínez-Palacios, J. (2018). Problemas de la institucionalización y la profesionalización de la participación en contextos de profundización democrática. *Revista Internacional De Sociología*, 76(1), e089. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.17.95>
- (2021). La burocratización neoliberal de la participación ciudadana en España. *Revista Internacional De Sociología*, 79(2), e184. <https://doi.org/10.3989/ris.2021.79.2.20.48>
- Pera, M.; Bianchi, I. and Salazar, Y. (2023) “Urban commons perspective to transform community management: The Citizen Assets Programme in Barcelona.” In S. Bussu and A. Bua (Eds.). *Reclaiming participatory governance: social movements and the reinvention of democratic innovations*. London: Routledge.
- Rhodes, R. A. W. and M. Bevir. (2010). *The State as Cultural Practice*. Oxford: Oxford University Press.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Modelo comunitario de atención en la intervención social: algunas experiencias y aprendizajes desde las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi

Claudia Calderón Calvo, Observatorio Vasco del Tercer Sector Social (ccalderon@3seuskadi.eus)

Lucía Merino Malillos, Observatorio Vasco del Tercer Sector Social (coordinacion@3seuskadi.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En el marco de las políticas sociales, se han ido desarrollando propuestas que ponen de relieve la necesidad de otorgar una función más determinante a la comunidad. En este marco, los servicios sociales de responsabilidad pública están incorporando progresivamente el enfoque comunitario de atención con el fin de mejorar la atención en el entorno comunitario (proximidad, integralidad, continuidad, interdisciplinariedad, personalización, participación, enfoque preventivo, accesibilidad y respeto a los derechos de las personas usuarias) desde la cooperación entre instituciones (atención primaria y secundaria) mediante distintos instrumentos y prestaciones, el desarrollo de iniciativas o proyectos piloto, etc.

El proceso de intervención social comunitaria ha experimentado importantes transformaciones. En un inicio, comienza a desarrollarse desde espacios locales informales y desde los servicios sociales locales, Ayuntamientos, para posteriormente, consolidarse como un modelo de atención del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

A través de esta comunicación se quieren destacar los principales principios orientadores y elementos que componen el modelo comunitario de atención y analizar algunas experiencias significativas desarrolladas por organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi y compartir una serie de aprendizajes derivados de dichas experiencias.

Palabras clave

Comunidad, Tercer Sector Social, participación, integralidad, personalización y continuidad, servicios sociales, modelos de atención.

1 Introducción y marco

En el contexto de crisis del Estado de Bienestar, se han ido desarrollando teorías y propuestas que ponen de relieve la necesidad de otorgar una función más determinante a la comunidad. En el contexto europeo cada vez es mayor el valor que se da a la función de la comunidad en los sistemas de bienestar para garantizar su sostenibilidad y adaptación a los cambios mencionados con anterioridad (Arrieta et al., 2018).

El modelo comunitario se configura por procesos desarrollados para hacer frente a situaciones o necesidades colectivas de una comunidad a través de la participación e implicación de los agentes a diferentes niveles – político, técnico y ciudadano-, aunque no haya necesidad de implicación de los tres niveles y de cada recurso de la comunidad (Gomá, 2018). Pueden nacer a través de iniciativa de la Administración Pública o de la ciudadanía, pero se deben impulsar y desarrollar por ambas, asumiendo cada una su papel en base a su responsabilidad. Todo ello debe sustentarse en la construcción de relaciones de respeto, confianza, diálogo, creatividad y aprendizaje, que permitan transformar y construir comunidades más inclusivas.

La calidad de la atención a las personas y sostenibilidad de los servicios y sistemas de atención requiere reforzar la atención comunitaria, así como el enfoque preventivo, estableciendo como objetivo principal aumentar la proporción de personas atendidas por las organizaciones y los sistemas públicos en su domicilio y/o en el que ha venido siendo su lugar de residencia habitual, al igual que lo prioriza la estrategia Europa 2014-2020 y el Marco Europeo Voluntario de calidad para los servicios sociales (UE, 2010).

El proceso de intervención social comunitaria ha experimentado importantes transformaciones. En un inicio, comienza a desarrollarse desde espacios locales, tanto formales como informales, para posteriormente consolidarse como un modelo de atención del Sistema Vasco de Servicios Sociales. En la actualidad, el Tercer Sector Social, así como los Servicios Sociales tratan de converger de forma simultánea entre la intervención comunitaria y el desarrollo de servicios de atención personalizada (Jaraiz y Zugasti, 2011).

A raíz de la detección de nuevas necesidades y nuevos riesgos sociales en diversos ámbitos de protección social, las Administraciones Públicas han ido trabajando en la configuración de leyes que intenten responder a dichas necesidades sociales. En el contexto de Euskadi, el pilar normativo fundamental del modelo comunitario es la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales que formaliza un enfoque de atención basado en priorizar el mantenimiento de las personas en su entorno habitual y el derecho a la integración social con la máxima autonomía posible y a la participación activa en la comunidad. Algo que la ley establece con claridad y detalle en los artículos 6, 7 y 8.

2 Elementos del modelo

El modelo definido en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales se caracteriza por los siguientes elementos:

- **PROXIMIDAD:** Impulsando la atención en la comunidad, en el domicilio o en el que ha venido siendo su lugar de residencia habitual, de forma descentralizada, adecuando las prestaciones y servicios a las características de cada colectivo y territorio (comunidad), contando con su participación en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y actualización de los servicios.
- **INTEGRALIDAD:** Mediante una articulación de servicios, adecuada a cada caso, valorando el grado de conexión o adecuación de un servicio con otras prestaciones y servicios que puede recibir una misma persona usuaria, y trabajando en red dentro y fuera de la organización, con la persona y su contexto. La conexión puede desbordar el ámbito de servicios sociales y abarcar diferentes sistemas públicos como los de educación, salud y servicios sociales, así como espacios de intersección entre los mismos como el socio-sanitario. Algo que facilitan y despliegan organizaciones, como, por ejemplo, las conformadas por las propias personas con discapacidad intelectual y sus familias.
- **CONTINUIDAD:** Ofreciendo un continuo de atención a lo largo del tiempo e incluso de la vida, cuando resulte necesario.
- **INTERDISCIPLINARIEDAD:** Promoviendo el trabajo en equipo y la integración de las aportaciones de las diversas profesiones, a fin de garantizar el carácter integral de la atención prestada y la aplicación racional y eficiente de los recursos.
- **PERSONALIZACIÓN:** Mediante una planificación centrada en la persona y en sus relaciones, ofreciendo una atención ajustada a las necesidades particulares de la persona, familia y/o red de apoyo social, y basada en la evaluación integral de su situación, contando con su participación con el objeto de garantizar la coherencia y continuidad de los itinerarios de atención, incluyendo mecanismos de evaluación y revisión periódica que permitan verificar la adecuación del plan a la evolución de las necesidades de la persona.

- **PARTICIPACIÓN:** Empoderando a la persona usuaria e implicándolas en la decisión sobre las prestaciones y servicios más adecuados, siempre en el marco de la prescripción técnica, pero atendiendo al principio de autodeterminación en relación con la definición del propio proyecto de vida y los objetivos de la intervención.
- **ENFOQUE PREVENTIVO:** Desarrollando la capacidad de anticipación, de generación de hábitos, prácticas o conductas que preserven la salud, el bienestar y la autonomía de las personas, aplicando el análisis y a la prevención, de las causas estructurales que originan la exclusión o limitan el desarrollo de una vida autónoma.
- **ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y DISEÑO PARA TODAS:** Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.
- **RESPECTO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS:** En la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, en su artículo 9, se establecen los derechos de las personas usuarias que deben ser garantizados en coherencia con la finalidad del sistema vasco de servicios sociales (art.6), los principios que lo informan (art.7) y el modelo de atención (art.8).

3 Metodología

Se han identificado y estudiado 20 experiencias de aplicación del modelo comunitario de atención desarrolladas por entidades del Tercer Sector Social de Euskadi (en adelante TSSE) con el objetivo de analizar los principales elementos del modelo en esas experiencias e identificar líneas que permitan impulsarlo.

Se ha utilizado para ello una *metodología cualitativa* desarrollada a través de diferentes técnicas:

- a) Trabajo de documentación a través de fuentes secundarias (rastreo web) para la identificación y selección de experiencias. Se seleccionaron experiencias significativas de acuerdo a unos criterios: que fueran experiencias que atendían a personas en situación o riesgo de dependencia o exclusión, y que se desarrollaran principalmente en el marco de servicios sociales de responsabilidad pública.
- b) Entrevistas en profundidad a organizaciones del TSSE. Por un lado, a entidades del ámbito de la discapacidad intelectual (n=3) debido a su recorrido en modelo comunitario y el alcance con que lo aplican, algo que la LTSSE contempla cuando define las entidades con una actividad de carácter singular). Por otro lado, a las entidades de los ámbitos de dependencia y exclusión (n=21). La muestra de agentes a entrevistar fue, por lo tanto, intencional y las entrevistas seguían un guion semiestructurado que buscaba contrastar información sobre la experiencia, conocer su valoración e identificar elementos clave, así como líneas para seguir avanzando en el modelo comunitario.

4 Resultados y conclusiones

Tomando como punto de partida la construcción de lo comunitario, cabe destacar que el modelo comunitario no debe emerger exclusivamente de un proceso teórico sino de un proceso de reflexión, que va más allá de ser una metodología, convirtiéndose en cultura de la organización. El objetivo principal es demostrar que las personas, pueden vivir y formar parte de cualquier espacio social fomentando su empoderamiento.

Una de las premisas principales es que sin transformación social no hay integración comunitaria, por tanto, el foco no debe estar centrado solamente en la persona sino en la sociedad en general. Y es esta dimensión social la que debe constituir el pilar central del modelo.

El modelo comunitario se estructura y se regula en lo macro –*estrategias y políticas*- pero centrando su atención en lo micro –*ámbito local y comunitario*- donde se observan los resultados, así como los procesos de cambio, estableciéndolos como indicadores de resultado.

Existe una opinión generalizada por parte de las entidades del TSSE participantes acerca de que la incorporación del modelo comunitario a la práctica de la intervención social no ha sido algo novedoso, sino que se cuenta con una larga trayectoria en la implementación del mismo, en algunas entidades incluso desde prácticamente su consolidación. Se trata por lo tanto de un modelo que parece estar imbricado en la práctica habitual de las organizaciones. Por otro lado, también se evidencia que es un modelo poco explicitado por las organizaciones. De hecho, algunas organizaciones exponen que no se habían detenido a reflexionar en torno a la conexión que su método de intervención pudiera tener con el modelo comunitario.

La incorporación del modelo comunitario en las entidades sociales suele venir marcada por el hecho de colocar a la persona en el centro y como protagonista de su proceso, además de impulsar el acceso a los recursos y servicios de personas con diversidad de perfiles (personalización) y con necesidades y/o dificultades en diferentes y múltiples áreas (integralidad). Los elementos que conforman el modelo comunitario se identifican como elementos claves en este sentido porque favorecen no solo el acceso de dichos perfiles a los recursos sino también la adherencia a los mismos y los procesos de inclusión social para los que los recursos constituyen apoyos.

La *proximidad* no implica sólo la desconcentración de servicios y centros (mapas) sino que se consigue a través de la realización de un buen análisis de las características y costumbres del entorno, la activación del voluntariado y la creación de perfiles comunitarios específicos a través de la implicación de diferentes perfiles (asociaciones de comerciantes, figuras de instituciones religiosas, profesionales farmacéuticos, vecinos, asociaciones...), mapeo de recursos y/o servicios de la zona, fomentar la intervención domiciliaria y en el entorno de la persona.

En cuanto a la *integralidad e interdisciplinariedad* el componer equipos con distintos perfiles profesionales, pero que cuenten siempre con una figura de referencia, así como de herramientas comunes favorece que la persona destinataria pueda contar con los apoyos necesarios para desarrollar su proceso. Este modelo aboga por la progresiva incorporación de perfiles “no estrictamente sociales” (tecnólogos, farmacéuticos, arquitectos...) a los proyectos comunitarios, precisamente por esta visión de integralidad de los procesos que se torna cada vez más necesaria por la naturaleza cada vez más compleja y plural de las situaciones a afrontar, así como por la diversidad de perfiles y la cronicidad de las problemáticas sociales.

En relación con la *continuidad*, desde el TSSE se es consciente de que el tiempo de intervención en la mayoría de las casuísticas es limitado y que, por tanto, resulta fundamental la creación y/o activación de la red natural de la persona para favorecer la adherencia a la comunidad que siempre permanece. Así como anticiparse a los cambios biopsicosociales para poder identificar alternativas.

Las entidades desarrollan la *personalización* a través de la realización de los diferentes planes de atención individualizados en los que la persona participa de forma activa, favoreciendo así, la comprensión e implicación a través de lectura fácil, pictogramas... Una buena práctica identificada en las experiencias recogidas, cada vez más habitual en el ámbito de la dependencia, es que la intervención se inicie lo antes posible para poder contar con margen para conocer a la persona, sus gustos, intereses... y establecer un plan

previo de atención por si a futuro la persona ya no es capaz y en su defecto, que sea la propia familia la que lo haga en caso de incapacidad de la persona destinataria.

Respecto a *la participación*, las entidades participantes afirman que, a pesar de que la participación es uno de los elementos en los que mayor incidencia se hace, es uno de los más complejos de desarrollar por diversas razones. En el caso de las personas mayores en situación o riesgo de dependencia las entidades perciben que la participación más activa en el colectivo es por parte de personas con mayor nivel académico, nivel económico medio-alto y con una trayectoria de participación social extensa, mientras que la participación de las personas en situación de vulnerabilidad es menor y de carácter puntual. En el caso de las personas en exclusión social, la intervención, así como los esfuerzos de la persona destinataria están centrados en cubrir las necesidades fisiológicas, de protección y de seguridad, relegando a un segundo plano las necesidades de pertenencia, valoración y autorrealización por percibirse como necesidades menos inmediatas.

El hecho de establecer un *enfoque preventivo* posee ventajas en numerosos aspectos debido a que permite a los equipos profesionales anticiparse a situaciones de mayor complejidad y disminuye el riesgo de que determinadas situaciones sociales se cronifiquen. A su vez, se identifica como una buena práctica involucrar y formar a diferentes sectores en la labor de detección (comercios del barrio, farmacias...). Esto se traduciría en menor gasto sanitario y social, lo que contribuye a un SVSS más eficiente y una mejor distribución del gasto en las entidades que componen el TSSE.

Respecto a los aprendizajes obtenidos acerca del modelo comunitario, resulta fundamental generar espacios de encuentro y participación. Sin embargo, se debe dotar de contenido y objetivos a dichos espacios y ofrecer un soporte profesional a los mismos. Además, se señala que la integración debe ser un proceso bidireccional en el que tanto las personas destinatarias de los recursos y servicios, así como la comunidad en general se deben adaptar mutuamente.

Mientras que algunas entidades favorecen y establecen como objetivo estratégico el conocimiento previo de los servicios y/o programas implementados en la comunidad para conseguir así no solo la aceptación sino la implicación de la misma, otras optan por la naturalidad y la normalización de los mismos favoreciendo el conocimiento mutuo a través de la propia convivencia.

Las experiencias analizadas se ceñían a las contingencias de exclusión y dependencia, y entre ellas se han identificado diferencias en los diversos elementos que componen el modelo comunitario. A la hora de iniciar los procesos de intervención, independientemente de su intensidad, se observan dos diferencias significativas.

Por un lado, resulta común que las personas en situación o riesgo de dependencia dependientes cuenten en mayor o menor medida con el apoyo y respaldo de su entorno de referencia, mientras que las personas en situación o riesgo de exclusión social se encuentren más desprotegidas y cuentan con una red social más escasa y/o deteriorada o en su defecto, inexistente.

Por otro lado, la exclusión social es más sencilla de detectar debido a que se basa en la acumulación de carencias en diferentes ámbitos de la vida de la persona y algunas de esas carencias resultan más objetivables vivienda precaria o carencia de la misma, escasos ingresos económicos, incapacidad de cobertura de necesidades básicas, ausencia de participación social, entre otras. Sin embargo, en el caso de las personas mayores en situación o riesgo de dependencia dependientes son más habituales las situaciones de aislamiento social, soledad no deseada, fragilidad social... aspectos que resultan más complejos de detectar y visibilizar debido a que pertenecen a una esfera más privada.

Asimismo, otro de los aspectos que dificulta la participación son los *estereotipos y los prejuicios* acerca de ambos colectivos, añadiendo en el caso de las personas en situación o riesgo de exclusión social la influencia del estigma y del autoestigma que genera resistencias a la hora de querer participar en procesos comunitarios.

Atendiendo a la perspectiva de género, resulta fundamental realizar algunas propuestas que inviten a repensar los recursos de ambas contingencias desde dicha perspectiva como desarrollar acciones de visibilización y reivindicación del papel de las mujeres en el cuidado familiar y fomentar la corresponsabilidad. Proporcionar formación a las y los profesionales respecto a los factores sociales, culturales y demográficos que influyen en los procesos de intervención de las mujeres, mejorar los mecanismos de detección de situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad, prestar especial atención a variables específicas como la ubicación geográfica y vivienda...

Referencias bibliográficas

- Arrieta, F., Izagirre, A., Segú, M., y Zuñiga, M. (2018). La comunidad al rescate: algunas reflexiones sobre las políticas estatales de activación comunitaria en Europa. *Zerbitzuan* (65).
- Gomá, R. (2018) La acción comunitaria: transformación social y construcción de ciudadanía. *RES: Revista de Educación Social*, 7.
- Jaraíz, G. y Zugasti, N. (2021). Proximidad e intervención social profesional. Una mirada desde los servicios sociales de proximidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 39(2), 239-258.
- Ley 12 de 2008. De Servicios Sociales. 5 de diciembre de 2008. D.O. Nº 15726
- Unión Europea (8 de octubre de 2010). A voluntary European Quality Framework For Social Services. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docid=6140&langId=en>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Experiencia de creación de herramientas de reflexión de acciones comunitarias y/o de sensibilización

Borja Velasco Zamorano, Subdirección Gral de Prevención y Promoción de la Salud, Ayuntamiento de Madrid
(bovelasc@ucm.es)

Santiago Cerdá Suárez

Fátima Cortés Fernández

Carmen Ramos Martín,

Resumen

la necesidad de revisar, reflexionar y adecuar las intervenciones comunitarias en materia de salud es determinante para la consecución de una mejor percepción y estado de esta. De esta manera, el Programa de Desigualdades Sociales en Salud de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud propone la creación de una herramienta que se centre en ese ámbito, desde una perspectiva múltiple tanto de revisión como de escucha activa de la ciudadanía y sus necesidades, que promueva en consecuencia un juicio de la actuación comunitaria y del papel que juegan los equipos de trabajo de los Centros Municipales de Salud comunitaria (CMSc) en el beneficio de la población de la ciudad de Madrid; todo ello desde una perspectiva de equidad propia del programa.

Palabras clave

Actividad comunitaria, herramienta de revisión, salud pública, desigualdades sociales en salud

1 Introducción

La planificación y actuación de servicios públicos de apoyo contrala desigualdad en salud es una de las bases tanto del universalismo proporcional como de la actuación comunitaria (Hernández-Aguado, Santaolaya Cesteros, & Campos Esteban, 2012); ambos planteamientos constituyen una seña de identidad de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud del Organismo Autónomo de Madrid Salud (2021). De la misma manera, este tipo de intervenciones, basadas en el trabajo con grupos poblacionales que presentan necesidades comunes y que tienen como meta promover la salud y el bienestar en todas sus formas desde una perspectiva salubrista (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria - Comité permanente, 2001), havisto innumerables cambios y adaptaciones que buscan un mayor impacto multinivel para la persona receptora de la misma -ya sea en términos individual, grupal o comunitario-, y en este sentido Madrid Salud ha mostrado un enorme desarrollo, en especial a través de los Centros Municipales de Salud Comunitaria. Sin embargo, es necesario realizar un proceso de autoevaluación constante, que identifique las fortalezas y problemáticas de la actuación, para así establecer un aprendizaje que continúe dicho desarrollo, evitando a su vez estancamientos en dinámicas que no contribuyan al mismo -tanto en el aspecto metodológico como neto de la propia actividad- (PACAP -Comité permanente, 2001).

En este sentido, se consideró de vital importancia la evaluación de las acciones comunitarias puntuales que se están llevando a cabo, tales como días singulares, acciones de un solo día, o las carpas de sensibilización que comenzaron a instalarse durante uno de los peores momentos de la pandemia (2020) y que servían como puntos de información epidemiológicos. Estas carpas solo sirven como apoyo a los diversos Programas Marco que configuran el Organismo Autónomo, también son un magnífico instrumento de medición del sentir de la población; así como de la cercanía de la organización y sus centros para con ella.

Por ello, se realizó una propuesta de creación de una herramienta de corte revisionista sobre la actuación basada en estas intervenciones comunitarias que, además, se enmarcan en los objetivos de transversalidad y equidad en salud del Programa de Desigualdades Sociales en Salud de Madrid Salud (2021). De esta manera, se presenta la posibilidad de centrarse en el impacto de la implementación de las actividades comunitarias puntuales y de sensibilización, analizando las acciones que acaban configurando el Organismo Autónomo desde una visión temprana y de fácil acceso. Esta herramienta tenía como principales objetivos los siguientes:

- Valorar la intervención comunitaria en términos de equidad por parte del personal que realizase dicha intervención.
- Realizar un diagnóstico de las necesidades del barrio/distrito donde se realizase la intervención, tanto de manera verbalizada por parte de la población, como por diagnóstico propio de los y las profesionales de los Centros Municipales de Salud comunitaria.

Bajo estas premisas, se pretendía lograr no solo la revisión de las ya mencionadas intervenciones comunitarias; sino también mostrar, anotar y reflejar un proceso de escucha activa que pudiese marcar hasta cierto punto el devenir de la propia intervención revisada; así como otras futuras, ofreciendo de esta manera un soporte más a los Centros Municipales de Salud comunitaria (CMSc) y a los Programas Marco de Madrid Salud.

2 Metodología

Al comienzo del proyecto, se establecieron de manera preliminar, y basándose en experiencias de intervención comunitaria previa, los diferentes actores que, tanto directa como indirectamente, se configuraban en torno a la creación de la herramienta y que causaban un determinado impacto en ella: los equipos de trabajo y CMSc, el propio Organismo Autónomo de Madrid Salud, y la ciudadanía. Se realizó una matriz de marco lógico (Ortegón, Pacheco, & Prieto, 2005) donde se enfatizaron los siguientes aspectos:

- Intereses, problemas percibidos y recursos de los actores.
- Problematización y objetivación de la actuación comunitaria bajo un *árbol de problemas*; así como el establecimiento de una *estructura de indicadores* que sirviese para enmarcar la herramienta dentro del sistema de intervención del Organismo Autónomo.

A continuación, y tras una revisión bibliográfica que centrarse el análisis y la evaluación de propuestas y prácticas comunitarias en el espectro salutogénico de la salud (Rebollo Izquierdo, Morales Morales, & González Motos, 2016), se creó un primer modelo que tuviese utilidad desde la concepción de la intervención comunitaria hasta su revisión, partiendo desde los propios objetivos que el equipo de trabajo que realizase dicha intervención se propusiese. En este sentido, se planteó una división en cuatro partes:

- Programación: creación técnica de la intervención comunitaria dentro del marco de actuación del Programa / CMSc a través de respuesta de texto libre.
- Planificación: establecimiento de la intervención acorde a recursos y oportunidades disponibles a través de respuesta de texto libre.
- Ejecución: desarrollo de la intervención con codificación de respuestas.
- Revisión: *checklist* referente a la intervención. Establecimiento de demandas, necesidades y aportes cualitativos. Inclusión de un *DAFO* a modo de recopilación de los resultados.

En conjunto, se proponía la creación de un modelo evaluativo-reflexivo que aunase la valoración tanto

cualitativa como cuantitativa, que fuese reflexiva en base a la experiencia y expectativa del profesional encargado de realizar la actividad comunitaria, y que tuviese en mente determinados aspectos salutogénicos y de intervención para que la propia herramienta sirviese como modelo de creación de la actividad -una especie de guía-.

Seguidamente, se realiza una serie de dinámicas de grupos de discusión multidisciplinares en los Centros Municipales de Salud comunitaria -quince en total, con una duración de entre una y dos horas - donde se presenta este primer modelo y se pone en cuestión. Mediante estas dinámicas, se procedió a la sistematización de la información, posibles adecuaciones y demandas en torno al funcionamiento, uso y valoración. Bajo estas premisas, se establece el marco bajo el cual se crea un segundo modelo de la herramienta:

- Adecuar el modelo a una posible entrada al sistema de registro de actividades comunitarias de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud del Organismo Autónomo.
- Modificar, eliminar y crear ítems relativos a la especificación del concepto de equidad en salud.
- Agilizar el uso de la herramienta, codificando y/o categorizando respuestas.
- Unificar propuestas nacidas desde otros espacios y equipos de trabajo, afin de evitar duplicidades y unificar los procesos reflexivos existentes.

Por tanto, la manera de proceder fue mantener el mismo formato que en el primer modelo, al tiempo que se revisaron, analizaron y cambiaron aspectos fundamentales del mismo; transformando el *checklist* a una *escala de valoración 1-5* con espacios de observaciones opcionales y determinados ítems para reflejar demandas verbalizadas de salud y equidad, así como una visión más positiva de la revisión. Sin embargo, el cambio más drástico en comparación con el primer modelo fue la eliminación del DAFO. Esta decisión se tomó en parte por la cualidad ya de por sí reflexiva de la dinámica, al mismo tiempo que se pretendía reducir el tiempo utilizado en rellenar el cuestionario o responder a las preguntas,

Pasado este punto, se procede a realizar pilotajes del modelo. Debido al carácter continuo del proyecto, tanto el análisis de los pilotajes como la adecuación final de la herramienta suceden casi simultáneamente; lo que permitió establecer cambios relativamente rápidos y obtener de esta manera el modelo definitivo que se presentó. Estos pilotajes se presentaron de dos maneras: por una parte, se realizaron *observaciones participantes* de las actividades comunitarias, con revisión de esta a través de la herramienta una vez acabada la intervención en reunión con el equipo de trabajo pertinente. Por otra, se realizaron pilotajes autónomos por parte de los equipos de los CMS, en los cuales se completó la herramienta tras la actividad comunitaria pertinente y se añadieron datos de cumplimentación extra relativos al tiempo empleado e información general de la actividad.

3 Resultados y conclusiones

El modelo definitivo de la herramienta se presentó bajo las siguientes premisas, todas ellas bajo un marco de aplicabilidad, reproductibilidad y sostenimiento del proyecto a lo largo del tiempo:

- Futura inclusión de la herramienta en el sistema de registro de actividades comunitarias de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud. En este sentido, se eliminan las tres primeras partes -de corte más cuantitativo e informativo relativo al establecimiento de la actividad comunitaria-, al tiempo que los ítems restantes se dividen bajo una categorización de *programación*, *revisión* y *conclusión*.
- Puntualizar los conceptos de equidad, universalismo proporcional y desigualdades sociales en salud en

los ítems a través de la inclusión de comentarios y descripciones emergentes en los mismos.

- A partir del inicio del periodo de pilotajes se registraron 16 usos completos de la herramienta, más otros 15 durante el primer trimestre de 2023. De la misma manera, se pusieron en común aspectos técnicos relativos al funcionamiento de la misma y su inclusión dentro de la actividad comunitaria, implementando facilidades de accesibilidad -en papel y en formato digital- y de control -pudiendo incluir una codificación que permitiese ligar la actividad comunitaria con el resto de proyectos comunitarios de los Centros Municipales de Salud comunitaria.
- Los resultados obtenidos pueden resumirse de la siguiente manera:
 - Valoración positiva de las actuaciones comunitarias y de sensibilización realizadas, situándose en un intervalo 4-5 de la gradación ofrecida por la herramienta. Esto no implica que dentro de los pilotajes no existiesen valoraciones negativas, pues en este sentido los equipos de trabajo han transmitido problemas relativos a las intervenciones de manera clara, así como aspectos que pudieron no ser óptimos en las mismas; incluso dentro de una intervención generalmente valorada como positiva.
 - Por otra parte, los campos de observaciones en texto libre, si bien no obligatorios para la cumplimentación de la herramienta, se han utilizado en gran medida, bien fuese para justificar la valoración asignada a los ítems, o para señalar información complementaria que los equipos que realizaron la actividad comunitaria consideraron relevante que quedase señalada -fuese *per se* o a fin de establecer protocolos futuros en otras intervenciones del mismo tipo.
 - La cantidad de tiempo dedicado a cumplimentar la herramienta de reflexión de actividades comunitarias y/o de sensibilización se ha reducido significativamente desde el inicio de los pilotajes, pasando de alrededor de una hora a los veinte minutos. En parte debido a la reducción y adecuación de los ítems, este cambio se debe sobre todo al propio manejo de los equipos con la herramienta, habiendo interiorizado el modelo con cada pilotaje y agilizando la discusión y toma de decisiones para las valoraciones.
 - Se ha constatado la viabilidad de la herramienta al ser utilizada en actividades y temáticas de prácticamente todos los Programas Marco de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud; y a través de procesos de recogida de información no sistematizada se ha verbalizado la utilidad de la misma como fuente de reflexión y “puesta a punto” de la actividad comunitaria, sirviendo para repensar cómo se realizan las intervenciones e incluso proponiendo cambios reales a futuros.

A través de todos los pilotajes y cumplimentaciones de la herramienta se han recogido necesidades abordables -tanto verbalizadas por la población como por diagnóstico profesional- en los barrios de la ciudad donde se realizaron actividades comunitarias. A su vez, en la mayoría de los casos se ha realizado un ejercicio de planteamiento de resolución de dichas necesidades, fuese con mayor o menor concreción, que puede servir como punto de partida para futuras intervenciones. En este sentido, los equipos señalan como ejes de estas propuestas la colaboración entre otras asociaciones, organizaciones y entidades, y la ruptura de la barrera dicotómica *profesional-paciente / emisor- receptor* con la ciudadanía, a fin de integrarla de una manera más plena en el ámbito de la salud pública.

En definitiva, se puede considerar que la Herramienta de Reflexión de Actividades Comunitarias y/o de Sensibilización es un buen activo dentro del marco comunitario de la prevención y promoción de la salud de Madrid Salud, ya que permite por una parte repensar aquello que se está realizando, de qué manera, y si se llega a toda la población posible en términos de equidad, accesibilidad y presentación de la temática; al mismo tiempo que se permite la verbalización sistematizada de la información, el diagnóstico de necesidades

poblacionales y la propia capacidad de intervención del Organismo Autónomo y sus Centros Municipales de Salud comunitaria. Asimismo, el mero hecho de ser una herramienta de corte cualitativo abre el camino a mayores análisis en profundidad de aquello que se hace, sobre todo en un mundo dominado por lo cuantitativo y la validación numérica.

Referencias bibliográficas

- Hernández-Aguado, I., Santaolaya Cesteros, M., & Campos Esteban, P. (2012). Social inequalities in health and primary care. *SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria*, 26(1), 6-13. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>
- Madrid Salud. (2020). *Carpas de sensibilización COVID19, información básica*. Obtenido de <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/PreparateMadrid/Ficheros/MedidasPreventivasSensibilizacionCOVID19.pdf>
- Ortegón, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económico y Social (ILPES), Naciones Unidas. Obtenido de <https://www.ucipfg.com/repositorio/GZ-PERU/Diplomado/Curso-04/Unidad-04/lecturas/MLP-LECT-01.pdf>
- Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)- Comité permanente. (2001). Criterios de valoración de actividades comunitarias. *Revista Comunidad*, 4(1), 97-99. Obtenido de https://comunidad.semfyces.es/displayfile/Article/path_pdf/7991
- Rebollo Izquierdo, Ó., Morales Morales, E., & González Motos, S. (2016). Guía operativa de evaluación en la acción comunitaria. Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP); Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Obtenido de https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf
- Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. (2021). Estrategia 'Madrid una ciudad saludable': Programa de Desigualdades Sociales en Salud. Madrid Salud. Obtenido de https://www.madridsalud.es/pdf/01_desigualdades_sociales.pdf
- Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. (2021). Madrid, una ciudad saludable 2021-2024. Madrid Salud. Obtenido de https://transparencia.madrid.es/FWPProjects/transparencia/PlanesYMemoarias/Planes/MadridSalud/Ficheros/ESTRATEGIA_Madrid_una_ciudad_saludable.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Aplicación de la Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión y la Inclusión Social a través del trabajo comunitario

Aylin Alba Mandak Arjona, Universidad de Málaga (aylinmandak@uma.es)

Gianluigi Moscato, Universidad de Málaga (moscato@uma.es)

Natalia Del Pino-Brunet, Universidad de Málaga (nataliabrun@uma.es)

Susana García Córdoba, Integración para la Vida (ONG) (susanagarcia@inpavi.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social (ERACIS), es una iniciativa de intervención en zonas desfavorecidas que se inició tras el acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, el 28 de agosto de 2018. La estrategia surgió a propuesta de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía y se cofinanció con el Programa Operativo del Fondo Social Europeo de Andalucía 2014-2020. (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018a).

El presente trabajo analiza la aplicación de la mencionada estrategia desde los resultados obtenidos tras la ejecución del proyecto a través de la ONG (Integración para la Vida) y el trabajo en red con distintos entes públicos y privados pertenecientes a la provincia de Málaga. La convocatoria objeto de estudio se ha extendido desde el 01/01/2022 al 31/08/2022. La implementación del proyecto se ha desarrollado en las siguientes Zonas Desfavorecidas: "Palma-Palmilla" y "La Corta".

El proyecto ha contado con la participación de 159 personas concretamente, 122 mujeres y 37 hombres.

Los resultados han arrojado que un 38% de los/las participantes han logrado su inserción laboral siendo este porcentaje mayor (72%) para aquellos/as que han mejorado su nivel de empleabilidad mediante las distintas atenciones ofrecidas desde el ámbito del empleo.

Palabras clave

Cohesión social, zonas desfavorecidas, exclusión social, intervención comunitaria, trabajo en red

1 Introducción

La Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social (ERACIS) es una política pública integral implementada en la comunidad autónoma de Andalucía y diseñada para abordar de manera efectiva los desafíos sociales y económicos (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018a).

Una de las fortalezas de ERACIS radica en su enfoque territorial, adaptándose a las necesidades específicas de cada municipio andaluz. La estrategia se implementa en áreas geográficas denominadas "Zonas Desfavorecidas" (ZD), donde se concentran los mayores índices de exclusión y vulnerabilidad y en las que se considera necesaria la intervención a partir de "Planes Locales de Intervención en Zonas Desfavorecidas" (PLIZD), los cuales han sido diseñados e implementados por entidades locales. Las ZD son identificadas mediante un análisis detallado de indicadores socioeconómicos, demográficos y educativos (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018b).

Su objetivo principal radica en mejorar la inserción de aquellas personas que se encuentran en una situación de exclusión social o en riesgo de padecerla. Dicha inserción se pretende conseguir mediante la apertura de

itinerarios integrados y personalizados que conlleven a su vez un enfoque comunitario e integral para que las personas que residen en ZD accedan en condiciones de igualdad a los sistemas de protección social (Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018b).

En consonancia, la lucha contra la exclusión social y la pobreza se complementa con un trabajo multidimensional que abarca tanto los aspectos estructurales como los factores psicosociales. Asimismo, el enfoque integrado de ERACIS implica la colaboración activa y coordinada entre los diferentes niveles de gobierno, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y la comunidad en general (Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018a).

Los principios que rigen esta estrategia muestran las preferencias de la Junta de Andalucía en cuanto a la necesidad de transparencia en la implementación de los Planes Locales de Intervención (Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018b):

1. Enfoque comunitario.
2. Integración de la perspectiva de género.
3. Empoderamiento y autonomía.
4. Integralidad.
5. Cooperación público-privada.
6. Participación de la ciudadanía y de los agentes intervinientes.
7. Coordinación.
8. Prevención.
9. Utilización preferente e inteligente de los activos de la zona.
10. Solidaridad y equidad.
11. Enfoque centrado en las personas y familias.
12. Fomento de la interculturalidad y diversidad humana.

Siguiendo con lo planteado, en Andalucía se han seleccionado 99 zonas desfavorecidas, dentro de las cuales se destacan las dos que han sido objeto de este estudio Palma-Palmilla y La Corta y que pertenecen al municipio de Málaga capital (Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018b).

De esta misma forma, la derivación de estas dos zonas a la entidad Integración para la Vida para la implementación del proyecto, no es un hecho casual, sino que, se debe al establecimiento de una serie de criterios geográficos. Por ello, las dos sedes con las que cuenta la ONG se encuentran ubicadas en las dos ZD mencionadas, facilitando de este modo el desplazamiento de las personas beneficiarias de la estrategia (Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018b).

2 Metodología

Para el desarrollo de la ERACIS en las ZD Palma Palmilla y La Corta, se ha utilizado una metodología de intervención basada en el Modelo de Intervención Intercultural, el cual está fundamentado en la colaboración entre los diferentes niveles de las administraciones y las iniciativas privadas, organizadas por la ciudadanía o a título individual, con el fin de mejorar las condiciones de vida, la convivencia intercultural, la autonomía, la

cohesión social y el acceso a los sistemas de protección social de todas las personas (Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018b).

No obstante, para medir los resultados obtenidos tras la aplicación del mencionado modelo se ha utilizado una metodología cuantitativa a través de la cual se ha podido corroborar si las diferentes acciones realizadas con los participantes han cumplido con el objetivo general del proyecto.

Para la selección de los participantes se ha hecho uso de dos vías. En primer lugar, se ha tenido en cuenta la derivación de personas mediante Servicios Sociales Comunitarios. En segundo lugar, se han utilizado las distintas bases de datos con las que cuenta la ONG y que pertenecen a los diversos programas que lleva a cabo.

Los requisitos para acceder a la ERACIS se han concretado en dos aspectos: estar desempleado y tener una edad igual o superior a 16 años. Dichos requisitos se comprobaban en una primera entrevista inicial, donde se realizaba una detección de necesidades y se valoraba si la persona era apta para entrar al programa y sobre qué áreas se podía intervenir.

En este sentido, las acciones que se han llevado a cabo con los participantes han estado encuadradas en un Itinerario de Inserción Sociolaboral, el cual se trabajó en coordinación con Servicios Sociales Comunitarios. De igual modo, el trabajo en red con otros profesionales del sector público y privado ha sido estrictamente necesario.

Las actuaciones que se han realizado a lo largo de la ejecución del proyecto se han fundamentado sobre la base de tres pilares básicos: empleo, educación y salud.

En materia de empleo se han desarrollado cuatro actuaciones:

1. Inserción laboral: formación compuesta por dos talleres:
 - Pre-taller de habilidades “Entrenamiento en habilidades para la búsqueda de empleo”.
 - Alfabetización digital “Competencias digitales para la búsqueda de empleo”.
2. Servicio de orientación laboral e intermediación con empresas mediante atención individualizada.
3. Fomento de actuaciones de dinamización e intervención sociolaboral en las ZD (*speed job dating*, charlas motivacionales, visitas a empresas).
4. Trabajo en red y coordinación de actuaciones complementarias con entes públicos y privados.

En materia de educación se han ejecutado siete actuaciones que han combinado el trabajo grupal por medio de los talleres formativos y la atención individual, haciendo hincapié en las necesidades más recurrentes de ambas zonas. Es por ello, que se ha incidido en gran medida en la reducción de la brecha digital, así como en la intermediación familiar y la relación de esta última con la comunidad educativa, con el objetivo de conseguir el éxito escolar de los menores. Además, se ha trabajado con una línea de acción que contempla el retorno educativo. Las acciones han sido las siguientes:

- a) Taller de alfabetización digital.
- b) Taller de escuela para padres y madres.
- c) Intermediación familia-comunidad educativa.
- d) Taller de aula familiar de apoyo a la crianza.
- e) Taller de escuela de segunda oportunidad.
- f) Taller de economía doméstica.

g) Participación en la mesa de educación de las zonas de Palma Palmilla y La Corta.

Por último, en materia de salud se han efectuado tres actuaciones, desde las cuales se han incorporado a los progenitores como protagonistas del proceso educativo de sus hijos/as. En este pilar se ha trabajado para fomentar hábitos de vida saludables, prevenir conductas adictivas y mejorar de las relaciones positivas en la convivencia familiar. Las actuaciones llevadas a cabo en este ámbito han sido las siguientes:

1. Taller educar para prevenir.
2. Taller educa-Vida.
3. Participación en las mesas de salud de las zonas de las zonas desfavorecidas donde se ejecuta el programa.

Para la realización del conjunto de actuaciones se ha utilizado una metodología mixta combinando la asistencia presencial junto a acciones telemáticas realizadas online gracias a los recursos disponibles (*Zoom*, videollamadas, etc.).

Por último, es necesario reseñar que las actuaciones se han realizado siguiendo un cronograma que ha permitido impartir de forma simultánea la totalidad de las acciones referidas en ambas áreas geográficas (Palma-Palmilla y La Corta).

3 Resultados y conclusiones

Los resultados obtenidos respaldan y confirman los objetivos planteados en el programa ERACIS, demostrando de manera contundente que las actuaciones implementadas por la ONG Integración para la Vida han tenido un impacto positivo en la reducción de la desigualdad y la exclusión social de las personas pertenecientes a las zonas de Palma-Palmilla y La Corta.

En línea con lo planteado, estos resultados han contribuido a mejorar las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, promoviendo activamente la inclusión sociolaboral y la igualdad en nuestra sociedad.

A continuación, se procederá a analizar los resultados más relevantes que han podido ser observados mediante las diversas intervenciones llevadas a cabo en el ámbito del empleo.

Con respecto al mencionado ámbito, se señala que, el número total de personas atendidas ha ascendido a 117 participantes, aunque el volumen de intervención ha sido mayor puesto que, un gran porcentaje de estas personas han realizado más de una acción dentro de este ámbito.

En consonancia, se ha registrado una participación equitativa en ambas zonas geográficas, con un total de 62 personas pertenecientes al área de Palma Palmilla y 55 en La Corta.

En la primera actuación grupal perteneciente al pre-taller laboral de habilidades, hábitos y valores denominado “Entrenamiento en habilidades para la búsqueda de empleo” se han inscrito 42 personas entre las dos ZD y se ha conseguido que un 64% de estas personas participara en al menos una sesión del taller. Sin embargo, las 15 personas que no han asistido han presentado diversas casuísticas que imposibilitaban el cumplimiento del compromiso planteado principalmente, entre las cuales se destacaba la incorporación al mercado laboral. Asimismo, 22 personas han conseguido completar la formación y obtener el certificado formativo.

La segunda actuación grupal enfocada a la alfabetización digital: “Competencias digitales para la búsqueda activa de empleo” ha contado con 21 personas inscritas teniendo en cuenta ambas ZD, de las cuales 14 han asistido a alguna sesión formativa y 9 han obtenido el certificado formativo.

Siguiendo con lo expuesto, de las 5 personas que iniciaron el mencionado taller formativo, 3 de ellas

abandonaron debido a su incorporación laboral, considerándose, por lo tanto, un éxito en cuanto a los objetivos de la estrategia.

En línea con lo anterior, el volumen total de personas que han recibido citas individualizadas de orientación laboral en las dos ZD ha sido de 54 personas destacándose que, el 100% de los/las participantes atendidas desde este servicio ha mejorado su nivel de empleabilidad, debido a que, desde el comienzo de la intervención se ha establecido un objetivo profesional adaptado a las necesidades de cada persona. Algunas de las actuaciones que se han realizado mediante las citas individualizadas de orientación laboral han sido las siguientes: Inscripción o mantenimiento de la demanda de empleo, creación o mejora del curriculum vitae, intermediación con empresas, preparación de entrevistas, derivación hacia otras entidades del tercer sector y/o a formaciones profesionales, etc.

Llegados a este punto, es necesario hacer alusión a la perspectiva de género, pues a través de esta última acción se ha brindado atención a 31 mujeres y 23 hombres, lo cual representa un 57,4% y un 42,6% respectivamente, en términos porcentuales. Estos resultados seguidos de los obtenidos a nivel de participación general en el proyecto (122 mujeres frente a 37 hombres) muestran el rol que la mujer continúa desempeñando en la sociedad actual, especialmente en entornos de vulnerabilidad social, donde el género femenino experimenta un papel marcadamente distinto al masculino en cuanto al ámbito laboral.

En este sentido, tras la intervención en ambas ZD, se ha podido observar que, el rol de género que adquiría la mujer implicaba la responsabilidad de ser el pilar fundamental de la familia, encargándose de las tareas domésticas, el cuidado de menores y/o familiares dependientes y la búsqueda de recursos para poder contribuir económicamente al hogar en apoyo a su cónyuge. Mientras que, el rol de género masculino se ha asociado principalmente a la única responsabilidad de proveer recursos económicos para sustentar el hogar, delegando de esta forma, todas las demás responsabilidades.

Continuando con el análisis de resultados, se han llevado a cabo un total de 66 acciones de intermediación laboral, logrando que un 38% de los participantes consiguiera su inserción laboral. Es importante resaltar que los sectores más frecuentes en términos de estas inserciones han sido el sector de la limpieza, seguido por el sector de la hostelería.

Adicionalmente, el 59% de las personas que han asistido en alguna ocasión a las intervenciones realizadas en materia de empleo han visto complementado su Itinerario de Inserción Sociolaboral a través de la derivación a otros servicios estableciéndose sinergias entre la entidad Integración para la Vida y los distintos recursos públicos/privados existentes en la provincia de Málaga.

En este sentido, cabe destacar que un gran número de estas derivaciones (39), se han realizado al Ayuntamiento de Málaga y concretamente, al IMFE (Instituto Municipal para la Formación y el Empleo) y a uno de los proyectos que por aquel momento tenían en marcha, denominado "Proyecto Aquileo".

Ultimando los resultados, se ha logrado que un 72% de los participantes experimentase una mejora en su nivel de empleabilidad como resultado del éxito de las acciones formativas implementadas y las actuaciones llevadas a cabo mediante la atención directa personalizada.

Sin embargo, a pesar de los logros obtenidos y de los objetivos alcanzados en cuanto a la implementación de la estrategia, es crucial reconocer que aún se requiere una continua inversión en políticas sociales para abordar las desigualdades y desafíos existentes. Por ello, es necesario seguir fortaleciendo y apoyando el trabajo de los profesionales del tercer sector, quienes desempeñan un papel fundamental en la implementación de intervenciones y programas comunitarios. Estos profesionales trabajan incansablemente en la promoción del bienestar social y en la calidad de vida de los colectivos más vulnerables.

Por lo tanto, es fundamental ofrecerles mayor visibilidad y reconocimiento, así como brindarles los recursos y el apoyo necesarios para que puedan continuar su valioso trabajo en beneficio de la comunidad.

Las cuestiones planteadas anteriormente pueden corroborarse por medio de investigaciones existentes, donde se afirma que, las organizaciones pertenecientes al tercer sector desempeñan un papel complementario a las acciones llevadas a cabo por el Estado, velando así, por el bienestar social, la calidad de vida (Cabra de Luna, 2014; Orbe-Vivanco et al, 2022), y cubriendo las necesidades de los colectivos más vulnerables sobre todo en lo que concierne a áreas como la salud, la educación, la vivienda, el trabajo, etc. (Grosso, 2013).

Concluyendo, en una sociedad cada vez más marcada por las desigualdades sociales y económicas, el trabajo comunitario unido a un adecuado proyecto de transformación local, se han destacado por ser el medio más eficaz en el desarrollo de las comunidades más vulnerables (Guzmán, 2020).

Referencias bibliográficas

- Cabra de Luna, M. A. (2016). Realidad del Tercer Sector en España y crisis del Estado de Bienestar: retos y tendencias. *EHQUIDAD. Revista Internacional De Políticas De Bienestar Y Trabajo Social*, (1), 115-134.
<https://doi.org/10.15257/ehquidad.2014.0005>
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía (2018a). Acuerdo de 28 de agosto de 2018, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la "Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social. Intervención en zonas desfavorecidas" (ERACIS). <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2018/172/>
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. (2018b). Estrategia Regional Andaluza para la cohesión e inclusión social. Intervención en zonas desfavorecidas (ERACIS).
<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78556.html>
- Grosso, C. A. (2013). La economía social desde tres perspectivas: tercer sector, organizaciones no gubernamentales y entidades sin ánimo de lucro. *Revista Tendencias & Retos*, 18(1), 143-158.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4929405.pdf>
- Guzmán-Góngora, C. de los Á. (2020). Trabajo comunitario: Eje esencial en la gestión cultural comunitaria. *Didasc@lia: didáctica y educación* ISSN 2224-2643, 11(1), 190-200.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7361562>
- Orbe-Vivanco, D., Medina-León, C., y Ludeña-Jaramillo, L. (2022). La acción del tercer sector y el trabajo social frente a las políticas de bienestar social. *Revista Científica Y Arbitrada De Ciencias Sociales Y Trabajo Social: Tejedora*. ISSN: 2697-3626, 5(9), 155-171.
<https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/284>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Red Internacional de Salud y Educación Menstrual (RISEM): alianzas comunitarias internacionales en pro de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Rosa Schiaffino

Esther Tenreiro

Adolfo Rolo

Sara Antler

Contacto: risem.info@gmail.com



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 International de Creative Commons

Resumen

Con presupuesto cero y profesionales con mucha inquietud, nace en 2022 la Red Internacional de Salud y Educación Menstrual (RISEM) con el objetivo de poner en valor la potencialidad, el impacto y alcance que tienen las alianzas comunitarias internacionales gracias a las redes sociales, la comunicación emancipadora y otras metodologías y herramientas on-line.

La Red está conformada por profesionales, entidades e instituciones referentes en educación, investigación, acción social y salud. Trabajamos desde el ámbito de la Cooperación Internacional, Educación para la Transformación y desde las Universidades.

Actualmente tenemos presencia en España, Sierra Leona, Madagascar, Cuba y Brasil. Nos hemos organizado en diversas áreas de actuación en función de las posibilidades y capacidades que posee cada persona integrante: área de investigación, educación, comunicación, eventos y área logística.

Nuestra misión es construir espacios de encuentro entre agentes sociales a nivel mundial para democratizar y promover una educación y salud menstrual dignas, de calidad y accesible.

Nuestra visión es ser un movimiento social transformador, ágil e innovador que constituya una ventana de oportunidades para todas aquellas que quieran dar respuesta a los desafíos que las inequidades en salud nos presentan, replicando proyectos, iniciativas y Buenas Prácticas ya existentes en otras partes del mundo

Palabras clave

Etapas vitales, derechos, ciclo menstrual, redes internacionales, comunicación emancipadora

1 Introducción

A grandes rasgos, la Red pretende visibilizar los desafíos que enfrenta la salud integral de las mujeres y personas menstruantes ofreciendo información, recursos e iniciativas de calidad y gratuitas sobre las etapas vitales y el ciclo menstrual con el fin de contribuir en la erradicación de dichas discriminaciones y violencias de género en salud.

Pues nos encontramos ante las siguientes problemáticas: (1) el ciclo menstrual empieza a estudiarse a finales del siglo XX a pesar de remontarse a los inicios de la vida humana, según Pablo Linde (2021); (2) los mitos, tabús y prejuicios a nivel mundial generan discriminaciones y violencias hacia casi 4 mil millones de personas en el planeta y; (3) se estima que 500 millones de personas carecen de productos o instalaciones para gestionar su menstruación.

Las etapas vitales son la menarquia y pubertad, el ciclo menstrual durante los 40 años de período fértil aproximadamente y el climaterio-menopausia. Estas etapas definen, a su vez, algo más que periodos

relacionados con procesos de salud y enfermedad; se han dotado de contenido social y cultural, haciendo que la sociedad identifique cada una de las etapas con determinadas pautas de comportamiento.

El contexto sociodemográfico y político, las cuestiones socioculturales y económicas, la edad, el nivel académico o el género son algunos de los principales determinantes sociales de la salud [DSS] generadores de inequidades en el cumplimiento de los Derechos Humanos [DDHH] fundamentales y básicos. Desde la red abordamos la salud como un campo teórico y de intervención multidimensional que trasciende lo meramente físico y biológico.

La salud menstrual está siendo un problema de salud pública y derechos humanos (Babbar Karan et al., 2022) puesto que estas etapas vitales están siendo invisibilizadas desde las políticas públicas e instituciones.

Este abandono histórico del ciclo menstrual como tema de investigación y las actitudes de ocultación impiden abordar la temática por vergüenza, inseguridad y baja autoestima, por lo que se considera un eje de desigualdad cuando el ciclo menstrual debe considerarse como un signo vital casi tan importante como el pulso o la respiración según la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetrics and Gynecology (2020) (citado por Curell & Parera, 2019).

2 Metodología

El enfoque interseccional, término acuñado por Kimberlé Crenshaw en 1991, plasma muy bien esa conexión entre género y salud como identidades complejas interrelacionadas. Según Nuria Romo (2021) la interseccionalidad puede ser una herramienta metodológica y teórica para analizar críticamente el sistema biomédico también para visibilizar otras prácticas u otras formas de entender la salud.

Además, se pretende integrar la perspectiva de internacionalismo solidario (Heriberto Cairo, 2010) o como lo nombra Ángela Montesinos (2019) del Sur y/o periferia, puesto que facilita la comprensión de la interdependencia de las diferentes regiones del mundo y los nexos estructurales entre el Norte y el Sur. Estos enfoques, que tratan de evitar a toda costa la epistemología modernista Occidental (Anders Breidlid, 2016) permite analizar las causas y mecanismos que, a pesar de la diosincrasia de cada lugar, generan desigualdades internacionales en un sector de la población concreto que abarca la mitad de la población mundial.

Por último, dada la naturaleza organizativa de la Red, se utilizan herramientas on-line con enfoque de comunicación emancipadora. Este tipo de comunicación requiere dejar de pensar la composición mediática y los dispositivos de producción y reproducción ideológica como elementos deshistorizados. Una mirada crítica a la concepción liberal de los medios de comunicación permite desembarazarse de supuestos falsos como que “la realidad es solo y tal como se muestra” o que “los intercambios entre productor y consumidor se producen en condiciones de objetividad e igualdad” según Rebeca Martínez (2018).

3 Resultados y conclusiones

Los resultados esperados de la conformación y expansión de esta Red son la incorporación del abordaje del ciclo menstrual y las etapas vitales de las mujeres y personas menstruantes en los sistemas educativos, sanitarios, académicos, científicos, políticos y legislativos. A ello se suma dignificar dichas fases y visibilizar la importancia de éstas, para garantizar la salud integral, compartiendo Buenas Prácticas e iniciativas ya existentes en diversas partes del mundo con enfoque de réplica. Ello provocaría una concatenación de sucesos que revierten la situación actual, pues se contribuiría a la erradicación de los tabúes y estereotipos en torno al ciclo menstrual gracias a disponer de información de calidad para aumentar el bienestar y salud integral de las

mujeres y personas menstruantes. Contribuyendo a su vez a la reducción de inequidades de género.

Referencias bibliográficas

- Acero, A. et al. (2013) Determinantes sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de Colombia* vol. 31. [Online] Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>
- Babbar, K. et al. (2022) Menstrual health is a public health and human rights issue. *Lancet Public Health*. [Online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8552814/>
- Breidlid, A. (2026) Educación, conocimientos indígenas y desarrollo en el Sur global: cuestionando los conocimientos para un futuro sostenible. CLACSO [Online] Disponible en: <https://asuntosindigenas.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2017/05/Educaci%C3%B3n-Conocimiento-Ind%C3%ADgenas.pdf>
- Curell Aguilà, Núria & Parera Junyent, Núria. (2019). Exploración ginecológica de la adolescente. Trastornos del ciclo menstrual (sangrado infrecuente o ausente, sangrado excesivo, dismenorrea). *Adolescere*. 7 (1): 6-15. [Online] Disponible en: <https://www.adolescere.es/exploracion-ginecologica-de-la-adolescente-trastornos-de-l-ciclo-menstrual-sangrado-infrecuente-o-ausente-sangrado-excesivo-dismenorrea/>
- Holmes, K., et al. (2021). Adolescent Menstrual Health Literacy in Low, Middle and High-Income Countries: A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2260. [Online] Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052260>
- Linde, Pablo. (2021) Me pasa que tengo la regla. *El País*. [Online] Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2021-11-28/me-pasa-que-tengo-la-regla.html?utm_source=Facebook&ssm=FB_CM#Echobox=1638102560
- Martinez, R. (2018). Medios de comunicación, democracia y emancipación social. *Vientosur* nº157 [Online] Disponible en: <https://vientosur.info/medios-de-comunicacion-democracia-y-emancipacion-social/>
- Montesinos, A. (2019) Los movimientos feministas periféricos como herramienta de cambio social. Una aproximación a los feminismos no occidentales. Universitat Politècnica de València. [Online] Disponible en: <https://riunet.upv.es/handle/10251/131877>
- Romo Avilés, Nuria. [Farmamundi] (2021, 10 de noviembre) Jornadas 'Vivir sin violencias en la República Democrática del Congo'. YouTube. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=tvDCZUjmdaY&t=6591s>
- UNFPA (s/f) Enfoques transformadores de género para lograr la igualdad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. [Online] Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UF_GTAmaterials_UNFPA_version_ES_04-online.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El Covid-19 ¿una oportunidad para reorientar la actuación de los servicios sociales a nivel local?

Miquel Àngel Oliver Perelló, Universitat de les Illes Balears (mangel.oliver@uib.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Durante la pandemia del Covid-19, los servicios sociales municipales se vieron desbordados por la elevada presión asistencial. En el caso del ayuntamiento de Palma, la totalidad de los recursos humanos de los centros municipales de servicios sociales (CMSS), se destinaron a la gestión de prestaciones de carácter individual. Las entidades del Tercer Sector de Acción Social (TSAS), por su parte, adaptaron sus actuaciones a través del uso de las nuevas tecnologías con el objetivo de mantener el vínculo con las personas del territorio, al mismo tiempo que iniciativas ciudadanas surgidas de forma espontánea reivindicaron con sus acciones la importancia de la comunidad y de las redes de apoyo. El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia desarrollada desde una perspectiva metodológica cualitativa a partir del estudio documental y el análisis de entrevistas realizadas durante el año 2020 y 2021 en el contexto de pandemia. En esta comunicación pretendemos invitar a reflexionar sobre la debilidad en la que se encuentra el trabajo comunitario en el marco de los servicios sociales, la pérdida progresiva de “lo relacional” en la intervención profesional y el uso de las nuevas tecnologías en la acción social.

Palabras clave

Covid-19, servicios sociales, trabajo comunitario

1 Introducción/Descripción general

Si desde hace algunos años parecen resurgir desde las políticas de bienestar, desde el ámbito académico, y por parte de nuevos movimientos sociales, discursos que reivindican la importancia de la comunidad y “lo comunitario” como respuesta a los efectos de la globalización y las dinámicas individualistas en las sociedades occidentales, en los servicios sociales continúan prevaleciendo prácticas centradas de forma hegemónica en el enfoque individual. Las intervenciones generadas por parte de las instituciones sociales, desarrolladas generalmente desde una mirada individualizada a las personas reflejan, como señala Montero (2012), una determinada visión de las relaciones sociales y de la condición de ciudadano. Renes et al. (2007), por su parte, hacen referencia en relación con este tipo de intervenciones, a la asimetría existente entre “intervenido e interviniente”, vinculando el concepto de intervención con la idea del “poder” ejercido desde unas profesiones que otorgan, como recuerda Pelegrí (2018), unos roles y un estatus a quiénes las ejercen, y la adopción de unas determinadas formas en las relaciones que se establecen.

Frente a esta realidad de los servicios sociales, justificada generalmente por la elevada presión asistencial y la escasez del número de profesionales, así como por la visión “cortoplacista” que exige resultados inmediatos de la intervención y que dificulta poder dedicar un mayor número de recursos a intervenciones de carácter preventivo (Subirats, 2007; Jaraíz, 2011), aparecen discursos que enfatizan la necesidad de potenciar el trabajo comunitario desde los servicios sociales demandando al mismo tiempo un

replanteamiento del actual modelo de intervención, que modifique el carácter asistencialista y burocrático de los mismos y desde el que se potencie el fortalecimiento de las redes sociales en los territorios.

La crisis iniciada en 2008, ya nos advertía del riesgo de que el asistencialismo debilitara el enfoque comunitario y preventivo, y desde diferentes discursos se señalaba la necesidad, en contextos de crisis, de equilibrar la actividad asistencial con la preventiva como uno de los grandes retos del momento en los servicios sociales. A pesar de ello, el Covid-19, ha vuelto a poner de manifiesto la consolidación del carácter asistencialista de unos servicios sociales que, como señala Navarro (2000), vienen actuando permanentemente en clave de emergencia que se acentúa con cada período de crisis.

Durante la pandemia, se generalizaron las situaciones de colapso en los servicios sociales de la administración pública con un aumento significativo de la presión asistencial hacia unos profesionales que responderán mayoritariamente con actuaciones a nivel individual de carácter asistencialista para dar cobertura a las necesidades básicas de las personas dejando a un lado objetivos vinculados a “lo relacional”. Un tipo de respuestas que, en línea con lo que señala Quintanilla (2013), se ofrecen como mecanismo paliativo, sin posibilidad de transformación desde las mismas de las estructuras que generan las situaciones de dificultad. Los profesionales, respondieron durante la pandemia de acuerdo al encargo institucional, que coincide por otra parte, con lo que venía ya venía siendo habitual, y que como señala Jaraíz (2011), no es otro que el de “resolver los problemas rápido, mostrar resultados, números”, reforzando la visión que tienen los ciudadanos de los servicios sociales del barrio “como centros de gestión de recursos donde hay unas trabajadoras sociales que gestionan ayudas” (p. 207). Al mismo tiempo, evidenciando la pandemia los procesos de interdependencia y la necesidad de adoptar una visión global de los problemas, la importancia de la COMUNIDAD en mayúsculas, y de las pequeñas comunidades de las que todos formamos parte, se produce el surgimiento en los barrios de iniciativas ciudadanas de apoyo comunitario como modo de respuesta alternativo que sitúa lo relacional como eje orientador de sus acciones.

El contexto de pandemia podría en este sentido, parecer idóneo para potenciar, también desde los servicios sociales un trabajo comunitario que reforzará los lazos comunitarios en los barrios, especialmente necesario en el entorno urbano, y una oportunidad para que, como señala Bustos (2017), las instituciones salieran del encierro institucional para salir al encuentro de la comunidad. Sin embargo, las redes de solidaridad y apoyo mutuo surgidas en el contexto de pandemia lo hicieron, en general, a partir de iniciativas ciudadanas que representan en línea con lo que señalaba Harvey (1977), décadas atrás, una importante fuente de resistencia y solidaridad frente a relaciones humanas mercantilizadas. En el caso de Palma, destacamos el surgimiento de forma espontánea de movimientos como la *Xarxa de Suport Mutu Mallorca*, que llegó a alcanzar una treintena de barrios conformando una red de proximidad con una estructura horizontal de funcionamiento a través de la cual, vecinos y vecinas ofrecieron diversos tipos de apoyo.

2 Metodología

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia, desarrollada desde una metodología cualitativa que analiza a partir del análisis documental y la realización de entrevistas, la intervención comunitaria que se viene realizando desde la práctica profesional en la ciudad de Palma. El trabajo de campo se llevó a cabo en el contexto de pandemia del Covid-19, entre 2020 y 2021, con profesionales pertenecientes mayoritariamente a los servicios sociales de la administración local y a entidades del TSAS, participantes muchos de ellos de las intervenciones comunitarias que se desarrollan en los barrios, así como con actores no profesionales vinculados al movimiento vecinal y a nuevos movimientos sociales.

3 Resultados y conclusiones

Las respuestas de los servicios sociales durante la pandemia se centraron casi exclusivamente en atender las demandas relacionadas con la cobertura de necesidades básicas, contribuyendo a la consolidación de un modelo individual de intervención y de prácticas asistencialistas desde la administración en el que las intervenciones comunitarias pasaron a ser residuales o inexistentes en algunos casos:

“En aquests moments l’encàrrec que tenim és cobertura de necessitats bàsiques. El perfil professional s’ha deixat de banda per tothom donar una resposta ràpida a la cobertura de necessitats bàsiques (...) nosaltres tot el que ara fem és gestió, gestió, gestió (...) no tenim temps per la calidesa, per escoltar, per com ho vius, anem a la immediatesa, a la cobertura” (Profesional de los servicios sociales de la administración local)

La hegemonía de lo individual en la atención y las prácticas asistencialistas vienen caracterizando la intervención profesional desde los servicios sociales en España prácticamente desde sus inicios. Si Aguilar (2014), al respecto, ya señala que el sistema tampoco está concebido para algo muy diferente, ello se evidenció de forma notable durante el contexto de pandemia, y sin pretender obviar que durante el mismo se produjo un aumento muy significativo de las demandas ciudadanas para la cobertura de necesidades básicas, la realidad puso de manifiesto también otro tipo de dificultades que no podían resolverse desde el enfoque individual y la gestión de prestaciones económicas:

“Amb el COVID ara hi ha necessitats materials, però també hi ha altres tipus de necessitats (...) nosaltres ens anàrem a oferir als serveis socials per les coses que ells no poguessin cobrir i ens varen dir que el que menys podien fer ells en aquells moments era donar a la gent suport emocional, no tenien temps. Anem només, deien, a resoldre l’ajuda econòmica” (Miembro de movimiento ciudadano)

“No podemos llegar a todo lo que queremos y tenemos que fomentar esa parte que parece que hemos perdido (...) las redes entre amistades, vecinos, fomentar el apoyo mutuo. La red social ha sido lo que ha mantenido un poco la estructura porque ni el Ayuntamiento, ni entidades, ni nada ha bastado” (Profesional de entidad del TSAS)

Si voces críticas venían apuntando a la necesidad de cambios en el sistema de servicios sociales y sus modos de respuesta, el trabajo de campo realizado en el marco de esta investigación pone de manifiesto sentimientos de frustración en los profesionales, tensiones y situaciones de malestar que nos remiten a las reflexiones que entre otros, realiza Montaña (2007), al recordar que la intervención de los profesionales se viene desarrollando en espacios de tensión y contradicción, entre su funcionalidad con la reproducción del sistema por un lado, y la defensa de derechos por otro:

“Dedicar-se nomes a la cobertura de necessitats bàsiques fa por, que sigui la tendència, i algunes professionals estan preocupades si aquest és l’únic encàrrec” (Profesional de los servicios sociales de la administración local)

Las actuaciones profesionales se enmarcan dentro de un encargo institucional que viene priorizando la atención de las demandas ciudadanas, dejando escaso margen para el desarrollo de acciones de carácter preventivo. Autores como Aguilar (2014) o Fantova (2008), apuntan en relación a este hecho, a la inadecuada delimitación del campo de los servicios sociales en España y con ello, a la incerteza sobre lo que corresponde o no hacer a los profesionales de los mismos. Si bien el desarrollo de prácticas asistencialistas que se extendió durante el período de pandemia no representa una novedad en relación con los modos de respuesta habitual desde los servicios sociales, la dedicación exclusiva de los tiempos de los profesionales a tareas burocráticas y de gestión,

potenció una visión crítica de estos en relación al encargo institucional y a sus propias funciones como simples gestores de recursos:

“Habíamos avanzado mucho en el tema comunitario y se queda ahora muy paralizado con el tema del Covid (...) estamos otra vez en el modelo asistencial de vamos a pagar comidas, medicamentos, volvemos otra vez a esto” (Profesional de los servicios sociales de la administración local)

Entre las voces críticas de profesionales entrevistados se señala la oportunidad que podía representar en este sentido la pandemia para potenciar cambios en el modelo de intervención, haciendo también referencia a las actuaciones realizadas por parte de la sociedad civil:

“Hi ha una població amb unes necessitats, sense possibilitat de relacionar-se, que a lo millor era un moment clau per poder fer xarxes de suport (...) a lo millor era un moment per donar suport, i això s'ha desaprofitat” (Profesional de los servicios sociales de la administración local)

“Crec que el que es fa és una errada (...) cada dia veiem més que el que funciona són les xarxes de ajuda mútua, el veïnat que et cuida. Amb el confinament, el que ha funcionat han estat les xarxes ciutadanes, de veïnats” (Profesional de centro de salud)

En este mismo escenario, por otra parte, y con el objetivo prioritario de mantener el vínculo con las personas que venían participando de distintas acciones, la respuesta desde algunas entidades del TSAS - dotadas de mayor flexibilidad y autonomía de funcionamiento que la administración -, fue la de adaptar las actividades a través las nuevas tecnologías, lo que reforzó el papel de las mismas en el contexto de pandemia:

“Nosaltres, el primer que varen fer és intentar donar continuïtat a totes les accions via telemàtica, vídeotrucades i donar continuïtat en la mesura de les possibilitats” (Responsable de entidad del TSAS)

“Se generaron grupos de WhatsApp para estar en contacto y saber que estaban bien, le hemos podido dar continuidad a nivel virtual” (Profesional de entidad del TSAS)

Los límites de esta comunicación impiden abordar en profundidad la cuestión referida al uso de las nuevas tecnologías, por lo que nos limitaremos a constatar como resultado del trabajo de campo, las dificultades reconocidas por diferentes profesionales de la administración que señalan la inadecuación de los instrumentos o directamente la ausencia de los mismos durante el contexto de pandemia, reflejando la falta de adaptación de los servicios sociales de la administración a los cambios que se han venido produciendo en la sociedad, y que en situaciones como la del Covid- 19, supusieron límites en la intervención profesional:

“No tenemos ni una herramienta que tenga que ver con las nuevas tecnologías (...) un Facebook, un Instagram, nada. A nivel de centro no podemos tener nada” (responsable de los servicios sociales de la administración local)

Si Healy (2001), hacía referencia más de dos décadas atrás, a la simplificación de las funciones de los trabajadores sociales en la medida en que su papel se había ido reduciendo a la gestión de los casos de los usuarios, Girela (2017), más recientemente, en una línea similar, afirma que la realidad de los profesionales de Trabajo Social en la actualidad era la de ver reducidos sus cometidos “a la gestión de recursos y prestaciones en detrimento de actuaciones profesionales vinculadas con la promoción, sensibilización y la concientización, generándose una relación con la población usuaria en términos de dependencia institucional” (p.101).

El reciente período de pandemia ha servido en el caso de los servicios sociales, para evidenciar, por un lado, lo arraigado del carácter asistencial del sistema, cuyos modos de respuesta siguen impregnados de los aspectos que caracterizaron al trabajo social español prácticamente desde sus inicios. El proceso modernizador de los servicios sociales al que habitualmente se hace referencia, no ha conseguido en este sentido introducir cambios significativos, habiendo aportado fundamentalmente una progresiva burocratización y una reducción de los

tiempos de los profesionales para las tareas de acompañamiento y para el desarrollo de actuaciones de carácter preventivo.

El Covid-19, ha puesto también de manifiesto, por otra parte, el lugar residual que ocupa el trabajo comunitario dentro de los servicios sociales en relación al conjunto de prioridades de las instituciones, dependiendo su realización de factores como la presión asistencial y la disponibilidad de recursos humanos, “las necesidades” y exigencias que requiere el trabajo individual y la atención de las demandas realizadas por parte de la población, y fundamentalmente, de las prioridades que se establecen desde el propio encargo institucional.

Si autores como Hernández (2009) o Llobet (2004), se refieren al trabajo comunitario como un instrumento eficaz para aliviar la presión asistencial que viene caracterizando al sistema de servicios sociales, este se mantiene con el paso de los años, y los acontecimientos, en una posición de debilidad institucional en un contexto de pérdida progresiva de lo relacional en la intervención social. En este sentido, la experiencia de la pandemia nos parece, en línea con algunos de los discursos realizados, una oportunidad - ¿perdida? -, para repensar el actual modelo y la organización de la atención primaria en los servicios sociales, para que una vez superada la fase aguda del Covid-19, se introdujeran cambios en el modelo de intervención que potenciasen un trabajo comunitario que, en línea con Pastor (2004), se define por su carácter preventivo y el fomento de las redes de ayuda en los distintos territorios. Un trabajo comunitario, que, a través de alianzas con los distintos agentes, supusiera también una oportunidad para abandonar la dependencia institucional generada habitualmente desde una intervención profesional que, desde el “modelo de experto”, no facilita la participación de las personas en los procesos que se llevan a cabo y deja habitualmente en manos de la sociedad civil, la potenciación de redes de apoyo en los territorios.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, Hendrickson, M. (2014) Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España. En, VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014. F. FOESSA
- Fantova, F. (2008) Sistemas públicos de servicios sociales Nuevos derechos, nuevas respuestas. Cuadernos de Derechos Humanos, 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto
- Girela Rejón, B. (2017) El Trabajo Social y los Servicios Sociales en España: el precio del neoliberalismo. *Reidocrea*, 6 (9), 95-104. Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/45112>
- Harvey, D. (1977) *Urbanismo y desigualdad social*. Siglo XXI editores
- Healy, K. (2001) *Trabajo Social: perspectivas contemporáneas*. Ediciones Morata
- Hernández Arístu, J. (2009) *Trabajo Social comunitario en la sociedad individualizada*. Nau llibres.
- Jaraíz Arroyo, G. (2011) *Intervención social. Barrio y Servicios Sociales Comunitarios*. Cáritas. F. FOESSA
- Llobet Estany, M. (2004) El Trabajo social Comunitario como una oportunidad y estrategia para re-pensar, trans-formar y co-construir la organización de la atención primaria en Servicios Sociales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 66, 63-76
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Montañó, C. (2007) Trabajo social e intervención: la politización de la acción profesional. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000360.pdf>
- Montero Rivas, M. (2012) El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico-Comunitaria. *Patrimonio: Economía cultural y educación para la paz*, n. 1, 54-76. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). <http://mec-edupaz.unam.mx/index.php/mecedupaz/article/view/30702/28480>

- Navarro Pedreño, S. (2000) Contra los puentes levadizos: la formación de trabajadores sociales en clave comunitaria. Cuadernos de Trabajo Social, 13, 183-202. Universidad Complutense.
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0000110183A>
- Pastor Seller, E. (2004) Trabajo Social Comunitario. Editorial DM.
- Pelegrí Viaña, X. (2018) Repensant el poder dels professionals del treball social. Revista de Treball Social, 212, 31-46
<https://www.revistarts.com/article/repensant-el-poder-dels-professionals-del-treball-social> Quintanilla Guerrero, O. D. (2013) Factores sociohistóricos que configuran los sentidos y significados de la intervención social. Revista Trabajo Social, n. 15, 183-197. Universidad Nacional de Colombia.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/42584/44134>
- Renes Ayala, V.; P.; Fuentes Rey, P.; Ruiz Ballesteros, E.; Jaraíz Arroyo, G. (2007) Realidad, pensamiento e intervención social. Documentación Social, n. 145, 11-36 <https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/2755>
- Subirats, J. (2007) Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el cambio social. Ministerio de Trabajo e Inmigración.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La organización comunitaria en Montreal: funciones, retos e impacto en las desigualdades sociales. Una perspectiva comparada

Jean-Baptiste Leclercq, Université de Montréal (jean-baptiste.leclercq.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

Marta Llobet Estany, Universitat de Barcelona (mllobet@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La intervención colectiva en Quebec está marcada por la presencia de la organización comunitaria en la red pública de salud y servicios sociales (RSSS) desde hace más de cuarenta años. Este servicio, prestado por organizadores comunitarios (OC), ha evolucionado significativamente a raíz de las reformas institucionales y bajo la influencia de la salud pública y la Nueva Gestión Pública (NGP).

El trabajo de investigación que se presentará es el resultado de una larga colaboración entre investigadores del (CREMIS) y OC de la misma institución, en barrios del centro de Montreal. En concreto de dos casos a través del análisis de los relatos de los OC. Esta investigación ha permitido identificar las funciones de la organización comunitaria, determinar sus principales retos y cuestionar su capacidad para actuar sobre las desigualdades sociales. También actualizaremos los principales hallazgos de una investigación comparativa entre la organización comunitaria en Montreal y la intervención comunitaria en Barcelona para (re)pensar la intervención colectiva en otros contextos en España.

Palabras clave

Organización comunitaria, colaboración investigación, práctica y acción, relatos práctica, perspectiva comparativa.

1 Introducción

La organización comunitaria está presente en la red pública de salud y servicios sociales (RSSS) quebequense hace cerca de cincuenta años cincuenta años. Desde la creación de los Centros locales de servicios comunitarios (CLSC) en 1972, los organizadores y organizadoras comunitarias (OC) intervienen colectivamente en los problemas sociales (RQIIAC, 2020). Ha evolucionado significativamente con las reformas institucionales y bajo la influencia de la salud pública y la Nueva Gestión Pública (NGP) (Leclercq, Llobet et al., 2017, 2016; Leclercq, 2019). Aunque históricamente los OC eran figuras activistas implicadas en la movilización colectiva, estos profesionales ahora tienen una "función de enlace" (Lachapelle, 2017) entre los establecimientos sanitarios y de servicios sociales y el sector comunitario (el tercer sector quebequense).

El *Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS* (RQIIAC, 2020), que agrupa a los OC de Quebec, define la organización comunitaria en el RSSS como una práctica profesional de intervención colectiva basada en una visión global y dirigida principalmente a las poblaciones afectadas por problemas sociales, con vistas al cambio social. En función del territorio en el que se ejerce, la organización comunitaria se practica en apoyo de una comunidad geográfica, identitaria o de intereses, con un enfoque *bottom up*. Su objetivo es mejorar las condiciones de vida, reducir las desigualdades sociales, empoderar a las personas, fomentar la participación ciudadana y promover la inclusión social, de acuerdo con los valores de respeto, autonomía, solidaridad, democracia y justicia social.

El trabajo de investigación que se presentará es el resultado de una larga colaboración entre investigadores del Centro de Investigación de Montreal sobre Desigualdades Sociales, Discriminación y Prácticas Ciudadanas Alternativas (CREMIS), que tiene la particularidad de estar integrado en un centro sanitario y de servicios sociales con una afiliación universitaria, y los OC de la misma institución. Este establecimiento, abarca varios barrios del centro de Montreal que concentran desigualdades sociales, ofrece varios puntos de servicio, entre ellos un hospital y centros locales de servicios comunitarios (CLSC) donde trabajan los OC.

2 Metodología

Este texto se basa en dos relatos de práctica¹ coescritos con organizadoras comunitarias, con un marco narrativo previo con hitos temporales (situación inicial, desarrollo y desenlace). También se propuso un marco analítico para reflexionar sobre la incidencia de sus prácticas en la reducción de las desigualdades sociales. Este marco tiene tres dimensiones: material, relacional y decisional¹. En términos generales, la dimensión material se refiere al acceso a recursos como financiación para los grupos. La dimensión relacional a las relaciones sociales (estigmatización, autoestima, aislamiento, etc.), y la dimensión decisional a la capacidad de actuar, la autonomía de las personas y los grupos, etc. En el apartado Desafíos y perspectiva comparada, nos basamos en investigaciones realizadas sobre la organización comunitaria en Quebec y la intervención comunitaria en Cataluña.

Tras presentar las áreas y el papel de la organización comunitaria, presentaremos dos estudios de caso, que se enmarcan en dos áreas. En cada caso, analizaremos el impacto de la organización comunitaria en la reducción de las desigualdades sociales. Por último, volveremos sobre sus retos y ofreceremos una perspectiva comparada con la intervención comunitaria en Barcelona.

3 Resultados

3.1 Ejes que orientan la práctica y el rol de la organización comunitaria

Según el marco de referencia del RQIIAC (2020), así como otras versiones locales, distinguen cuatro ejes que orientan la práctica de los OC en los centros sanitarios y de servicios sociales: 1) desarrollo de las comunidades locales; 2) contribución a la *responsabilité populationnelle*² de los establecimientos; 3) actuación sobre los determinantes sociales de la salud; y 4) apoyo a los organismos comunitarios. Estos ejes muestran los distintos tipos de intervención que llevan a cabo estos profesionales. En cada centro los equipos de OC pueden desarrollar su propio marco de referencia inspirado en las directrices de intervención del RQIIAC. Sin embargo, en la práctica los OC trabajan "sobre expedientes" que interseccionan estos diferentes ejes, como en los casos que presentamos. El RQIIAC reconoce cinco funciones de los OC: analizar, apoyar, sensibilizar, vincular y movilizar (Ibid.).

1) Desarrollo de las comunidades locales y desarrollo comunitario

¹ A partir de estos relatos de práctica se elaboran dos vídeos con entrevistas a OC, gestores o administradores de organismos, activistas comunitarios y beneficiarios, que dan su punto de vista sobre la organización comunitaria. Estos clips estarán en *dossier web* sobre organización comunitaria disponible en www.cremis.ca ² Este marco analítico se basa en parte en un marco que identifica cinco dimensiones del "bienestar" (Fournier et al. 2014).

² Se refiere a la obligación de hacerse cargo de la salud y el bienestar de una población determinada dentro de un territorio concreto, desde un enfoque más proactivo y preventivo.

Este eje pretende mejorar la situación de una comunidad geográfica (por ejemplo, un barrio) aprovechando los puntos fuertes y la participación de los agentes que la componen (RQIIAC, 2020). Para una OC encargada de una Red Local de Servicios (RLS):

"La organización comunitaria trabaja en apoyo de las distintas mesas de barrio y comités sectoriales (como los comités de jóvenes o mayores). Trabajamos para identificar los problemas de la comunidad y proponer respuestas concretas a las necesidades locales. Estas respuestas pueden tomar la forma de la puesta en marcha de un proyecto concertado para la tercera edad, por ejemplo. Junto con las distintas mesas y comités, ayudamos a movilizar a la comunidad reuniendo a los distintos agentes de la zona (organizaciones comunitarias, grupos de ciudadanos, distintas redes institucionales como escuelas, municipios, policía, etc.)" (SM_OC_RLS-SOV).

2) Apoyar el enfoque comunitario en los centros sanitarios y de servicios sociales

Los OC trabajan en colaboración con los demás servicios que contribuyen a la responsabilité populationnelle que incumbe a estos establecimientos. Esta consiste en mantener y mejorar la salud y el bienestar de la población de un territorio determinado (Ibid.). Para esta OC:

"El enfoque comunitario es la oportunidad que tenemos de trabajar con varios equipos del establecimiento para vincularlos con los organismos comunitarios. Esto les permite conocer bien los problemas de los barrios, pero también informar a los agentes comunitarios sobre los problemas a los que se enfrentan los distintos servicios del centro de salud y servicios sociales. Para nosotros, es esencial informar a los equipos internos de los proyectos y acciones que se llevan a cabo en la comunidad, e incluso implicar a las partes interesadas siempre que sea posible" (SM_OC_RLS_SOV).

El siguiente estudio de caso se sitúa en la encrucijada de estas dos áreas porque:

1) Se trata de una acción colectiva surgida de una mesa que reunió a distintas organizaciones de mayores de la zona; 2) Esta acción implica a distintos departamentos y profesionales del establecimiento que trabajan con personas mayores. *Marche Santé* es una iniciativa que surgió durante la pandemia, cuando los ancianos se vieron obligados a confinarse en sus casas. *Marche Santé* defiende el derecho de los mayores a caminar libremente, no sólo por su salud física y mental, sino también para canalizar sus emociones ligadas al duelo en tiempos de pandemia. Una OC apoyó la ideación y creación del proyecto, y luego su seguimiento. La iniciativa ha crecido y perdurado gracias al apoyo de las OC y a la participación de personas mayores de diversos orígenes. Periódicamente se organizan paseos, dentro y fuera de la zona, para promover la accesibilidad universal, sobre todo a espacios públicos, culturales o verdes a los que estas personas no tendrían necesariamente acceso. Un programa *Petits pas* indoor se dirige también a las personas con movilidad reducida, con el apoyo de kinesiólogos del establecimiento. Para una OC implicada en el desarrollo de esta iniciativa:

"El papel de una organizadora comunitaria puede compararse al de una araña tejiendo su tela. El trabajo de la OC consiste en escuchar, generar confianza, destacar los puntos fuertes, apoyar el análisis de necesidades y la sensibilización, acompañar, concienciar, conectar y movilizar a las personas con menos voz. Y cuando el proyecto funciona bien sin necesidad de apoyo, la OC sabe retirarse para permitir que el grupo continúe su trabajo de forma independiente. De hecho, este es el objetivo último de la organización comunitaria" (Extracto del relato de prácticas Marche Santé MRP_OC_RLS_SOV).

En el marco de *Marche Santé*, las OC desempeñan un papel impulsor en tres ámbitos clave que pueden contribuir a reducir las desigualdades sociales. En primer lugar, la organización comunitaria actúa en la dimensión material apoyando la búsqueda de financiación para los paseos, la compra de bicicletas andantes para caminar y garantizando el transporte de las personas mayores más desfavorecidas o con movilidad reducida hasta los lugares de encuentro. En segundo lugar, intervienen en la dimensión relacional prestando asistencia logística y contratando un responsable de comunicación para ayudar al grupo a desarrollar diversas herramientas para darse a conocer e informar a los mayores de sus próximas rutas (calendario, blog, página web, etc.). Por último, actúan en la dimensión decisional favoreciendo la aparición de un grupo de líderes y velando por que todo el grupo se sienta implicado.

3) Acción sobre los determinantes sociales de la salud (DSS)

El concepto de DSS tiene su origen en la literatura científica y es una categoría de acción pública emblemática de un sistema de servicios sanitarios y sociales integrados. En los marcos de referencia del RQIIAC y sus variantes locales, este concepto induce normatividad y es referente para la acción de las OC. La acción desde los DSS se realiza con el objetivo de reducir las desigualdades de la salud y sociales. Desigualdades recentradas en los individuos y en una rejilla analítica que tiende a diluir las relaciones sociales en juego (Leclercq, 2019a y b). Dicho esto, la organización comunitaria interviene colectivamente en DSS como la vivienda (Leclercq, 2014) o la seguridad alimentaria (Leclercq y Llobet, 2023; Leclercq et al., 2020). Para una OC responsable de otro RLS:

"Los DSS son las formas en que el entorno o el vecindario en el que vivimos influyen en nuestra salud. Por ejemplo, tener acceso a alimentos sanos y asequibles significa que se puede comer bien, y eso es bueno para la salud. En la organización comunitaria trabajamos con los agentes de la comunidad (organizaciones, ciudadanos, municipios, etc.) para mejorar la seguridad alimentaria de las poblaciones más desfavorecidas" (MMM_OC_RLS_JM).

4) Apoyo a los organismos comunitarios

En el marco de esta área de servicio, los OC apoyan el funcionamiento de los organismos comunitarios, su gobernanza y su vida democrática. Por lo general, los OC intervienen a petición del grupo u organización. A continuación, se realiza un análisis de la situación para determinar el apoyo ofrecido. En el establecimiento donde llevamos a cabo nuestra investigación, el equipo de OC -unas veinte- decide colectivamente si se ofrece o no apoyo a un organismo concreto de la zona. Para esta OC:

"Es importante que la gente tenga acceso a recursos que respondan a las necesidades específicas de su comunidad. Los organismos comunitarios son también lugares de participación y capacitación de las personas que se reúnen y actúan para mejorar sus condiciones de vida y su salud. En la organización comunitaria, podemos ayudar a crear organismos comunitarios que respondan a nuevas necesidades. También podemos trabajar para consolidar organismos existentes, a petición suya, para que puedan seguir cumpliendo su misión. Se nos puede pedir que intervengamos, por ejemplo, cuando un organismo atraviesa dificultades internas" (MMM_OC_RLS_JM).

Este estudio de caso se sitúa en la encrucijada de estas dos áreas porque 1) la alimentación se considera un importante determinante de la salud y un factor que contribuye a las desigualdades de salud; 2) la organización comunitaria interviene para apoyar un banco de alimentos en dificultades. *Info alimentaire* es un organismo comunitario que proporciona ayuda alimentaria a bajo coste y servicios a personas en situación de inseguridad alimentaria en el distrito Centre-Sud de Montreal. Como actor clave del sistema alimentario local, se ha

beneficiado del apoyo de la organización comunitaria durante varios años. Con la pandemia, la necesidad de ayuda alimentaria ha aumentado drásticamente y ha conllevado retos organizativos. La organización se enfrentaba a una serie de problemas relacionados con el liderazgo, la gobernanza, los recursos humanos y la financiación. En concreto, carecía de experiencia en la solicitud de subvenciones. Se recurrió a una organización comunitaria para elaborar y aplicar un plan de recuperación y ayudarles a redactar solicitudes de subvención. Ella lo explica:

"Nuestro mandato de OC es mantener los servicios esenciales de alimentación en el barrio y ayudar al grupo a hacer la transición hacia los cambios deseados aplicando el plan de recuperación. (...) Hemos tendido puentes entre la coordinación, la dirección, los administradores y los agentes comunitarios de forma totalmente transparente. (...) [Esto] permitió un cruce de saberes, la continuidad y el mantenimiento del compromiso de cada parte implicada" (Extracto de Info alimentaire JD_OC_RLS_JM).

En el caso de *Info alimentaire*, el apoyo de la organización comunitaria ha repercutido en varias dimensiones de la desigualdad social. El apoyo prestado a este banco de alimentos en su búsqueda de financiación permitió actuar a nivel material aportando una respuesta concreta. La dimensión decisional se percibe en la capacidad del grupo para tomar decisiones colectivas en un proceso democrático que refuerza su confianza y su autonomía. Por último, la organización comunitaria puede influir en la dimensión relacional reforzando el sentimiento de competencia de las personas implicadas (especialmente las que sufren inseguridad alimentaria) y del colectivo, y creando espacios de intercambio y debate abiertos a distintos tipos de saberes.

3.2 Los retos de la organización comunitaria

Además de cuestiones más generales como el aumento de las desigualdades sociales y la transición socioecológica³, la organización comunitaria en los centros sanitarios y de servicios sociales de Quebec se enfrenta a una serie de retos. Los retos identificados aquí se refieren más específicamente a los contextos en los que se lleva a cabo esta práctica profesional. Al trabajar en la interfaz entre el entorno institucional y el comunitario, la organización comunitaria se ve condicionada por estos dos contextos.

En primer lugar, los OC trabajan en megaestructuras administrativas (más de 15.000 empleados en el establecimiento estudiado) que cubren amplios territorios, mientras que la práctica requiere una base local. El hecho de que los OC estén generalmente basados en los CLSC y de que los territorios estén divididos en RLS atenúa un poco esta tendencia. También, por las últimas reformas⁴ destinadas a mejorar la "eficacia" del RSSS. El resultado ha sido una mayor centralización y la creciente influencia de la Nueva Gestión Pública (NGP). Los OC y sus colegas de otros servicios están sujetos a una estricta rendición de cuentas que puede ir en contra de los principios de la organización comunitaria (Leclercq, 2019). En este contexto, a veces resulta difícil establecer vínculos con otros equipos que prestan servicios individuales (Leclercq y Couvy, 2023).

Aunque la autonomía de los organismos comunitarios está consagrada en la Ley de Servicios Sanitarios y Sociales (LSSS), está siendo cuestionada por la NGP, con un aumento de los requisitos de rendición de cuentas de los organismos de financiación (Fontaine, 2013). Del mismo modo, para los organismos comunitarios, la financiación "basada en proyectos" y los acuerdos de servicios se utilizan cada vez más en detrimento de la financiación "basada en la misión" de estos organismos. El sector comunitario se caracteriza por la

³https://rqjiac.qc.ca/wp-content/uploads/2023/06/Lecahierdurqjiac-2023.pdf?mc_cid=771fdd3e0c&mc_eid=9a99824a56

⁴ La última es de 2015. Actualmente está en marcha un proyecto de reforma.

infrafinanciación y la precariedad de las condiciones de trabajo. Estas tendencias están creando un desequilibrio en la relación entre el sector institucional y el sector comunitario, que desempeña un papel protagonista en las políticas sociales de Quebec. Se trata de una realidad a la que los OC deben hacer frente, apoyando a los organismos en sus solicitudes de subvención o velando por el equilibrio de las relaciones de poder.

4 Conclusiones desde una perspectiva comparada con Barcelona

Para finalizar este texto vamos a plantear de forma sucinta algunos elementos de las investigaciones realizadas desde una perspectiva comparada con este mismo tipo de prácticas en Barcelona, en el campo de los servicios sociales (Leclercq, 2015, Ballester, 2017, Leclercq, Ballester y Llobet, 2017).

Las ciudades de Montreal y Barcelona tienen algunas características en común: un tamaño poblacional similar, forman parte de dos regiones, Québec y Cataluña, que tienen competencias en materia de salud y servicios sociales, entre otras, y con elementos sociohistóricos, culturales, lingüísticos y políticos comparables, como un desarrollo tardío del Estado del Bienestar, el papel importante de la iglesia católica, un tejido asociativo dinámico con un rol en lo comunitario, y un movimiento que aspira a independizarse respecto del Estado.

El rol de las figuras que utilizan el enfoque comunitario ha evolucionado desde los años 60 en ambas ciudades. La concatenación de las crisis ha producido impactos en la población, que en este texto no podemos desarrollar, destacando el aumento de las desigualdades sociales, que confrontan a los profesionales a problemas más complejos, que también han conllevado una reconfiguración de sus Estados sociales, marcos institucionales y la transformación de los contextos comunitarios respectivos.

Cómo se ha mencionado, una singularidad del Quebec desde los años 70 es la integración del sistema de salud y de servicios sociales en una única estructura funcional y competencial. En Catalunya, se optó por separar los dos sistemas. Las profesiones también se distinguen. Mientras en Québec hay una figura profesional de organizador comunitario, en Cataluña hay una diversidad de figuras profesionales, sobre todo trabajadores y educadores sociales.

La OC en Montreal se ha desarrollado de forma ininterrumpida desde la creación de los CLSC, con un mandato orientado por el enfoque de los DSS, la prevención y la promoción. En cambio, en Barcelona, el trabajo comunitario en los servicios sociales ha sido más intermitente y dispar, con un mandato difuso. A pesar de que en el discurso técnico-político siempre ha estado presente, en ciertos periodos, se ha delegado en las direcciones y los equipos la decisión de realizar o no intervención comunitaria, dando lugar a una discontinuidad de prácticas. En el ámbito de la salud, la incorporación del enfoque comunitario ha sido más tardía, a partir del 2007, pero desde entonces se mantiene la apuesta por la intervención comunitaria. También existen los Planes de Desarrollo comunitarios (PDC), desde 1996, que han sido proyectos de mejora de los barrios vulnerabilizados impulsado por el gobierno autonómico.

Entre 2016 y 2021 desde la dirección de los servicios sociales de Barcelona se llevó a cabo un diagnóstico participativo con el objetivo de impulsar un desarrollo estratégico. Se ha potenciado el trabajo comunitario de los equipos con formación y se ha elaborado un documento específico para orientar las prácticas desde este enfoque (Manyà & Morales, 2018)

El RQIIAC como comunidad de práctica de los OC de los CLSC en Quebec, ha creado un marco de referencia común y ha consolidado la práctica y la profesión en el sistema público. En Barcelona en el año 2013 se creó

el colectivo de profesionales del trabajo comunitario, que no agrupa específicamente a los profesionales de los servicios sociales y de salud, sino a los profesionales de los PDC de Cataluña. Este podría ser el embrión para el desarrollo y consolidación de esta práctica.

En ambos casos, se ha dado un proceso de profesionalización, a través de la formación. En Montreal los OC tienen un título universitario, con la formación en servicio social, con contenidos en organización comunitaria, pero también a través de otras formaciones. La consolidación también se explica por las alianzas entre la práctica, la formación y la investigación. En Barcelona también se les exige una titulación universitaria. En sus inicios eran básicamente trabajadores sociales y más tarde se incorporaron los educadores sociales. No disponemos de datos concretos, pero según los centros, estos últimos han ido desplazando progresivamente a las trabajadoras sociales.

La transformación de los CLSC a los CSSS en el año 2003 ha contribuido a la institucionalización de los OC. En Barcelona, no se ha dado este grado de institucionalización en el sector público. Se optó por un perfil generalista, que debe combinar los tres tipos de intervención. El debate se plantea en la ampliación de los equipos para realizar también intervención comunitaria. Sin embargo, en momentos de presión asistencial, lo comunitario queda relegado. La opción por un rol generalista diluye el proceso de institucionalización de estas figuras. La especialización y cierto proceso de institucionalización es más evidente en los trabajadores comunitarios vinculados a los PDCs.

Otra diferencia se da en los problemas abordados y en el enfoque. En Montreal son más amplios y están vinculados a problemáticas estructurales y a factores generadores de pobreza y exclusión social que afectan a determinados grupos sociales, como los presentados en este texto, seguridad alimentaria, vivienda, salud mental, etc. En cambio, la intervención comunitaria que se realiza en Servicios Sociales en Barcelona está conectada a problemáticas y necesidades específicas de cada territorio y no necesariamente a problemáticas estructurales.

El encargo de los OC en Montreal se ha alejado de un trabajo directo con la población, con un componente más político, hacia un rol de “enlace” de los actores y agentes comunitarios. Sin embargo, su presencia en los territorios explica que mantengan un buen conocimiento de la realidad, que comparten con otros actores en los espacios de concertación. En Barcelona, los profesionales de los servicios sociales, están presentes en los barrios en la medida que disponen de tiempo y ello puede ir en detrimento de su capacidad de conocer y analizar lo que está pasando en el barrio y movilizar, tanto a la ciudadanía, como a los servicios para dar una respuesta colectiva a los problemas sociales.

En ambos casos, se ha incrementado la exigencia de rendición de cuentas, siendo en Montreal mayor. La capacidad para responder a esta exigencia es limitada. Es un campo de actividad que tiene una cultura de evaluación de resultados bastante débil, y especialmente en el caso de Cataluña. No son muchas las evaluaciones, y con frecuencia miden más la actividad que los resultados. Se omiten muchos aspectos cualitativos de las prácticas de los OC/TC, que requieren tiempo y otros instrumentos. Esta sigue siendo una asignatura pendiente en ambos lados.

Referencias bibliográficas

- Ballester, M. (2017). Intervenció comunitària i rol dels professionals als a Barcelona (Catalunya) i Montreal (Quebec). Una anàlisi comparada. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

- Bourque, D. y Lachapelle, R. (2010). Service public, participation et citoyenneté. L'organisation communautaire en CSSS. Presses de l'Université du Québec.
- Fontaine, A. (2013). La quête d'autonomie de l'action communautaire au Québec. Mission ou illusion collective?. Le sociographe, (5), 205-219.
- Fournier, A., Godrie, B., & McAll, C. (2014). Vivre et survivre à domicile: le bien-être en cinq dimensions. Revue du CREMIS, 7(2), 4-8.
- Lachapelle, R. (2017). Être passeur: la fonction de liaison en organisation communautaire. PUQ.
- Leclercq, J.B. y Couvy, C. (2023). Arrimages entre le service en développement des communautés, les équipes-programmes, et le milieu communautaire - Rapport de synthèse d'une étude exploratoire au CCSMTL. CREMIS.
- Leclercq, J. B. et al. (2020). L'organisation communautaire comme réponse collective aux enjeux de l'insécurité alimentaire au Québec. Anthropology of food, (S15).
- Leclercq, J. B. (2019). Dépasser le cadre normatif pour penser son action en termes d'inégalités sociales. Réflexivité collective d'organisateur et organisatrices communautaires (Québec). Sciences et actions sociales, (11).
- Leclercq, J. B., Ballester, M., y Llobet, M. (2017). Impacts des transformations de l'État social sur les pratiques d'organisation communautaire (Québec) et de travail communautaire (Catalogne). En Baldelli B. et Belhadj-Ziane K, Transformations sociales et transformations de l'intervention sociale. L'Harmattan, 37-59.
- Leclercq, J.B. (2014). Le logement comme déterminant social de la santé. Atelier Animer la responsabilité populationnelle par des pratiques innovantes d'intervention dans la communauté, 18es Journées annuelles de santé publique, Québec, 26 novembre 2014. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2014/JASP2014_Animer_ResponsPop_26Nov_JBLEclercq.pdf
- Mayà, C. y Morales, E. (2018). Marc d'intervenció comunitària als centres de serveis socials de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.
- RQIIAC (2020). Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et services sociaux au Québec – Cadre de référence du RQIIAC. Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et en CIUSSS, Édition actualisée, PUQ.

¿Por qué la gente pobre no solicita prestaciones? Algunos motivos extraídos del experimento B-MINCOME de Barcelona

Bru Laín, Universitat de Barcelona (bru.lain@udq.edu)

Albert Julià, Universitat de Barcelona (albert.julia.cano@ub.edu)



Resumen

La problemática de las no solicitudes o *non-take-up* (NTU) –los individuos que no solicitan una prestación a pesar de cumplir todos los requisitos y ser elegibles–, limita enormemente el alcance y el funcionamiento de los sistemas de protección y de bienestar social. La presente investigación propone comprender este fenómeno mediante un modelo teórico-analítico formado por dos niveles de análisis: (1) cómo afectan las características individuales de los potenciales solicitantes en relación con las barreras de información que éstos deben afrontar, y (2) la influencia de la lógica administrativa con la que opera la administración responsable y la estrategia de comunicación que ésta emplea. Para testear las hipótesis emanantes del marco teórico que planteamos, nuestro artículo analiza el proyecto piloto B-MINCOME, un programa experimental de transferencia de renta implementado en Barcelona entre 2017 y 2019. Nuestros hallazgos muestran que, a pesar de que las características individuales de los solicitantes juegan un papel significativo, el funcionamiento administrativo y la estrategia de comunicación empleadas por la administración pública son factores determinantes para explicar las tasas de NTU. Las conclusiones a las que nos conduce nuestro análisis señalan a la existencia de la llamada “paradoja de la circularidad”: cuanto más focalizada sea una prestación, mayores tasas de NTU registrará y, por lo tanto, mayor será su coste de implementación. A su vez, dicha paradoja señala algunos de los dilemas morales y éticos que se desprenden de los NTU y que el diseño de toda política debe tener en cuenta.

Palabras clave/Keywords

Non-take-up, B-MINCOME, prestaciones condicionadas, pobreza, características individuales, estrategias de comunicación.

1 Introduction

The magnitude of the problem is alarming. In the United States, the *Earned Income Tax Credit* reports a meagre take-up rate of 25 per cent, amounting to 6,7 million non-claimants each year (Bhargava and Manoli, 2015). In OECD countries, non-take-up rates for social assistance programmes range between 40 and 80 per cent (Hernanz et al., 2004: 4) and stand at 50 per cent for means-tested benefits across all European countries (Matsaganis, Paulus and Sutherland, 2008: 12). In Spain, the *Rentas Mínimas de Inserción* do not even reach 10 per cent of their target population (Ayala et al., 2021). Other research reveals even worse figures across Europe (Eurofound, 2014: 20). The concerns this raises for national and regional institutions is evident. According to the European Commission, “Non- take-up is a matter of concern and needs to be carefully monitored” (EC, 2013: 89). Similarly, the European Economic and Social Committee fears that most “minimum income schemes [...] fall short of alleviating poverty” and is thus “concerned that non-take-up of such schemes tests their effectiveness still further” (EESC, 2013: 9).

2 Theoretical framework and hypothesis: why do people not take up a benefit?

Reducing the number of people not applying for a benefit “requires more than just making them eligible” (Heckman and Smith, 2004: 287). Attention must therefore be given to factors that beyond establishing *de jure* eligibility requirements lead to *de facto* applications for a benefit. In the 1970s, scholars mostly looked at ignorance, stigma, and administrative complexities. During the following decade explicative models of decision-making processes gained importance, first focusing on econometric explanations based on gender, age, education, or income; and second prioritizing a more psychological approach considering the claimants’ attitudes and beliefs (Huby and Whyley 1996: 3). Based on the literature, the main factors behind non-take-up can be classified according to two levels of analysis.

2.1 Individual and claimant level

Application rates are usually explained on the basis of two premises. First, the applicant’s sociodemographic variables (education, gender, age, origin, household composition, etc.) in combination with socioeconomic ones (income, receiving other benefits, financial assets, etc.). The second premise refers to the observed behaviour that is attributed to certain mechanisms of instrumental and parametric rationality (Kerr, 1982; Kleven and Kopczuk, 2011). These costs “may be quite important, especially [...] when access to the program is conditioned” (Coady, Crosh and Hoddinott, 2004: 8). Among these costs, “there is strong evidence that information barriers play a major role in determining differences in program participation rates” (Heckman and Smith, 2004: 286).

The literature attributes significant explanatory weight to these information costs, especially when correlated with variables such as education (associated with reading and writing skills), place of origin (related to proficiency in the language and knowledge of the legal framework and other benefits), household composition (with multiple members and minors), and place of residence (associated with stigma or networks). Given the profile of individuals applying for the B-MINCOME benefit, these variables seem particularly relevant in explaining the pilot’s take-up rates. Accordingly, it can be predicted that:

Hypothesis 1: the more information barriers caused by sociodemographic and socioeconomic characteristics, the less likely take-up for the benefit became.

However, these kinds of explanations tend to omit the fact that the lack of information — and thus the bias in calculating cost-benefit trade-offs— depends to a great extent on factors beyond the rational individual scope and particular characteristics (Buckland and Dawson, 1989; van Oorschot, 1995). Informational barriers “do not fully account for the low participation rate” (Heckman and Smith, 2004: 245-6). Hence, other non-individual factors must exist.

2.2 Administrative and institutional level

The administrative logic and the functioning of the institutions do also affect (Deacon and Bradshaw, 1983; Van Oorschot, 1996). A key element to study this is the communications strategy employed by the public institutions (Fuchs, 2007: 7) when informing about the existence of a benefit (Craig, 1991; Chetty, Friedman and Saez, 2013) and its application process (Mäkinen, 2018; Eurofound, 2014).

As detailed below, the communications strategy of the B-MINCOME consisted of i) sending out letters to all potential applicants with a detailed explanation and the application form, and ii) holding 400 information

sessions where they were invited by phone and mail. This communications strategy seems fundamental, as observed in similar experiments (Batkó et al., 2019). The fact that some potential claimants' cohabitants also received the letter of invitation (due to also being social service users and meeting all the requirements) may have encouraged them to regard the project as important and thus to increase the pilot's take-up rate. As described below, the number of application forms collected during the information sessions in comparison with those received by post would also demonstrate the impact of these sessions. This leads us to assume that:

Hypothesis 2: receiving more than one letter of invitation per household increased the individuals' likelihood of taking-up the benefit.

Hypothesis 3: attending an information session dramatically increases the likelihood of taking-up the benefit.

2.3 The case study: the Barcelona's B-MINCOME experiment

B-MINCOME was an experimental project co-funded by the EU's Urban Innovative Actions programme, implemented by Barcelona City Council's Social Rights Area in collaboration with five universities and research centres (Laín, Riutort and Julià, 2019; Laín and Torrens, 2019). Its goal was to reduce poverty and social exclusion rates in the ten poorest neighbourhoods of the city. It aimed to test the effectiveness and efficiency of combining an economic benefit with active social-inclusion policies. From November 2017 to November 2019 and based on a randomised control trial, 1,000 individuals from a universe of 4,824 were randomly selected and assigned to ten treatment groups (based on whether the benefit was conditional or unconditional on participation in active policies) while a further 500 individuals were also selected as a control group. The benefit of up to

€ 1,676 was granted individually although it was calculated according to the beneficiaries' household income, members, living costs (food, clothing, basic suppliers, etc.) and housing costs (rent or mortgage). The benefit was paid monthly into a credit card with no maintenance costs, and it could be accumulated, so permitting beneficiaries to use it as they pleased (withdrawing money or paying with the same credit card).

Participation only required the completion of an application form which then entered a draw to select the final participants and to assign them into the different treatment groups. Only those individuals not exceeding the severe poverty threshold (below 40 per cent of the median equivalent income) were able to participate. Eligibility requirements were: 1) to be registered as a resident of Barcelona for two years and living in the treatment area;

2) to be a user of social services; 3) the participant (or one member of their household) must be aged between 25 and 60; 4) to accept the assigned group and the type of participation; 5) to authorise the city council to obtain personal information and commit to completing the assessment surveys; and 6) that the joint assets of the participants' household did not exceed four times the value of their estimated benefit.

3 Data and method

3.1 Sample

Analyses are based on records of social services users which provided information on their sociodemographic characteristics, household composition, addresses and telephone numbers for contact purposes. The study sample comprised 4,824 potential candidates meeting all eligibility criteria. They were firstly informed of the pilot scheme and its application process through postal letters inviting them to attend one of the 400

information sessions held in their neighbourhoods. 2,525 applications (52.34 per cent of all candidates) were collected, of which 2,039 (80.8 per cent) were personally delivered during the sessions, and 486 (19.2 per cent) were later received by post. Application forms were then refined by means of the interoperable records of public administrations to verify the accuracy of the data provided and to ensure that there were no duplicate applications nor more than one per household since, in some cases, various members of the same household were identified as eligible.

During the various rounds of phone calls, 2,383 (49.4 per cent) of candidates were finally contacted: 91.2 per cent said they were about to attend the information sessions, 5.8 per cent were not interested in participating, and 3 per cent had already sent the application form. 2,203 (92.4 per cent) of contacted candidates attended the information sessions. Thus, a total of 45.7 per cent of the total 4,824 candidates who were sent a letter finally attended the face-to-face sessions where the project was described, all questions answered, and support provided to anyone who needed help to complete the application form. These sessions lasted approximately 45 minutes, with an average of 10 individuals in each session, involving around 80 professionals, social workers and social scientist. The difference between those who attended and who did not have a remarkable impact, since 92.3 per cent of the formers went on to apply for the benefit.

3.2 Results and discussion

a) Individual factors: sociodemographic variables

The results of the hierarchical logistic model show that the individual sociodemographic variables identified in the first level of our theoretical framework had an irregular impact.

b) Individual factors: socioeconomic variables

Model two of the hierarchical regression (M2 of Table 2) shows the results of entering the claimants' household income and the public benefits previously received. Our analysis partially endorses the first hypothesis: individual sociodemographic characteristics do contribute to explaining the information costs potential claimants must face and they determine to a great extent the likelihood of applying for the benefit. Moreover, when socioeconomic variables such as the claimants' household income and being in receipt of other benefits are also considered, personal factors seem to gain much explanatory power. In sum, some expected information barriers (being elderly or not having previously received other public benefits) determine the probability of non-take-up to a great extent, some are not statistically significant (education), although other counterintuitive factors arise at the same individual level (being native-born).

c) Administrative and institutional factors: the communication strategy

Regarding the administrative and institutional level of our theoretical framework, the variable of having received more than one information letter in the potential claimant's household is statistically significant in M3, but not in M4. Thus, the hypothesis two is partially confirmed. This is because the factor with the greatest explanatory weight was attendance at information sessions (the Nagelkerke R^2 increased by 0.36 points from M3 to M4). Despite the higher explanatory power of attendance to the face-to-face sessions, some individual characteristics (such as age, country of origin, having children under 16 years old, the neighbourhood of residence, or having received other public benefits) remain statistically significant and thus relevant to understand the phenomenon. Nevertheless, according to the power of the sociodemographic and socioeconomic variables at the individual level of our theoretical model (R^2 Nagelkerke=0.28, M2 Table 1), and of those belonging to the administrative and institutional functioning (added R^2 Nagelkerke=0.37, M4 - M2 Table 1), results indicate that factors associated to this second level of analysis have a higher explanatory power.

4 Conclusions

The logic and functioning of institutions when communicating about a benefit seem to have a greater influence. As our two additional hypotheses maintain, the impact of the communications strategy is very different when only informing about the existence of a benefit through letters or phone calls, or when personally informing, accompanying and counselling potential claimants throughout the entire application process with personalized information sessions. The way public institutions address people seems therefore key in reducing non-take-up rates, especially when direct communications strategies are used. As seen, appropriate and exhaustive communications are essential to reach all potential claimants. As a result, the cost of the policy will increase due to the tasks and the human resources necessary to implement a comprehensive communications strategy. This raises the technical question of whether this cost can be assumed for other, larger-scale programs. Moreover, this cost is expected to increase, thus decreasing their efficiency, as the benefit is more focused and conditional, especially when targeting the most vulnerable, hard-to-reach groups. Thus, conditional benefits easily fall into a circular paradox: the more focused they are, the greater the risk of non-take-up, and hence, the higher the cost of implementation.

As it is shown, not claiming a benefit does not solely (nor primarily) respond to individual factors but to the administrative functioning of public institutions. Whether or not a person decides to apply for a benefit does not seem an especially controversial question. However, from a moral standpoint, it is very much a matter of concern if the person is not claiming the benefit because they are unaware of its very existence, they have not been properly informed about a too complex application process, or this is only accessible through an online procedure they are not able to navigate. The phenomenon of non-take-up must be addressed not only by those invested in the adequate technical performance of social protection systems but also by those morally concerned about how contemporary societies treat their most vulnerable members.

Bibliography references

- Bhargava, S. and Manoli, D. (2015). 'Psychological Frictions and the Incomplete Take-Up of Social Benefits: Evidence from an IRS Field Experiment', *American Economic Review*, 105, 11, 3489–3529.
- Buckland, S. and Dawson, P. (1989), 'Household claiming behaviour', *Social Policy and Administration*, 23, 1, 60–71.
- Chetty, R., Friedman, J. N. and Saez, E. (2013), 'Using Differences in Knowledge Across Neighborhoods to Uncover the Impacts of the EITC on Earnings', *American Economic Review*, 103, 7, 2683–2721.
- Coady, D., Crosh, M. and Hoddinott, J. (2004), *Targeting of Transfers in Developing Countries. Review of Lessons and Experience*, Washington: World Bank Regional and Sectoral Studies.
- Craig, P. (1991), 'Costs and Benefits: a review of research on take-up of income-related benefits', *Journal of Social Policy*, 20, 4, 537–565.
- Deacon, A. and Bradshaw, J. (1983), *Reserved for the Poor: The Means Test in British Social Policy*, Oxford: Martin Robertson & Co.
- Eurofound (2014), 'Access to benefits', Unpublished Working Paper, Dublin: Eurofound.
- EESC (European Economic & Social Committee) (2013), *European minimum income and poverty indicators (SOC/482-EESC-2013-1960)*. Brussels: European Economic & Social Committee.
- European Commission (2013), *Towards Social Investment for Growth and Cohesion including implementing the European Social Fund 2014-2020 (SWD 2013/39)*. Brussels: European Commission.

- Fuchs, M. (2007), 'Social Assistance - No, thanks? Empirical Analysis of non-take-up in Austria 2003', Euromod Working Paper Series EM4/07 2003.
- Heckman, J. and Smith, J. A. (2004), 'The Determinants of Participation in a Social Program: Evidence from a Prototypical Job Training Program', *Journal of Labor Economics*, 22, 2, 243–298.
- Hernanz, V., Malherbet, F. and Pellizzari, M. (2004), 'Take- Up of Welfare Benefits in OECD Countries: A Review of the Evidence', *OECD Social, Employment and Migration Working Papers 17*, Paris: OECD Publishing.
- Huby, M. and Whyley, C. (1996), 'Take-up and the Social Fund', *Journal of Social Policy*, 25, 1–18.
- Kerr, S. (1982), 'Deciding about supplementary pensions: a provisional model', *Journal of Social Policy*, 11, 4, 505–517.
- Kleven, H. J. and Kopczuk, W. (2011), 'Transfer Program Complexity and the Take-Up of Social Benefits', *American Economic Journal: Economic Policy*, 3, 1, 54–90.
- Laín, B., Riutort, S. and Julià, A. (2019), 'The B-MINCOME project. Municipal innovation on guaranteed minimum incomes and active social policies', *Barcelona Societat*, 23, 1– 18.
- Laín, B. and Torrens, L. (2019), 'Barcelona's minimum living wage initiative', *Transfer. European Journal of Labour and Research*, 25, 3, 387–391.
- Mäkinen, L. (2018), *Report and Recommendations from the Peer Review on Coverage and Non-take-up of Minimum Income*. European Minimum Income Network.
- Matsaganis, M, Paulus, A. and Sutherland, H. (2008), *The take up of social benefits*. Brussels: European Commission.
- van Oorschot, W. (1996), 'Modelling non-take-up: The interactive model of multi-level influences and the dynamic model of benefit receipt', in W. van Oorschot (ed.), *New perspectives on the non-take-up of social security benefits*, Tilburg: Tilburg University Press.
- van Oorschot, W. (1995), 'The process of realizing rights to means-tested benefits: New perspectives on the causes of non-take-up', Tilburg University. *Work and Organization Research Centre Working Paper 95.01.001/2*.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Avances en la gestión de la calidad de los servicios sociales

Joseba Zalakain



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

--

Palabras clave

Servicios sociales, gestión de calidad, fundaciones

1 Introducción

A lo largo de 2022, el SIIS de la Fundación Eguia Carega ha desarrollado diversos proyectos de trabajo relacionados con la gestión de la calidad en el ámbito de los Servicios Sociales. Esta ponencia recoge los principales aprendizajes extraídos en esos procesos de trabajo, así como algunas posibles líneas de avance en la gestión de la calidad en el ámbito de los servicios sociales

2 Tareas, funciones y procesos

El análisis de los procesos de gestión de la calidad en el ámbito de los Servicios Sociales abarca muy diferentes tareas, funciones o procesos que se pueden dividir en dos grupos: funciones duras (que asume de forma exclusiva la administración pública) y funciones blandas (que pueden realizar tanto las administraciones públicas como las entidades privadas, con o sin fin de lucro).

| Funciones duras | Funciones blandas |
|--|---|
| Regulación | Sistemas de información |
| Autorización y registro | Formación |
| Inspección | Elaboración de estándares |
| Acreditación (de centros y de profesionales) | Evaluación (estructuras, procesos, resultados) |
| Concertación | Certificación |
| Gestión de quejas y reclamaciones | Investigación, documentación e identificación de evidencias |
| Potestad sancionadora | Innovación y experimentación |

a) *Aprendizajes*

- La necesidad de tener en cuenta el conjunto del sistema de Servicios Sociales. El primero de los aprendizajes extraídos se refiere a la necesidad de tener en cuenta el conjunto del sistema de servicios sociales que existe en un país para poder interpretar adecuadamente el modelo de evaluación y gestión de la calidad

por el que se ha optado.

- La importancia de combinar la regulación *ex ante* y la evaluación *ex post*, en un contexto administrativo y política en el que la gestión de la calidad se ha centrado, de forma casi exclusiva, en la regulación *ex ante*.
- La necesidad de disponer de sistemas adecuadamente articulados, que abordan la cuestión desde diferentes planos –individual, centros y servicios, políticas públicas, territorios–, asignando a diferentes agentes responsabilidades sobre cada uno de esos planos.
- La importancia de los centros tractores y la independencia de la función evaluadora e inspectora.
- El cambio de paradigma: de la calidad de la atención a la calidad de vida.
- La importancia de buscar el consenso de todos los agentes y de promover la participación de las personas usuarias
- La evaluación como parte de un proceso de acompañamiento para la transformación y la mejora continua
- La necesidad de establecer mecanismos que garanticen la rendición de cuentas y la transparencia

b) El papel básico de los estándares de calidad

- La necesidad de dotarse de los indicadores, escalas, estadísticas y sistemas de información adecuados.
- La dotación, la cualificación, la motivación y la implicación de los y las profesionales son un elemento clave para garantizar la calidad de la atención

c) Diagnóstico básico: dónde estamos y hacia donde deberíamos avanzar

La tabla siguiente recoge, a partir de esos aprendizajes y del análisis del modelo de gestión de la calidad establecido en España, un diagnóstico básico respecto al punto de partida actual y la situación hacia la que podría ser posible y deseable avanzar

| Dónde estamos | Hacia dónde avanzar |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de regulación <i>ex – ante</i>, orientado a la regulación previa y la inspección de procesos y estructuras. - Estándares de calidad genéricos, declarativos, recogidos en la normativa, establecidos por la administración, centrados en el servicio. - Ausencia de centros tractores y escasa capacidad para recurrir a procesos de inspección y evaluación externa / independiente - Modelo caracterizado por la opacidad y las dificultades para disponer de datos e indicadores que faciliten la rendición de cuentas y la elección de las personas usuarias. - Modelo de investigación e innovación poco articulado, condicionado a iniciativas públicas y privadas aisladas y descoordinadas | <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de evaluación <i>ex – post</i>, más orientado a la evaluación de los resultados, desde la perspectiva de la calidad de vida, que a la comprobación de los requisitos. - Estándares de calidad consensuados, detallados más allá de la normativa, y centrados en la persona. - Modelos de evaluación independiente, separando inspección y provisión de servicios - Modelo basado en la transparencia y la rendición de cuentas, con información detallada respecto a cada centro y proveedor, a partir de datos fiables y comparables - Modelo de evaluación de la calidad y gestión del conocimiento articulado y coordinado, estable, estratégico, bien dotado y basado en la evidencia - Modelos de evaluación participativa que incorporen la perspectiva de las personas usuarias y la ciudadanía |



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Situació de les persones ateses als serveis socials de Barcelona a partir de l'eina SSM-CAT

Cristina Salrach Arnau, Institut Universitari Avedis Donabedian (FAD, Universitat Autònoma de Barcelona) (csalrach@fadq.org)

Marta Sánchez Picart, Institut Municipal de Serveis Socials, Ajuntament de Barcelona (msanchez@bcn.cat)

Salut Gallego Pérez, Institut Municipal de Serveis Socials, Ajuntament de Barcelona (sgallegop@bcn.cat)

Carlos Alarcón Zwirnmann, Institut Municipal de Serveis Socials, Ajuntament de Barcelona (calarconz@bcn.cat)

Marta Ballester de Santiago, Red de Investigación en Cronicidad. RICAPPS (mballester@fadq.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Actualment, els serveis socials bàsics disposen de poca informació amb un nivell alt de fiabilitat en el diagnòstic social per a la planificació de les polítiques socials. Les eines estandarditzades poden ajudar a cobrir aquesta necessitat.

La matriu d'autosuficiència SSM-CAT (*self-sufficiency matrix* en anglès) és una eina utilitzada com a suport professional pel diagnòstic social i seguiment de l'atenció de la persona atesa a Catalunya i, a nivell agregat, permet una anàlisi de la situació de les persones a un territori, amb possibilitats d'explotació de dades. Aquesta eina analitza 13 dominis de la vida quotidiana, en 5 nivells d'autosuficiència.

A Barcelona, per obtenir resultats robustos i representatius de les persones ateses, es va aplicar l'estratègia d'avaluació d'una mostra representativa de 7.295 persones seleccionades de forma aleatòria, ateses per les Unitats de Seguiment i Tractament Social i Atenció Col·lectiva dels 39 Centres de Serveis Socials de Barcelona, entre el desembre del 2021 i maig del 2022.

Entre l'1 de juliol del 2022 i 28 de febrer de 2023, es va avaluar el 94,8% de la mostra amb el resultat de crear un diagnòstic territorial i la definició de 7 perfils de persones segons el nivell d'autosuficiència, amb recomanacions d'atenció.

Paraules clau

Diagnòstic social, Serveis Socials, intervenció social, planificació de polítiques socials, pla de treball

1 Introducció/Descripció general

Els equips de Serveis Socials Bàsics de Catalunya, han percebut un augment en els darrers anys de persones ateses que presenten situacions d'atenció social complexes (PNASC) que requereixen estratègies d'abordatge integral i plans d'intervenció adaptats, un gran repte pel sistema de serveis socials (David J. Snowden & Mary E. Boone, n.d.).

Davant d'aquest repte, la Diputació de Barcelona i el Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya van detectar la necessitat de disposar d'una eina que permetés identificar persones amb necessitats d'atenció social complexa ateses a les diferents Àrees Bàsiques de Serveis Socials (ABSS) i els donés **suport en el cribratge de la complexitat i el diagnòstic social**. Després d'un procés de recerca, van seleccionar la *Self-Sufficiency Matrix* (SSM) en la seva adaptació holandesa (SSM-D) (GGD Amsterdam, n.d.), per la seva visió positiva de l'autonomia de la persona i perquè permet identificar l'evolució en la situació de la persona des de l'apoderament personal i de suport del seu entorn relacional i cuidador. L'eina va ser adaptada transculturalment al català i al castellà (SSM-CAT (i ES)).

L'eina SSM-CAT analitza la situació actual de la persona atesa a partir del grau d'autosuficiència¹ en 13 dominis (àrees de la vida) de la persona adulta (economia; feina i formació; ús del temps; allotjament; relacions en la unitat de convivència; salut mental; salut física; consum i conductes addictives; Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD); Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD); relacions socials; participació en la comunitat; i aspectes judicials) i en 4 dominis per avaluar la cura dels infants i/o adolescents (atenció física, suport socioemocional, escolarització i cura diària), mesurant-se en cinc nivells des de 5-“Completament autosuficient” fins a 1-“Problemes greus d'autosuficiència”. A més es recullen altres variables complementàries: sociodemogràfiques, percepció professional sobre la situació de la persona i recomanacions d'atenció.

L'eina SSM-CAT va ser implementada a totes les ABSS de Catalunya entre 2019 i 2021 amb l'objectiu de donar suport a un diagnòstic social bàsic compartit arreu del territori, establir criteris homogenis per l'estudi de la situació de les persones que presenten situacions d'alta complexitat i crear un llenguatge comú entre els equips professionals.

Des de l'Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS) de l'Ajuntament de Barcelona es va dur a terme un procés ambiciós d'implementació basat en la gestió del canvi a gran escala (2020-2022) (Damschroder et al., 2009), com a estratègia per integrar l'eina als Centres de Serveis Socials (CSS).

Aquest article presenta els resultats d'un estudi sobre la població atesa a la Unitat de Seguiment Tractament Social i Atenció Col·lectiva (USTAC) dels CSS, per tal d'obtenir perfils de persones ateses i facilitar estratègies d'intervenció estandarditzades per a persones amb nivells d'autosuficiència similars.

2 Metodologia

Durant el procés d'implementació de l'eina SSM-CAT als CSS es van recollir avaluacions de persones ateses de diferents unitats, però per extreure conclusions robustes i representatives i proposar estratègies d'intervenció, es va analitzar una mostra representativa d'una unitat específica, la USTAC.

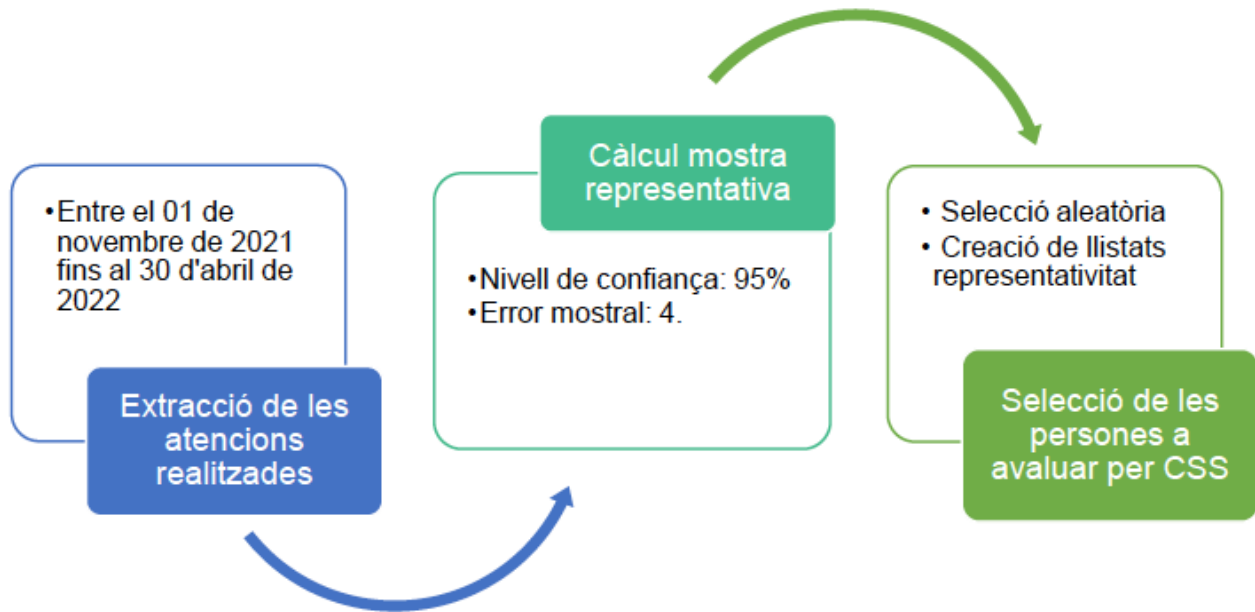
La metodologia aplicada es va realitzar en tres fases. La primera va consistir a calcular la mostra representativa de les persones ateses en un període concret per obtenir l'avaluació amb l'eina SSM-CAT Adults. La segona, l'avaluació de les persones incloses en la mostra representativa per part de les professionals referents. I la tercera, a partir de les persones avaluades a la mostra, la definició dels perfils de les persones ateses a la USTAC mitjançant agrupacions de persones amb nivells d'autosuficiència similars.

2.1 Càlcul de la mostra representativa i avaluació

Per aconseguir la mostra representativa (García-García et al., 2013) de les atencions realitzades als CSS de la ciutat de Barcelona, es va seguir la següent metodologia:

¹ Autosuficiència: Aconseguir un nivell de funcionament acceptable en els dominis essencials de la vida diària, si és necessari, organitzant el suport adequat quan sorgeix una necessitat que una persona no pot cobrir de manera autònoma.

Figura 1. Metodologia utilitzada per calcular la mostra representativa



La selecció de la mostra representativa es va realitzar sobre les persones que complien el criteri de tenir atenció oberta a la USTAC i haver estat ateses (visita individual) com a mínim una vegada en els darrers sis mesos.

Per tal d'obtenir una grandària òptima de la mostra representativa, es va definir un període d'atenció de les persones ateses de 6 mesos (entre el novembre del 2021 i l'abril del 2022).

Amb aquests criteris, es va aconseguir un univers (població que complia els criteris de selecció) de 19.960 persones, d'una extracció de 46.436 persones ateses, a la que es va aplicar el càlcul mostral, amb un nivell de confiança del 95% i un error mostral de 4, aconseguint una mostra de 7.295 persones.

La mostra resultant a avaluar per la USTAC va ser distribuïda entre els diferents CSS en funció del volum d'atencions, atorgant entre 1 i 3 avaluacions per professional a la setmana (depenent del volum d'atencions del centre). Per dur a terme el seguiment de l'avaluació, es va crear un llistat per CSS, indicant les persones a avaluar i les persones de la llista d'espera per si alguna persona que no es podia avaluar. La selecció de les persones a avaluar va ser aleatòria dins les persones ateses pel centre en el període establert.

La mostra va ser avaluada entre el juliol del 2022 i el febrer del 2023, i mensualment les direccions dels CSS van rebre el seguiment de l'avaluació.

2.2 Definició de perfils de persones ateses

Per obtenir els perfils d'autosuficiència de les persones avaluades a la mostra, es va dur a terme una anàlisi de variància amb el mètode ANOVA (ANalysis Of VAriance) (Sthle & Wold, 1989) que consistia en una col·lecció de models estadístics i els seus procediments associats, en el qual la variància estava parcel·lada en certs components deguts a diferents variables explicatives. Això va permetre veure la relació entre els dominis de l'eina SSM-CAT.

Una vegada elaborada l'anàlisi ANOVA, es va procedir a l'agrupació i classificació de les dades amb el mètode d'agrupament K-medias (MacQueen, 1967) amb l'objectiu de partir un conjunt de n observacions en k grups en el qual cada observació pertanyia al grup del valor mitjà del qual era més proper. Després de diverses iteracions es va aconseguir un model amb grups prou diferents i homogenis entre si.

3 Resultats

3.1 Resultats de la mostra representativa

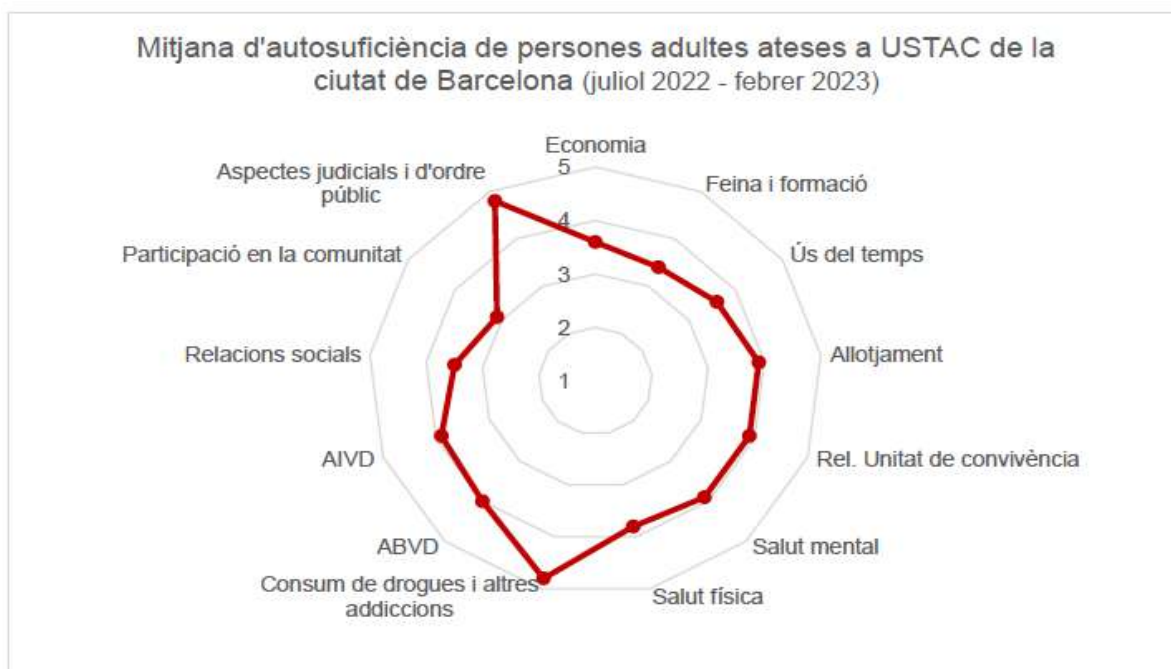
De la mostra representativa es van avaluar 6.916 persones (94,8%), obtenint una mostra robusta per extreure conclusions representatives de les persones ateses a la USTAC.

Els resultats de la situació sociodemogràfica de les persones ateses a USTAC van ser:

- El 71,11% de les persones ateses a la USTAC eren dones, el 28,85% eren homes, i el 0,04% es van identificar com a sexe desconegut.
- El 62% de les persones ateses a la USTAC tenien entre 25 – 64 anys, el 33% tenien més de 64 anys, i el 5% tenien entre 18-24 anys.
- Es destaquen, segons la classificació professional, les persones ateses a USTAC que es trobaven en situació de: canvi vital i/o discapacitat física (22%), Salut Mental i/o Addiccions (17%), violència masclista (13%).

El nivell d'autosuficiència de les persones ateses a USTAC corresponia al voltant d'un nivell de 4-“Força autosuficient” en tots els dominis, excepte *Participació en la comunitat* i *Feina i Formació* amb un nivell de 3-“Molt poc autosuficient”. Es va considerar “No autosuficient” la persona amb un nivell de 3 o inferior (3,4 en el cas de les mitjanes) i es recomanava aplicar estratègies per a la seva millora.

Figura 2. Mitjana del nivell d'autosuficiència de les persones ateses a USTAC



Pel que fa a la mitjana d'autosuficiència de les persones adultes que tenien infants i/o adolescents a càrrec, obtenien un nivell d'autosuficiència al voltant del 4-“Força autosuficient” en tots els dominis.

Figura 3. Mitjana del nivell d'autosuficiència de les persones amb infants i/o adolescents a càrrec ateses a USTAC



En comparar la mitjana d'autosuficiència de les persones ateses a USTAC per territori (districte) s'observaven diferències demogràficament en els dominis Economia, Feina i formació i Relacions socials.

Figura 4. Comparativa entre districtes de la mitjana del nivell d'autosuficiència de les persones ateses a USTAC incloses en la mostra representativa

| Districte | Economia | Feina i formació | Ús del temps | Allotjament | Rel. Unitat convivència | Salut mental | Salut física | Consum de drogues | ABVD | AIVD | Relacions socials | Participació comunitat | Aspectes judicials |
|---------------------|------------|------------------|--------------|-------------|-------------------------|--------------|--------------|-------------------|----------|------------|-------------------|------------------------|--------------------|
| Ciutat Vella | 3,3 | 3,3 | 3,6 | 3,7 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 4,7 | 4,2 | 4 | 3,5 | 3,2 | 4,9 |
| Eixample | 3,8 | 3,6 | 3,4 | 4,1 | 4 | 3,8 | 3,5 | 4,8 | 3,4 | 3,4 | 3,5 | 3 | 4,8 |
| Gràcia | 3,9 | 3,5 | 3,6 | 4,2 | 4 | 3,8 | 3,6 | 4,8 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 2,9 | 4,9 |
| Horta-Guinardó | 3,6 | 3,5 | 3,6 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 4,8 | 4,2 | 4,2 | 3,4 | 3,2 | 4,8 |
| Les Corts | 4 | 3,7 | 3,5 | 4,3 | 4,1 | 3,8 | 3,5 | 4,8 | 3,5 | 3,4 | 3,5 | 3 | 4,9 |
| Nou Barris | 3,2 | 3,2 | 3,6 | 3,6 | 3,8 | 4 | 4,1 | 4,8 | 4,5 | 4,5 | 3,4 | 3,1 | 4,8 |
| Sant Andreu | 3,6 | 3,5 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | 4 | 4 | 4,8 | 4,4 | 4,3 | 3,6 | 3,3 | 4,7 |
| Sant Martí | 3,6 | 3,2 | 3,5 | 4 | 4 | 3,9 | 3,8 | 4,8 | 3,9 | 3,8 | 3,6 | 3,1 | 4,8 |
| Sants-Montjuïc | 3,7 | 3,4 | 3,7 | 4 | 3,9 | 3,9 | 3,8 | 4,8 | 4 | 3,9 | 3,5 | 3 | 4,8 |
| Sarrià-Sant Gervasi | 3,8 | 3,7 | 3,8 | 4,1 | 4 | 3,8 | 3,7 | 4,8 | 3,7 | 3,7 | 3,6 | 2,9 | 4,8 |
| Total | 3,6 | 3,4 | 3,6 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 3,8 | 4,8 | 4 | 3,9 | 3,5 | 3,1 | 4,8 |

Legenda: En color groc les mitjanes considerades no autosuficients fins a un 3,4. En verd clar les mitjanes considerades autosuficients d'un 3,5 a un 4,4. I en color verd fosc les mitjanes completament autosuficients, d'un 4,5 a un 5.

A més del nivell d'autosuficiència, l'eina SSM-CAT recull la valoració professional del nivell de complexitat, intensitat de suport, urgència i inestabilitat de la situació, i treball concurrent social i sanitari. Es destaquen les següents valoracions: el 26,6% de les persones ateses a USTAC es trobaven en una situació d'alta o molt alta complexitat; el 22,1%, en una situació d'alta o molt alta inestabilitat; el 25,9%, en una situació d'alta o molt alta d'intensitat de suport; el 20,5%, en una situació d'alta o molt alta concurrència de treball social i sanitari i el 15,3%, en una situació d'alta o molt alta d'urgència de la situació.

3.2 Resultats perfils d'autosuficiència

Amb les dades obtingudes de les persones avaluades amb l'eina SSM-CAT que formaven la mostra representativa de les persones ateses a USTAC, es van definir 7 perfils d'autosuficiència.

Taula 1. Perfils de persones ateses a la USTAC segons nivell d'autosuficiència SSM-CAT

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--|---|-----------------------------------|
| | Autosuficiència greument limitada | Autosuficiència limitada a l'àrea sociosanitària i funcional | Autosuficiència limitada a l'àrea sociolaboral | Autosuficiència limitada a l'àrea social | Autosuficiència amb necessitats de suport a la funcionalitat | Autosuficiència amb necessitats de suport econòmiques | Autosuficiència global |
| Economia | 2,88 | 4,41 | 2,26 | 3,35 | 4,66 | 2,77 | 4,39 |
| Feina i formació | 1,55 | 4,02 | 1,65 | 3,92 | 3,87 | 3,29 | 4,49 |
| Ús del temps | 2,50 | 2,72 | 3,07 | 3,15 | 4,10 | 4,30 | 4,34 |
| Allotjament | 3,76 | 4,51 | 3,10 | 3,58 | 4,79 | 3,09 | 4,56 |
| Rel. unitat convivència | 3,63 | 3,87 | 3,57 | 3,16 | 4,44 | 4,47 | 3,98 |
| Salut mental | 3,19 | 2,99 | 3,80 | 3,47 | 4,18 | 4,54 | 4,35 |
| Salut física | 2,84 | 2,64 | 4,11 | 3,81 | 3,08 | 4,52 | 4,49 |
| Consum drogues i altres | 4,51 | 4,80 | 4,63 | 4,59 | 4,94 | 4,94 | 4,92 |
| ABVD | 2,59 | 2,02 | 4,90 | 4,72 | 2,35 | 4,94 | 4,89 |
| AIVD | 2,36 | 1,87 | 4,83 | 4,57 | 2,25 | 4,92 | 4,87 |
| Relacions socials | 2,91 | 3,17 | 3,08 | 2,84 | 4,15 | 3,93 | 3,96 |
| Participació comunitat | 2,55 | 2,33 | 2,93 | 2,85 | 3,30 | 3,59 | 3,54 |
| Aspectes judicials | 4,73 | 4,93 | 4,68 | 4,69 | 4,98 | 4,90 | 4,84 |
| Mitjana d'autosuficiència | 3,08 | 3,40 | 3,59 | 3,74 | 3,93 | 4,17 | 4,43 |
| N | 413 | 933 | 1.173 | 865 | 979 | 1.140 | 1.407 |
| % poblacional (Interval de confiança) | 6,0% (IC: 5,4%-6,6%) | 13,5% (IC: 12,7%-14,3%) | 17,0% (IC: 16,1%-17,9%) | 12,5% (IC: 11,8%-13,3%) | 14,2% (IC: 13,4%-15%) | 16,5% (IC: 15,6%-17,4%) | 20,4% (IC: 19,4%-21,3%) |
| Alta complexitat | % (N) 31,2% (129) | 21,1% (197) | 35,0% (410) | 33,9% (293) | 6,4% (63) | 17,5% (199) | 12,8% (180) |
| Molt alta complexitat | % (N) 12,8% (53) | 6,8% (63) | 11,3% (133) | 8,2% (71) | 0,5% (5) | 2,7% (31) | 1,9% (27) |

Es va constatar que les persones ateses a USTAC a Barcelona, en el període avaluat, en un 20,4% eren persones amb Autosuficiència global. En segon lloc, es trobaven les persones amb autosuficiència limitada a l'àrea sociolaboral (17%). En tercer lloc, les persones autosuficients amb necessitats de suport econòmiques (16,5%). En quart lloc, les persones autosuficients amb necessitats de suport a la funcionalitat (14,2%). En cinquè lloc, les persones amb autosuficiència limitada en l'àrea sociosanitària i funcional (13,5%). En sisè lloc, les persones amb autosuficiència limitada a l'àrea social (12,5%). I, en últim lloc, les persones amb autosuficiència greument limitada (6%).

L'encreuament dels perfils d'autosuficiència amb el nivell de complexitat segons la valoració professional va assenyalar que els perfils amb més persones amb necessitats d'atenció social complexes (PNASC) eren els perfils de 3, 1 i 4, amb un 46,3%, 44,1% i 42,1% de persones amb alta o molt alta complexitat.

Aquestes anàlisis van permetre pensar diferents propostes d'intervenció, segons els dominis no autosuficients (nivell 3 d'autosuficiència o inferior) per a les persones ateses a USTAC dels CSS:

- *Perfil 1 – Persones amb autosuficiència greument limitada:* Atès el nivell d'autosuficiència dels dominis Feina i Formació, Ús del temps, AIVD, Participació en la comunitat i Economia, es proposen intervencions d'inserció laboral, exploració de suports a les activitats instrumentals, estratègies de socialització i dinamització social i suport a la gestió econòmica.
- *Perfil 2 – Autosuficiència limitada a l'àrea sociosanitària i funcional:* Atès el nivell d'autosuficiència dels dominis d'ABVD, AIVD, Participació en la comunitat, Ús del temps, Salut física, Salut mental. Es proposen intervencions per l'exploració dels suports en els dominis funcionals, de dinamització social i vinculació al territori i intervencions amb els serveis de salut.
- *Perfil 3 – Autosuficiència limitada a l'àrea sociolaboral:* Atès el nivell d'autosuficiència dels dominis Feina i Formació, Economia, Participació en la comunitat, Ús del temps, Allotjament i Relacions socials. Es proposen estratègies d'inserció laboral, millora en relació amb la situació econòmica i dinamització i vinculació social.
- *Perfil 4 – Autosuficiència limitada a l'àrea social:* Atès el nivell d'autosuficiència dels dominis de Relacions socials, Participació en la comunitat, Ús del temps i Relacions en la unitat de convivència, es proposen intervencions de dinamització social, vincle al territori i reforç en les relacions de la unitat de convivència.
- *Perfil 5 – Autosuficiència amb necessitats de suport a la funcionalitat:* Atès el nivell d'autosuficiència dels dominis d'ABVD, AIVD i Salut física, es proposa l'exploració dels suports en els dominis funcionals i intervencions amb els serveis de salut.
- *Perfil 6 – Autosuficiència amb necessitats de suport econòmiques:* Atès el nivell d'autosuficiència dels dominis d'Economia, Feina i formació i Allotjament. Es proposen intervencions dirigides a la millora en relació amb la situació econòmica, l'ocupació i inserció laboral i l'habitatge.
- *Perfil 7 – Autosuficiència global:* Aquest perfil té una major proporció de dominis autosuficients (nivell 4 o superior), que la resta. Es recomana realitzar una estratègia de seguiment, per observar si la persona és autosuficient gràcies al suport dels serveis articulats i/o si la persona requereix atenció per algun altre aspecte no recollit a l'eina. O, en cas contrari, es proposaria la finalització de l'atenció per part del servei.

4 Conclusions

Aquest estudi ha permès obtenir dades sobre la situació de les persones ateses a la USTAC dels CSS de Barcelona a escala de ciutat, districte i CSS, a partir de l'avaluació d'una mostra representativa. Ha permès també crear 7 perfils d'autosuficiència, a partir de l'agrupació de la valoració del nivell d'autosuficiència, per al disseny i creació d'estratègies d'intervenció estandarditzades per a persones amb nivells d'autosuficiència similars.

El repte ara és implementar aquestes estratègies d'intervenció identificades pels diferents perfils d'autosuficiència, adaptades a cada territori. Alhora també avançar en la consolidació de l'eina als CSS, aprofundint en el suport als/les professionals en el seu ús per la presa de decisions en la intervenció individual, i en la planificació a nivell agregat. Igualment, es valorarà l'extensió de l'eina a altres serveis de l'Institut Municipal de Serveis Socials.

Referències bibliogràfiques

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* : IS, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- David J. Snowden, & Mary E. Boone. (n.d.). A Leader's Framework for Decision Making. Retrieved September 5, 2023, from <https://hbr.org/2007/11/a-leaders-framework-for-decision-making>
- García-García, J. A., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 217–224. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)
- GGD Amsterdam. (n.d.). Self-Sufficiency Matrix. Retrieved September 5, 2023, from <https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/en/home/>
- MacQueen, J. (1967). Some methods for classification and analysis of multivariate observations. *https://Doi.Org/*, 5.1, 281–298. <https://projecteuclid.org/ebooks/berkeley-symposium-on-mathematical-statistics-and-probability/Proceedings-of-the-Fifth-Berkeley-Symposium-on-Mathematical-Statistics-and-probability/chapter/Some-methods-for-classification-and-analysis-of-multivariate-observations/bsmsp/1200512992>
- Sthle, L., & Wold, S. (1989). Analysis of variance (ANOVA). *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, 6(4), 259–272. [https://doi.org/10.1016/0169-7439\(89\)80095-4](https://doi.org/10.1016/0169-7439(89)80095-4)



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La evaluación en los servicios sociales: propuesta de un sistema de indicadores para el caso de la Comunidad Valenciana

Amadeo Fuenmayor Fernández, Universitat de València (amadeo.fuenmayor@uv.es)

Teresa Savall Morera, Universitat de València (teresa.savall@uv.es)

Georgina Solaz Moreno, Universitat de València (georgina.solaz@uv.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El conjunto de servicios sociales trata de procurar una mejora de las condiciones de vida de sus beneficiarios. Siendo estos servicios un pilar básico, requieren un enfoque de gestión abierto a la evaluación y a la rendición de cuentas. En el ámbito de la Atención Primaria específica y la Atención secundaria, se evidencia la necesidad de una estructura organizada y suficiente, capaz de atender las necesidades de la población. Los distintos sectores y el amplio abanico de servicios que estos incluyen se traducen en diferencias sustanciales, desde el horario de atención al volumen de personal requerido, pasando por el tipo de centro y el mantenimiento de este. El objetivo de este trabajo es proponer un sistema de indicadores para la evaluación y mejora de dichos servicios, focalizados en primera instancia en el sector de personas mayores, por su importancia dentro de la sociedad y de los servicios sociales. Se pretende testar esta herramienta en los centros residenciales de la provincia de Valencia. La principal contribución de este trabajo es la propuesta de una herramienta de evaluación, para poder realizar una reflexión individual y colectiva sobre el funcionamiento de los distintos servicios, e incorporar mejoras.

Palabras clave

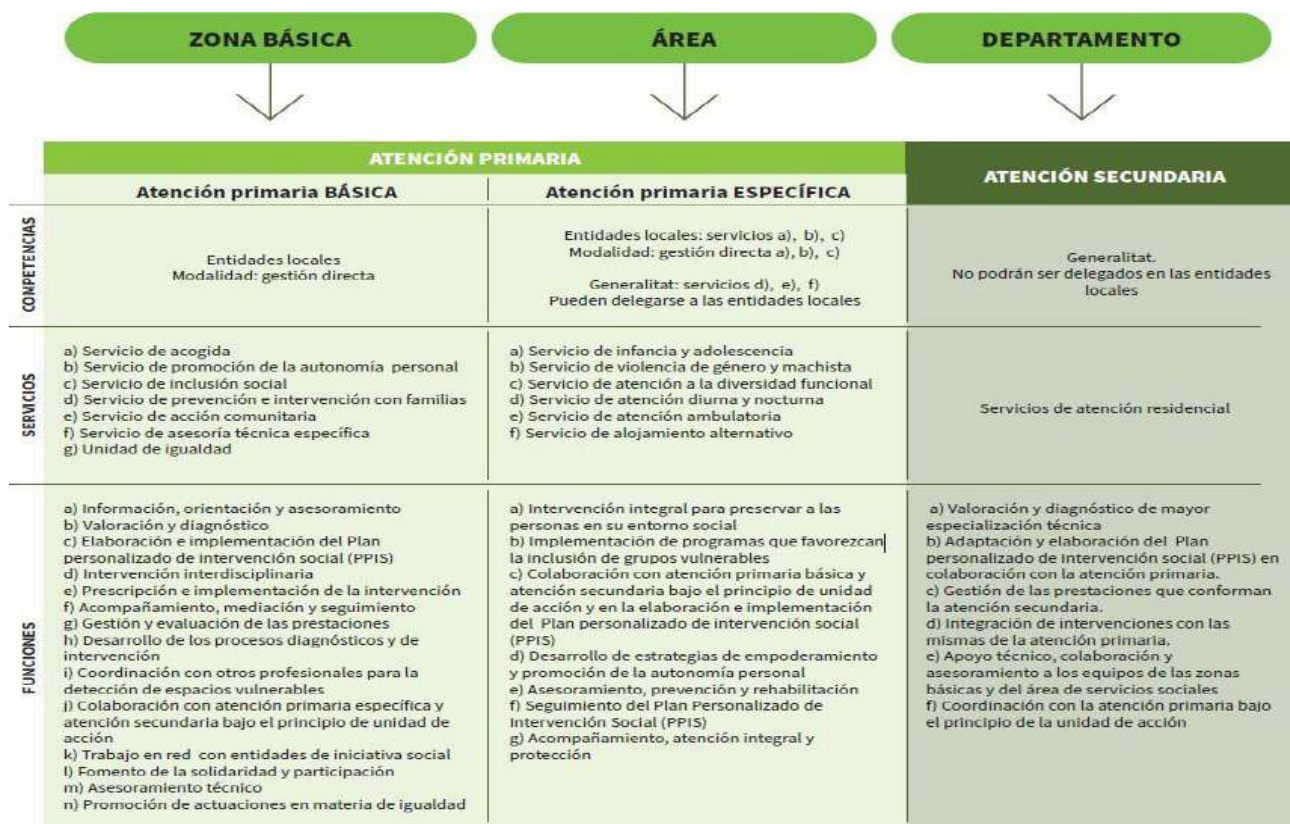
Indicadores, servicios sociales, personas mayores, evaluación, calidad

1 Introducción

Los Servicios Sociales son el conjunto de prestaciones y servicios incluidos dentro de la acción protectora del sistema de Seguridad Social (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2022), tanto a nivel estatal como autonómico. La finalidad principal de los servicios sociales es una mejora de las condiciones de vida de sus beneficiarios. Asimismo, su papel es crucial en la reducción de la pobreza y exclusión social, así como en la promoción de la integración de personas y grupos vulnerables (EAPN, 2021).

La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios inclusivos de la Generalitat Valenciana, supone una modernización de la legislación que regula los servicios sociales, previendo la organización de los servicios sociales en dos estructuras principales e interconectadas: la atención primaria y la atención secundaria.

Gráfico 1. Definición del modelo operativo



Fuente: Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas (2021), p. 100 (Diagrama 5)

La *atención primaria* presenta un carácter universal y tiene un enfoque comunitario, y se trata del primer referente en información, asesoramiento, prevención, diagnóstico e intervención. Se organiza para desarrollar funciones, prestaciones y servicios según su carácter *básico* o *específico*. Se orienta principalmente a la prevención e intervención con personas, grupos o comunidades. El principal agente es el municipio.

La *atención secundaria* trata de reforzar la provisión de servicios y prestaciones de la atención primaria, en caso de que sea necesaria una intervención de mayor intensidad y duración en el tiempo. En este caso, la atención secundaria se dirige a una población que, según sus características, necesite de una atención profesional especializada e integral, respetando siempre el derecho de elección del usuario y siguiendo un diagnóstico profesional. La referencia en el caso de la atención primaria específica y de la atención secundaria es el centro, que presta servicios muy focalizados.

Esta definición del modelo operativo se recoge de manera esquemática en el (*Error! No se encuentra el origen de la referencia*). Este trabajo se centrará en la atención primaria específica y la atención secundaria, siempre alrededor de los centros que los prestan. La exploración de indicadores relativos a los centros de estas áreas es necesario para conocer empíricamente los servicios sociales a través de su inversión pública y privada.

Gráfico 2. Población objetivo en la Comunitat Valenciana (2021)



Fuente: Elaboración propia con datos de INE y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas

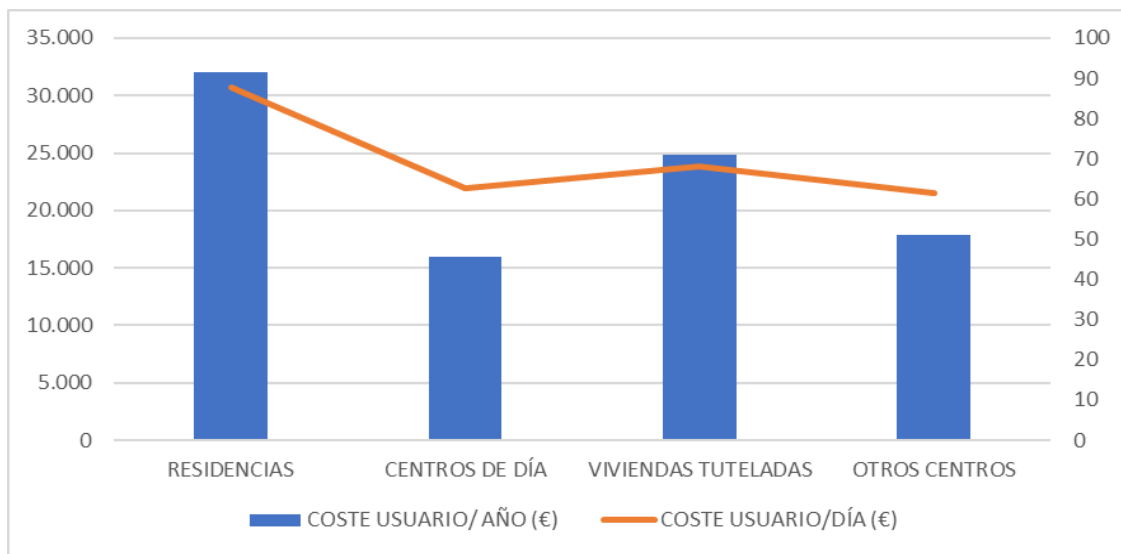
Uno de los retos sociales más significativos a nivel global es el envejecimiento de la sociedad: a medida que aumenta la esperanza de vida y disminuye la tasa de natalidad, se observa un incremento en el número de personas mayores que requieren atención especializada. Según las Naciones Unidas (2019), en 2050, una de cada seis personas tendrá más de 65 años, y el número de personas de 80 años o más se prevé que se triplique hasta 426 millones en 2050. Como se muestra en el (*Error! No se encuentra el origen de la referencia*), sobre una población total de 5.051.250 habitantes en la Comunitat Valenciana en 2021, la población objetivo de mayor dimensión es la de personas mayores, que asciende a 987.466 personas.

Estos datos no hacen sino evidenciar la necesidad de una estructura organizada y suficiente de servicios sociales, capaces de atender a la población. Para los diferentes sectores que componen el conjunto de servicios sociales (Diversidad Funcional, Personas mayores, Mujer, etcétera) existen distintos tipos de servicios (Residencias, Centros de día, Viviendas Tuteladas, y otros servicios)¹, lo que se traduce en diferencias sustanciales en los costes. En dos trabajos recientes (Fuenmayor et al., 2021 y Fuenmayor et al., 2022), miembros del equipo de trabajo han realizado una estimación de estos costes, basándose en datos proporcionados por los mismos centros a través de encuestas.

Así pues, diferenciando los centros de los distintos sectores en residencias, centros día, viviendas tuteladas, y otros centros¹, se detallan sus costes en el Gráfico 3. Tanto el coste por usuario y año como por usuario y día son superiores en las residencias. La explicación a estas distinciones de costes por usuario obedece a dos razones principalmente: el horario diario de atención y el número de días de utilización a lo largo del año.

¹ En esta categoría incluimos una amplia variedad de centros: centros ocupacionales, de atención temprana, de acogida, de rehabilitación e integración social, de emancipación, albergues y talleres prelaborales.

Gráfico 3. Coste por usuario en función del tipo de centro



Fuente: elaboración propia.

En consonancia con la idea que se comentaba, el número de plazas ofertadas los años 2020 y 2021 fue mayor en el sector de personas mayores, con 33.485 plazas en 2021, incrementándose casi un 2% respecto al año previo (Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, 2021).

La importancia de los servicios sociales dirigidos a personas mayores radica en la necesidad de brindarles una atención integral que promueva su bienestar físico, emocional y social, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable. Según el informe de la Comisión Europea (2021), el envejecimiento de la población es un reto que requiere una respuesta adecuada desde las instituciones, destacándose el fomento de la autonomía, la inclusión social de las personas mayores y el garantizar la calidad y accesibilidad de los servicios.

2 Metodología

La investigación se plantea en dos fases. En primer lugar, se realiza una revisión de la literatura relacionada con los servicios de atención a personas mayores, la evaluación de la calidad e indicadores varios: de rendimiento, de innovación, de calidad, de salud de los usuarios..., etcétera. Esta fase resulta compleja por la diversidad de prestaciones y estructuras organizativas de los diferentes entes (Azkue et al., 2008).

En segundo lugar, se lleva a cabo una entrevista con una especialista que trabaja en el área de gestión de residencias para conocer de primera mano la problemática diaria y configurar con precisión una lista de indicadores y datos que los profesionales obtienen en los centros. Esta primera fase es una primera aproximación al sector y a las necesidades del servicio; en suma, un esfuerzo por perfilar cómo explorar cada dimensión de interés y adecuadamente con la ayuda de expertos. De todo este trabajo se crea la herramienta de recopilación de datos, es decir, un cuestionario estructurado con preguntas relacionadas con distintos aspectos de las residencias para personas mayores para adquirir una información amplia de la situación en los centros:

1. Características del centro, tamaño y ubicación.
2. Entorno, espacios, actividades y relaciones sociales. Características de los espacios del centro y convivencia de los usuarios.

3. Estado de situación de los usuarios. Variables indicativas del estado de salud, vulnerabilidad, uso de medicación, además del estado emocional y la calidad de vida en general.
4. Coste, profesionales y otros.
5. Financiación e innovación. Nuevas tecnologías y otras herramientas.
6. Sugerencias: línea abierta. Texto libre donde pueden incluir mejoras para el sector.

La segunda fase se inicia en junio de 2023 y se prevé la finalización en septiembre, seleccionándose 206 residencias de personas mayores ubicadas en la provincia de Valencia, con las que se establece contacto y se las invita a participar en el estudio a través de este enlace: [Cuestionario para residencias de personas mayores Valencia 2022](#). No obstante, las residencias presentan dificultades para rellenar el cuestionario, tanto por la época estival como por la carga de trabajo, o por falta de datos. Una vez se recojan los datos, deberán tratarse y se podrán calcular los indicadores y conformar la escala de evaluación. Dependiendo del número de respuestas, también se emplearán datos recogidos de otras fuentes:

-“Estudio económico, analítico y propositivo, de los costes económicos de plazas en centros de atención primaria específica y secundaria de servicios sociales en la Comunidad Valenciana”, realizado a lo largo de 2022.

- “Estudio económico, analítico y propositivo, de los costes económicos de las plazas de servicios y centros de personas mayores del sistema público de servicios sociales de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas”.

3 Resultados y conclusiones

Los servicios sociales, aunque tratan de cumplir las necesidades de toda la población, no se habían volcado en la atención a las personas mayores tanto como a partir de la pandemia de COVID-19, que sirvió como señal de alarma. La evolución de las sociedades ha provocado que el campo de investigación de la evaluación i monitorización de las políticas sociales haya aumentado y sea imprescindible. La problemática de las personas mayores, su calidad de vida y cuidados hace que la herramienta que se pretende utilizar sea de gran utilidad. Pese a que no se ha llegado a la fase final, se pueden avanzar las bases preliminares del sistema de indicadores en la Tabla 1.

Tabla 1. Propuesta de escala de indicadores para los centros residenciales de personas mayores de acuerdo con el cuestionario creado.

| Propuesta de escala de indicadores para los centros residenciales de personas mayores | | |
|---|---|-------------------|
| Área | Cálculo | Puntuación |
| 1. Características del centro, tamaño y ubicación | | |
| Superficie por usuario (García et al., 2021) | <i>Superficie construida / Plazas totales (públicas y privadas)</i> | |
| Accesibilidad a pie a servicios (García et al., 2021) | <i>Núcleo urbano / Fuera de núcleo urbano</i> | |
| Accesibilidad a jardín, patio o terraza (García et al., 2021) | <i>Sí / No</i> | |
| Total | | |
| 2. Entorno, espacios y relaciones sociales | | |
| Habitaciones individuales o compartidas (García et al., 2021) | <i>Habitaciones individuales / Habitaciones totales x 100</i> | |
| Nº reuniones del consejo de participación con residentes, familiares y trabajadores (García et al., 2021) | <i>Número</i> | |
| | <i>numero</i> | |
| Visitas familiares por residente (media mensual) | <i>Media mensual de visitas totales / Plazas totales</i> | |
| Total | | |

Fuente: elaboración propia.

3. Estado de situación de los usuarios

% Dependencia (Giménez Bertomeu, 2019) *Nº personas con grado 2 o 3 de dependencia/ Plazas totales x 100*

% Deterioro cognitivo/demencia (Santaeugènia et al., 2022) *Nº diagnosticados con un Grado de Deterioro (GDS) nivel 4 o superior / Plazas totales x 100*

Índex de fragilidad de Rockwood (Rockwood, 2005) *Nº personas en estado moderadamente frágil o superior/ Plazas totales x 100*

Hospitalizaciones y derivaciones a especialistas (Giménez Bertomeu, 2019) *Nº hospitalizaciones/ Plazas totales*

Nº personas con prescripción de neurolépticos (Santaeugènia et al., 2022) *Número*

Nº de úlceras por presión producidas durante la estancia en el centro (Peláez et al., 2020) *Número*

Nº de personas usuarias con prescripción de ansiolíticos (Santaeugènia et al., 2022) *Número*

Nº personas usuarias con síndrome de malnutrición (León-Caballero y Alcolea-Martínez, 2016) *Número*

Nº sujeciones (físicas y/o farmacológicas) (Tortosa et al., 2016) *Número*

Total

4. Costes, personal y otros

| | |
|---|--|
| Profesionales de atención directa por usuario (García et al., 2021) | <i>Nº profesionales atención directa / Plazas totales</i> |
| Absentismo (Malley i Fernández, 2010) | <i>Nº días que se han tenido que cubrir plazas vacantes/ Total plantilla</i> |
| Coste anual total por usuario | <i>Coste anual total / Plazas totales</i> |
| % Coste personal sobre el coste total | <i>Coste total personal de atención directa / Coste anual total x 100</i> |
| Nº de quejas y reclamaciones (a menor número, mejor puntuación) (García et al., 2021) | <i>Número</i> |
| Total | |

5. Financiación e Innovación

| | |
|---|--------------|
| Implementación de innovación (producto o servicio, proceso, organización) (Buedo-Guirado i Rubio, 2018) | <i>Sí/No</i> |
| Reinversión del beneficio en innovación, mejoras de las instalaciones, equipamiento.... | <i>Sí/No</i> |
| Total | |

Referencias bibliográficas

- Azkue Irigoyen, I., Malles Fernández, E., Ibarloza Arrizabalaga, E., Erkizia Olaizola, A., & Robleda Cabezas, H. (2008). La mejora de la gestión de los servicios sociales en la administración local vasca mediante el desarrollo y la implantación de un modelo de indicadores. *Zerbitzuan (Vitoria-Gasteiz)*, (43), 119-132.
- Buedo-Guirado, C., & Rubio, L. R. (2018). La innovación del proyecto gerontológico desde la educación social: efectos sobre bienestar psicológico y subjetivo de Personas Españolas Institucionalizadas. *Anales en Gerontología*, 10(10), 36-55.
- Comisión Europea (2021). *The 2021 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)*. Economic and financial affairs.
- Corman, S. (2021). The elderly and quality in social services: Standards, indicators, procedures and tools. *MATEC Web of Conferences*, 342. <https://doi.org/10.1051/matecconf/202134210003>
- Cristea, M., Noja, G. G., Stefea, P., & Sala, A. L. (2020). The impact of population aging and public health support on EU labor markets. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1439.
- EAPN (2021). *El Estado de la Pobreza. España 2021 XI Informe anual sobre el riesgo de pobreza y exclusión*.
- García, G., Ramírez, J. M., Aranda, A. M., & Rueda, A. (2021). Ideas y propuestas. Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, Ed.) [Comunicado de prensa]. <https://directoressociales.com/un-nuevo-modelo-de-residencias/>

- Giménez-Bertomeu, V. (2019). Vulnerabilidad territorial: Indicadores para su medición desde los servicios sociales.
- León-Caballero, M. P., & Alcolea-Martínez, E. (2016). Estado nutricional en personas mayores y su influencia sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Psicogeriatría*, 6(3), 99-109.
- Malley, J., & Fernández, J. L. (2010). Measuring quality in social care services: Theory and practice. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81(4). <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2010.00422>.
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2022). Seguridad Social: Derechos. <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Pensionistas/Derechos/33500>
- Peláez, M. S., Bernal, J. G., Santos, J. G., & Cámara, R. S. (2020). Fragilidad y úlceras por presión en personas mayores institución-alizadas. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 81-88.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Cmaj*, 173(5), 489-495.
- Santaeugènia, S., González-Mestre, A., Barbeta, C., Zara, C., Güell, F., Contel, J. C., Martí, L., Expósito, M., Massot, M., Pablo, S., Pasquina, S., Ponsa, T., & Canals, X. (2022). Marc avaluatiu del model d'atenció sanitària integrada per a persones en residències de Catalunya. En Generalitat de Catalunya (Ed.), <https://salutweb.gencat.cat › aiss>. <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/residencies/marc-avaluatiu-residencies.pdf>
- Tortosa, M. Á., Granell, R., Fuenmayor, A., & Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(1), 5-10.
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights*
- Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives (2021): *Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios Sociales de Atención Primaria*, Generalitat Valenciana.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La sistematización de la práctica en Trabajo Social. Una propuesta de EBC para fomentar la generación y transferencia de conocimiento en España

Gabriela Vásquez Peña, Universidad de Jaén (gvp00005@red.ujaen.es)

David Ruiz Ortega, Universidad de Jaén (dro00012@redujaen.es)

Carmen María Santos Moreno, Universidad de Jaén (cmsm0006@red.ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En el marco de la Agenda 2030, la investigación desempeña un papel crucial. Generar datos fiables y conocimientos sólidos respalda soluciones innovadoras y evalúa el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La Investigación Social difunde conocimientos para construir una sociedad más pacífica, responsable, inclusiva, sostenible y justa.

La sistematización de la práctica es una metodología de investigación que ofrece oportunidades de análisis y reflexión, fortaleciendo enfoques metodológicos y validando contribuciones en diversos contextos, incluyendo servicios sociales, organizaciones e instituciones. La propuesta busca crear una Empresa Basada en el Conocimiento (EBC), gestionando datos de alta calidad generados por profesionales del ámbito social a partir de sus experiencias sistematizadas. El objetivo es hacer visibles estas prácticas, mejorar estrategias para abordar desafíos sociales y proponer enfoques innovadores.

En resumen, esta iniciativa, adaptada al contexto sociocultural de nuestros y nuestras profesionales, agilizará intervenciones sociales al organizar conocimientos en un espacio compartido. Servirá como referencia para la interdisciplinariedad, contribuyendo a reformas en servicios sociales y políticas estratégicas alternativas. Respaldando la Agenda 2030, busca un futuro sostenible y equitativo.

Palabras clave

Sistematización de la práctica, investigación social, empresa basada en el conocimiento, trabajo social

1 Introducción

La Sistematización de la Práctica se refiere a un proceso esencial en el ámbito del trabajo social y otras disciplinas, donde se busca comprender y dar sentido a las experiencias y acciones desarrolladas en contextos específicos. En este proceso, se da cabida a diversas interpretaciones que compiten por legitimarse. Es un enfoque colaborativo que involucra a los participantes en una experiencia o intervención, permitiéndoles apropiarse de sus propias vivencias y conocimientos. Para lograrlo, es necesario llevar a cabo una lectura profunda de los imaginarios implícitos en los diferentes actores involucrados en la intervención profesional (Zúñiga, 1995; Jara, 2012).

El objetivo central de la sistematización es reflexionar sobre la práctica en sí misma. Este proceso de reflexión es enriquecedor, ya que no solo permite aprender de las experiencias pasadas, sino también conceptualizarlas y comprenderlas en profundidad. Este conocimiento resultante contribuye a un desempeño profesional más comprometido y pertinente. Además, la sistematización dota a las intervenciones sociales de contenido,

claridad, profundidad, relevancia social y proyección política. En resumen, se trata de una herramienta poderosa para el desarrollo y la mejora continua del trabajo social y otras disciplinas afines (Jara, 2012).

Por otro lado, una Empresa Basada en el Conocimiento (EBC) es un tipo de organización cuya actividad principal se fundamenta en los resultados derivados de la investigación y el conocimiento generado en el ámbito universitario y científico. Estas empresas reconocen que en la actualidad, los activos intangibles, como el conocimiento tácito y explícito de su personal, son los más valiosos (Kantis y Angelelli, 2005). En la Sociedad del Conocimiento, tal como lo definió Drucker (1994), el conocimiento no se ve simplemente como un recurso, sino como el recurso fundamental. En este contexto, se reconoce que el conocimiento es el elemento clave que impulsa la competitividad y el progreso. Este conjunto de activos intangibles se conoce como *Capital Intelectual* y comprende todos los conocimientos, habilidades, valores y actitudes que aportan un valor económico a la empresa. Una EBC se fundamenta en la generación de valor a partir de dichos activos intangibles, como el conocimiento de sus empleados. El Big Data, en este contexto, desempeña un papel crucial al proporcionar herramientas para recopilar, analizar y aprovechar grandes volúmenes de información, permitiendo una toma de decisiones más informada, una mayor agilidad para adaptarse a cambios y una gestión más efectiva del Capital Intelectual, todo lo cual fortalece la competitividad de la empresa en una sociedad impulsada por la información (Lamelas, 2017).

La relación entre la Sistematización de la Práctica y una EBC radica en la gestión eficaz del conocimiento. En ambos contextos, el conocimiento es un recurso crítico que debe ser capturado, organizado y compartido de manera estratégica.

Para las empresas basadas en el conocimiento, el Capital Intelectual es su activo máspreciado. La gestión adecuada de este activo les permite mantener una ventaja competitiva en el mercado y estimular la innovación. En este sentido, la sistematización de la práctica puede proporcionar un proceso estructurado para la captura y organización del conocimiento generado por los empleados en su quehacer diario. Esto no solo facilita la retención de conocimiento cuando los empleados se jubilan o abandonan la organización, sino que también fomenta la creación de una cultura de aprendizaje y mejora continua.

En resumen, tanto en el trabajo social como en una EBC, la gestión efectiva del conocimiento es esencial. La sistematización de la práctica en el trabajo social y la gestión del Capital Intelectual en las empresas basadas en el conocimiento comparten la premisa fundamental de que el conocimiento es un recurso valioso que debe ser gestionado de manera estratégica para lograr el éxito y la sostenibilidad. Ambos enfoques buscan aprovechar al máximo el conocimiento disponible para generar impacto, ya sea en la mejora de las intervenciones sociales o en la competitividad empresarial. Por consiguiente, el objetivo de esta comunicación es presentar una propuesta de EBC fundamentada en la Sistematización de la Práctica en Trabajo Social, como herramienta para la intervención social y el desarrollo de la fundamentación de la profesión.

2 Metodología

La metodología empleada para la elaboración de este capítulo se centró en llevar a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos académicas y científicas, con el objetivo de recopilar información relevante y actualizada sobre la relación entre la Empresa Basada en el Conocimiento (EBC) y la Sistematización de la Práctica en Trabajo Social como una herramienta efectiva para la intervención social y el desarrollo de la fundamentación de la profesión.

En primer lugar, se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos ampliamente reconocidas, como Scopus y Web of Science, utilizando términos clave relacionados con la Empresa Basada en el Conocimiento, la Sistematización de la Práctica en Trabajo Social, la intervención social y el desarrollo de la fundamentación de la profesión. Los términos de búsqueda incluyeron, entre otros, "Empresa Basada en el Conocimiento", "Sistematización de la Práctica", "Sistematización de Experiencias", "Trabajo Social", "Intervención Social" y "Desarrollo Profesional".

La búsqueda se limitó a publicaciones en idioma español e inglés y abarcó un período de tiempo desde los años 1990 hasta la fecha actual, con el objetivo de incluir tanto investigaciones clásicas como estudios recientes que aborden la relación entre estos conceptos. Se prestaron especial atención a los trabajos que exploraron casos de aplicación de la Sistematización de la Práctica en entornos de Empresa Basada en el Conocimiento y su impacto en la intervención social.

Una vez recopilados los documentos relevantes, se procedió a realizar un análisis crítico de los mismos, extrayendo información clave sobre los beneficios, desafíos y resultados de la aplicación de la Sistematización de la Práctica en el contexto de una EBC. Se prestaron especial atención a las implicaciones para el desarrollo de la fundamentación de la profesión de Trabajo Social y su contribución a la mejora de la intervención social.

Los hallazgos de esta revisión bibliográfica se utilizarán como base para la propuesta de una EBC fundamentada en la Sistematización de la Práctica en Trabajo Social, destacando las recomendaciones clave y las mejores prácticas identificadas en la literatura académica. Esta metodología de revisión bibliográfica se alinea con la necesidad de basar las propuestas en evidencia científica sólida y actualizada, garantizando la relevancia y efectividad de la propuesta en el contexto actual de la profesión de Trabajo Social y las dinámicas cambiantes de las organizaciones.

3 Resultados y conclusiones

La revisión bibliográfica realizada en este capítulo ha incidido en la importancia del papel que juega la investigación social en la consecución de los objetivos de la Agenda 20/30. La generación de conocimientos y datos fiables se ha convertido en un pilar clave para afianzar soluciones innovadoras, evaluar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y contribuir a una comprensión más profunda y distanciada de los desafíos globales. En este contexto, la sistematización de la práctica, considerada como una metodología de investigación, emerge como una estrategia valiosa para la producción y transmisión de conocimientos.

La sistematización de la práctica ofrece nuevas oportunidades de análisis y reflexión tanto para organizaciones e instituciones como para los servicios sociales. Su objetivo es fortalecer los repertorios metodológicos y legitimar los aportes en contextos no solo profesionales, sino también académicos y formativos. Esta metodología se ha convertido en una herramienta esencial para documentar y analizar las experiencias profesionales en el campo del Trabajo Social, permitiendo la captura de conocimientos tácitos y explícitos que de otro modo podrían perderse. La sistematización proporciona una base sólida para la toma de decisiones informadas, la mejora de las estrategias de intervención y la construcción de políticas sociales más efectivas.

La propuesta de crear una Empresa Basada en el Conocimiento (EBC) en colaboración con el Big Data, aprovechando las prácticas sistematizadas de los profesionales del ámbito social, se presenta como una estrategia innovadora y prometedora. Esta EBC tiene el potencial de transformar la manera en que se gestionan y utilizan los datos generados por las experiencias profesionales en Trabajo Social. Almacenar y gestionar

grandes volúmenes de datos de alta calidad provenientes de la sistematización de prácticas permitirá hacer visibles estas experiencias y mejorar las estrategias de intervención.

La creación de esta EBC servirá como un espacio común donde los aprendizajes y conocimientos extraídos de la sistematización de prácticas se organizarán y compartirán. Esto no solo agilizará las intervenciones sociales futuras, sino que también fomentará la interdisciplinariedad en el ámbito social, promoviendo la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas del ámbito social. Además, la EBC puede desempeñar un papel crucial en la revisión y profundización de las necesidades latentes en la sociedad, lo que a su vez contribuirá a futuros aportes en las reformas de los servicios sociales y en la construcción de políticas sociales estratégicas alternativas.

En última instancia, esta propuesta representa un paso significativo hacia una intervención social más informada, eficiente y basada en evidencia. Al combinar la sistematización de la práctica, la gestión del Big Data y la creación de una EBC, se establece un marco sólido para abordar los desafíos sociales contemporáneos y avanzar hacia un futuro más justo, inclusivo y sostenible. Esta convergencia entre la investigación social, la innovación tecnológica y la práctica profesional en Trabajo Social tiene el potencial de mejorar significativamente la calidad de vida de las comunidades y fortalecer la profesión en su conjunto.

La recopilación y el uso de datos en el trabajo social presentan desafíos éticos, como la protección de la privacidad de los clientes y la equidad en el acceso a servicios. Es crucial obtener el consentimiento informado y garantizar que los datos se utilicen para fines legítimos que promuevan la equidad y la justicia social. Por otra parte, la colaboración con instituciones académicas y organizaciones sociales es esencial para fortalecer la base de conocimientos y la viabilidad de una empresa de EBC en trabajo social, aprovechando la experiencia en investigación y la perspectiva práctica. Esta empresa, toma como referente a Rprasis (Red de Prácticas Sistematizadas) es un proyecto de Fundación EPyCA que tiene como finalidad la creación y mantenimiento de una red de prácticas sistematizadas, que a pesar de que su alcance abarque España, no se instaurado entre el día a día de nuestros y nuestras profesionales. Esto nos abre la posibilidad de realizar una adaptación sociocultural a nuestro contexto y buscar aquellas motivaciones que no han estado presentes en Reprasis, de tal forma que podamos introducir los cambios, mejoras y avances pertinentes para potenciar la sistematización de la práctica en España. De tal forma, puede contribuir al bienestar de la comunidad generando empleo y mejorando los servicios sociales, al tiempo que impulsa la investigación y el avance de la profesión al basar sus decisiones en datos y evidencia, elevando así el perfil y la influencia del trabajo social.

Teniendo en consideración los resultados que arrojan esta revisión bibliográfica se ha elaborado la siguiente propuesta de EBC fundamentada en la Sistematización de la Práctica en Trabajo Social, denominada "ConoceSocial":

1. Funciones:

"ConoceSocial" actúa como una plataforma en línea que facilita la sistematización de prácticas sociales en el campo del Trabajo Social. Su función principal es promover la documentación y análisis de experiencias individuales y colectivas, generando conocimiento compartido en la comunidad de trabajo social.

2. Servicios:

Plataforma Digital**: Proporciona una plataforma segura donde los profesionales y organizaciones pueden documentar y compartir sus prácticas sistematizadas.

- Capacitación y Formación: Ofrece cursos y talleres sobre sistematización de prácticas, investigación aplicada y ética en el trabajo social.

- Asesoría Especializada: Brinda asesoría personalizada para la sistematización de prácticas y la mejora de intervenciones sociales.
- Base de Datos: Contiene información sistematizada para identificar tendencias, buenas prácticas y áreas de desarrollo en trabajo social.
- Eventos y Congresos: Organiza eventos anuales para fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales.

3. Modelo de Negocio:

"ConoceSocial" ofrece una membresía a sus usuarios que brinda acceso completo a la plataforma y sus servicios. Además, busca colaboraciones estratégicas con instituciones académicas, organizaciones sociales y empresas del sector para financiar proyectos y actividades.

4. Aportaciones:

- Mejora de Servicios Sociales: Contribuye a la mejora de los servicios sociales al identificar y promover prácticas efectivas.
- Generación de Empleo: Crea empleo en el campo del trabajo social a través de capacitación y asesoría.
- Promoción de la Investigación: Impulsa la investigación aplicada en trabajo social, fortaleciendo la base de conocimientos de la profesión.

"ConoceSocial" busca fortalecer la comunidad de trabajo social al promover el conocimiento compartido y la innovación en intervenciones sociales, contribuyendo así al bienestar de las personas y comunidades.

Finalmente, con esta propuesta queremos abordar la importancia de retomar la acción en el campo de la sistematización de las prácticas profesionales en trabajo social, como un llamado al intento de lograr una fundamentación continua y renovada de la disciplina.

Referencias bibliográficas

- Zúñiga, M. (1995). Relación educación-trabajo desde la sistematización de experiencias significativas en educación popular de adultos en Colombia. *Revista Contraste*, 23.
- Jara, O. (2012). La sistematización de experiencias. *Práctica y teoría para otros mundos posibles*, 8-258.
- Jara, O. (2012). Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. *Educación Global Research*, 1, 56-70.
- Kantis, H., y Angelelli, P. (2005). Las empresas basadas en el conocimiento en América Latina: Factores Clave que influencia su surgimiento y desarrollo. *Documento de Trabajo*, 93.
- Lamelas, J. V. C. (2017). Revolución Big Data en el turismo: Análisis de las nuevas fuentes de datos para la creación de conocimiento en los Destinos Patrimonio de la Humanidad de España. *International Journal of Information Systems and Tourism (IJIST)*, 2(2), 23-39.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Retos de la emancipación de los jóvenes extranjeros extutelados en la Región de Murcia: la visión de los profesionales

Manuel Hernández Pedreño, Universidad de Murcia (manuel@um.es)

Salvador Manzanera Román, Universidad de Murcia (smanzanera@um.es)

Diego Pascual López, Universidad de Murcia (diegopascual.lopez@um.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La pandemia por la Covid-19 y la reforma del reglamento de Extranjería de junio de 2021 generaron un nuevo marco en la intervención socioeducativa con jóvenes extutelados.

El objetivo principal de esta investigación se centró en el análisis de los programas de atención a jóvenes extranjeros extutelados en la Región de Murcia. Para ello, se empleó una metodología cualitativa aplicando la entrevista semiestructurada y el grupo de discusión, como instrumentos para obtener la valoración de los profesionales de la intervención social con este colectivo, ya sea en programas específicos para ellos, o generales para colectivos en riesgo social.

El análisis de la respuesta institucional a través de los recursos de apoyo y los programas específicos para jóvenes extutelados señala que estos generaron un cambio significativo de enfoque en la atención a dicho colectivo al ofrecer la posibilidad de desarrollo de un nivel de autonomía no adquirido en los centros de protección de menores. No obstante, se advirtió insuficiencia de recursos para mantener una ratio de plazas y personal técnico adecuado, precisando de una mejora de la coordinación con los recursos específicos al nivel de la establecida con Centros de Salud, Educativos y de Servicios Sociales.

Palabras clave

Jóvenes extranjeros extutelados, programas específicos, emancipación sociolaboral, respuesta institucional

1 Introducción

Las políticas de protección de los jóvenes inmigrantes menores de edad hasta que cumplen la mayoría de edad comenzaron a desarrollarse desde la llegada de estos en número considerable en los últimos años. Alcanzar la mayoría de edad supone un momento crítico para los jóvenes, pues dejan de ser tutelados por las administraciones públicas. Se convierten en jóvenes extutelados, a pesar de que siguen manteniendo intactas todas las necesidades de apoyo para conseguir un proyecto de vida autónomo y emancipado respecto de las instituciones públicas o privadas.

La pandemia por la Covid-19 y la reforma del reglamento de Extranjería de junio de 2021 generaron un nuevo marco en la intervención socioeducativa con estos jóvenes extutelados. En este contexto, se desarrolló el estudio realizado por el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia para Accem, bajo el proyecto “Estudio sobre las necesidades sociales de los jóvenes que han sido tutelados por las administraciones públicas en la Región de Murcia”, financiado por la Dirección General de Familias y Protección de Menores, de la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El objetivo principal de esta investigación es analizar los programas de atención a jóvenes extranjeros extutelados en la Región de Murcia, sus puntos fuertes y las debilidades. Se empleó una metodología cualitativa para obtener la valoración de los y las profesiones, obtenida mediante entrevistas y grupos de discusión. No obstante, en la investigación más amplia, también se recabó la opinión de los propios jóvenes, mediante historias de vida¹, si bien, por cuestión de espacio, en este texto se incluyen solo las opiniones y valoraciones de los/las profesionales.

2 Metodología

En la valoración de los profesionales sobre los recursos para jóvenes extutelados se diferenció entre entidades que gestionan programas generales y específicos. En el cuadro 1 se incluyen los perfiles de las entidades de procedencia de los/las profesionales entrevistados. Se entrevistó a los responsables de las cinco entidades que gestionan recursos específicos, mientras que para los generales se hizo una selección de cinco de las diversas entidades que intervienen con recursos residenciales para colectivos en riesgo social. En este caso se hicieron cuatro entrevistas a través de videoconferencia (Zoom) y el resto presenciales, durante los meses de marzo a mayo de 2022. Se siguió un guión semiestructurado en tres bloques: perfil social de los jóvenes, puntos fuertes y débiles y propuestas de mejora.

Cuadro 1. Perfil de los/las profesionales entrevistados y de las entidades de apoyo a jóvenes extutelados de donde proceden

| Tipo de recurso | Entidad | Tipo/perfil de usuarios | Nº de Plazas 2021 |
|-----------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|
| Específico | Accem | Masculino, extranjero | 25 |
| | Cruz Roja | Mixto | 13 |
| | Cáritas | Masculino, extranjero | 43 |
| | Fundación Diagrama | Masculino | 6 |
| | Fundación Antonio Moreno | Masculino | 7 |
| General | Hogar Sí | No procede | Indeterminado |
| | Jesús Abandonado | Masculino | Indeterminado |
| | Cepaim | Masculino | Indeterminado |
| | Accem | Masculino | Indeterminado |
| | Hospitalidad Sta. Teresa | Masculino | Indeterminado |

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los grupos de discusión, se realizaron dos, diferenciando de nuevo el tipo de recursos generales o específicos. Aunque la idea era que fuesen grupos de discusión Delphi, pues se pretendió que participaran los/las mismos/as técnicos que habían sido entrevistados/as, no pudo ser del todo así, pues algunos/as manifestaron la imposibilidad de asistir, delegando en un/a compañero/a. En el cuadro 2 se incluyen los perfiles profesionales y los principales datos de las entidades.

¹ Hernández Pedreño, M. (dir.) (2022). Hacia la inclusión social de la población joven extutelada. Accem- Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia.

Cuadro 2. Perfil de los profesionales participantes en los grupos de discusión y de las entidades de apoyo a jóvenes extutelados de donde proceden

| GD | Tipo de recurso | Entidad | Tipo/perfil de usuarios | Nº de Plazas 2021 |
|-----|-----------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|
| GD1 | Específico | Accem | Masculino, extranjero | 25 |
| | | Cruz Roja | Mixto | 13 |
| | | Cáritas | Masculino, extranjero | 43 |
| | | Fundación Diagrama | Masculino | 6 |
| | | Fundación Antonio Moreno | Masculino | 7 |
| GD2 | General | Hogar sí | No procede | Indeterminado |
| | | Jesús Abandonado | Masculino | Indeterminado |
| | | Cepaim | Masculino | Indeterminado |
| | | Accem | Masculino | Indeterminado |
| | | Hospitalidad Sta. Teresa | Masculino | Indeterminado |

Fuente: elaboración propia

3 Resultados. Valoraciones de los profesionales por ámbitos sectoriales

La valoración de los y las profesionales se ha estructurado en 7 ámbitos de intervención: salud, trabajo, vivienda, ingresos, educación, red sociofamiliar y participación.

En relación con el ámbito de la *salud y la sanidad*, los/las expertos/as y técnicos consultados de los programas generales o tradicionales consideran muy necesaria la implantación de una estrategia de ampliación de los recursos a disposición de dichos programas en el ámbito de la salud. Éstos, a juicio de los/las expertos/as de los recursos específicos consultados deben centrarse en los problemas de salud mental vinculados con el estrés de su situación, así como de los sentimientos de culpa y de fracaso que experimentan los jóvenes por no poder trabajar en una situación normalizada y aportar ayuda económica a sus familias de origen. También se han observado problemas de salud derivados de las adicciones a sustancias opiáceas y alcohol, que también deben ser tratadas de manera conveniente. Por esa razón, la presencia y, sobre todo, refuerzo de la figura del/la profesional de la psicología en los equipos de trabajo con los jóvenes extutelados resulta de crucial importancia. La mejora de la cobertura de los problemas de salud mental y por adicciones es importante por cuanto se comprueba a tenor de los y las expertos/as consultados que estos tienen efectos sobre el clima de la convivencia en las viviendas o residencia y, por ende, pueden afectar a los planes de emancipación de este colectivo.

El ámbito de la *educación y la formación* es una de las piedras angulares de los proyectos de emancipación de los jóvenes extutelados, puesto que de un buen diseño y desarrollo de la formación puede depender el éxito de los procesos de inclusión de tales jóvenes. Los cursos o formaciones en los que participan se centran en el nivel educativo de la Formación Profesional Básica y en algunos cursos que otorgan certificados de profesionalidad en oficios de carácter manual que requieren de competencias básicas y que tienen cierto estigma por ser desarrollados por población inmigrante, mayoritariamente. Ligado a este hecho se encuentra

la propuesta de mejora vinculada a la promoción de formaciones enfocadas a otro tipo de cursos que provean de competencias más avanzadas y que permitan el acceso a empleos en ocupaciones no estigmatizadas y que ofrezcan mejores condiciones de trabajo.

Dada la mencionada importancia del ámbito educativo, y que en ocasiones la duración de la estancia de los jóvenes en viviendas o residencias de las entidades es reducida, se sugiere que una propuesta adecuada y conveniente puede ser el incremento de la duración de estancia. De esa manera, se haría posible la finalización de un proyecto formativo coherente que facilitara la inclusión laboral de los jóvenes extutelados

El ámbito *residencial* es uno de los centrales para la inclusión social del colectivo. Todos/as coinciden en la importancia y necesidad de ampliación de los recursos de carácter residencial, aumentando las plazas y los recursos habitacionales. Al mismo tiempo, también creen muy conveniente la propuesta centrada en reducir y evitar los recursos residenciales de gran capacidad. Junto a la ampliación de los recursos residenciales, se propone que la administración pública pueda aprobar y desarrollar ayudas de alquiler específicas para los jóvenes extutelados. Con esta medida se podría solucionar el problema de falta de viviendas en el mercado de alquiler que dificulta la inclusión social de los jóvenes.

En relación con el ámbito de los *ingresos y de las rentas*, los y las profesionales de las distintas entidades consideraron que hay una buena cobertura de las necesidades básicas de este grupo de jóvenes. No obstante, se observa que los ingresos con que cuentan las personas de este colectivo no cubren las necesidades de ocio que resultan de crucial importancia para el éxito de sus proyectos de emancipación y de su inclusión social. Así, los y las expertos/as de los programas generales o tradicionales proponen la ampliación de los recursos. Para ello, consideran imprescindible la aprobación de una renta básica específica para el colectivo de jóvenes extutelados hasta, al menos, los 23 años, tal y como ocurre en otras regiones como es el caso del País Vasco.

En el ámbito de la *red sociofamiliar*, se ha comprobado que la inexistencia de una red familiar dificulta gravemente la capacidad de éxito de los proyectos de emancipación de los jóvenes extutelados. Con el fin de favorecer esto último, proponen fomentar su capital relacional, haciendo más diversas sus redes sociofamiliares, de manera que no sólo mantengan vínculos con su grupo de pares formado por personas en su misma situación social, sino con otras personas de nacionalidad española que dispongan de capitales relacionales más extensos.

En cuanto al ámbito de la *participación ciudadana*, algunas de las medidas propuestas anteriormente pueden favorecer la participación y el ejercicio de derechos de los jóvenes extutelados. De este modo, es de gran relevancia formar a los jóvenes en el conocimiento de los derechos de ciudadanía y cómo ejercerlos. Por otro lado, debe favorecerse la mejora de la convivencia con el vecindario de las viviendas o residencias habitadas por jóvenes del colectivo. De ser así, su inclusión mejoraría considerablemente.

4 Propuestas de mejora según ámbitos transversales

En este apartado se incluyen diversas propuestas de mejora, tanto de los programas específicos, como de los programas generales o tradicionales desarrollados por las entidades encargadas de la intervención social con los jóvenes extutelados que tienen un carácter transversal o general.

En relación con los recursos de emergencia, éstos deben tener un papel muy limitado o, al menos, han de constituirse como un recurso puente para otros recursos de carácter específico que cuenten con un diseño más adecuado para garantizar un proyecto de emancipación de éxito.

En la línea de lo mencionado anteriormente, los/las técnicos de los programas generales o tradicionales indican que en el proceso o intervalo de tiempo en el que se reajusta el papel que han de desarrollar los programas o recursos de emergencia, la posibilidad de estancia de los jóvenes extutelados debe alargarse.

Mientras solucionamos que se evite el centro de emergencia, se debe ampliar la estancia en ellos, más allá de los dos meses.

Yo quitaría el tiempo máximo, depende de cada caso. Además, contar con una renta básica, como la de otras autonomías estaría fenomenal.

La temporalidad la debe poner la intervención, la horquilla iría por los tres años máximo.

Lo del tiempo en el piso o recurso depende mucho de la ratio de profesionales.

La ratio debe ser de un técnico para cada piso, uno para cada cinco jóvenes, como mucho.

Aumentar los recursos para casos de problemas de salud o adicciones

Teniendo en cuenta la relevancia del carácter organizativo de los programas para estos jóvenes y las amplias y diversas necesidades, se propone la mejora de la ratio de profesionales por usuario. Asimismo, se propone la mejora de la coordinación con las entidades del tercer sector de acción social que desarrollan los programas específicos para jóvenes extutelados.

Debe de haber siempre un órgano de referencia cuando se acerca la edad, seis meses antes, ... Ver el perfil y coordinarse con las entidades de recursos específicos, para evitar los recursos generales. Si no acceden a recursos específicos, debe haber una coordinación desde la consejería o una institución para que no repitamos el trabajo con la misma persona.

Crear un grupo específico de trabajo con los profesionales que intervienen con estos jóvenes.

La administración debe coordinar más. Fomentar la coordinación entre nosotros.

En relación con los programas específicos, los técnicos de las entidades del tercer sector de acción social que desarrollan dichos programas para jóvenes extutelados en la Región de Murcia proponen el incremento de las plazas disponibles para trabajar su proyecto de autonomía. Con el fin de que dicha estrategia sea un éxito, se considera clave la preparación de los menores desde los centros y antes de que alcancen la mayoría de edad. Las propuestas para este fin se centran en dos aspectos: por un lado, en el fomento del conocimiento de los recursos residenciales por parte de los profesionales de los centros de menores; y, por otro lado, en el incremento de la coordinación entre las entidades para que éstas planteen las dificultades y soluciones del proyecto en mesas de trabajo.

Como se comprueba, estas medidas propuestas están en la dirección de mejorar la coordinación con otros recursos específicos y generales. Tal hecho resultaría fundamental para unificar contenidos de los informes de centros de menores. El cambio que se propone es que los informes sean más fieles a la realidad propia del joven. Además, se incide en la necesidad de describir detalladamente el itinerario más que un simple informe de derivación.

En definitiva, los profesionales de ambos tipos de recursos coinciden en varias propuestas de mejora, asociadas a la función de cada tipo de recurso, como la necesidad de coordinación entre entidades que trabajan con menores tutelados y entre las que ofrecen recursos para extutelados. Esta coordinación resulta fundamental para unificar contenidos de los informes de centros de menores. El cambio se basa en el incremento de la fidelidad de los informes sobre los jóvenes extutelados para ajustarlos a su propia realidad. Además, se destaca la necesidad de informes de derivación que incluyan mayor detalle sobre el itinerario seguido por cada uno de los jóvenes. En ambos tipos de recursos se indica también la necesaria dotación de recursos específicos para

jóvenes con problemas adicionales vinculados a la salud mental o a adicciones. Asimismo, se propone que el seguimiento de los jóvenes extutelados no finalice tras la emancipación, sino que haya capacidad para que se continúe dicha labor de monitoreo, sin olvidar la aplicación de medidas de sensibilización social y de puesta en valor de la situación social de estos jóvenes.

Todas estas sugerencias realizadas proceden de la experiencia de los y las profesionales, siendo de gran valor para la planificación de la intervención y la mejora de su eficacia en la conformación de los dos sistemas de protección regionales: el de menores y el de extutelados.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La coproducción en los servicios sociales: consideraciones sobre su implementación en la planificación de los servicios y políticas sociales

Elena M. Cortés Florín, Universidad de Alicante (em.cortes@ua.es)

Yolanda Doménech López, Universidad de Alicante (yolanda.domenech@ua.es)

Javier Ferrer Aracil, Universidad de Alicante (javier.ferreraracil@ua.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La coproducción es actualmente un desafío y una innovación en el ámbito de los servicios sociales. El objetivo de este trabajo es examinar de qué forma la coproducción podría considerarse como parte de la planificación de los servicios sociales españoles. Para llevar a cabo este análisis, se ha realizado una investigación cualitativa de enfoque exploratorio mediante el análisis de fuentes primarias y secundarias en bases de datos oficiales. El trabajo de revisión se realizó entre los años 2020 y 2022. Los resultados revelaron tres factores principales a considerar sobre la coproducción: 1) factores organizativos (roles profesionales activos, herramientas de gestión participativas y apoyo institucional), 2) factores de procedimiento (captación, preparación de participantes y diseño del proceso coproductivo) y 3) factores relacionales (gestión de las relaciones entre participantes en los procesos de participación). Se concluye que, para implementar la coproducción en el sistema de servicios sociales español, se requiere de nuevas miradas y reajustes en los procesos participativos del sistema, contar con experiencias que lo lleven a la práctica, así como apoyar y valorar las opiniones de las personas involucradas en estos procesos, además de disponer de apoyo institucional que sustente el proceso.

Palabras claves

Coproducción, servicios sociales, políticas sociales

1 Introducción/Descripción general

La producción científica más reciente evidencia que la coproducción se reconoce cada vez más en el ámbito de la planificación y prestación de los servicios públicos y sociales. El concepto de coproducción se considera como una innovación en el ámbito del sector público, cuyo propósito principal es el de “aumentar la participación del consumidor en la producción de servicios” (Parks et al., 1981, p. 1001), para dar respuesta a las necesidades personales y sociales. En el ámbito de los servicios sociales, la coproducción implicaría que las personas participen en las decisiones de los servicios y políticas sociales.

El estudio en torno a la coproducción ha aumentado desde la década de los 90 (Stephens et al., 2008; Cahn y Gray, 2012), sobre todo en países anglosajones. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, s.f.), los principios básicos de la coproducción (igualdad, reciprocidad, diversidad y accesibilidad) (Social Care Institute for Excellence [SCIE], 2015, p.8) se identifican en la participación de las personas en la vida política, económica y pública (Meta 5.5), en todos los niveles de las decisiones inclusivas, participativas y representativas (Meta 16.7), y en la promoción de alianzas entre las esferas pública, privada y sociedad civil (Meta 17.17). Sin embargo, en España el concepto de coproducción todavía es poco conocido en el ámbito de los servicios sociales.

Las Leyes autonómicas de Servicios Sociales lo reconocen como un principio regulador del sistema de servicios sociales, además de un derecho y un compromiso de trabajo, tanto para las personas profesionales como para las personas usuarias de estos servicios. La forma en la que las personas se involucren en el desarrollo del servicio dará lugar a entender la participación como una forma de coproducción o no. Siempre que la participación en el servicio esté basada en procesos de igualdad y reciprocidad, la coproducción estará más presente en dicho proceso. De lo contrario, seguiremos practicando con los valores tradicionales de la participación. La coproducción significa que las personas que utilizan un servicio público se convierten en expertas y coproductoras del mismo (SCIE, 2013). La diferencia radica en el tratamiento o papel que tengan las personas que participan en el servicio público que utilizan. Sin embargo, definir la palabra “coproducción” puede llevar a confusión (Nabatchi et al., 2017; Brandsen y Honingh, 2015; Jo y Nabatchi, 2016).

Los valores tradicionales de la participación se pueden entender a partir de los diferentes niveles de la participación que Arnstein (1969) identificó en su famosa “Escalera de la participación”. La coproducción, basándonos en los grados de medición de esta autora, podría considerarse que se encontraría en el nivel más alto de la escalera, ya que es el nivel que más poder y control reconoce a las personas que participan en los procesos de participación pública.

El propósito de esta investigación es identificar cómo se entiende la coproducción en el ámbito del servicio público, para considerarla en la implementación y planificación de los servicios sociales y sus políticas públicas.

2 Metodología

Este trabajo es una investigación empírica con enfoque exploratorio a partir de la técnica de la revisión bibliográfica. Para llevarlo a cabo, se ha seguido una metodología cualitativa de búsqueda y recopilación de fuentes primarias y secundarias a partir de la revisión de publicaciones compiladas en las bases de datos SCOPUS, Web of Science (WoS), Google Académico, en repositorios institucionales de universidades internacionales y españolas, y en instituciones y organismos oficiales que pertenecen al ámbito de las Ciencias Sociales.

La recopilación de datos se realizó entre el período de tiempo de 2020 y 2022. Para la recopilación de datos se utilizó un software de análisis cualitativo, *Atlas.ti*.

La búsqueda tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

- En primer lugar, la afinidad con el ámbito de estudio de este trabajo.
- En segundo lugar, la temporalidad de los trabajos, que fueran trabajos recientes, publicados al menos en los últimos 10 años (entre 2012 y 2022).
- En tercer lugar, la distribución geográfica, que fueran trabajos publicados en el ámbito internacional (preferentemente Reino Unido) y en España.

3 Resultados y conclusiones

Los resultados revelan que las investigaciones halladas sobre coproducción proceden de países anglosajones, sobre todo de Reino Unido. Se hallaron investigaciones sobre coproducción en los servicios públicos y sociales

(Sicilia et al., 2019; Matscheck et al., 2020; Matscheck y Piuva, 2021; Jasper y Tuurnas, 2021; Glomsås et al., 2021) y experiencias dentro del ámbito de la acción social y/o servicios sociales (SCIE, 2015; Look Ahead, 2019; Think Local Act Personal [TLAP], 2018; Rantamäki, 2017; Jaspers y Steen, 2019; Beresford et al., 2021).

Estos trabajos dieron lugar a la identificación de los siguientes factores:

- Factores organizativos. Caracterizados por roles profesionales más activos con objetivos facilitadores de la participación, donde se generen herramientas de gestión que faciliten la participación de las personas y disposiciones institucionales que apoyen su desarrollo e implementación.
- Factores de procedimiento. Dirigidos a la captación de los y las participantes que formen parte del proceso participativo, a facilitar el acceso a los procedimientos que se lleven a cabo, y a la preparación de los/las participantes para la ejecución y diseño del proceso coproductivo.
- Factores relacionales. Destaca la importancia del diálogo en el proceso participativo (que sea igualitario, voluntario y recíproco), de la flexibilidad en las relaciones entre participantes de un mismo proceso y en las relaciones que se construyen con la normativa que dispone la institución y sus políticas, así como la importancia de las experiencias de las personas que participan en los procesos coproductivos con la intención de mejorarlos o de llevarlos a cabo en un ámbito público determinado.

Estos factores evidencian que, aunque la coproducción representa un movimiento hacia un mayor control de los servicios y más autodeterminación por parte de las personas usuarias de estos, se requiere también de la acción de las y los profesionales para llevarlo a cabo (Griffiths et al., 2005). En lo que respecta a las experiencias sobre coproducción en el ámbito de la salud y la acción social, los resultados muestran que el interés académico y profesional sobre la puesta en práctica e implementación de la coproducción, así como su estudio, sigue creciendo (TLAP, 2018; SCIE, 2015; Teodorowski et al., 2021; Beresford et al., 2021). Sin embargo, en lo que se refiere exclusivamente a experiencias en el ámbito de los servicios sociales municipales o locales, los resultados demuestran que estas experiencias son más escasas (Rantamäki, 2017; Jaspers y Steen, 2019), pero que las halladas en los últimos años se centran en sectores de población específicos que son objeto de atención de los servicios sociales.

En lo que respecta a España, los resultados demuestran que son escasos los estudios y experiencias sobre coproducción, y que la mayoría “tienen objetivos de tipo sustantivo, teórico o conceptual más que de tipo instrumental” (Giménez-Bertomeu et al., 2019). En estos estudios son las propias personas usuarias y los/las profesionales las principales fuentes de información que dan lugar al análisis y a la evaluación de los servicios sociales y, por ende, de sus políticas. En este sentido, se identifican cada vez más trabajos que se centran en la participación de las personas en los ámbitos de la atención social y sanitaria, que pertenecen a colectivos de usuarios/as de los servicios sociales. Existen ejemplos de ello en el centro de Documentación de Servicios Sociales DIXIT (Duaso y Serra, 2014; Guiral, 2018; Guim, 2015).

Por lo tanto, estos estudios revelan la necesidad científica y académica de:

- Generar conocimiento sobre los procesos de atención social. Explorar las percepciones de las personas implicadas en los servicios sociales sobre los procesos de atención y las relaciones que se establecen entre profesionales y personas usuarias en ellos (Azcona-Martínez y Martínez, 2022; Martínez-Román et al., 2013; Moreno-Márquez, 2012; Quiroga et al., 2021; Sánchez, 2018; Benito-Herráez et al., 2017).
- Evaluar la calidad de los servicios y la actividad profesional. Analizar y explorar las perspectivas de las personas usuarias y/o profesionales de los servicios sociales sobre la práctica profesional y el desarrollo de

los servicios para el diseño de estándares de calidad (Arenas, 2016; Giménez-Bertomeu, 2012; Giménez-Bertomeu et al., 2012).

– Identificar los mecanismos de participación ciudadana y las formas de participar. Analizar los recursos, mecanismos o dispositivos de participación ciudadana municipales en el ámbito de los servicios sociales contando con la manera en la que lo perciben las personas implicadas en estos servicios, así como conocer la participación ciudadana en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de servicios sociales municipales (Pastor, 2015; Arenas, 2016).

La coproducción es un concepto todavía poco conocido en el ámbito de los servicios sociales españoles. Por lo tanto, incorporar la coproducción como modelo de trabajo en estos servicios constituye un reto complejo de abordar a nivel social, institucional y profesional, que debe considerar lo siguiente:

- La importancia del protagonismo de las personas en los procesos, que tanto profesionales como personas usuarias se impliquen activamente en el proceso y que además se generen compromisos entre ambas partes.
- El tiempo de la intervención y la calidad de la intervención.
- La importancia de los vínculos que se establezcan entre profesionales, la institución y las personas usuarias del servicio con la intención de facilitar los diálogos y el avance de los procesos coproductivos.
- La importancia de la confianza en el proceso y en las/los profesionales.
- La importancia de los canales de acceso, comunicación e información sobre la participación y los procesos activos.
- La importancia de atender a las motivaciones, capacidades y conocimientos de las personas, y la necesidad de establecer un compromiso ético y valores con las personas involucradas.
- La necesidad de atender a las diferentes opiniones y experiencias, y a las distintas situaciones que puedan afectar en la toma de decisiones. Por lo tanto, se precisa de menor rigidez en las actuaciones, y, por otro lado, mayor flexibilidad en los procesos, según las necesidades de cada caso.

Referencias bibliográficas

- Arenas, M. (2016). ¿Usuarios o ciudadanos? Intervención y participación en las políticas y servicios sociales. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (11), 27-43. <https://doi.org/10.5944/comunitania.11.2>
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Azcona-Martínez, M., y Martínez, L. (2022). Propuestas para promover la inclusión social: un análisis a partir de experiencias de personas usuarias de servicios sociales de Navarra. *Alternativas, Cuadernos de Trabajo Social*, 29(1), 84-105. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.19667>
- Benito-Herráez, E.M., y Alsinet i Mora, C., y Maciá-Antón, A. (2017). La participación de las personas sin hogar en los recursos de atención social. Una evaluación cualitativa. *Trabajo Social Global, Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 7(13), 118-141. <http://hdl.handle.net/10481/48813>
- Beresford, P., Farr, M., Hickey, G., Kaur, M., Ocloo, J., Tembo, D., y Williams, O. (2021). COVID-19 and Co-production in Health and Social Care Research, Policy, and Practice. Volume 2: Co-production Methods and Working Together

at a Distance. Bristol University Press. <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/covid-19-and-coproduction-in-health-and-social-care-1>

- Brandsen, T. y Honingh, M. (2015). Distinguishing Different Types of Coproduction: A Conceptual Analysis Based on the Classical Definitions, *Public Administration Review* 76(3), 427-435. <https://doi.org/10.1111/puar.12465>
- Cahn, E. S., y Gray, C. (2012). Co-production from a normative perspective. En V. Pestoff., T. Brandsen y Verschuere, B. (Eds.). *New public governance, the third sector and co-production* (pp 129-144). Routledge.
- Duaso, J.A. y Serra M. (2014). El Consell de Joves de l'Hospital Sant Joan de Déu. *Butlletí d'Inf@ncia*, (81). https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/04_familia_infancia_adolescencia/butlleti_infancia_articles_2014/links/finestra-81.pdf
- Gimenez-Bertomeu, V. M. (2012). Investigar desde el Trabajo Social: Aprendizajes en I+D en el Marco del Proyecto INCASS. *Atlántida. Revista Canaria de Ciencias Sociales*, (4), 49-72. <http://hdl.handle.net/10045/27659>
- Giménez-Bertomeu, V.M.; Doménech-López, Y.; Lillo-Beneyto, A; Lorenzo-García, J. (2012). La calidad en los servicios sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias. *Portuaria: Revista de Trabajo Social*, 12(Nº Extra), 61-71. <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/5936>
- Giménez Bertomeu, V.M., Mesquida, J.M., Parra, B. y Boixadós, A. (2019). El diagnòstic social en els serveis socials bàsics. *Fonaments teòrics, normatius i professionals d'una tasca clau*. Diputació de Barcelona.
- Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M. y Halvorsen, K. (2021). 'They just came with the medication dispenser'-a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC health services research*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>
- Griffiths, P., Ullman, R. y Harris, R. (2005). Self assessment of health and social care needs by older people: a multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK71306/>
- Guim, E. (2015). Urbanisme i participació de la infància: el paper dels infants en les transformacions urbanes. *Butlletí d'Inf@ncia*, (89), 1-7. https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/04_familia_infancia_adolescencia/butlleti_infancia_articles_2015/links/profunditat-89.pdf
- Guiral, A. (2018). Construint alternatives de futur per a joves tutelades víctimes de violència. *Butlletí d'Inf@ncia*, (108), 1-4. https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/04_familia_infancia_adolescencia/butlleti_infancia_articles_2018/links/108_finestra.pdf
- Jaspers, S., y Steen, T. (2019) Realizing public values: enhancement or obstruction? Exploring value tensions and coping strategies in the co-production of social care. *Public Management Review*, 21(4), 606-627. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1508608>
- Jaspers, S., y Tuurnas, S. (2021). An exploration of citizens' professionalism in coproducing social care services. *Public administration*, 1-18. <https://doi.org/10.1111/padm.12821>
- Jo, S. y Nabatchi, T. (2016). Getting Back to Basics: Advancing the Study and Practice of Coproduction. *International Journal of Public Administration* 39(13), 1101-1108. <https://doi.org/10.1080/01900692.2016.1177840>
- Martínez-Román, M. A., Zavirsek, D., Domenech-López, Y. y Duffy, J. (2013). Mensajes internacionales de las personas usuarias y de sus familias. *Servicios sociales y política social*, (104), 19-22.
- Matscheck, D., Ljungberg, A. y Topor, A. (2020). Beyond formalized plans: User involvement in support in daily living-users' and support workers' experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 156-162. <https://doi.org/10.1177/0020764019894603>

- Matscheck, D., y Piuva, K. (2021). In the centre or caught in the middle?—Social workers' and healthcare professionals' views on user involvement in Coordinated Individual Plans in Sweden. *Health and Social Care in the Community*, 30(3), 1077-1085. <https://doi.org/10.1111/hsc.13311>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (s.f.). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado el 03 de junio de 2020 de <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>
- Moreno-Márquez, G. (2012). Exclusión social severa y sin hogarismo: ¿Qué opinas las personas usuarias sobre los recursos? *Portularia*, XII(Nº extra), 245-253. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161024437027>
- Nabatchi, T., Sancino, A. y Sicilia, M. (2017). Varieties of Participation in Public Services: The Who, When, and What of Coproduction. *Public Administration Review*, 77(5) 766–776. <https://doi.org/10.1111/puar.12765>
- Look Ahead (2019). Experts by experience. Look Ahead Care, Support and Housing. Recuperado el 15 de marzo de 2019 de <https://www.lookahead.org.uk/wp-content/uploads/2016/12/EBE-Leaflet.pdf>
- Oliver, K., Kothari, A. y Mays, N. (2019). The dark side of coproduction: do the costs outweigh the benefits for health research? *Health Research Policy and Systems*, 17(33), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0432-3>
- Parks, R. B., Baker, P.C., Kiser, L., Oakerson, R., Ostrom, E., Ostrom, V., Percy, S.L., Vandivort, M.B., Whitaker, G.P. y Wilson, R. (1981). Consumers as Co-producers of Public Services: Some Economic and Institutional Considerations. *Policy Studies Journal*, 9 (7), 1001–1011. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1981.tb01208.x>
- Pastor, E. (2015). Oportunidades de participación en las políticas de servicios sociales municipales en España. *Convergencia*, 22(68), 229-257. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352015000200229
- Quiroga, V., Chagas, E. y Durán, P. (2021). La participación, el proceso de intervención y la relación profesional. *Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades*, 10(1), 67- 94. http://dx.doi.org/10.33115/udg_bib/pts.v10i1.22607
- Rantamäki, N. J. (2017). Co-Production in the Context of Finnish Social Services and Health Care: A Challenge and a Possibility for a New Kind of Democracy. *Voluntas*, (28), 248-264. <https://doi.org/10.1007/s11266-016-9785-1>
- Sánchez, M. J. (2018). Potencialidades y límites de la participación de las personas sin hogar en los procesos de intervención social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 507-516 <https://doi.org/10.5209/CUTS.53811>
- Sicilia, M., Sancino, A., Nabatchi, T. y Guarini, E. (2019) Facilitating co-production in public services: management implications from a systematic literature review. *Public Money & Management*, 39(4), 233-240. <https://doi.org/10.1080/09540962.2019.1592904>
- Stephens, L., y Ryan-Collins, J. y Boyle, D. (2008). Co-production: a manifesto for growing the core economy. New Economics Foundation. <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/co-production-a-manifesto-for-growing-the-core-economy/r/a11G00000017vb1IAA>
- Social Care Institute for Excellence (2013). What is co-production? Defining co-production. SCIE Guide 51. Recuperado el 08 de julio de 2021 de <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/what-is-coproduction/defining-coproduction.asp>
- Social Care Institute for Excellence (2015). Co-production in social care: what it is and how to do it. Guide. SCIE & Think Local Act Personal. Recuperado el 16 de diciembre de 2021 de <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/files/guide51.pdf>
- Think Local Act Personal (2018). Making it real. How to do personalised care and support. London: TLAP & Coalition for collaborative care. https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/_assets/MakingItReal/TLAP-Making-it-Real-report.pdf
- Teodorowski, P., Ahmed, S., Durrani, I., y Beresford, P. (2021) Peter Beresford on what co-production means in the COVID era. LSE COVID-19 Blog (16 Sep 2021). Blog Entry. The London School of Economics and Political Science. Recuperado el 17 de diciembre de 2021 de <https://blogs.lse.ac.uk/covid19/2021/09/16/peter-beresford-on-what-co-production-means-in-the-covid-era/>

Turnhout, E., Metze, T., Wyborn, C., Klenk, N. y Louder E. (2020). The politics of co-production: participación, power, and transformation. *Current Opinion in Environmental Sustainability*, 42, 15-21.
<https://doi.org/10.1016/j.cosust.2019.11.009>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Acogida y recepción de comunidades a través de la creación de un protocolo para los Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc)

Borja Velasco Zamorano, Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid (bovelasc@ucm.es)

Santiago Cerdá Suárez,

Fátima Fernández,

Carmen Ramos Martín,



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La capacidad de trabajar por, para y con la población siempre resulta un reto, en tanto en cuanto existen posibilidades donde se produzca una falta en el trato dado por mera inconsciencia y esto resulte en problemas de accesibilidad y consecución de premisas de universalidad en salud. Por ello, se llevó a cabo un proyecto que tuviese como objetivo la “puesta a punto” del personal y equipos de los Centros Municipales de Salud comunitaria (CMSc) del Organismo Autónomo de Madrid Salud, donde se expresase de manera sencilla, positiva y clara diversos aspectos de la realidad diaria de la población usuaria de estos centros. Asimismo, se ofrecieron diversos decálogos que fomentan el buen trato y el acceso a estos centros desde una perspectiva de equidad y acogida.

Palabras clave

Accesibilidad, acogida, Madrid, desigualdades sociales en salud, equidad.

1 Introducción

En 2020, con la redefinición de los objetivos del Programa de Desigualdades Sociales en Salud de la Subdirección General de Promoción y Prevención de la Salud de Madrid Salud (2021), se incluyó un apartado dedicado a la formación y externalización de los fundamentos del Programa, así como la promoción de los mismos desde una perspectiva de transversalidad y adaptabilidad a los recursos del Organismo Autónomo. Una de las propuestas que surgieron fue la creación de una guía que sirviese como introducción de estos conceptos al personal de nueva incorporación o que llegase desde una rama científica ajena a la social. Esta redefinición de objetivos se encuadró, además, al tiempo que el Organismo Autónomo de Madrid Salud, junto con otras instituciones públicas, iniciaba una serie de medidas restrictivas a causa de la COVID-19 (2020).

Tras la pandemia, determinadas pautas, tales como la limitación del libre acceso a los Centros Municipales de Salud comunitaria o la utilización de mascarillas en los espacios de tránsito, siguen estando presentes a pesar de no seguir vigentes o caer en el desuso en otros espacios que no son centros sanitarios. Este hecho, junto con la situación de un personal cambiante y breve en estancia a través de contratos temporales y convenios con agencias y organizaciones, pueden crear situaciones de desapego para con la población usuaria de los servicios de Madrid Salud; pues en muchas ocasiones una norma o pauta no tiene en cuenta la vivencia, cultura o condiciones diarias de una persona; mientras que esa vivencia puede ser determinante en la atención tanto requerida como recibida (Daniels, 2001).

Estas premisas llevaron a plantear la creación de esa guía mencionada en los objetivos del Programa, pero no solo limitándose a encuadrar conceptos en el ámbito de las desigualdades sociales en salud; también aprovechar y relacionarlos con la propia población de la ciudad de Madrid y, en especial, con la población usuaria de los Centros Municipales de Salud comunitaria. En este sentido, era necesario cambiar el objeto central de esa guía,

por lo que se consideró pertinente realizarla desde la perspectiva de equidad en salud y buen trato (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En definitiva, la configuración de este proyecto -concebido bajo el nombre de *Protocolo de Acogida*- se estableció bajo la siguientes premisas y objetivos:

- Realizar una guía expositiva pensada para todo el personal de Madrid Salud, y especialmente tanto para el personal de nueva incorporación -fijo o temporal- a los Centros Municipales de Salud comunitaria como para el personal con un perfil biomédico y alejado de un modelo bio-psico-social.
- Conceptualizar de manera llana, accesible y aplicada los modelos de equidad y universalismo proporcional pertenecientes al Programa de Desigualdades Sociales en Salud.
- Mostrar la realidad de los barrios y distritos de la ciudad, teniendo en cuenta su multiculturalidad y la situación de sus gentes en base a los ejes de desigualdad y determinantes sociales de la salud.
- Ilustrar la acogida a través de decálogos de buenas prácticas y aspectos importantes, centrándose en el buen trato y en una perspectiva positiva.

De la misma manera, la realización de este Protocolo de Acogida se elaboró siguiendo de manera exhaustiva la concreción a modo de respuesta de las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Quién es la persona que acude a un Centro Municipal de Salud comunitaria?
- ¿Qué le ocurre a esta persona, o qué se demanda?
- ¿Cómo se puede ayudar a esta persona?

En conclusión, se pretendía crear un “documento integrador” que pudiese ayudar a reflexionar sobre el buen trato y la equidad, qué perfil de personas pueden llegar a los Centros Municipales de Salud comunitaria, al tiempo que se mostraba una fotografía de los distritos de la capital y se ofrecían recursos para aprender o refrescar conceptos usados en el día a día de la institución, y en especial dentro del ámbito de la Salud Pública y la lucha contra la desigualdad.

2 Metodología

Debido al marcado carácter teórico del proyecto, una gran parte del marco metodológico correspondió a la revisión bibliográfica y de pares de la documentación existente en el Programa de Desigualdades Sociales en Salud, así como los documentos técnicos internos realizados por la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud y equipos de trabajo de los Centros Municipales de Salud comunitaria. Dicha revisión resultó en la siguiente estructuración de temáticas, cada una pensada para ser incluida de manera generalizada -conceptos, nociones y demás aportaciones de ámbito académico- o bien de manera específica pormenorizada -temáticas concretas relacionadas con los ejes de desigualdad o con subgrupos poblacionales de relevancia en el proceso de recepción y acogida dentro de los CMSc-:

- Conceptos generales en materia de desigualdades sociales en salud.
 - Ejes de desigualdad.
 - Determinantes sociales.
 - Equidad y buen trato. Universalismo.

- Multiculturalidad.
 - Etnia y procedencia.
 - Cultura y factores holísticos.
- Diversidad poblacional no étnica.
 - Diversidad funcional.
 - Colectivo LGTBIQA+.
- Accesibilidad.
 - Barreras estructurales.
 - Barreras físicas y emocionales.

A su vez, se realizó un muestreo no sistematizado de información y factores conductuales, o muestreo *ad libitum* (Altmann, 1974). El beneficio de este tipo de muestreo fue la obtención de información a través de respuestas espontáneas y descubrimiento de experiencias de acogida por parte de los trabajadores y trabajadoras de los CMSc; lo cual dotó de un nuevo sentido a diversas partes del Protocolo de Acogida, centrándose en determinados aspectos que los y las profesionales consideraban importantes (Apud Peláez, 2001). De la misma manera, la posibilidad de estar en los Centros Municipales de Salud comunitaria, proporcionó una gran cantidad de información no reglada por entrevistas o formalismos a modo de etnografías dentro del espacio, así como de la vida diaria de los equipos y las personas usuarias que llegan a ellos, conociendo de esta manera y de primera mano las experiencias de acogida ya establecidas en el haber profesional y que han de ser objeto de procesos de reflexividad ajenos al propio trabajo (Guber, 2016).

Por otra parte, la metodología asociada a las muestras de la realidad social de los distritos se corresponde a una representación gráfica y descriptiva de los principales datos sociodemográficos de los barrios y distritos de la ciudad de Madrid. La idea relativa a esta parte constaba de dos partes: en primer lugar, que se tratase de un espacio visual en lugar de escrito; y en segundo, que la información que se incluyese fuese fácilmente actualizada. Para ello, se elaboró un modelo de tabla de datos, basado en el ofrecido desde el portal de datos abiertos del Ayuntamiento de Madrid (2023), que fuese exportable y donde la sustitución de los datos implicase el cambio en los gráficos pertinentes.

Por último, se realizó una dinámica de grupo focal con personas trabajadoras que realizaban habitualmente labores de recepción en varios de los Centros Municipales de Salud comunitaria, bajo el fin propuesto de poner en común aspectos clave de la guía en base a los ejes de desigualdad y determinantes sociales de la salud (Marmot & Wilkinson, 2005); así como la posibilidad de establecer relatos de acogida y barreras en la misma que estas personas pudiesen vivir de primera mano. En otras palabras, la dinámica respondió tanto a la necesidad de objetivar la información encontrada y previamente anotada, como enfocar la redacción a la respuesta de las tres preguntas de investigación a través de hechos llevados al mundo empírico. A través de la dinámica, se consiguió focalizar la información previamente obtenida y desechar otras que el propio grupo consideró como no relevantes para el caso o proyecto. De la misma manera, los decálogos se adaptaron tras esta propuesta de método para que cada punto de los mismos se pudiese corresponder de manera categórica -como si de procesos de indicación se tratase- a una de esas tres preguntas.

Resultados y discusión

Cuando se pensó en el Protocolo de Acogida como proyecto, se tuvo claro desde el inicio que se trataba de una aspiración que no iba a tener un resultado observable a simple vista, pues cuantificar o establecer una valoración en términos cualitativos de la recepción de personas usuarias es complejo a la par que subjetivo. Si bien es cierto que se podría establecer una relación empírica en base a valores de actuación -cuantas quejas por maltrato o mala recepción se han recibido en los Centros Municipales de Salud comunitaria, si estas se han reducido, si se ha visto un mayor número de personas pertenecientes a un grupo a raíz de la publicación del Protocolo, etc.-; se tomó la decisión de que este proyecto siguiese un modelo teórico-filosófico: que el mero hecho de haber pensado y actuado en base a la consideración de un problema, así como crear y ofrecer medios a los trabajadores y trabajadoras para gestionar dicho problema, es un resultado en sí mismo (Pereira Santos, Basto Fagundes, & Costa Fermo, 2022). Además, debido al modelo de trabajo que se decidió seguir, todo el proceso ha sido aprobado y aceptado por múltiples partes, y en especial por el grupo de personas que realiza labores de recepción en los CMSc, lo que se considera un éxito en sí mismo. Sin embargo, no se descarta buscar en un futuro una construcción resolutoria más empírica, como la apreciación cuantitativa del servicio o el establecimiento de una categorización de quejas/felicidades.

Entrando en la propia estructura definitiva del Protocolo de Acogida, se decidió por una división en cuatro partes, resultando de esta manera en un documento que fuese fácilmente divisible por secciones en función de la persona que fuese a leerlo:

- Introducción al Organismo Autónomo de Madrid Salud y a los programas de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
- Conceptualización de las desigualdades sociales en salud y su impacto en la población de Madrid a través de premisas de accesibilidad a los servicios de los Centros Municipales de Salud comunitaria.
- Radiografías gráficas de los distritos de la ciudad de Madrid (datos sociodemográficos según distrito)
- Glosario de términos utilizados a lo largo del documento, y bibliografía utilizada y de referencia para el estudio de la desigualdad social en salud desde una perspectiva de equidad y universalismo proporcional.

De esta división se han de destacar los decálogos de buenas prácticas. Estas prácticas se han basado en una aplicabilidad fácil y realista, ya que se trata de llevar a cabo acciones que supongan una mejora en la atención recibida y que, por tanto, contribuyan a la equidad en salud bajo la premisa de la acción sencilla ante la problemática sencilla.

En definitiva, el Protocolo de Acogida supone una vuelta a la base, una revisión de muchos aspectos que, en numerosas ocasiones, se dan por sentados o que sencillamente no se sabe que se desconocen. Está basado en un acercamiento cercano y llano al buen trato, por lo que cualquier profesional puede darle utilidad. De la misma manera, y teniendo en cuenta la existencia de dieciséis Centros Municipales de Salud comunitaria, se ha procedido a realizar una división del Protocolo, pensado en cada uno de estos centros, para resultar de esta manera en un documento más dinámico de leer y consultar en caso de necesidad; así como la valoración positiva de transformación de los decálogos en infografías que sean de utilidad en los mismos.

Referencias bibliográficas

- Altmann, J. (1974). Observational Study of Behavior: Sampling Methods. *Behaviour*, 49(3/4), 227-267. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/4533591>
- Apud Peláez, I. E. (2001). Repensar el método etnográfico. Hacia una etnografía multitécnica, reflexiva y abierta al diálogo interdisciplinario. *Antípoda. Revista de Antropología*, 1(16), 215-235. doi:<https://doi.org/10.7440/antipoda16.2013.10>
- Ayuntamiento de Madrid. (2023). El municipio en cifras. Obtenido de: <http://portalestadistico.com/municipioencifras/?pn=madrid&pc=ZTV21>
- Daniels, N. (2001). Justice, Health, and Healthcare. *The American Journal of Bioethics*, 1(2), 2-16. doi:<https://doi.org/10.1162/152651601300168834>
- Decreto de 30 de marzo de 2020 del Alcalde por el que se determinan los servicios del Ayuntamiento de Madrid, sus organismos autónomos y empresas públicas con motivo de las medidas excepcionales adoptadas para contener el COVID-19. (2020). Boletín Oficial del Ayuntamiento de Madrid, 8.615. Obtenido de https://sede.madrid.es/FrameWork/generacionPDF/boam8615_588.pdf?numeroPublicacion=8615&idSeccion=0e0ec22e50531710VgnVCM1000001d4a900aRCRD&nombreFichero=boam8615_588&cacheKey=5&guid=0680c22e50531710VgnVCM1000001d4a900aRCRD&csv=true
- Guber, R. (2016). La etnografía: método, campo y reflexividad. Siglo XXI Argentina.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2005). *Social Determinants of Health*. Oxford.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). La equidad, el corazón de la salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52717/9789275373613_sp_a.pdf?sequence=5
- Pereira Santos, V. E., Basto Fagundes, P., & Costa Fermo, V. (2022). Referencial filosófico, teórico e metodológico nas pesquisas em tecnologias em saúde. En F. S. Vieira Tourinho, P. Ilha Schuelter, V. Costa Fermo, M. Misiak Caldas, T. Fávero Alves, & S. Soares Barbosa, *Desenvolvimento de tecnologias em pesquisa e saúde: da teoria à prática* (págs. 59-77). Editora científica digital. doi:10.37885/978-65-5360-108-6
- Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. (2021). Estrategia 'Madrid una ciudad saludable': Programa de Desigualdades Sociales en Salud. Madrid Salud. Obtenido de https://www.madridsalud.es/pdf/01_desigualdades_sociales.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Análisis de los sistemas de prevención y protección de la infancia y adolescencia para evitar o prevenir la institucionalización

Txus Morata, Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés (tmorata@peretarres.url.edu)

Teresa Marzo, Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés (mmarzo@peretarres.url.edu)

Eva Palasí, Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés (epalasi@peretarres.url.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En la comunicación se presentarán los resultados que emergen de la investigación realizada en el marco del Proyecto de investigación cualitativa e innovación pedagógica para la reducción de la institucionalización de la infancia vulnerable, financiada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de fondos Next Generation. Los resultados se han estructurado en tres apartados: [1] Variables y causas de la institucionalización, [2] Sistemas públicos de prevención y protección de la infancia,

[3] Metodologías de trabajo de los servicios y programas. Los datos extraídos servirán para el diseño de un modelo de innovación pedagógica orientado a la mejora y el bienestar de la infancia y la adolescencia. La investigación ha posibilitado elaborar un diagnóstico para detectar las causas que están incidiendo en la institucionalización de los/as niños/as en situación vulnerable. La investigación, de carácter cualitativo, se ha realizado en 13 Comunidades Autónomas del Estado español, participando (N=12) profesionales expertos/as en la materia en entrevistas exploratorias, (N=42) profesionales del sistema de prevención y protección y (N=12) familias en entrevistas en profundidad, (N=11) profesionales en grupos de discusión y (N=28) adolescentes en talleres deliberativos.

Palabras clave

Infancia en situación de riesgo, desinstitucionalización, prevención, centros socioeducativos.

1 Introducción/Descripción general

El *Proyecto de investigación cualitativa e innovación pedagógica para la reducción de la institucionalización de la infancia vulnerable*, financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, se propone ampliar el conocimiento y plantear nuevas maneras de abordar la prevención del acogimiento residencial de niños y niñas en situación de vulnerabilidad. Dicha propuesta pretende dar respuesta a la necesidad de modernizar y reforzar las políticas de inclusión social, desde una perspectiva de innovación social y un modelo de atención centrado en las personas. Para ello, se ha desarrollado una investigación cuyos resultados son el punto de partida del diseño de un Modelo de innovación pedagógica para centros socioeducativos/centros de día/centros de atención diurna, desde un planteamiento de intervención socioeducativa de carácter preventivo y desde una perspectiva holística de la infancia (familia, escuela y otros espacios relacionales). El estudio ha contado con la participación de los grupos de interés implicados en el sistema de prevención, tanto personas adultas, como niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA).

La investigación realizada ha sido liderada por del Grupo de Investigación, Innovación y Análisis Social (GIAS) de la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés, de la Universidad Ramon Llull (2021SGR 01027) e investigadoras de Consultoría y Estudios, de la Fundación Pere Tarrés. En el proceso se ha contado también con la colaboración de las Entidades de la Coordinadora Estatal de Plataformas Sociales

Salesianas (CEPSS), la Fundación Pere Tarrés, la Fundación Canaria Main y la Fundación Boscosocial, y se ha desarrollado en trece comunidades autónomas de España (en adelante CC.AA.).

Las políticas sociales en materia de infancia y familia son un eje básico y central de los sistemas de bienestar en las sociedades actuales, especialmente en el contexto europeo. Uno de los ejes destacados de las mismas hace referencia al acompañamiento a NNA y familias en situación de vulnerabilidad social. Un encargo que recae, especialmente en los/as profesionales de los Servicios Sociales locales, en coordinación con instituciones y servicios del ámbito de la salud pública, los centros educativos, los servicios socioeducativos y, en algunos casos, la administración judicial. Hablamos, por lo tanto, de intervenciones y de planteamientos socioeducativos que requieren de la construcción de proyectos unitarios, que hagan viables y posibles los cambios necesarios para garantizar entornos de vida seguros y de desarrollo integral para los/as NNA por parte de sus familias. Dichas políticas requieren, por la diversidad de situaciones a las que deben dar respuesta, de estrategias diversas. Especialmente significativas son las relacionadas con la lucha contra las situaciones de pobreza económica, la prevención de las violencias, el soporte a la crianza de los/as hijos/as, las oportunidades educativas y la inclusión social y escolar.

Entendemos, que un/a NNA está en situación de desprotección cuando tiene sus necesidades básicas sin cubrir durante el tiempo suficiente como para provocar un daño en su desarrollo integral o situarle en riesgo de sufrirlo, o cuando se ejerce algún tipo de maltrato o violencia activa y/o pasiva (Arruabarrena y De Paul, 1999).

El sistema de protección a la infancia y la adolescencia se configura a partir de un conjunto de elementos formales (establecidos por las Administraciones Públicas, y orientados por los marcos legales, los reglamentos y las políticas establecidas en cada territorio) e informales (normas sociales, prácticas culturales y valores) orientados, todos ellos, a la prevención de situaciones de riesgo y/o desprotección, así como a responder ante situaciones de abuso, negligencia, explotación y otras formas de violencia contra los/as NNA (Visión Mundial Internacional, 2011).

En cuanto al contexto socioeducativo en el que la investigación centra su objeto de estudio, los Centros socioeducativos/ Centros de Día/Centros de Atención Diurna (en adelante, CSE/CdD/CAD), estos forman parte de las Carteras de servicios de las leyes de Servicios sociales de las CC.AA. del Estado español.

Estos espacios, que puede ser de titularidad pública o gestionarse por entidades del Tercer Sector Social, son recursos que actúan fuera del horario escolar. Su acción está en continua coordinación y cooperación con la red comunitaria y el tejido asociativo del territorio donde se ubica, y se fundamenta en el trabajo conjunto con Servicios sociales (Riera et al., 2018; Ruiz-Román et al., 2018). De esta forma se facilita la integración e inclusión de NNA y sus familias en actividades sociales, lúdicas y/o deportivas de su entorno, con el fin de trabajar procesos de normalización en el propio territorio. Son servicios promovidos para la prevención o mejora de situaciones de riesgo, que diseñan sus actuaciones para la compensación de déficits socioeducativos (Morata et al., 2023)

2 Metodología

La investigación de carácter cualitativo y participativo (Banks, 2010; Flick, 2015; Lomax, 2015) se ha llevado a cabo en 13 CCAA.: Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Islas Baleares, La Rioja y la Región de Murcia. La diversidad territorial del Estado español ha permitido analizar y profundizar en las diferentes realidades, con el fin de construir un modelo de intervención válido y ajustado que responda a las necesidades del conjunto de territorios.

Esta pretende dar respuesta a los siguientes objetivos:

Objetivo general

Elaborar un diagnóstico que permita detectar las causas que están incidiendo en la institucionalización de NNA en situación vulnerable que aporte información para la creación de un modelo de innovación pedagógica que la reduzca y/o evite.

Objetivos específicos

Detectar las variables que inciden en la institucionalización de NNA en España, a partir de la identificación de sus causas.

Analizar los sistemas públicos de prevención y protección de la infancia a partir de la revisión de la legislación de las CC.AA. participantes en el estudio, los indicadores y sistemas de identificación del riesgo existentes en las mismas y los modelos de cuidados promovidos desde las administraciones públicas.

Proponer recomendaciones a las administraciones públicas y entidades del tercer sector para la mejora del sistema de prevención y protección a la infancia a partir de las conclusiones de la investigación.

Identificar los principales ejes y áreas de actuación que orienten la construcción del modelo de innovación pedagógica.

Para la implementación del estudio se ha contado con dos equipos, el equipo investigador y el equipo motor/equipo de seguimiento:

a) Equipo investigador: configurado por 3 investigadoras del Grupo de Investigación, Innovación y Análisis Social (GIAS) y de la Cátedra de Ocio Educativo y Acción Sociocultural de la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés, de la Universidad Ramon Llull y 3 investigadoras de Consultoría y Estudios, de la Fundación Pere Tarrés. Este equipo tiene el encargo de diseñar la investigación, ejecutarla y elaborar el informe de resultados y conclusiones;

b) Equipo motor/equipo de seguimiento: conformado por la coordinación técnica del programa y 14 profesionales, un/a representante de cada una de las entidades/territorios participantes en el proyecto. Las tareas asignadas a este equipo, desde los territorios y entidades que representan, se ha centrado en colaborar en el trabajo de campo, especialmente aportando los/las participantes para cada una de las técnicas aplicadas, así como la realización de algunas de ellas. Este grupo, bajo la coordinación del equipo investigador, se reúne con una periodicidad semanal para activar las tareas encomendadas y recibir formación necesaria con relación al proceso de investigación. Ha participado en sesiones de trabajo para contrastar y validar el contenido y diseño de los guiones de cada una de las técnicas, así como formarse en la aplicación de estas.

Para abordar los objetivos del estudio, se han utilizado diversas técnicas de carácter cualitativo que incluyen una muestra con diferentes perfiles divididos en:

Entrevistas exploratorias

12 profesionales vinculados al área de infancia y familia, desde diversas perspectivas: el ámbito jurídico (2), pedagógico y trabajo social (4), políticas de infancia y sistema protección (6).

Entrevistas en profundidad

54 personas entrevistadas de diferentes CC.AA. de España de los perfiles: educadores/as sociales (24), profesionales de la salud (2), Servicios Sociales Básicos (2), Servicios Sociales Especializados (2), cuerpos de policía (2), escuelas (4), familias (12), juezas (2), monitores/as de ocio educativo y tiempo libre (4).

Grupos de discusión

11 profesionales de Servicios Sociales Básicos (SSB), Servicios Sociales Especializados (SSE) y educadores sociales que participaron en dos sesiones de grupos de discusión (5 profesionales en el GDISC1 y 6 profesionales en el GDISC2) de las CC.AA. de Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia y La Rioja.

Talleres deliberativos

28 adolescentes de 12 a 16 años que durante el año 2022 asistían a CSE/CdD/CAD pertenecientes a las CC.AA. de Aragón (9), Cataluña (9) y Comunidad Valenciana (10).

Estos participaron en 3 talleres deliberativos en formato presencial.

La información recogida mediante las diferentes técnicas se ha registrado de forma digital con el consentimiento informado de los/as participantes; y posteriormente se ha realizado su transcripción literal. Las entrevistas transcritas se han archivado y clasificado según los diferentes agentes. Posteriormente la información se ha analizado con el procesador Atlas.ti (versión 7) para contrastar y triangular las técnicas y agentes. Una vez tratada la información, se han eliminado los archivos electrónicos.

La investigación cuenta con el Dictamen favorable del Comité de Ética de la Universidad Ramon Llull emitido con fecha 31 de marzo de 2022. Se han creado cuatro modelos de consentimiento informado (entidad, profesionales, familias y personas mayores de edad) y un asentimiento para las personas menores de edad. La participación de los diferentes perfiles de la muestra ha sido totalmente voluntaria, y todos/as ellos/as han facilitado el consentimiento o asentimiento para proceder a la aplicación de la técnica de recogida de datos correspondiente de forma explícita.

3 Resultados y conclusiones

Los resultados de la investigación se han organizado en base a tres áreas: [1] Variables y causas de la institucionalización, [2] Sistemas públicos de prevención y protección de la infancia, [3] Metodologías de trabajo.

[1] Variables y causas de la institucionalización.

Los factores de riesgo que se mencionan con más frecuencia en el marco del proceso de investigación como variables y causas de la institucionalización de NNA hacen referencia a cinco aspectos:

- a) Falta de control y seguimiento parental/marental, siendo este un predictor de conductas de riesgo. La negligencia física y/o emocional en el ejercicio de estas responsabilidades parentales se ha cronificado con la pandemia, observándose un incremento de situaciones de desprotección.
- b) Necesaria detección temprana de factores de riesgo: emerge como un aspecto clave para abordar y resolver las circunstancias desfavorables que generan riesgos; pero existe una falta de recursos para atender

y dar respuesta a la alta demanda; importancia de la cadena sensibilización, prevención, detección e intervención.

c) Diversidad de modelos de cuidado: el desconocimiento de los derechos y necesidades de la infancia desencadenan en situaciones y prácticas no aceptables que requieren de intervenciones socioeducativas.

d) Absentismo: deviene especialmente como factor de riesgo cuando los niños y niñas entran en el periodo de la adolescencia; aparecen conductas disruptivas y de carácter delictivo en las familias desestructuradas; la pandemia ha sido un factor desencadenante del mismo, por la desconexión con los compañeros/as, incrementándose las situaciones de abandono escolar.

e) Enfermedad mental en los/as NNA: se manifiesta una falta de prevención y detección precoz; también emerge como dificultad la falta de seguimiento de los tratamientos prescritos y como factor de riesgo con efectos directos en el núcleo familiar.

f) Familias desestructuradas en las que se observan dificultades económicas, laborales, de vivienda y/o falta de apoyo social siendo estas circunstancias que generan un estrés que condiciona las tareas parentales/marentales y la supervisión del bienestar de NNA; familias monoparentales con mayor nivel de estrés.

[2] Sistemas públicos de prevención y protección de la infancia.

En esta área se analiza el sistema de prevención y protección de la infancia y la adolescencia, entendido como las medidas, organización e intervención que se llevan a cabo con familias y NNA. Está compuesta por las temáticas: Sistema de prevención y protección, trabajo con NNA y con familias, y profesionales.

a) En referencia al Sistema se destacan dos aspectos: la entrada de los casos y normativas y procesos. En relación al primero de ellos, se hace especial referencia a la necesidad de mejorar sistemas y procesos de trabajo desde la perspectiva preventiva y la detección precoz de las dificultades familiares; la falta de recursos humanos para el trabajo con familias con dificultades; la corresponsabilidad de todos los agentes del sistema, y establecer un referente del caso. Sobre normativas y procesos, son en relación a este aspecto los elementos más destacados: contar con protocolos y procedimientos socializados para actuar de forma ágil ante situaciones de riesgo; ampliar equipamientos, programas y profesionales de atención y detección de situaciones de vulnerabilidad; mejorar la información a las familias sobre recursos y programas de soporte al cuidado y atención a las necesidades socioeducativas; fortalecer los sistemas y estructuras de coordinación locales (SS, CES/CdD/CAD, escuelas,..) y compartir información que permita identificar cambios o situaciones significativas.

b) Trabajo con NNA y sus familias, los principales aspectos de mejora que se han identificado hacen referencia a: la importancia de flexibilizar y personalizar el seguimiento y el acompañamiento de los casos, desde el protagonismo a los/as NNA y sus familia mediante procesos de diagnóstico y creación de planes de trabajo; contar con estrategias y herramientas para la gestión positiva de sus emociones, la mejora de competencias comunicativas, el incremento de relaciones, la experimentación de actividades de ocio saludable, afrontar situaciones de conflicto en el contexto de sus relaciones interpersonales y grupales; mejorar la coordinación y el trabajo en red y la apertura de la comunidad para superar procesos de cronificación.

[c] Profesionales, en relación con estos/as se destaca: el desconocimiento de las normativas que dificultan la efectividad y eficiencia de las intervenciones; la importancia de intervenir desde una perspectiva sistémica y holística, y las estrategias de comunicación entre agentes del sistema. También son elementos significativos la necesidad de incrementar los procesos de formación continua sobre: normativas autonómicas y los protocolos, herramientas para la detección de situaciones de desprotección o mal trato, funcionamiento del sistema de protección y los roles, y funciones de los diferentes equipos y profesionales. Por último, la

promoción del reconocimiento mutuo entre los agentes de la comunidad que trabajan en el sistema de prevención y protección y reforzar los sistemas de traspaso de información, así como compartir herramientas de valoración de riesgos y la unificarlas, se han identificado como aspectos de mejora.

[3] *Metodologías de trabajo*

En esta área se analizan las metodologías de trabajo incluyendo las temáticas de: trabajo en red, modelo socioeducativo, diseño y planificación de la intervención y la evaluación de seguimiento y resultados.

a) Trabajo en red: predomina la coordinación como tipología de trabajo en red, entendida como la colaboración entre servicios y/o instituciones para llegar a acuerdos en relación con los casos compartidos, aunque también se da la cooperación. Esta segunda modalidad, se caracteriza por abordar cada uno de los casos de forma global, desde la aportación de las diferentes disciplinas participantes, para encontrar respuestas conjuntas. Trabajar desde la perspectiva de la cooperación requiere de la realización de visitas, reuniones, redacción de informes y de evaluación y, aunque las observaciones y propuestas quedan plasmadas en los informes, no siempre se dispone del tiempo necesario para compartirlas con los/as diferentes profesionales del Sistema de prevención y protección a la infancia que han participado en el caso o a los/as que se les deriva.

b) Modelo socioeducativo, algunos aspectos significativos en relación con este elemento que destacan los/as participantes hacen referencia a: el modelo sistémico como conceptualización teórica prioritaria, ya que esta ofrece una perspectiva completa de las necesidades de los/as NNA y sus familias, a partir de un abordaje integral de los casos. A pesar de esta afirmación, no todos los/as profesionales siguen en sus espacios de actuación profesional un modelo concreto de actuación. La prevención es también destacada como elemento clave para evitar medidas de acogimiento residencial, sin embargo, de nuevo, las personas entrevistadas afirman que no está suficientemente implantada en el sistema de protección y prevención para la infancia y la adolescencia. Esta idea se relaciona con los problemas de recursos humanos y la sobrecarga de casos. La creación de vínculos de confianza es otro elemento clave para el modelo de atención a la infancia y adolescencia en situación de riesgo y sus familias. En relación con las metodologías y acciones, se consideran como esenciales: acompañar modelos de crianza mediante orientaciones y actividades en el trabajo con familias y potenciar los procesos de socialización para ampliar sus redes de relación e interacción con otras personas; y las tutorías individuales como espacios para personalizar las intervenciones y promover la participación de los/as NNA y sus familias en los procesos de mejora.

c) Diseño y planificación de la intervención, en este apartado hay que destacar especialmente la elaboración de planes individuales de intervención donde NNA y familias han de tener un papel activo tanto en su diseño como en el proceso de aplicación y evaluación.

d) Evaluación de seguimiento y resultados, de nuevo los participantes inciden en la importancia de implicar a las familias en sentido amplio y, por tanto, hacerlos partícipes del seguimiento de los objetivos marcados en el plan de trabajo. En esta evaluación periódica deben estar presentes la familia y los/as profesionales que llevan el caso.

Referencias bibliográficas

Arruabarrena, I. y De Paul Ochotorena, J. (1999). Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Pirámide.

Banks, M. (2010). Los datos visuales en investigación cualitativa. Morata.

Flick, U. (2015). Diseño de la investigación cualitativa. Morata.

- Lomax, H. (2015). Seen and heard? Ethics and agency in participatory visual research with children, young people and families. *Families, Relationships and Societies*, 4(3), 493-502. Retrieved Sep 9, 2023, from <https://doi.org/10.1332/204674315X14326324216211>
- Morata, T., López, P., Marzo, T., Palasí, E. (2023). The influence of leisure- based community activities on neighbourhood support and the social cohesion of communities in Spain. *International Social Work*, 66(2), 568–584. <https://doi.org/10.1177/00208728211021144>
- Riera, J., Longás, J., de Querol, R., Úcar, X. y Ciraso-Calí, A. (2018). Redes de acción socioeducativa contra la pobreza infantil. Evaluación de la percepción de impacto del programa CaixaProinfancia. *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 2(1), 109-126.
- Ruiz-Román, C., Molina, L. y Alcaide, R. (2018). Trabajo en red y acompañamiento socioeducativo con estudiantes de secundaria en desventaja social. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 22 (3), 453-474.
- Visión Mundial Internacional / World Visión Internacional (2011). Un enfoque de sistemas para la protección infantil. Un documento de debate de Visión Mundial



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Aproximación a la Innovación en Trabajo Social y Servicios Sociales: perspectiva de los profesionales

María del Castillo Gallardo Fernández, Universidad Pablo de Olavide (cgalfer@upo.es)

Kenia Victoria Cogollo, Universidad , Universidad de Cartagena (Colombia) (kcogollo@unicartagena.edu.co)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La crisis de 2007 y la pandemia, han puesto en evidencia el reconocimiento de los servicios sociales y de los profesionales que en ellos trabajan, así como la capacidad que han tenido para dar respuesta a las demandas y urgencias sociales. En este contexto, la innovación social que había tenido un desarrollo amplio en áreas como la empresa o las tecnologías cobra relevancia y desarrollo en el ámbito social, en áreas como la ciencia política, psicología, sociológica y de igual forma, en Trabajo Social y Servicios Sociales. Las innovaciones se relacionan con la solución de problemas, con los procesos participativos, con las mejoras de soluciones o la transformación de comportamientos y prácticas a niveles micro, meso y macro.

Se destaca la necesidad de conocer lo que saben los trabajadores sociales sobre la innovación en Trabajo Social y Servicios Sociales, y que se ha escrito sobre este asunto, para valorar su incidencia real en los contextos específicos de España y Colombia.

Se plantea un abordaje preliminar, descriptivo sobre la innovación social en Trabajo Social y en Servicios Sociales. Para conocer los campos de estudio, el avance de publicaciones, así como la perspectiva de profesionales.

Palabras clave

Innovación social, trabajo social, servicios sociales

1 Introducción

En el marco del bienestar social y de las políticas sociales se enfrentan a crecientes desafíos a los que han de dar respuesta por ello la innovación social puede entenderse como una herramienta para afrontarla dado su potencial para satisfacer necesidades sociales con nuevos productos, servicios y actividades que puedan ayudar a construir sociedades más sostenibles, cohesivas e inclusivas (Grimm et al ,2013 y Mulgán, 2006). En la innovación, se habla en favor del gesto creativo, como el impulso irrenunciable del bienestar social, por ello la creatividad social según Llobet (2006) se puede contextualizar dentro del marco de la sociedad del riesgo donde los ciudadanos han de buscar respuestas en estrategias personales y grupales para hacer frente a las situaciones de una sociedad líquida, donde el papel del trabajo social ha de soltar el asistencialismo y la burocracia y se ha de desplegar alrededor de las personas, grupos y comunidades, para promover procesos de organización, desarrollo y potenciación colectiva.

La innovación se enmarca en los estados de bienestar y dentro de los valores generados en el post68 como son la sensibilidad diversa y comprometida dirigida hacia temas como la defensa medioambiental, los derechos de la raza negra y de la mujer, la oposición ante la guerra, los excesos de la explotación capitalista, (Sánchez, 2018).

El aumento de desafíos sociales y ambientales, lo que provoca que los sistemas de bienestar tradicionales resulten insuficientes (OCDE, 2019). Por ello para el Trabajo Social y los Servicios Sociales en contextos de crisis y de retraimiento de los sistemas de protección social la innovación social (IS) resulta una herramienta útil en la adaptación para dar respuestas adecuadas a las necesidades y demandas sociales.

En el ámbito europeo la Comisión Europea (2013) muestra líneas y campos de acción prioritarios y estrategias de acción para la IS, donde se pone el acento entre otros, en la lucha contra la pobreza y la exclusión social, iniciativas de empleo, la inversión social, el envejecimiento activo y saludable, y la cohesión. También plantea la necesidad de generar pensamientos estratégicos, apoyar la generación de nuevas ideas para superar los retos sociales y promover el intercambio y el aprendizaje sobre los enfoques de la innovación social.

Y en América Latina, Rodríguez y Alvarado (2008) dentro del marco de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) dan directrices del contenido.

Los principales actores innovadores para desarrollar estrategias de innovación y mecanismos de mejora son el Estado y el Tercer Sector.

En este sentido la [Declaración de la OCDE sobre Innovación del Sector Público](#) (2019) nos expone los principios y acciones asociadas que los gobiernos o las organizaciones públicas entre otras cosas mejorar la innovación y su gestión, promoviendo al IS en el sector público, alentar y equipar a todos los servidores públicos para innovar, cultivar nuevas alianzas e involucrar diferentes voces, favoreciendo la exploración actuaciones, en la IS. El Observatorio de Innovación (OPSI) da visibilidad a las innovaciones mundiales, en uno de sus estudios sobre las últimas tendencias (2023) se incluyen la reorientación de los (eco)sistemas de cuidados, avanzar en la salud mental y las nuevas tecnologías, nuevos métodos para preservar las identidades y fortalecer la equidad y nuevas formas de involucrar a ciudadanos y residentes, reconstruyendo y fortaleciendo comunidades.

La innovación junto a la investigación son dos instrumentos adecuados para esta adaptación, como así se contempla en diferentes Leyes de tercera generación en España y lo hacen en el contexto de mejora y modernización de los servicios sociales.

La innovación social se incorpora como novedad en las leyes denominadas de tercera generación, donde se va incrementado en las más recientes, y se asocian con los términos siguientes: emprendimiento, innovaciones técnicas, investigación social e investigación en servicios sociales, proyectos de intervención social, cultura innovadora, formación, calidad, buenas prácticas innovación democrática, innovación tecnológica y participación.

En Colombia la Innovación se plantea como una herramienta esencial para provocar cambios y adaptación a las principales necesidades sociales de la población desempleo, pobreza infantil y avances en cultura de paz. Se puede apreciar en la Ley 2234 de 2022, “por la cual se promueve la Política de Emprendimiento social.”

La innovación social en el ámbito del trabajo social y desde los servicios se relacionan con la búsqueda de la satisfacción de necesidades sociales y dentro de esta con productos o servicios, procesos o modelos organizacionales. El Trabajo Social implica innovación social (Raya, 2017 y Alonso, A.; Echeverría, J., 2016), dando respuestas entre otros a los problemas de cohesión, gobernanza, seguridad, desarrollo urbano, etc. En el marco de las mejoras en servicios sociales municipales Brezmes (2010) aboga por recuperar la capacidad de innovación y de proactividad. En Servicios Sociales se perfilan tendencias sobre activación comunitaria, asistencia personal, alojamientos alternativos, integración de políticas, integración de servicios, inversión social, prácticas basadas en la evidencia. (SIIS, 2019)

Se parte de la hipótesis de que se desconocen las experiencias de innovación social y se dedica poco en investigación y desarrollo de estas.

Y como objetivos el conocer las innovaciones sociales líneas principales en trabajo social, y en servicios sociales, identificando elementos de comparación entre España y Colombia.

2 Metodología

Se plantea un abordaje preliminar, descriptivo sobre la innovación en Trabajo Social, y Servicios Sociales en el contexto de pandemia y postpandemia, temas y ámbitos que desarrollan.

Para conocer que se ha escrito se realiza una búsqueda con los términos en castellano, de Innovación en Trabajo Social y Servicios Sociales y en inglés, *innovation in social work and social services* que aparezcan en el título o en el resumen de todas las categorías de investigaciones en dos bases documentales internacionales, Lens y Dimensions. Se acota a artículos referenciados en revistas indexadas, capítulos de libros y libros. Durante los años de 2020 a 2023. Así como un muestreo de entre las revistas de trabajo y servicios sociales con el criterio de búsqueda innovación social. Y para dar respuesta a los objetivos se realizó un cuestionario autoadministrado con una batería de seis preguntas con respuestas de escala Likert. Y dos preguntas abiertas de contestación breve, ajustadas a los objetivos propuestos.

El cuestionario se pasó en el mes de mayo en España se enviaron a docentes del Departamento de Trabajo Social y de profesionales del sector de servicios sociales a los que contestaron: dos Profesionales de Comunitarios, uno de Especializados, dos del Sistema Educativo, dos del Sistema de Salud, dos docentes universitarios, uno de comunitarios y uno de especializados y tres a otros sectores.

En Colombia se pasaron y respondieron seis docentes de Programas de Trabajo Social, dos del sistema de salud, y educativo respectivamente, y uno de ser Servicios sociales Comunitarios, y uno de Especializados.

3 Resultados

Sobre las publicaciones en Trabajo Social y Servicios Sociales, en el ámbito internacional en los últimos 10 años se publicaron 29,413 documentos, artículos de revistas, capítulos y monografías (Lens), donde los principales campos de estudios se relacionaron con medicina, negocios-economía, ciencia política, sociología y psicología. Y en el periodo 2020-23 fueron 13,829 documentos (Lens). En el campo de la sociología los principales temas en los documentos más citados están relacionados con los cambios en la práctica de trabajo social, tercer sector, grupos vulnerables, educación superior, coordinación en pandemia, resiliencia.

En el periodo comprendido entre 2020 y 2023 aparecen en 3,737 publicaciones sobre Innovaciones en Trabajo Social y Servicios Sociales (Dimensions) en ellas se destacan las publicaciones relacionadas con temas de sociedad, comercio, gestión y salud.

Sólo relacionados con Innovación y Servicios Sociales aparecen 270 donde el mayor número de publicaciones se realizaron en 2022 con 82 documentos. Los principales temas que aparecen están relacionados con personas mayores, formulación de políticas participativas, atención de necesidades sociales en el ámbito local, adolescentes y jóvenes, salud-covid, proyectos raciales.

Sólo relacionados con Innovación y Trabajo Social aparecen 278 donde el mayor número de publicaciones se realizaron en 2022 con 81 documentos

Figura 1. Publicaciones sobre innovación en Trabajo Social, y Servicios Sociales.

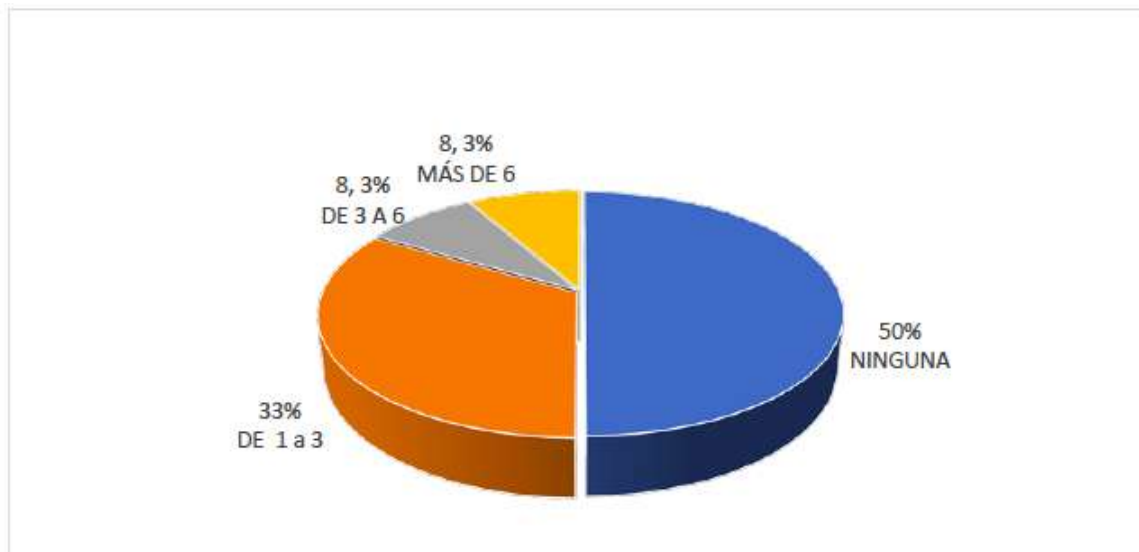


Fuente: Lens Scholarly Search (2023)

En España los artículos en las revistas indexadas del área, sobre las innovaciones en Trabajo Social se han relacionado con diferentes necesidades como las de autonomía de inserción social, participación social, con colectivos menos favorecidos socialmente, y en pandemia y postpandemia las relacionados con la edad, el género, la etnia, la clase social o situaciones relacionadas con la salud. También con metodologías y técnicas aplicadas a estos contextos. O en claves de transformación y modificación de marcos legales y regulaciones para abordar los problemas sociales de manera más efectiva centradas en las personas y contextos cercanos, familias y comunidades.

En Colombia se resalta el rol de las redes sociales como plataforma para el empoderamiento ciudadano. Se reconocen grupos e incluso páginas dedicadas a la disertación de posturas epistémicas sobre Trabajo Social. (REDES), Investigación y construcción de indicadores sociales y protocolos para la participación de comunidades en procesos de restauración de ecosistemas marino-costeros, por ejemplo. De igual forma, El uso de las tecnologías e información y comunicación, como forma de acompañamiento familiar e individual en la prestación de servicios sociales. Sobre las respuestas de las personas técnicas encuestadas los España relacionadas con las Innovaciones en Trabajo Social, se destaca el desconocimiento de ellas en un 50% y conocen entre una y tres un 33%. Mientras que en Colombia manifiestan un conocimiento del 70% donde el 60% conoce entre 1 y 3 innovaciones.

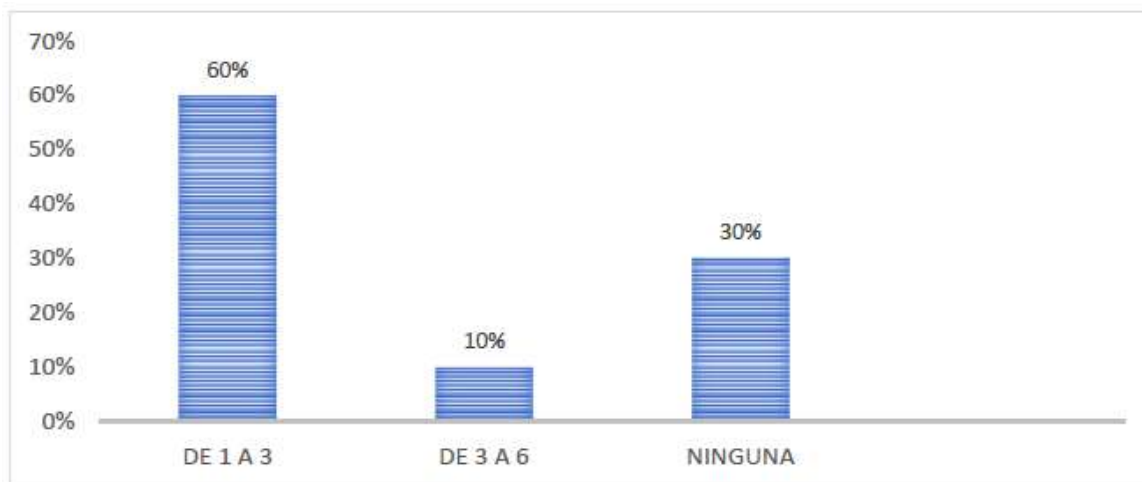
Gráfico 1: N° de innovaciones de Trabajo Social conocidas: España



Fuente: elaboración propia con base en formulario, 2023.

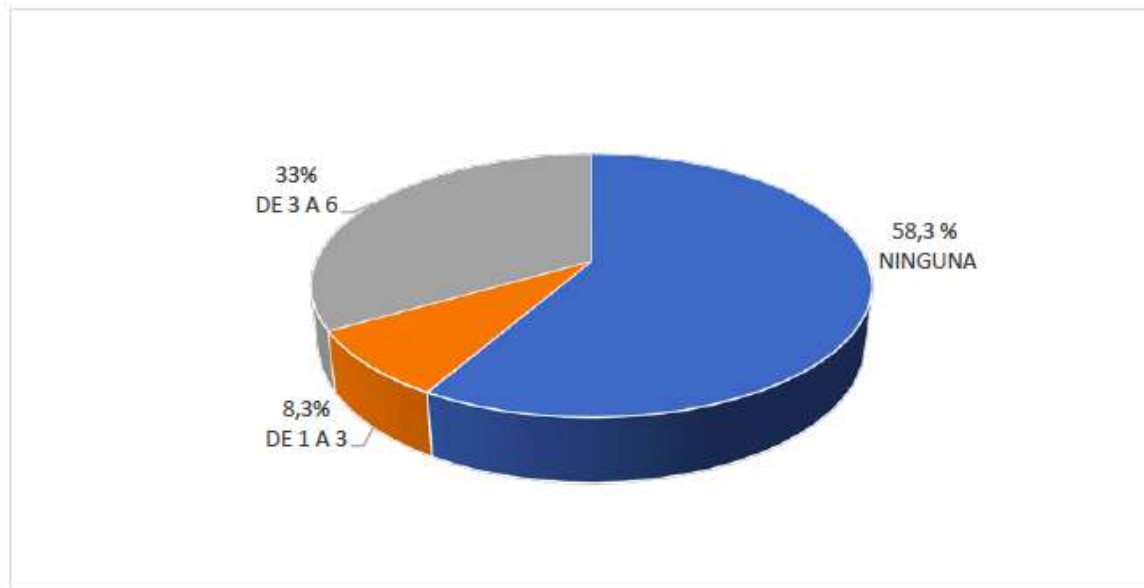
Sobre las respuestas de las personas técnicas encuestadas en España relacionadas con las Innovaciones en Servicios Sociales en España se destaca el desconocimiento de ellas en un 58,3% y conocen entre tres y 6 un 33%. Mientras que en Colombia manifiestan un conocimiento total del 70%, y un desconocimiento del 30%.

Gráfico 2: N° de innovaciones de Trabajo Social conocidas: Colombia



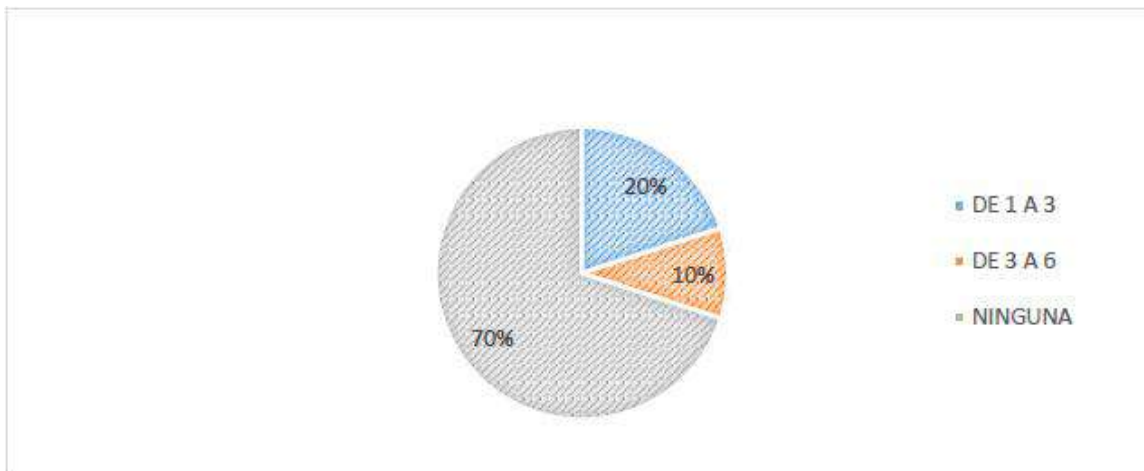
Fuente: elaboración propia con base en formulario, 2023

Gráfico 3: N° de innovaciones de Servicios Sociales conocidas: España



Fuente: elaboración propia con base en formulario, 2023

Gráfico 4: N° de innovaciones de Servicios Sociales conocidas: Colombia



Fuente: elaboración propia con base en formulario, 2023

Sobre las Innovaciones en Trabajo Social y/o Servicios Sociales que se conocen, las personas técnicas encuestadas en España respondieron conocer ocho relacionadas con el Sistema Público de Servicios Sociales, tres con el Sistema de Salud y tres Sistema Educativo.

Sobre las Innovaciones en Trabajo Social y/o Servicios Sociales que se conocen, las personas técnicas encuestadas en Colombia, el 30%, respondió conocer tres innovaciones relacionadas con servicios sociales comunitarios (Uso de redes sociales para fomentar procesos de empoderamiento ciudadano, Consultorio virtual de Trabajo Social, y la organización de programa de alimentación universitaria, dirigido a estudiantes de estrato 1, 2 y 3 con vulneración económica y dificultades de acceso a servicio alimentario particular). Así mismo, una innovación relacionada con servicio social especializado; (dirigida a la priorización de estudiantes

con discapacidad, provenientes de zonas apartadas o difícil acceso, víctimas del conflicto armado, migrantes, mujeres madres cabeza de familia entre otros, a partir de estudios socio- económicos).

Sobre la relación entre Innovación e Investigación Social las personas técnicas encuestadas en España se obtuvieron los siguientes datos, en cuanto al grado de relación entre Investigación social e innovación en Trabajo Social un 75% manifiesta tener un alto grado de relación.

Y entre Investigación social e innovación en servicios sociales un 75% manifiesta tener un grado de relación donde el 58,3% indica que el grado de relación es máxima.

El tiempo de dedicación en su trabajo de los profesionales y docentes para innovación social destaca la polaridad de respuestas entre las respuestas de nula o escasa dedicación con un 33,3% y el 25% respectivamente frente a una buena y alta dedicación en un 25% y 16,7% respectivamente.

Se estima que el grado de financiación para investigación social e innovación es nula en un 36,4% y escasa en un 27,3% lo que supone el 63,7 %. Solo el 18,2% manifiesta que es alta.

Sobre la relación entre Innovación e Investigación Social las personas técnicas encuestadas en Colombia expresan que la relación es directa, estrecha y complementaria. La innovación implica la creación y aplicación de nuevas ideas, métodos o tecnologías para abordar problemas y desafíos sociales. Por otro lado, la investigación social busca comprender y analizar fenómenos sociales, identificar necesidades y proponer soluciones. La investigación social puede impulsar la innovación al proporcionar información y conocimientos sobre las necesidades y problemas sociales existentes. A su vez, la innovación puede enriquecer la investigación social al ofrecer nuevas herramientas, enfoques y métodos para recopilar y analizar datos, así como para proponer soluciones más efectivas.

Se considera la necesidad de obtener mediciones que permitan establecer el uso real de lo que se pretende mostrar como un producto o instrumento (social) innovador.

De acuerdo con el texto descriptivo del enfoque del Departamento Administrativo para la prosperidad social (DPS), se entiende como relación entre innovación e investigación social el siguiente concepto: "Proceso centrado en las personas, que a través de espacios de participación y experimentación busca construir proyectos que resuelvan problemáticas sociales, que enriquezcan las prácticas de los actores involucrados y que generen valor social".

4 Discusión y conclusiones

Se puede afirmar que el periodo de pandemia y postpandemia se ha vivido como periodo de incertidumbre por lo que se ha relanzado y actualizado el concepto de innovación y sus aplicaciones en todos los campos, también en el social.

En las publicaciones no se identifican como tales por lo que se dificulta el acceso a su identificación, por lo que se pierde su visibilidad y por tanto al conocimiento de estas, de sus procedimientos y procesos de implementación para poder replicarlas.

Se manifiesta la necesidad de investigación en IS, evidenciar los avances en programas informáticos y la necesidad de socializar desarrollos de metodologías en los progresos y técnicas, así como espacios de coordinación y socialización de las prácticas innovadoras de manera transversal y multiprofesional.

La innovación impulsa la necesidad de investigación para mejorar la práctica y promover el cambio social positivo.

De acuerdo con lo planteado por Pilay- Torres (2023) “En los últimos años, la incorporación de las tecnologías educativas en la educación superior, se ha orientado a conseguir los fines que busca precisamente la educación. Al presente, la innovación se considera un elemento fundamental de evolución en los países vanguardistas, que ayuda, además, a prever los requerimientos de los mercados, detectar nuevos productos, servicios y procesos de mejor calidad”.

Se destaca como se relaciona de manera estrecha la innovación e investigación, unida a la financiación y el tiempo disponible de los profesionales para diseñar, hacer seguimiento, evaluación y comunicar al resto de profesionales, entidades, organizaciones y a la administración pública en general; como se puede fortalecer y avanzar en procesos de innovación social, que faciliten la prestación adecuada de servicios sociales y la práctica profesional de trabajadores sociales que promueven el cambio social positivo.

Referencias bibliográficas

- Alonso, A., Echeverría, J. (2016) ¿Qué es la innovación social? El cambio de paradigma y su relación con el Trabajo Social. Cuadernos de trabajo social, Vol.29 (2), p.163-171
- Brezmes, M^a J. (2010) Estrategias y oportunidades de cambio y mejora de los servicios sociales municipales. MISCELÁNEA COMILLAS, Vol. 68, N^o 133 pp. 587-606
- Comisión Europea (2013) Guide to Social Innovation. https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/brochure/social_innovation/social_innovation_2013.pdf
- Grimm, R., Fox, C., Baines, S. and Albertson, K. (2013) Social innovation, an answer to contemporary societal challenges? Locating the concept in theory and practice. *The European Journal of Social Science Research*, 26(4):436–455.
- Llobet, M. (2006). La creatividad social frente a la sociedad del riesgo. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (1 Ext), 456. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061_Ext469
- Mulgan, G. (2006) The Process of Social Innovation. *Innovations: Technology, Governance, Globalization* 1 (2): 145–162. doi:10.1162/itgg.2006.1.2.145
- Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología (2013). *Memorias del Seminario Taller Los retos de la Innovación Social*, DNP, Colciencias y ANSPE, Bogotá.
- Observatory of Public Sector Innovation (OPSI) (2023) *Global Trends in Government Innovation 2023*. <https://oecd-opsi.org/publications/trends-2023/#re-imagining-communities>
- OECD (2019) Declaration on Public Sector Innovation, OECD/LEGAL/0450. <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/oecd-legal-0450>
- Pilay-Robles, N., Ayón-Ochoa, H., & Macías-Parrales, T. (2023). Ética e innovación docente: un compromiso dentro de la gestión educativa superior en Ecuador. *Revista Innova Educación*, 5(1), 170–180. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2023.05.012>
- Raya, E. (2017) *Innovación social en la Práctica del Trabajo Social*. Tirant lo Blanch.
- Rodríguez, A. y Alvarado, H. CEPAL (2008) *Claves de la innovación social en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile, noviembre de 2008. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/2536/S0800540_es.pdf
- Sánchez, C. (2018). Las sociologías post 68 y la creatividad social. *Arbor*, 194(787), a435. <https://doi.org/10.3989/arbor.2018.787n1008>
- SIIS- F. Eguía-Careaga (2019) Revisión de tendencias, innovaciones y buenas prácticas en el ámbito de los servicios sociales. *ZERBITZUAN* 70, p 5-33



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El análisis y diagnóstico interno y externo como clave del éxito para una política social: barrios por el empleo. Juntos más fuertes

Vicente Manuel Zapata Hernández, Universidad de La Laguna (vzapata@ull.es)

Silvia Acosta González, Fundación General de la Universidad de La Laguna (bx_e_transferencia@fg.ull.es)

Karina Mayret Cabrera Méndez, Fundación General de la Universidad de La Laguna (kmcabrera@fg.ull.es)

Caterina Thomàs Vanrell, Universitat de les Illes Balears (caterina.thomas@uib.cat)

Rut López Álvarez, Fundación General de la Universidad de La Laguna (barriosporempleo@fg.ull.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El Proyecto *Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes*, ha contado desde su comienzo con el propósito de someterse a procesos de diagnóstico y revisión frecuentes, los más recientes han sido:

- *Revisión y reformulación del Proyecto.* Según se ha ido consolidando la iniciativa, se detectaba la necesidad de contar con unas directrices claras y concretas que facilitaran la tarea de planificación y redacción del Proyecto en cada anualidad.

Es por ello que se realiza este proceso, con el apoyo de una formación técnica, denominada *Revisión y Reformulación de Proyectos de Empleo*. Como resultado se obtuvo una Matriz de Planificación, en la cual se esquematizan los principales elementos del Proyecto.

- *Análisis de situación y perspectivas del proyecto Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes en el contexto insular en 2022.* A raíz del informe de seguimiento del primer semestre de 2022, se solicitó desde la entidad financiadora, un estudio más exhaustivo sobre el funcionamiento del Proyecto y su capacidad para atender a las necesidades actuales y futuras, teniendo en cuenta el contexto insular.

De dicho informe resultaron una serie de mejoras e innovaciones que se han comenzado a incorporar al Proyecto en la edición actual.

Palabras clave

Barrios por el empleo, política social, análisis, diagnóstico y evaluación

1 Introducción

El proyecto *Barrios por el Empleo* nace en el año 2009 en el barrio La Candelaria, ubicado en San Cristóbal de La Laguna, en la isla de Tenerife, a través de la iniciativa comunitaria *Vecinos al Proyecto*, tras detectar un gran incremento en los indicadores de desempleo, como consecuencia de la crisis económica. El Proyecto surge con el fin de abordar esta problemática, desde el marco local, a través del trabajo colaborativo entre recursos técnicos, representantes políticos/as y asociaciones vecinales, mediante el uso de enfoques comunitarios y participativos, que superen la visión individualista propia de las políticas de empleo convencionales. El trabajo comunitario se alimenta del establecimiento de relaciones colaborativas entre las Administraciones Públicas, la ciudadanía y los recursos técnicos, cuyo vínculo con la comunidad evoluciona con la realidad en la que se desarrolla (Marchioni, 2015).

En el año 2013, el Cabildo de Tenerife aprueba el Plan de Acción por el Empleo, cuyo objetivo es facilitar la reentrada en el mercado de trabajo de aquellos colectivos que encuentran especiales dificultades para conseguir un empleo y evitar situaciones de riesgo de exclusión social. Por lo que, a finales de 2014, la Corporación

Insular convoca a Cáritas Diocesana de Tenerife, Cruz Roja, Fundación General de la Universidad de La Laguna y Fundación Don Bosco Salesianos Social, con el propósito de diseñar de manera conjunta un ambicioso proyecto de escala insular que siga las líneas estratégicas del Plan de Acción para el Empleo. A este proceso se suma también la Fundación Insular para la Formación, el Empleo y el Desarrollo Empresarial (FIFEDE), adquiriendo el papel de entidad coordinadora.

Posteriormente, en el año 2021 se incorpora como nueva entidad colaboradora la Sociedad Insular de Promoción de las personas con discapacidad (SINPROMI).

A raíz de esta acción colaborativa, nace *Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes* en el año 2015, convirtiéndose en parte fundamental de las políticas activas de empleo del Cabildo de Tenerife. Posteriormente, en el año 2016, el Cabildo de Tenerife aprueba el Marco Estratégico de Desarrollo Insular para la isla de Tenerife (MEDI), como instrumento que permita implementar programas destinados al desarrollo e implementación del Código del Buen Gobierno. Está estructurado en cinco ejes, que persiguen impulsar el desarrollo económico y social en los ámbitos municipal, supramunicipal e insular. *Barrios por el Empleo* se enmarca en el Eje 4: Empleo y Sectores Productivos. Además, el Proyecto también cuenta con financiación del Fondo de Desarrollo de Canarias (FDCAN), que promueve acciones que contribuyan a la cohesión económica, social y territorial, al desarrollo económico y a la creación de empleo en Canarias.

En este sentido Caro Blanco (2015) sostiene, que los Servicios Públicos de Empleo, estatal y autonómicos, no están pensados, ni dotados, para hacerle frente a situaciones de desempleo tan extendidas como la que se registra en los últimos años en España. Por esto se apuesta por el afianzamiento y ampliación de proyectos de estas características, que den respuesta integral a la situación de desempleo, como apoyo a los recursos públicos de empleo y el apoyo del Cabildo de Tenerife al proyecto *Barrios por el Empleo* es un claro ejemplo de esto.

El proyecto *Barrios por el Empleo* comenzó en 2015 con 13 nodos de intervención, y actualmente cuenta con 27 puntos de atención en toda la isla. La elección de estos nodos se basa en datos estadísticos sociolaborales y la presencia de recursos establecidos en los territorios de intervención. Además, anualmente se realiza un diagnóstico zonal de cada nodo, para realizar una intervención territorializada. Siguiendo la línea que plantea Adelantado (2000), cualquier política de empleo que pretenda avanzar en la igualdad, debe evitar la universalización de las fórmulas de actuación y partir de la diversidad de realidades concretas y de potencialidades de cada colectivo.

Tras ocho años de ejecución en su versión más reciente, *Barrios por el Empleo* ha alcanzado la madurez suficiente como para generar resultados y aprendizajes susceptibles de ser sistematizados y transferidos a otros ámbitos, tanto profesionales como académicos. Además, se ha convertido en referente a la hora de diseñar estrategias de empleabilidad de carácter territorializado, a nivel local, insular y regional. Es por ello que, desde el propio Proyecto, se promueven e impulsan acciones de análisis y diagnóstico del mismo, con el fin de mantener activos procesos de revisión y mejora continua, que permitan rediseñar y ajustar el Proyecto a las necesidades y cambios sociales que se van produciendo y detectando.

Dentro de las acciones de análisis y diagnóstico que se impulsan desde el Proyecto, se han escogido dos acciones concretas, que sirven como ejemplo de la importancia de llevar a cabo acciones de este tipo: *Revisión y reformulación del Proyecto y Análisis de situación y perspectivas del proyecto Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes*.

2 Metodología

En este epígrafe se abordará la metodología seguida en cada una de las acciones planteadas, así como la motivación para desarrollar cada una de ellas.

2.1 Revisión y Reformulación del Proyecto

Realizar una revisión y reformulación del Proyecto era una necesidad detectada desde la Mesa de Coordinación hace ya varios años. Quedaba patente, sobre todo, a la hora de planificar y redactar el Proyecto cada anualidad, puesto que se adolecía de unas directrices claras y concretas que facilitaran estas tareas, cuando más, se desarrollan de manera conjunta entre las diferentes entidades.

Este proceso se desarrolló en 2021 a través de una acción formativa presencial y práctica, alternando la presentación de aspectos teóricos–conceptuales con el análisis de casos prácticos y dinámicas participativas; con una duración total de 20 horas y dirigida a la Coordinación de las diferentes entidades que conforman el Proyecto. El diseño y la impartición corrió a cargo de la entidad especializada “Mosaico Canarias”, en la figura de Daniel Buraschi como docente.

Previo al comienzo del proceso, desde Mosaico Canarias, se llevó a cabo un análisis del Proyecto en relación a su formulación (objetivos, indicadores, etc.), para posteriormente elaborar un informe de mejoras y la programación de la acción formativa. Dicho análisis se realizó a través de ocho dimensiones:

1. Estructura del Proyecto
2. Lógica vertical del Proyecto
3. Lógica horizontal
4. Lógica diagonal
5. Definición de los objetivos
6. Definición de los objetivos estratégicos y operativos
7. Definición de los indicadores
8. Definición de las fuentes de verificación

La acción formativa se estructuró en dos módulos:

- Módulo 1. Revisión de la planificación del proyecto de empleo.
- Módulo 2. Reformulación de la estructura, de los objetivos, los indicadores y de las fuentes de verificación del proyecto de empleo.

2.2 Análisis de situación y perspectivas del proyecto Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes en el contexto insular en 2022

A raíz de los primeros datos volcados sobre la ejecución de *Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes* durante el año 2022 y comparándolos con ejercicios anteriores, se planteó, desde el Servicio de Empleo, Desarrollo Socioeconómico y Comercio del Cabildo de Tenerife, un estudio más exhaustivo para reflexionar sobre la orientación del Proyecto y su capacidad para atender presentes y futuras necesidades en materia de empleabilidad e inserción laboral en el contexto insular.

Con el objetivo de llegar a conclusiones lo más certeras posibles, el estudio planteado llevó a cabo una comparativa entre los resultados del primer semestre del año 2019, contexto de pre-pandemia, y el primer semestre del año 2022, una vez que se habían superado los peores momentos originados por la difusión del virus SARSCoV-2, incidiendo en aquellos aspectos que pudieron motivar las principales variaciones de los datos recogidos.

El proceso de diseño y desarrollo del informe de análisis solicitado fue el siguiente:

1. *Planteamiento metodológico*, incidiendo en el trabajo colaborativo que es sello del Proyecto y en explotar la valiosa información que se genera desde los nodos repartidos por toda la geografía insular.
1. *Recopilación de datos*. Para obtener una visión integral del Proyecto y del contexto en el que se enmarca, se optó por trabajar con las siguientes fuentes de información:
 - Datos estadísticos oficiales solicitados a medida al Observatorio Canario de Empleo (OBECAN).
 - Datos estadísticos extraídos de la base de datos del Proyecto.
 - Consulta a un experto acreditado en economía aplicada acerca de la previsión de la evolución del mercado laboral y sus posibles repercusiones para los principales agentes del Proyecto: personas desempleadas, empresas y entidades.
 - Cumplimentación de cuestionarios por parte de los equipos de los 27 nodos relacionados con su práctica laboral diaria. Entre las cuestiones planteadas, destacaron las siguientes:
 - Identificación de recursos de empleo y su relación con el equipo del nodo
 - Ejecución de acciones del Proyecto
 - Percepción de la evolución del Proyecto y de su práctica diaria
 - Propuestas de mejora. La motivación para incorporar esta última fuente de información fue alcanzar una visión más completa, sobre todo aprovechando la importante cantidad y diversidad de profesionales que trabajan de forma descentralizada en el marco del Proyecto, convirtiendo así a estas personas en “antenas del territorio”.
2. *Interpretación y análisis de los datos recabados*. Inicialmente mediante la explotación de los datos estadísticos y el volcado de los resultados de los cuestionarios cumplimentados por el equipo. A continuación, con un análisis de los mismos, sesiones de trabajo por parte del equipo de coordinación y representantes de las entidades gestoras, y la organización de los resultados a partir de un esquema DAFO, para identificar aspectos internos y externos que facilitarían la toma de decisiones de cara la ejecución del Proyecto durante el año 2023.
3. *Elaboración de conclusiones y propuestas*, junto a la revisión del documento final.

Los contenidos recogidos en el informe se estructuraron en función del siguiente esquema:

1. Motivación del documento
2. Antecedentes
3. Metodología
4. Situación actual del mercado laboral y comparativa con *Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes*
 - 4.1. Análisis y comparativa de la demanda laboral

- 4.2. Análisis y comparativa de la oferta laboral
5. Análisis de la situación de los recursos de empleo y de su interacción con *Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes*
6. Análisis interno del Proyecto
 - 6.1 Atención y orientación
 - 6.2 Formación
 - 6.3 Intermediación
 - 6.4 Estructura del Proyecto
 - 6.5 Innovación
7. Previsión de la evolución del mercado laboral
8. Esquema DAFO
9. Resumen: conclusiones y propuestas
10. Valoración final

Las tareas de coordinación y elaboración del informe recayeron, principalmente, en la Unidad de Gestión y Transferencia del Conocimiento del Proyecto, con la colaboración de la Mesa de Coordinación y la implicación del equipo técnico.

Una vez finalizado el estudio fue presentado al Cabildo de Tenerife por parte de la Coordinación y Representantes de las entidades que desarrollan el Proyecto.

3 Resultados y conclusiones

El proceso de *Revisión y Reformulación del Proyecto* concluyó con 10 matrices de planificación, donde se recogen de forma esquemática los indicadores y fuentes de verificación de cada uno de los objetivos de las líneas estratégicas, así como del Proyecto en su conjunto, teniendo en cuenta el fin del mismo. A continuación, se puede observar, a modo de ejemplo, la matriz del Proyecto y la de una de las líneas estratégicas:

Figura 1. Matriz general del Proyecto

| | DESCRIPTIVO | INDICADORES | FUENTES DE VERIFICACIÓN |
|-----|--|--|--|
| FIN | MEJORAR LA EMPLEABILIDAD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO | Insertar por cuenta ajena o propia a X personas participantes del proyecto (FDCAN) | Diplomas/Anexo VI Registros Bases de Datos del proyecto |
| | | Insertar al % de personas participantes formadas en el proyecto (MEDI) | Diplomas/Anexo VI Registros Bases de Datos del proyecto |

Figura 2. Matriz de la línea estratégica 1

| LÍNEA ESTRATÉGICA 1: ORIENTACIÓN A PERSONAS DESEMPLEADAS | | | |
|--|---|--|--|
| OBJETIVOS | DESCRIPTIVO | INDICADORES | FUENTES DE VERIFICACIÓN |
| OBJETIVO GENERAL 1 | Fomentar la adquisición de información, herramientas y habilidades para la BAE | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1. | Prestar servicios de orientación laboral | <p>Al menos X personas realizan una entrevista acogida</p> <p>Al menos X reciben dos horas o más de orientación hacia la BAE</p> | <p>Ficha de acogida</p> <p>Ficha de seguimiento y/o listado de asistencia.</p> |

Esta acción permitió tener una visión más completa de la realidad, de los problemas y de las posibles soluciones, lo que ha permitido una mayor eficacia y eficiencia a la hora de planificar los cambios sociales que se han abordado. Además, al ser un proceso colaborativo entre todas las entidades ha favorecido la construcción de una visión estratégica común, lo cual es clave para el éxito y la sostenibilidad de los proyectos sociales. También, ha permitido definir de forma clara los objetivos, indicadores y fuentes de verificación, con el fin de que sea posible evaluar correctamente el Proyecto. Todo esto aumenta las posibilidades de transferencia y de financiación, al estar bien redactado y planificado (Buraschi, 2021).

Del *Análisis de situación y perspectivas del proyecto Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes en el contexto insular en 2022*, resultaron una serie de mejoras e innovaciones que se relacionan a continuación:

- Reforzar el trabajo con agentes comunitarios, que son una minoría en el panel de agentes con los que el Proyecto interactúa.
- La comunicación es una de las áreas del Proyecto que ha de ser revisada y replanteada, elaborando un plan adaptado al público objetivo, que articule procesos comunicativos internos y externos.
- Disminuir el ratio elevado de atención técnica, especialmente en orientación.
- Aumentar la capacidad de medir y actuar sobre aspectos sociales que afectan a la empleabilidad de las personas participantes y que pueden suponer una dificultad añadida para su inserción laboral.
- Profundizar en las medidas de conciliación incorporadas en el Proyecto para salvar las barreras en el acceso de aquellas personas participantes.
- Trazar estrategias para paliar la dependencia de la red de ayudas sociales en las que se mueve una parte de las personas participantes.
- Incidir en el desarrollo de competencias digitales.
- Incluir en la oferta formativa del Proyecto la preparación para pruebas de competencias clave nivel 2 y 3.
- Profundizar en el proceso de formación a la carta en colaboración con las empresas, ampliando el modelo a nuevos sectores.
- Analizar y evaluar las propuestas de las Entidades que desarrollan el Proyecto tras la publicación de la Reforma Laboral.
- Mejorar la base de datos para que facilite futuros análisis.
- Valorar la aplicación en el Proyecto de la metodología de empleo con apoyo.

- Construir e incorporar indicadores de los elementos cualitativos que aporta el Proyecto.

Como conclusiones resultaron las siguientes:

- *Barrios por el Empleo: Juntos Más Fuertes* continúa siendo un Proyecto capaz de generar respuestas adaptadas a las personas que atiende y al tejido empresarial con el que interactúa.
- Se configura como un Proyecto abierto a la innovación, acoplándose orgánicamente también a los cambios contextuales, ya sean económicos, sociales e incluso político-administrativos. Adaptaciones que permanecen en su estructura y claves de funcionamiento, constituyendo ese espíritu resiliente, junto al potencial que se deriva de la participación de distintas organizaciones públicas y privadas.
- Los resultados del diagnóstico realizado y las propuestas de mejora e innovación formuladas pueden contribuir a reforzar el potencial del Proyecto para afrontar nuevas e inciertas realidades.

Cabe destacar que *Barrios por el Empleo* es una iniciativa con una gran implicación con las personas, la prosperidad y la participación, sin dejar de lado el cuidado del planeta y las relaciones basadas en la paz, coincidiendo con los 5 ejes de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. Es por ello que se realizó una labor de alineación del Proyecto con los ODS y con la Agenda Canaria de Desarrollo Sostenible 2030.

Como resultado de esta tarea, a grandes rasgos se puede observar la siguiente tabla:

Tabla 1. Síntesis de la Alineación del Proyecto con ODS y ACDS2030

| | |
|---|---|
| De manera general el Proyecto se relaciona con los ODS: |  |
| Las líneas estratégicas del Proyecto se relacionan principalmente con los ODS: |  |
| De manera transversal el Proyecto contribuye con los ODS: |  |
| El Proyecto incide en los siguientes Retos Región de la Agenda Canaria de Desarrollo Sostenible 2030: | <ul style="list-style-type: none"> • R.R. 1: Erradicar la pobreza y reducir las desigualdades sociales. • R.R. 5: Superar las deficiencias estructurales del modelo económico de Canarias. • R.R. 6: Luchar contra el desempleo, la precariedad e inestabilidad del mercado laboral canario. • R.R. 8: Afrontar las debilidades de nuestro marco institucional y las ineficiencias de diseño y funcionamiento de la Administración pública. |

Referencias bibliográficas

- Adelantado, J. (coord.). (2000). Cambios en el Estado de Bienestar: Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona: Icaria editorial.
- Buraschi, D. (2021). Revisión del proyecto: Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes. [Informe no publicado]
- Cabildo de Tenerife (2013) Plan de Acción por el Empleo. <https://www.tenerife.es/portalcabtfe/es/el-cabildo/planes-programas/detalle/download/1112/2108/288>
- Cabildo de Tenerife (2016) Marco Estratégico de Desarrollo Insular para la isla de Tenerife (MEDI) 2016-2025. <https://www.tenerife.es/edoc/>
- Caro Blanco, F. (2015). La inserción por el empleo de colectivos vulnerables Discursos y Estrategias de los Agentes de Inserción, en un Contexto de Crisis [Tesis de doctorado, Universidad Pública de Navarra]. <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/20994/TESIS%20Fernanda%2BCaro%2BBlanco%20MA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marchioni, M. (2015). Conceptos alrededor de la intervención comunitaria. Un caleidoscopio de miradas: una década tejiendo complicidades. Jornada de Prevención y Mediación Comunitaria. Gerona, España.
- Unidad de Gestión y Transferencia del conocimiento, del proyecto Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes (2022). Análisis de situación y perspectivas del proyecto “Barrios por el Empleo: Juntos más Fuertes” en el contexto insular en 2022. [Informe no publicado]



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Utilidad de un mapa de indicadores para la evaluación del riesgo en los Servicios Sociales Comunitarios

Rocío Muñoz Moreno, Universidad de Huelva (rocio.munoz@dstso.uhu.es)

Fernando Relinque-Medina, Universidad Pablo de Olavide (frelmed@upo.es)

Ana Vallejo Andrada, Universidad de Huelva (ana.vallejo@dstso.uhu.es)

Octavio Vázquez Aguado, Universidad de Huelva (octavio@dstso.uhu.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto decisivo en nuestra sociedad, condicionando el bienestar y la calidad de vida de las personas, donde los Servicios Sociales han jugado un papel fundamental. Analizar los impactos sociales y monitorear los riesgos derivados de la pandemia puede favorecer la prevención de situaciones de riesgo, adaptar los recursos del sistema de servicios sociales a los cambios sociales y facilitar el proceso de toma de decisiones para mitigar las consecuencias de posibles crisis o catástrofes socio-naturales. Este capítulo presenta un proceso metodológico, basado en la gestión de desastres HCVRA (Amenazas, Desarrollo de Capacidades, Vulnerabilidad, Evaluación de Riesgos) modelos, diseñados ad hoc con el objetivo de identificar, por un lado, los impactos sociales del COVID-19 y, por otro lado, las zonas de mayor riesgo social en el escenario post-COVID. La aplicación de este proceso metodológico ha permitido obtener una batería de indicadores obtenidos en bases de datos públicas, accesibles y actualizables. Esta batería de indicadores ha sido validada por un panel de personas expertas a través de una metodología Delphi y ponderada por grupos de partes interesadas a través de un método multicriterio. La aplicación de esta metodología nos ha permitido obtener un índice de riesgo territorializado al más alto nivel de desagregación de los datos disponibles (municipal), en función de las dimensiones que componen el modelo: vulnerabilidad, amenaza y resiliencia.

Palabras clave

Evaluación de riesgos, HCVRA, servicios sociales, indicadores, Delphi

1 Introducción

El impacto y alcance de los efectos generados por la pandemia de COVID-19 han sido devastadores y nos ha hecho reflexionar sobre es necesario reflexionar sobre la necesidad de generar respuestas adecuadas a posibles escenarios futuros, en los que deberán operar los Servicios Sociales (Santás García, 2020), siendo estos, un elemento clave frente a la hora de afrontar una nueva crisis cuya verdadera magnitud sigue siendo difícil de cuantificar.

Como afirma Amadasun (2020), la mayor parte de la literatura producida por el trabajo social durante las primeras etapas de la crisis del COVID-19 enfatiza la desigualdad en salud y el impacto social de la crisis en ciertos grupos que ya eran vulnerables antes de la crisis. Estos círculos de desigualdades han generado, como señala Pérez-Sainz (2021), que la pandemia haya ampliado la fragmentación territorial urbana, añadiendo nuevos aspectos de desigualdad, y acentuando la invisibilidad del mundo de la marginación social para el resto de la sociedad.

Por otro lado, esta crisis global ha puesto de relieve la falta de modelos teóricos que puedan facilitar la prevención y gestión de los efectos de una pandemia de la escala del SARS-CoV-2.

Si bien es cierto que este tipo de pandemia es difícilmente predecible, si lo es que la existencia de modelos científicos que faciliten la gestión y la toma de decisiones en contextos de alta incertidumbre, como el que hemos vivido recientemente, facilitarían enormemente los procesos de toma de decisiones, sirviendo de hoja de ruta y ayudando a mitigar considerablemente los impactos derivados de crisis de esta naturaleza.

La falta de experiencia en el manejo de situaciones de esta magnitud ha llevado en muchos casos a decisiones improvisadas. Considerando esta realidad y el aprendizaje que ha supuesto como sociedad, el objetivo de este proyecto es proponer un modelo que facilite la gestión de la incertidumbre en contextos de potenciales desastres. Dado el protagonismo que ha adquirido el sistema de Servicios Sociales para abordar los efectos generados por la pandemia, la propuesta que se realiza con este trabajo consiste en aplicar los modelos de gestión de desastres naturales a los Servicios Sociales con el objetivo de identificar los factores socioeconómicos impactos del COVID-19 y la capacidad del sistema para hacer frente a las nuevas situaciones, así como la identificación de nuevas oportunidades derivadas de esta crisis.

2 Metodología

Debido al alcance y complejidad del sistema, se aplicará la metodología a través de dos pilotajes. Se realizará una prueba piloto en todos los servicios sociales comunitarios de Andalucía, pertenecientes a la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. El segundo pilotaje será en los servicios sociales de Mayores de Andalucía, que son los servicios que han sido sometidos a mayor estrés debido a la gravedad de la incidencia de la enfermedad en personas mayores (Martínez y Girón 2020).

Por su parte, la transferencia del método HVCRA al ámbito de los Servicios Sociales en este proyecto ha seguido una secuencia de fases que han conducido al Índice de Riesgo de Servicios Sociales (IRISS), que considera en su cálculo la relación entre vulnerabilidad a las amenazas y resiliencia.

Este índice ha sido calculado para el año 2019 como índice pre-COVID y con datos disponible para el año 2021 como índice post-COVID. Así, el impacto es la relación entre ambos puntos temporales.

$$SSRI = \frac{iV \ iH}{iR}$$

3 Resultados

3.1 Fase 1: Identificación y Validación de los Indicadores que Conforman el Modelo.

Una vez definidas las dimensiones en las que se estructura el modelo (vulnerabilidad, amenazas y resiliencia), el primer paso consistió en definir teóricamente el contenido de cada uno de ellos, así como los indicadores a incluir en los mismos. Definiéndose de la siguiente manera:

- La dimensión de vulnerabilidad ha sido definida como el reflejo de situaciones de fragilidad vinculadas a la estructura sociodemográfica y a datos directamente relacionados con la población.

- La dimensión de amenaza contiene indicadores que se relacionan más directamente con el ámbito territorial.
- La resiliencia ha sido definida como la capacidad de los sistemas de protección social, concretamente los servicios sociales, para revertir los efectos negativos derivados de las situaciones de vulnerabilidad y amenaza contempladas en las dimensiones anteriores, ejerciendo un efecto amortiguador en situaciones de crisis.

Paralelamente a la revisión de la literatura, se ha elaborado una selección de indicadores disponibles públicamente y accesibles a nivel municipal para los años de referencia (2019 y 2021), con base en las tres dimensiones que componen el modelo. A esta selección previa por parte del equipo de investigación le siguieron varios procesos de validación. Uno de ellos implicó la participación de expertos utilizando el método Delphi para evaluar el grado de importancia e idoneidad de los indicadores y otro consistió en la consulta a stakeholders.

La herramienta sometida a validación por el panel de expertos es un cuestionario con 37 indicadores distribuidos en tres dimensiones, validado en dos rondas de participación. En cada cuestionario administrado se mide el grado de importancia del indicador en cada dimensión extrayendo la media, la moda (importancia) y la desviación estándar. Los resultados obtenidos en la primera vuelta han contribuido a mejorar el modelo, extrayendo los indicadores que han obtenido una valoración baja, e incorporando otras que hayan sido propuestas por el panel de expertos. La segunda ronda ha servido para consolidar y revalidar los acuerdos, llegando así a la propuesta final para el sistema de indicadores que componen el modelo.

3.2 Fase 2: Cálculo de ponderación utilizando metodología multicriterio con las partes interesadas y AHP.

En este segundo proceso de validación del sistema de indicadores se estableció una metodología multicriterio de consulta a los stakeholders, realizada de forma grupal. En este caso se valoraron los 34 indicadores establecidos en la fase anterior y que conforman el índice IRISS. La valoración de los indicadores se estableció en una escala Likert con una puntuación de entre 1 y 5 puntos en tres criterios diferentes: impacto, reversibilidad e influencia.

Los criterios considerados en esta fase fueron establecidos y definidos por el equipo de investigación, siendo: (a) el impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 en el indicador; (b) la reversibilidad que tiene cada uno de estos indicadores, es decir, la facilidad de cambiar a un estado mejor o más favorable a lo largo del tiempo y (c) la capacidad de influencia que tiene este indicador sobre el sistema de servicios sociales.

Para calcular las ponderaciones a aplicar a cada indicador, fue necesario también que el equipo investigador estableciera la ponderación, entendida como la importancia de cada criterio en la consideración de las puntuaciones medias obtenidas de los cuestionarios cumplimentados por los agentes. Para ello se ha utilizado la metodología AHP (Analytic Hierarchy Process), un método de toma de decisiones multicriterio utilizado para calcular los pesos de los indicadores a incluir en el modelo (Wu et al. 2022).

Además, se agregan cuestiones importantes para su elección, como contar con un análisis de consistencia para asegurar que los tomadores de decisiones brinden juicios confiables.

Para ello se ha seguido el siguiente proceso (según las directrices de Aznar y Guijarro (2020) por $n \times n$ pares (donde n es el número de criterios):

1. Definición de una matriz de pares de criterios en base a una escala de 9 puntos, donde 9 es el valor máximo (muy importante) y 1 es el valor mínimo (nada importante).
2. Obtención de la matriz de comparación normalizada (La división de cada elemento (celda de la matriz) por la suma total de su columna).
3. Cálculo del promedio de las filas de la matriz normalizada, obteniendo así los pesos o vector de prioridad.
4. Se calcula una matriz resultante del producto de cada celda de la matriz de calificación inicial (columnas) con el peso de la fila.
5. Comprobaciones de coherencia para garantizar que los pesos definidos no sean completamente aleatorios.

La consistencia de los datos del proyecto ha sido favorable en 0,05 (siendo adecuada por debajo de 0,1 según Opabola y Galasso (2022)).

Finalmente, el peso de ponderación a aplicar a cada indicador se calcula como el producto del promedio de cada indicador en cada criterio obtenido de los cuestionarios a las partes interesadas por el peso de cada criterio (impacto, reversibilidad e influencia), extraído del proceso AHP anterior. Estos 3 luego se suman y se normalizan estandarizándolos en una escala de 0 a 1, considerando los valores máximo y mínimo del conjunto total de indicadores ($x = (x - \min) / (\text{Max} - \min)$).

3.3 Fase 3: Configuración de las Bases de Datos, Descarga de Datos Secundarios, Análisis, Depuración, Filtrado de Variables y Elaboración de Indicadores

En esta fase se ajustaron los indicadores del modelo final, eliminando dos de ellos, uno de la dimensión de vulnerabilidad (infraestructuras) por no encontrar datos actualizados, y otro de la dimensión de resiliencia (financiación global de los servicios sociales) por no ser accesibles. Otros dos han tenido que ser reformulados ante la imposibilidad de acceder a datos sobre población con discapacidad a nivel municipal.

El conjunto total final consta de 32 indicadores. La distribución corresponde a 9 indicadores para la dimensión de vulnerabilidad, 6 para amenazas y 17 para resiliencia. El siguiente paso es descargar los datos de fuentes secundarias, desarrollar las bases de datos y calcular los indicadores.

La mayoría de los datos se han ubicado en el Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA) para las dimensiones de Vulnerabilidad y Vmenaza. Se han descargado todos los datos para los periodos pre-pandemia (2019) y post-pandemia (2021), a nivel municipal, aunque para algunos datos el último año disponible es 2020.

Los datos de las dimensiones de Vulnerabilidad y Amenaza se obtuvieron íntegramente del SIMA, mientras que los de la dimensión Resiliencia se obtuvieron principalmente de la información estadística de servicios sociales comunitarios que publica la Junta de Andalucía a través de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. en la base de datos de Netgefys.

3.4 Fase 4: Estandarización y Ponderación de Indicadores

Una vez calculados los indicadores a partir de fórmulas con los datos secundarios disponibles, se realiza la inversión en aquellos que hayan sido acordados por el equipo de investigación para orientarse en una interpretación inversa del riesgo. En otras palabras, aquellos indicadores donde una mayor puntuación es más

beneficiosa para el sistema se han mantenido con datos directos, mientras que aquellos en los que una puntuación más alta implicaría un mayor riesgo se han invertido.

Luego se normalizan los indicadores estandarizándolos en una escala de 0 a 100. Esta normalización se lleva a cabo utilizando la fórmula de mínimo y máximo del conjunto de indicadores ($x = (x - \min) / (\text{Max} - \min)$). Posteriormente se aplica la ponderación calculada a partir de la metodología multicriterio de consulta a grupos de interés. Con este paso se obtienen los indicadores finales ponderados para poder proceder al cálculo de los índices requeridos en el modelo.

Fase 5: Cálculo de los Índices y del ISRS final y nivel de impacto Pre y Post-COVID.

Los indicadores ponderados se utilizan para calcular los índices de cada dimensión que componen el índice ISRS, que se calcula como la media de las puntuaciones del conjunto de indicadores que componen cada dimensión. El índice de Vulnerabilidad, el índice de Amenaza y el índice de Resiliencia se obtienen para las situaciones pre-COVID (año 2019) y post-COVID (año 2021).

La fórmula para aplicar para cada una de las dimensiones es:

$$iD = \sum_{i=1}^n \left| \frac{(xi_{pi})}{N} \right|$$

Dónde:

iD: es el índice de cada dimensión (vulnerabilidad, amenaza o resiliencia).

xi: es el valor de la variable (n variables)

pi: es el valor de la ponderación para cada variable

N: es el número total de variables

Finalmente, el cálculo final del IRISS se ha realizado multiplicando el índice de Vulnerabilidad por el índice de Amenaza, dividido por el índice de Resiliencia. Este IRISS se calcula para todos los Servicios Sociales en la situación anterior y posterior a la COVID-19 y también se calcula para la realidad de los servicios a las personas mayores (antes y después de la COVID-19) con la inclusión de los cinco últimos indicadores de la dimensión de resiliencia.

El último paso es calcular el impacto de la pandemia de COVID-19 en los servicios sociales comunitarios y los servicios sociales para las personas mayores, con la relación entre los IRISS pre y post-COVID.

4 Discusión y conclusiones

Este artículo detalla el marco original y el proceso metodológico seguido para construir y diseñar el índice de medición de riesgos en los Servicios Sociales a nivel territorializado en el ámbito municipal. Se trata de un modelo piloto aplicado tanto a Servicios Sociales Comunitarios como a aquellos destinados a personas mayores.

El cálculo de estos índices se orienta a un mayor y mejor conocimiento de la dinámica de los Servicios Sociales municipales. Esto permite establecer prioridades y medidas de intervención con la localización del riesgo de mayor o menor importancia, y poder identificar en qué dimensión e indicadores específicos se deben centrar las acciones de mejora como el desarrollo de políticas locales, entre otras alternativas y soluciones. Es un

modelo que nace con la intención de ser útil para el conocimiento científico, para el diagnóstico profesional y para la gestión y toma de decisiones profesionales y políticas.

Este índice se basa en indicadores de la realidad contextual, del ámbito social, económico y sociodemográfico que lo convierten en una herramienta útil, además de actualizada dada la disponibilidad de los datos de los que bebe y que puede aplicarse y adaptarse a diferentes territorios.

Referencias bibliográficas

- Amadasun, Solomon. (2020). Social work and COVID-19 pandemic: An action call. *International Social Work* 63: 753–56.
- Aznar, J & Guijarro, F. (2020). *Nuevos Métodos de Valoración. Modelos Multicriterio*. Valencia: Editorial Universitat Politècnica de València
- Martínez, D & Girón, R. (2020). Mayores institucionalizados: ¿Cómo ha afectado el COVID 19 en la salud emocional a los mayores institucionalizados?. *Trabajo Social y Salud* 96–97: 29–47.
- Opabola, E.A & Galasso, C. (2022). Multicriteria decision making for selecting an optimal survey approach for large building portfolios. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 76: 102985.
- Pérez-Sainz, J.P. (2021). Marginación social y nudos de desigualdad en tiempos de pandemia. *Nueva Sociedad* 293: 63–76.
- Santás García, J.I (2020). Apuntes para la mejora de los servicios sociales locales tras el COVID-19: Impacto sobre algunos retos previos. En *Documentación Social* 5. Available online: <https://documentacionsocial.es/5/a-fondo/>
- Wu, J; Xiaoling, C & Jianzhong, L. (2022). Assessment of long and short-term flood risk using the multi-criteria análisis model with the AHP-Entropy method in Poyang Lake basin. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 75: 102968.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Exclusión social y respuesta institucional en la Región de Murcia: opinión desde el Trabajo Social

Olga García Luque, Universidad de Murcia (olga@um.es)

Manuel Hernández Pedreño, Universidad de Murcia (manuel@um.es)

Ramón Luna Cano, Universidad de Murcia (ramon.luna@um.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En lo que se refiere a la pobreza y el riesgo de exclusión social, la Región de Murcia ocupa una posición bastante desfavorable en el contexto español. Ante esta situación, el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia, en colaboración con el Colegio Oficial de Trabajo Social regional, ha llevado a cabo el primer *Barómetro de opinión de las/los profesionales de Trabajo Social sobre los procesos de inclusión/exclusión social en la Región de Murcia*.

Este trabajo presenta los principales resultados obtenidos. Los profesionales han destacado como colectivos más vulnerables, entre otros: Personas sin hogar/en exclusión residencial; Personas con trastorno mental grave; Personas inmigrantes en situación administrativa irregular; Personas con problemas de adicciones; Personas reclusas y exreclusas; Jóvenes extutelados por la Administración Pública; Personas en situación de dependencia. Asimismo, en su opinión, los cinco principales problemas de la Región están relacionados con el Empleo y la precariedad laboral; la Vivienda; las Políticas sociales; los Ingresos económicos y la Educación. Además, la respuesta institucional de lucha contra la exclusión social, ofrecida por el gobierno regional, se revela insuficiente según la valoración otorgada por los profesionales de la intervención social.

Palabras clave

Pobreza, exclusión social, colectivos vulnerables, barómetro de opinión, trabajo social, Región de Murcia, gasto social.

1 Introducción

Desde hace décadas, el debilitamiento de los tres grandes mecanismos de integración (empleo, Estado de Bienestar y familia) han ido engrosando los grupos de población en clara desventaja social a los que el término de exclusión social se refiere (Ayala, 2008; Hernández Pedreño, 2010). Este proceso se ha visto reforzado por las sucesivas crisis económicas sobrevenidas desde 2008: la crisis financiera junto con las medidas de austeridad implantadas hasta 2014; la crisis sociosanitaria derivada de la pandemia por coronavirus; y la crisis energética, asociada a la guerra de Ucrania, que ha dado lugar a una espiral inflacionista y la consiguiente pérdida de poder adquisitivo. El resultado ha sido un agravamiento del riesgo de exclusión social de los colectivos más vulnerables; extendiéndolo, a su vez, a nuevos grupos de población (Fundación FOESSA, 2022).

El Observatorio de la Exclusión social de la Universidad de Murcia (OES), que surge de una iniciativa conjunta de la Plataforma contra la Exclusión Social y la Universidad de Murcia, tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de las distintas realidades de exclusión en el ámbito de la Región de Murcia, y promover la investigación, la divulgación y el debate sobre los procesos sociales y las distintas intervenciones de lucha contra la pobreza y la exclusión social. Este trabajo presenta los principales resultados de una investigación

más amplia, fruto de la colaboración entre el OES y el Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia (COTSM), centrándose en la opinión recabada a los/las profesionales de la intervención social en la Región.

2 Metodología

La investigación de la que procede esta comunicación combina diferentes metodologías cuantitativas, análisis estadístico (fuentes primarias y secundarias), y cualitativas, análisis documental (normativa regional en materia social) y de discurso (grupo de discusión con profesionales de la intervención social). En este trabajo se ofrecen los principales resultados del análisis cuantitativo.

En primer lugar, se evalúa la magnitud del problema observando la evolución del riesgo de pobreza o exclusión social (tasa AROPE) y sus componentes en la Región de Murcia. En segundo lugar, se muestra la respuesta institucional a través de la evolución del gasto social regional per cápita. En ambos casos, se contextualizan los datos regionales con respecto al promedio nacional. Finalmente, se destacan algunas manifestaciones de los/las profesionales del trabajo social colegiados, que han participado en el primer Barómetro de Opinión OES-COTSM.

La tasa AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion) es el indicador de la Unión Europea (UE) para la medición del riesgo de exclusión social, formando parte de la información proporcionada por la Encuesta de Condiciones de Vida, publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). En 2021, se ha producido un cambio metodológico que afecta a dos de sus componentes, haciendo referencia (nueva definición) a la población que está, al menos, en alguna de estas tres situaciones: Pobreza (no cambia), Carencia material y social severa y Baja intensidad en el empleo del hogar¹. Dado que la tasa de pobreza es el componente de mayor importancia, y su definición no se ha modificado, este cambio metodológico no ha dado lugar a grandes oscilaciones en la serie temporal del indicador europeo.

El gasto social per cápita se ha elaborado a partir de los datos autonómicos de la clasificación funcional del gasto de las Administraciones Públicas, facilitados por la central de información de la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), y los datos de población residente a 1 de julio, de la Estadística continua de población del INE.

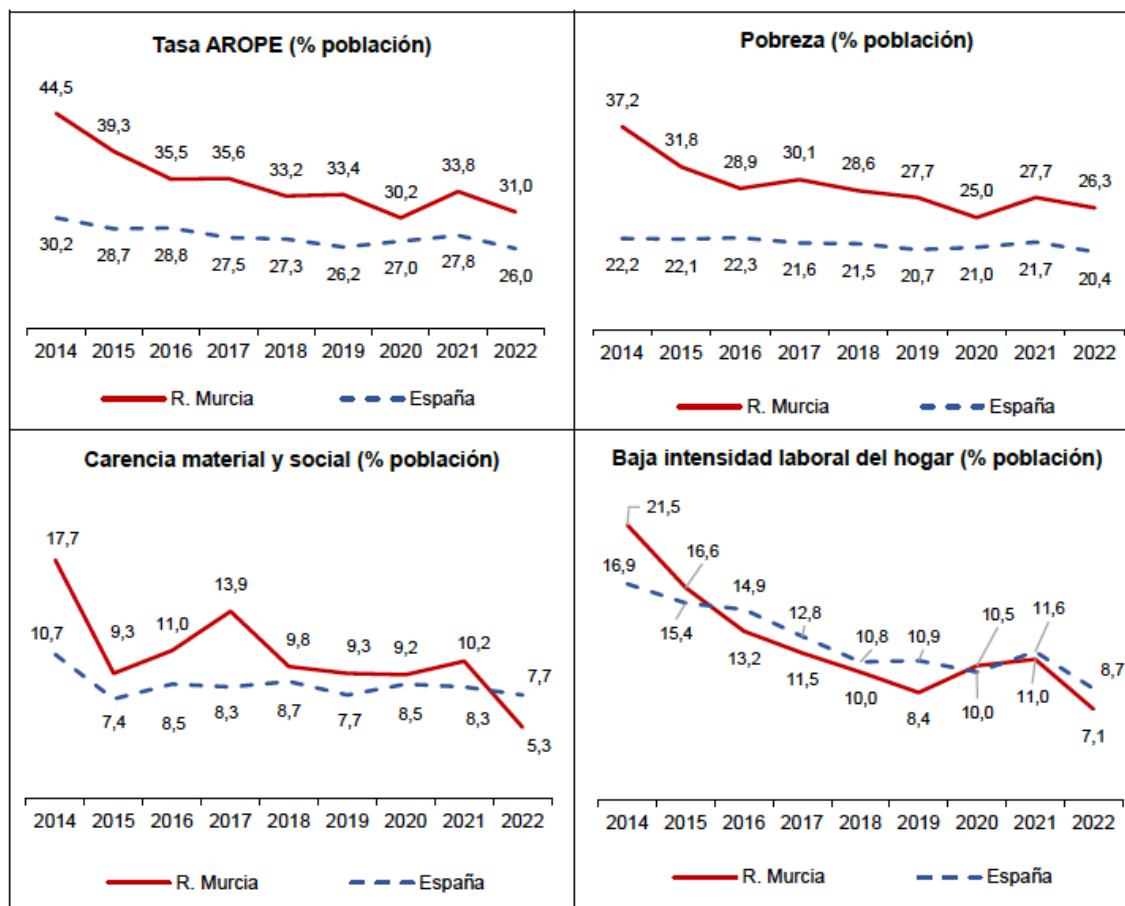
En cuanto al Barómetro de Opinión OES-COTS, se trata de una fuente primaria de información. La encuesta se llevó a cabo de forma telemática entre el 23 mayo y el 12 julio de 2022, siendo respondida por 201 profesionales de la intervención social de la Región de Murcia. El cuestionario reúne 14 cuestiones, con valoración utilizando la escala Likert (de 1 a 10 puntos), agrupadas en cinco bloques de análisis: 1) Personas en situación de desventaja social; 2) Políticas e intervención social; 3) Diseño de las políticas sociales; 4) Problemas en la Región de Murcia y en España; 5) Desigualdad social. Adicionalmente, un último grupo de preguntas recaba información sobre algunas variables de clasificación del perfil profesional (edad; sexo; nacionalidad; años de experiencia; sector público o privado; ámbito rural o urbano; colegiado/a o no).

¹ Para una definición precisa véase INE (2023: 110-111).

3 Resultados y conclusiones

El gráfico 1 muestra la evolución de la nueva tasa AROPE y sus componentes para España y la Región de Murcia en el periodo disponible, 2014-2022.

Gráfico 1. Tasa AROPE y sus componentes, R. Murcia y España, 2014-2022 (%)



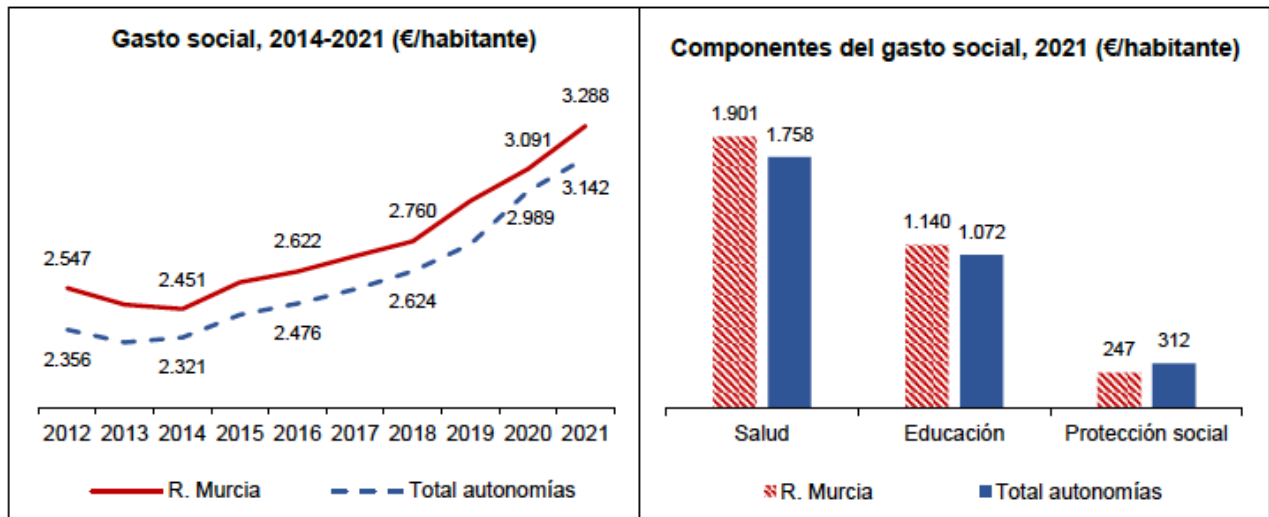
Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida.

La tasa AROPE regional se mantiene por encima de la media española durante todo el periodo analizado; si bien, acorta su distancia, desde los 14 puntos porcentuales de diferencia en 2014 hasta los 5 puntos en 2022. Esta evolución responde a la dinámica de la tasa de pobreza regional, sistemáticamente más elevada que la española. A pesar de su descenso entre 2014-2022, la resistencia a la baja de la tasa de pobreza contrarresta la evolución más favorable registrada por los otros dos componentes de la tasa AROPE, que convergen en mayor medida hacia el promedio nacional, situándose por debajo de este en 2022. De este modo, la Región de Murcia está sobrerrepresentada entre la población AROPE, pues su participación en la misma (alrededor de un 4%) es mayor que su peso en el total de la población española (en torno al 3%).

En lo que se refiere a la respuesta institucional, medida a través del gasto social per cápita, este se encuentra por encima de la media autonómica durante todo el periodo disponible, 2012-2021 (gráfico 2). Sin embargo, tras los recortes sufridos hasta 2014, el gasto social regional por habitante crece menos que el del conjunto de autonomías, reduciendo su distancia, siendo un 4,7% superior en 2021. Son los componentes regionales más

generalistas del gasto social, salud y educación, los que se elevan sobre el promedio autonómico. En cambio, el gasto en protección social per cápita de la Región de Murcia es un 21% inferior al del conjunto de autonomías. En consecuencia, además de un escaso gasto en protección social, el conjunto del gasto social per cápita se muestra ineficaz para corregir el elevado riesgo de pobreza y exclusión social en la Región de Murcia. Por ejemplo, se deduce una escasa eficiencia del gasto educativo regional al considerar que la Región de Murcia lidera el abandono educativo temprano, con la tasa más elevada de España (18,7% en 2022).

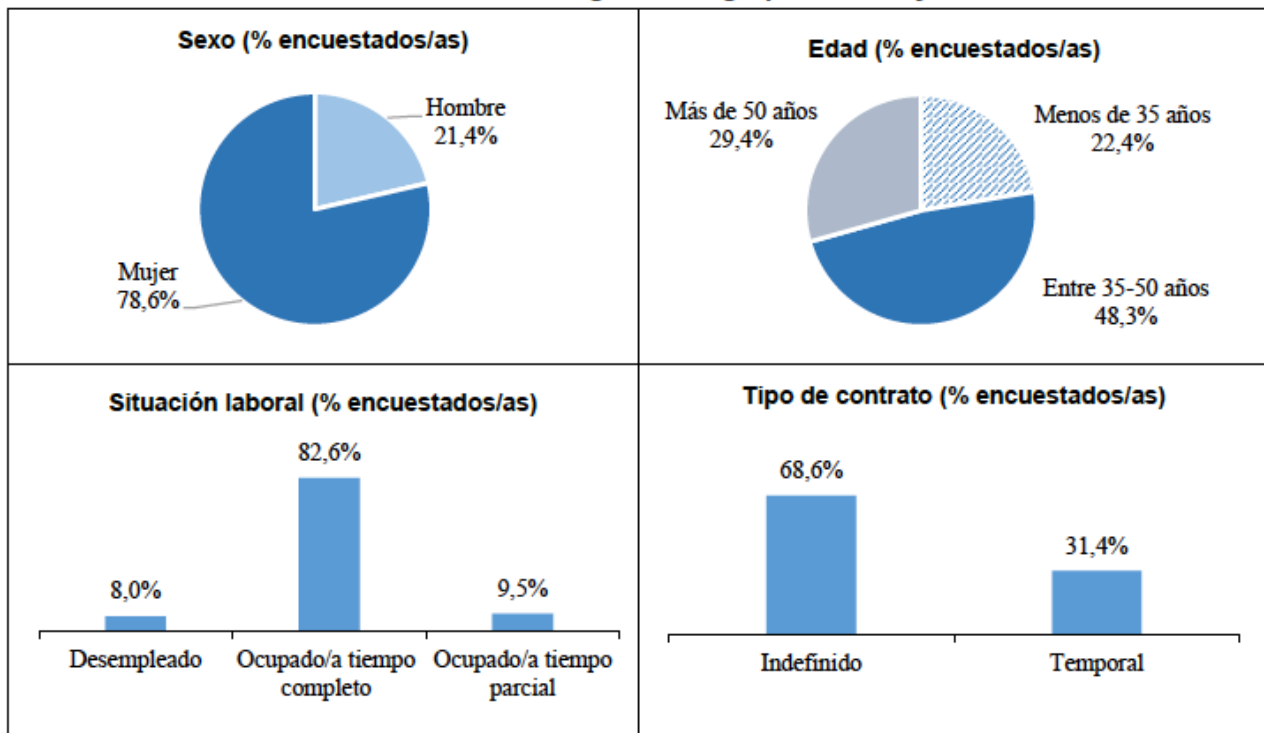
Gráfico 2. Gasto social per cápita y sus componentes, R. Murcia y España, 2012-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de IGAE, Clasificación funcional del gasto e INE, Estadística continua de población.

En este contexto, se lleva a cabo el primer Barómetro de opinión, dirigido a las/los profesionales de Trabajo Social, sobre los procesos de inclusión/exclusión social en la Región de Murcia. Las características sociodemográficas y la situación laboral de las 201 personas que respondieron al cuestionario online se recogen en el gráfico 3. Como se puede ver, más de las tres cuartas partes son mujeres y cerca de la mitad tiene entre 35- 50 años. En cuanto a la situación laboral, solo un 8% está en situación de paro, siendo predominante la ocupación a tiempo completo (83%) y la contratación indefinida (68,6%). Por otro lado, tan solo dos personas encuestadas manifiestan tener nacionalidad extranjera. Un 77% está colegiada, llevando a cabo su trabajo mayoritariamente (un 53,5%) en entornos urbanos (más de 50.000 habitantes). En cuanto al sector de actividad, el 28% ha ejercido su profesión en el sector público, un 31% en el privado y un 41% en ambos.

Gráfico 3. Personas encuestadas según sexo, grupo de edad y situación laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

Atendiendo ya a las opiniones otorgadas por los/las profesionales, el gráfico 4 muestra la valoración del grado de dificultad que afrontan diversos colectivos de cara a su plena inclusión social. Las personas sin hogar encabezan el listado de colectivos vulnerables, con la mayor puntuación media, seguidas de las que sufren un trastorno mental grave y de los inmigrantes en situación irregular. En las posiciones de cola se ubican los menores, los inmigrantes regularizados, las mujeres víctimas de violencia de género y las víctimas de discriminación por orientación sexual.

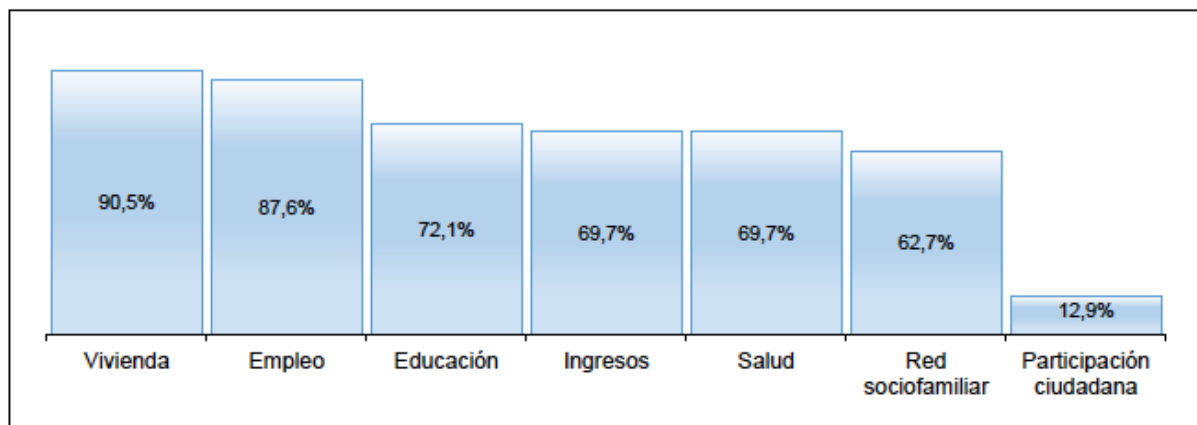
Gráfico 4. Valoración del grado de dificultad que afrontan diversos colectivos, de cara a su plena inclusión social (1 ninguna dificultad y 10 mucha dificultad)



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

Alrededor del 90% de las personas encuestadas coincide en señalar las dimensiones vivienda y empleo como las más importantes en los procesos de inclusión/exclusión social (gráfico 5), siendo el ámbito de la participación ciudadana el menos destacado. Se observan algunas diferencias según género en las respuestas, destacando los hombres más la dimensión educativa (81%), y también en función del hábitat profesional, otorgándose una mayor relevancia a la salud en el medio rural.

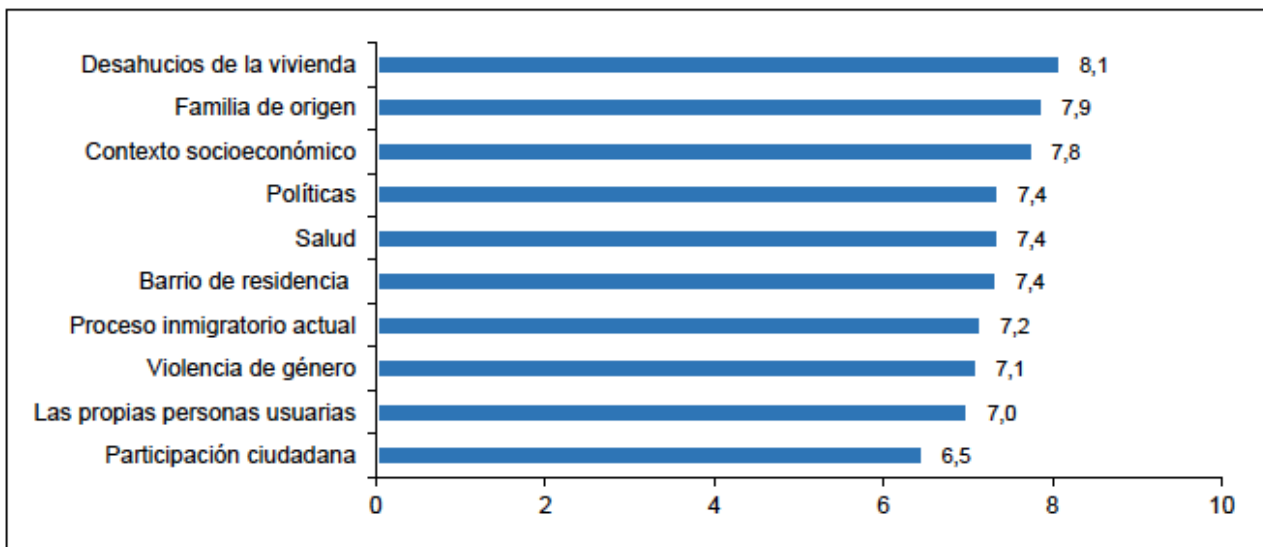
Gráfico 5. Dimensiones más importantes en los procesos de inclusión/exclusión social (% encuestados/as)



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

Como principales circunstancias desencadenantes de los procesos de exclusión (gráfico 6), se destacan los siguientes factores exógenos: desahucios (8,1), contexto socioeconómico (7,8), políticas (7,4), barrio (7,4) o inmigración (7,2). A su vez, los factores endógenos más mencionados son la familia de origen (7,9), la salud (7,4), o las propias características personales (7,0).

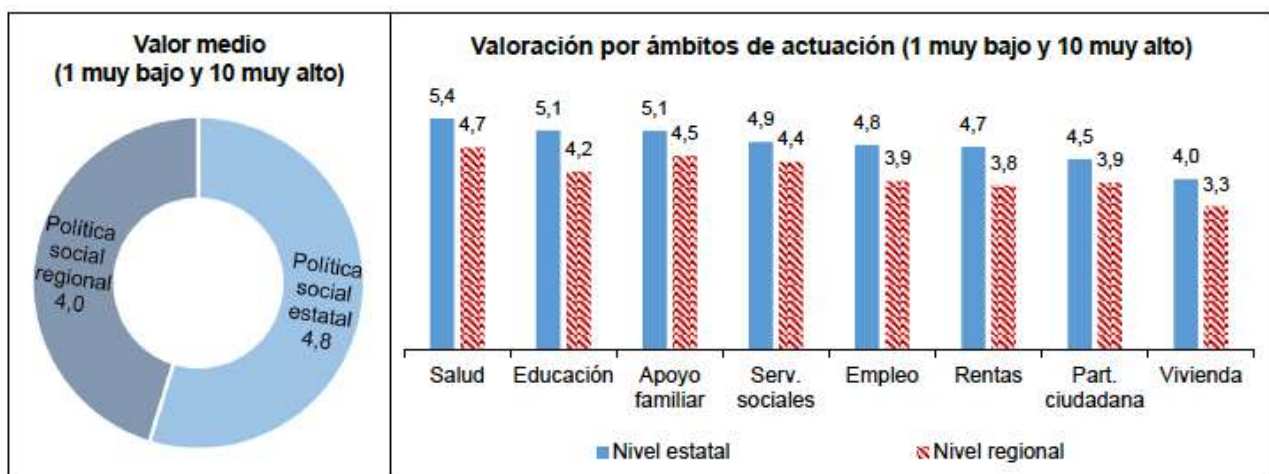
Gráfico 6. Valoración de la vinculación de los siguientes ámbitos y agentes con el origen de los procesos de exclusión social y de la pobreza (1 muy bajo y 10 muy alto)



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

Los profesionales de la intervención social encuestados suspenden la política social llevada a cabo por las administraciones públicas, tanto estatal como autonómica. El gráfico 7 refleja la puntuación media otorgada de forma global que, en ambos casos, se sitúa por debajo de 5, aunque la política social estatal roza el aprobado. La política social de vivienda y las medidas dirigidas al fomento de la participación ciudadana o el sostenimiento de las rentas son las peor puntuadas a nivel regional y estatal. Solo superan ligeramente la puntuación de 5, las políticas estatales de salud, educación y familia; cosa que no sucede en el caso de la administración regional, donde ninguna de las políticas señaladas obtiene dicha puntuación.

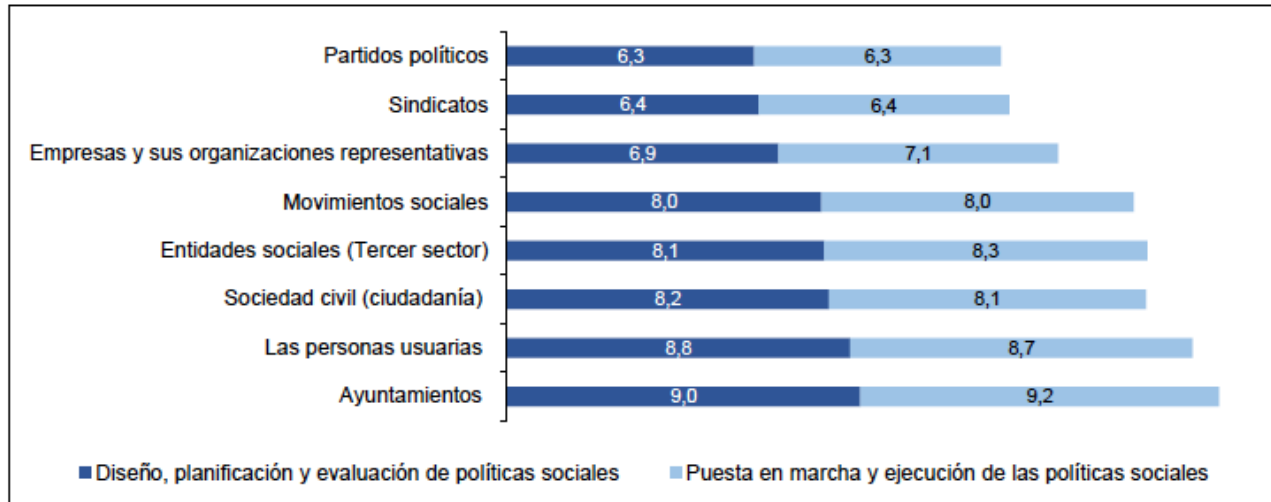
Gráfico 7. Valoración global y por ámbitos de actuación del nivel de eficiencia de la Política social



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

Para las personas encuestadas, son los ayuntamientos los principales actores que deben participar en las políticas sociales de inclusión; recibiendo la menor puntuación los partidos políticos (6,3) y sindicatos (6,4).

Gráfico 8. Valoración de los principales actores que deben acompañar al Gobierno regional en determinadas actividades de las políticas sociales (1 poco necesario y 10 muy necesario)

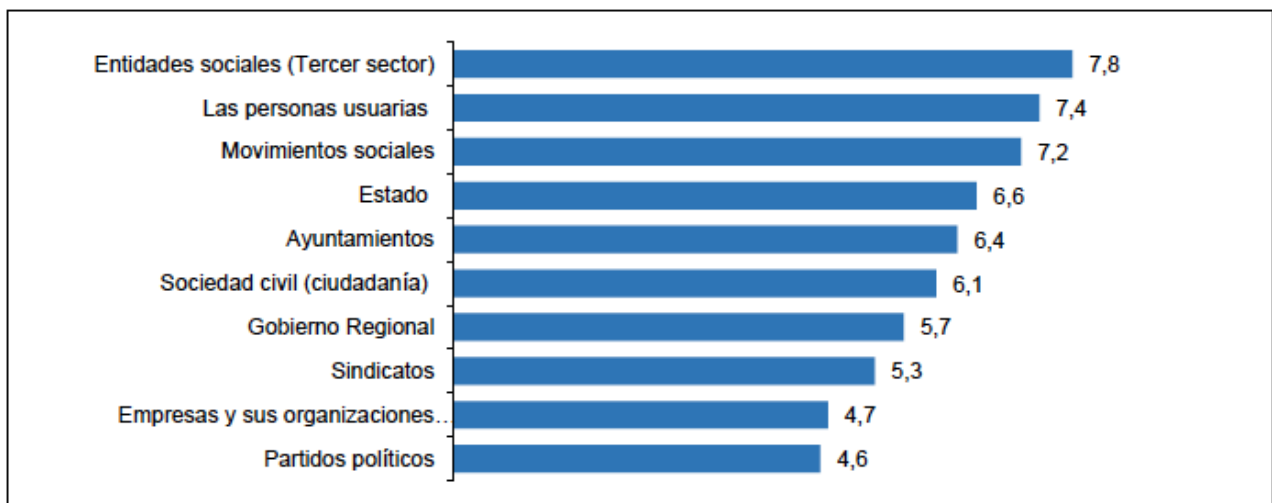


Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

No obstante, cuando se pregunta por la importancia que los distintos actores otorgan a las políticas de inclusión (gráfico 9), las personas encuestadas reconocen el interés mostrado por las entidades del tercer sector, que obtienen la puntuación más elevada a (7,8). Asimismo, se destaca la relevancia de las propias personas usuarias (7,4) en los procesos de inclusión

Por el contrario, los profesionales de la intervención encuestados consideran que otros actores conceden una escasa importancia a las políticas de inclusión: partidos políticos (4,6) y empresas y sus organizaciones representativas (4,7).

Gráfico 9. Nivel de importancia que le da cada uno de los siguientes actores a las políticas de inclusión (1 muy bajo y 10 muy alto)



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

Se obtiene un gran consenso en los factores que mejoraría los procesos de inclusión de los colectivos en riesgo social (gráfico 10), con valoraciones muy próximas y elevadas, por encima de los 9 puntos, para los siguientes ítems: enfoque multidimensional de la exclusión social; aumentar la plantilla de profesionales; reducir trámites/burocracia; disponer de un plan de inclusión regional y oferta de recursos habitacionales para colectivos en riesgo social.

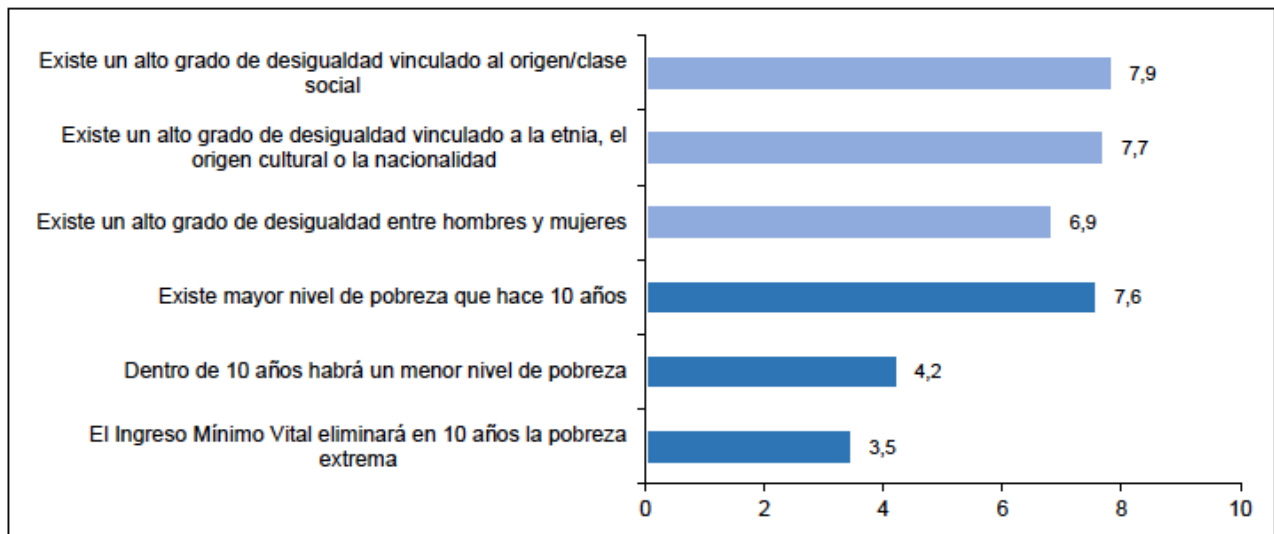
Gráfico 10. Valoración de la importancia en los procesos de inclusión social de los siguientes aspectos (1 nada importante y 10 muy importante)



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

Finalmente, el grado de acuerdo o desacuerdo sobre determinadas cuestiones relativas a la desigualdad social en la Región de Murcia queda recogido en el gráfico 11. Se reconoce en mayor medida la desigualdad vinculada al origen/clase social (7,9) y la etnia, origen cultural o nacionalidad (7,7), en comparación con la desigualdad entre hombres y mujeres (6,9). Asimismo, se considera que hay un mayor nivel de pobreza que hace diez años (7,6) y se desconfía de que el Ingreso Mínimo Vital elimine la pobreza extrema en los próximos diez años (3,5), incluso, de que pasado este plazo se haya conseguido reducir el nivel de pobreza actual (4,2).

Gráfico 11. Grado de acuerdo/desacuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a la Región de Murcia (total desacuerdo y 10 completamente de acuerdo)



Fuente: Elaboración propia a partir de Barómetro de Opinión OES-COTSM 2022.

En suma, hay una brecha estructural en los niveles de riesgo social entre la Región de Murcia y España. A la vista de esta situación, se puede deducir una baja eficiencia del gasto social de la Región de Murcia, incluso siendo superior al promedio autonómico; aunque solo en sus partidas más generalistas (salud y educación), pues el gasto en protección social per cápita regional es muy inferior al efectuado por el conjunto de las autonomías. La escasa efectividad del gasto social en la Región de Murcia es percibida por los/las profesionales de trabajo social encuestados/as, quienes otorgan valoraciones muy bajas a la política social autonómica, de forma global y por dimensiones o ámbitos de actuación. Además, se destacan las personas sin hogar como colectivo más vulnerable, señalándose las dimensiones vivienda y empleo como las más importantes en los procesos de inclusión/exclusión. Asimismo, se reconoce al Tercer sector su mayor preocupación por las políticas de inclusión en comparación con otros actores sociales; indicando, a su vez, la importancia de la participación de la administración local y las personas usuarias en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las políticas sociales.

En definitiva, como también se apunta en García y Hernández (2021), minimizar los riesgos sociales requiere actuaciones estructurales, estatales y autonómicas, fomentando la inclusión por la vía de los derechos sociales en un modelo social más participativo y coordinado territorialmente.

Referencias bibliográficas

Ayala Cañón, L. (2008). Crecimiento económico, políticas públicas y bienestar: ¿el cambio de un modelo? En M. Hernández Pedreño (dir.), *Exclusión social y desigualdad* (pp. 59-76). Editum.

García Luque, O. y Hernández Pedreño, M. (2021). Política social en España: viejos y nuevos retos. En C. V. Zambrano (coord.), *Las políticas sociales que vendrán* (pp. 61-82). Thomson Reuters Aranzadi.

Hernández Pedreño, M. (2010). El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 69, 25-46.

Fundación FOESSA (2022). Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID- 19 en España. Fundación FOESSA.

INE (2023). Encuesta de Condiciones de Vida. Metodología (revisada en 2023). Instituto Nacional de Estadística.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Los efectos espacialmente desiguales de la política contra la segregación escolar

Sheila González Motos, Universitat de Barcelona (sheila.gonzalez@ub.edu)

Xavier Bonal, Universitat Autònoma de Barcelona (xavier.bonal@uab.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Las configuraciones espaciales, institucionales y sociales de la oferta y la demanda escolar son aspectos cruciales para comprender los diversos mecanismos de producción y reproducción de las desigualdades socioespaciales en educación. Los mismos instrumentos políticos pueden tener efectos diferentes en función de las características de los mercados educativos locales y de la dinámica de la oferta y la demanda en cada uno de ellos. En este artículo investigamos cómo una política diseñada para reducir la segregación escolar en la ciudad de Barcelona dio lugar a efectos desiguales en zonas educativas de la ciudad con características social y educativamente diversas. Al comparar los efectos de la misma estrategia política en distintos territorios, el artículo identifica cuatro mecanismos que median y, en ocasiones, impiden la eficacia de los instrumentos políticos o de sus procedimientos de aplicación. Identificar estos mecanismos es una tarea importante y necesaria a la hora de revisar el diseño político existente y adaptarlo a las particularidades de los mercados educativos locales.

Palabras clave

Segregación escolar, evaluación, política social, necesidades educativas

1 Introducción

La literatura sobre los mercados educativos ha subrayado el papel de los aspectos contextuales a la hora de evaluar la dinámica de la oferta y la demanda educativas. El componente local de los mercados educativos se ha entendido como un factor decisivo en la evaluación de los "mercados reales" (Junemann y Ball, 2015) o "mercados vividos" (Taylor, 2009; Felouzis et al., 2013), como un enfoque alternativo a las afirmaciones más bien abstractas y teóricas sobre el funcionamiento de los mecanismos de mercado. Los mercados "vividos" sitúan el comportamiento de las familias, las escuelas y otros agentes en el mundo "real", caracterizan la singularidad de lo local y dan cuenta de la heterogeneidad espacial e institucional de los mercados educativos (Taylor, 2001). "Mercados educativos locales (MEL)" (Lubienski, 2006a) o "paisajes educativos" (Boterman et al., 2019) son los términos más utilizados en la literatura para referirse a aquellas configuraciones espaciales que resultan de factores históricos, institucionales e individuales.

La consideración de los MEL es crucial para comprender cómo operan los distintos mecanismos de producción y reproducción de las desigualdades socioespaciales (Zancajo y Bonal, 2022). La combinación de las políticas específicas de admisión escolar, las características de la segregación residencial y las racionalidades específicas de la demanda educativa son claves para entender cuestiones como las jerarquías de la oferta escolar, cómo se diferencian los centros de sus "competidores" y cómo establecen las familias los conjuntos de elección o la estructura de las desigualdades verticales y horizontales.

Sin embargo, la importancia de las configuraciones de los MEL, a la hora de intentar comprender cómo se reproducen las desigualdades educativas, contrasta fuertemente con los diseños políticos que no tienen en cuenta la diversidad de los mercados educativos. Las políticas públicas rara vez introducen diseños flexibles y variables para responder a las particularidades de territorios específicos. Aunque pueden basarse en pruebas sólidas, tener objetivos claros y dedicar los medios necesarios para una aplicación eficaz, rara vez incorporan flexibilidad para adaptarse a las necesidades específicas de los distintos contextos (Astbury et al., 2010). En consecuencia, el éxito o los fracasos de las políticas pueden asociarse inmediatamente a aspectos de su diseño o aplicación, ignorando la forma en que estrategias similares pueden producir efectos no deseados y (a veces) inesperados, en función de las configuraciones institucionales y socioespaciales locales.

Este trabajo ilustra cómo la configuración y las características específicas de los diferentes MEL de la ciudad de Barcelona median y alteran los efectos esperados de una ambiciosa política para abordar la segregación escolar en la ciudad. Basándose en una evaluación del Plan de Choque contra la Segregación Escolar (PdC en adelante), implementado por el Consorci d'Educació de Barcelona (CEB), este trabajo reflexiona sobre cómo las características de las diferentes zonas educativas (entendidas como diferentes configuraciones de MEL) alteran la eficacia de las medidas incluidas en el plan.

2 Las desigualdades socioespaciales en Barcelona y el Plan de Choque contra la segregación escolar

El mercado educativo de Barcelona presenta dos interesantes características que hacen especialmente interesante el estudio de las desigualdades socioespaciales. En primer lugar, el sector privado concertado escolariza al 54% de los alumnos de primaria y primer ciclo de secundaria de la ciudad, mientras que el 44% acude a centros públicos; sólo el 2% de los alumnos está matriculado en centros privados independientes (CEB, 2021). Estas cifras difieren significativamente de las de otras regiones de Cataluña o España, donde solo el 35% y el 28,2% de los alumnos están matriculados en centros privados concertados, respectivamente (MEFP, 2019). En segundo lugar, la ciudad está dividida en 29 zonas educativas para la educación preescolar y primaria (26 en el caso de la educación secundaria). Todos los residentes tienen acceso prioritario a todas las escuelas públicas y privadas subvencionadas dentro de su zona y a un número mínimo de centros públicos y privados concertados (seis por sector escolar) cercanos al lugar de residencia de una persona, y a todos los situados en un radio inferior a 500 metros de cualquier domicilio particular.

La segregación escolar del alumnado inmigrante y socialmente desfavorecido se ha mantenido elevada durante la última década, con importantes desigualdades no solo entre zonas educativas o entre sectores escolares, sino también dentro de los mismos (Síndic de Greuges, 2016). Éste es el contexto en el que el CEB puso en marcha un PdC para hacer frente a la segregación escolar en la ciudad.

El Plan de Choque contra la Segregación y por la Igualdad de Oportunidades y el Éxito Educativo (PdC) tiene dos objetivos: reducir la concentración de alumnos socialmente desfavorecidos a través de la reserva de plazas para alumnos vulnerables (proporcional al número total de alumnos vulnerables que vivan en la zona educativa) y garantizar el acceso gratuito a las actividades escolares, libros y materiales, excursiones y otras actividades educativas complementarias. También se conceden becas de comedor y, en el caso de los centros privados concertados, se cubren también las cuotas escolares mensuales.

La teoría del cambio del PdC se basa en la evidencia de que los conjuntos de opciones escolares de las familias vulnerables no sólo están limitados por barreras económicas, sino también por la exclusión de una serie de escuelas que son percibidas como escuelas "no posibles" o que son consideradas por ellas como escuelas inadecuadas. Su eficacia depende en gran medida de la capacidad de la CEB para identificar a los alumnos

vulnerables como beneficiarios potenciales, así como de su capacidad para convencer a las familias de que se matriculen en escuelas inicialmente no contempladas. Las escuelas reciben una compensación económica por matricular a beneficiarios del PdC.

El PdC se introdujo en el curso 2019/20 y ha aumentado gradualmente su cobertura, comenzando en I3 y 1º de ESO en 2019/20 y añadiendo un nuevo grado escolar cada año. Por lo tanto, en 2020/21 el SP abarcaba cuatro grados (I3 e I4 y 1º y 2º de ESO).

La distribución equilibrada de los alumnos socialmente desfavorecidos se basa en la detección precoz de los alumnos vulnerables antes de que se inicie el proceso de matriculación. Los servicios sociales colaboran con los servicios educativos locales en esta fase de detección precoz. Una vez detectados los niños vulnerables, el CEB se pone en contacto con sus familias y les informa de la existencia del PdC y de la plaza reservada para su hijo o hija en caso de que deseen participar en el programa. La preasignación de plazas es proporcional al número de beneficiarios potenciales de cada zona de influencia.

El PdC cubre entre el 60% y el 70% de los alumnos vulnerables, con una cobertura mayor en la enseñanza secundaria. Los criterios utilizados para identificar a los alumnos vulnerables incluyen los siguientes aspectos:

- Familias beneficiarias del Fondo de Emergencia Social del Ayuntamiento de Barcelona (para el curso 2019/2020) y del Fondo Covid (curso 2020/2021), como aproximación al alumnado en situación de pobreza extrema.
- Familias beneficiarias de becas comedor.
- Alumnos clasificados como "alumnos con necesidades socioeconómicas".

Teniendo en cuenta el conjunto de la ciudad y tras dos años de aplicación, los indicadores de segregación escolar (medidos a través del índice de disimilitud) para alumnos vulnerables y alumnos beneficiarios del PdC, muestran resultados dispares para I3 y ESO. En el caso de I3, los datos agregados muestran una reducción significativa de la segregación del alumnado vulnerable entre 2018/19 y 2019/20 y un aumento muy ligero en 2020/21, mientras que la distribución de los beneficiarios del PdC mejora ligeramente en 2020/21. En el caso de los estudiantes de educación secundaria, las tasas de segregación disminuyen significativamente tanto para los estudiantes vulnerables como, en particular, para los estudiantes de PdC.

Tanto en I3 como en la ESO, los índices de segregación escolar de los alumnos beneficiarios del SP son ligeramente inferiores a los observados para el conjunto de los alumnos vulnerables (que incluyen también a los no beneficiarios).

3 Datos y método de análisis

Los datos utilizados para el análisis proceden de diferentes conjuntos de datos. En primer lugar, accedimos al registro oficial de alumnos del Departamento de Educación de la Generalitat de Cataluña (RALC) y al registro de Alumnos Vulnerables de la Administración Local (RAV). En segundo lugar, accedimos a una base de datos de centros educativos que permitió la construcción de un índice de composición escolar para comparar las diferencias entre centros. El índice se basa en cuatro variables (proporción de becas comedor, la proporción de beneficiarios del Fondo Social de Emergencia, la proporción de alumnos de origen extranjero y la proporción de alumnos de familias con estudios máximos obligatorios). Por último, los datos sobre las características socioeconómicas de las zonas educativas se obtuvieron de la fuente de datos abierta del Instituto Nacional de Estadística (INE) y se utilizaron datos desagregados por secciones censales en relación con la renta familiar disponible para caracterizar la renta media de las zonas.

Nuestra evaluación se llevó a cabo tras dos años de aplicación de PdC, con el objetivo de identificar aspectos críticos del diseño del programa y del proceso de implementación. Este artículo aporta pruebas sobre dos cuestiones principales de la investigación relativas a los efectos desiguales del PdC:

- 1) ¿Difieren los efectos del PdC, cuyo objetivo es atajar la segregación escolar, entre las zonas educativas?
- 2) ¿Qué características sociales/estructurales y educativas de las zonas limitan la eficacia del PdC?

Para responder a estas preguntas, primero agrupamos las 29 zonas de influencia de educación primaria de Barcelona según sus características sociales y educativas, en 5 grupos-tipo (vulnerable, heterogenia, promedio, media gentrificada, y alta) y seleccionamos al menos una zona educativa por grupo. Nuestro análisis se centra en la educación preescolar y primaria, donde se ha demostrado que el PdC tiene efectos más débiles y dispares.

3.1 Efectos desiguales de la política de supresión de la segregación en los distintos MEL

Para evaluar si el SP ha sido capaz de reducir la segregación escolar en las distintas zonas de captación, comparamos los índices de disimilitud entre los estudiantes vulnerables de 2018/19 (el año anterior a la implementación del SP) y los beneficiarios del SP para cada uno de los dos años de implementación (2019/20 y 2020/21). El gráfico 3 muestra la eficacia diferencial del PdC en las zonas de captación escolar seleccionadas.

Basándonos en nuestros datos, identificamos cuatro mecanismos que actúan como barreras a los potenciales efectos distributivos del PdC en diferentes zonas. Se trata de la segregación residencial, la infradetección de la vulnerabilidad, el "efecto hermanos" y la diversidad de la oferta escolar. Aunque todos estos factores influyen en la dinámica del PdC en todas las zonas de captación, tienen un peso diferente en función de las características socioeconómicas y educativas de los territorios.

3.2 Segregación residencial como marco de posibilidades

El diseño de PdC tiene como objetivo equilibrar la distribución de estudiantes vulnerables dentro (y no entre) las zonas educativas. Los niveles relativamente bajos de segregación residencial en Barcelona en comparación con otras ciudades europeas (Bonal et al., 2019), permiten desarrollar un diseño del PdC, basado en una reducción de la segregación escolar intradistrito, y al mismo tiempo, fortalecer la calidad de la educación de proximidad.

A pesar de estos objetivos de política, existen diferencias socioeconómicas notables entre las zonas educativas, que tienen un efecto en el número de estudiantes vulnerables.

Las diferencias en la segregación residencial entre zonas de influencia se traducen en diferencias significativas en términos del número de estudiantes vulnerables y, por tanto, del número potencial de beneficiarios del PS. Esto limita el potencial del PdC dentro de cada zona de influencia, tanto en las zonas más vulnerables socialmente (con centros saturados de vulnerabilidad) como en las menos desfavorecidas (donde muchos centros quedan sin alumnos vulnerables).

3.3 La infradetección de la vulnerabilidad y la concentración de “falsos negativos”

La identificación de estudiantes vulnerables y su inclusión como beneficiarios de PdC se puede impulsar durante todo el año escolar. No obstante, esta identificación una vez iniciada el curso no se acompaña de una reasignación de plaza y, por lo tanto, no incide en la mejora de la distribución equilibrada.

Los datos muestran una mayor concentración de “falsos negativos” (estudiantes que inicialmente se matricularon como no vulnerables pero posteriormente fueron identificados como vulnerables) en algunas escuelas, lo que genera un desequilibrio significativo en la composición escolar en ciertas áreas educativas.

3.4 El efecto hermanos

La reserva de plazas está vinculada al número de estudiantes vulnerables, distribuidos entre los centros educativos de cada zona de influencia. Sin embargo, puesto que se garantiza que todos los hermanos asistan a la misma escuela, la distribución final de alumnos también depende de los hermanos ya matriculados. Las tasas de natalidad más altas entre los grupos vulnerables y la concentración de estos grupos en algunas escuelas aumentan este “efecto hermanos” y dificultan la reducción de la segregación escolar en ciertas zonas.

3.5 La oferta educativa

El crecimiento de estudiantes vulnerables y de PdC en centros privados subvencionados es notable, sobre todo teniendo en cuenta que la matrícula de estudiantes no vulnerables en escuelas públicas ha aumentado durante el mismo período. A pesar de este mejor equilibrio entre los dos sectores, la asignación de plazas del PS todavía está lejos de una distribución totalmente equilibrada de los beneficiarios dentro de cada zona de captación.

No existe una relación clara entre la capacidad redistributiva dentro del área de influencia y la proporción de matrícula privada en esa área. En cambio, se observa que en las zonas de alta vulnerabilidad, la distancia entre centros públicos y privados subvencionados es mayor que en otros tipos de zonas.

4 Conclusión

Después de dos años de implementación del PdC en Barcelona, la distribución desigualmente equilibrada de estudiantes socioeconómicamente vulnerables entre las zonas de influencia se asocia en gran medida con algunas de las características más destacadas de estas zonas. Curiosamente, algunos mecanismos que alteran los efectos esperados del PdC están relacionados con las características urbanas estructurales de los barrios. Por otro lado, otros mecanismos que impiden la efectividad del PdC están relacionados con diseños de políticas existentes o con procedimientos específicos vinculados a la implementación de políticas (“efecto hermanos” o de infradetección de estudiantes vulnerables).

Estas diferencias contextuales en los mecanismos son muy relevantes desde una perspectiva política. Enfrentar los obstáculos relacionados con factores estructurales puede requerir una estrategia más ambiciosa y de largo plazo, en caso de que el objetivo sea la desegregación educativa. Esto también puede alentar a los formuladores de políticas a repensar algunos aspectos del diseño de políticas. Por ejemplo, la limitada capacidad redistributiva del SP en territorios más aislados (considerablemente pobres o considerablemente ricos) puede compensarse con una estrategia redistributiva más ambiciosa, no circunscrita a los límites de la zona de captación. En el caso de los límites impuestos por aspectos de diseño institucional o procedimientos de implementación, se pueden aplicar medidas correctivas para mejorar los efectos positivos del PS. Eximir a las escuelas con un alto número de hermanos socialmente vulnerables de la obligación de reservar plazas para los beneficiarios del SP puede ser una estrategia efectiva para evitar su concentración en estas escuelas. Por otro lado, la limitada identificación de estudiantes socialmente vulnerables en áreas específicas puede compensarse aumentando los recursos de los servicios sociales y mejorando la eficacia de los procedimientos de detección.

Referencias bibliográficas

- Astbury, B., and Leeuw, F. L. (2010). Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 31(3), 363–381.
- Bonal, X., Zancajo, A. and Scandurra, R. (2021) Student mobility and school segregation in an (un)controlled choice system: A counterfactual approach. *British Educational Research Journal*, 47(1), 42-64.
- Bonal, X., Zancajo, A. and Scandurra, R. (2019). Residential segregation and school segregation of foreign students in Barcelona. *Urban Studies*, 56(15),3251–3273.
- Boterman, W., Musterd, S., Pacchi, C. and Ranci, C. (2019). School segregation in contemporary cities: Socio-spatial dynamics, institutional context and urban outcomes. *Urban Studies*, 56(15), 3055–3073.
- CEB (2021). *Alumnat curs 2020-21. Tots els ensenyaments*. Consorci d'Educació de Barcelona.
- Félouzis G., Maroy C. and van Zanten A. (2013). *Les marchés scolaires*. Sociologie d'une politique publique d'éducation, Paris, Presses Universitaires de France.
- Junemann, C. and Ball, S. J. (2015) *Low fee private schools in developing countries: separating ideology from evidence*. Institute of Education London Blog.
- Lubienski, C. (2006a) School diversification in second-best education markets: International evidence and conflicting theories of change. *Educational Policy*, 20(2), 323–344.
- MEFP (2019) *Sistema estatal de indicadores de la educación*. Ministerio de Educación y Formación Profesional.
- Síndic de Greuges (2016) *La segregació escolar a Catalunya. Vol 2: Condicions d'escolarització*. Barcelona: Síndic de Greuges.
- Taylor, C. (2009). Towards a geography of education. *Oxford Review of Education*, 35(5), 651–669.
- Taylor, C. (2001). The geography of choice and diversity in the ' new ' secondary education market in England. *Area*, 33(4), 368–381.
- Zancajo, A. and Bonal, X. (2022). Education markets and school segregation : a mechanism-based explanation. *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 52(8), 1241- 1258.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Contribución de la Inteligencia Artificial a la Innovación, Planificación y Evaluación de los Servicios Sociales

M^a Raquel Agost Felip, Universitat Jaume I (ragost@uji.es)

M^a José Ruá Aguilar, Universitat Jaume I (rua@uji.es)

Cristina Monfort Escrig, Universitat Jaume I (crmonfort@uji.es)

Eva Gallén Granell, Universitat Jaume I (al425746@uji.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El avance hacia la transformación digital de la sociedad implica una rápida adaptación por parte de las administraciones públicas a las necesidades de la ciudadanía y de las personas profesionales que las atienden. La extensión de la Inteligencia Artificial (IA) y los *Big Data* en el campo de lo social, permite el diseño de herramientas efectivas en el diagnóstico, planificación y evaluación de los servicios sociales. Este trabajo presenta el diseño de un prototipo de chatbot inclusivo como experiencia piloto de atención inteligente en los servicios sociales. La implantación del prototipo Socialbot tiene como objetivo facilitar la accesibilidad y la información a la población general, con disponibilidad 24/7, así como permitir al personal técnico optimizar el tiempo de atención y comunicación con la población. Como resultado, el registro de las interacciones con la ciudadanía genera una base de datos en el sistema, con aplicación directa a la planificación y evaluación de los servicios sociales. Esto facilita la identificación de las necesidades de la población, así como la detección de nuevas situaciones sociales que permitan redirigir y ampliar la atención a partir de la aplicación del conocimiento compartido y el desarrollo de buenas prácticas.

Palabras clave

Servicios sociales, chatbot inclusivo, big data, inteligencia artificial, atención primaria

1 Introducción

El avance hacia la transformación digital supone un reto integral para los servicios y recursos de las administraciones públicas que deben adaptarse a las necesidades de la ciudadanía y de las personas que trabajan en ellas. Los servicios sociales son esenciales en una sociedad basada en el bienestar, por lo que considerar estos cambios es de suma necesidad. Los criterios y objetivos a desarrollar en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales quedan reflejados en la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana. En esta Ley se da cuenta del conjunto de transformaciones que se han producido tanto a nivel socioeconómico como tecnológico, y que hacen más urgente la reformulación del Sistema Valenciano de Servicios Sociales. Se incluye el uso de las TIC, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, de una manera sostenible, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y los servicios ofertados a la ciudadanía.

El uso de nuevas tecnologías asociadas a las TIC y a las TEP, Tecnologías del Empoderamiento y la Participación, debe verse como una oportunidad para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (Naciones Unidas, 2015; 2017). La aplicación de estas tecnologías como elementos innovadores permite mejorar las infraestructuras digitales actuales y la interconexión con la ciudadanía, dirigiéndola a entornos digitales con un mayor acceso y usabilidad de la información sobre servicios sociales. Esto aborda el ODS 9 “Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación”. Además, estas herramientas deben ser utilizadas para reducir la brecha digital que afecta a los colectivos más

vulnerables, que se ven afectados principalmente por la falta de adaptación de los sistemas de información digitales. Esto implica desarrollar los sistemas TIC-TEP bajo el principio de Innovación y Desarrollo Responsable, alcanzando metas del ODS 10 “Reducir la desigualdad en y entre los países”.

Por último, estos sistemas deben favorecer la creación de comunidades y ciudades más sostenibles a través de codesarrollar sistemas de información y servicios entre la ciudadanía y las administraciones públicas, siendo este planteamiento una acción de avance en la consecución del ODS 11 “Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”.

Por otro lado, la Ley 3/2019 de servicios sociales inclusivos, impulsa en el Artículo 6 la promoción de la investigación, la innovación y el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la actuación de los diversos ámbitos del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales. Además, la creación de los Laboratorios de Servicios Sociales y la Estrategia de Inteligencia Artificial en la Comunidad Valenciana (Generalitat Valenciana, 2019), reflejan el interés de profundizar y potenciar las nuevas tecnologías. Así, en los últimos años se han marcado objetivos por parte de los organismos para potenciar y construir la digitalización, que ya se está creando en las ciudades (*Smart Cities*), y extrapolándola a las zonas rurales (*Smart Villages*). Entre estos objetivos se encuentra la mejora de las infraestructuras de redes de internet para mejorar el acceso, así como el desarrollo de plataformas digitales de información y administración electrónica para la ciudadanía a través de web.

Hidalgo Lavié y Lima Fernández (2018) afirman que la promoción y concienciación sobre las nuevas tecnologías de intervención social puede ayudar a evaluar las prácticas del personal de trabajo social generando una visión positiva del impacto del uso de estas tecnologías en los procesos empleados en los programas de intervención, proyectos de investigación y en el diseño de políticas públicas. Tomando como referencia a Fantova (2019), adoptar la innovación social como marco y método para el diseño, pilotaje y construcción de nuevas formas de sinergia escalables con los distintos agentes sociales, puede permitir el avance hacia unos servicios sociales basados en el conocimiento y garantizados como derecho universal. En concreto, la inteligencia de grandes cantidades de datos (*big data*), puede transformar los servicios sociales, haciéndolos más personalizados, preventivos, colaborativos y comunitarios (Fantova, 2020). Y, con ello, impulsar el conocimiento colaborativo entre estructuras públicas de proximidad, entidades solidarias y organizaciones académicas y científicas con el fin de orientar prácticas escalables generadoras de evidencia (Fantova, 2020). Según afirman Minguíjon y Serrano-Martínez (2022), los sistemas de *big data social* permiten de una manera u otra aprender de las decisiones tomadas y valorar posibles alternativas, introduciendo una línea de mejora continua, a partir de la acumulación de datos en el sistema de información.

Con todo lo anterior, se plantea la creación de una herramienta habilitadora de acceso y usabilidad de información para los servicios sociales en el entorno rural. En su diseño se deberá tener en cuenta las distintas capacidades de las personas y, por lo tanto, la adaptación de las herramientas digitales para mejorar la calidad de vida e incrementar el impacto positivo de la digitalización en la mejora de los procesos y el acceso a la información. La implementación de un chatbot es una de las herramientas identificadas como Buena Práctica de innovación y tecnología en el territorio por los Laboratorios de Servicios Sociales (Agost-Felip, 2019), y puede adaptarse a personas con discapacidad visual y personas mayores.

El chatbot de inteligencia artificial, también llamado asistente o agente conversacional, emplea sistemas de diálogo que permiten la conversación en lenguaje natural con las personas usuarias mediante voz, textos o ambos tipos (Laranjo et al., 2018; Miner et al., 2020; Diederich et al., 2022). El uso de agentes conversacionales tuvo un gran despliegue durante la pandemia COVID-19 por su escalabilidad, amplia accesibilidad, facilidad de uso y rapidez en la difusión de información (Amiri & Karahanna, 2022). El uso del chatbot en el contexto de la salud y lo social es un campo de investigación emergente con potencial para beneficiar a las personas usuarias en una amplia gama

de dominios de aplicación; aun así, la evidencia sobre su eficacia y seguridad es limitada (Laranjo et al., 2018; Chan et al., 2022).

Este trabajo resume las primeras fases del desarrollo de un prototipo de chatbot inclusivo sobre servicios sociales. El objetivo general de la implantación del chatbot es mejorar la calidad y el acceso digital de la ciudadanía a los servicios sociales en el entorno rural. Los objetivos específicos son: 1) facilitar la búsqueda y el acceso a la información digital de servicios sociales; 2) incrementar la escalabilidad y el acceso a la información 24/7; 3) mejorar la comunicación y el feedback con organismos y colectivos relacionados; 4) identificar nuevas necesidades y mejoras de los servicios sociales; 5) permitir la aplicación de *big data* sobre variables generales y específicas; y 6) aplicar el conocimiento compartido y las buenas prácticas en el entorno rural.

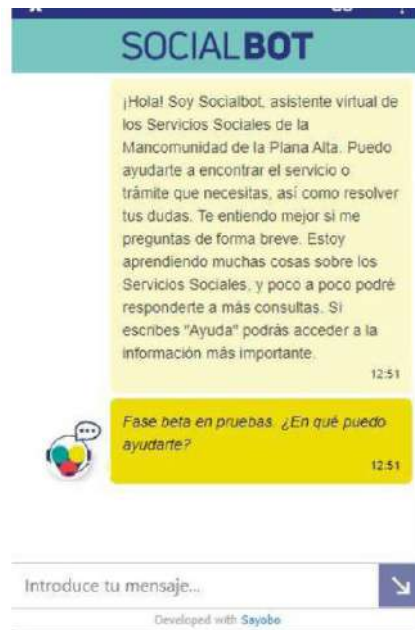
2 Metodología

Desarrollo por fases de un prototipo de chatbot inclusivo de servicios sociales, con nombre Socialbot. La implantación de Socialbot se planifica en las fases generales: 1) elaboración de base de conocimiento con el desarrollo de preguntas-respuesta (FAQs), 2) testeo de personas expertas, 3) revisión de FAQs, reestructuración y generación de variaciones, 4) implementación población general y 5) evaluación de resultados. Se contempla la revisión y resolución de problemas en cada una de las fases. Este estudio se encuentra actualmente en fase 3 de revisión de FAQs.

La elaboración de la base de conocimiento se llevó a cabo por el equipo investigador, Social Innova-IIDL de la Universitat Jaume I, y con la validación del personal técnico de servicios sociales del área de implantación del chatbot. Se realizó el análisis del conocimiento y la información disponible sobre servicios sociales desde las fuentes documentales de información disponibles del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales. Se contó en este proceso con el apoyo técnico de Semantibots empresa del parque tecnológico de la Universitat Jaume I. Tras el desarrollo de FAQs y revisión de las mismas, se preparó el motor semántico (nuevo léxico) mediante la plataforma de inteligencia artificial Sayobo, desarrollada por el equipo Semantibots. La Figura 1 muestra la imagen de la pantalla de mensaje inicial de Sociabot.

Las personas participantes en el testeo (N=30) fueron reclutadas, como muestra de conveniencia, según el criterio de perfil profesional de investigación en psicología social y/o comunitaria y perfil profesional técnico de servicios sociales.

Figura 1. *Captura de pantalla mensaje de inicio*



3 Resultados y conclusiones

Las FAQs de la base de conocimiento inicial se estructuran en función de 12 tópicos generales: Igualdad-Diversidad, Atención primaria, Dependencia, Diversidad funcional-Discapacidad, Diversidad funcional-Enfermedad mental crónica, Inclusión social, Infancia-Adolescencia, Legislación, Mujer-Igualdad, Personas mayores, Prestaciones. Además, se incluyen dos categorías de tópicos específicas del área de aplicación.

La base de conocimiento recoge un total de 160 FAQs con 323 variantes asociadas. En la fase de testeo, entre octubre-diciembre 2022, se recibieron un total de 273 preguntas en 56 conversaciones y se registraron 108 mejoras en relación con preguntas no contestadas. La Figura 2 muestra el registro de las interacciones durante el período de testeo y en la Figura 3 se muestran algunos ejemplos de diálogo.

Figura 2. Metadatos del sistema sobre las estadísticas de consulta y utilización



Figura 3. Capturas de pantalla diálogos Socialbot



Estos resultados de la fase de testeo permiten evaluar el funcionamiento del chatbot y perfeccionar la estructura en FAQs de la base de conocimiento.

En general, a través de la revisión de los metadatos del sistema, identificamos varios problemas y limitaciones como la dificultad de respuesta ante preguntas complejas o con información poco concreta debido a problemas para delimitar el contexto; la emisión de respuestas incorrectas o no pertinentes al contexto específico de la pregunta; así como la ausencia de opciones de respuesta ante preguntas aplicables a diferentes contextos.

La fase subsecuente de revisión debe centrarse en asegurar que las personas usuarias obtengan respuestas confiables y pertinentes con el ámbito de servicios sociales. Así, algunas de las sugerencias de mejora que pueden inferirse de los resultados de testeo serían el establecimiento de palabras clave de alerta o disparadores y el desarrollo de árboles de organización. La tecnología de procesamiento del lenguaje natural está en evolución, por lo que investigaciones previas recomiendan mantener solo el contenido y tópicos esenciales para minimizar interrupciones, así como el uso de palabras disparador (Chan et al., 2022). Además, conforme se sugiere en otros trabajos de implementación de chatbots, es necesaria la revisión periódica del sistema en previsión de problemas técnicos inesperados que puedan afectar la experiencia de la persona usuaria (Beaudry et al., 2019; Chan et al., 2022).

En suma, la aplicación de chatbots conlleva ventajas derivadas de la capacidad del sistema para automatizar tareas simples y repetitivas y comunicarse directamente con las personas usuarias, ofreciendo respuesta rápida a múltiples consultas simultáneamente, dirigiendo a las personas usuarias a los recursos y guiando sus acciones; así, permite centrar la actuación del personal a tareas más críticas y complicadas abordando los cuellos de botella (Amiri & Karahanna, 2022). Por otro lado, como se incide en la revisión sistemática de Laranjo et al. (2018), cabe destacar la actual falta de análisis de sistemas sociales en la investigación sobre chatbots; una ausencia que también ha sido reportada para aplicaciones de inteligencia artificial en la literatura previa (Crawford & Calo, 2016). El uso de chatbots con capacidad de entrada de lenguaje natural sin restricciones o de otras aplicaciones de inteligencia artificial en el cuidado de la salud, deben ser monitoreadas cuidadosamente con el fin de prevenir riesgos en la calidad de vida de las personas usuarias (Kim et al., 2017; Cabitza et al., 2017; Laranjo et al., 2018).

A modo de conclusión, Socialbot es un programa piloto de información sobre servicios sociales basado en la inteligencia artificial, con potenciales beneficios para la ciudadanía y el personal técnico de atención. Por un lado, en relación a la ciudadanía, permite facilitar la accesibilidad y la información a la población general, sirviendo como puerta de entrada al Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales con disponibilidad 24/7. Por otro lado, respecto del personal técnico, permite optimizar el tiempo de información y comunicación con la población. Además, el registro de las interacciones con la ciudadanía genera una base de datos en el sistema, con aplicación directa a la planificación y evaluación de los servicios sociales. Esto facilita la identificación de las necesidades de la población, así como la detección de nuevas situaciones sociales que permitan redirigir y ampliar la atención a partir de la aplicación del conocimiento compartido y el desarrollo de buenas prácticas.

Referencias bibliográficas

- Agost-Felip, M.R. (coord.) (2019). Buenas prácticas de servicios sociales en innovación y tecnología. Laboratorio de Servicios Sociales. Documento no publicado.
- Amiri, P., & Karahanna, E. (2022). Chatbot use cases in the Covid-19 public health response. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 29(5), 1000–1010.
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocac014>
- Beaudry, J., Consigli, A., Clark, C., & Robinson, K. J. (2019). Getting Ready for Adult Healthcare: Designing a Chatbot to Coach Adolescents with Special Health Needs Through the Transitions of Care. *Journal of pediatric nursing*, 49, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.09.004>
- Cabitza, F., Rasoini, R., & Gensini, G. F. (2017). Unintended Consequences of Machine Learning in Medicine. *JAMA*, 318(6), 517–518. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7797>
- Chan, W. W., Fitzsimmons-Craft, E. E., Smith, A. C., Firebaugh, M. L., Fowler, L. A., DePietro, B., Topooco, N., Wilfley, D. E., Taylor, C. B., & Jacobson, N. C. (2022). The Challenges in Designing a Prevention Chatbot for Eating Disorders: Observational Study. *JMIR formative research*, 6(1), e28003.
<https://doi.org/10.2196/28003>
- Crawford, K., & Calo, R. (2016). There is a blind spot in AI research. *Nature*, 538(7625), 311–313.
<https://doi.org/10.1038/538311a>
- Diederich, S., Brendel, A. B., Morana, S., & Kolbe, L. (2022). On the design of and interaction with conversational agents: An organizing and assessing review of human-computer interaction research. *J Assoc Inf Syst*, 23(1), 96–138.
- Fantova Azcoaga, F. (2019). Los agentes en la transformación de los servicios sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(2), 431-444.
- Fantova, F. (2020). Els serveis socials davant la intel·ligència de grans quantitats de dades (big data). Conferència impartida en el marc del Cicle de Reflexió “Big data i Serveis Socials. Preveure i anticipar-nos a les necessitats socials” el 10.03.2020 al Palau Macayade Barcelona, organitzat per la Fundació iSocial.
- Generalitat Valenciana. (2019). Estrategia de Inteligencia Artificial de la Comunitat Valenciana.
https://presidencia.gva.es/documentos/172345415/172485485/Dossier_cas.pdf/45b40fdc-95e3-4c0e-8bbd-b3913487a5b3
- Kim, M. O., Coiera, E., & Magrabi, F. (2017). Problems with health information technology and their effects on care delivery and patient outcomes: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 24(2), 246–250. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw154>
- Laranjo, L., Dunn, A. G., Tong, H. L., Kocaballi, A. B., Chen, J., Bashir, R.,

- Surian, D., Gallego, B., Magrabi, F., Lau, A. Y. S., & Coiera, E. (2018). Conversational agents in healthcare: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 25(9), 1248–1258.
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocy072>
- Lavié, A. H., & Fernández, A. M. (2018). New social intervention technologies as a challenge in social work: IFSW Europe perspective. *European Journal of Social Work*, 21(6), 824-835.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1423553>
- Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, 61, de 12 de marzo de 2019. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/18/3/con>
- Miner, A. S., Laranjo, L., & Kocaballi, A. B. (2020). Chatbots in the fight against the COVID-19 pandemic. *NPJ digital medicine*, 3, 65. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0280-0>
- Minguíjon, J.; Serrano-Martínez, C. (2022). La inteligencia Artificial en los Servicios Sociales: estado de la cuestión y posibles desarrollos futuros. *Cuadernos de trabajo social*, 35(2), 319-329.
- Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Naciones Unidas. (2017). Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Sayobo. (2019). Chatbot COVID-19. Disponible en: www.sayobo.io.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la labor profesional de los trabajadores sociales

Rita de Cassia Cavalcante Lima, Universidad Federal do Rio de Janeiro (r.lima@ess.ufrj.br)

Maria Alcina Terto Lins, Universidad Federal de Alagoas (maria.lins@fsso.ufal.br)

Japson Gonçalves Santos Silva, Universidad Federal de Alagoas (japson.silva@fsso.ufal.br)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En la presente investigación¹, realizada a través de investigación bibliográfica y documental, analiza la intensificación del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en las respuestas profesionales a partir del COVID-19, en diferentes espacios de trabajo en Brasil. Antes de la pandemia, los sistemas de información ya estaban siendo implementados en la gestión de las políticas sociales brasileñas como herramienta de planificación y atención a los usuarios de los servicios. Sin embargo, bajo la orientación de los preceptos neoliberales y en el contexto de una crisis sanitaria, la mencionada intensificación, a pesar de las reiteradas promesas de proporcionar mayor transparencia, rapidez y optimización en el uso de los recursos públicos, ha impuesto grandes desafíos para la intervención profesional de los trabajadores sociales. La administración de las políticas sociales brasileñas desde grandes plataformas, en un país con altos niveles de desigualdad digital, hace que el uso de las TIC en el trabajo de los profesionales y el acceso en línea de la población a estas políticas sea paradójico: al mismo tiempo, reduce y aumenta las barreras de acceso de la población y las opciones de herramientas y actividades profesionales en este campo.

Palabras clave

Políticas sociales, TIC, respuestas profesionales

1 Introducción

Esta comunicación es el resultado del Proyecto de Investigación "Los desafíos del acceso y las intervenciones profesionales en las políticas sociales ante las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)", que se inició en diciembre de 2022, con la aprobación del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) de Brasil. Su objetivo es producir conocimiento sobre los impactos del uso de las tecnologías digitales en el trabajo profesional y en el acceso de la población a las políticas sociales públicas brasileñas. A través de la aprobación de la investigación en la Convocatoria CNPq/MCTI/FNDCT n° 40/2022, reunimos un equipo de 33 investigadores coordinados por tres centros locales, cada uno con sede en un Programa de Posgrado en Trabajo Social, a saber: la Universidad Federal de Alagoas (UFAL), la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ) y la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Además de Trabajo Social, atrajimos a investigadores de Comunicación Social e Informática.

¹ Este texto es el resultado de los primeros estudios realizados en el marco de un proyecto de investigación financiado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPQ) (Proceso n° 420482/2022-9) titulado "Los retos del acceso y las intervenciones profesionales en las políticas sociales frente a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)".

Estas tecnologías han ganado amplia visibilidad en las políticas públicas sociales desde la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020, dada su importancia para permitir a los profesionales ponerse en contacto con la población en períodos de distanciamiento social. Sin embargo, también ha acelerado el proceso de *datafication* de las políticas sociales públicas brasileñas a través de la integración de *Big Data*, en particular los utilizados en los programas de transferencia de efectivo de asistencia social y los seguros pagados por los trabajadores al sistema público de seguridad social.

No se trataba de un proceso de actividades laborales totalmente nuevo, ya que sistemas de información como la historia clínica electrónica en sanidad, el Registro Único de Asistencia Social (CADÚnico) y la app *Meu INSS* ya estaban disponibles antes de que comenzara la crisis sanitaria mundial. Además, tecnologías de comunicación como *Whatsapp*, *Telegram*, correo electrónico y otros medios interactivos ya se utilizaban para conectarse y transmitir información rápidamente.

Según el informe *Global Connectivity 2022*, alrededor de 800 millones de personas se han conectado a Internet durante la pandemia, pero $\frac{1}{3}$ de la población mundial sigue completamente desconectada, a pesar de que solo el 5% de la población mundial sigue estando físicamente fuera del alcance de una señal de banda ancha móvil (Itu, 2022). El *Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação* (Cetic.br, 2021) identificó que la crisis sanitaria ha intensificado el uso de las TIC para la comunicación y la obtención de información relacionada con las políticas sociales. Como resultado del distanciamiento social, en marzo de 2020, la solicitud y el seguimiento de las prestaciones del Registro General de la Seguridad Social comenzaron a realizarse exclusivamente a distancia, a través de lo que el *Instituto Nacional do Seguro Social* (INSS) denominó la "transformación digital", un proceso que comenzó antes de la pandemia, con el proyecto piloto *Meu INSS* en 2016. Cetic.br también informó que 133,8 millones de brasileños habían utilizado internet en 2019, el día antes de la pandemia, siendo los teléfonos móviles el principal dispositivo de acceso a internet.

En 2021, 148 millones de brasileños empezaron a utilizar las redes, y el teléfono móvil sigue siendo el principal medio de acceso telemático, que prevalece en los segmentos de ingresos medio-bajos y bajos de la población, seguido de la televisión, mencionada por el 50% de los encuestados.

La crisis sanitaria ha intensificado el uso para actividades de comunicación: el 93% de los encuestados intercambiaron mensajes instantáneos a través de apps y las llamadas de voz y vídeo aumentaron en ocho puntos porcentuales respecto a 2019. Cabe destacar el mayor uso de Internet para obtener información relacionada con los servicios sanitarios, señalado por el 50% de los encuestados. (Cetic.br, 2021)

Sin embargo, en Brasil, los efectos de la intensificación del uso de estas tecnologías digitales en las políticas públicas sociales sólo pueden entenderse mejor al observar los propósitos dados a la masa de desempleados y trabajadores informales para vender sus servicios a través de plataformas (Antunes, 2009). En Brasil, la pandemia comenzó cuando 12,6 millones de trabajadores estaban desempleados (Boschetti & Behring, 2021).

Así, este texto discutirá la intensificación del uso de las TIC como un medio paradójico durante la pandemia de COVID-19: por un lado, ha permitido el desarrollo de actividades profesionales relevantes en las políticas sociales públicas y, por otro, ha aumentado el riesgo de pérdida de la autoactividad consciente por parte de los trabajadores sociales absorbidos por las exigencias de los objetivos de rendimiento establecidos por las áreas estratégicas de las políticas de transferencia de ingresos para los trabajadores.

2 Metodología

Se recopilaron fuentes documentales del *Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação* (Cetic.br) del Comité Gestor de Internet en Brasil y fuentes bibliográficas. En este caso, el

marco temporal se centró en fuentes que pudieran reconstituir la historia reciente de la crisis económica, sanitaria y política, agravada por el *impeachment* de la presidenta Dilma Rousseff en 2016, cuando se fortaleció la extrema derecha en Brasil. Por lo tanto, las fuentes utilizadas son de dominio público y su análisis tuvo como objetivo revelar, durante la pandemia, lo que cambió en las respuestas de los trabajadores sociales con la intensificación del acceso a las políticas sociales a través de las tecnologías de la información y la comunicación.

3 Resultados y conclusiones

En Brasil, la emergencia sanitaria Covid-19 se declaró el 4 de febrero de 2020. En la práctica, la declaración de pandemia significaba que la enfermedad se estaba extendiendo por varios continentes con una transmisión sostenida, lo que obligaba a los países a tomar medidas de afrontamiento para evitar la circulación y los impactos causados por la propagación del virus.

Aunque el Parlamento brasileño había aprobado con urgencia un proyecto de ley enviado por el Gobierno Federal (Ley nº 13.979, de 6 de febrero de 2020), que preveía como principales medidas el aislamiento social, la cuarentena, los exámenes médicos obligatorios, las pruebas de laboratorio, la recogida de muestras, la vacunación y el tratamiento médico, la propagación del virus por todo el país era un hecho inevitable y preocupante, que situaba a Brasil en un contexto de incertidumbre respecto a las cuestiones sanitarias, pero también sociales y económicas. Entre las medidas preventivas adoptadas de inmediato estuvo el cierre de servicios en áreas no esenciales para evitar el movimiento de personas y, en consecuencia, la propagación del virus; los esfuerzos se centraron en mantener la atención a la población en áreas esenciales como la salud y la asistencia social porque ya se conocía la relación entre pobreza y mayor riesgo de contagio y problemas de salud.

"En todas las fases de Epicovid, un estudio realizado en 133 ciudades, las personas más pobres tenían el doble de riesgo de infección que las más ricas" (Agência Senado, 2021).

Sin embargo, las medidas de protección social para combatir la propagación del virus adoptadas por las políticas de salud y asistencia social han seguido caminos diferentes. Esta última, en particular, fue deliberadamente retrasada por un gobierno federal que venía profundizando un conjunto de iniciativas de desmantelamiento del sistema de protección, especialmente desde 2016, con la retirada de recursos públicos de las políticas sociales (Boschetti & Behring, 2021). La falta de compromiso con la vida quedó clara en el discurso negacionista y moralizante del entonces presidente de la República, Jair Bolsonaro (2019-2022), que trató el covid-19 como una "pequeña gripe", descuidando las vidas impactadas por el aumento de muertes por la pandemia. Brasil tenía el 2,7% de la población mundial y fue responsable de casi el 13% de las muertes en el mundo.

Además, la exposición al virus era profundamente desigual según la raza y el color de la piel. En la tercera fase del estudio Epicovid, el 7,8% de los indígenas tuvieron contacto con el coronavirus, frente al 1,7% de los blancos, el 4,5% de los morenos, el 3,6% de los negros y el 3,6% de los amarillos (Agência Senado, 2021). Por el contrario, a pesar de la importancia del Sistema Único de Salud brasileño, un sistema público con acceso universal en todos los niveles de atención y para cualquier persona que se encuentre en territorio brasileño, la prioridad del gobierno federal de extrema derecha ha sido polarizar la economía con la salud, afirmando que el distanciamiento social sólo debe ser realizado por personas mayores y con comorbilidades graves para evitar la muerte ante el estancamiento económico.

La encuesta también investigó la recepción de ayuda de emergencia: entre los usuarios entrevistados, el 38% la recibió, el 20% lo intentó y no la recibió y el 39% no solicitó la prestación. Entre los que lo intentaron y no lo recibieron, el 73% dijo que la solicitud no había sido aprobada o que aún estaba siendo analizada. Entre las barreras relacionadas con la tecnología, el 12% de los usuarios que solicitaron y no recibieron la ayuda dijeron que no podían utilizar la app de la Caixa y el 10% no tenían espacio en su móvil para la app. Los usuarios de este perfil en las clases de EAD citaron en mayor proporción problemas relacionados con el uso de la tecnología, como no poder utilizar la app de la Caixa (28%) y limitaciones en Internet (22%) (Cetic.br, 2020, para. 10).

Además, el hecho de que el gobierno federal no haya elaborado un plan nacional para hacer frente a los efectos sanitarios y económicos causados por el COVID-19 ha tenido un impacto considerable en la construcción de estrategias eficientes a corto, medio y largo plazo para combatir la pandemia. ¡Estábamos deliberadamente a la deriva! Al frente estaba un gobierno federal que profundizó las contrarreformas, basadas en el ataque a las condiciones de protección laboral y a los derechos sociales, como la salud y la asistencia social, establecidos en la Constitución Federal brasileña de 1988.

Al mismo tiempo, la pandemia ha sido un laboratorio para flexibilizar horarios y salarios, precarizar contratos y condiciones laborales y devolver parte del trabajo de servicios al espacio doméstico. Las tecnologías digitales se han convertido en el medio necesario para profundizar en la flexibilización, la intermitencia y la plataformización del trabajo (Abílio, 2020), extendiendo el teletrabajo en las políticas sociales públicas (Cavalcante & Prêdes, 2022).

En este contexto de oscurantismo y de ataques al trabajo y a las instancias democráticas, con claro patrocinio de un gobierno defensor de la falsa dicotomía entre salud y economía, se pueden conjeturar los efectos perjudiciales para las políticas sociales brasileñas y para el trabajo de los trabajadores sociales, cuya principal área de actuación profesional y medio de materialización de los derechos sociales está en el campo de las políticas sociales.

El Trabajo Social, como una de las profesiones que integran los equipos multiprofesionales de política social, ha estado en primera línea en la lucha contra la pandemia. Evidentemente, como dice Yamamoto (2009), en un contexto socio- histórico refractario a los avances democráticos alcanzados desde la Carta Magna, es necesario realizar un análisis de la profesión que supere el ámbito estrictamente profesional y busque comprender los condicionantes externos que "[...] afectan al contenido y dirección de la propia actividad profesional; a las condiciones y relaciones de trabajo en las que se desarrolla; a cómo afectan a las atribuciones [...]" (p. 167).

Ha surgido una nueva morfología de trabajo para los trabajadores sociales (Raichelis, 2018), que siguen enfrentándose a las limitaciones de un trabajo asalariado intensificado y precario, realizado ahora en el contexto de políticas sociales en línea y basadas en datos. En Brasil, en nuestra opinión, crece el desafío de respuestas profesionales conscientes para explotar la autonomía relativa que siempre está en potencia en el trabajo cotidiano. Las tensiones que exigen el trabajo de los trabajadores sociales ponen de relieve el gran desafío de operacionalizar políticas sociales focalizadas y condicionadas por criterios excluyentes que amenazan y violan los derechos sociales.

La incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la operacionalización de las políticas sociales, si bien por un lado contribuye a la modernización de la administración pública, basada sobre todo en innovaciones tecnológicas, por otro no necesariamente se materializa como un instrumento que haga efectivos los derechos sociales en la prestación de los servicios públicos. Quienes desarrollan *software* con programación algorítmica para políticas sociales tienen como cliente a un Estado que se erige en mero prestador de servicios, ignorando las condiciones de vida de la población usuaria de las políticas sociales.

Esto profundiza la desigualdad social y étnico-racial en la que está inmersa la mayoría de los brasileños, contribuyendo así a crear nuevas o agravar viejas expresiones de la cuestión social. La pandemia ha acelerado el desmantelamiento de las políticas sociales públicas brasileñas bajo el pretexto de la innovación tecnológica, pero también ha servido a la tendencia neoliberal de reducir el gasto estatal en el área social y profundizar los derechos hasta convertirlos en mercancías.

En este sentido, la teoría social crítica nos permite comprender las contradicciones que existen en la relación entre capital y trabajo, así como identificar las mediaciones que existen entre el Estado, las políticas sociales, los derechos sociales y el trabajo profesional de los trabajadores sociales, reconociendo que la implementación de respuestas profesionales no depende únicamente de la capacidad y el esfuerzo individual de los trabajadores sociales, ya que está determinada por los procesos concretos de la vida social.

En resumen, la intensificación del uso de las TIC en el contexto de la pandemia de COVID-19 ha traído importantes desafíos para los profesionales del trabajo social en Brasil. La desigualdad digital en el acceso a las políticas públicas y la limitada participación de los trabajadores sociales en el desarrollo de sistemas de información son cuestiones que requieren atención. Esta investigación espera contribuir a una mayor comprensión de las dinámicas en juego y servir de base para futuras investigaciones y políticas que aborden la intersección entre las TIC, la desigualdad y el trabajo social en el contexto de la pandemia.

En última instancia, la pandemia COVID-19 ha acelerado la necesidad de adaptarse a un entorno digital en la prestación de servicios sociales. Comprender cómo afecta esto a los profesionales y a la población en general es esencial para garantizar una respuesta coherente con los valores democráticos en tiempos de crisis mundial.

Referencias bibliográficas

- Abílio, L. C. (2020). Uberização: gerenciamento e controle do trabalhador justin-time. In: Antunes, R. Uberização, trabalho digital e indústria 4.0. Boitempo.
- Agência Senado. (2021). Pesquisas apontam que milhares de mortes por covid poderiam ter sido evitadas no Brasil. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/24/pesquisas-apontam-que-milhares-de-mortes-por-covid-poderiam-ter-sido-evitadas-no-brasil>
- Antunes, R. & Braga, R. (2009). Infoproletários: degradação real do trabalho virtual. Boitempo.
- Boschetti, I. & Behring, E. R. (2021). Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem?. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Cortez. (Número 140, pp. 66-83). <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=pdf&lang=pt>.
- Cavalcante, R. & Prêdes, R. (2022). Tecnologias de informação e de comunicação, políticas sociais e o trabalho de assistentes sociais. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Cortez. (Número 144, pp. 110-128). <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/JW9dK5Qt5wX4tVM8rnxDDVJ/>
- Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.br). (2021). Resumo Executivo. Pesquisa TIC Domicílios 2021. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br); Comitê Gestor da Internet do Brasil (CGI.br). https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20221121125804/resumo_executivo_tic_domicilios_2021.
- Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.br). (2020). Painel TIC covid-19 apresenta dados inéditos sobre acesso a serviços públicos online e desafios à privacidade durante a pandemia. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br); Comitê Gestor da Internet do Brasil (CGI.br). <https://cetic.br/pt/noticia/painel-tic-covid-19-apresenta-dados-ineditos-sobre-acesso-a-servicos->

publicos-on-line-e-desafios-a-privacidade-durante-a-pandemia/Iamamoto, M. (2009). As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: Mota, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional (pp. 161-196). Cortez.

International Telecommunication Union (ITU) (2022). Global Connectivity Report 2022. ICT Data and Analytics Division of the ITU Telecommunication. Development Bureau. <https://www.itu.int/hub/publication/d-ind-global-01-2022/>.

Raichelis, R. (2018). Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: Raichelis, R. et al. A Nova Morfologia do Trabalho no Serviço Social (pp.25-65). Cortez.

