



MODELO INCLUE

LA APUESTA POR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD
EN EL ÁMBITO DE LA INCLUSIÓN SOCIAL

Entidad promotora. Coordinación del proyecto de y la publicación:

Juncal Blanco, Nerea Kortajarena y Virginia Romero
-Grupo Emaús Fundación Social-

**Socios del proyecto:**

Dirección Xeral de Inclusión Social, Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia
EOSA. Estrategia y Organización, S.A

Asesoría técnica en el proyecto:

Informe de Fundamentación teórica, buenas prácticas y selección de herramientas de medición de procesos de inclusión social y Manual del modelo INCLUE: SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga,

Asesoría en materia de género:

Equipo EGENEX, Iria Vázquez Silva y Carmen Verde Diego

Contextualización al entorno Gallego:

Santiago González Avión

Entidades Colaboradoras en el Proyecto:

Aliad-Ultreia-.Arquitectos Sin Fronteras-.Asvidal-. Cáritas Diocesana de Ourense-. Cáritas Diocesana de Tui-Vigo-. C.D.R. O Viso -. Concello de Santiago de Compostela-. Concello de Ourense-. Concello de Vigo-. Concello de Viveiro-. Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar-. Cruz Vermella-. Ecos do Sur-. Feafes Galicia-. Fundación Juan Soñador-. Fundación Secretaria-do Gitano-. I.B.S. Padre Rubinos-.Ilgaxés 3-. Plan Comunitario de Teis

Traducción: Xunta de Galicia

Diseño y Maquetación: Amaia Vitoria- Elkarlan, S.L.U

Impresión: ANTZA, S.L.A  Papel 100% Reciclado

Para conocer el proceso de este proyecto en profundidad: www.emausinclue.com

Para descargar la publicación de modo gratuito: www.emaus.com/informate/publicaciones

Septiembre 2015

Con el apoyo de:

Entidad financiadora



Entidad operadora



Entidades socias

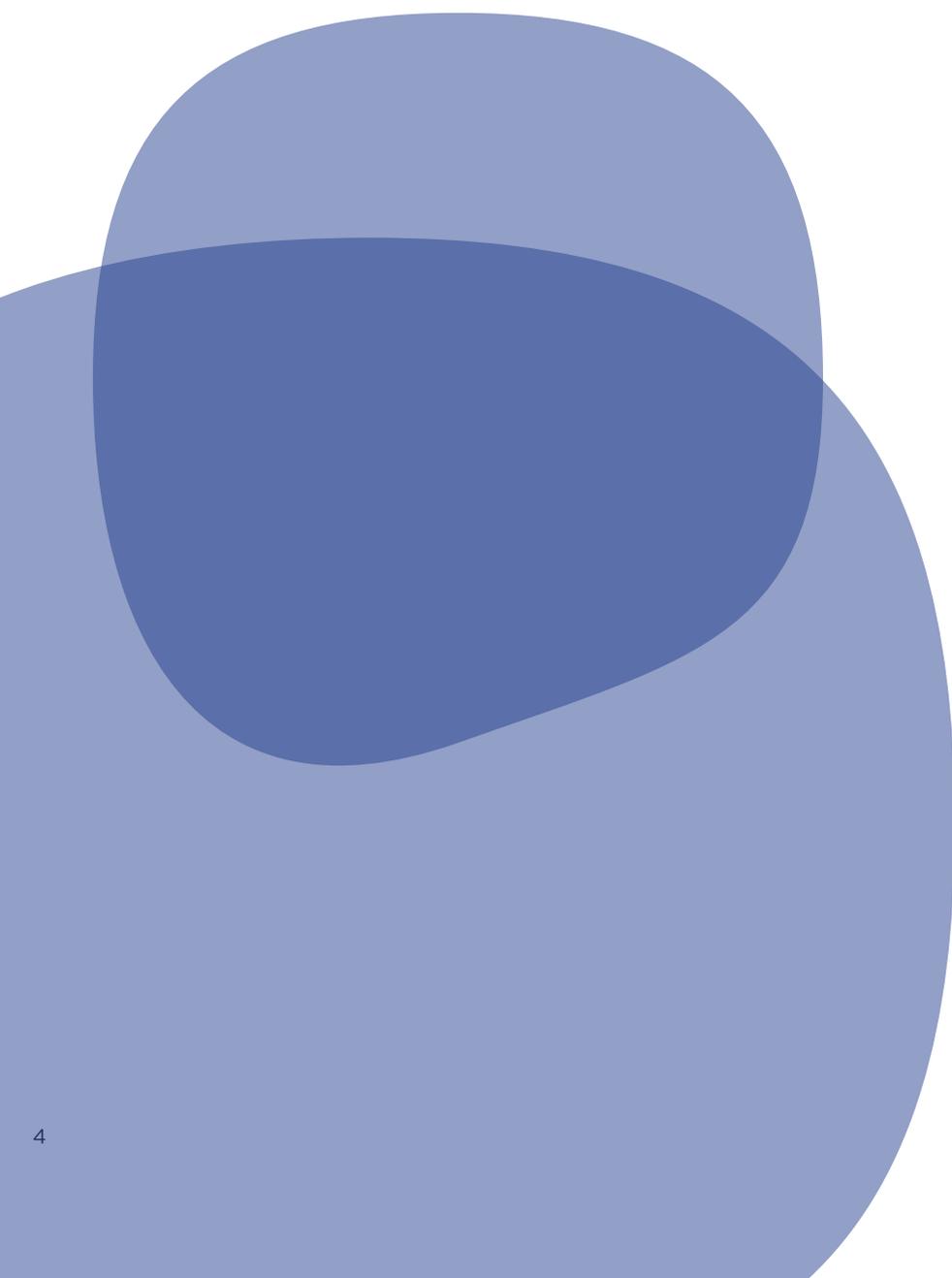
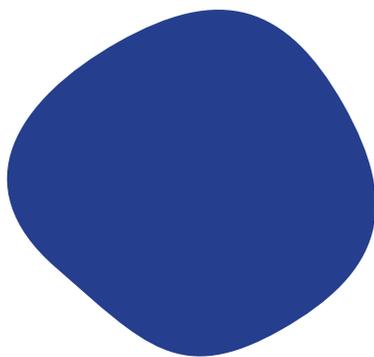


MODELO INCLUE

LA APUESTA POR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD
EN EL ÁMBITO DE LA INCLUSIÓN SOCIAL



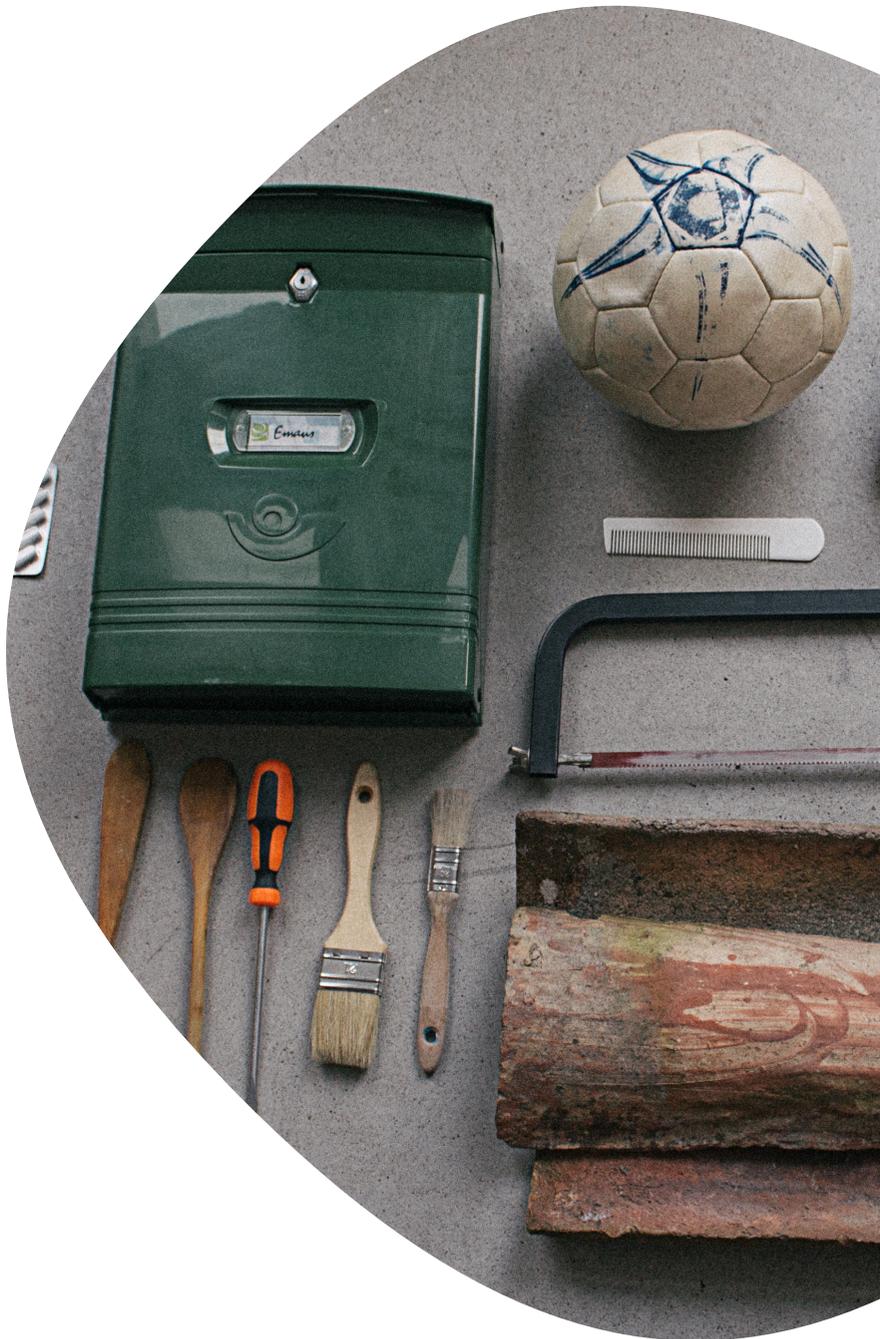
ÍNDICE



1 OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA	7
1.1. Introducción y objetivos.....	7
1.2. Metodología	11
1.3. Estructura de este informe	11
2 MARCO CONCEPTUAL PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA INCLUSIÓN SOCIAL	13
2.1. Introducción.....	15
2.2. Inclusión activa: activación e inclusión social	17
2.2.1. El paradigma de la activación: potencialidades y limitaciones	17
2.2.2. El modelo de inclusión activa: una apuesta europea	18
2.2.3. Bases para la definición de un modelo inclusivo de activación.....	20
2.3. La perspectiva de los derechos, la filosofía del doble derecho y la consolidación del derecho subjetivo a los servicios sociales.....	23
2.3.1. El respeto a los derechos de las personas usuarias, condición necesaria para una atención de calidad.....	23
2.3.2. Derechos y políticas de protección: la perspectiva del doble derecho y el derecho subjetivo a los servicios sociales ...	26
2.4. Individualización, autonomía y control.....	28
2.4.1. La individualización de la atención	28
2.4.2. Atención centrada en la persona, modelo de vida independiente y acompañamiento individualizado.....	29
2.5. Desinstitucionalización, atención a domicilio y modelos de vivienda asistida, tutelada o con apoyos.....	35
2.6. El enfoque de género en la Inclusión Social.....	37
2.6.1. La existencia de itinerarios de exclusión diferenciados en función del género	37
2.6.2. La inclusión y exclusión social desde una perspectiva de género	39
2.6.3. Desarrollo de las críticas al androcentrismo en el análisis de la inclusión y exclusión social.....	39
2.6.4. El género como categoría de análisis. Ámbitos principales de la exclusión social desde una perspectiva de género	42
2.6.4.1. La exclusión de las mujeres en el mercado laboral	43
2.6.4.2. Dificultades de las mujeres en la conciliación de la vida personal, familiar y laboral	44
2.6.4.3. Mujeres con mayor vulnerabilidad de exclusión social	45
2.6.5. Recomendaciones para la implementación de la Perspectiva de Género en el Modelo INClúe.....	45
2.7. El paradigma de la reducción de daños y la cuestión de los niveles de exigencia	46
2.7.1. Reducción de riesgos y daños en el ámbito de las drogodependencias	47
2.7.2. La cuestión de los umbrales de exigencia en los itinerarios de inclusión	48

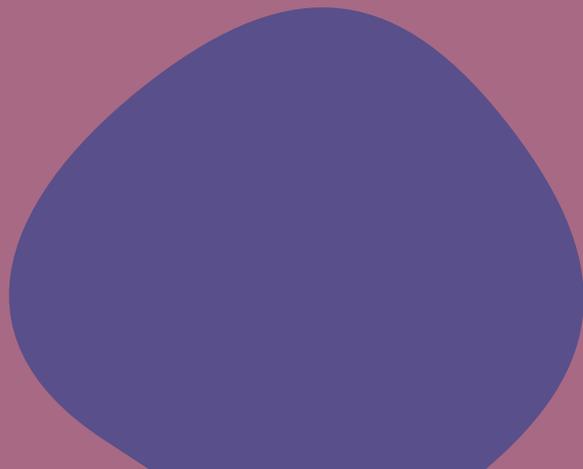
2.8. Modelo de calidad de vida y modelo de apoyos.....	49
2.9. Participación, ciudadanía activa e implicación en el territorio.....	54
2.9.1. La participación para el ejercicio de una ciudadanía plena y activa.....	54
2.9.2. El voluntariado, la participación de las personas como herramienta para la inclusión social y laboral.....	55
2.9.3. Nuevas formas de entender el voluntariado	57
2.9.4. La implicación comunitaria de las entidades de intervención social: la acción en red sobre el territorio	58
2.10. Coordinación y continuidad en la atención: la coordinación basada en la persona.....	58
2.11 De la práctica basada en la evidencia a la práctica basada en el conocimiento	59
2.11.1. La relevancia de la práctica basada en la evidencia: fortalezas y debilidades.....	60
2.11.2. Un marco para el desarrollo de una práctica basada en el conocimiento	63
2.12. Conclusiones.....	64
2.12.1. Bases conceptuales para la construcción de un modelo de calidad en la atención a las personas en situación de exclusión social severa	64
3 LA INCLUSIÓN Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN GALICIA.....	69
3.1. Introducción.....	71
3.2 Evolución conceptual y administrativa de la Inclusión Social en Galicia.....	72
3.2.1. Marco anterior a 2001.....	74
3.3. La situación actual en Galicia	79
4 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS	93
4.1. Introducción.....	95
4.2. El modelo Housing first de atención a personas sin hogar: la experiencia europea.....	96
4.2.1. Descripción general y bases conceptuales.....	96
4.2.2. Funcionamiento y resultados.....	98
4.3. Programa intensivo de gestión de casos para mujeres sin hogar implicadas en situaciones de alto riesgo y/o explotación sexual	99
4.3.1. Descripción general y bases conceptuales.....	99
4.3.2. Funcionamiento y resultados.....	100
4.4. Modelo Clubhouse de empoderamiento y rehabilitación en la comunidad para personas con enfermedad mental.....	101
4.4.1. Descripción general y bases conceptuales.....	101
4.4.2. Funcionamiento y resultados.....	102
4.5. Programa de acompañamiento social personalizado a personas con trastorno mental y exclusión social.....	104

4.5.1.	Descripción general y bases conceptuales.....	104
4.5.2.	Funcionamiento y resultados.....	105
4.6.	Programa piloto de atención individualizada a personas sin hogar en Londres mediante el uso de presupuestos individuales.....	107
4.6.1.	Descripción general y bases conceptuales.....	107
4.6.2.	Funcionamiento y resultados.....	107
4.7.	Programa de asistencia psiquiátrica a personas sin hogar con enfermedad mental grave	109
4.7.1.	Descripción general y bases conceptuales.....	109
4.7.2.	Funcionamiento y resultados.....	110
4.8.	Conclusiones	112
5	ESCALAS Y ENCUESTAS DE MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL, LA CALIDAD DE VIDA Y LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL.....	115
5.1.	Introducción.....	117
5.2.	Escala Gencat.....	118
5.2.1.	Presentación y bases conceptuales.....	118
5.2.2.	Contenido.....	118
5.2.3.	Resultados	119
5.3.	Instrumento técnico común de Valoración de la Exclusión Social de la CAPV	120
5.3.1.	Presentación y bases conceptuales.....	120
5.3.2.	Contenido.....	121
5.3.3.	Resultados	122
5.4.	Escala de valoración del riesgo de exclusión social	122
5.4.1.	Presentación y bases conceptuales.....	122
5.4.2.	Contenido.....	123
5.4.3.	Resultados	124
5.5.	Instrumento de valoración de la vulnerabilidad de DESC	125
5.5.1.	Presentación y bases conceptuales.....	125
5.5.2.	Contenido.....	125
5.5.3.	Resultados	128
6	BIBLIOGRAFIA.....	129





OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA



OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA 1

1.1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La complejidad de las situaciones y los procesos asociados a la exclusión social, así como el resultado de las medidas y los modelos actuales orientados a favorecer la inclusión social, hacen cada vez más evidente la necesidad de un cambio de modelo de atención a las personas en situación de exclusión social. A su vez, a la preocupación por el incremento de las desigualdades, el alto grado de precariedad y la pérdida de la calidad de vida que el contexto de crisis económica y financiera ha puesto en evidencia en los últimos años y los efectos que estas situaciones tienen en las personas establemente instaladas en la exclusión se suma, por un lado, la necesidad de identificar un nuevo marco conceptual de referencia que redefina las claves de una atención de calidad para todas las entidades público-privadas que intervienen en el ámbito de la inclusión social y, por otro, la necesidad de reflexión, análisis, reposicionamiento y reparación de la práctica profesional para abordar y fomentar un itinerario de cambio, desde la coherencia y la sostenibilidad del sistema actual a un escenario caracterizado por una cultura de atención que reconozca las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres y que esté centrado en la calidad de vida, los derechos, autonomía y ciudadanía activa de las personas.

Esta preocupación y necesidad de cambio de modelo que Grupo Emaús Fundación Social venía compartiendo con otros agentes es, precisamente, la que motiva la formulación y liderazgo del Proyecto INClúe: Innovación para la Inclusión Social, una iniciativa gestada desde la colaboración interinstitucional a partir de la constitución de un partenariado entre Emaús Fundación Social, la Dirección Xeral de Inclusión Social de la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia y la consultora EOSA (Estrategia y Organización, S.A.) que participa en calidad de socia tecnológica. El Programa de Ciudadanía Activa cofinanciado por el Mecanismo Financiero del Espacio Económico Europeo (EEA Grants) y operado por la Plataforma de ONG de Acción Social, ofrece el marco financiador que posibilita el desarrollo de esta iniciativa y del reto que comporta. Un reto que a lo largo de los 17 meses de duración del proyecto ha sido también compartido por otras 14 entidades sociales con contrastada experiencia en el desarrollo de actuaciones a favor de la inclusión social en Galicia, 4 corporaciones locales y el Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar.

Así, el proyecto INCLUE tiene por delante un reto importante, aportar avances en la búsqueda de soluciones para uno de los desafíos más complejos a los que se enfrenta hoy por hoy la sociedad, la apuesta por la atención de calidad

a las mujeres y hombres que sufren situaciones de exclusión social. Como objetivo específico, el proyecto se plantea la necesidad de promover un modelo innovador de colaboración interinstitucional en el ámbito de la inclusión social en Galicia, extensible a otros territorios del Estado Español, que contribuya a la articulación efectiva y cohesión de las actuaciones y que favorezca la homogeneidad de los criterios de atención, igualdad en el trato y en el acceso a los recursos de las mujeres y hombres en situación de exclusión social.

El proyecto apuesta por promover la innovación social como forma renovada para hacer frente al desafío planteado y en ese marco, se pretende contribuir a:

- Identificar un nuevo marco conceptual de referencia que redefina las claves de una atención de calidad, con especial referencia al enfoque de género, para todas las entidades público- privadas que intervienen en el ámbito de la inclusión social en el territorio gallego.
- Desarrollar una herramienta tecnológica de carácter innovador que permita la aplicación del nuevo modelo (de calidad y de igualdad a partir de la aplicación del enfoque de género) de una manera homogénea y eficaz y que contribuya a la valoración técnica de la exclusión social y a la evaluación y el impacto de las intervenciones realizadas desde el prisma del nuevo modelo.

Para contribuir a la consecución de esos objetivos, Emaús Fundación Social ha contado en el Proyecto Inclúe con la asistencia técnica de personas expertas en el ámbito de las políticas públicas, la exclusión y sus especificidades en el contexto gallego, el género. Más concretamente, se ha contado con la colaboración del SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía para la realización de las siguientes actividades:

- Fundamentación teórica de la realidad actual de la atención a personas en exclusión (enfoque sociológico, corrientes predominantes, políticas sociales...);
- Identificar y analizar modelos innovadores y “buenas prácticas” en la atención a personas en situación de exclusión social o de vulnerabilidad social, con especial atención al enfoque de género y que contemplen los elementos clave del Modelo INCLÚE, tanto en el ámbito nacional como en el internacional y que pudieran ser transferibles a nuestro ámbito.
- Identificar y analizar herramientas de referencia existentes en el ámbito del diagnóstico y valoración de las situaciones de exclusión social y de la evaluación y el impacto de las intervenciones en nuevas claves, con especial atención al enfoque de género.
- Sistematizar en un informe el diagnóstico de las fases anteriores, que contemple la fundamentación teórica, los modelos analizados y las herramientas identificadas prestando especial atención al enfoque de género.
- Diseñar un manual de atención a personas en situación de exclusión social, que incorpore indicadores de calidad necesarios, formulados en las claves en las que se ha definido el Modelo INCLÚE.

El presente informe recoge el diagnóstico señalado en el cuarto punto e incluye, por tanto, la fundamentación teórica que podría tener un modelo innovador de atención a las personas en situación o riesgo de exclusión social, prestando especial atención a la incorporación de la perspectiva de género y a la contextualización de este marco teórico al contexto gallego, la descripción de una serie de programas o iniciativas que se han considerado como buenas prácticas y que recogen los elementos conceptuales señalados previamente, y, por último, la descripción de una serie de herramientas de valoración y diagnóstico de la exclusión social.

1.2.

METODOLOGÍA

Todo el trabajo realizado en esta fase se basa, por un lado, en un análisis de la literatura científica disponible en torno a las tendencias e innovaciones que se vienen desarrollando en el ámbito de los Servicios Sociales y, más concretamente, en el ámbito de los servicios sociales para la inclusión. Para ello, y a partir de la Base de Datos Bibliográfica sobre Políticas Sociales que mantiene el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga, se han identificado documentos de cuatro tipos:

- Documentos que analizan las bases éticas y filosóficas que sustentan los programas de intervención en el ámbito de la exclusión, los paradigmas imperantes en la actualidad en el campo de las políticas sociales y los elementos conceptuales -principios, valores, criterios de intervención, etc.- que deben guiar la actuación pública en esta materia.
- Guías, manuales y recomendaciones que permiten trasladar los elementos conceptuales previamente definidos a la práctica de la intervención social.
- Experiencias de buena práctica, de carácter suficientemente amplio y adecuadamente validadas, desarrolladas en aplicación de tales criterios en los países de nuestro entorno.
- Herramientas para el diagnóstico de las necesidades de las personas en situación de exclusión y para la evaluación de las intervenciones dirigidas a estas personas.

Además, se ha incorporado a esta fase, un análisis para la incorporación y aplicación de la perspectiva de género en los procesos de inclusión social y un análisis de la inclusión social en Galicia.

1.3.

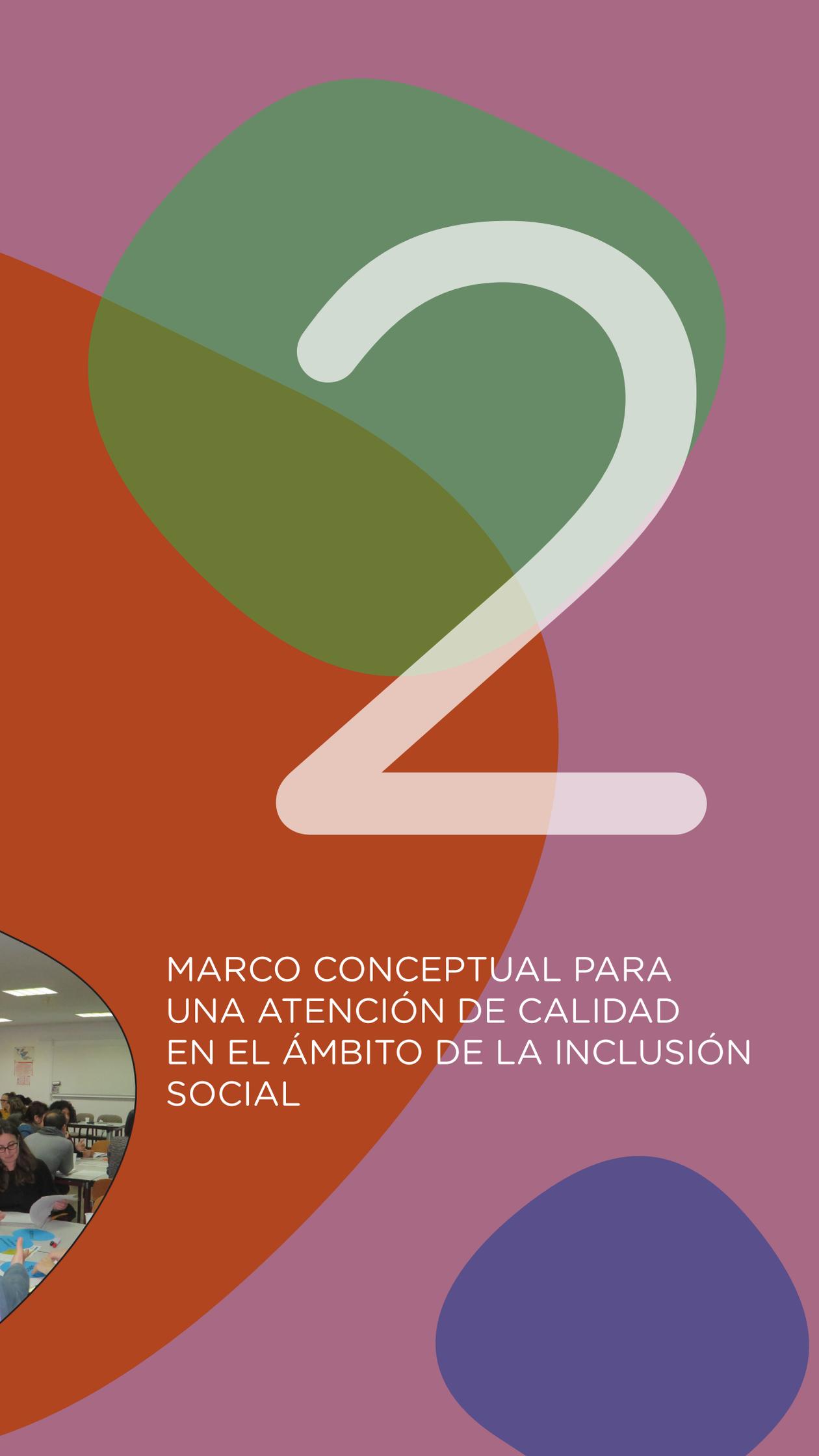
ESTRUCTURA DE ESTE INFORME

Este informe se divide en cuatro partes:

- La primera, de carácter más teórico o conceptual, analiza los modelos u orientaciones que, tras la lectura de la información disponible, se han considerado más relevantes para la definición de un modelo innovador en el ámbito de los servicios sociales para la inclusión social, desde la perspectiva de los derechos, la calidad de vida y la inclusión. En esta primera parte se analiza con especial atención la incorporación de la perspectiva de género en la definición de ese modelo, para lo que se ha contado con la colaboración del Equipo EGENEX compuesto por las expertas en género Iría Vázquez Silva y Carmen Verde Diego.
- La segunda parte recoge un análisis conceptual de la evolución de exclusión e inclusión social en Galicia así como de las tendencias actuales relativas a la situaciones que implican mayor riesgo de exclusión social en el territorio y que deben ser tenidas en cuenta en el futuro proceso de implementación del Modelo INclúe en la Comunidad Autónoma gallega para la que se ha contado con la colaboración de Santiago González Avión, sociólogo gallego experto en exclusión social.

- La tercera parte del informe recoge la descripción de media docena de programas (o conjunto de programas) que incorporan en su diseño uno o varios de los elementos analizados en las páginas precedentes (activación, individualización, desinstitucionalización, atención comunitaria, perspectiva de género, modelo de apoyos, calidad de vida, reducción de daños y aplicación de criterios de baja exigencia, co-producción, coordinación y continuidad de cuidados, y práctica basada en el conocimiento). Se trata en su mayor parte de programas desarrollados en el ámbito de la exclusión social, tanto en el Estado español (particularmente en el País Vasco), como en otros países de Europa.
- La cuarta parte identifica y describe cuatro instrumentos de valoración de las situaciones de exclusión social.





MARCO CONCEPTUAL PARA
UNA ATENCIÓN DE CALIDAD
EN EL ÁMBITO DE LA INCLUSIÓN
SOCIAL



MARCO CONCEPTUAL PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA INCLUSIÓN SOCIAL

2

2.1. INTRODUCCIÓN

Como se ha señalado en el apartado introductorio, el objetivo de este documento es el de analizar modelos, herramientas y experiencias innovadoras en el ámbito de los servicios sociales en la atención a las personas en situación de desigualdad y vulnerabilidad que permitan sistematizar buenas prácticas transferibles al ámbito de la exclusión social y desarrollar una propuesta de modelo de intervención innovador fundamentado sobre nuevos principios que pueda ser aplicado en el diseño de políticas y planificación de recursos para la inclusión social en el territorio gallego.

El primer paso en ese trabajo es, por tanto, la identificación y la descripción de los paradigmas, modelos u orientaciones teóricas a partir de los cuales seleccionar buenas prácticas de interés y diseñar un modelo innovador de intervención. Para ello, a partir de una revisión de la literatura publicada en el ámbito de los servicios sociales en general, y de los servicios para la inclusión social en particular, se han seleccionado un total de diez grandes tendencias u orientaciones, que podrían sustentar –desde el punto de vista teórico y conceptual– un modelo innovador de atención a las personas en situación de exclusión social severa. Las orientaciones seleccionadas son las siguientes:

- El modelo de activación inclusiva;
- La perspectiva de los derechos;
- La individualización de la atención y la promoción de la autodeterminación de las personas usuarias;
- La apuesta por la desinstitucionalización y la atención en la comunidad;
- La perspectiva de género;
- El modelo de calidad de vida y de apoyos;
- El paradigma de la reducción de daños;
- La apuesta por la participación, el voluntariado y la implicación comunitaria;
- La necesidad de la coordinación interinstitucional, el trabajo en red y la continuidad de cuidados;
- La práctica basada en el conocimiento.

Para interpretar adecuadamente el sentido de la selección realizada, conviene tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La selección de estas diez grandes orientaciones teóricas responde al criterio técnico del equipo redactor del informe; es decir, las orientaciones recogidas no son necesariamente las más significativas o influyentes actualmente en el ámbito de los servicios sociales –aunque la mayoría de ellas sin duda lo son–, sino las que se considera que pueden contribuir a la definición de un modelo de calidad en el ámbito de los servicios para la inclusión social en Galicia. Se han dejado por tanto de lado paradigmas orientaciones que están resultando esenciales en la reorientación de las políticas sociales –la inversión social, la apuesta por la predistribución, etc.–, pero que no se consideran necesariamente relevantes para la definición de un modelo innovador de atención a las personas en situación de exclusión social severa.
- Se trata en general de orientaciones teóricas o filosóficas sólidamente enraizadas en otros ámbitos de las políticas sociales –los sistemas de garantía de ingresos, la atención a las personas mayores o con discapacidad, las políticas de salud pública y atención a las drogodependencias...–, pero, al mismo tiempo, aplicables en el ámbito de la atención a las personas en situación de exclusión social.
- Las distintas orientaciones seleccionadas están claramente relacionadas entre sí y se retroalimentan. Si bien es cierto que se han agrupado en diez categorías diferentes, sus límites y diferencias pueden ser en ocasiones difusos y a menudo se trata de aplicaciones o desarrollos parciales de unos principios comunes básicos.
- La selección de estas orientaciones no se ha hecho pensando en la regulación, la ordenación o la planificación del conjunto de las políticas públicas en materia de inclusión social sino, más bien, en la orientación conceptual de los servicios y programas de atención directa. Del mismo modo, la selección de estos principios teóricos se ha realizado con la vista puesta en los servicios que atienden a personas en situación de exclusión social extrema, y no en aquellos programas o dispositivos dirigidos a la población en situación de precariedad, pobreza o riesgo de exclusión.

Desde el punto de vista metodológico, la selección de las diversas orientaciones se deriva de un análisis de la literatura científica internacional disponible en la Base de Datos Bibliográfica sobre Políticas Sociales del SIIS Centro de Documentación y Estudios, de la Fundación Eguía Careaga. En el apartado bibliográfico se recogen todos los documentos consultados. A la hora de la descripción de los diferentes modelos se ha recurrido de forma preferente, en ocasiones de forma literal, a informes previamente elaborados por el SIIS y cuyo contenido se ha considerado relevante de cara a esta reflexión. Los trabajos previos del SIIS a los que en mayor medida se ha recurrido son los siguientes:

- Activación y derecho a la inclusión en el marco de las políticas de empleo y de garantía de ingresos en la CAPV. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2012.
- Tendencias, innovaciones y buenas prácticas internacionales en el ámbito del voluntariado. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2011.
- Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, 2011.
- Vivir mejor. Cómo compaginar derechos individuales y condicionantes organizativos. Serie: Buenas prácticas en la atención a personas con discapacidad. Diputación Foral de Álava, 2012.

2.2.

INCLUSIÓN ACTIVA: ACTIVACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL

2.2.1.

EL PARADIGMA DE LA ACTIVACIÓN: POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES

A lo largo, al menos, de los últimos 20 años las políticas sociales de los países occidentales han experimentado una serie de cambios que cabe englobar bajo el paradigma genérico de la activación, si bien coexisten dentro de este paradigma medidas y políticas de muy diversas características y que responden a objetivos muy diferentes. Aunque no existe un acuerdo unánime a la hora de definir el concepto, la base común que subyace a las políticas de activación es la de que el empleo remunerado constituye la forma privilegiada de acceso a los derechos sociales o de ciudadanía, y que la inserción laboral constituye la herramienta básica para la inclusión social (SIIS, 2011).

Desde el punto de vista de los principios básicos en los que se basa el paradigma de la activación, Moreno y Serrano Pascual (2007) hacen referencia a tres aspectos fundamentales:

- Individualización. Para estos autores, el nuevo paradigma se dirige a la intervención en las conductas, motivaciones y actitudes individuales, más que a asentar las condiciones políticas adecuadas para una justa redistribución de la riqueza. Las políticas de activación fomentan una creciente personalización de las intervenciones y reclaman una mayor participación de la persona afectada. El referente, tanto normativo como legitimador, de estas políticas es el sujeto individual.
- Énfasis en el empleo. El objetivo de estas políticas es la participación y autonomía económica a través del empleo. Se trata de políticas dirigidas a intervenir en los comportamientos del individuo frente al mercado de trabajo (incentivar, persuadir, motivar). Por tanto, se ocupa preferentemente en las dimensiones económicas, más que las políticas o sociales, en el ejercicio de la ciudadanía.
- Principio de la contractualización. De acuerdo con Serrano y Moreno, “el contrato se convierte en la metáfora nuclear en la orientación y legitimación de estas políticas. Pero también implica una mutación en los términos del contrato social que articulaban tradicionalmente al concepto de ciudadanía. Se hace de éste un contrato moral, más que político o social: el acceso de los ciudadanos a sus derechos pasa a ser condicional, dependiente de la actitud y comportamiento de estos frente a su participación económica. Junto a esta soberanía de la figura del contrato como mecanismo de regulación social, se reafirma lo que podría calificarse como ‘norma de reciprocidad’, que hace de la cuestión del ‘merecimiento’ un eje central en la legitimidad de la propia condición de ciudadanía”.

La aplicación generalizada del paradigma de la activación en las políticas sociales de todos los países de nuestro entorno no ha impedido que haya sido objeto de críticas por parte de muy diversos autores. Las críticas más relevantes podrían ser las siguientes (SIIS, 2011):

- Mitificación del trabajo remunerado como elemento de integración social. Una de las críticas básicas que se le hacen al paradigma de la activación es el peso excesivo que se da al empleo remunerado como mecanismo básico de inserción social, al margen de su verdadera capacidad insertadora y desconsiderando el papel que pueden jugar otras aportaciones, como los cuidados domésticos o familiares, la participación comunitaria o el trabajo artístico.

- De la solidaridad a la contractualización, del discurso de los derechos al discurso de las obligaciones. En la literatura científica se encuentran numerosas valoraciones críticas del énfasis que el paradigma de la activación pone en el carácter condicional de las prestaciones y en la vinculación que se establece entre la asistencia económica y determinados comportamientos personales. En sentido, de la Cal y de la Fuente (2010) destacan que subyace a los diferentes modelos de activación una tendencia a convertir el compromiso de actividad o de inserción en un deber coactivo más que en un derecho, cuando las causas del desempleo no residen en la voluntad de las personas paradas –y, en muchos casos, tampoco en su formación y cualificación–, sino en la carencia de empleos suficientes, o en la calidad de estos.
- Empleabilidad, responsabilización individual y despolitización. La evolución desde las políticas pasivas hacia las políticas activas que subyace al paradigma de la activación implica además un cambio en el discurso en el que se basan las políticas sociales, que dejan de apoyarse en el derecho ciudadano a unas determinadas prestaciones sociales para hacerlo sobre la responsabilización individual y la autonomía personal frente al riesgo de dependencia y cronificación. Van Berkel y Valkenburg (2007) sostiene que determinadas formas de entender la individualización implican un cambio en la distribución de las responsabilidades entre el Estado y los individuos, a partir de un concepto moralista de la responsabilidad.

En ese marco, la ciudadanía ya no se interpreta en términos sociales, como un mecanismo de protección frente a los riesgos económicos, sino en términos individuales: el derecho a la protección viene determinado por la conducta, las elecciones, las actitudes y las motivaciones del individuo. El énfasis pasa de la responsabilidad colectiva del Estado Social a la responsabilidad personal del ciudadano individual; el desempleo deja de ser consecuencia de un determinado desarrollo social y económico (culpar al sistema) y pasa a ser consecuencia de la acción, o inacción, del ciudadano individual (culpar a la víctima). En esa misma lógica, el Estado adquiere un papel más intrusivo, orientado a un control permanente de las conductas individuales. De esta forma, los problemas políticos y económicos se transforman en cuestiones relativas a los motivos personales y a las voluntades individuales, estimulándose la despolitización de la gestión del conflicto social y desdibujándose el carácter sociopolítico de la exclusión social.

2.2.2.

EL MODELO DE INCLUSIÓN ACTIVA: UNA APUESTA EUROPEA

Es importante señalar en cualquier caso que no existe en los países de nuestro entorno un modelo único de activación, sino, por el contrario, modelos diversos, determinados por tradiciones institucionales y concepciones ideológicas diferentes, con resultados también muy diferentes en lo que se refiere al impacto y los resultados de estas políticas de cara a la ciudadanía y, en concreto, a las personas desempleadas y/o sin recursos (Serrano, 2009). En ese sentido, una de las aplicaciones concretas del paradigma de la activación es la de la inclusión activa, directamente auspiciada por las instituciones comunitarias europeas, y convertida por tanto en fundamento conceptual de las políticas para la inclusión en Europa. Así, como señala la Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social de Galicia, “la inclusión activa se ha asentado claramente en todo este período como una de las prioridades de la Unión y de los Estados miembros y un eje prioritario para los fondos estructurales, en el marco de estrategias de los Estados miembros y de las regiones europeas en las que se articulen medidas de acceso a ingresos mínimos con otras orientadas a mercados de trabajo inclusivos y a servicios públicos de calidad”.

¿En qué consiste este modelo? ¿Cuáles son sus raíces? El planteamiento de la inclusión activa se comienza a desarrollar en Europa a mediados de la pasada

década, y puede considerarse como un esfuerzo por flexibilizar las orientaciones workfaristas desarrolladas en el ámbito anglosajón a las características propias del modelo social europeo.

En 2006, la Comisión Europea incide en la necesidad de poner en marcha una estrategia de inclusión activa como vía para alcanzar una mayor cohesión social. Así, para la Comisión, “aunque en la mayoría de los Estados miembros se están aplicando políticas globales de asistencia social y se han adoptado medidas de activación con el fin de volver a atraer al mercado de trabajo a las personas excluidas del mismo, subsiste un importante «núcleo duro» de personas que tienen pocas perspectivas de encontrar un trabajo y que, por esta razón, siguen corriendo un alto riesgo de quedar reducidas a la pobreza y a la exclusión social. Para aquellas personas que se encuentran más alejadas del mercado de trabajo, los programas de renta mínima (RM) pueden ser la única manera de escapar a la extrema pobreza. Sin embargo, sin olvidar en ningún caso esta función indispensable, estos sistemas han de promover asimismo la integración profesional de las personas capaces de trabajar. Se trata, sobre todo, de velar por que las políticas de protección social contribuyan efectivamente a la movilización de las personas capaces de trabajar sin dejar de lado en ningún momento un objetivo más amplio: el de garantizar unos niveles de vida dignos a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y cuya situación no tiene visos de cambiar”.

En el mismo sentido, en 2007², la Comisión insiste en que “para ayudar a los Estados miembros a movilizar a las personas aptas para trabajar y brindar una ayuda adecuada a las que no lo son, la Comisión ha propuesto una estrategia holística llamada de «inclusión activa». Esta estrategia combina apoyos a la renta a un nivel suficiente para que los afectados puedan llevar una vida digna con vinculaciones con el mercado laboral en forma de oportunidades de empleo o formación profesional y con un mejor acceso a los servicios sociales de capacitación. En este sentido, la inclusión activa es plenamente complementaria del denominado enfoque de «flexiseguridad», si bien está orientada a las personas situadas en los márgenes del mercado de trabajo. Constituye lo que podríamos llamar una «asistencia social activa», en la medida en que ofrece itinerarios personalizados hacia el empleo y vela por que las personas imposibilitadas para trabajar puedan llevar una vida digna y contribuir en la medida de sus posibilidades a la sociedad”.

Finalmente, mediante la Recomendación de la Comisión 2008/867/CE, de 3 de octubre de 2008, sobre la inclusión activa de las personas excluidas del mercado laboral, la CE recomienda a los Estados miembros que organicen y pongan en práctica políticas de inclusión activas aplicando rigurosamente todos los principios comunes y directrices prácticas indicados en el documento con respecto a:

- un apoyo a la renta adecuado, los Estados miembros deberían reconocer y aplicar el derecho de los individuos a los recursos y la ayuda social suficientes como parte de un dispositivo global y coherente para combatir la exclusión social;
- unos mercados de trabajo inclusivos, los Estados miembros deberían prestar ayuda a las personas aptas para el trabajo para que consigan un primer trabajo o un nuevo empleo acorde a su capacidad, y para que los conserven;
- al acceso a unos servicios de calidad, los Estados miembros deberían garantizar que las personas que lo precisen reciban un apoyo social adecuado, al objeto de promover la inclusión social y económica.

Para Sartu (2010), esta estrategia ofrece una serie de elementos interesantes para los programas de inclusión. De una parte, el aspecto integral, puesto que contempla de manera coordinada las diferentes prestaciones que se van a ofer-

1 COM (2006) 44.

2 COM (2007) 620 final.

tar a las personas. De otra, la centralidad de la activación: se busca la activación –poner en activo, activar– a las personas, frente a las políticas pasivas que no aportan autonomía a la persona ni a medio ni a largo plazo, y en ese sentido no cambia la situación de las personas. Y, finalmente, el carácter gradual: se trabaja en clave de proceso, se va avanzando de un posicionamiento determinado respecto al eje exclusión-inclusión a uno de mayor acercamiento a la inclusión.

En esa misma línea, la Red Europea contra la Pobreza (EAPN) destaca que el objetivo de la activación es la inclusión social y la movilidad profesional, “permitiendo a los subsidiados mejorar sus competencias y sus capacidades, su salud física y mental, establecer contactos sociales, mejorar su sentimiento de pertenencia a la sociedad, y su ciudadanía (ayuda a la autonomía). Se favorecen no tanto las obligaciones, sino los servicios complementarios susceptibles de favorecer la inclusión social. La activación constituye una inversión en los recursos humanos, sociales, psicológicos y culturales. Si el objetivo de la activación es la integración en el mercado laboral, es la integración también social en un sentido más amplio. La estrategia ofrece un amplio abanico de posibilidades, que tiene en cuenta la complejidad de los problemas y propone una intervención adaptada a las necesidades y expectativas de cada uno”.

2.2.3.

BASES PARA LA DEFINICIÓN DE UN MODELO INCLUSIVO DE ACTIVACIÓN

Como se ha señalado en otros trabajos (SIIS, 2011), dada la existencia de muy diversos modelos para la plasmación del paradigma de la activación, la cuestión relevante no radica tanto en la aceptación o no de este paradigma como en la determinación de un modelo éticamente justificable de activación, que haga frente a las críticas previamente señaladas.

Por otra parte, es necesario recordar que el paradigma de la activación se ha centrado muy preferentemente en las políticas de prestaciones económicas y garantía de ingresos, y no tanto en lo que se refiere a los servicios de atención directa orientados a las personas en situación de exclusión social severa. Sin embargo, es posible adaptar algunas de las propuestas conceptuales realizadas para la construcción de un modelo de activación inclusiva en el ámbito de las rentas mínimas de inserción al ámbito de los servicios sociales para la inclusión. Los elementos conceptuales básicos de ese modelo podrían ser los siguientes:

a) Inclusión frente a normalización: del modelo rehabilitador al modelo social

En nuestro entorno, sin duda, el término de inclusión se ha venido utilizando fundamentalmente como sinónimo o equivalente del de integración y son pocas –aunque existen– las conceptualizaciones en las que se ha establecido una diferenciación clara y argumentada entre uno y otro. Así, el concepto de inclusión se ha utilizado como sinónimo de integración e incluso de normalización, conceptos sometidos a ciertas críticas, por ejemplo en el ámbito de la discapacidad, por su identificación con el modelo médico o rehabilitador de la discapacidad. La inclusión, por ello, ha sido en ocasiones definida como un avance respecto al modelo de normalización / integración.

En ese sentido, Renzaglia et al. (2003) señalan que la integración, definida como insertar a alguien en un sistema unificado, difiere de la inclusión en la medida en que este último concepto exige valorar positivamente la diferencia y responder a las necesidades de todas las personas. Desde ese punto de vista, y de forma un tanto simplista, frente a la idea de integración, el concepto de inclusión podría vincularse en cierta forma al modelo social de la discapacidad, en la medida en que el énfasis deja de estar centrado en las características individuales y pasa a ponerse en el carácter más o menos excluyente de los entornos sociales.

El concepto de inclusión debe por tanto entenderse como un avance frente a otros conceptos, como el de normalización, que pueden ser en sí mismos considerados como generadores de exclusión. En efecto, la exclusión que padecen las personas con discapacidad (o, a los efectos de este trabajo, las que padecen cualquier otro tipo de situación de desventaja o exclusión) puede deberse al establecimiento de una norma en la que estas personas no se reconocen: así, las personas con discapacidad se verían “imposibilitadas de participar en una gran cantidad de actividades que sustentan una vida en sociedad, y que las eliminan de la corriente habitual de la vida cotidiana. Ello se debe a que todos los puntos de acceso a las estructuras de la vida diaria –educación, trabajo, familia, interacción social, etc.– se establecen en gran medida en relación con la norma dominante. De este modo, como normalmente no se prevén adaptaciones para las desviaciones o las diferencias respecto de la norma elegida, la diferencia sirve como base para una sutil (y a veces no tan sutil) discriminación” (Palacios y Bariffi, 2007).

La traslación al ámbito de la exclusión del modelo social de la discapacidad se concreta en el concepto de discapacidad social, descrito por Pisonero (2007). Este autor vincula el modelo ecológico de la discapacidad y el que se deriva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud y la Discapacidad (CIF) de la OMS –y que están en la base del modelo social de la discapacidad– con la concepción de la exclusión como proceso multidimensional que da pie a una situación contingente (“nadie es pobre como atributo, sino que se está en situación de pobreza. Del mismo modo no se es parado, sino que se está en situación de desempleo”). Lo mismo cabría decir de la exclusión social. Para Pisonero, la discapacidad social abre el concepto de la CIF a lo social, explica situaciones de desventaja que no se circunscriben exclusivamente a un origen de salud y propone líneas de intervención integrales para paliar o anular la situación de desventaja.

b) Reconocer la multidimensionalidad de la inclusión y aplicar una concepción amplia de la empleabilidad

Por otro lado, la aplicación de un modelo inclusivo de activación exige aceptar la multicausalidad de la exclusión y sus implicaciones. En efecto, existe un grado importante de acuerdo a la hora de definir la exclusión social como la acumulación de desventajas en ámbitos muy diferentes de la vida de la persona: educación, vivienda, salud, empleo, derechos políticos, relaciones personales... Esta concepción multicausal y multidimensional de la exclusión no se corresponde sin embargo con determinadas formas de activación, que, al equiparar de forma exclusiva inclusión social con inserción laboral, no tienen en cuenta el componente multidimensional de los procesos de inclusión. En ese sentido, si bien resulta evidente que el acceso al empleo remunerado es un factor esencial de inclusión social, no debe olvidarse que el empleo no es, en sí mismo o por sí sólo, suficiente para garantizar la inclusión; de hecho, puede igualmente pensarse que en determinados casos o situaciones los procesos de inclusión no requieren necesariamente de la inclusión laboral y que pueden existir otras dimensiones vitales sobre las que resulta prioritario trabajar³.

Efectivamente, tal y como explica Pérez Eransus (2006), “si entendemos la inserción como un proceso de adquisición de capacidades para mejorar la autonomía y la independencia, no conviene reducir dicho proceso únicamente a la realización de una actividad laboral o formativa. La inserción es un proceso de apoyo social continuado que debiera conllevar una sinergia de recursos que incluyen además de la realización de actividades, la adquisición de habilidades, la solución de problemáticas sociales, el acceso a los sistemas de protección y otros”. Así, como señala en otro artículo la misma autora (Pérez Eransus, 2009), en los últimos años se tiende a defender “una concepción más amplia

3 Esta visión coincide plenamente con el paradigma de calidad de vida al que posteriormente se hace referencia, en cuyo marco el bienestar material, al que se accede preferentemente mediante la inclusión laboral, es sólo una más de las diversas dimensiones que conforman la calidad de vida.

del término activación que trata de trascender el ámbito de lo laboral incluyendo ámbitos como el de la participación social, las relaciones sociales o el ocio. Bajo esta concepción, las políticas de activación estarían orientadas a favorecer el aumento de la participación social de las personas excluidas. Esta última definición de activación la acercan más a otros conceptos de mayor tradición en el ámbito de la intervención social con población en situación de dificultad como puede ser el de inserción o incorporación social. En ambos casos se hace referencia aquellos procesos de acompañamiento social que buscan la promoción de la autonomía de las personas a través de la mejora de sus condiciones de vida y sus capacidades”. Esta idea coincide plenamente por otra parte con la idea de individualización de las intervenciones para la activación, a la que más adelante se hará referencia, en el sentido de que deben tener en cuenta las necesidades y posibilidades de cada persona en cada fase del proceso de inclusión.

Las entidades que trabajan en el ámbito de la inserción laboral mantienen una posición similar. Así, para Sartu (2010), “si decimos que la exclusión social tiene un cariz multifactorial, no se puede explicar con arreglo a una única causa o factor, no podemos pensar los procesos de inclusión atendiendo exclusivamente a uno de esos factores, sea el empleo, la vivienda o la salud; hay que articular procesos integrales, que atiendan los diferentes factores. Aunque, incluso en este momento actual de crisis, consideramos que el empleo sigue siendo una de las principales vías de inclusión, ésta no pasa sólo por el empleo”.

Ello implica la necesidad de construir un modelo de inclusión social que, si bien debe estar prioritariamente centrado en el acceso al empleo normalizado, debe estar también abierto a otras actividades socialmente valoradas. Efectivamente, sin desconsiderar el papel que el trabajo tiene en términos de realización personal y en la satisfacción vital de muchas personas, es cierto que el valor del trabajo debería interpretarse desde presupuestos más pragmáticos, abriéndose como tantas veces se ha dicho al conjunto de las actividades socialmente valoradas. En esa línea, son muchos los autores que han abogado por un concepto de activación que no se circunscriba al empleo remunerado, y que valore otras clases de aportación a la sociedad, principalmente, aunque no únicamente, en el ámbito de los cuidados familiares y de la acción comunitaria⁴. En ese sentido, el principio de reciprocidad justa al que se ha hecho referencia en otros trabajos implica la necesidad de no ignorar o privilegiar arbitrariamente ciertas formas de contribución sobre otras, evitando equiparar de forma reduccionista el concepto de contribución productiva con el de empleo remunerado (SIIS, 2011).

A este argumento hay que añadir el de que, como acaba de señalarse, resulta necesario reconocer la fase en la que cada persona se encuentra en un proceso de inserción, y que mientras para algunas personas su contribución debería lógicamente traducirse en el acceso a un puesto de trabajo, en otros casos resultará más eficaz y más justo que se traduzca en la participación en programas de formación, de rehabilitación psicosocial y/o de adquisición de unas capacidades relacionales y laborales básicas.

De la Cal y de la Fuente (2010) plantean argumentos similares. A juicio de estos autores, es necesario ampliar el concepto de trabajo, “incluyendo tanto el remunerado como el no remunerado. Se debería definir todo el trabajo que es útil y necesario en nuestras sociedades, dentro del cual se encuentran el trabajo doméstico,

4 Esta reflexión lleva también a la necesidad de que los programas de inclusión trabajen, al margen de la empleabilidad, otras dimensiones vitales, como puede ser el ocio. En ese sentido, para Sartu (2013) “el ocio constituye un vehículo inmejorable para la creación de lazos de unión entre personas en igual o distinta situación social. Aunque tradicionalmente se asocia de forma simplista con la diversión, el ocio tiene un potencial de desarrollo humano, al facilitar que las personas, las comunidades y las sociedades accedan a grados superiores de humanización. Socialmente el ocio tiene un gran potencial como motivador de dinámicas de participación, cohesión e identificación social; pero también como ámbito de desarrollo experiencial. La cultura, el turismo o el deporte, por ejemplo, pueden convertirse en espacios públicos que faciliten dinámicas de ayuda mutua al generar vínculos cognitivos y afectivos entre las personas participantes. En este sentido, el ocio ayuda a contrarrestar el aislamiento y pobreza relacional que sufren buena parte de las personas vulnerables o en exclusión. Además, favorece el desarrollo comunitario al fortalecer sentimientos de integración y favorecer el entendimiento y la interacción entre diferentes”.

el de cuidados, el trabajo voluntario, que hoy día no son valorados ni reconocidos. Asimismo se deberían considerar también como equivalentes al trabajo otras actividades como las formativas y educativas, considerando su contribución al desarrollo económico y social futuros. Este sería un importante paso para que las personas que llevan a cabo todo este trabajo tengan roles sociales alternativos a los que proporciona el empleo pero igualmente reconocidos, legitimados y valorados por la sociedad. Se trata actividades mediante las cuales las personas contribuyen a la mejora y el mantenimiento de la sociedad, por lo que tienen un importante potencial inclusivo, siempre y cuando la sociedad reconozca tal contribución. La definición del trabajo más allá del empleo no es tanto una tarea técnica, sino más bien un proyecto político fuertemente incardinado en los valores y objetivos de la sociedad”.

2.3.

LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS, LA FILOSOFÍA DEL DOBLE DERECHO Y LA CONSOLIDACIÓN DEL DERECHO SUBJETIVO A LOS SERVICIOS SOCIALES

2.3.1.

EL RESPETO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS, CONDICIÓN NECESARIA PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

Es innecesario señalar que las personas en situación o riesgo de exclusión social son, como todas las demás, sujetos de derecho. Al igual que al conjunto de la población, les asisten los derechos humanos naturales y están protegidos por los mismos derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que el resto de la ciudadanía. Si bien estos derechos y libertades fundamentales son comunes al conjunto de la población, se han desarrollado en el caso de algunos grupos tradicionalmente usuarios de servicios sociales –las personas con discapacidad o la infancia, por ejemplo– herramientas específicas diseñadas para garantizar el acceso de estos colectivos a esos derechos fundamentales:

- La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es un tratado que recoge los derechos de la infancia y es el primer instrumento internacional que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos. El texto fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990. Los 54 artículos que componen la CDN recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su aplicación es obligación de los Gobiernos, pero también define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas.
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, proclamada por Naciones Unidas a finales de 2006, reafirma la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación. Los países firmantes de la Convención –entre ellos España– tienen la obligación de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad y garantizar que gocen de plena igualdad ante la ley. Para Harpur (2012), la Convención genera un nuevo discurso sobre los derechos de las personas con discapacidad, empodera a la sociedad civil y acerca, como nunca hasta ahora, los derechos humanos a las personas con discapacidad.

Los derechos humanos básicos y las libertades fundamentales son fuente y condición sine qua non de todos los demás. Un segundo nivel de derechos se deriva de las políticas de protección que, para la implementación de los dere-

chos básicos, se reconocen en las políticas públicas. El derecho subjetivo a la percepción de determinadas prestaciones económicas, apoyos para la inclusión sociolaboral o servicios sociales, al que se hará referencia en el siguiente punto, se enmarca en este nivel.

Por último, un tercer grupo de derechos vendría dado por los derechos reconocidos a los usuarios de los servicios de atención directa y/o a los perceptores de prestaciones económicas. En algunos casos, por ejemplo en la legislación autonómica vasca, estos derechos se han instrumentado jurídicamente; es el caso de la Carta de Derechos y Obligaciones de las Personas Usuarias y Profesionales de los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco, aprobada por Decreto 64/2004, de 6 de abril. Entroncada en la tradición europea de las cartas de ciudadanía, presenta dos valores fundamentales: por un lado, supone el reconocimiento formal de derechos y de obligaciones para las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales; por otro, establece los elementos esenciales para garantizar su ejercicio efectivo, mediante la regulación de un procedimiento de presentación, tramitación y resolución de sugerencias y quejas, y mediante la definición del contenido de los derechos y de las condiciones de su ejercicio.

Como se ha señalado en otras ocasiones (SIIS, 2011), el respecto a los derechos de las personas usuarias es condición necesaria para una atención de calidad. Desde ese punto de vista, el elemento clave para ir introduciendo cambios que garanticen una mejora continua de la atención es adoptar los derechos básicos de las personas usuarias como punto de referencia en todas las actuaciones y admitir que respetarlos constituye la condición sine qua non de una intervención social de calidad.

CUADRO 1. DERECHOS BÁSICOS EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Dignidad	Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso.
Privacidad e intimidad	Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas y a no sufrir repetidas intromisiones en sus asuntos personales.
Autodeterminación y autonomía	La autodeterminación es el derecho a actuar o pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado, mientras que la autonomía alude, más específicamente, al derecho de las personas usuarias a que se promueva su capacidad física para desenvolverse de forma autónoma y a que se les ofrezcan los apoyos y adaptaciones más idóneos para favorecer dicha independencia.
Elección	Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones.
Satisfacción y realización personal	Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana.
Protección, conocimiento y defensa de los derechos	Conservación de todos los derechos inherentes a la condición de persona y a la ciudadanía, y oportunidad real de ejercerlos.

Fuente: SIIS Centro de Documentación y Estudios (2011). *Vivir mejor. Cómo compaginar derechos individuales y condicionantes organizativos.*

Adoptar estos derechos como principio rector de la atención no significa que deban desatenderse otros intereses que convergen en los servicios: los de la propia institución, los de la dirección, los del personal y los de las familias, así como los derechos del conjunto de la ciudadanía y/o de los contribuyentes que a menudo financian esos servicios. Con todo, lo importante es subrayar que

bajo ninguna circunstancia debe perderse de vista la situación de especial vulnerabilidad de las personas atendidas en los centros de servicios sociales y que, en todas las decisiones que se adopten, sean de carácter general o particular, debe tenerse presente su condición de personas y la necesidad de garantizar que puedan seguir siendo ellas mismas y eligiendo, en la medida de lo posible, el estilo de vida que desean llevar.

Situar los derechos de las personas en el núcleo de la atención significa aceptar y asumir que el respeto de los derechos debe ser la norma y que cualquier limitación a su ejercicio efectivo debe tener carácter excepcional. Con esto no se pretende decir que, en determinados casos, la excepción a la regla no pueda ser frecuente; lo que significa es que, en la articulación de los apoyos, en el marco de la planificación centrada en la persona, es imprescindible tomar siempre como punto de partida el derecho, esforzarse por respetarlo al máximo y por introducir el menor número posible de limitaciones a ese derecho, argumentando siempre las razones que, en ese caso concreto, las hacen necesarias.

Situar el respeto de los derechos en el núcleo de la atención y de los servicios exige además tener en mente el impacto que el entrar a formar parte de ese entramado colectivo puede tener sobre cada uno de los derechos básicos. Para ello, es imprescindible replantearse una serie de aspectos que, siendo esenciales, no suelen mencionarse, por dos razones: porque son considerados como consecuencias inevitables, aunque no deseables, de los contextos colectivos, pero también porque nos hemos acostumbrado tanto a esas limitaciones que corremos el peligro de olvidar la importancia de su impacto en la vida de una persona. Y esa es la cuestión, que lo concreto, el día a día de la vida en los servicios, la sucesión de detalles que la conforman, pueden variar considerablemente según perdamos o no de vista esos aspectos esenciales (SIIS, 2011).

En el ámbito de la atención a las personas mayores –y sin salir del ámbito de los derechos de las personas usuarias de los diversos servicios sociales– este modelo de derechos se ha equiparado a menudo al concepto de buen trato, que se relaciona a su vez con la bioética⁵. Para Gómez Marín y Díaz Veiga (2012), El buen trato es universal, es el resultado del respeto de los derechos, respeto a la dignidad de la persona, consiste en establecer una relación satisfactoria entre personas, dar y recibir buen trato no tiene edad, es una forma positiva de relación, consideración, reconocimiento, implica reconocer al otro de igual a igual. En un documento de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, estas autoras señalan como principios del buen trato los siguientes:

- valoración y reconocimiento individual, comunitario e institucional;
- comunicación;
- adaptación e individualidad;
- autonomía personal;
- calidad de vida y bienestar;
- igualdad;
- identidad;
- libertad;
- dignidad;
- negociación.

5 Como señala Goikoetxea (2013), en el “buen trato” a las personas está siempre en juego una cuestión de derechos humanos y justicia, que desbordan los marcos de las relaciones intersubjetivas. Lógicamente, el reconocimiento de la dignidad ontológica de la persona tiene consecuencias de orden ético, tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito político y social. Si se reconoce que toda persona es digna per se, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores y apoyos físicos, normativos y de otro orden, que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales. En el ámbito de la bioética tal constatación se desarrolla con los principios de no maleficencia y justicia.

DERECHOS Y POLÍTICAS DE PROTECCIÓN: LA PERSPECTIVA DEL DOBLE DERECHO Y EL DERECHO SUBJETIVO A LOS SERVICIOS SOCIALES

Como se ha señalado previamente, al hablar de derechos de las personas en situación de exclusión social que son usuarias de centros o recursos para la inclusión cabe hablar de tres niveles, distintos aunque interrelacionados: los derechos humanos básicos y las libertades fundamentales, los derechos sociales que recogen de las políticas de protección y, finalmente, los derechos que se reconocen a estas personas en tanto que usuarias de unos servicios concretos.

Desde un punto de vista normativo, es decir, situándonos en el nivel de las políticas de protección, es necesario tener en cuenta dos elementos relacionados con la regulación legal de los servicios sociales y para la inclusión: por una parte, la aceptación de la filosofía del doble derecho como elemento básico en la regulación de las políticas de inclusión social; por otra, la consolidación del derecho subjetivo a la percepción de los servicios sociales, planteado tanto en determinadas leyes autonómicas de Servicios Sociales, incluida la gallega, como –en el ámbito de la dependencia– en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) de 2006.

a) La perspectiva del doble derecho

La filosofía del doble derecho está estrechamente vinculada al concepto de inclusión activa, al que antes se ha hecho referencia, y está especialmente extendida –al menos a nivel conceptual– en la normativa que regula los sistemas de rentas mínimas de determinadas comunidades autónomas. Se remite, a su vez, a la filosofía de las rentas mínimas de inserción desarrolladas en países como Francia, a partir de la instauración del *revenu minimum d'insertion* (RMI) de 1989.

De acuerdo a la Ley 18/2008 para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social de la CAPV, “el principio de doble derecho reconoce tanto el derecho a disponer de medios económicos para hacer frente a las necesidades básicas de la vida, cuando no puedan obtenerse en cuantía suficiente del empleo o de los diversos regímenes de protección y asistencia social, como el derecho a recibir apoyos personalizados para la inclusión laboral y social, mediante la participación obligada en un convenio de inclusión”. También la normativa vigente en Galicia en el ámbito de la inclusión social reconoce la perspectiva del doble derecho. Así, la Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social, a la que antes se ha hecho referencia, reconoce “dos derechos diferentes, aunque relacionados, que se regulan y modulan de manera separada: el derecho a unos ingresos mínimos, derecho que se corresponde con el deber de vinculación con los servicios sociales comunitarios básicos y específicos a través del proyecto de integración social o familiar; y un segundo derecho a un apoyo económico y técnico personalizado en el itinerario para la inserción en el mercado de trabajo, que se corresponde con el compromiso de desarrollar las actividades pactadas en un documento escrito en el que la formación adaptada, el aprendizaje y la práctica laboral son, entre otros, aspectos decisivos”.

Esta perspectiva materializa el derecho de las personas desempleadas o en situación de exclusión a recibir los apoyos necesarios para su plena inclusión y, en concreto, las herramientas que precisan para la mejora de su empleabilidad y para su inclusión efectiva en el mercado de trabajo y, más en general, en la vida social. Se trata pues del ejercicio de un derecho individual –distinto del derecho a la prestación económica– y del consiguiente compromiso institucional en el sentido de ofrecer esos apoyos para la empleabilidad, entendida esta última en una perspectiva amplia, como también se ha señalado.

b) El derecho subjetivo a la percepción de servicios sociales

Otro de los elementos fundamentales que debe tenerse en cuenta a la hora de plantear un modelo de intervención de calidad en el ámbito de la inclusión social es la creciente consolidación del carácter subjetivo de los servicios sociales, al menos en las leyes de servicios sociales de algunas comunidades autónomas.

Fantova destaca ya en 2008 el carácter justiciable y exigible del derecho a los Servicios Sociales, en un proceso de consolidación de los servicios sociales como nuevo derecho social (Fantova, 2008). Vila (2010) explica también que las leyes de servicios sociales aprobadas en diversas comunidades autónomas con posterioridad a la aprobación de la LAPAD consignan como objetivos sustantivos el establecimiento del derecho de acceso a los servicios sociales y el carácter universal de los mismos. Así, a su juicio, el corazón de la nueva legislación es el establecimiento con carácter general del derecho subjetivo de acceso a los servicios sociales, para lo cual se deben cumplir una serie de requisitos previos: a) definición clara de la prestación y de su contenido; b) concreción de las condiciones personales, de la situación de necesidad protegida o de otra índole requeridas para el acceso a la prestación; c) garantía de los recursos necesarios y de la financiación suficiente y segura; d) legitimación para recurrir por vía administrativa y judicial en defensa del derecho reconocido.

Al igual que la LAPAD, señala Vila, todas las nuevas leyes de servicios sociales reconocen verdaderos derechos subjetivos, es decir, aplicables y actuables ante los tribunales en caso de incumplimiento, si bien la mayoría de ellas, como hizo la LAPAD, no concreta aspectos esenciales de dichos derechos (cartera/catálogo de servicios, requisitos, etc.) y remite a las disposiciones reglamentarias de desarrollo. El autor señala al respecto que las leyes de Navarra, Cantabria y Cataluña se refieren explícitamente a la naturaleza de derecho subjetivo de las prestaciones garantizadas, mientras que la de Galicia se refiere a prestaciones esenciales como derecho exigible. Es decir, estas leyes distinguen entre prestaciones (en sentido amplio, incluyendo las de carácter económico y las técnicas) de derecho subjetivo de otras sujetas a las disponibilidades presupuestarias y a los principios de prelación y concurrencia (a estas últimas la Ley catalana las denomina no garantizadas y la gallega normalizadoras⁶). La ley vasca no efectúa ninguna distinción y considera, por tanto, con carácter general que todas las prestaciones son garantizadas (cabe señalar al respecto en cualquier caso que, seis años después de la aprobación de la Ley, no se ha desarrollado en Euskadi el marco normativo que debería concretar la universalización de los Servicios Sociales).

Al margen de la efectividad real que –en un contexto de crisis económica y recorte de las políticas sociales– haya tenido el reconocimiento del carácter subjetivo del derecho a las prestaciones de servicios sociales, o de su articulación concreta en los diferentes sistemas autonómicos de servicios sociales, no cabe duda de que esta tendencia al reconocimiento del derecho subjetivo a los mismos implica un cambio de calado en su configuración. En ese sentido, el carácter subjetivo del acceso a los servicios sociales es relevante en el marco de esta discusión desde tres puntos de vista:

- de una parte, la responsabilidad que las administraciones públicas asumen para la prestación de ese servicio a todas las personas que acrediten estar en una situación de necesidad y cumplir los requisitos de acceso establecidos;
- por otra, en relación con la anterior, la necesidad de articular mecanismos de diagnóstico y valoración de necesidades que permitan determinar en qué medida una persona potencialmente demandante de servicios cumple, efectivamente, los requisitos de necesidad establecidos;

6 En el caso de Galicia, la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia considera servicios esenciales, es decir, exigibles y garantizados para aquellas personas que cumplan las condiciones establecidas de acuerdo con la valoración técnica de su situación, la intervención social, biopsicosocial, sociológica o socioeducativa, así como la atención residencial, diurna o domiciliaria en el caso de las personas beneficiarias del sistema de atención a la dependencia.

- finalmente, la consideración de un servicio determinado como derecho social subjetivo, de responsabilidad pública, implica una exigencia adicional en lo que se refiere a la calidad del servicio y a sus formas de provisión. Desde ese punto de vista, la ruptura que el concepto de derecho subjetivo tiene en relación al modelo graciable o discrecional pre-existente implica también la necesidad de una mayor garantía en cuanto a la adecuación del servicio a las necesidades de la persona y a los objetivos de la intervención⁷.

2.4.

INDIVIDUALIZACIÓN, AUTONOMÍA Y CONTROL

2.4.1.

LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Como sostiene Aguirre (2013) “soplan vientos de cambio en la intervención social. Una nueva revolución parece asomar en el horizonte: la revolución de la centralidad de la persona, de la confianza en que la persona acompañada va a poder recuperar su autonomía, su capacidad de asumir el timón de su propia vida”. Efectivamente, como se ha señalado anteriormente, además de la condicionalidad y la preeminencia dada a la inserción laboral, una característica básica del paradigma de la activación se refiere a la individualización de las intervenciones –a través de técnicas de gestión de casos que tienen en el trabajo social de caso un claro antecedente– y a su contractualización, mediante convenios, acuerdos personales y otras fórmulas similares. El énfasis que el paradigma de la activación pone en la individualización coincide con una tendencia mucho más amplia, en el conjunto de los servicios sociales, hacia la personalización de los procesos de intervención social.

De acuerdo al Social Care Institute for Excellence (SCIE), la individualización o personalización implica reconocer a las personas como individuos con fortalezas, capacidades y preferencias, y poner éstas en el centro de los cuidados y servicios que reciben (lo que se relaciona directamente con la perspectiva de derechos a la que se ha hecho antes referencia). El tradicional enfoque orientado a los servicios ha hecho que, a menudo, las personas no reciban el tipo de apoyo que precisan o prefieren: los enfoques personalizados se basan en la idea de que son las propias personas las que pueden identificar sus propias necesidades y tomar decisiones acerca de los apoyos que quieren recibir; para ello, es necesario que estas personas obtengan la información y el asesoramiento que necesitan para poder realizar decisiones informadas. Se trata, en definitiva, de poner a las personas en el centro de los sistemas, procesos, equipos y servicios (Carr, 2008).

Las justificaciones de este énfasis en la individualización de las intervenciones son variadas: por una parte, se asume que un enfoque individualizado es la única forma de dar respuesta a las necesidades, deseos y expectativas particulares de cada usuario, y de adaptar los servicios y prestaciones que se le ofertan a su situación, huyendo de esquemas generalistas en los que las posibilidades del dispositivo –social, sanitario o educativo– se antepone a las necesidades de la persona usuaria. Se asume igualmente que este tipo de enfoques resulta más eficiente, que favorece una mayor motivación por parte de las personas atendidas y, sobre todo, que permite un trabajo de acompañamiento social imprescindible para dar respuesta adecuada a las situaciones de exclusión social o laboral.

7 Así, de acuerdo a Verdugo et al. (2013), aceptar la calidad como principio rector de los servicios sociales, y como un derecho de las personas usuarias implica el establecimiento de un vínculo entre la calidad del servicio y la calidad de vida de las personas usuarias, entendiendo ésta como un referente para la evaluación de los servicios sociales, para su planificación, ordenación, organización y prestación.

El cambio hacia una mayor individualización viene también motivado por una demanda creciente de autodeterminación y control de la atención recibida por parte de las personas usuarias de los servicios sociales, insatisfechas a menudo con el carácter excesivamente rígido, incluso paternalista, de los modelos convencionales de intervención social. En respuesta a esa insatisfacción, y de acuerdo también con planteamientos innovadores de intervención defendidos por algunos teóricos y promovidos por nuevas visiones y prácticas profesionales, se han ido adoptando medidas tendentes a reforzar –en particular a través de la gestión de caso– un mejor ajuste de la atención a las particularidades de cada situación y un mayor protagonismo de la persona usuaria en la definición de sus necesidades y preferencias y en el diseño de los apoyos más ajustados a las mismas. Se ha ido implantando así la idea de empoderamiento de la persona usuaria, como manifestación de la voluntad de reequilibrar un modelo que, en su afán de protección, actuaba con fuertes rasgos paternalistas, determinantes de que tanto la construcción del sistema como la del modelo de atención estuvieran dominados por el imperativo público y por el criterio profesional, sin que la persona usuaria tuviera realmente voz en los procesos de intervención. Esta nueva visión suponía un cambio radical con respecto a la tradición anterior.

En cierto modo, puede decirse que las demandas y deseos manifestados por las personas usuarias de contar con servicios menos estandarizados, más ajustados a las necesidades individuales, y más variados, que les permitan elegir las opciones más adecuadas y participar activamente en el diseño de su paquete de apoyos está en sintonía con las necesidades constatadas desde la propia administración en términos de ampliación y diversificación de la red y en términos de eficiencia y agilidad en la organización y el funcionamiento del sistema. Así es cómo los valores de personalización de la atención, de empoderamiento, de autodeterminación y de derecho de elección se han ido integrando en el discurso público de los diferentes modelos de servicios sociales y cómo se ha ido imponiendo, en todos ellos, la necesidad de ajustar mejor la oferta de servicios y el modelo de atención a las necesidades individuales y, en lo posible, a las preferencias de la persona usuaria. Se pasa así del paradigma de la atención ofrecida en función de la red de servicios, al paradigma de la atención ofrecida en función de las necesidades individuales (SIIS, 2010).

En el ámbito de las rentas mínimas de inserción, por ejemplo, esta tendencia a la individualización y a la contractualización de las intervenciones se traduce básicamente en la elaboración de planes individuales de acción (el convenio de inserción en Euskadi, el Jobseeker Agreement en el Reino Unido, el Contrat d'Insertion en Francia, el Proyecto de Integración Social en el marco de la RISGA en Galicia...), que adquieren la categoría de cuasi-contratos y representan el establecimiento de un acuerdo –al menos simbólico– entre la Administración, representada por el trabajador a cargo del caso, y la persona atendida. En ese marco, se presupone la existencia de un trabajo de acompañamiento o gestión de casos desde las administraciones responsables de la provisión de las prestaciones, en el marco de un itinerario pactado hacia la inclusión.

2.4.2.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA, MODELO DE VIDA INDEPENDIENTE Y ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUALIZADO

Dada la estrecha relación que existe entre la perspectiva de los derechos a la que antes se ha hecho referencia, la calidad de la atención y su individualización –y al margen de las críticas a los riesgos que, en el marco del paradigma de la activación, puede tener una concepción excesivamente individualizada de los procesos de exclusión e inclusión social⁸– no es de extrañar que la indi-

8 El concepto de individualización, o la tendencia a la contractualización, no están exento de riesgos y por tanto de críticas. “El paradigma de la activación –explica Serrano (2009)– se caracteriza por dirigir su centro de atención e intervención al cambio de las conductas, de las motivaciones y de los comportamientos individuales, más que a asentar las condiciones políticas

vidualización de la atención constituya hoy un elemento central en el ámbito de la intervención social. En ese sentido, cabe recordar que se han desarrollado en el ámbito de la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad modelos de individualización que tienen como denominador común la búsqueda de dos objetivos estrechamente relacionados:

- por una parte, una mayor individualización e integralidad de la atención, desde los modelos que se basan en la calidad de vida y los apoyos personalizados, en la línea por ejemplo de los modelos de ‘atención centrada en la persona’, y
- por otra, la búsqueda de un mayor empoderamiento de las personas usuarias de servicios sociales, una mayor capacidad de elección, el reconocimiento de su derecho a la autodeterminación y, en suma, al control de sus propias vidas. El movimiento de ‘vida independiente’, especialmente en el ámbito de la discapacidad, es un buen exponente de esta filosofía.

a) La atención centrada en la persona

Si bien no está estrictamente referido a las personas mayores, el modelo de atención centrada en la persona se ha desarrollado preferentemente en nuestro entorno en el ámbito de la atención gerontológica. Este modelo constituye sin duda una forma de individualización y adaptación a las necesidades y expectativas de las personas usuarias de los servicios sociales, cuya incorporación al ámbito de los servicios para la inclusión puede resultar de interés.

Para Martínez (2011), “la principal característica que define a los modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención individualizada, el sujeto tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales”.

Los modelos de atención centrada en la persona, añade esta autora, “aportan una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos, aunque éstos también busquen la atención individualizada. Van más allá de la atención habitual, aportando una mirada que profundiza en la idea de lo individual ligada necesariamente a la autonomía personal ya la gestión de la vida cotidiana, donde tiene una

adecuadas para una justa redistribución de la riqueza (...). Desocializa las causas de la pobreza y transforma el marco analítico de reflexión acerca de ésta, pasando de un análisis político de la cuestión a otro más individual o moral (el deber civil de todo sujeto de hacerse cargo de sí mismo)”. Es cierto que esta individualización implica un nuevo énfasis en las responsabilidades y los comportamientos individuales, desconsiderando los factores contextuales y, en definitiva, cargando sobre las víctimas de situaciones estructurales de desigualdad y exclusión el peso de su situación: la tendencia a la individualización, señalan van Berkel y Valkenburg, (2007), implica a menudo que se atribuye a la persona desempleada la responsabilidad de su situación, y que los problemas del mercado de trabajo se lean exclusivamente en clave de carencias de los individuos, a partir además de una tendencia a la psicologización de los problemas sociales. La individualización de las intervenciones puede por tanto, a juicio de estos autores, interpretarse de dos formas, a tenor de sus resultados: desde una perspectiva orientada al control y al establecimiento de obligaciones, o desde otra orientada a la emancipación y la capacitación. Además de sus implicaciones en términos de responsabilización individual, el concepto de contractualización se ha criticado también –desde una perspectiva algo más concreta– por lo que supone de establecimiento de una relación desigual entre la persona usuaria y la Administración, representada en este caso por el profesional de los Servicios Sociales o los Servicios de Empleo. Así, autores como Handler (2003) hablan de un retroceso en la calidad de las políticas sociales en la medida en que se ha pasado de reconocer unos derechos basados en la pertenencia a un cuerpo social determinado, a condicionarlos al cumplimiento de un contrato desequilibrado y mitificado. Para Handler, en efecto, el derecho a unas prestaciones económicas mínimas ha dejado ya en Europa de estar ligado a un estatus o categoría –la de la ciudadanía– para convertirse en un derecho condicionado, al que sólo se accede si se cumplen determinadas obligaciones y contraprestaciones previamente acordadas.

influencia determinante el plan de atención que se diseña, y cómo éste se construye desde un determinado servicio”. A juicio de esta autora, la atención centrada en la persona, como enfoque, comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención. A modo de catálogo se proponen diez asunciones que caracterizan este enfoque aplicado a la atención gerontológica (Martínez, 2013):

- Todas las personas tienen dignidad.
- Cada persona es única.
- La biografía es la razón esencial de la singularidad.
- Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
- Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
- Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
- El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
- La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
- Las personas son interdependientes.
- Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

Así pues, la ACP aporta una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos que también buscan la atención individualizada. De acuerdo a esta autora, “la principal diferencia estriba en el rol activo que la ACP otorga a las personas usuarias y las consecuencias que ello genera en la relación asistencial y en el modo de intervenir. La atención individual puede dirigirse a cubrir las necesidades de la persona sin tener en cuenta su participación en el proceso. Sucede en las prácticas de corte paternalista donde los profesionales son quienes deciden todas las cuestiones de la vida cotidiana de las personas, desde la creencia que al tener la condición de expertos son quienes mejor pueden discernir sobre lo beneficioso para éstas. La ACP busca la personalización de la atención entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de apertura y comunicación con los demás. Pretende que cada persona (incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y, en la medida de lo posible, activo. El objetivo no es solo individualizar la atención sino empoderar a la persona desde la relación social para que ella misma pueda seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionando su vida y tomando sus decisiones” (Martínez, T, 2013).

b) El modelo de vida independiente

Otra de las referencias esenciales a la hora de plantear un modelo de atención individualizado para la inclusión es el movimiento de vida independiente desarrollado en el ámbito de la discapacidad y que se materializa –si bien no exclusivamente– en la promoción de la figura del asistente personal.

Este movimiento, muy anclado en la defensa de un modelo social de discapacidad⁹ (por contraposición al hasta entonces imperante modelo médico), com-

9 Como se ha explicado previamente, este modelo nace de la crítica de los modelos basados únicamente en el individuo, y de presentar la diversidad funcional como una desgracia personal, sin tener en cuenta el entorno social. Este modelo se basa en el reconocimiento de dos hechos con importantes consecuencias para las personas con diversidad funcional: la discriminación socioeconómica y la medicalización de la diversidad funcional. Considera el fenómeno fundamentalmente como problema de origen social y como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La diversidad funcional no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Desde este modelo, ya no se concibe a las personas con diversidad funcional como problemas, sino lo que existe son prácticas discapacitantes. En otras palabras, la concepción de la diversidad funcional es ante todo un constructo social, ya que el entorno social juega un papel crucial en los procesos discriminatorios hacia

bativamente promovido por las organizaciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad –especialmente por adultos jóvenes con discapacidad física–, ejerció fuertes presiones y lideró una reivindicación básica para ese colectivo: el derecho a vivir de forma independiente, fuera del marco institucional, adoptando sus propias decisiones en relación con su forma de vida, y también en relación con las alternativas de atención y apoyo que pudieran necesitar para llevar una vida autónoma. Progresivamente, se unieron a esta corriente las voces de otros colectivos como manifestación generalizada de un cierto descontento con el funcionamiento de un sistema que estimaban excesivamente rígido (SIIS, 2011).

El movimiento de vida independiente supone un avance en la forma de entender la diversidad funcional y cuestiona por tanto el concepto de integración asimilable a normalización (Iañez, 2010). Para este autor, “esta filosofía parte de la idea de que todas las personas tienen el derecho a la independencia a través del máximo control sobre sus vidas, basado en la capacidad y la oportunidad para tomar decisiones y de llevar a cabo las actividades de cada día”. En el mismo sentido, para Fernández Cordero (2013), “desde esta filosofía se reclama el derecho de todas las personas con diversidad funcional a decidir sobre su propia existencia y participar activamente en la vida de su comunidad con los apoyos humanos necesarios. La herramienta fundamental para poder ejercitar estos derechos es la Asistencia Personal. Desde este movimiento se considera que sólo de esta manera las personas con Diversidad Funcional pueden tener el control de su propia vida. Se rechaza la institucionalización como forma de vida, y el acceso a una vida autónoma e independiente se apunta como una cuestión de Derechos Humanos”.

La filosofía de Vida Independiente se sustenta en siete principios básicos:

- Derechos Humanos y civiles;
- Autodeterminación;
- Desinstitucionalización;
- Desvinculación del modelo médico;
- Empoderamiento;
- Apoyo entre iguales;
- Responsabilidad sobre la propia vida.

c) Herramientas para la autonomía: asistencia personal, acompañamiento individualizado y prestaciones económicas

¿Cómo se materializan en el marco de las políticas públicas estos enfoques de individualización, autonomía y control? Antes ya se ha señalado que, en el ámbito de las rentas mínimas de inserción, el contrato de inserción y la gestión de casos se configuran como la palanca básica de esa individualización, en el marco de proyectos consensuados de inclusión. En el marco de la atención centrada en la persona, se ha apostado por el desarrollo de modelos basados en la trayectoria vital de las personas (intereses, experiencias, historias de vida...) y en la adecuación del entorno físico de los recursos residenciales. Hay otras tres herramientas o líneas de acción que cabe destacar a la hora de entender cómo se ha materializado, básicamente en el ámbito de la discapacidad, esta opción por la individualización de las intervenciones y el empoderamiento de las personas usuarias:

- La figura del asistente personal. Una de las reivindicaciones fundamentales del movimiento de vida independiente ha sido el de la extensión, como derecho, de la figura del asistente personal, concebido como un

estas personas. Por consiguiente, se centra el problema en una cuestión ideológica o de actitud más que en la deficiencia en sí, lo que precisa de cambios sociales para posibilitar la participación de las personas con diversidad funcional en todas las áreas de la vida social. Así pues, la eliminación de todo tipo de barreras (arquitectónicas, urbanísticas, de transporte, sociales y actitudinales) es tan importante como los avances médicos para el tratamiento de las diversidades funcionales (Iañez, 2010).

apoyo para la inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Según Romañach y Picavea (2007), “un asistente personal es una persona que ayuda a otra a desarrollar su vida. El asistente personal es por tanto aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que por su situación, bien sea por una diversidad funcional o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma. Esta ayuda está regulada por un contrato profesional en el que el usuario o usuaria, habitualmente la persona con diversidad funcional o el representante legal de una persona con diversidad funcional, es la parte contratante. La existencia del asistente personal se basa en el deseo y el derecho de las personas con diversidad funcional a controlar su propia vida y a vivirla con la dignidad que conlleva estar en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía (Romañach y Picavea, 2007).

La figura del asistente personal está contemplada en el ámbito de la atención a la dependencia, mediante la Prestación de Asistencia Personal prevista en la LAPAD. Pese a su escaso desarrollo fuera de Gipuzkoa¹⁰ el potencial de esta figura es sin duda importante. De acuerdo a Romañach (2011), “en primer lugar, en lo que respecta a los derechos, la prestación económica de asistencia personal sirve para garantizar la igualdad de oportunidades viviendo en comunidad, garantía establecida en la LION-DAU y en la Convención de la ONU. En segundo lugar, desde un enfoque social, la PEAP libera a las mujeres de una subordinación histórica, proporciona libertad social y emancipación a las personas discriminadas por su diversidad funcional, y ofrece a la persona particular el apoyo que necesita adaptándose a su realidad. En tercer lugar, desde la perspectiva del empleo, la PEAP sirve para invertir en ocupación directa con ínfimos gastos de gestión empleo social, flexible, no deslocalizable, profesional, humanamente atractivo y enriquecedor, adaptable al territorio y a las necesidades específicas de la sociedad y la persona. Sirve asimismo para que las personas discriminadas por su diversidad funcional puedan acceder al empleo en igualdad de oportunidades, posibilitando así la incorporación de colectivos con dificultades de acceso al mundo laboral. Y también puede sacar de la precariedad a muchas personas que ya realizan esa labor. Finalmente, en cuarto lugar, desde la perspectiva económica es más rentable y eficiente que otros servicios como las residencias. Téngase además en cuenta que la prestación económica de cuidado familiar –la que prevalece en el sistema español de atención a la dependencia– no está resolviendo el problema de la autonomía de la persona (sino, más bien, el de liquidez en su familia), ni está generando empleo”.

- Los presupuestos individuales. Otro de los elementos que se derivan de esta apuesta por la autodeterminación y la autonomía de las personas usuarias de servicios sociales es el desarrollo de modelos de prestaciones económicas para la adquisición de servicios de atención y cuidado, directamente por parte de la persona afectada, en el mercado ordinario, mediante el recurso a cheques servicio, presupuestos individuales y otras figuras similares. Si bien es cierto que en algunos casos el desarrollo de estas forma de provisión –que, en el ámbito de la dependencia en España podría equipararse a la Prestación Económica Vinculada al Servicio– se justifica por la necesidad de reducir el coste que supone la prestación directa o concertada de servicios personales, no se puede negar que responde también a la demanda de determinados colectivos de personas usuarias, que consideran su derecho poder elegir, organizar, contratar y supervisar directamente los servicios que precisan.

¹⁰ Lo cierto es que, pese a su inclusión en el marco de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, el desarrollo de la figura del asistente personal no ha pasado de lo residual en el conjunto del Estado español. En la actualidad, de acuerdo a los datos del IMSERSO a fecha agosto de 2014, apenas un 0,21% de todas las prestaciones concedidas en el marco de esa Ley –algo menos de 2.000– se destinan a la financiación de esta prestación. De ellas, la práctica totalidad corresponden además al País Vasco y, en concreto, al Territorio Histórico de Gipuzkoa, donde la conjunción de la voluntad técnica y política ha dado pie al desarrollo de un sistema que, además de generar empleo de una cierta calidad, ofrece una atención individual y personalizada, especialmente a personas mayores de 80 años.

Especialmente desarrollados en países como Reino Unido u Holanda, las evaluaciones realizadas en relación a este tipo de modelos no ofrecen resultados concluyentes, en la medida en que se dirigen a colectivos de personas usuarias muy diversos, y se articulan también de forma muy diferente. Para Netten et al. (2011), las evaluaciones realizadas ponen de manifiesto que los sistemas de este tipo –sus datos hacen referencia al sistema inglés de presupuestos individuales– pueden mejorar los resultados de la atención prestada a las personas mayores, en la medida en que favorecen un sentimiento de mayor control, si bien este efecto positivo depende mucho del tipo de persona usuaria y de su capacidad para articular un paquete de cuidados de forma autónoma. De acuerdo a estas evaluaciones, los resultados parecen ser positivos para las personas con enfermedad mental y para las personas adultas con discapacidad física o sensorial. Para las personas mayores, por el contrario, los resultados son en general menos positivos.

- El acompañamiento social personalizado. Más directamente relacionado con el ámbito de la intervención en situaciones de exclusión, el acompañamiento social personalizado es otra fórmula para la aplicación de la idea de la individualización. Sartu (2013) define el acompañamiento como forma de trabajar en la que la persona vulnerable o en exclusión (persona acompañada) recorre su propio camino de incorporación social en compañía de una persona acompañante (educadora social) experta que le aconseja y le orienta. Durante este proceso, el poder de decisión recae en la persona acompañada y no en la persona acompañante, esto es, el sujeto activo de decisión y cambio es la persona vulnerable o en riesgo de exclusión. De acuerdo a esta entidad, el acompañamiento se caracteriza por: a) empoderar a la persona vulnerable o en exclusión social; b) tratar de forma personalizada al acompañado/a; c) la relación de cercanía y confianza que se establece entre la persona acompañada y acompañante; y d) la alta implicación de la persona educadora. En este sentido, el acompañamiento exige compromiso, responsabilidad, disponibilidad y tiempo de dedicación, elementos sin los cuales no es posible crear la confianza suficiente para que el proceso de incorporación pueda avanzar.

Según Ramírez de Arellano (2012), “el acompañamiento es una forma de entender la relación social y educativa entre el profesional y la persona atendida. La protagonista es la persona, pero el profesional está a su lado para apoyarla. Tiene un enfoque transversal ya que afecta a diversos tipos de dificultades y de recursos. Comienza a partir de la construcción de la relación a través de una adecuada forma de acogida y de un diagnóstico compartido. Continúa con la elaboración de un itinerario personal, su revisión y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Un itinerario que va a implicar un proceso de cambio, por lo que hay que suministrar recursos y apoyo; a veces instrumentales y a veces cognitivos y emocionales. El profesional pasa a convertirse en el referente para esa persona y en el nudo de comunicaciones con otros recursos. Se trabaja con la persona pero también con su entorno personal e institucional”.

La base del acompañamiento radica en cualquier caso en la reciprocidad, lo que vincula esta herramienta con los fundamentos de la individualización: la persona acompañada no juega un papel pasivo, sino que se le presupone una cierta capacidad de decidir su propio camino. Se trata de un concepto cada vez más apreciado en las entidades sociales que buscan innovar en sus estilos de intervención y responde a la necesidad de que la persona atendida cobre un mayor protagonismo y se convierta en el centro de la acción social; a que los recursos se adapten a ella, en lugar de a la inversa (Aguirre, 2013). Así pues, el acompañamiento social descansa sobre un principio activo, sobre el reconocimiento de las capacidades potenciales de las personas acompañadas y sobre la movilización de su capacidad de actuar. Según el Consejo Superior de Trabajo Social francés, “el acompañamiento social busca ayudar a las personas en situación de dificultad a resolver los problemas generados por situaciones de exclusión y a establecer con ellas una relación de escucha, de apoyo, de consejo y de ayuda, en un contexto de solidaridad,

reciprocidad y compromiso de ambas partes. El acompañamiento sólo puede basarse por tanto en una demanda voluntaria y reposa sobre la libertad individual y sobre la capacidad de compromiso recíproco¹¹.

Es importante destacar que, en algunos países –más allá de los desarrollos producidos en el ámbito de la garantía de ingresos– el derecho al acompañamiento emerge como un derecho jurídico¹². Así, para Petit (2012), la idea de contractualización que se establece en el ámbito de la inclusión implica, al mismo tiempo, el derecho de las personas en situación de exclusión a recibir un acompañamiento individualizado y la obligación de la administración de prestarlo.

2.5.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN, ATENCIÓN A DOMICILIO Y MODELOS DE VIVIENDA ASISTIDA, TUTELADA O CON APOYOS

A partir de modelos como la Rehabilitación Basada en la Comunidad¹³ o la reforma psiquiátrica, en determinados ámbitos de la acción social –especialmente la discapacidad, pero también la atención a la infancia y a las personas mayores–, se ha aceptado de forma casi unánime el gradual abandono de las grandes instituciones residenciales y su sustitución por servicios de base domiciliaria o por soluciones residenciales dispersas y de pequeño tamaño, a fin de permitir que las personas en situación de vulnerabilidad puedan vivir, con garantías, en la comunidad. En el ámbito de la exclusión social, sin embargo, no se ha asumido por completo el cambio de paradigma que implica la apuesta por servicios de base domiciliaria y, sobre todo, la necesidad de avanzar hacia modelos de vivienda asistida o con apoyo, en la cual o desde la cual se prestan apoyos individualizados a las personas en situación de exclusión social¹⁴.

11 Este énfasis en la reciprocidad que implica el acompañamiento permite vincular este concepto al de activación inclusiva, en la medida en que esta última se basa en el concepto de reciprocidad justa de White (SIIS, 2011).

12 En ese sentido, leyes de servicios sociales como la de la CAPV reconocen el derecho de las personas usuarias a contar con un plan de atención personalizada y a ser acompañados por un profesional de referencia, responsable de la coordinación de ese plan. De acuerdo al artículo 19 de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales, “en la fase inicial del procedimiento, la responsabilidad recaerá en una trabajadora o trabajador social del Servicio Social de Base, que actuará como profesional de referencia, salvo que por la naturaleza de la intervención se estime más adecuado que la función de referencia recaiga en otra figura profesional, contando, en su caso, con la colaboración y participación de otras personas profesionales de los Servicios Sociales Municipales. Para el ejercicio de sus funciones de coordinación podrá requerir, asimismo, la intervención de profesionales de otros servicios sociales de atención primaria y secundaria dependientes de otras administraciones públicas vascas, teniendo las decisiones de estas últimas, emitidas a través de los órganos correspondientes, carácter vinculante para el profesional o la profesional referente cuando las mismas determinen la concesión o a la denegación del acceso a una prestación o servicio que de ellos dependa. En aquellos casos en que el grado de intensidad del apoyo requerido así lo aconsejara, la responsabilidad de un caso podrá ser transferida por la persona profesional referente a una persona profesional de los servicios sociales de atención secundaria, quien asumirá, a partir de ese momento, la función de coordinación de dicho caso, así como el compromiso de informar sobre su evolución a la persona profesional que actuó como referente en el servicio social de base de origen, en particular cuando éste siga en contacto con la persona usuaria o la familia en otros ámbitos de la atención”.

13 La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) fue iniciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguiendo la declaración de Alma-Ata de 1978. Fue promovida como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales. Durante los últimos 30 años, la RBC ha evolucionado a una estrategia multisectorial para atender las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e inclusión en la sociedad y mejorando su calidad de vida.

14 De acuerdo a la encuesta sobre personas sin hogar del INE, con datos relativos a 2012, el 33% de los centros de alojamiento colectivo destinados a personas sin hogar en España tienen menos de diez plazas.

De acuerdo a la European Social Network, la desinstitucionalización o transición hacia la atención basada en la comunidad implica un cambio en el tipo de atención que se presta a las personas vulnerables. Las personas usuarias deben ser valoradas y consultadas, y deben ser atendidas en un espacio alternativo a los grandes equipamientos de tipo institucional, que se adapte a sus necesidades y preferencias, y en el que puedan recibir los apoyos necesarios. No se trata de una serie de cambios puntuales, sino de un proceso que no concluye nunca: no se trata de sacar a la gente de unos edificios llamados instituciones, sino de ayudar a las personas a tener, o a recuperar, el control sobre sus vidas y a integrarse en la sociedad (European Social Network, 2011).

Es probablemente en el ámbito de la discapacidad donde este enfoque está más extendido y aceptado, hasta el punto recogerse en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscrita por el Estado español. En su artículo 18, la Convención establece el derecho de las personas con discapacidad a recibir “una gama de servicios de apoyo en los hogares, en residencias y a través de otros servicios comunitarios, incluyendo la asistencia personal necesaria para apoyar la vida y la inclusión en el seno de la comunidad, y para evitar el aislamiento y la segregación”. La convención obliga a los Estados a desarrollar servicios comunitarios que sustituyan a la asistencia institucional mediante un proceso de realización progresiva. Esto requiere que los Estados tomen medidas utilizando al máximo sus recursos, con vistas a alcanzar progresivamente la plena realización de los derechos en cuestión (Mansell, 2011).

Frente a ese modelo institucional, añade Mansell, el objetivo de la atención comunitaria es permitir a las personas con discapacidades intelectuales utilizar la misma gama de alojamientos, medidas de convivencia y formas de vida que el resto de la población, y que tengan una buena calidad de vida, participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida y en las formas que elija cada persona. La atención comunitaria significa:

- Usar un alojamiento situado entre los del resto de la población, que sea adecuado, apropiado y accesible para la persona.
- Usar la gama de opciones de alojamiento normalmente disponible para la población en general.
- Permitir que las personas, en la mayor medida de lo posible, elijan dónde, con quién y cómo van a vivir.
- Prestar toda la ayuda requerida para que las personas participen con éxito en la comunidad.

La materialización más clara de este enfoque es el desarrollo de unidades de convivencia, viviendas asistidas o tuteladas y otros tipos de soluciones residenciales que se caracterizan por su pequeño tamaño, su carácter disperso y por la prestación de servicios individualizados de apoyo de intensidad variable. En el ámbito de la discapacidad y de la enfermedad mental se ha producido en los últimos años un notable desarrollo de este tipo de soluciones residenciales, diferenciándose a menudo la provisión de los servicios de apoyo social de la provisión de los servicios de alojamiento (la responsabilidad respecto a los primeros correspondería a los servicios sociales y la segunda a los servicios con competencias en materia de vivienda). En tales casos, la clave del éxito radica en la elaboración de planes individualizados de apoyo, que permiten a las personas atendidas vivir de forma independiente disponiendo, al mismo tiempo, del apoyo profesional necesario. También resulta esencial el aprovechamiento de los recursos comunitarios informales que el propio entorno ofrece para la participación de las personas atendidas en actividades culturales, formativas, de ocio y de tiempo libre (Duff, C. et al., 2013).

Del mismo modo, en el ámbito de las personas mayores se han desarrollado unidades de convivencia, definidas como espacios “en los que vive un grupo de personas mayores en situación de dependencia, a quienes se proporcionan los apoyos que precisan para el desarrollo de su vida cotidiana. En estas unidades se garantiza la calidad de los cuidados de salud y el control de sus procesos de

enfermedad y/o dependencia, basándose en evidencia científica, pero se da un paso más en la atención de calidad. Se busca la calidad de vida integral de la persona, cuidando aspectos como la preservación de su dignidad y el ejercicio de sus derechos, teniendo en cuenta sus preferencias, sus gustos y sus ritmos en la vida cotidiana” (Díaz Veiga, P, 2011).

Sin duda, el modelo de vivienda con apoyo se relaciona estrechamente con otras orientaciones analizadas en este documento, como la individualización o el modelo de apoyos. También cabe señalar que si bien se trata de un modelo que sólo parcialmente se ha desarrollado en el ámbito de la exclusión, se ha incorporado como derecho subjetivo en la normativa que regula los servicios sociales de algunas comunidades autónomas, como la CAPV.

En ese sentido, el borrador del Decreto de Cartera de Servicios Sociales de esta comunidad contempla la existencia de un servicio de vivienda tutelada para personas en situación de exclusión, enmarcado en el ámbito de la atención primaria y por tanto de competencia municipal. De acuerdo al borrador del Decreto, “la vivienda tutelada ofrece alojamiento, de carácter colectivo, de corta o media estancia a personas en riesgo de exclusión. Es un servicio con baja intensidad de apoyo que, sin contar con personal presente de forma permanente, cuenta con el apoyo de personal técnico de referencia en el Servicio Social Municipal para realizar funciones de: a) supervisión, de carácter presencial en la vivienda, b) mediación-intermediación, tutelaje y acompañamiento que podrán prestarse en la vivienda o en los servicios sociales municipales. Se ubica preferentemente en un edificio ordinario de viviendas. Y sus principales objetivos son que las personas usuarias realicen procesos de transición hacia una situación normalizada y que mantengan, recuperen y/o desarrollen las competencias personales, la autoestima, la confianza personal y las habilidades para desarrollar una vida autónoma, requiriéndose a las personas usuarias el compromiso de realizar las acciones que se definan en su PAP y, en su caso, en su programación individual”.

La población destinataria de este recurso será, una vez entre en vigor el Decreto, las “personas en situación de alto riesgo de exclusión que, según la valoración de la o del profesional de referencia, requieren una alternativa de alojamiento, de corta o media estancia, con supervisión en la vivienda, por carecer de una alternativa de alojamiento adecuada para poder realizar su proceso de inserción y en condiciones de habitabilidad, sin recursos personales y sin apoyo socio-familiar”.

2.6.

EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA INCLUSIÓN SOCIAL

2.6.1.

LA EXISTENCIA DE ITINERARIOS DE EXCLUSIÓN DIFERENCIADOS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Los denominados “Estudios de Género” no tratan sólo de incluir o describir la situación específica de las mujeres como grupo social, sino que su objetivo es reconceptualizar las categorías de análisis de un fenómeno social. Así, en el caso del Modelo INclúe, el enfoque de género no trata únicamente de desagregar los datos para la inclusión de las mujeres en las investigaciones o informes, sino que supone replantear las concepciones dominantes sobre la exclusión social, la pobreza, el trabajo, el mercado laboral o la comprensión de cómo funcionan los Estados de Bienestar, teniendo en cuenta cómo afecta el factor género a todos ellos.

Es por ello conveniente recoger las críticas fundamentales con respecto al androcentrismo que presentan tanto algunos indicadores de exclusión social, como ciertos elementos relacionados con la intervención social en este ámbito. Se pueden sintetizar dichas críticas en tres especialmente relevantes:

- En primer lugar hay que señalar que los indicadores de exclusión social han estado demasiado centrados en el trabajo formal y en la renta monetaria de las personas, lo que excluye a muchas mujeres que no son consideradas como población activa. Por ello, los indicadores de exclusión e inclusión social deben incluir siempre el trabajo doméstico y de cuidados realizado en el hogar. Además, muchos datos calculan las rentas individuales a partir de los hogares. En este caso, las desigualdades de género resultan parcialmente invisibilizadas e infra-representadas, ya que los datos de carácter individual esgrimidos se han obtenido en realidad a partir de una información agregada relativa al hogar, considerando que todos sus miembros comparten el mismo nivel de pobreza y de exclusión social (ver Damonti, 2014). Tal y como se puede consultar en el último informe FOESSA (2014) es necesario prestar una especial atención a los hogares en los que la sustentadora principal es una mujer, ya que muestran mayores niveles de exclusión y vulnerabilidad social en las tres dimensiones medidas por dicho informe: el eje económico, el eje político y el eje social-relacional.
- En segundo lugar, se hace necesaria una reconceptualización del concepto de familia en los procesos de inclusión social. Si bien la familia puede ser un “colchón” para determinados miembros de la familia, para las mujeres puede ser, en cambio, una fuente de empobrecimiento. Hay que tener en cuenta que el reciente estrechamiento del Estado de Bienestar ha provocado una disminución de los servicios públicos de protección y cuidado a personas dependientes y han dificultado (aún más) el fomento de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres. Como consecuencia de ello, el trabajo doméstico y de cuidados se incrementa en las familias, responsabilizando de ello de nuevo y casi en absoluto a las mujeres (Laparra et al., 2012).
- En tercer lugar, otro de los aspectos cruciales que debemos tener en cuenta en la aplicación del enfoque de género es la denuncia de la doble victimización de la que son protagonistas muchas mujeres en situaciones de exclusión social en relación a los dispositivos - públicos o privados- por los cuales son atendidas. Se hace necesario, por tanto, respetar las decisiones y la autonomía de las mujeres, prestando una especial atención a la relación de poder entre las personas técnicas y las usuarias.

Además de estas críticas fundamentales al androcentrismo, el enfoque de género, para una mejor comprensión del proceso de exclusión social pone el acento en la existencia de itinerarios de exclusión diferenciados en función del género; es decir, las mujeres llegan a la exclusión por razones y procesos específicos y condicionados por el género. Hay que tener en cuenta, por ejemplo, que la violencia de género y la estigmatización social son unas variables transversales en muchos de los colectivos de mujeres en procesos de exclusión social. Si bien en algunos colectivos en procesos de exclusión las mujeres son minoría con respecto a los varones (por ejemplo, las mujeres en situación de calle), se ha constatado que estas mujeres están expuestas a una violencia específica, como los abusos sexuales y la violencia de género en general. Como sucede en el ámbito de las prisiones, otro ámbito masculinizado, los recursos están pensados para satisfacer solamente las necesidades de los usuarios varones.

Por todos estos motivos, la intervención social desde un enfoque de género debe prestar atención a los aspectos emocionales. Realizar un énfasis importante en la autoestima de las mujeres y en desmontar la auto-atribución de fracaso y culpa por la situación de exclusión social, respetando a su vez la intimidad emocional de las usuarias y sus tomas de decisión.

2.6.2.

LA INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La “ceguera” de género en la exclusión social fue cuestionada por primera vez por las investigadoras que formularon el concepto de “feminización de la pobreza”, un concepto que alcanzó visibilidad con la publicación en 1984 del trabajo de Scott *Working your way to the bottom. The feminization of poverty*. La feminización de la pobreza hace referencia, en general, tanto al aumento de la presencia de mujeres entre las personas pobres, como al aumento de la presencia de hogares encabezados por mujeres entre la totalidad de hogares pobres. En ambos casos, se trata de una noción claramente dinámica. Sin embargo, las críticas surgidas por un uso polisémico y poco claro de este concepto, han llevado a muchas investigaciones a sustituir dicha noción por la del “análisis de género de la pobreza y la exclusión” (Damonti, 2014).

Así, una revisión de la literatura específica sobre exclusión social desde dicha perspectiva de género nos deja dos constataciones importantes:

Por una parte, muchos de los análisis de género de la exclusión denuncian el androcentrismo imperante en la conceptualización misma de la exclusión social y en las herramientas que se utilizan para medirla y también para atajarla. Se han rescatado tres críticas principales en este sentido, referidas en el punto anterior.

En segundo lugar, los estudios de género de la exclusión social intentan abarcar este proceso visibilizando el género como una categoría central para entender el proceso de exclusión social y el sexo como una de las variables de riesgo más importantes en dicho proceso. Estos estudios coinciden en el hecho de que la exclusión social afecta de manera diferente a hombres y a mujeres. Así, distintas investigaciones han acreditado que características como la edad, la pertenencia a una etnia o el sexo, intensifican los riesgos de exclusión social y convierten a los miembros de estos colectivos en personas más vulnerables ante ella (Subirats, 2004). En este sentido, el enfoque de género en la exclusión social hace alusión a dos fenómenos importantes:

- Sobrerrepresentación de las mujeres en determinados espacios de exclusión social y el aumento progresivo de la presencia de mujeres, entre las personas pobres.
- La existencia de itinerarios de exclusión diferenciados en función del género: es decir, las mujeres llegan a la exclusión por razones y procesos específicos y condicionados por el género.

2.6.3.

DESARROLLO DE LAS CRÍTICAS AL ANDROCENTRISMO EN EL ANÁLISIS DE LA INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL

En el apartado 2.6.1. se recogen las principales críticas con respecto al androcentrismo. El peso significativo que tienen en el análisis diferenciado de la situación de exclusión de hombres y mujeres, hace conveniente analizar en más detalle cómo se desarrollan.

1. Excesiva focalización en el trabajo formal y en la renta monetaria. Esta es una de las críticas más importantes vertidas sobre el concepto de exclusión social (Calvo, 2006). Del mismo modo, la crítica también se extiende al hecho del excesivo énfasis que se ha dado precisamente a la renta monetaria en la consecución de procesos de inclusión social.

Como recoge Cobo (2006:29) “la columna vertebral del patriarcado es la división entre una esfera doméstica, con rostro femenino, y otra público-política, con rostro masculino. El ámbito doméstico tiene la marca de la invisibilidad y el

público-político el de la visibilidad”. La medición de la exclusión social entendida solo en base a la renta de las personas puede esconder, en este sentido, un sesgo importante. Como recogen Hedman et al. (1996) en su estudio sobre las herramientas necesarias para crear estadísticas que incorporen la perspectiva de género, “la mayoría de los problemas y vacíos de datos en las estadísticas de género provienen de conceptos y definiciones inadecuados utilizados en las encuestas y censos. Las mujeres se encuentran más a menudo que los hombres en situaciones difíciles de medir. A menudo llevan a cabo trabajo remunerado y no remunerado o trabajo en el sector informal”. Se pondrán varios ejemplos en los que se puede comprobar cómo determinados indicadores que miden la exclusión social inciden en el sesgo de género.

El primero de los ejemplos tiene que ver con el hecho de medir la pobreza extrema en base a los ingresos familiares en el hogar (ver indicador de exclusión social en el eje económico, Informe FOESSA, 2014:159). Existen al menos dos dificultades importantes en este sentido:

- a. La propia conceptualización de “hogares” no distingue las diferenciadas tipologías familiares que existen en España (monoparentalidad vs monomarentalidad, familias reconstituidas, hogares compartidos por personas sin relación de parentesco, etc.) que afectan especialmente a las mujeres.
- b. La medición de los ingresos por “hogares” divididos entre el número de personas que conviven en él esconde un supuesto reparto equitativo entre todas las personas que conviven en el “hogar”, sin distinguir la asimetría habitual en este reparto entre hombres y mujeres. El propio Informe FOESSA para elaborar determinados datos a nivel individual acude a una información agregada relativa al hogar, atribuyendo a todos sus miembros el mismo nivel de integración, lo cual puede ser una dificultad metodológica importante para analizar el grado de exclusión social de las mujeres y su evolución temporal (ver Damonti, 2014). Dicho Informe (2014:82-83) reconoce que la metodología convencional de medida de la pobreza descansa en la premisa de que los miembros de un mismo hogar forman una unidad homogénea, por lo que todos tendrán el mismo riesgo de pobreza, dependiendo de la renta conjunta del hogar. Sin embargo, y acudiendo a una simulación realizada por Valls y Belzunegui (2014) proponen una simulación en la cual se analiza qué relación con la pobreza tendría cada individuo si fuera analizado exclusivamente con los ingresos que genera por sí mismo y no en función de la renta que obtienen otros miembros del hogar. Este supuesto de autonomía solo modifica ligeramente el riesgo de pobreza en la población masculina respecto a la metodología convencional, pero hace que la pobreza femenina resulte muy superior que la de los varones.

Otro ejemplo que muestra el sesgo androcéntrico en la medición de la exclusión social tiene que ver con la conceptualización de las personas paradas. Así, si consideramos a las personas paradas como un colectivo en riesgo de exclusión social, tenemos que tener en cuenta que es un indicador válido quizás para detectar la exclusión masculina, pero no siempre la femenina. Como se comprobará en el siguiente apartado, para las mujeres tener un empleo no significa tener una estabilidad económica, ya que existe un porcentaje importante de precariedad laboral y empobrecimiento entre mujeres asalariadas; casi el 70% de las personas asalariadas que ganan menos del salario mínimo, son mujeres. Además, muchas realizan trabajo doméstico en su casa y a pesar de que tienen una situación económica muy precaria, no están dadas de alta en las listas de desempleo, por lo que no aparecerán en las estadísticas como “demandantes de empleo”. Ello nos permite asegurar que en las estadísticas nacionales el uso del epígrafe “inactivas” concentra grandes bolsas de paro estricto y paro encubierto (esto es, trabajo doméstico y mujeres acogidas al sistema de pensiones), (Supinos, 2006:100). Por otra parte, y como señala Pérez Orozco (2014:37): “tampoco sabemos bien qué está pasando en el empleo de hogar y en el trabajo sexual, sectores históricamente feminizados (siempre mal captados por los sistemas de medición androcéntricos), cuyo comportamiento se define por pautas propias en parte ajenas al “clima económico” general y que funcionan como nichos laborales de emergencia cuando los socialmente aceptados fallan”.

Sin embargo, como se decía, también ha sido blanco de críticas el énfasis excesivo que se ha dado a las rentas monetarias en las políticas de inclusión social. Así, el conocido como el “paradigma de la activación” queda matizado desde este punto de vista. Recordemos que este paradigma se caracteriza por la idea de que el empleo remunerado constituye la forma privilegiada de acceso a los derechos sociales o de ciudadanía, y que la inserción laboral constituye la herramienta básica para la inclusión social (SIIS, 2011). Si bien los análisis feministas de la exclusión social no niegan la importancia de las rentas económicas en los contextos actuales, sí que recientes estudios (Pérez Orozco, 2014) subrayan la idea de la necesidad de replantear la economía poniendo la “vida” en el centro, lo cual supone repensar la división entre la economía monetarizada y la no monetarizada, rechazar el individualismo económico y cuestionar el nexo entre la capacidad de consumo y la calidad de vida. Desde esta economía feminista se demanda una reconceptualización que va desde una noción del trabajo como sinónimo de empleo, hasta una definición de trabajo (que aún no es asumido de modo generalizado) que incluya las tareas domésticas y de cuidados, tanto si éstas son remuneradas como no remuneradas. Como sabemos, el trabajo doméstico y el trabajo en el mercado laboral informal (los nichos laborales de muchas mujeres excluidas) aún no han obtenido el mismo “estatus” social como el modelo de trabajador “proveedor” o “gana-pan”, el modelo que sigue siendo el eje de nuestro sistema laboral, de seguridad social, etc. Las críticas feministas recuerdan que este modelo “gana-pan” (los derechos en función de la contribución en el mercado laboral) nunca fue un sistema adecuado para identificar la labor de las mujeres; es más, necesita la exclusión de las mujeres para mantenerse (Ruth, 2000).

- 2. Reconceptualización del concepto de familia en los procesos de inclusión social.** Esta es otra de las críticas importantes que se puede plantear en este ámbito. La socialización diferencial de género, los roles familiares y la división sexual del trabajo familiar determinan que las mujeres emplean un tiempo mucho mayor en las tareas de trabajo doméstico y de cuidados dentro de los hogares. A partir de los años 1980, desde la antropología y sobre todo desde una perspectiva de género se comienza a cuestionar la idea de que la familia es una unidad de cooperación armoniosa, para empezar a analizar el hogar y la familia como unas unidades marcadas por las relaciones de poder generacionales, de género y de clase. Como señala Sen (1990) dentro del hogar puede haber relaciones de cooperación, aunque ello no signifique consenso ni relaciones simétricas. De este modo, cuando para los varones la pertenencia a una familia puede ser un colchón en determinadas situaciones de exclusión, esa “solidaridad familiar” se traduce para ellas en sobrecarga y empobrecimiento si tienen que cuidar a alguien dentro de la familia, una tarea asignada habitualmente a las mujeres de la familia. En la familia se produce el “círculo vicioso de la pobreza femenina”, es decir, las mujeres se empobrecen en el seno de las familias, atendiendo y cuidando a otras personas (Calvo, 2006:48). Este proceso ha profundizado sus efectos como consecuencia de los recortes en políticas sociales y han derivado en una mayor carga familiar de las mujeres, ya que, como se señaló más arriba, una de las características propias del estado de bienestar español es su “familismo”. Cada recorte en servicios sociales es transferido a las familias, y dentro de éstas, a las mujeres, tal y como desarrollaremos en el siguiente apartado. Este aspecto nos hace ser muy cautelosas a la hora de evaluar la denominada “solidaridad intra-familiar”, ya que a menudo dicha solidaridad familiar esconde un empobrecimiento femenino importante.
- 3. Doble victimización de la que son protagonistas muchas mujeres en situaciones de exclusión social.** Es necesario que el diseño de los procesos de inclusión mantenga siempre una filosofía de respeto hacia las decisiones de las personas en todo momento, teniendo un especial cuidado en no interferir en las decisiones propias de las mujeres, evitando cualquier signo de paternalismo, especialmente perjudicial para la vida de las mujeres. La antropóloga Dolores Juliano (2004) advierte, en este sentido, de las dificultades que poseen algunas teorías para explicar la realidad de las mujeres a medida que la distancia social y cultural se amplía entre las que generan el discurso reivindicativo y sus destinatarias. Como señala Healy (2001), la asimetría de poder entre las personas “técnicas” o “profesionales” y las

usuarias o destinatarias de su intervención puede generar una doble victimización, ya que pueden ser percibidas por las primeras como personas dependientes en su capacidad de toma de decisiones, identificando sus dificultades con ausencia de autonomía o voluntad. En este sentido, una nueva perspectiva que surge de esta crítica debe situar a las mujeres más excluidas y discriminadas como agentes de su propio cambio social. Desde el trabajo social se postula la necesidad de que sean las mujeres quienes se expresen con sus propias voces, haciendo un esfuerzo por escuchar lo que las mujeres tienen que decir.

2.6.4.

EL GÉNERO COMO CATEGORÍA DE ANÁLISIS. ÁMBITOS PRINCIPALES DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

De manera general, la literatura sobre exclusión social coincide en resaltar que la exclusión es un proceso dinámico, multidimensional y multicausal. En la realidad social se encuentran situaciones de exclusión muy complejas en las que operan varios elementos, fuertemente relacionados que desencadenan procesos de desventaja social. Por otra parte, los análisis sociales coinciden al argumentar que el origen de los procesos de exclusión social no es sólo una suma de factores de exclusión, sino la interrelación de éstos, ya que unos influyen sobre otros empeorándolos o aportando particularidades. La exclusión no es, en ningún caso, un atributo de la persona o un estado, sino un itinerario social, un proceso progresivo caracterizado por la pérdida de los vínculos con la sociedad (SURT, 2004). Por último, se considera que la exclusión social es multidimensional porque afecta a una o a varias dimensiones: económica, social, cultural, participación política-pública de las personas o salud; cuantas más dimensiones abarca la exclusión social de una persona, mayor es su grado de vulnerabilidad. Es un proceso acumulativo de privación que conduce a las personas a la “nueva marginación social”. Una definición de exclusión social ampliamente manejada la concibe “como un proceso dinámico que lleva a una persona a ser expulsada, total o parcialmente, de cualquiera de los sistemas social, económico, político y cultural que determinan la integración de una persona en la sociedad. La exclusión social también puede ser vista como una negación (o no realización) de los derechos civiles, políticos y sociales de los ciudadanos/as” (Walker, 1997:8). En este sentido, las personas excluidas acaban siendo personas excluidas de los derechos sociales. Es decir, ya no es ciudadano/a quien vota, sino la persona que cotiza, y la reducción de derechos para aquellas personas que no lo consiguen, a veces en contra de su voluntad como desempleadas, les va excluyendo del sistema de garantías económicas y sociales mínimas, o sea, del acceso y la oportunidad de disfrutar de los derechos más elementales. En definitiva las poblaciones en riesgo de exclusión social, o excluidas ya socialmente, no suelen acceder a los siguientes derechos en igualdad de condiciones que el resto de las y los ciudadanas/os “incluidas/os”.

Tras lo comentado hasta aquí, y teniendo en cuenta que la exclusión social es un proceso interrelacionado, se pueden desagregar a efectos de análisis diferentes ámbitos de exclusión social de las mujeres. Como recoge Damonti (2014), las desigualdades de género se detectan en los tres ejes principales de integración:

- El mercado laboral
- El Estado de Bienestar
- Las redes familiares y personales

En realidad, como se comprobará, las desigualdades en estos tres ámbitos se encuentran claramente interrelacionadas y tendrán efectos en muy distintas esferas. Así, se relatará a continuación cómo opera la exclusión social en el mercado laboral, para analizar después los vínculos de esta exclusión con la

organización de la conciliación de la vida laboral, personal y familiar de las mujeres. La exclusión en ambos espacios está íntimamente relacionada con un Estado de Bienestar que ya se ha caracterizado como familista, y que en los últimos años ha transferido una carga mayor de trabajo invisible a las mujeres en las familias.

2.6.4.1.

LA EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES EN EL MERCADO LABORAL

Son numerosos los estudios que reflejan la existencia de profundas desigualdades entre mujeres y hombres, con respecto tanto al nivel de participación en el mercado (tasas de actividad y desempleo) como a las condiciones de la misma (segregación - horizontal y vertical - por sexo y brecha salarial) (Damonti, 2014). A continuación se recogen algunos datos recientes sobre la exclusión de las mujeres españolas y gallegas en el mercado laboral:

- Mayor contratación precaria (eventual) y a tiempo parcial. Las mujeres gallegas contratadas lo están en un 20,9% a tiempo parcial, frente a los varones que se sitúan en el 6,3% de trabajo parcial (III trimestre EPA, 2014). Son muchos los estudios que corroboran la brecha laboral entre varones y mujeres, en la que ellas continúan accediendo a un mercado laboral más precario (Subirats, 2004). Se constata así una discontinuidad importante en las trayectorias laborales femeninas.
- Desigualdad salarial. Una mujer en España tiene que trabajar 84 días más al año para ganar lo mismo que un hombre (Informe UGT, 2013).
- Más paro femenino. A nivel gallego, la tasa de paro femenina se sitúa en el 22,6, y a escasa distancia se sitúa la tasa de paro masculina, con una tasa del 22. Sin embargo, esta escasa diferencia esconde otro contraste importante: la tasa de ocupación femenina (38,2) sí que es sustancialmente menor que la masculina (45,8) (III trimestre EPA, 2014). Esta diferencia en las cifras se debe a que muchas mujeres no son clasificadas como población activa, como por ejemplo las mujeres que se dedican a las tareas domésticas en su hogar o que están cursando alguna formación. Hay que tener en cuenta que en España, el matrimonio aumenta la tasa de actividad de los hombres y reduce la de las mujeres. Esto indica que el empleo femenino es todavía percibido como secundario y supeditado a las necesidades de la familia (Damonti, 2014). Por otra parte, es importante señalar que la destrucción del empleo en sectores públicos típicamente feminizados (como la educación, la sanidad o los servicios sociales) está teniendo un impacto diferencial en el empleo femenino.
- Las mujeres tardan más en conseguir otro empleo. Las mujeres superan a los varones como personas paradas de larga duración. Además, existe una mayor incidencia del paro entre mujeres de 30 a 44 años, que está ligada al efecto de la atribución a las mujeres del trabajo reproductivo y de cuidados (Subirats, 2004). Según Damonti (2014), se trata de mujeres que quieren - y no consiguen - volver al empleo después de haber interrumpido su carrera laboral para dedicarse a las criaturas. Hay que sumar también la discriminación que enfrentan las mujeres en edades reproductivas a la hora de encontrar empleo. El resultado de las políticas de empleo sitúa a España en la cola de los países de la OCDE en materia de integración de la mujer en el mundo laboral. Concretamente, ocupa la 21ª posición de 27 en una clasificación liderada por los países nórdicos (Noruega, Dinamarca y Suecia), según el índice PwC Women in Work (2014). Un dato especialmente preocupante es que en España por cada cinco empleos nuevos sólo uno es femenino (III trimestre EPA, 2014).
- Desigualdad en las prestaciones por desempleo. La brecha en los salarios se reproduce, años más tarde, en las prestaciones por desempleo. La Fundación 1 de Mayo sostiene que una mujer parada de lar-

ga duración tiene un 77% de probabilidades de no ser perceptora de prestaciones. A ello hay que añadir que las prestaciones contributivas por desempleo de las mujeres (25,16%) son más bajas que las de los hombres (29,62%), (Otaegui, 2014). Y por si esto fuera poco, el número de mujeres que no perciben ningún tipo de prestación ha crecido en 552.500 entre 2011 y 2013. De los más de tres millones y medio de personas paradas de larga duración —que suponen el 60% de todas las mujeres en situación de desempleo— solamente un millón (el 28%) recibe alguna prestación. La mayoría de las prestaciones sociales del Estado de Bienestar español se fundan en una concepción masculina del trabajo, que prevé trayectorias laborales sin interrupciones y a jornada completa, lo que asegura una protección insuficiente a las mujeres.

- Mujeres trabajadoras y pobres. Las mujeres suponen el 68% de la población asalariada con ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional -641€ mensuales- Otaegui, 2014). Es lo que denomina Celia Amorós la política de “tierra quemada”: los derechos a los que los grupos sociales anteriormente excluidos logran acceder están marcados por su previa pérdida de significado. Hemos llegado al derecho al trabajo (remunerado) cuando ya no hay tal, sino solo derecho a buscarlo o a crearlo en el marco de un mercado laboral fuertemente precarizado discriminatorio; cuando el empleo ya no implica la seguridad financiera que conllevaba antes (ni inmediata ni diferida a través de las prestaciones públicas), (recogido por Pérez Orozco, 2014). Sin embargo, estos sueldos bajos son los que sustentan al 90% de los hogares con un adulto e hijos que, al depender de mujeres, afrontan un mayor riesgo de pobreza. Estos datos nos sugieren la importancia de prestar una atención especial a los hogares con jefatura femenina del hogar y monomarentales.

2.6.4.2.

DIFICULTADES DE LAS MUJERES EN LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL

Los recortes en políticas sociales desde el año 2012 y por tanto un mayor estrechamiento del Estado de Bienestar han provocado una disminución de los servicios públicos de protección y cuidado a personas dependientes y han dificultado (aún más) el fomento de la corresponsabilidad. Como consecuencia de ello, el trabajo doméstico y de cuidados se incrementa en las familias, responsabilizando de ello de nuevo a las mujeres (Laparra et al., 2012). En concreto, los recortes del Estado de Bienestar español en determinados programas sociales, como en la educación de 0 a 3 años, en la Ley de Dependencia o en las pensiones no contributivas, no pueden sino menoscabar ulteriormente una protección ya de por sí insuficiente a las mujeres (Damonti, 2014).

Con la edad de acceso a la maternidad creciendo sin parar - en Galicia, según el último dato disponible se sitúa en 32,3 (INE, 2013)-, desde el año 2012 las prestaciones por maternidad han caído un 11,22% y las de paternidad, un 12,04%. Una de cada cuatro mujeres redujo su jornada laboral para cuidar de sus hijos (frente a un 3,5% en el caso de los hombres), según el último dato disponible del INE (2010).

Así, como recoge Pérez Orozco (2010), los hogares se las ingenian para afrontar el contexto de, por un lado, privatización del acceso a los recursos y de la gestión de los riesgos vitales, y, por otro, pérdida de fuentes de ingresos estables y suficientes. Una vez más, se ve lo ya constatado para otras crisis: son los hogares el colchón último del sistema socio- económico, el lugar donde en última instancia se absorben los shocks que se producen en otras esferas: en el mercado y en el Estado de Bienestar. La crisis se “resuelve” trasladando una enorme carga laboral a ciertos segmentos sociales (mayoritariamente mujeres). De este modo, dada la ausencia de un Estado de Bienestar efectivo, los hogares se ven obligados a desplegar nuevas estrategias de supervivencia. Una

de ellas es conocida como la “economía de retales” (Ribas, 2005), en la que los diferentes miembros de los hogares ponen en común todos los recursos disponibles (de tiempo, haciendo gratis cosas que antes se compraban; de dinero, generando flujos financieros alternativos e informales; espaciales, compartiendo casa; de información, etc.). Esto va unido a una ampliación de las fronteras del hogar, con una vuelta a la familia nuclear de jóvenes (y no tan jóvenes) que se habían emancipado parcialmente, o con un reforzamiento de la familia extensa. La cuestión fundamental es que la red que se hace cargo de esa interdependencia sigue estando sumamente asociada a los modelos tradicionales de familia (Pérez Orozco, 2010).

2.6.4.3.

MUJERES CON MAYOR VULNERABILIDAD DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Acudiendo a los datos y al contexto de la España actual, según el último informe FOESSA (2014), en los últimos años el proceso de exclusión social ha afectado de un modo particular a los varones, por lo que en un primer momento podemos concluir que la brecha de género en la exclusión social a nivel individual ha descendido. Pero es conveniente matizar dos cuestiones:

- En primer lugar, como ya se ha comentado anteriormente, el propio Informe FOESSA reconoce que las desigualdades de género resultan parcialmente invisibilizadas e infrarrepresentadas, ya que los datos de carácter individual esgrimidos se han obtenido, en realidad, a partir de una información agregada relativa al hogar, considerando que todos sus miembros comparten el mismo nivel de pobreza y de exclusión social (ver Damonti, 2014).
- Por otra parte, la supuesta disminución de esa brecha de género se ha debido a un empeoramiento de la situación de los varones, y no a una mejora de la situación social de las mujeres. Se trata de una “nivelación hacia abajo”.

De cualquier forma, los datos recogidos en ese informe confirman la existencia de una sobrerrepresentación de las mujeres en el espacio de la exclusión social, atendiendo por ejemplo a la distribución de los hogares por su nivel de pobreza, en función del sexo de la persona que es sustentadora principal. Las tres dimensiones medidas por dicho informe, el eje económico, el eje político y el eje social- relacional muestran una mayor vulnerabilidad de exclusión social de los hogares en los que la cabeza de hogar es una mujer. Así, los hogares en los que la sustentadora principal es una mujer muestran mayores niveles de exclusión en las siguientes esferas, claramente interconectadas con el análisis que acabamos de trazar en el apartado anterior: exclusión en el empleo; en el consumo; exclusión política; exclusión en la educación; exclusión en la vivienda; exclusión en la salud; conflicto social y aislamiento social

2.6.5.

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL MODELO INCLÚE

1. Usar como paradigma teórico el Trabajo social crítico y en su marco el Trabajo social feminista.
2. Las fuentes estadísticas secundarias (medición de paro, empleo, etc. a partir de datos elaborados por el INE) deben ser analizadas desde una perspectiva de género. Los datos estadísticos propios deben ser siempre desagregados por sexo, edad, país de procedencia y número de hijos/as.
3. Tener en cuenta que el análisis del mercado laboral no se puede desvincular del análisis del trabajo doméstico y de cuidado de los hogares y las familias. Los indicadores de exclusión e inclusión social deben incluir siempre el trabajo doméstico y de cuidados realizado en el hogar.

4. Emplear indicadores de exclusión multidimensionales, evitando el énfasis excesivo de los indicadores de exclusión en el trabajo formal y en la renta monetaria de las personas.
5. Usar indicadores de exclusión a nivel individual y de hogar. En este último caso, medir quién es la persona sustentadora habitual del hogar. En los indicadores basados en el hogar, no se debe asumir que las rentas del hogar se dividen de modo equitativo entre sus miembros.
6. Es necesaria una reconceptualización de la familia en los procesos de inclusión social. La esfera relacional-social es uno de los ejes principales de exclusión de las mujeres.
7. Evitar la doble victimización de las mujeres usuarias. Respetar las decisiones y la autonomía de las mujeres. Prestar atención, en este sentido, a la relación de poder entre las personas técnicas y las usuarias.
8. Fomentar el análisis de la existencia de itinerarios de exclusión diferenciados en función del género: como la violencia de género, la prostitución o la viudez. La violencia de género y la estigmatización social son unas variables transversales en muchos de los colectivos de mujeres en procesos de exclusión social.
9. Prestar atención a los aspectos emocionales en la intervención social. Realizar un énfasis importante en la autoestima de las mujeres y en desmontar la auto-atribución de fracaso y culpa por la situación de exclusión social. Respetar la intimidad emocional de las usuarias.
10. Usar un lenguaje no sexista a lo largo de las diferentes fases de elaboración del proyecto (modelo, herramientas, etc.).

2.7.

EL PARADIGMA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y LA CUESTIÓN DE LOS NIVELES DE EXIGENCIA

Junto al de la activación o el de la individualización, otro de los cambios paradigmáticos que se ha producido en los últimos años en el ámbito de las políticas sociales –y, más concretamente, en el ámbito de la salud pública y la atención a las drogodependencias– es la extensión de los programas de reducción de riesgos y daños, y el consiguiente desarrollo de programas denominados de baja exigencia o de bajo umbral. Más allá de su aplicación específica en el ámbito de las adicciones, el concepto de la reducción de daños –que en algunos casos se ha entendido como trabajo social paliativo¹⁵– tiene una aplicación directa en el ámbito de la atención a las personas en situación de exclusión social, en la medida en que:

- Abre la posibilidad a trabajar con personas que tienen dificultades graves para adaptarse a programas de alta exigencia, garantizando que estas personas reciben una atención básica que evite un mayor deterioro de su situación personal;
- Cuestiona, como veremos, el concepto de intervención escalonada o lineal, en virtud del cual los itinerarios de inclusión sólo pueden iniciarse en el momento en que la persona usuaria está preparada para un proceso de cambio, y están diseñados para avanzar de forma progresiva hacia el objetivo de la inclusión.

15 Para Soulet (2007), el trabajo social paliativo tiene por objeto evitar la desafiliación en ausencia de posibilidades de integración y supone la extensión de las políticas de reducción de riesgos, evitando el empeoramiento de situaciones de exclusión.

REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

En el ámbito de las adicciones, la reducción de riesgos y daños surge como concepto y estrategia de intervención en los años 80 ante los problemas derivados del consumo de drogas en personas en situación de exclusión social (Cáritas Diocesana de Bilbao/ Médicos del Mundo, 2013). Sus metas son básicamente las siguientes:

- Aumentar la calidad de vida de las personas consumidoras de drogas, es decir, mejorar el estado de salud y la situación social del colectivo.
- Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia las y los usuarios de drogas.
- Incrementar la toma de conciencia de estas personas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
- Disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre las personas consumidoras.
- Fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgo frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

En definitiva, señalan estos autores citando a Mino (2000), la reducción de daños es un conjunto de intervenciones preventivas, sanitarias y sociales, que tienen por finalidad minimizar los riesgos por el uso de alcohol, drogas psicoactivas y psicofármacos, así como reducir los daños que pueden causar sus consumos abusivos. Estas intervenciones entre las poblaciones vulnerables o sometidas a situaciones de riesgo debido al uso de alcohol y drogas –sean usuarias eventuales o crónicas de las mismas– se proponen informar sobre las conductas inapropiadas, riesgosas y peligrosas en el uso de esas sustancias, así como habilitar y otorgarle competencias a aquellas personas y a sus entornos familiares, sociales e institucionales para recomendar y gestionar las conductas adecuadas a cada situación. Asimismo, estas intervenciones preventivas deben hacer disponibles los recursos necesarios y los entornos apropiados para no inducir conductas inadecuadas y, en cambio, promover comportamientos de autocuidado. La efectividad de los enfoques basados en la reducción de daños está suficientemente contrastada en lo que se refiere a la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de drogas y sus niveles de inclusión social (Ritter y Cameron, 2006).

Íntimamente unido al de reducción de daños, el concepto de baja exigencia surge en Europa a finales de la década de los 80 y principios de los 90 unido a los nuevos modelos de intervención en el área de las drogodependencias. Parte de la consideración de que la persona drogodependiente dispuesta a desintoxicarse debe disponer de recursos que se lo faciliten, pero quien no quiera o no se vea capaz de aceptar una desintoxicación, también debe contar con los dispositivos necesarios para sobrevivir, para lo cual es necesario crear recursos de baja exigencia (bajo umbral) que ofrezcan asistencia médica y social de base (Cáritas Diocesana de Bilbao/ Médicos del Mundo, 2013).

La baja exigencia es un concepto que surge entre los agentes sociales ante el fracaso continuado, en un sector de personas en situación de exclusión social, de la mayoría de los programas existentes en el tratamiento de toxicomanías y en procesos de incorporación social en general con todo tipo de perfiles. Surge como una necesidad de no crear excluidos dentro de los procesos de inclusión, ya que nos encontramos con un grupo importante de personas que inician procesos una y otra vez, que no se adecuan a su perfil (aunque en un principio valorábamos que eran “ellas” las que no se adecuaban a los procesos). Hasta ese momento los procesos basaban gran parte de su contenido educativo en el cumplimiento de normas de manera estricta y en cubrir una serie de etapas en unos determinados plazos. Normas que hacían referencia al cumplimiento de horarios, a la abstinencia en los consumos, seguimiento de tratamientos pautados, participación en las diferentes actividades, y comportamiento adecuado para una correcta convivencia dentro del recurso (Asociación Zubietxe/Fundación EDE, 2013).

LA CUESTIÓN DE LOS UMBRALES DE EXIGENCIA EN LOS ITINERARIOS DE INCLUSIÓN

Los modelos más prometedores en el ámbito de la atención a las personas sin hogar –como el modelo Housing First¹⁶, al que más adelante se hará referencia– se basan precisamente en la extensión de la filosofía de la reducción de daños (Pauly, B. et al, 2013) y en la idea de que los procesos de inclusión no son necesariamente lineales o escalonados. Este modelo lineal implica un continuo de atención, o itinerario de inclusión, a través del cual la persona en situación de exclusión progresa o avanza de forma paulatina: en el caso de las personas sin hogar, el itinerario partiría de los centros de baja exigencia o bajo umbral, a los recursos residenciales convencionales de corta estancia y, de ahí, a los modelos de vivienda tutelada o con apoyo, con niveles de autonomía más elevados y menor intensidad de apoyo. Se trata de un modelo escalonado y la ubicación de las personas en alojamientos autónomos o independientes se produce únicamente al final de esos procesos, una vez recorrido el itinerario completo. La superación de una serie de conductas o actitudes –entre ellas, los consumos de drogas– y la aceptación de una serie de normas, como la abstinencia, se plantean en este tipo de modelos como pre-requisito para el avance en ese continuo y el acceso a modelos residenciales autónomos (Johnsen y Teixeira, 2011).

Para estas autoras, este tipo de enfoques lineales resultan efectivos a la hora de facilitar el acceso de algunas personas a determinados recursos y a la hora de preparar a estas personas para acceder a formatos residenciales semi-independientes, especialmente en los casos en las personas pueden comprometerse en los procesos de inclusión establecidos. Sin embargo, la efectividad de este enfoque en lo que se refiere a las personas con necesidades más complejas –consumo de drogas, problemas de salud mental, etc.– dista de estar confirmada por la evidencia científica. Sin apoyo empírico suficiente, este tipo de programas están siendo crecientemente cuestionados, debido fundamentalmente a sus elevadas tasas de fracaso, que se derivan del estrés que supone el paso de un programa a otro, la reducción en la intensidad de los apoyos que se produce a medida que la persona avanza en esos itinerarios, el uso de programas estandarizados de apoyo, la falta de control por parte de las personas usuarias y las dificultades para acceder a este tipo de programas de las personas con problemáticas más severas. Así, muchas personas sin hogar se muestran incapaces de responder a las demandas de este tipo de programas y de llegar al final de los itinerarios –un alojamiento independiente–, lo que a su vez genera una pérdida de credibilidad de este tipo de enfoques por parte de las personas potencialmente usuarias (y, especialmente, de aquellas con problemáticas más complejas). La crítica a la concepción lineal de los itinerarios de inclusión se relaciona también con el carácter recurrente de muchas de las problemáticas que experimentan estas personas –el desempleo, las adicciones, los problemas de salud mental...– y la inevitabilidad de las recaídas¹⁷. La linealidad de las intervenciones, por otra parte, pone las carencias de la persona en el centro e impide, o dificulta, trabajar desde las potencialidades y capacidades de las personas (Cáritas Española, 2009).

16 Esta propuesta se aleja de los enfoques tradicionales de intervención residencial, basados en el modelo de escalera o itinerarios residenciales, donde la vivienda estable es el objetivo final del proceso de integración y las personas sin hogar pasan por distintas etapas (centros de acogida o albergues, pisos tutelados de corta, media y larga estancia, pisos de mayor autonomía, etc.) antes de estar preparadas para ser alojadas. Esta estrategia de escalera ha sido seguida tradicionalmente por muchos países europeos, incluido España. Sin embargo, en los últimos años, esta visión está siendo cada vez más discutida a nivel europeo al argumentarse que contribuye a la exclusión de las personas sin hogar del sistema de vivienda normal, y que aumenta el problema al mantenerlas dentro del sistema asistencial (Grupo de Alojamiento de EAPN Madrid, 2013).

17 Frente a esa linealidad, algunas entidades han apostado por la espiralidad. Desde esa perspectiva, se considera que “una persona no está nunca en ninguna fase, sino en todas a la vez en distintos grados. No está en exclusividad en una fase, sino en varias y en diferentes grados en cada una de ellas. Sus elementos, sus carencias y sus potencialidades se interrelacionan y se dan todas a la vez, en un punto concreto de su recorrido vital y temporal. Y así nuestros recursos y agentes han de estar atentos no al jalón lineal del camino, sino a la vuelta concreta de la espiral (que es además irregular)” (Cáritas Española, 2009).

El cuestionamiento de este modelo lineal implica también la necesidad de trabajar recursos de baja exigencia, que no debe contemplarse como alternativa a los centros de acogida, sino como complemento de los mismos para aquellas personas cuyas circunstancias hagan inviable en ese momento su permanencia en estos centros o cualquier alternativa de autonomía personal o de incorporación a procesos de inserción. La baja exigencia debe ofrecer la cobertura de las necesidades más básicas de alojamiento, alimentación, vestido e higiene a estas personas, sin otra exigencia que evitar que supongan una amenaza o riesgo para otros usuarios/as (MSSSI, 2011).

En ese sentido, el Grupo de Trabajo creado a instancias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la redacción del documento Configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el Sistema Público de Servicios Sociales, sostiene que las atenciones que forman parte de esta baja exigencia pueden ofrecerse de manera continuada, sin límite de tiempo de estancia para las personas que se determine en función de sus circunstancias, o como espacios de uso esporádico y acceso libre para cualquier persona que lo desee, como medida de reducción de daños. Entre ambos extremos, la baja exigencia puede contemplar una amplia variedad de centros y servicios, adaptados a las características y necesidades de cada territorio, incluyendo tanto estancias diurnas, alojamiento nocturno o ambas opciones. La baja exigencia puede ubicarse como centro específico, o como un espacio o atención específica en los centros de acogida de personas sin hogar. En todo caso, debe estar coordinada con el correspondiente Servicio municipal de acogida, ya que también las personas sin hogar cronicadas tienen derecho a contar con un nivel de atención primaria dentro de la red pública de servicios sociales.

En todo caso, la baja exigencia no implica renunciar a conseguir progresos en la incorporación de estas personas a centros o servicios que permitan superar su situación, sin que ello sea condición para continuar recibiendo los mínimos asistenciales. Debe ser una oportunidad para motivar y, siempre que sea posible, iniciar procesos de mejora en la situación de estas personas, que les permitan utilizar recursos más normalizados. Aun cuando en los centros y servicios de Baja exigencia los procesos sean más largos y lentos, no pueden constituir nunca un cajón de sastre o un final de trayecto. A nadie se le debe considerar un usuario o usuaria, permanente e indefinido per se, independientemente de sus características y su situación personal al acceder al centro o servicio, ni se puede renunciar nunca a conseguir objetivos de mejora de su situación (MSSSI, 2011).

2.8.

MODELO DE CALIDAD DE VIDA Y MODELO DE APOYOS

En el ámbito de la atención a las personas con discapacidad, especialmente a las personas con discapacidad intelectual, se han desarrollado en las últimas décadas una serie de modelos o paradigmas de intervención –el modelo de apoyos y el modelo calidad de vida, estrechamente relacionados– que recogen muchos de los elementos –inclusión social, individualización, inclusión en la comunidad...– señalados hasta ahora.

Como indican Verdugo et al. (2013), en los últimos años los investigadores, los profesionales y las organizaciones han prestado una atención prioritaria al estudio de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, que progresivamente este está siendo también el eje central del conjunto de las políticas sociales. Tanto los profesionales de los servicios sociales como las organizaciones están cada vez más interesados en el concepto y son más conscientes de los beneficios que reporta su aplicación. La utilidad del concepto responde, entre otros aspectos, a la posibilidad de ser utilizado con propósitos diversos:

- la evaluación objetiva de las necesidades de las personas y sus niveles subjetivos de satisfacción;

- la evaluación de los resultados de los programas, las estrategias y las actividades dirigidos a la mejora de la calidad y llevados a cabo por los servicios sociales;
- la recogida de información relevante que sirve de orientación y guía para la provisión de servicios, y
- la planificación y formulación de políticas dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas, con discapacidad o sin ella, y de la calidad de las organizaciones proveedoras de servicios sociales a diferentes colectivos en situación de riesgo o exclusión y con necesidades de apoyo.

Para Shallock y Verdugo (2007), calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas –universales– y émicas –ligadas a la cultura–; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales. De acuerdo a estos autores, los principios que guían la aplicación del modelo conceptual de calidad de vida en los servicios y apoyos proporcionados a las personas con discapacidad son que la calidad de vida: (a) es multidimensional y tiene los mismos componentes para todas las personas; (b) está influenciada por factores personales y ambientales; (c) se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia; y (d) su aplicación debe basarse en la evidencia.

Pese a su rápida difusión y la significativa aportación de este concepto al ámbito de la discapacidad, se trata de un concepto enormemente complejo, con dificultades de definición y operativización y que requiere de discusión y ajuste a los diversos contextos (Casas, et al., 2007). De acuerdo a estos autores, los principios que orientan la comprensión actual de la calidad de vida son los siguientes:

- La calidad de vida tiene los mismos componentes para todas las personas –con y sin discapacidad– y se promueve si se satisfacen las necesidades básicas y si las personas tienen oportunidades de proponerse y lograr metas significativas en su vida.
- La calidad de vida se mejora a través de la autodeterminación, las relaciones y apoyos naturales y el desarrollo de actividades positivas, significativas para la persona y con sentido en su medio.
- Incluye tanto componentes objetivos, condiciones de vida de una persona; como subjetivos, su percepción de la situación en base a sus valores, aspiraciones y proyectos vitales. La evaluación de la calidad de vida debe considerar ambos componentes.
- La calidad de vida se compone de diversas dimensiones o factores tales como bienestar físico, salud, desarrollo personal, relaciones sociales... y se puede concretar y operativizar a través de indicadores en cada una de esas dimensiones.
- Los resultados o metas personales son la formulación que hacen las personas acerca de aquello que les gustaría conseguir en el marco social y cultural en el que se encuentra.
- En síntesis, la calidad de vida se compone de diversas dimensiones, que se concretan a través de una variedad de indicadores que, a su vez, engloban los distintos resultados a los que las personas aspiran.

El modelo de Shallock y Verdugo distingue ocho dimensiones básicas de calidad de vida –bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos– que se agrupan a su vez en tres factores de calidad de vida: independencia, participación social y bienestar (van Loon, 2009). Tales dimensiones son comunes a todas las personas, si bien, al mismo tiempo, son sensibles al entorno cultural de cada persona (Verdugo et al., 2013). El cuadro siguiente recoge las dimensiones del concepto y los indicadores centrales para su medición:

CUADRO 2. DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y APOYOS NECESARIOS

Bienestar emocional (BE):	Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Relaciones interpersonales (RI):	Relacionarse con diferentes personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad.
Bienestar material (BM):	Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea, tener un vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: vivienda, lugar de trabajo, salario (pensión e ingresos), posesiones (bienes materiales) y ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
Desarrollo personal (DP):	Se refiere a la posibilidad de aprender diferentes cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: limitaciones / capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa y comunicación).
Bienestar físico (BF):	tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.
Autodeterminación (AU):	Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que una persona quiere, como quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.
Inclusión social (IS):	ir a lugares de la ciudad o del barrio donde otras personas y participar en las sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: integración, participación, accesibilidad y soportes.
Derechos (DE):	Ser considerado igual al resto de la gente, que lo traten igual, que respeten su manera de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.

Fuente: Verdugo et al. (2013).

Para Verdugo et al. los avances que se están haciendo en la comprensión, la evaluación y la aplicación del concepto de calidad de vida sólo pueden entenderse a la luz de los cambios sociales que se están produciendo de forma paralela en el ámbito de las políticas sociales:

- una nueva percepción de las posibilidades vitales de las personas en situación de riesgo de exclusión social, que prestan más atención a la autodeterminación, la inclusión comunitaria, la igualdad y el potencial humano;
- una concepción ecológica de los usuarios y usuarias de los servicios sociales centrada en la persona y el entorno;
- un desarrollo de las opciones y los sistemas de apoyo basados en la comunidad;
- una implementación de la capacidad de elección entre varias opciones de servicios, que incluye la contratación directa de servicios y soportes;
- un uso del concepto de calidad de vida como base para las buenas prácticas;
- un movimiento emergente de reforma y la difusión de sus planteamientos de medibilidad, seguimiento y rendición de cuentas, y
- un uso de la información sobre los resultados relacionados con la calidad de vida para múltiples fines, como el incremento de la transparencia de los sistemas mediante la difusión de información.

Los promotores del paradigma de calidad de vida han destacado la relación que existe entre este modelo y la perspectiva de los derechos a la que se ha aludido en el segundo punto. De acuerdo a Verdugo et al. (2012), los 34 artículos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se relacionan estrechamente con las diferentes dimensiones de calidad de vida a las que antes se ha hecho referencia, y su cumplimiento puede evaluarse mediante el análisis de los indicadores de calidad de vida. A partir de ahí, estos autores señalan que sería posible garantizar el cumplimiento de los preceptos de la Convención aplicando tres estrategias complementarias: la planificación centrada en la persona (a la que se ha hecho referencia al hablar de individualización), la publicación de los perfiles de los diferentes proveedores de servicios en relación a los resultados que obtienen en las escalas de calidad de vida; y la prestación de apoyos individualizados.

Cabe señalar por otra parte que el enfoque de la calidad de vida está estrechamente ligado al modelo de apoyos. Para van Loon (2009) “si se desea mejorar la calidad de vida de las personas, debe hacerse a través de los apoyos individualizados. La comunidad es el contexto de una vida de calidad: es esencial que las personas puedan participar en su comunidad. Por ello, los proveedores de servicios necesitan redefinir sus papeles como puentes hacia la comunidad. Además de proporcionar servicios a las personas con discapacidad intelectual es importante utilizar una planificación centrada en la persona, brindar apoyos individualizados e involucrar a los usuarios en la planificación y evaluación de los servicios proporcionados”. De hecho, tal y como señalan Shalock y Verdugo (2007), cada una de las dimensiones de la calidad de vida se asocia a una serie de apoyos individualizados:

CUADRO 3. DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA E INDICADORES CENTRALES

Desarrollo personal (DP):	Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistiva, sistemas de comunicación.
Autodeterminación (AU):	Elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
Relaciones interpersonales (RI):	Fomento de amistadas, protección de la intimidad, apoyo a las familias y relaciones o interacciones comunitarias
Inclusión social (IS):	Roles comunitarios, actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales
Derechos (DE):	Privacidad, procesos adecuados, responsabilidades cívicas, respeto y dignidad
Bienestar emocional (BE):	Aumento de la seguridad, ambientes estables, feedback positivo, previsibilidad, mecanismos de autoidentificación.
Bienestar material (BM):	Propiedad, posesiones, empleo.
Bienestar físico (BF):	Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición.

Fuente: Verdugo y Shalock. (2007).

De acuerdo a Casas, et al., 2007, los elementos centrales del modelo de apoyos son los siguientes:

- el eje de actuación profesional no son las capacidades de las personas, sino la participación en los diversos entornos vitales,

- el funcionamiento-participación de las personas depende de la accesibilidad de los entornos y de los apoyos que el medio es capaz de organizar.
- el proceso de facilitación del funcionamiento-participación toma como referencia central a la persona, sus expectativas y aspiraciones.
- en síntesis, los apoyos se entienden como recursos y estrategias que facilitan el desenvolvimiento exitoso de una persona en los diferentes contextos vitales, promoviendo el logro de metas valiosas para las personas. El modelo de apoyos implica una manera diferente a la tradicional de pensar y organizar la respuesta a las necesidades de las personas, partiendo como eje central de la persona, enfatizando el poder del contexto en el funcionamiento de las personas, diversificando y personalizando los servicios.

Así pues, los diferentes componentes del modelo de apoyos, tal como propone la AAMR y que los autores señalados toman como referencia, son:

- Los resultados personales, que son la meta de los servicios, toman como referencia fundamental las aspiraciones de las personas.
- Las áreas de apoyo que incluyen los ámbitos o contextos en los que se pueden prestar los apoyos para el logro de los resultados personales.
- Las funciones de apoyo que establecen el tipo de apoyo que se presta y que se concretan a través de una variedad de actividades y acciones.
- Las fuentes de apoyo que se refieren a quien presta el apoyo: la persona, la red natural o los profesionales.

Ciertamente, no todos los elementos de los modelos de calidad de vida y de apoyos desarrollados en el ámbito de la discapacidad pueden trasladarse de forma automática a la intervención con las personas en situación de exclusión social, si bien es cierto que el concepto de discapacidad social al que antes se ha hecho referencia permite plantear una conceptualización de los procesos de inclusión social que trasciende la causa de tales situaciones. Así, para Pisonero (2007), “el modelo de discapacidad social es aplicable a toda persona que se encuentre en un proceso exclusión, independientemente del origen de esta exclusión. La Discapacidad Social es una situación que puede tener su origen en la salud, en no ver cubiertas las necesidades básicas, en una falta de habilidades, competencias o idioma, en una falta de apoyos, en un estigma, en una situación familiar, en un entorno no accesible, en un entorno cultural que pone trabas... Sea cual fuera el origen de la discapacidad social, lo que el modelo detecta son necesidades de incorporación social que pueden valer lo mismo para personas con orígenes diferentes en sus procesos de exclusión. Lo que clasifica la Discapacidad Social es el proceso y no la persona que se encuentra en el mismo”.

El análisis de estos modelos es en por otra parte necesario, desde el punto de vista de la conceptualización de los recursos para las personas en situación de exclusión social, desde varios puntos de vista: por un lado, en la medida en que integra muchos de los elementos que se han ido señalando en otros epígrafes (individualización, inclusión social, atención en la comunidad...) y en la medida en que establece que la mejora de la calidad de vida es -frente a las concepciones más ‘normalizadoras’ de la intervención social- el objetivo de los centros y servicios que atienden a las personas en situación de exclusión social severa. También resulta de interés, por otro lado, en la medida en que se han desarrollado numerosas escalas y herramientas de medición que operativizan el concepto de calidad de vida y permiten determinar la calidad de vida de las personas vulnerables o que participan en procesos de inclusión social. Si bien es cierto que la mayor parte de estas escalas se aplican en el ámbito de la discapacidad, parece obvio que abren la puerta a la creación de escalas o herramientas para la medición de los procesos de inclusión social que tengan en cuenta los principios y objetivos del modelo de calidad de vida.

2.9.

PARTICIPACIÓN, CIUDADANÍA ACTIVA E IMPLICACIÓN EN EL TERRITORIO

2.9.1.

LA PARTICIPACIÓN PARA EL EJERCICIO DE UNA CIUDADANÍA PLENA Y ACTIVA

Cualquier modelo eficaz de trabajo en el ámbito de la inclusión social debe basarse en la participación de las personas usuarias, tanto en la definición de su proceso de inclusión –lo que se relaciona directamente con la individualización a la que antes se ha hecho referencia– como en la gestión de los centros y recursos en los que participan. En ese sentido, no cabe duda de que implicación personal y participación social son mecanismos interrelacionados cuyo efecto mejora las posibilidades de autonomía personal e integración relacional (EAPN España, 2010).

De acuerdo a ese documento, en las entidades sociales “por lo general el tema de la participación se circunscribe a algunas técnicas de dinamización de grupos. Técnicas que se aplican en algunas actividades, y pocas veces vinculadas a procesos, por ejemplo, consultivos, valorativos, o de expresión de opinión. A través de estas técnicas (y procesos), se puede acceder al sentir de las personas beneficiarias (o trabajadoras), y bien llevadas también suponen el aprendizaje y capacitación en habilidades sociales de quienes toman parte, lo que puede mejorar su participación social. Una conclusión es, que en el panorama actual predomina en las organizaciones la idea de participación como medio; frente a esto se propone trabajar sobre la idea de participación como proceso”.

La adopción de esta perspectiva de la participación como proceso permitiría superar la visión de las personas en situación de exclusión social a las que se dirigen estas entidades como sujeto objeto –es decir, como clientes, destinatarios o beneficiarios– y pensar en ellos/as en términos de participantes, es decir, persona que es parte y toma parte en procesos de toma de decisión en la organización, y en procesos de empoderamiento. “De esta forma, un primer reto ineludible es visibilizar y transformar los sujetos-objeto en participantes dentro de la acción y dentro de la organización. El segundo reto –añade este documento– sería conseguir que quienes participan se reconozcan y sean reconocidos como agentes de transformación social, tanto respecto a la causa de la acción y respecto a su contexto social, como en relación a la institución (política pública) responsable última de dicha acción”.

En definitiva, el reto desde la intervención estaría en empoderar a las personas en situación de exclusión social, capacitarlas, para generar y utilizar conocimientos de manera activa y eficaz de forma que puedan superar la barrera que les impide participar activamente en la sociedad, tomar el control de sus propias vidas y, en definitiva, convertirse en ciudadanos y ciudadanas autónomos/as y activos/os al tiempo que establece una estrategia de incidencia en la sociedad .

¿Qué elementos influyen en la participación social? De acuerdo a EAPN España, serían los siguientes:

- Una cultura de participación en el contexto (hay asociaciones, colectivos, personas que se organizan puntualmente para resolver cuestiones comunes, etc.).
- Hay experiencias positivas de participación en las que se ha conseguido lo que se pretendía gracias a la acción conjunta de personas o grupos.
- El momento social es favorable a la participación: no habría rechazo a la participación social sobre temas comunes.

- El momento político es favorable a la participación: existe disposición política hacia el debate y el contraste para tomar decisiones sobre lo colectivo.
- Hay una disposición individual y colectiva a organizarse ante una realidad concreta.
- Hay una percepción común sobre la necesidad de cambios en una realidad concreta.
- Hay una percepción de consenso sobre en qué sentido debe cambiar la realidad.
- Se percibe que la organización (o entidad) consigue lo que se propone.
- Se percibe que las personas que componen la organización (o entidad) acogerán favorablemente la participación de otras personas.

En sentido contrario, ¿cuáles pueden ser los obstáculos a la participación en las entidades de acción social?

- La falta de voluntad del personal directivo, y el uso de etiquetas de participación sin contenido.
- La toma de conciencia sobre la pérdida de poder en la toma de decisiones, por parte de los actores más tradicionales.
- Los estereotipos del personal técnico, sobre todo respecto a las capacidades de las personas participantes y el logro de resultados.
- Las prisas por conseguir resultados a corto plazo.
- La idea de rendir cuentas, y la orientación cuantitativa de los resultados, frente a la valoración de los logros como avances.
- El mito del proceso “autosostenido”, frente al esfuerzo de una estrategia basada en componentes sostenibles y de dedicación permanente.
- Anteponer la aplicación de manuales, métodos y técnicas, al buen juicio y al diagnóstico de la situación actual de la organización.
- La dificultad de acceder a espacios de participación fuera de la organización (por ejemplo, con las administraciones públicas, sobre todo locales).
- La limitación que supone una financiación intermitente que interrumpe los procesos y la garantía de continuidad de las actuaciones.

2.9.2.

EL VOLUNTARIADO, LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS COMO HERRAMIENTA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y LABORAL

Tradicionalmente, en el ámbito de la inclusión social y de la acción social en general, el voluntariado se ha entendido como una herramienta para la prestación de servicios, en virtud de la cual una serie de personas, de forma desinteresada, dedican una parte de su tiempo a la realización de labores –organizativas, de apoyo, de acompañamiento, etc.– que benefician, directa o indirectamente, a las personas en situación de exclusión. Es cada vez más frecuente, sin embargo, la consideración de la práctica del voluntariado como una actividad inclusiva en sí misma y, por tanto, como una herramienta que puede ser utilizada para mejorar la inclusión y la participación social de las personas en situación de exclusión (además de para ampliar la diversidad de las propias entidades de voluntariado).

Efectivamente, como se ha señalado en estudios anteriores (SIIS, 2011), en los últimos años han sido muy numerosas las estrategias que han intentado establecer un vínculo entre voluntariado e integración social y laboral. En concreto, el trabajo voluntario y el concepto de voluntariado están jugando un papel importante en este ámbito, mediante, al menos, dos estrategias complementarias:

- Por una parte, la realización de tareas de voluntariado se presenta como una herramienta de capacitación y cualificación, de prevención del desempleo, de adquisición de experiencia y, por tanto de generación de capital social, considerado como factor de protección frente al desempleo y la exclusión. Como señala el Centro Europeo del Voluntariado (2007), los efectos beneficiosos del voluntariado cada vez se toman en mayor consideración en el marco de las políticas sociales y de empleo a la hora de plantear medida que permitan la (re)integración laboral de las personas en situación de desempleo.
- Por otra parte, la participación en actividades de voluntariado se plantea como una solución a las personas que ya están en situación de desempleo y/o de exclusión, en la medida en que se considera que la participación en estas tareas puede ser de utilidad de cara al objetivo de la inclusión social (mediante la mejora de la autoestima, la (re)adquisición de ciertas capacidades laborales, la generación de redes de apoyo social más amplias, la propia adquisición de capacidades y destrezas laborales, etc.). Como señalan Hardill et al. (2007), el voluntariado se asocia de forma cada vez más clara, al menos en algunos países, con la cualificación y la recualificación para el empleo, despojándosele de su carácter altruista y desinteresado para centrarse más en los elementos instrumentales, es decir, en los beneficios personales que se derivan para la persona voluntaria de la práctica del voluntariado.

Si bien es cierto que la consideración de la experiencia voluntaria como un mérito laboral puede contribuir a distorsionar las razones por las que las personas se deciden a realizar actividades voluntarias, también lo es que el voluntariado constituye no sólo una forma de implicación social, sino también un ‘escuela’ en la que se desarrollan conocimientos, experiencias, habilidades, contactos y capacidades que resultan de la máxima utilidad en el mundo laboral. Del mismo modo, siempre que sea efectivamente voluntaria, la participación de personas en situación de desempleo o de exclusión en actividades de voluntariado puede ser considerada como una fórmula válida para el mantenimiento o la mejora de sus capacidades laborales, sus redes relacionales y, en definitiva, sus perspectivas laborales y sus posibilidades de (re)incorporación social.

Esta vinculación entre inserción laboral y voluntariado no está sin embargo exenta de riesgos y ha sido por tanto sometida a algunas críticas. Simonet (2010), por ejemplo, hace referencia al riesgo de “instrumentalización del compromiso” y de precarización que implica la vinculación entre voluntariado e inserción laboral, que supone a su juicio un paso adelante en el desarrollo de lo que denomina “infraempleo”. Desde una posición más matizada, el Centro Europeo del Voluntariado –que dedicó a esta cuestión su Asamblea General de 2007– alerta del riesgo de que el voluntariado pueda ser utilizado para sustituir empleos convencionales, si bien reconoce la capacidad que el desarrollo de tareas de voluntariado tiene a la hora de la (re)cualificación profesional y el acceso al empleo. En el mismo sentido, el CEV insiste en que la opción por el voluntariado debe ser, valga la redundancia, libre y voluntaria, y que la participación en este tipo de actividades en ningún caso debe plantearse como condición para el acceso a prestaciones sociales¹⁸. A su vez,

18 La reforma de la Ley para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social de 2008 aprobada en 2011 por el Parlamento Vasco obliga a las personas perceptoras de la RGI a mantenerse disponibles para la realización de trabajos en beneficio de la comunidad, cuando, de forma extraordinaria, sean requeridas para ello por la Administración, a través de organizaciones de acción voluntaria. Al objeto de articular esa disposición, la Federación Sartu, en colaboración con el SIIS Centro de Documentación y Estudios, elaboró un informe sobre estas mismas bases en el que se proponía articular esta obligación con carácter convenial, “es decir como una obligación adquirida por la persona en el marco de los medidas negociadas y suscritas en el marco del convenio de inclusión activa”. El informe proponía para ello desarrollar la figura de los programas de participación social: con ellos se pretende canalizar la obligación establecida en la Ley desde una perspectiva inclusiva, desarrollando “espacios sociales que ayuden y favorezcan el despliegue de las capacidades individuales y que desarrollen la autonomía de las personas. La configuración de estos espacios –señala el documento– permite el intercambio de conocimiento y de experiencias y favorece las relaciones de ayuda, y por tanto, contribuye al desarrollo la inteligencia colectiva, además de ser espacios proveedores de dignidad y de sociabilidad, aumentando así los bienes relaciones de la sociedad” (Sartu, 2013).

la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa critica la tentación de utilizar el voluntariado como un “mercado laboral de segunda categoría para ciudadanos de segunda clase”, así como de buscar en el voluntariado una fórmula barata para la delegación de las responsabilidades públicas.

2.9.3.

NUEVAS FORMAS DE ENTENDER EL VOLUNTARIADO

Finalmente, en este marco, tiene también sentido hablar de la extensión de fórmulas de voluntariado más individualizadas, que se han definido como voluntariado de persona a persona o voluntariado peer-to-peer. Como se ha señalado en anteriores trabajos (SIIS, 2011), se están consolidando –o al menos adquiriendo mayor importancia– fórmulas de voluntariado que, por definir-las de alguna forma, podrían llamarse de persona a persona, en el sentido de que implican una relación más directa entre la persona voluntaria y la persona usuaria, y una menor intervención de las estructuras de la entidad: grupos de auto-ayuda, intervenciones de pares, fórmulas de tutoría o padrinazgo, y los modelos –más conocidos– de acogimiento familiar voluntario son ejemplos de este tipo de intervenciones. Su denominador común es que la acción voluntaria tiene una base fundamentalmente individual, con relaciones personales de mayor intensidad y mayor autonomía de acción por parte de la persona voluntaria, y que la dependencia respecto a la organización es menor. Pueden distinguirse varias fórmulas diferentes dentro de este enfoque general:

- El voluntariado de pares. Especialmente en los países anglosajones, y también en Canadá, es cada vez más habitual el desarrollo de programas de voluntariado basados en la idea de los compañeros o pares. Se trata en general de personas que sufren o han sufrido las mismas situaciones de los destinatarios de las intervenciones (personas con SIDA, drogodependientes, ex reclusos, personas enfermas, etc.) y que están a menudo más cualificados para labores de prevención y de acompañamiento de personas que pasan por situaciones similares. Este tipo de enfoques se relaciona claramente, por otra parte, con la tendencia a plantear el voluntariado como herramienta para la inclusión de personas o situación o riesgo de exclusión, con la utilización del voluntariado como herramienta de desarrollo comunitario y con el concepto de co-producción, al que anteriormente se ha hecho referencia.
- Los programas de tutoría o padrinazgo (mentoring). Se trata de programas con los que se busca ofrecer a personas con determinadas necesidades –especialmente niños y adolescentes– relaciones constructivas, de apoyo y de supervisión, mediante figuras que puedan jugar un papel referente. La tutoría o padrinazgo es una relación afectiva privilegiada, de carácter voluntario, que se establece entre dos personas con la suficiente confianza mutua, por la cual una ofrece a la otra atención, apoyo moral, orientación para la toma de decisiones, asistencia educativa, o ayuda para adquirir o desarrollar habilidades sociales o laborales. Se trata de un instrumento muy distinto de la adopción y a la acogida, pues no implica cambios en la patria potestad. De ahí que pueda aplicarse a menores tutelados, en riesgo de desprotección social o a cualquier persona con dificultades sociales.
- El voluntariado en grupos de auto-ayuda. Aunque no siempre se consideran entidades de voluntariado, no debe olvidarse que una parte importante del trabajo de voluntariado se articula mediante grupos de auto-apoyo o auto-ayuda, así como mediante grupos de apoyo social (visitas a enfermos, apoyo semi-formal a madres en riesgo de exclusión, etc.).
- Los programas de acogimiento. Parecidas características tienen –y a menudo se realizan en el marco de la acción voluntaria– los programas de acogimiento familiar, en los que, generalmente de forma voluntaria, una familia atiende las necesidades vitales de menores en situación de desprotección o de personas mayores solas.

2.9.4.

LA IMPLICACIÓN COMUNITARIA DE LAS ENTIDADES DE INTERVENCIÓN SOCIAL: LA ACCIÓN EN RED SOBRE EL TERRITORIO

La definición de un modelo de calidad en el ámbito de la atención a las personas sin hogar requiere también una reflexión sobre la relación que debe establecerse entre las entidades y centros que prestan estos servicios y el entorno comunitario en el que se establecen. En ese sentido, entidades como Sartu (Federación Sartu, 2013) han puesto de manifiesto la necesidad de fomentar un entorno socialmente responsable, la necesidad de incrementar la incidencia social y política de las entidades y la importancia del capital relacional externo de las entidades.

En relación a la primera de las cuestiones, la entidad sostiene la necesidad de que las entidades del tercer sector fomenten con más ahínco un entorno socialmente responsable, tejiendo lazos más estrechos con organizaciones diferentes, fundamentalmente, autoridades públicas y empresas en el marco de estructuras organizadas que sean capaces de actuar eficientemente. En ese contexto, resulta clave el capital relacional externo de las entidades, que puede ser definido como el valor generado por las relaciones que la entidad mantiene con su entorno exterior: organizaciones y personas que, fundamentalmente, son clientes, proveedores, aliados o competidores. Este capital está compuesto principalmente de conocimiento, reconocimiento social y político, relaciones positivas con otros agentes del entorno y de la capacidad de crear y desarrollar redes de partenariado. Igualmente necesaria es, desde esta perspectiva, el incremento de la incidencia política y social, con el objetivo fundamental apoyar, promover y dinamizar iniciativas que beneficien, principalmente, a la sociedad, en general, y a las personas vulnerables o en exclusión en particular.

Del mismo modo, la Guía metodológica de participación social de las personas en situación de pobreza y exclusión social a la que antes se ha hecho referencia pone de manifiesto la necesidad de que las entidades que trabajan en el ámbito de la inclusión actúen en red para influir en las políticas (EAPN España, 2010). En ese sentido, se aboga en primer lugar por el desarrollo de organizaciones capaces de educar en valores democráticos y, en segundo lugar, por el desarrollo de formas de “coordinación y cooperación entre asociaciones, organizaciones, movimientos, entidades, etc., que se basa en la plena comunicación, la participación activa, la organización horizontal y el trabajo en equipo”. Desde ese punto de vista, las características ideales de una red serían las siguientes:

- Compartir una visión entre las organizaciones integrantes de la red;
- Ser transversal a todos los departamentos y trabajos de cada organización, y dentro de la filosofía de las entidades;
- La creación colectiva de conocimiento, sobre una cuestión social y sobre el Sector de Acción Social;
- La adopción del principio de la diversidad;
- La adopción del principio de “proceso” como mecanismo y filosofía de actuación.

2.10.

COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN: LA COORDINACIÓN BASADA EN LA PERSONA

Desde un punto de vista más organizativo, y si bien no cabe considerarlo como un aspecto teórico o conceptual, es también necesario hacer una breve referencia a la necesidad de desarrollar intervenciones que favorezcan la coordinación entre los diferentes agentes que intervienen con una misma persona y de garantizar la continuidad de la atención.

La cuestión de la continuidad de los cuidados resulta un elemento clave de los modelos de atención centrada en la persona, en la medida en que intentan evitar la descoordinación que puede producirse cuando son varios los niveles administrativos que intervienen sobre una misma persona. En el ámbito de la inclusión social esta necesidad de coordinación resulta aún, si cabe, más perentoria, en la medida en que las personas atendidas en este tipo de programas presentan múltiples carencias o dificultades (de empleo, vivienda, salud...) que normalmente se atienden desde dispositivos administrativos diferentes. El reto de la coordinación resulta también evidente si se tiene en cuenta la pluralidad de agentes que suelen intervenir en un mismo caso (entidades privadas sin fin de lucro proveedoras del servicio y entidades públicas que lo regulan, financian y velan por su calidad, por ejemplo), o el carácter progresivo de las intervenciones, que hace que, en el marco de un itinerario hacia la inclusión, las personas atendidas sean atendidas de forma secuencial por diferentes agentes. Resulta obvio, por último, que el desarrollo de los modelos de acompañamiento y gestión de casos que se derivan de la apuesta por la individualización requieren –al tiempo que facilitan– esquemas de trabajo en red que permitan integrar de forma coherente la labor de los diferentes dispositivos en un proceso de inclusión individual.

Todo esto obliga, por una parte, al desarrollo de fórmulas organizativas que permitan una mejor coordinación interinstitucional, especialmente entre los servicios sociales y los de salud, vivienda, empleo y justicia. También implica sin embargo –de cara a las propias organizaciones prestadoras de servicios– la adaptación de los procesos organizativos a la necesidad de coordinarse con otras entidades o niveles administrativos, mediante fórmulas bien de ámbito territorial, bien establecidas en torno al trabajo con casos concretos. En ese sentido, se ha puesto de manifiesto la necesidad de apostar por modelos de coordinación sociosanitaria¹⁹ centrados en la persona, a partir de la idea de que cualquier avance en la coordinación intersectorial sólo tiene sentido desde la perspectiva de la experiencia individual (Redding, 2013). La idea de la coordinación de servicios centrada en la persona relaciona la necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes agentes prestadores de servicios con la individualización de la atención y el diseño de las intervenciones desde el prisma de las necesidades concretas de cada persona, haciendo la primera inevitable.

2.11

DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA BASADA EN EL CONOCIMIENTO

Desde al menos mediados de los años 80 ha surgido en los países de nuestro entorno un movimiento de gran interés que busca aplicar el conocimiento basadas en la evidencia científica a la gestión de las políticas sociales y socio-sanitarias. Los procedimientos de la práctica basada en la evidencia “tratan de hallar, mediante el consenso fundado en la evidencia, propuestas técnicamente correctas y políticamente aceptables para la mayoría de los agentes en un futuro plausible” (Pinilla, 2004). La extensión de este paradigma proviene fundamentalmente de la medicina basada en la evidencia, que se define como el “uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia en el proceso de toma de decisiones acerca del cuidado de la salud de la persona” (Sackett et al, 1996). La evidencia procede de la investigación científica básica y clínica: a partir de la evidencia clínica, la práctica médica sustituye pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados por otros nuevos que son más potentes, precisos, eficaces y seguros. Este proceso de innovación basado en la investigación es lo que caracteriza a la medicina científica. El desarrollo de esta

¹⁹ Las propuestas y reflexiones respecto a la coordinación y la continuidad de la atención se refieren a menudo al ámbito sociosanitario, si bien pueden, en general, extenderse a otros ámbitos como la vivienda, la justicia, el empleo, etc.

práctica tiene su origen, sin duda, en la necesidad de introducir principios de eficiencia económica y de responsabilidad social en las intervenciones, frente a una práctica anterior más orientada a la cobertura urgente de unas necesidades determinadas. Este movimiento se ha visto facilitado por los cambios tecnológicos y el desarrollo de la sociedad de la información, con bases de datos, herramientas estadísticas y sistemas de explotación, análisis y transmisión de la información más potentes y mejor conectados mediante las tecnologías de la información.

La traslación de este movimiento a los procesos de intervención social y socio-sanitaria resulta sin duda necesaria, en la medida en que reivindica elementos razonables pero hasta ahora poco presentes en este campo, tales como el carácter científico de la intervención social, la necesidad de no improvisar, de no guiarse solo por el sentido común, sino también por el contraste y la verificación de la intervención; de elevar, en definitiva, la intervención social a una fase más adulta mediante la selección rigurosa de las intervenciones más efectivas. Pese a la extensión de este paradigma –que cuestiona tanto los métodos de investigación y evaluación que se habían venido utilizando previamente en el ámbito de los servicios sociales como la propia naturaleza de estos servicios–, y pese a su indudable utilidad, su aplicación en el ámbito de los Servicios Sociales genera dudas, recelos y resistencias, en la medida en que no siempre esta filosofía –o las técnicas de investigación y análisis en las que se apoya– se consideran aplicables en un ámbito como el de los servicios sociales. En efecto, para Petr y Walter (2009), la práctica basada en la evidencia refleja una visión occidental y tecnocrática del conocimiento que privilegia los intereses de los investigadores cuantitativos y que se centra en las intervenciones dirigidas al individuo (en detrimento de las que quieren incidir en los contextos sociales). Este enfoque esencialmente conservador, señalan estas autoras, reproduce el status quo y margina las voces de usuarios, profesionales e investigadores cuantitativos.

Dada pues la existencia de visiones relativamente contrapuestas en relación a la idoneidad de este paradigma, en este epígrafe se presentan, en primer lugar, algunas definiciones de lo que se entiende por práctica basada en la evidencia en el ámbito de los servicios sociales, las herramientas en las que se basa, las ventajas y potencialidades que puede tener en el campo de los servicios sociales y las limitaciones que, desde posturas críticas, se le atribuyen. A partir de ese repaso, en el segundo punto se plantea un marco para el desarrollo de una práctica basada en la evidencia que pueda ser incorporada al marco general de este proyecto.

2.11.1.

LA RELEVANCIA DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES

¿Qué es la práctica basada en la evidencia? Básicamente, y en su aplicación al ámbito del trabajo social, la idea básica de la práctica basada en la evidencia se centra en que la intervención social se deben basar de forma sistemática en un conocimiento contrastado de su efectividad, derivado a su vez de la utilización de métodos sólidos de investigación empírica (Otto, Poluta y Ziegler, 2009). En el marco de este paradigma, la evidencia se deriva básicamente de la tradición científica occidental, y sitúa los diseños experimentales como la regla de oro de toda investigación (Petr y Walter, 2009).

El carácter hegemónico de este paradigma en el ámbito de las políticas sociales queda de manifiesto si se tiene en cuenta el impulso que desde las instituciones comunes europeas se viene dando a la experimentación social como mecanismo privilegiado de acceso al conocimiento en el ámbito de los servicios sociales. En ese sentido, la plataforma Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social promueve la innovación social y la experimentación política social como formas renovadas para hacer frente a los desafíos de las políticas sociales (evolución de las necesidades sociales, crecientes las limitaciones presupuestarias,

necesidad de garantizar la participación de los diversos agentes en todo el proceso de toma de decisiones, necesidad de evaluar el impacto social de las decisiones que se adoptan...). Desde ese punto de vista, las instituciones europeas consideran experimentación social aquellas intervenciones que:

- buscan generar respuestas innovadoras a las necesidades sociales,
- se implementan en condiciones que aseguren la posibilidad de medir su impacto; y
- se implementan a pequeña escala debido a la incertidumbre existente en cuanto a su impacto, como paso previo a su implementación a mayor escala una vez demostrada su efectividad;

La asunción de este paradigma implica, en cierta medida, reconocer que anteriormente la práctica profesional en el ámbito de los servicios sociales se basaba en otros elementos de carácter pseudocientífico –como la tradición, la costumbre, la observación puntual o la intuición personal– y que es necesario un trabajo sistemático de identificación de evidencias sólidas respecto a la eficacia de las diferentes alternativas técnicas y políticas para la intervención social. Desde ese punto de vista, se considera que una práctica del trabajo social que se base en la aplicación de métodos o intervenciones apoyados en investigaciones empíricas adecuadamente realizadas resulta más eficiente, beneficiosa, transparente y ética que otras formas de trabajo social.

Las principales herramientas que utiliza este paradigma, importadas del mundo de la medicina, son las revisiones sistemáticas y los diseños experimentales.

- Las primeras consisten en la selección sistemática de toda la documentación que evalúe o valore la efectividad de una intervención concreta –siempre que ese análisis respete unos criterios determinados de rigor metodológico–, compararlos y extraer de ellos las conclusiones correspondientes. Se trata de seleccionar y evaluar de forma crítica estudios relativos a una cuestión determinada y de analizar y contrastar sus resultados, siguiendo siempre unos criterios metodológicos muy explícitos. En ocasiones se realizan meta-análisis, que implican el tratamiento estadístico de datos cuantitativos recogidos de diferentes investigaciones.
- Además de las revisiones sistemáticas es necesario contar con investigación basada en diseños experimentales con grupos de control. Se pretenden en estos casos aplicar una intervención a un grupo determinado y no aplicársela a otro grupo de las mismas características y, después, valorar los cambios que se han producido en cada uno de los dos grupos en una serie de aspectos previamente definidos. En este tipo de estudio, la aleatoriedad en la asignación de los miembros de cada uno de los grupos (el experimental, con el que se realiza la intervención, y el grupo de control, con quienes no se realiza esa intervención) es un rasgo importante, para determinar que el resultado es consecuencia de la intervención realizada y no de otros factores. La base que subyace a estos estudios es que, en la medida en que los dos grupos son idénticos en todas sus características, salvo en el hecho de haber sido sometidos a la intervención objeto de evaluación, cualquier resultado diferencial puede serle atribuido a la propia intervención.

¿Qué críticas se le han solido hacer a la aplicación del paradigma de la práctica basada en la evidencia al ámbito de la intervención social? Las críticas son de varios tipos y se refieren tanto a las posibilidades de aplicar los criterios de ese paradigma a la intervención social como en la propia necesidad de ese cambio de paradigma (Raya y Zalakain, 2011). En lo que se refiere al primer aspecto, es necesario recordar que la diferencia entre el conocimiento médico y el conocimiento social, entre la sociología y la biología, entre las ciencias sociales y las ciencias naturales, es indiscutible. En ese sentido, se pueden enunciar una serie de condicionantes prácticos que limitan la posibilidad de su aplicación en el mundo de la intervención social:

- La intervención social no es una ciencia exacta, y las condiciones de una intervención social no se pueden imitar en un laboratorio ni en un experimento.
- La posibilidad de experimentos con asignación aleatoria es mucho menor, y el seguimiento de las intervenciones es
- La intervención social es por definición multifacética y multidimensional. Cualquier intervención social implica muchas disciplinas y cambios a muy diversos niveles (psicología en el comportamiento humano, economía, sociología). Encontrar efectos aislados y/o relaciones de causalidad es mucho más difícil que en la biología o la farmacología.
- Ese tipo de investigaciones requieren presupuestos muy elevados, así como capacidad técnica tanto para realizar como para comprender los resultados.
- Muchos de los factores que influyen en los resultados de la intervención están completamente al margen de la capacidad de análisis y de observación. Además está la cuestión sobre la relación sujeto-objeto investigado y sujeto que investiga.
- En ciencias sociales es muy difícil establecer relaciones de causalidad. La investigación en ciencias sociales nunca es concluyente: siempre está sujeta a la revisión y a la interpretación, a diferencia de lo que ocurre con los análisis clínicos. Los resultados de una intervención social son mucho menos predecibles que los de una intervención farmacológica, o médica.

Desde un punto de vista algo más genérico, se han señalado también otras limitaciones de este tipo de enfoques, como las que se citan a continuación (Raya y Zalakain, 2011):

- El enfoque de la práctica basada en la evidencia se ajusta preferentemente a un cierto discurso tecnocrático que da mayor importancia a los resultados cuantificables y de gestión que a las mejoras cualitativas que se puedan observar por medios menos convencionales. En ese sentido, se considera en ocasiones que este paradigma se basa en una concepción tecnocrática de la intervención social que ignora el complejo proceso de deliberación y elección que subyace a la toma de decisiones en el campo de la intervención social, tanto a nivel micro (individual) como a nivel macro (político).
- Una cuestión crucial para la aceptación de la práctica basada en la evidencia es que la definición de lo que se considera evidencia científica queda en manos de los especialistas de la investigación, y no de los gestores de la intervención. En este sentido se critica que este enfoque sea una forma de limitar la autonomía de los profesionales y de establecer una serie de programas determinados que desde un determinado criterio “científico” o cientifista se presentan como más efectivos y/o económicos.
- Cabe también señalar, a medio camino entre los reparos ideológicos y metodológicos, que la evidencia basada en la práctica difícilmente acepta la pluralidad de métodos de investigación que caracterizan a las ciencias sociales, y que sin duda privilegia los métodos estadísticos y econométricos frente a los cualitativos (que pueden provenir de disciplinas como la antropología, la psicología, la sociología o el psicoanálisis, con su acento en el análisis de los discursos y de las opiniones).

El debate respecto a la asunción de este tipo de paradigmas se vincula, en muchos aspectos, al que ha existido en torno a la evaluación de los programas de intervención. En ese sentido, hace ya algunos años señalábamos que el interés por la evaluación de los programas de intervención en materia de drogodependencias no es ajeno “a la aplicación en los servicios públicos de métodos ‘científicos’ de gestión (válidos, en principio, para gestionar cualquier tipo de organización con criterios de racionalidad y eficacia), la influencia de políticas liberales proclives a la reducción de tales servicios y, desde luego, favorables a la eliminación

de programas incapaces de acreditar resultados contantes y sonantes; ni al peso de ideologías conservadoras que interpretan cuestiones como la delincuencia, la discapacidad o la drogodependencia en clave de patología individual.

No es de extrañar por tanto –señalábamos– la desconfianza de muchos profesionales de la intervención social (...) respecto de los métodos científicos y cuantitativos en el ámbito de la evaluación. Tal desconfianza está apoyada, además, en consideraciones prácticas: las evaluaciones “científicas” requieren una adecuada definición de objetivos e indicadores de eficacia y la aplicación de diseños de investigación que permitan medir de forma válida y fiable sus resultados. Sin embargo, en el campo de las ciencias sociales es difícil reconstruir la cadena de efectos buscados y, en consecuencia, reducir un programa a un modelo simplificado que permita una evaluación convencional. A ello se añade la escasa utilidad de muchas de estas evaluaciones, la ambigüedad de sus resultados, su alto coste y su incapacidad para reconocer la pluralidad de puntos de vista de los actores implicados” (Zalakain, 1999).

2.11.2.

UN MARCO PARA EL DESARROLLO DE UNA PRÁCTICA BASADA EN EL CONOCIMIENTO

Pese a estas críticas, es evidente que un modelo riguroso de intervención social debe basarse en la evidencia científica disponible y debe construirse sobre sistemas rigurosos de gestión del conocimiento, que permitan:

- diagnosticar las necesidades de las personas atendidas (nivel micro) y las necesidades sociales que puedan existir en un territorio o ámbito determinado (nivel macro) para poder ajustar a esas necesidades el contenido de las intervenciones;
- en ese mismo sentido, es necesario también identificar los factores de riesgo y protección que en cada momento y realidad territorial concreta inciden –tanto a nivel macro como micro– en los procesos de inclusión, así como identificar el impacto que diferentes factores personales y sociodemográficos, como el género, el origen, la edad, etc., pueden tener en
- identificar buenas prácticas y modelos de intervención de eficacia demostrada que puedan ser incorporados al catálogo de servicios de la entidad;
- evaluar los resultados y el impacto de las intervenciones sobre las personas atendidas (nivel micro) y sobre el conjunto de la sociedad (nivel macro), para poder ir reorientando de forma continua el contenido de esas intervenciones;

De cara al desarrollo de un modelo de gestión del conocimiento que permita avanzar en el sentido señalado y que, al mismo tiempo, supere las limitaciones que se le atribuyen al paradigma de la práctica basada en la evidencia, autores como Petr y Walter (2009), han desarrollado la idea de la “práctica basada en el conocimiento” que, a diferencia de la anterior, pretende tener un carácter multidimensional e integrar la perspectiva cualitativa, la experiencia de los profesionales y el conocimiento de las personas usuarias. Si bien es cierto que esta propuesta se centra en la redefinición de las revisiones sistemáticas de la literatura, resulta obvia la posibilidad de extenderla a los diseños experimentales y a las evaluaciones de las intervenciones, de forma que tanto la definición de la investigación –es decir, la pregunta a la que se quiere dar respuesta– como la elección de las fuentes y las metodologías se realice de forma que puedan integrarse las perspectivas de todos los agentes.

En ese mismo sentido, autores como Otto, Polutta y Ziegler (2009) han defendido la necesidad de una práctica basada en la evidencia de segunda generación en el ámbito de los servicios sociales que reconozca la dificultad de

establecer en este ámbito relaciones causales de naturaleza mecánica y que busque –en lugar de ofrecer instrucciones sobre lo que funciona y lo que no– explicaciones que ayuden a contextualizar los problemas y a entender cómo unos factores actúan y se relacionan con otros.

Sin duda, hace años que se vienen desarrollando modelos de investigación y evaluación alternativos a la evaluación basada en el método científico y a la práctica basada en la evidencia a la que se acaba de hacer referencia. Se han desarrollado así diferentes métodos (pluralista, naturalista, de cuarta e incluso de quinta generación, etc.) que, en general, comparten el rechazo a la idea de evaluación imparcial y objetiva de los resultados para centrarse en la importancia de los valores y opiniones de la pluralidad de actores intervinientes, la preocupación por la utilización práctica de las conclusiones de la evaluación, el interés por el análisis de los procesos, el recurso a metodologías cualitativas y la sustitución de métodos científicos que precisan un entorno estable por otros que se adaptan a la naturaleza dinámica de los programas.

La validez de tales enfoques no debe entenderse, sin embargo, como una invitación a prescindir de una metodología racional en el ámbito de la evaluación. Tampoco como pretexto para convertirla en un ejercicio mezcla de intuición, retórica y cálculos aproximados que justifique y dé por buena cualquier intervención. La única norma indiscutible que se deriva de estos modelos alternativos es la que recomienda una pluralidad de enfoques que permita recurrir a los métodos y herramientas más apropiados en cada circunstancia. Deja así de tener sentido la discusión entre métodos cualitativos y cuantitativos, o la aparente obligación de optar entre evaluaciones de proceso y de resultados. Por el contrario, corresponde a cada uno de los agentes implicados en el ámbito de la prevención –en función del lugar que ocupa en esa red, de los recursos disponibles y de la naturaleza de sus intervenciones– elegir de entre todos los posibles los instrumentos, la metodología y los aspectos a evaluar. Sin embargo, esta pluralidad de enfoques sólo será posible bajo determinadas condiciones: entre ellas, la posibilidad de que todos los agentes que intervienen en el proceso participen en la evaluación y definan la agenda de la misma, es decir, los aspectos concretos que se van a evaluar y las preguntas a las que se va a buscar respuesta. Tal pluralidad también se verá obstaculizada, por otra parte, si los profesionales de la prevención carecen de herramientas que midan las variables incluidas en su modelo teórico, si rechazan a priori determinadas metodologías por considerarlas ajenas a ese modelo o si renuncian a valorar de forma racional la utilidad de su trabajo (Zalakain, 1999).

2.12. CONCLUSIONES

2.12.1. BASES CONCEPTUALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL SEVERA

A lo largo de las páginas precedentes se han analizado y descrito algunas de las orientaciones filosóficas o conceptuales más relevantes que se han desarrollado en los últimos años en el ámbito de la intervención social. Estas orientaciones provienen de los diferentes ámbitos que conforman los servicios sociales y la protección social en general –la atención a las personas mayores y/o con discapacidad, los sistemas de garantía de ingresos, las políticas de salud pública en materia de drogodependencias...–, y no necesariamente del ámbito del trabajo con personas en situación de exclusión social severa. Sin embargo, dado el carácter universal de estos enfoques, pueden perfectamente ser la base para la definición de un modelo de intervención de calidad con la población en situación de exclusión social.

A partir de la reflexión realizada, cabe pensar que un modelo de intervención de calidad orientado a esta población debería basarse en los siguientes elementos o principios básicos:

1. **Apostar por la activación, desde una concepción multidimensional de la inclusión.** Necesariamente, el modelo INCLUE debe basarse en el paradigma de la inclusión activa, en la medida en que constituye el paradigma hegemónico en el ámbito de las políticas sociales europeas y en la medida en que reconoce la centralidad del empleo remunerado en los procesos de inclusión social. A la hora de incorporar este principio al diseño del modelo, es necesario poner el énfasis en dos aspectos:
 - a. En primer lugar, del mismo modo que en el ámbito de la discapacidad se pasó de un modelo médico o rehabilitador a una concepción social de la discapacidad, que hace hincapié en el carácter excluyente de las estructuras sociales y en la necesidad de adaptar esas estructuras a las características de todas las personas, reconociendo y valorando su diversidad, en el ámbito de la inclusión es también necesario desarrollar un modelo de ‘discapacidad social’ que –sin dejar de lado los factores individuales relacionados con los procesos de exclusión e inclusión– promueva la modificación de las estructuras sociales que generan desigualdad²⁰.
 - b. En segundo lugar, aun reconociendo la centralidad del empleo remunerado como elemento básico para la inclusión, es preciso reconocer el carácter multidimensional de la exclusión y, por tanto, la necesidad de trabajar otros elementos distintos de la empleabilidad (salud, vivienda, relaciones personales, etc.). Esto implica, por una parte, que el acceso al empleo remunerado no debe siempre considerarse como el objetivo básico de toda intervención y, por otra, que cabe apostar por una concepción amplia de la empleabilidad, que reconozca el valor inclusivo del voluntariado, el cuidado a otros miembros de la unidad familiar, las actividades artísticas o, incluso, el ocio. En ese sentido, un modelo coherente con el principio de inclusión activa debe promover la mejora de la calidad de vida y de los niveles de inclusión social, considerando la empleabilidad no como un fin, sino como un medio para la inclusión, y dejar por tanto de lado aplicaciones workfaristas del concepto de activación, que consideran la empleabilidad como una característica intrínseca de las personas y la inclusión laboral como la única vía para inclusión social.
2. **Derecho a una intervención de calidad.** Al margen de la regulación legal que en un momento dado pueda existir en una Comunidad Autónoma determinada, un modelo inclusivo de atención a las personas en situación de exclusión social debe tender a asumir que la percepción de apoyos para la inclusión constituye un derecho de las personas en situación de exclusión social. De ello se deriva que la provisión de esos apoyos –bien directamente, bien mediante entidades concertadas– constituye una responsabilidad de las administraciones públicas, no sujeta a discrecionalidad. Desde el punto de vista de la prestación del servicio, esto implica además la necesidad de garantizar la calidad del mismo, y de establecer los sistemas adecuados de inspección, acreditación y determinación de estándares.

20 Como señala Pisonero (2007), el modelo de la discapacidad social es micro: sitúa a la persona como eje del proceso y clasifica situaciones dadas sobre una persona. Pero, al mismo tiempo, tiene una perspectiva macro: la discapacidad social es, en parte, producto del contexto social. El modelo co-responsabiliza y apunta, por tanto, a que el entorno es parte del problema y de la solución. El entorno laboral, el educacional, el social y la vivienda, así como las políticas generales, y las actitudes de toda la ciudadanía son co-responsables de los procesos de exclusión y son, por tanto, parte activa de su solución. Esto afecta a todos los ámbitos públicos y privados, a todas las administraciones y a las instancias privadas, como la patronal, los sindicatos, medios de comunicación, etc.

3. **Reconocimiento y respeto de los derechos.** Estrechamente relacionado con lo anterior, el diseño de los programas y las intervenciones debe estar enmarcado en el reconocimiento de los derechos que asisten a las personas usuarias de los servicios sociales. Además de sus derechos básicos y fundamentales (a la igualdad, a la no discriminación, etc.) o de los derechos que el sistema de protección social les reconoce (a una prestación de garantía de ingresos o a unos servicios de apoyo para la inclusión social y laboral), las personas usuarias de los servicios sociales, en tanto que tales, deben poder también ejercer en la práctica el derecho a la dignidad, la privacidad y la intimidad, la autodeterminación y la autonomía, la capacidad de elección, o la satisfacción y la realización personal.
4. **Individualización, autodeterminación y control.** Uno de los retos fundamentales de un modelo innovador y de calidad en el ámbito de la inclusión social radica en cómo llevar a la práctica la necesaria individualización de los servicios y, fundamentalmente, en cómo promover la autodeterminación de las personas usuarias y su control en relación a los servicios que se les prestan, en la línea de modelos como la atención centrada en la persona o la vida independiente. Ello hace necesario, en primer lugar, promover un modelo de intervención que tenga en cuenta los condicionantes estructurales de la exclusión, y no se centre exclusivamente en los aspectos individuales de la misma, desde una concepción meramente rehabilitadora de la intervención social. Más difícil resulta, en cualquier caso, modificar las estructuras e inercias organizativas para garantizar que las personas atendidas tienen un mayor control a la hora de decidir el contenido de las intervenciones, establecer los objetivos de las mismas y evaluar sus resultados. El acompañamiento individualizado se configura en ese sentido como una herramienta esencial para el desarrollo de este enfoque, en la medida en que puede combinar el derecho a la autonomía y el control de las personas que participan en los programas con la supervisión técnica de los procesos de inclusión por parte de los profesionales referentes de cada caso.
5. **Perspectiva de género.** El principio de individualización al que se ha hecho referencia hace inevitable la adopción de una perspectiva de género que tenga en cuenta en todas las fases de la intervención –el diseño de los programas, la articulación de los recursos, la atención directa a las personas usuarias, la evaluación de las intervenciones, etc.– las diferentes circunstancias que pueden rodear a mujeres y hombres en situación de exclusión. En ese sentido, la búsqueda de una igualdad real entre mujeres y hombres exige que las medidas y actuaciones diseñadas para la inclusión social se realicen a partir de una perspectiva transversal, que haga hincapié en los diferentes contextos vitales que hombres y mujeres tienen por el simple hecho de serlo. Ello obliga a adaptar los servicios a elementos tales como la posible presencia de responsabilidades familiares, el mayor impacto de los aspectos relacionales en los procesos de exclusión de las mujeres o la relación entre género, exclusión social y salud mental.
6. **Desinstitucionalización, vivienda con apoyo y atención en la comunidad.** En el ámbito de la atención a los menores, las personas mayores o las personas con discapacidad, se ha aceptado la necesidad de que los servicios de alojamiento no se presten en centros residenciales de carácter institucional y de gran tamaño, sino en unidades de convivencia, viviendas tuteladas o con apoyo, y otros recursos residenciales ubicados en entornos comunitarios. En el ámbito de la exclusión es todavía frecuente sin embargo el recurso a equipamientos aislados, institucionales y/o de gran tamaño, en los que el abordaje individualizado de la intervención, así como la autodeterminación y el control por parte de las personas usuarias, resulta sumamente difícil, frente a la preponderancia de las necesidades organizativas. Un modelo de calidad debe por tanto basarse en la provisión de servicios de alojamiento en viviendas ordinarias, integradas en la comunidad, desde las que se puede prestar a las personas atendidas los apoyos necesarios (de mayor o menor intensidad, permanentes o intermitentes, etc.).

merciales, culturales, de ocio, etc.– de la zona en la que esas viviendas están ubicadas. Por otra parte, y si bien es cierto que la apuesta por la desinstitucionalización y la integración comunitaria se ha centrado especialmente en el ámbito de la vivienda, es también necesaria insistir en su aplicación al ámbito de la integración laboral: ello exige apostar por la búsqueda de alternativas de integración laboral –con los apoyos necesarios y de forma más o menos gradual– en el mercado ordinario de empleo, en detrimento de las fórmulas de empleo especial o protegido.

7. **Reducción de daños y servicios de baja exigencia.** En el ámbito de la salud pública se ha aceptado de forma progresiva el paradigma de la reducción de daños, que implica, entre otros aspectos, renunciar a una concepción necesariamente lineal de los procesos de inclusión. Asumir el paradigma de la reducción de daños en el ámbito de las políticas de inclusión tiene dos consecuencias: por una parte, el desarrollo de programas y equipamientos orientados fundamentalmente a evitar un mayor deterioro de las personas en situación de exclusión, aplicando criterios de baja exigencia en el acceso y en la utilización de los mismos; por otra parte, renunciar a la idea de que toda intervención ha de ser necesariamente escalonada y lineal, y que el acceso a soluciones residenciales independientes sólo tiene sentido como culminación de un proceso previo de inclusión.
8. **Apoyos para la calidad de vida.** La mayor parte de los elementos que se han señalado hasta ahora están presentes en el modelo de apoyos, autodeterminación y calidad de vida desarrollado en el ámbito de la discapacidad. La traslación de este modelo al ámbito de los servicios para la inclusión tiene, al menos, dos implicaciones de importancia: por una parte, la calidad de vida –tal y como la experimentan y definen las personas atendidas– se constituye como regla de oro de la intervención, en paralelo al objetivo de inclusión social. Si bien es cierto, como se ha señalado previamente, que no siempre pueden aplicarse a los servicios para la inclusión social las mismas bases conceptuales que se aplican en el ámbito de la discapacidad, el objetivo de la calidad de vida requiere un protagonismo mayor del que hasta ahora se le ha dado. Por otra parte, el modelo de apoyos –estrechamente vinculado a la individualización de la atención– implica un cambio en la forma de concebir la intervención de los profesionales, cuya labor ha de centrarse preferentemente en la provisión de apoyos para la mejora de la calidad de vida y para la inclusión social de las personas atendidas.
9. **Coordinación interinstitucional y continuidad de la atención.** Desde un punto de vista más organizativo, un modelo innovador y de calidad en el ámbito de la inclusión social debe articularse de forma que se garantice la continuidad de la atención y la coordinación de todos los agentes que intervienen, desde distintos ámbitos, con un mismo caso, a partir de un modelo de coordinación centrada en la persona.
10. **Participación y ciudadanía activa y coproducción.** Cualquier modelo eficaz de trabajo en el ámbito de la inclusión social debe basarse en la participación de las personas usuarias, tanto en la definición de su proceso de inclusión, como en la gestión de los centros y recursos en los que participan. En ese sentido, no cabe duda de que implicación personal y participación social son mecanismos interrelacionados cuyo efecto mejora las posibilidades de autonomía personal e integración relacional. El reto se centra en la búsqueda de herramientas que permitan empoderar a las personas en situación de exclusión social, capacitarlas, para generar y utilizar conocimientos de manera activa y eficaz de forma que puedan superar la barrera que les impide participar activamente en la sociedad, tomar el control de sus propias vidas y, en definitiva, convertirse en ciudadanos y ciudadanas autónomos/as.
11. **Implicación de las entidades en la comunidad.** El trabajo de las entidades que prestan servicios para la inclusión social sólo puede resultar plenamente efectivo si estas entidades están presentes en el tejido social de los territorios en los que operan; si son capaces de participar activamente en las redes comunitarias y de influir en el debate público sobre la exclusión y la desigualdad, haciendo visibles las necesidades de estas personas y su derecho a recibir los apoyos que precisan para la inclusión.

12. **Práctica basada en la evidencia y evaluación continua.** Finalmente, es importante destacar que cualquier modelo eficaz de intervención en el ámbito de la exclusión social debe estar basado en la evidencia científica y debe recurrir a intervenciones, prácticas, programas o enfoques cuya efectividad haya sido demostrada. Para ello cabe recurrir a las herramientas que tradicionalmente se han asociado al paradigma de la práctica basada en la evidencia –como los diseños experimentales o las revisiones sistemáticas de la literatura científica– sin olvidar, en cualquier caso, la necesidad de integrar en estas investigaciones y evaluaciones la voz de todos los agentes (incluyendo profesionales y usuarios) y reconociendo la necesidad de utilizar una pluralidad de metodologías.





LA INCLUSIÓN Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN GALICIA

LA INCLUSIÓN Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN GALICIA **3**

3.1. **INTRODUCCIÓN**

Este capítulo, pretende analizar el marco de interpretación para identificar las peculiaridades de la inclusión social en Galicia, conocer las relaciones entre territorio, población y exclusión y analizar los factores de la cultura de trabajo y del emprendimiento relacionados con los factores de la exclusión social para ofrecer un informe que contemple la evolución del concepto y las tendencias de la pobreza y la exclusión social en Galicia. Todo ello, por la importancia que para la futura implementación del Modelo INclúe en Galicia, tiene el contar con un análisis detallado de la situación en el territorio.

En la primera parte, se ofrece un recorrido por la evolución conceptual y administrativa del abordaje de la pobreza y de la exclusión social. Ese recorrido se realiza mediante la aportación de textos representativos de las concepciones vigentes a lo largo de los últimos veinte años, y su plasmación en documentos normativos o bien de análisis de las políticas públicas hecha por organismos de supervisión y control (Defensor del pueblo).

En la segunda parte, se analiza la situación actual de la pobreza y de la exclusión social, mediante una atención particular a las principales tendencias de los últimos años. También se presta atención a aquellos elementos que son considerados como característicos de la realidad social gallega y de las formas de pobreza y exclusión existentes en el territorio: el fuerte envejecimiento de la población y la exclusión territorial como fruto de una dispersión poblacional que comienza a ser disfuncional para la articulación de los servicios públicos y para la calidad de vida de las personas.

Por último, se ofrece una aproximación a las formas de abordaje de la exclusión que se consideran consolidadas en la actualidad, y que se enmarcan preferentemente en el paradigma de la Inclusión Social activa, así como algunos retos pendientes para adaptar ese marco a las necesidades actuales del territorio y de las personas que lo habitan.

En la actualidad se entiende la pobreza como ausencia de recursos económicos y la exclusión social como un proceso social de expulsión parcial o total de personas que viven en una determinada sociedad. En el primero caso, se trata de un concepto económico. En el segundo caso, de un proceso social (y de los resultados de ese proceso). Ambas cuestiones, pobreza y exclusión, aparecen íntimamente relacionadas, por lo que tienden a presentarse conjuntamente, tanto en los análisis como en las medidas de abordaje y de mejora de las condiciones de vida de las personas y colectivos afectados. Pero, al mismo tiempo, existe una conciencia clara de que ambas cuestiones son diferentes en su óptica, en su alcance y en las formas de intervención que pueden dar resultados de cohesión social.

Sin embargo, el concepto de exclusión social (y su correlato positivo de inclusión social) es relativamente reciente, ora desde el punto de vista conceptual, ora desde la perspectiva del desarrollo de mecanismos de abordaje para esta problemática. De hecho, se considera que es la sociología francesa de los años '80 del pasado siglo XX quien introduce la reflexión sobre la exclusión social; que es la evaluación del Programa Pobreza de la Comunidad Económica Europea (actualmente Unión Europea) quien introduce la lucha contra la exclusión social en la práctica administrativa a finales de los años '80 y, especialmente, en los años '90, culminando con la elaboración de Planes Nacionales de Inclusión Social.

En Galicia, se deben diferenciar dos fases bien definidas: el marco anterior a 2001, fecha de la aprobación del I Plan de Inclusión Social de Galicia, y el desarrollo posterior (que, hasta la actualidad, está articulado en el I Plan de Inclusión Social de Galicia y el II Plan de Inclusión Social de Galicia). Aunque el término 'Inclusión Social' aparece ya en la Ley 9/1991, no será hasta la redacción del I Plan de Inclusión cuando comience a dibujarse la diferencia conceptual, que se consolida en el diagnóstico que acerca el II Plan de Inclusión Social (aunque éste no ofrece aún una definición de exclusión/inclusión social). Durante la primera fase de desarrollo de esta diferencia, existe la conciencia de que el problema es la pobreza, mientras que la inclusión consiste en la lucha contra la pobreza y el resto de factores que lleva asociada. Progresivamente, va quedando claro que el problema de la pobreza debe ser abordado por políticas económicas, tanto de desarrollo como de distribución, mientras que el problema de la inclusión afecta a las dinámicas de las personas y colectivos que tienden a ser expulsadas de la sociedad.

Como muestra de que en el centro del debate durante una década estuvo la cuestión de la pobreza, se deben destacar los dos importantes trabajos que sobre esta cuestión se realizaron en Galicia entre 1990 y 2000: el de Jordi Estivill para la Xunta de Galicia (1993) y el de FOESSA para Cáritas (1998); las diferencias de enfoque, método y objetivos no ocultaban una concepción común, basada en el 50% de la Renta Disponible Promedio (qué era empleada de aquella como medida de la pobreza). En los agregados, las llamativas diferencias cuantitativas estaban basadas en el diferente universo de comparación de la renta: mientras la Xunta prefirió considerar Galicia como universo (y obtuvo un 16% de pobreza), Cáritas optó por comparar con la renta media española (obteniendo un 21%), dado el diferencial negativo de renta de Galicia respecto del conjunto de España.

Como muestra de que los nuevos parámetros relacionados con la exclusión estaban lejos de consolidarse, se pueden citar otros dos estudios:

- El Informe Extraordinario del Defensor del Pueblo de 1998 "Discriminación, marginación y exclusión social en Galicia". Como indica el propio Defensor: "Este informe que analiza las diferentes maneras de marginación y exclusión social en Galicia se elaboró con motivo de

haber sido declarado el año 1997, por la Unión Europea, como Año Europeo contra el Racismo, la Xenofobia, el Antisemitismo y demás maneras de discriminación”. Pero el concepto de discriminación dista de poder equipararse jurídicamente a lo que está presente en la “Directiva 2000/78/CE de él Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación” y en la “Directiva 2000/43/CE de él Consejo, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico”. No parece muy claro el concepto de “marginación”, como nexo de unión entre discriminación y exclusión social; y tampoco está construido un discurso explicativo sobre las relaciones complejas entre pobreza y exclusión.

- El Estudio preparatorio del I Plan de Inclusión Social de Galicia. Desafortunadamente, el documento completo no fue conservado en ningún archivo de consulta pública, y el resumen que precede al texto del Plan de Inclusión es excesivamente breve. Aunque parece claro que no existe una delimitación conceptual suficiente que permita avanzar en las diferencias y en las relaciones entre pobreza y exclusión social.

A pesar de esas aproximaciones inconclusas (o precisamente gracias a ellas), el I Plan de Inclusión Social de Galicia trata de vertebrar una intervención específica centrada en la inclusión social, tomando en consideración elementos como salud, vivienda, empleo, educación y protección social, así como la red asistencial pública y de iniciativa social disponible, y el resto de elementos de la red social en que vive la persona. Las prestaciones en general (y la Renta de Integración Social de Galicia, en particular) aparecen como instrumentos económicos y de trabajo social vinculados con los procesos de inclusión. Así, la pobreza como falta de recursos es una dimensión atendida desde la óptica de la inclusión social; pero está ubicada como un factor concurrente en un proceso multifactorial.

El capítulo introductorio de la Evaluación Intermedia del I Plan de Inclusión Social de Galicia es muy ilustrativo de esa madurez en la concepción de la exclusión social y de su compleja relación con las situaciones de pobreza y privación material. Ayuda a comprender la evolución conceptual y administrativa de la inclusión social en Galicia, y a proyectar lo que serán sus desarrollos posteriores.

A partir de ese momento, se implanta una nueva concepción de la pobreza, que la sitúa por debajo del 60% de la mediana de los ingresos y no en el 50% del promedio. En realidad, esta corrección en la mayoría de los casos no eleva el umbral de la pobreza, sino que lo reduce (al ser inferior el valor económico del 60% de la mediana respecto del 50% del promedio, por la acumulación de recursos en los dos deciles superiores de la población). Y, al mismo tiempo, se desarrollan instrumentos de medición de la exclusión, uniendo a la pobreza los conceptos de “privación material” y de “baja intensidad en el empleo”. Se podrían incorporar otros, pero éstos están recogidos en la Encuesta de Presupuestos Familiares, forman parte de la Estadística Comunitaria y de las series estadísticas nacionales y regionales, lo que los hace muy operativos (aunque incompletos para abarcar la totalidad de los fenómenos de la exclusión social).

El II Plan de Inclusión Social de Galicia estará más centrado en los procesos de inclusión que en los factores de exclusión, realizando una aportación metodológica muy importante, aunque dejando en segundo plano la dimensión analítica de la realidad.

Los nuevos instrumentos de lucha contra la pobreza y la exclusión social deberán tomar en consideración esta evolución conceptual, metodológica y administrativa, tratando de profundizar sobre el significado individual y social de la exclusión, para poder continuar avanzando en los procesos y en los métodos de inclusión social.

Se ofrecen a continuación los textos más relevantes de la evolución descrita, con su transcripción literal en algunos puntos. Se toma como punto central de la evolución el capítulo introductorio de la Evaluación Intermedia del I Plan de Inclusión Social de Galicia. Del II Plan de Inclusión Social de Galicia se toman los conceptos, pero no la descripción de la realidad de la pobreza, sobre la que existen datos actualizados disponibles a través del IGE (www.ige.eu).

Ley 9/1991 de Medidas Básicas de Inclusión Social

La Ley 9/1991 de Medidas Básicas de Inclusión Social es la primera ley que regula la existencia de una Renta de Inclusión Social de Galicia (RISGA). Del lado de la terminología tradicional de pobreza y marginación, aparece la dialéctica entre exclusión e inclusión social, ofreciendo un marco plenamente actual de interpretación de los fenómenos interrelacionados de escasez de recursos y de dinámicas que expulsan a las personas a cara descubierta fuera de la corriente principal de una sociedad.

Al mismo tiempo, comienza a estar presente el paradigma de inclusión social activa, siendo un objetivo declarado de la ley “evitar la cronificación”:

Este plan supone un gran paso adelante para, de un modo sistemático y a nivel legislativo, abordar en Galicia, desde la Administración autonómica, la problemática de la pobreza, que se revela, con gran frecuencia, como uno de los principales factores asociados a la marginación social.

La pobreza presenta hoy perfiles alarmantes de los sectores excluidos de los sistemas habituales de protección social, nombradamente del laboral, y toma la forma que los expertos europeos vienen denominando «gran pobreza», caracterizada tanto por su severidad como por la tendencia a cronificarse, convirtiéndose, de alguna manera, en hereditaria.

Esa pobreza extrema, que aborda el Dictamen del 12 de julio de 1989 del Comité Económico y Social de las Comunidades Europeas, debe atajarse consiguiendo el objetivo de «ayudar a los más pobres a liberarse de la asistencia permanente, brindándoles la posibilidad de descubrir, en función de su capacidad, el uso de la libertad y de las responsabilidades personales, sociales y familiares». Concretamente, dicho dictamen propone, en consonancia con otros pronunciamientos anteriores de los organismos comunitarios, la implantación, entre otras medidas, de una renta mínima de inserción.

La gran pobreza, que se concreta en agudas carencias en el alojamiento, la cobertura social y sanitaria y la renta familiar, toma, a su vez, matices propios en nuestra Comunidad, ora por su estructura económica y demográfica, ora por su peculiar forma de asentamiento poblacional, ora por los efectos de la crisis económica o, mismamente, por la persistencia de las bolsas de pobreza tradicionales en la Galicia rural.

De esa diversidad se deriva la importancia de abordar el tema de la marginación desde situaciones concretas, con la necesaria flexibilidad, partiendo del trabajo social de base que desarrollan los servicios sociales comunitarios, elemento básico del sistema.

...

La renta de integración social de Galicia combina una prestación económica, que busca garantizar unos mínimos de subsistencia personal y un proyecto de trabajo social acomodado a las circunstancias del beneficiario. Así, esta prestación no se asemeja a las restantes del sistema público de protección social, ni tan siquiera a las no contributi-

vas, dado su carácter instrumental y transitorio, por lo que su duración inicial máxima, aunque prorrogable si las circunstancias lo requieren, será de un año.

...

El importe de la prestación económica se determina combinando tres componentes: un subsidio básico, un complemento por miembro adicional y un complemento por inserción. Se permite así una asignación más ajustada en función de las necesidades del hogar y de los costes complementarios que le reporte la incorporación al proyecto de inserción.

Este proyecto se configura como el aspecto central del programa de la renta de integración social de Galicia. Así como la prestación económica puede faltar en mayor o menor grado, por cada hogar destinatario de la renta de integración social de Galicia deberá elaborarse por lo menos un proyecto de inserción. De esta forma la prestación económica es un refuerzo a un proceso de inserción técnicamente supervisado.

Con la segunda medida, las ayudas para situaciones de emergencia social, se pretende paliar las contingencias puntuales concretas de carácter extraordinario en las que se vean inmersas personas afectadas por una situación de necesidad.

Como tercera medida en la lucha contra la marginación social se configuran los programas de desarrollo integral comunitario, a través de los cuales se pretende poner en práctica una política integrada y multisectorial de lucha contra la pobreza y de prevención de la marginación, coordinando la actuación de las diversas instancias de las administraciones públicas. Complementariamente se establecen las bases para poner en marcha acciones articuladas en forma de proyectos locales o comarcales para erradicación de bolsas de pobreza y promoción e inserción de los marginados.

Se puede observar cómo no se está hablando todavía de un derecho subjetivo, sino de una medida graciable, sometida a uno alto grado de condicionalidad. Como parte integrante de esa condicionalidad aparece el “proyecto de inserción”, concebido como un instrumento técnico que vincula a la persona con la política pública de protección de la renta y posibilita su inclusión social. El punto de vista que parece prevalecer es que la conjunción de la renta con el proyecto de inserción son elementos necesarios al tiempo que suficientes para superar las condiciones de exclusión social. La realidad es que la RISGA ayudó a muchas personas a superar situaciones transitorias de exclusión; pero para otras situaciones más difíciles de superar quedó convertida en una mera ayuda estable.

También se debe destacar la existencia de una tercera medida, junto con la Renta de Inclusión Social y las Ayudas de Emergencia Social: los programas de desarrollo integral comunitario. Su motivación era la activación de las potencialidades de los territorios, especialmente a través de las iniciativas de la sociedad civil, para el abordaje de las necesidades más acuciantes relacionadas con la exclusión social, ora rural, ora urbana. La realidad fue que esta medida no llegó nunca a desarrollarse desde este marco jurídico, pasando con posterioridad al Plan Autonómico de Drogodependencias, que la situó sectorialmente, lejos del marco en que aparece aquí diseñada. Los intentos posteriores de reactivar esta medida nunca consiguieron el mismo rango de Ley que se ofrecían en esta ocasión, ni llegaron a tener las coberturas potenciales de este marco de inclusión social.

Ley 4/1993 de Servicios Sociales de Galicia

Si la Ley de Inclusión ofrecía un marco mixto, entre las interpretaciones tradicionales de pobreza y marginación y la emergencia de los conceptos de inclusión y exclusión, la Ley de Servicios Sociales de Galicia de 1993 también sorprende vista en una perspectiva de veinte años, por la consideración amplia del sujeto de los derechos, tal como se recoge en el artículo 2:

Artículo 2

1. Tienen derecho a los servicios sociales, de acuerdo con el establecido en la presente ley, todas las personas de nacionalidad española residentes habituales o accidentales en el territorio de la Comunidad Autónoma que se encuentren necesitadas de atención.
2. Los gallegos residentes fuera de Galicia tendrán derecho a las prestaciones reguladas en la presente ley cuando, estando necesitados de atención, les sirva de medio para su traslado definitivo a la Comunidad Autónoma gallega.
3. Los extranjeros, refugiados y apátridas tendrán derecho a las prestaciones reguladas en la presente ley de acuerdo con el dispuesto en los tratados, acuerdos y convenios internacionales.

En todo caso, todos los extranjeros en situación de residencia legal tendrán derecho a los servicios reconocidos en la presente ley para los efectos de garantía de las condiciones básicas de vida.

Así mismo, la ley contempla la posibilidad de proyectos de inserción tanto personales como de grupo. Este extremo tampoco fue desenvuelto en sus potencialidades y no volverá a aparecer con un planteamiento similar, ni siquiera cuando se considere la situación de territorios o colectivos especialmente vulnerables:

...

Artículo 8.

(...) 3.- Programa de inserción social que procure dar respuesta a problemáticas concretas de marginación y exclusión social aplicando tanto proyectos de trabajo social personalizados o de grupo como prestaciones económicas específicas.

Como se puede ver, junto con la Ley de Inclusión, esta Ley completa, una visión de que la pobreza es la base de las situaciones de dificultad social que pueden existir entre la ciudadanía, y que la solución está en la activación social de un apoyo público, tanto en las políticas de rentas como en la prestación de servicios personales, aunque este ámbito está más relacionado con las situaciones de limitaciones personales que con la escasez de renta.

Resulta lógico que los Servicios Sociales estén regulados pensando en las situaciones de dependencia y de limitaciones de la autonomía personal, y no solo desde la óptica de la exclusión social, dado que –cómo se tuvo ocasión de ver en el preámbulo de la Ley de Inclusión- ya están presentes las perspectivas del envejecimiento de la población y de la exclusión territorial. Con todo, para análisis del territorio se utilizan las variables de dispersión y envejecimiento. La exclusión territorial relacionada con las formas más características de la exclusión social en las sociedades avanzadas queda en el ámbito que se abordaría desde esa propuesta de proyectos de inclusión que aborden la perspectiva del grupo de pertenencia y no sólo las problemáticas individuales.

Informe Extraordinario del Defensor del Pueblo sobre “Pobreza, exclusión y marginación” (1998)

A pesar del contexto normativo, que se está considerando cómo avanzado, la pobreza no se redujo en Galicia durante el quinquenio 1993-1998, a pesar de que España experimentó una fuerte expansión de la economía y del empleo después de la crisis de finales de 1992 y que se prolongó durante el año siguiente. Esta circunstancia, unida a las decisiones internacionales que afectaban a la agenda de lucha contra la pobreza, crearon las condiciones para la redacción del informe extraordinario del Defensor del Pueblo sobre “Pobreza, exclusión y marginación” (1998).

Pola extensión del texto, por la hondura del debate que suscitó en la sociedad y en la Administración Pública, constituye una referencia documental de primero orden, porque sentó las bases del que después será el Primer Plan de Inclusión Social de Galicia (2001-2006) a pesar de que existen cuestiones conceptuales y metodológicas en el informe muy alejadas del marco de comprensión actual e incluso del marco interpretativo que permitirá la puesta en marcha del Primer Plan de Inclusión.

Por esa razón, se reproducen a continuación algunos de los párrafos más representativos de la concepción de la pobreza que recoge y de sus relaciones con la exclusión social. A día de hoy, llama especialmente la atención la mezcla existente entre discriminación y exclusión, dado que en los años posteriores la Unión Europea desarrolló un marco jurídico alrededor de la discriminación, con directivas comunitarias bastante precisas al respecto, mientras que la exclusión fue tratada como un fenómeno multidimensional en el que la discriminación puede convertirse en un importante elemento de calificación de una situación en el marco de procesos más amplios y profundos que afectan a la persona.

Así, en el primer capítulo identificamos la pobreza como causa fundamental de marginación y de exclusión. En el segundo capítulo, afirmamos documentadamente que el desempleo o falta de trabajo es hoy la causa más directa de la pobreza, que su vez genera marginación y exclusión. El capítulo tercero está dedicado a la discriminación de la mujer en el ámbito laboral. En el ámbito laboral no sólo del trabajo asalariado, sino también en la discriminación práctica que se ejerce sobre la mujer asalariada cuando, al llegar a la casa se le sigue a descargar sobre sus espaldas a gran mayoría de los trabajos no remunerados: cuidado de los enfermos, de los ver, de los niños y del hogar en general. Describimos más específicamente en el capítulo cuarto algunos colectivos sociales que siguen a estar especialmente discriminados y/o excluidos. Entre los colectivos claramente discriminados nos referimos sobre todo a las personas de etnia gitana, y a los homosexuales. Entre los grupos socialmente excluidos nos referimos específicamente a los itinerantes sin techo, a los inmigrantes ilegales o sin documentación, y a los mendigos.

Este párrafo, que pretende condensar la lógica argumental del informe, sitúa el desempleo en el centro del problema de la pobreza, marcando el acceso al empleo como vía de participación social plena, conforme al paradigma de Inclusión Social Activa, presente ya en la Ley de Inclusión de 1991. Y, conforme a la reducción economicista de la pobreza y exclusión social, hace derivar los fenómenos que denomina como “marginación y exclusión”, del hecho de ser pobre. La expresión “marginación y exclusión” marca el tránsito entre la concepción tradicional y la actual. Pero de la lectura completa del informe se deduce un peso muy fuerte del concepto de “marginación”, en el que no se excluyen elementos de voluntad individual y colectiva de las víctimas para llegar y permanecer en la situación de exclusión.

I Plan Gallego de Inclusión Social 2001 - 2006

Si el informe del Defensor del Pueblo creó las condiciones para la redacción del I Plan Gallego de Inclusión Social, éste se convirtió enseguida en la auténtica referencia para la interpretación de los fenómenos de la pobreza y de la exclusión y para la intervención para la inclusión social en Galicia. Catorce años después de su redacción, lejos de perder actualidad, fue ganando en consenso alrededor de su análisis y de sus propuestas de intervención.

La redacción original del Plan incluía un análisis de la realidad de la pobreza que, a pesar de la amplitud de la muestra, no ofrecía una base analítica suficiente para fundamentar la intervención. Hay tres razones que parecen estar en el origen de esa insuficiencia analítica:

1. En primer lugar, y de forma dominante, no existe una clarificación conceptual entre la realidad económica de la pobreza y la dinámica social de la exclusión. Los documentos metodológicos que se conocen ofrecen una perspectiva mixta que no llega a clarificar las relaciones entre ambos fenómenos. El análisis aparece solapado, pero no articulado.
2. En segundo lugar, en la encuesta a las entidades, prevaleció la perspectiva de la demanda como primer criterio clarificador y la perspectiva de la clasificación de las problemáticas como segundo criterio. La clasificación de las problemáticas presenta la ventaja de ofrecer un marco para la consideración de la exclusión desde la óptica multifactorial que viene apareciendo desde la década anterior en los documentos oficiales. La perspectiva de la demanda permite incorporar la vivencia subjetiva de la pobreza y la exclusión. El problema, desde el punto de vista del método, es que no existe un marco para articular las dinámicas socioeconómicas (a las que nos referimos en el párrafo anterior), la óptica de la misión de las entidades en relación con esas problemáticas y la vivencia subjetiva de las personas respecto a estos problemas.
3. Por último, parece existir una ambición de cuantificación de la problemática de la pobreza y la exclusión. Ya se refirieron con anterioridad las diferencias existentes en las mediciones realizadas a finales del siglo XX, motivadas por los diferentes universos de comparación de los niveles de renta. Al establecer un arco que va desde los perceptores actuales de las rentas hasta los posibles participantes en un Plan de Inclusión (concebido como una política activa de inclusión), la realidad dificulta la cuantificación y las tipologías utilizadas permiten incluir en las medidas a desarrollar muy diferentes tipos de situaciones.

Por lo demás, las claves fundamentales que utilizaba el plan, continúan vigentes en la actualidad: la pretensión de dotar a la inclusión social de un marco estratégico, la identificación de colectivos susceptibles de participar en ese marco, el establecimiento de objetivos para las personas, para las entidades sociales y para las políticas públicas serán recogidas con posterioridad en la Ley de Servicios sociales de 2008 y en la Ley de Inclusión de 2013. La metodología de la inclusión social activa, matizada por la necesidad de complementar esa óptica con la de la atención a la diversidad y compensación de las desigualdades, continuarán siendo directrices importantes en el II Plan de Inclusión Social de Galicia. La formación de equipos de inclusión relacionados con un territorio y que tienen como misión contribuir al desarrollo social de ese territorio también estarán presentes en los futuros documentos de carácter estratégico. El establecimiento de objetivos con un grado de concreción suficiente para permitir su cuantificación y evaluación en el marco de las directrices del Fondo Social Europeo constituyen una base para la mejora continua de los servicios de inclusión y para dotarse de medidas de evaluación y programación de largo recorrido. Por esta razón, conviene tener presente el resumen de la fundamentación, los objetivos y la metodología que ofrece la propia coordinación del Plan de Inclusión en el documento de evaluación intermedia (2003).

II Plan de Inclusión Social de Galicia

El II Plan de Inclusión Social de Galicia, como ya se ha comentado, recoge el modelo anterior, con el objetivo explícito de mejorarlo: «con la finalidad de modernizar y potenciar el modelo social gallego». Se trata de construir una estrategia de inclusión tomando como base la actuación precedente.

Acaso, el elemento que se percibe como más novedoso es el hecho de dotarse de un mecanismo de intervención participado por la Administración Local y la Autonómica con el objetivo declarado de reforzar la intervención a favor de la inclusión social activa en los territorios con mayores dificultades, aquellos a los que la intervención no llegaba durante el período anterior, con una centralidad de las provincias y en las ciudades, dejando amplios territorios rurales con una cobertura deficiente o, simplemente, sin ningún tipo de cobertura.

Esta forma de abordaje de los problemas de exclusión social en el territorio recoge, de forma cumplida, las formas de abordaje que estaban previstas en la legislación anterior, pero que no habían sido llevadas a la práctica, tanto para el trabajo con grupos como para la dinamización de los territorios. Es cierto que los equipos resultarían insuficientes para llevar a cabo esa labor. Solo que prevalece, a la hora de valorar el desarrollo administrativo, y conceptual, la pretensión de intervenir sobre los territorios donde la exclusión social es persistente.

Del mismo modo, debemos atender al desarrollo de una metodología de intervención que recoge los elementos que estaban presentes en el I Plan de Inclusión, pero que los sitúa en un marco más práctico.

La cuestión metodológica está presente en el origen de los documentos programáticos del II Plan de Inclusión, aunque dará origen a un manual de procedimientos específico que contribuye a consolidar esa metodología.

En el origen del II Plan Gallego de Inclusión Social (II PGIS) está la reflexión que el I Plan de Inclusión fue ofreciendo sobre realidades tales como los colectivos en situación de exclusión, los itinerarios individualizados, las empresas de inserción, las estrategias territorializadas, la participación del voluntariado y de la sociedad civil, etc.

El propio documento programático del Plan trata de ofrecer una articulación entre responsabilidades, medios y acciones a realizar, así como una base metodológica para posteriores aproximaciones.

El documento metodológico específico detalla toda una concepción de la intervención en itinerarios, comenzando por la sensibilización y la acogida, continuando por el establecimiento de redes de trabajo y terminando por la colaboración de los agentes sociales en el acceso al empleo y en la creación de puestos de trabajo.

Por último, se debe destacar que la Base de Datos, como registro unificado de las acciones de inclusión social, ofrece también un modelo de diagnóstico y de intervención, que puede y debe ser actualizado. Ese modelo es limitado en su alcance y está orientado a cara descubierta al empleo, aunque parte de las diferentes realidades sociales, con una consideración explícita del ámbito de la salud, de la vivienda y del marco de la convivencia y de las relaciones sociales.

En la actualidad ya ha sido aprobada la Estrategia de Inclusión social de Galicia 2014 - 2020. Se trata de un documento que no presenta novedades en el análisis de la pobreza, y que introduce en el abordaje transversal de la inclusión la dimensión de género, la exclusión territorial así como la prevención, especialmente en la lucha contra la pobreza infantil y la reproducción generacional de la pobreza, además de contemplar de forma sectorial la garantía mínima de ingresos, el empleo, la vivienda, la educación, la formación a lo largo de la vida y el cuidado de la salud, ampliando el foco desde la inclusión social activa a los otros ámbitos de la inclusión igualmente necesarios.

3.3. LA SITUACIÓN ACTUAL EN GALICIA

Tendencias de pobreza y exclusión

En 1975 la mitad de la población ocupada en Galicia trabajaba en el sector primario. En aquel momento existía una estructura productiva de un país aún no plenamente incorporado al sistema de producción industrial. Pero ya se vislumbraba que la transición se haría directamente a la sociedad de consumo, con primacía del sector servicios. Ese tránsito se produjo de forma muy rápida, pasando en 20 años a un 5% de ocupación agraria y cayendo la natalidad por debajo del nivel de reemplazo durante la década de los '80. De tal manera que la caracterización fundamental del país pasa de ser descrita como retraso a ca-

lificarse como «envejecimiento» y «dispersión». Las diferentes aproximaciones del punto de vista jurídico y administrativo que se han visto contemplan esta nueva realidad.

La óptica que mejor integra estas dos realidades (dispersión y envejecimiento) es la de exclusión territorial, dado que existen territorios dinámicos desde el punto de vista económico y demográfico (sobre todo el corredor Tui - Ferrol y alguna comarca costera de Lugo, así como algún ayuntamiento en la provincia de Orense), frente a otros en los que existe un declive demográfico más o menos acusado, con una paulatina pérdida de competitividad y con dificultades crecientes para un idóneo recorrido profesional de sus habitantes.

El declive demográfico es una realidad común en la mayor parte del mundo occidental, más acusado en la actualidad en las sociedades con problemas de funcionalidad económica (a nivel europeo esto resulta bastante claro en el análisis a nivel regional, mucho más que a nivel nacional). En cambio, el carácter periférico, sobre lo que se insistió bastante en relación con esta cuestión, no parece ser lo más relevante en la actualidad (así, por ejemplo, Irlanda o Suecia tendrían una situación demográfica mejor que Alemania, pese a su carácter central).

Sobre el envejecimiento de la población (la relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 20 años) hay que afirmar que ya es un fenómeno muy intenso, con un índice de envejecimiento del 147%, con una única provincia, la de Pontevedra, por debajo de ese indicador.

Sobre la dispersión hay que indicar que, a pesar de una densidad de población históricamente superior al promedio, en la actualidad coincide con el promedio nacional. En cuanto a la dimensión poblacional de los ayuntamientos, también supera al promedio nacional. Sólo cuando se accede al detalle del número de núcleos de población se comprueba que Galicia tiene la mitad de los existentes en la Península Ibérica (contando también Portugal). Sólo este dato, muchas veces silenciado en la estadística oficial, ofrece la dimensión real del problema de la dispersión.

Sin embargo, las principales tendencias de pobreza y exclusión en Galicia están más relacionadas con las tendencias existentes en nuestro entorno (España y Europa) que con sus peculiaridades de desarrollo histórico. Podemos identificar las siguientes:

- Merma general de la renta
- Incremento de la desigualdad.
- Leve merma del desempleo.
- Extensión del fenómeno de los trabajadores pobres y de los hogares con baja intensidad laboral.
- Una infancia con mayor riesgo de pobreza.
- Una transmisión generacional elevada de las situaciones de pobreza.

Merma del nivel general de renta e incremento de la desigualdad

Merma del nivel de Renta

Después de un largo período de crecimiento económico, la quiebra del sistema financiero mundial, también en Galicia y en España, llevó a una crisis económica durante el quinquenio 2008 - 2012, que dio como resultado una pérdida del nivel general de renta en Galicia superior al 6% entre 2008 y el 2º trimestre de 2012. Hasta el 2º trimestre de 2014 la situación aparece bastante estancada, con pequeñas variaciones interanuales que, sin embargo, confirman esa reducción de un 6% del nivel de Renta.

PIBpm	Niveles	Tasa de variación trimestre anterior	Tasa de variación interanual
2008	100		
2011/II	96,74	-0,3	-0,6
2011/III	96,01	-0,8	-1,1
2011/IV	96,17	0,2	-0,5
2012/I	95,26	-0,9	-1,8
2012/II	94,76	-0,5	-2
2012/III	94,29	-0,5	-1,8
2012/IV	93,74	-0,6	-2,5
2013/I	93,5	-0,3	-1,8
2013/II	93,46	0	-1,4
2013/III	93,56	0,1	-0,8
2013/IV	93,61	0,1	-0,1
2014/I	93,66	0,1	0,2
2014/II	93,9	0,3	0,5

Fuente: IGE. Cuentas económicas trimestrales

Una visión más amplia incluye la evolución de los ingresos medios por hogar de la última década (contando cómo último año de la misma el 2012). El resultado es que, a pesar de los descensos (que, como se viene diciendo, comienzan a partir de 2008), la renta resultante supera a la de 2006. Vista con esta perspectiva, hay que relativizar la hondura de la crisis, pero hay que considerar seriamente la posibilidad de un largo estancamiento o de un crecimiento muy moderado de las rentas familiares en el próximo período, lejos de los resultados del lustro que media entre 2003 y 2008.

Años	Ingreso medio mensual del hogar	Porcentual
2003	1591	
2004	1665	
2005	1760	
2006	1880	
2007	2026	
2008	2029	100
2009	2010	99,1%
2010	1977	97,4%
2011	1908	94,0%
2012	1906	93,9%

IGE. Encuesta de condiciones de vida de las familias

Incremento de la desigualdad

La sociedad actual es más desigual de lo que era hace diez años; y, sobre todo, más desigual que antes del comienzo de la crisis. El principal indicador de desigualdad, el índice de Gini, creció en Galicia -con fluctuaciones- entre 1998 y 2008; pero aún más entre 2008 y 2012 (última referencia publicada por el Instituto Gallego de Estadística):

Años	Galicia
2007	0,275
2008	0,272
2009	0,278
2010	0,278
2011	0,276
2012	0,283

IGE. Encuesta de condiciones de vida de las familias

La desigualdad es mayor en el conjunto de España, conforme a los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE):

	España
2008	0,322
2009	0,328
2010	0,334
2011	0,333
2012	0,340

Las diferencias en desigualdad entre Galicia y España están relacionadas con la dimensión: en términos generales, las desigualdades económicas son mayores cuanto mayor es el universo que se toma como referencia y menores cuanto más pequeño, aunque es posible encontrar muestras de tamaño local con desigualdades que superen a un conjunto nacional.

Sin embargo, esta desigualdad creciente no llevó a un incremento paralelo de la pobreza. De hecho, la pobreza se redujo entre 1998 y 2008 (aunque los cambios en la medición de la misma bien pueden afectarla esta reducción, por el paso del 50% de la Renta Disponible Promedio a considerar como límite el 60% de la Mediana de la Renta), para incrementar de nuevo entre 2009 y 2014. Al disminuir la renta media de las familias y de las personas, el umbral de la pobreza se reduce. El incremento porcentual de la pobreza, por tanto, está relacionado con la forma concreta en que se incrementa la desigualdad durante el período 2008 - 2014.

Por otra parte, la reducción de la renta per cápita del conjunto de la población (salvo de las dos decilas superiores) aminora el boquete de la pobreza y de la exclusión, porque la distancia entre las decilas inferiores y el promedio de la población, aunque crece, no lo hace de una manera aguda.

Al mismo tiempo, la capacidad de las políticas públicas para reducir la desigualdad es menor, a pesar del incremento del peso porcentual de las políticas sociales en el conjunto de las políticas públicas. El incremento de la demanda de servicios sociales, los intereses de la deuda y la reducción del presupuesto total de las administraciones públicas explican esta menor capacidad de intervención en el ámbito de la desigualdad. Las políticas sociales tienen más peso porcentual, pero tienen un menor presupuesto total (a pesar de los incrementos evidentes en algunas partidas), cuentan con menos personal y presentan una menor capacidad de prevención, actuando de forma reactiva respecto a las dinámicas de deterioro del nivel de vida de los ciudadanos.

Merma muy moderada del desempleo

España en general y Galicia en particular, tienen un grave problema de estructuración del mercado de trabajo. Los datos más visibles son los del desempleo (tanto registrado en el SEPE cómo en el declarado en la EPA); pero también –y sobre todo– de población activa. La convergencia con Europa y la competitividad real (la que se fundamenta en el conjunto de la población y en el tejido productivo, y no sólo en la tasa de desempleo) pasan por una convergencia tanto en las tasas de ocupación como en las de actividad.

Espacio = Galicia	Total			Hombres			Mujeres		
	Tasa de actividad	Tasa de ocupación	Tasa de paro	Tasa de actividad	Tasa de ocupación	Tasa de paro	Tasa de actividad	Tasa de ocupación	Tasa de paro
Total									
2007	54	49,9	7,6	62,8	59,2	5,7	46	41,4	9,9
2008	54,8	50	8,6	63,2	58,5	7,4	47	42,2	10,2
2009	54,8	48	12,4	62	54,7	11,7	48,3	41,8	13,4
2010	54,2	45,9	15,3	61,2	52,3	14,6	47,7	40	16,2
2011	54,8	45,3	17,3	61	50,9	16,6	49	40,2	18,1
2012	55	43,7	20,5	61	48,3	20,8	49,5	39,5	20,2
2013	54,2	42,2	22	59,9	46,5	22,3	49	38,3	21,7
2014/II	53,9	41,9	22,3	58,8	45,8	22	49,3	38,2	22,6

IGE-INE. Encuesta de población activa

El fenómeno más conocido y más reflexionado es el paso de una tasa de desempleo del 7,6% en 2007 al 22,3% en el 2º trimestre de 2014, lo que supone un incremento del 293%, casi el triple en siete años. Pero no es menos preocupante la caída de un 8% en la tasa de ocupación. O la pérdida de un 4% en la tasa de actividad masculina, compensada parcialmente con el incremento del 3,3% de la tasa de actividad femenina. Teniendo en cuenta que el conjunto de España declaraba en el 2º trimestre de 2014 una tasa de actividad del 59,6% y una tasa de ocupación del 45%, es muy claro que el diferencial positivo en la tasa de desempleo no logra compensar la menor tasa de actividad (siendo la ocupación un 3,1% inferior, a pesar de un desempleo un 2,2% más bajo).

La situación actual es que el desempleo comenzó a disminuir durante el último año sin incremento del empleo. Sin embargo, las tasas de desempleo se van a mantener altas aún durante años. Aunque las nuevas turbulencias económicas no afectaran excesivamente al actual período de creación de empleo, no será posible la recuperación de las tasas de ocupación de 2008 antes del final de esta década.

De hecho, por las consecuencias que tiene para una correcta interpretación de los fenómenos asociados, es preciso reconocer que en 2014 se incrementó el número y el porcentaje de personas trabajando, pero disminuyó el conjunto de horas trabajadas (entre el 2º trimestre de 2013 y el 2º trimestre de 2014 se redujo un 0,7% el número de horas trabajadas y en un 0,8% el desempleo, según la EPA). La primera consecuencia de esta tendencia es que durante una década

va a resultar imposible desde el punto de vista social la inserción laboral del 50% de las actuales personas desempleadas, entendiendo por inserción la permanencia en situación de actividad laboral durante seis meses continuados en un período de un año. Afortunadamente existen historias individuales de superación, que permiten albergar esperanza, pero en el agregado social, la mitad de las actuales personas despedidas no va a tener oportunidades laborales en lo que queda de década.

La segunda consecuencia, derivada de esta tendencia, es la fuerte descalificación de la población desempleada. De hecho, la parte de población activa sometida a la rotación sufre precariedad, pero tiene la oportunidad de trabajar y también de capacitarse a través de cursos de formación para el empleo (calificación a través de la formación y calificación a través del empleo).

A pesar de la precariedad, el colectivo de personas sometidas a la rotación laboral no se encuentra en situación de exclusión, porque participa del sistema productivo y del sistema de consumo, aunque sea con limitaciones. Pero el otro 50% de las personas despedidas carecen de oportunidades para trabajar y también acceden con muchísima dificultad a procesos de formación para el empleo. En grandes cifras, hay 2.000.000 de personas que tendrán dificultades para volver a trabajar en España; ese colectivo está integrado por 100.000 personas en Galicia. Este grupo está en clara situación de exclusión del mercado de trabajo y precisa de una acción positiva de carácter específico.

Existe un dato adicional que refuerza esta fragmentación y dualización del colectivo de personas en situación de desempleo: según las previsiones del gobierno, durante el año 2015 sólo el 20% de los despedidos cobrará una prestación contributiva y el 50% de las personas en desempleo no podrán acceder a prestación alguna, debiendo recurrir a los sistemas de rentas mínimas o a otras fórmulas que les garanticen la subsistencia. La cuantificación en el agregado nacional es de 2.665.000 personas aproximadamente. Trasladado a Galicia, implica que el 11,15% de la población activa está en situación de exclusión laboral (142.000 personas) y que esta situación va a resultar persistente en el tiempo, incluso en el escenario más optimista desde el punto de vista económico y de creación de empleo. Obviamente, la exclusión social severa no aparece aquí cuantificada, porque es un universo mucho menor, pero también más difícil de incluir en los ciclos económicos expansivos.

Trabajadores pobres y baja intensidad en el empleo

La Unión Europea lleva un cuarto de siglo afirmando que “el empleo es la mejor protección contra la pobreza y la exclusión social”. Sin embargo, la llamada “devaluación salarial” ya creó y va consolidando el fenómeno de los trabajadores pobres, que ya es masivo en otras sociedades avanzadas como los Estados Unidos, además de estar presente en los países emergentes. Concretamente, el 8,2% de los trabajadores por cuenta ajena estarían en esta situación, subiendo al 35,3% en el caso de los trabajadores por cuenta propia. Este último colectivo es mucho más reducido, pero está siendo más activo en el sostenimiento de la actividad e incluso en la creación de empleo, especialmente entre los colectivos más vulnerables. Este fenómeno bloquea los posibles caminos hacia la inclusión social de las personas que quedan largo tiempo al margen del mercado de trabajo, y dificulta la participación social plena de las personas con una inserción laboral precaria.

Los trabajadores pobres pertenecían al núcleo central del tejido productivo, por lo que no vienen de dinámicas sociales ascendentes sino descendentes. En la actualidad están ocupando los nichos laborales que en la década 1997-2007 estuvieron al alcance de las personas en situación de exclusión con itinerarios de inclusión social e inserción laboral. Por tanto, la emergencia del fenómeno de los trabajadores pobres bloquea parcialmente cualquier dinámica de ascensión social desde el ámbito de la exclusión.

Pero, además, la condición social de los trabajadores pobres no resulta atractiva para trazar itinerarios ascendentes de inclusión social. En el caso de no superar este bloqueo, puede crearse una fractura entre las dos decilas inferiores de la sociedad, una marcada por la precariedad y otra por la exclusión.

El fenómeno de los trabajadores pobres requiere de una atención específica. Esta atención ha comenzado en la Comunidad Autónoma de Galicia con la nueva Ley de Inclusión Social, que contempla la posibilidad de compatibilizar la prestación con los rendimientos del trabajo durante un tiempo limitado. Con todo, si no hay una garantía de ingresos para los trabajadores pobres, el riesgo de fractura social es elevado.

Una estrategia de inclusión social activa debe hacer atractiva la inserción laboral. Una parte de esa satisfacción consiste en el propio trabajo como auto-realización y como participación en un proyecto colectivo. Otra parte de la responsabilidad es de las políticas de distribución de la riqueza a través del equilibrio entre las rentas del trabajo y las rentas del capital. Pero hay un ámbito de responsabilidad de las políticas sociales que se debe centrar en dos direcciones:

- Actualizar las políticas de garantía de rentas, ofreciendo coberturas que incluyan a los trabajadores pobres.
- Y reforzar la formación para la inclusión y la participación social y laboral.

Los hogares con baja intensidad en el empleo

Muy relacionado con el fenómeno de los trabajadores pobres pero, sobre todo con la precariedad, está el fenómeno de la baja intensidad laboral. Definida como la participación en el mundo del empleo en un valor igual o inferior al 0,2 anual, considerando la unidad como la plena participación de todos los miembros de la unidad familiar en el empleo a tiempo completo, es una medida de exclusión del mercado de trabajo.

El INE calcula que en el segundo trimestre de 2014 en España había 1.833.900 hogares con todos sus miembros en situación de desempleo. De ellos, 1.247.300 correspondían a hogares con un único miembro en situación de desempleo (bien por estar formados por uno único adulto en edad de trabajar, bien porque sólo un adulto forma parte de la población activa). En una extrapolación directa, en Galicia existirían 107.000 hogares en esta situación. Este dato presenta una correlación alta con el que se ofrece respecto del desempleo de larga duración (142.000 personas) ya que dos de cada tres hogares con todos sus miembros en situación de desempleo sólo tienen una persona en proceso de búsqueda de trabajo.

Una infancia con mayor riesgo de pobreza y una demografía quebrada

La pobreza infantil en España, con un 31,9% en 2013 según el indicador AROPE es la segunda más alta de la Unión Europea después de Grecia. Con una diferencia de 8,7% puntos por encima del promedio de la Europa Comunitaria y con 4,6% de riesgo adicional respecto del conjunto de la población, se debe indicar que tanto las dinámicas sociales como las políticas sociales no son suficientemente activas en la protección de las rentas de los menores.

Según el INE, el primer factor de riesgo de pobreza en España es la nacionalidad de origen, siendo las familias inmigrantes de fuera de la Unión Europea las más expuestas, seguidas de las nacionales de la Unión Europea, con un riesgo que supera en un 27% y en un 15% a la media (y en un 31% y 19% si las comparamos con las familias españolas). El segundo factor de riesgo es el desempleo, con un riesgo que duplica al conjunto de la población. El tercer factor más relevante es la composición familiar destacando:

- Mujeres solas con cargas familiares, con un 38% de riesgo de pobreza.
- Familias con hijos/as: “otros hogares con niños”, con un 30% y “2 adultos con 1 o más niños/as dependientes”, con una diferencia de cuatro puntos con respecto de los hogares integrados por una sola persona, la primera tipología ubicada por debajo del promedio.

Dado que el indicador AROPE sitúa al grupo de edad de los mayores de 65 años en el 14,5% de tasa de pobreza, podemos afirmar que en el conjunto de España existe una solidaridad muy bien articulada que disminuye de manera eficaz la pobreza a partir de 65 años, que no es tan eficaz en el ámbito de la población potencialmente activa y que fracasa en el caso de la población menor. La solidaridad en la transferencia de rentas organizada socialmente va de los más jóvenes a los mayores. En cambio, las transferencias de rentas de los mayores a los jóvenes se produce en el seno de las familias, constituyendo una decisión individual y condicionada por la renta de los mayores. Es conveniente indicar que esta quiebra de la solidaridad hacia las generaciones más nuevas refuerza las posibilidades de una quiebra demográfica.

Transmisión intergeneracional de la pobreza

Organizar la solidaridad hacia las generaciones más nuevas de forma prioritaria en el seno de las familias refuerza la transmisión generacional de la pobreza. En la actualidad existen ya evidencias de esa transmisión. Conforme a los datos del INE, las dificultades para llegar a fin de mes son un 25% mayores para aquellas personas procedentes de familias que ya llegaban con dificultades a fin de mes. Las dificultades son mayores para las personas y familias con niveles educativos bajos, sobre todo cuando permanecen bajos durante generaciones. Un tercer dato que refuerza el anterior es que la principal variable que incide en los resultados educativos en las pruebas PISA, en el caso español, es la clase social de origen del alumnado, dándose diferencias más significativas en este ámbito que en cualquiera de los otros (distribución geográfica, tipología de la población, tipología del centro educativo, etc.).

Esta evidencia de la reproducción generacional de la pobreza lleva a pensar que es necesario abordar la problemática no solo desde la óptica de la transferencia de las rentas, sino desde el punto de vista de las oportunidades educativas y de la relación entre igualdad de oportunidades, compensación de las desigualdades y educación inclusiva, más allá de la posibilidad de asistir a los mismos centros educativos, que no está siendo una herramienta suficiente para romper la reproducción generacional de la pobreza.

La exclusión territorial

En términos generales, se debe afirmar que en Galicia la exclusión territorial sigue afectando especialmente al rural, como consecuencia del éxodo hacia las grandes villas, a las ciudades y a los territorios más dinámicos del entorno por parte de los mayores, así como la emigración interna, europea e internacional por parte de la gente más joven. El primero de estos fenómenos refuerza el despoblamiento y agrava la dispersión, mientras que el segundo dificulta aún más la renovación generacional e incrementa la tasa de envejecimiento. Esas formas de exclusión territorial son la causa de una parte de los fenómenos más graves de exclusión personal, relacionados con la soledad, el aislamiento social y las dificultades de acceso a los servicios públicos y personales. Aunque también se producen casos graves de exclusión urbana, que fueron estudiados desde el punto de vista de la investigación - acción participativa, como son:

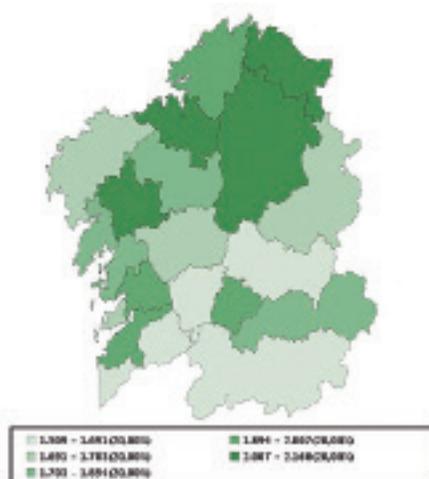
- Barrios degradados (especialmente cascos históricos, como Ferrol o Vigo).
- Asentamientos chabolistas, integrados mayoritariamente por familias gitanas, ora gallegas ora portuguesas.

A pesar de que la Ley de Inclusión contempla la posibilidad de intervención en estas áreas urbanas degradadas, durante los últimos años el esfuerzo realizado a nivel local para afrontar estos problemas en el ámbito urbano ha disminuido de forma substantiva. Sería oportuno conocer más en profundidad los problemas de estructuración urbana y poder afrontarlos de forma sistemática, planificada e integrada en los esfuerzos de inclusión social.

En cambio, los problemas relacionados con la exclusión territorial en el ámbito rural fueron objeto de atención durante el pasado período, especialmente a través de la participación en el proyecto DART y en el desarrollo del programa Symbios, así como el Plan de Dinamización Demográfica de Galicia, todas ellas iniciativas participadas por la Xunta de Galicia.

Desde el punto de vista de los niveles de renta, el mapa de Galicia se viene representado de la siguiente manera, según el IGE:

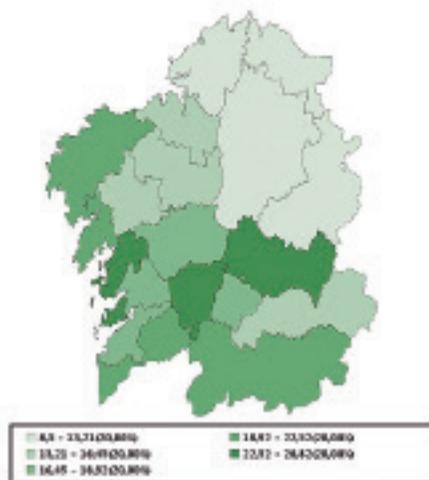
271 Lugo sur	1509
323 Orense sur	1557
321 O Carballiño-O Ribeiro	1587
362 Pontevedra sur	1639
272 Lugo oriental	1691
364 El Morrazo	1692
361 Pontevedra nororiental	1695
153 Árela de la Costa de la muerte	1699
322 Orense central	1703
151 A Coruña suroriental	1769
154 A Barbanza-Noia	1773
363 Caldas-O Salnés	1773
324 Árela de Orense	1894
365 Árela de Pontevedra	1941
152 Ferrol-Eume-Ortegal	1954
366 Árela de Vigo	1976
274 A Mariña	2007
273 Lugo central	2075
155 Árela de A Coruña	2114
156 Árela de Santiago	2168



El mapa y la información explicativa son elocuentes: los mayores niveles de renta están concentrados alrededor de las ciudades y en el norte del país, mientras que los menores niveles están en el Sur, especialmente en el interior. Por debajo de la mediana de los ingresos (1652 €) aparecen las áreas de Pontevedra sur, O Carballiño - O Ribeiro, Orense Sur y Lugo Sur.

Para que la información sea relevante, debería correlacionar el riesgo de pobreza con una distribución de zonas equivalente. Los resultados son los siguientes:

271 Lugo sur	26,82
321 O Carballiño-O Ribeiro	25,67
363 Caldas-O Salnés	22,81
364 El Morrazo	22,52
362 Pontevedra sur	21,05
323 Orense sur	19,30
153 Árela de la Costa de la muerte	18,98
154 A Barbanza-Noia	18,92
365 Árela de Pontevedra	18,06
361 Pontevedra nororiental	17,80
366 Árela de Vigo	17,50
324 Árela de Orense	16,45
322 Orense central	15,27
156 Árela de Santiago	14,09
151 A Coruña suroriental	13,43
155 Árela de A Coruña	13,21
273 Lugo central	12,80
152 Ferrol-Eume-Ortega	12,21
274 A Mariña	8,83
272 Lugo oriental	8,50



En este caso, las áreas urbanas están menos protegidas, pero el Sur aparece más vulnerable. Se confirma también la incorporación de Lugo Sur a la dinámica social de Orense y del interior de Pontevedra, más que al resto de Lugo, así como la dinámica de la Costa de la Muerte, más próxima a los valores de Orense y el Sur de Pontevedra.

Se puede observar, a continuación, el peso de las prestaciones en los ingresos familiares, tomando como referencia las mismas zonas:

Año 2012	Más de un 50%	Más de un 75%	El 100%
271 Lugo sur	63,44	55,62	50,8
323 Orense sur	59,12	51,62	47,28
272 Lugo oriental	58,22	45,26	37,12
321 O Carballiño-O Ribeiro	55,99	46,73	40,15
154 A Barbanza-Noia	53,01	39,31	30,77
322 Orense central	51,62	42,31	38,85
361 Pontevedra nororiental	51,03	39,28	36
274 A Mariña	49,74	40,59	34,78
153 Árela de la Costa de la muerte	49,44	38,97	33,96
152 Ferrol-Eume-Ortega	48,96	41,28	38,2
362 Pontevedra sur	47	38,68	33,22
151 A Coruña suroriental	45,44	34,46	30,79
273 Lugo central	44,87	35,05	29,32

363 Caldas-O Salnés	42,63	31,67	26,92
324 Árela de Orense	42,13	34,89	29,91
366 Árela de Vigo	41,65	32,84	28,83
364 El Morrazo	41,4	32,5	30,25
365 Árela de Pontevedra	39,59	30,98	27,92
155 Árela de A Coruña	38,08	31,11	26,6
156 Árela de Santiago	36,6	28,32	23,21

IGE. Encuesta de condiciones de vida de las familias

Las zonas que vuelven a aparecer en las posiciones de mayor desventaja son Lugo Sur, Orense Sur y O Carballiño - O Ribeiro. Lugo Oriental, con unos niveles de renta bajos (aunque no de los más bajos) vuelve a aparecer de nuevo.

Por tanto, para tener una información completa de la relación entre población e inclusión social, falta conocer en profundidad la dinámica de la población. Teniendo en cuenta los agregados de movimiento natural de la población y de migraciones, resultan muy elocuentes los datos de variación anual superiores al -1,5% entre 2012 y 2013. Son los siguientes:

Comarca	Año 2012	Año 2013	Tasa variación interanual
Ortegal	14036	13800	-1,68
Os Ancares	11291	11111	-1,59
Chantada	14419	14144	-1,91
A Fonsagrada.	5863	5729	-2,29
La Marina Oriental	17029	16768	-1,53
A Ulloa.	10102	9923	-1,77
Baja Limia	8293	8081	-2,56
A Limia	22859	22487	-1,63
O Ribeiro	17726	17246	-2,71
Terra de Caldelas	3465	3402	-1,82
Terra de Celanova	20617	20100	-2,51
Terra de Trives	4777	4633	-3,01
Valdeorras	27589	27147	-1,60
Deza	45550	44702	-1,86

Estos datos reflejan el nivel de comarca (no de zona). Pero vuelven a situar a la provincia de Orense en el centro de la exclusión territorial. Eso sí, el matiz está en la presencia de amplias comarcas de Lugo, con mejores datos económicos, pero con un deterioro de población muy acusado, que coincide con menores densidades de población y con un envejecimiento progresivo y que requiere de actuaciones de desarrollo comarcal, más allá de las dinámicas de inclusión social.

Migraciones

Los problemas de las migraciones

Existen dos problemas de gran relevancia relacionados con la situación actual de las migraciones en Galicia. Por un lado, la emigración supone una descapitalización relativa desde el punto de vista del capital humano y una grave descapitalización desde el punto de vista del capital demográfico. Por otro

lado, la inmigración, aunque su peso porcentual es bajo, enfrenta problemas de desempleo y de pobreza relativa muy graves. Además, existe una prevalencia de inmigración europea con problemas de precariedad y exclusión social que debe ser considerada de forma específica.

Emigración

Aunque existe una fuerte dispersión en la distribución formativa de la población emigrante, el balance migratorio es claramente negativo desde el punto de vista de la cualificación. Galicia recibe muchos menos trabajadores cualificados de los que envía al exterior; y recibe muchos más trabajadores sin cualificación de los que envía.

Así, es necesario considerar la manera de retener el talento allí donde se forma (en este caso, en la propia Galicia) y la forma de atraer talento relacionado con las capacidades productivas del territorio. No se trata de evitar la movilidad, que puede favorecer el tránsito de ideas, la innovación y el dinamismo territorial. Se trata de evitar que movilidad sea sinónimo de descapitalización.

Desde el punto de vista demográfico, el balance es aún más negativo, porque la inmigración no es capaz de compensar la pérdida demográfica de población juvenil, especialmente en los territorios del interior de Galicia en claro declive demográfico.

Sería oportuno relacionar las medidas de acceso al empleo de la gente joven con las correspondientes a la dinamización social y demográfica de los territorios más afectados por el declive, que son también los más vulnerables a la exclusión territorial.

Inmigración

La inmigración en Galicia supone, según la EPA del 2º trimestre de 2014, 79.200 personas, de las que 32.300 son europeas (40,8%). En cuanto a las situaciones de desempleo, los datos ofrecidos por el INE son los siguientes:

2014 T2	Española	Extranjera: Unión Europea	Extranjera: No pertenecientes a la Unión Europea
Galicia	21,76	31,16	34,73

Fonte: INE

Frente a la idea de una inmigración europea cualificada y dinámica en el mercado de trabajo, la distancia que separa el desempleo de la inmigración europea de lo correspondiente a la población española son casi diez puntos porcentuales, mientras que entre la inmigración no comunitaria y la comunitaria hay 3,5 puntos porcentuales de diferencia en el acceso al empleo.

No es ajena a esta realidad el hecho de que Portugal y Rumanía son los países de origen de la inmigración, llegando de Portugal un total de 16.119 personas desde 1992, y desde Rumanía 8.502 desde 1997, el primer año en que se declara ese origen, sumando entre ambas nacionalidades 24.621 personas inmigrantes.

El elevado número de personas con problemas de exclusión social en origen y/o en destino, sin cualificación y pertenecientes a minorías étnicas dentro de la aportación migratoria de esos dos países determina el diferencial negativo de la inmigración europea respecto de la población española.

Por lo demás, la menor cualificación de la población procedente de países de América Latina y África, su mayor tasa de desempleo y sus mayores dificultades

des derivadas de la precariedad legal de su situación, son sobradamente conocidas. Todas estas situaciones se vienen agravado como consecuencia de la crisis y requieren de una atención especial, para evitar el reforzamiento de la exclusión social con elementos de tipo cultural y legal.

La inclusión social activa

Como se ha visto en el apartado dedicado a la evolución administrativa de los conceptos de pobreza y exclusión, hizo falta una década desde la aparición del concepto de inclusión hasta el momento en que existe una diagnosis sobre la exclusión y una estrategia para su abordaje. Además, esa estrategia venía acompañada por un presupuesto y por un soporte más amplio: incorporación de equipos profesionales, metodología común, una base de datos de soporte, espacios de reflexión y de debate, una línea de financiación de proyectos para entidades del Tercero Sector y un partenariado estable u ocasional con diferentes agentes en el territorio. Esa fortaleza de la estrategia de inclusión estuvo relacionada desde el inicio con la decisión de financiarla mediante medidas del Fondo Social Europeo, por lo que el conjunto del Plan de Inclusión y de las actuaciones financiadas por la Administración Autonómica quedaron impregnadas por el paradigma de la Inclusión Social Activa, acorde a los principios inspiradores del propio FSE.

Esta particularidad dotó al paradigma de Inclusión Social Activa de dos características complementarias que diseñan la peculiaridad del enfoque gallego de esta forma de comprender los procesos de exclusión / inclusión:

- La Inclusión Social Activa no sólo es el principal paradigma para la inclusión social en Galicia, sino que aparece administrativamente como el único paradigma legitimado dentro de la estrategia de inclusión social. Todas las intervenciones, incluso las más alejadas del empleo, deben articularse alrededor de este paradigma.
- Al mismo tiempo, la activación de la persona con el horizonte del mercado de trabajo no caracteriza el conjunto de las intervenciones, sino sólo algunas de ellas. Las restantes deben tener, en la medida de lo posible, alguna funcionalidad para la activación y para el logro de un puesto de trabajo. Pero el logro de la inserción laboral no es el único criterio para valorar la inclusión social.

Por una parte la inclusión social activa tiene una pretensión de totalidad que deja en segundo plano cualquier otro paradigma de inclusión; pero, por otra parte, gana en matices y pierde en insistencia en la dimensión laboral.

Las dimensiones peculiares que incluye el paradigma de inclusión social activa, en su desarrollo concreto en Galicia serían las siguientes:

1. Establecimiento de un vínculo profesional, entendiéndose que el vínculo interpersonal es una condición necesaria para la existencia de un itinerario de inclusión social.
2. Personalización - individualización. La inclusión social no es un traje en el que tienen que entrar las personas; menos aún una camisa de fuerza, sino un camino personal.
3. Acompañamiento. El vínculo profesional y la individualización funcionan en la medida en que los profesionales, voluntarios y organizaciones acompañan a las personas en riesgo de exclusión social.
4. Los itinerarios tienen carácter espiral, no lineal. Se parecen más a la forma de subir a una montaña (con idas y venidas para superar obstáculos) que a la forma de correr cien metros lisos. Para que el camino avance y las personas puedan recorrerlo, no existe una línea recta: la quebrada y la espiral simbolizan mejor el itinerario.

5. Empoderamiento - capacitación - protagonismo de las personas. El protagonismo de las personas en su propio proyecto de vida está indisolublemente ligado con la concepción del itinerario como un camino personal y a la intervención social para la inclusión como el acompañamiento de un trecho del camino.
6. Los recursos son necesarios, pero los recursos no son la inclusión social. De hecho, hay personas que empeoran después de conseguir recursos (pero quien no logra acceder a ningún recurso permanece en situación de exclusión social).
7. Los procesos de formación son imprescindibles para la capacitación-empoderamiento - protagonismo. Pero no son el empoderamiento.
8. La inserción laboral contribuye a la inclusión social. Pero puede haber inclusión sin inserción laboral; y la exclusión social puede continuar a pesar de la inserción laboral.
9. Los procesos de inclusión son largos en el tiempo, lo que no significa que no se puedan evaluar. Los éxitos pueden y deben ser medidos por la mejora relativa de las capacidades de las personas y de su situación social.
10. Las intervenciones bien hechas también pueden fracasar. Cuando un tipo de intervención no presenta un porcentaje significativo de fracasos es porque se están excluyendo a los perfiles más difíciles (lo que refuerza la exclusión). Los fracasos deben servir para construir respuestas más adecuadas a la exclusión social. La capacidad de aprendizaje habla de calidad.





SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN
DE BUENAS PRÁCTICAS



SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

4

4.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos básicos de esta fase del proyecto es la identificación y sistematización de ejemplos de buenas prácticas que respondan a los elementos conceptuales que se han señalado previamente, y que sean transferibles al ámbito de la exclusión social. Para ello se ha realizado una búsqueda documental en la base de datos bibliográfica sobre políticas sociales del SIIS Centro de Documentación y Estudios, y se han identificado una total de seis programas (o conjunto de programas) que incorporan en su diseño uno o varios de los elementos analizados en las páginas precedentes (activación, individualización, desinstitucionalización, atención comunitaria, modelo de apoyos, calidad de vida, reducción de daños y aplicación de criterios de baja exigencia, coproducción, coordinación y continuidad de cuidados). Se trata en su mayor parte de programas desarrollados en el ámbito de la exclusión social, tanto en el Estado español (particularmente en el País Vasco), como en otros países de Europa.

Algunas de las prácticas o experiencias que se describen en las páginas siguientes aplican uno sólo de los elementos conceptuales presentados anteriormente; en la mayoría de los casos, sin embargo, se observa en el diseño de esas intervenciones la aplicación combinada de varios de los elementos que se han señalado. Por otra parte, se trata en general de experiencias o programas concretos, en algunos casos de ámbito muy local y realizados a pequeña escala. La excepción la constituye el apartado dedicado al modelo *housing first* que no constituye un programa o intervención concreta sino, más bien, una filosofía o un modelo más amplio. Con todo, la descripción del modelo *housing first* se ha realizado a partir fundamentalmente de la aplicación del modelo, de forma experimental, en cinco ciudades de Europa.

La estructura utilizada para la descripción de cada una de las experiencias es similar: por una parte, se describen los elementos conceptuales del programa, y su vinculación con los aspectos generales señalados en el apartado teórico. En segundo lugar, se describe el funcionamiento concreto del programa y sus resultados. Se ha dado prioridad, a la hora de la selección de las experiencias, a las intervenciones que cuentan con algún tipo de evaluación de resultados. Se ha optado por una descripción sintética del funcionamiento y los resultados de cada una de las experiencias identificadas, dado que, más allá de los detalles concretos de su aplicación e incluso de sus resultados, lo que se pretende es describir cómo los elementos conceptuales a los que se ha hecho previamente referencia se aplican en la práctica, y con buenos resultados, en la realidad de los servicios sociales de los países de nuestro entorno.

4.2.

EL MODELO HOUSING FIRST DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR: LA EXPERIENCIA EUROPEA

4.2.1.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y BASES CONCEPTUALES

El modelo housing first de atención a las personas sin hogar está modificando –al menos desde el punto de vista teórico– el ámbito de la atención a las personas sin hogar en Europa y en América, y supone un cambio filosófico radical, que recoge buena parte de los elementos conceptuales a los que se ha hecho referencia en las páginas precedentes. No se trata, como se ha señalado en la introducción, de un programa o experiencia específica, sino de la puesta en práctica de un modelo relativamente homogéneo en diversos países del mundo, en ocasiones de forma experimental a través de proyectos piloto. En este epígrafe se recogen las bases teóricas fundamentales del modelo y los resultados del proyecto piloto realizado, con financiación de la Unión Europea, en cinco ciudades de Europa, a partir del trabajo de Busch-Geertsema (2014).

De acuerdo al grupo de alojamiento de EAPN Madrid, el modelo housing first se basa en una intervención temprana en vivienda, proporcionando viviendas asequibles y permanentes a personas que vienen directamente de la calle o de dispositivos de emergencia, ofreciendo un apoyo social y de salud de carácter intensivo. De algún modo, la idea de housing first (vivienda primero, en inglés), se contrapone a la idea previa de tratamiento primero que subyace a las concepciones tradicionales de intervención con las personas sin hogar. El éxito de esta estrategia ha hecho que numerosos países de la Unión Europea la hayan incorporado –con un concepto más amplio y con muchas variantes– como su línea principal de estrategia de erradicación del sinhogarismo.

El modelo Housing First fue desarrollado inicialmente por la organización “Pathways to Housing” de Nueva York a principios de la década de 1990. Esta organización fue fundada por el psicólogo Sam Tsemberis, como forma de conseguir alojamientos alternativos a la calle o a los albergues para las personas que padecen enfermedades mentales. Este modelo tiene como objetivo prioritario alojar a la persona en una vivienda estable tan pronto como sea posible, aplicando los siguientes principios básicos: consideración de la vivienda como un derecho humano básico; respeto, cercanía y compasión para todos los usuarios; compromiso de trabajar junto a las personas usuarias durante todo el tiempo que lo precisen; alojamiento en viviendas dispersas e independientes; separación de los servicios de vivienda y tratamiento, en la medida en que el acceso a la vivienda se considera un derecho y el tratamiento de las adicciones o de los eventuales problemas de salud mental una opción personal; elección y autodeterminación; orientación hacia la recuperación; y reducción de daños. Además, el programa desarrollado por Pathways to Housing contiene los siguientes elementos clave (Grupo de Alojamiento EAPN Madrid, 2013):

- se dirige exclusivamente a personas que sufren de enfermedades mentales y trastornos de adicción;
- proporciona acceso inmediato a una vivienda asequible y permanente directamente desde la calle o desde los dispositivos de emergencia;
- a los usuarios se les recomienda la participación en un tratamiento de salud mental y/o en la reducción de las drogas y el consumo de alcohol, pero no es obligatoria para el acceso a la vivienda o para que puedan mantenerse en la vivienda y recibir apoyo social.
- se realiza una intervención integral, a través de lo que llaman un equipo de “Tratamiento Asertivo Comunitario” (ACT). Se trata de un equipo multidisciplinar del ámbito social y de salud: especialistas en toxicomanías, enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales, personal de ayuda mutua y orientadores laborales. Los equipos se encuentran

fuera del emplazamiento donde está situada la vivienda, pero están disponibles telefónicamente las 24 horas del día, siete días a la semana. El uso de estos servicios es de carácter voluntario, pero se anima a participar a los usuarios y se les pide reunirse con el equipo al menos una vez a la semana. Se ofrecen servicios de asesoramiento económico para asegurar el pago del alquiler y otras facturas.

- la vivienda se proporciona a través de un contrato de arrendamiento sin límite de tiempo, y la prestación del servicio está disponible todo el tiempo que sea necesario. La vivienda y el apoyo social se mantienen independientes entre sí.
- Pathways to Housing hace hincapié en la importancia de la elección como un elemento central del enfoque de Housing First. Los participantes pueden elegir el tipo, la frecuencia y la secuencia de los servicios. Pueden elegir su barrio y el apartamento en función de su disponibilidad, así como muebles y menaje del hogar.
- Pathways to Housing hace también hincapié en la necesidad de utilizar viviendas dispersas –es decir, que no haya más de una cantidad de alojamientos en un mismo edificio, lo que suelen calcular con un porcentaje, el 15%– con el fin de promover la integración.

El cuestionamiento de la intervención lineal al que antes se ha hecho referencia es otro de los elementos que caracterizan este enfoque. Efectivamente, muchas veces se conceptualiza el término Housing First en oposición al modelo en escalera, que sigue siendo el modelo dominante en la prestación de servicios en la mayoría de países de la Unión Europea, en el que las personas sin hogar van superando escalones a través de diversos servicios residenciales, vinculados a la resolución de cuestiones sociales y de salud antes de convertirse en lo que llaman “housing-ready” (personas preparadas para acceder a una vivienda).

Junto con el cuestionamiento de la intervención lineal, el modelo housing first se basa también en los conceptos de reducción de daños y de baja exigencia. Sin duda, el concepto de reducción de daños es un elemento clave del modelo housing first, en la medida en que plantea un modelo de atención a las dependencias ‘a demanda’, en el que no se fuerza a las personas usuarias a participar en determinados tratamientos y en el que el acceso a la vivienda no se condiciona a la participación en esos programas de tratamiento. Este enfoque implica la posibilidad de que las personas que participan en estos programas puedan mantener sus consumos –siempre que no molesten a otras personas–, la necesidad de que la oferta de vivienda se complemente con la existencia de recursos sociosanitarios para la reducción de daños (como salas de consumo supervisado o programas de reparto de jeringuillas), y la adopción de cambios organizativos que permitan combinar los servicios de apoyo en la vivienda y de reducción de daños. (Pauly eta al., 2013).

Debe también destacarse el énfasis que este tipo de modelos ponen en la individualización de la atención y en la desinstitucionalización, en la medida en que, en todas las experiencias, el acceso a la vivienda se plantea en alojamientos individuales y dispersos, ubicados en viviendas ordinarias. La importancia de la individualización radica en: a) el énfasis que el modelo da a la prestación de apoyos permanentes, flexibles e individualizados, tan intensos como sea posible pero en cualquier caso de carácter voluntario; y b) la importancia que se da a la capacidad de autodeterminación y control por parte de las personas usuarias en relación a los servicios que reciben.

Finalmente, el modelo housing first recoge, o se aproxima, a una concepción de la atención a las personas sin hogar que parte de sus derechos de ciudadanía. En ese sentido, se podría afirmar que el modelo guarda relación con una visión cercana a la exigibilidad del derecho a la vivienda, es decir, garantizar el “derecho a techo” sin condicionarlo a cumplimiento de objetivos y ni tan siquiera a la necesidad de acogerse a una intervención (Grupo de Alojamiento EAPN Madrid, 2013).

Si bien, como se ha dicho, el enfoque *housing first* se ha llevado a la práctica en numerosas ciudades de Estados Unidos y de Canadá, la experiencia de aplicación que se describe a continuación se refiere al programa *Housing First Europe*. Se trata de la aplicación experimental del modelo en cinco ciudades de Europa (Ámsterdam, Budapest, Copenhague, Glasgow y Lisboa), con el apoyo económico de la Comisión Europea y en el marco de un programa de experimentación social. Como tal, los resultados obtenidos por las personas usuarias del programa en estas cinco ciudades fueron comparados con los obtenidos por un grupo de control, formado por personas sin hogar residentes en otras tantas ciudades (Gante, Dublín, Goteburgo, Helsinki y Viena), en las que el programa no se aplicó y las personas participantes en la investigación fueron objeto de una intervención convencional. La utilización de este tipo de diseños experimentales vincula esta experiencia con la aplicación, bastante ortodoxa además, del paradigma de la práctica basada en la evidencia a la que se ha hecho referencia en el punto 2.11.

Las características de la aplicación de los programas en cada una de las ciudades intervención es diferente y no siempre se siguieron en detalle las referencias iniciales, siendo el caso de Budapest el que en mayor medida se aleja del modelo original. Las cinco ciudades en las que se realizó el estudio también diferían en el perfil de las personas usuarias, si bien en todos los casos el programa estaba orientado a personas sin hogar con necesidades complejas, generalmente con patología mental y/o drogodependencias. En cualquier caso, al margen de estas diferencias, y de acuerdo a los responsables del proyecto de investigación, puede decirse que el programa se aplicó con fidelidad y que sus resultados podrían ser extrapolados a otras ciudades de Europa donde pudieran desarrollarse intervenciones de este tipo.

La evaluación del programa puso de manifiesto resultados globalmente positivos en numerosos aspectos: a los tres años de iniciarse el programa, la tasa de permanencia en el mismo era muy alta en casi todos los casos (entre el 97% de Ámsterdam y el 80% de Lisboa, dejando de lado el atípico caso de Budapest). Estos niveles elevados de retención son equiparables a los registrados en otros programas similares desarrollados en Estados Unidos, que ponen de manifiesto la posibilidad de ofrecer alojamiento en viviendas ordinarias a personas con necesidades sociosanitarias (enfermedad mental, consumos de drogas...) muy complejas. En todos los casos se registraron niveles elevados de satisfacción con el programa por parte de las personas atendidas, tanto en lo que se refiere a la posibilidad de residir en una vivienda independiente como en lo que se refiere a la calidad y la utilidad del apoyo personal recibido.

El programa también cosechó resultados positivos desde el punto de vista de la calidad de vida de las personas usuarias: en muchos casos (aunque no en todos) los consumos de drogas se redujeron, si bien la abstinencia no se planteó en ningún caso ni como objetivo ni como requisito para la participación en el programa. También se constataron mejoras en relación a los problemas de salud mental de las personas atendidas, que se atribuyen a la seguridad vital que brinda la posibilidad de residir en una vivienda independiente de forma permanente y estable. Uno de los elementos positivos que se asocian a la aplicación del programa en alguna de las ciudades, por ejemplo en Ámsterdam, es la utilización de pares en los procesos de acompañamiento, lo que se relaciona con los elementos señalados en el apartado 2.8.3.

De acuerdo a la evaluación realizada, los resultados fueron menos positivos en lo que se refiere al acceso de estas personas a un empleo remunerado e incluso en lo que se refiere a su situación económica (habida cuenta de que el programa facilita y financia el acceso a una vivienda, pero no cubre el resto de las necesidades económicas de las personas atendidas, que deben recurrir bien a ingresos laborales, bien a las prestaciones de garantía de ingresos que puedan existir en cada ciudad). La evaluación indica en cualquier caso que si bien no se produjeron mejoras importantes en el acceso de estas personas al mercado de trabajo ordinario, si se incrementó la participación de estas personas en activi-

dades de voluntariado y en otras actividades significativas. Esta mejora enlaza con la propuesta de activación inclusiva planteada en las páginas precedentes y pone de manifiesto que sin bien –tal y como señalan los evaluadores del programa– la inclusión laboral de estas personas en el empleo ordinario puede ser un objetivo poco realista, sí se puede trabajar su activación a partir del acceso a otro tipo de actividades.

El hecho de plantear el alojamiento de estas personas en viviendas dispersas se considera también un avance importante, aunque plantea problemas de diverso tipo: por una parte, la dificultad de encontrar viviendas adecuadas, lo que en algunos casos retrasó la incorporación efectiva al programa; por otra, la existencia en algunas ocasiones –sobre todo en Lisboa– de quejas vecinales por las molestias causadas por las personas participantes en el programa; del mismo modo, el hecho de residir de forma independiente y alejado de las redes relacionales habituales implica niveles de soledad y de aislamiento más elevados, a los que no siempre puede darse una respuesta adecuada mediante el apoyo de los profesionales.

4.3.

PROGRAMA INTENSIVO DE GESTIÓN DE CASOS PARA MUJERES SIN HOGAR IMPLICADAS EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO Y/O EXPLOTACIÓN SEXUAL²¹

4.3.1.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y BASES CONCEPTUALES

Como se ha señalado en el epígrafe anterior, los programas basados en la filosofía del *housing first* se dirigen a personas sin hogar con necesidades muy complejas, normalmente derivadas de patologías mentales o consumos de drogas. El programa que se analiza en este epígrafe se basa de forma genérica en el modelo de *housing first* pero presenta, en relación al enfoque general, dos características diferenciales:

- por una parte, se basa en la provisión de un servicio de apoyo individualizado de carácter intensivo, adicional al servicio de alojamiento que el programa ofrece; si bien la prestación de servicios de apoyo personalizado es consustancial al modelo *housing first*, en este caso la importancia y la intensidad de los servicios de apoyo, mediante la utilización de técnicas de gestión de caso, juegan un papel particularmente relevante;
- por otra parte, el programa se dirige exclusivamente a mujeres sin hogar que han experimentado situaciones de alto riesgo y explotación sexual. Se trata en ese sentido de mujeres que ejercen o han ejercido la prostitución y que presentan, además, otras problemáticas adicionales, tales como trastornos mentales, consumo de drogas o situaciones de malos tratos.

Desde el punto de vista conceptual, el programa en cuestión –denominado Edmonton E4C– comparte la mayor parte de las características del resto de los programas que responden al modelo *housing first*: se busca un acceso lo más inmediato posible a una vivienda independiente para, una vez instalada la persona en esa vivienda, prestar una serie de servicios individualizados de apoyo, a partir de la filosofía de la reducción de riesgos y aplicando criterios de baja

21 La mayor parte de la información para este epígrafe se ha recogido del siguiente documento: Potter-King, G. y De Jong, I. Intensive case management considerations to improve housing stability amongst women involved in high-risk and/or exploitative situations. Edmonton, Homeward Trust Edmonton, 2013.

exigencia. Se trata en ese sentido de uno de los pocos programas en los que se la filosofía del *housing first* se ha combinado con la gestión intensiva de casos para prestar una atención especializada a mujeres en situación de vulnerabilidad extrema.

4.3.2.

FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS

Se trata de un programa experimental de pequeño alcance, realizado en Canadá, y en el que participaron un total de doce mujeres: todas ellas sin hogar, con problemas de salud mental, consumos de drogas y con una dilatada experiencia en el ejercicio de la prostitución. En muchos casos se trataba además de mujeres que habían experimentado situaciones de malos tratos. La evaluación del programa se realizó utilizando exclusivamente metodologías cualitativas y el principal objetivo de la misma era valorar en qué medida estas mujeres experimentaron mejoras en su calidad de vida.

Los resultados de la evaluación ponen de manifiesto, por una parte, la efectividad del enfoque de gestión intensiva de casos, uno de los componentes del programa que las mujeres usuarias valoraron en mayor medida. En ese sentido, las mujeres usuarias valoraron positivamente la posibilidad de disponer de forma más o menos permanente de una persona de confianza (un ‘amigo profesional’) a quien recurrir en situaciones problemáticas y episodios de crisis, y a quien pedir apoyo sin sentirse juzgadas o cuestionadas. La constatación de la efectividad de este tipo de apoyo resulta importante en la medida en que se ha demostrado su coste efectividad, por una parte, y en la medida en que cuestiona que estas mujeres necesiten de un apoyo permanente, *in situ*, en centros que concentran un número relativamente alto de usuarios; al contrario, la disponibilidad de un apoyo volante (*floating support*) en viviendas dispersas se demuestra, en este estudio, como una opción viable y eficaz.

La evaluación realizada también pone de manifiesto la utilidad de la filosofía de la reducción de daños, dado que se constata que este enfoque ayuda al mantenimiento de estas mujeres en sus viviendas y a la retención en el programa, produciéndose además una cierta reducción en los niveles previos de consumo. Del mismo modo, los resultados de la investigación ponen de manifiesto que el hecho de ser alojado en una vivienda independiente tiene consecuencias positivas tanto en lo que se refiere a la calidad de vida de las personas atendidas, y su sentimiento de inclusión social, como en lo que se refiere a la utilización de otros servicios médicos y sociales. En ese sentido, se redujo el uso de los servicios de urgencia y se incrementó el de los servicios preventivos y de atención primaria, tal y como ha ocurrido en otras experiencias de aplicación del modelo *housing first*.

También en este caso el programa incorpora la idea del acompañamiento y asesoramiento por parte de pares. Esta opción fue también valorada positivamente por las personas usuarias, que se mostraron dispuestas tanto a recibir este tipo de apoyo como a prestarlo, participando en talleres y actividades de prevención.

Entre los aspectos negativos, como ocurre en el resto de los programas de *housing first*, se destacan la persistencia de dificultades económicas importantes pues, si bien el programa facilita económicamente el acceso a una vivienda, no ofrece prestaciones económicas que permitan la subsistencia de estas mujeres fuera de las redes de la prostitución (estas mujeres, en cualquier caso, pueden acceder al sistema general de garantía de rentas existente en Canadá). En todo caso, la evaluación realizada pone de manifiesto que estas mujeres no podrían mantenerse en una vivienda independiente en ausencia del apoyo económico que presta el programa y que, pese al trabajo de mediación que realizan los gestores de casos, estas mujeres experimentan todavía situaciones de discriminación en el acceso a otros recursos sanitarios y sociales.

4.4.

MODELO CLUBHOUSE DE EMPODERAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL²²

4.4.1.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y BASES CONCEPTUALES

El modelo Clubhouse de rehabilitación psicosocial en la comunidad se articula en torno a una red internacional, con cerca de 350 centros de las mismas características en todo el mundo. Se trata de una red particularmente extendida en Norteamérica, pero que cuenta también con una amplia red de centros en países europeos como Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Noruega o Finlandia.

De acuerdo al International Center for Clubhouse Development (ICDD), la entidad que coordina el conjunto de la red, un clubhouse es ante todo un recurso comunitario local que ofrece a las personas con enfermedad mental posibilidades y oportunidades para alcanzar su pleno potencial mediante la prestación de los apoyos comunitarios necesarios. Los clubhouses se alejan de los modelos tradicionales de tratamiento o de atención diurna en la medida en que se basan fundamentalmente en la idea de la construcción de comunidades relacionales, desde las cuales se prestan apoyos para el acceso a la vivienda o el empleo, y se facilita la participación en actividades culturales y recreativas. Uno de los elementos básicos de este tipo de centros es la consideración de las personas con enfermedad mental como miembros del club, no como clientes, pacientes o usuarios, y la renuncia a un abordaje clínico de la enfermedad mental, lo que implica, entre otros aspectos, la ausencia de terapeutas o psiquiatras en sus equipos de trabajo.

La base conceptual de este tipo de centros parte de tres elementos, estrechamente relacionados con los que se han señalado en las páginas precedentes:

a) Empoderamiento

El concepto de empoderamiento constituye un elemento clave en el modelo de los clubhouses. Claramente relacionado con la individualización a la que antes se ha hecho referencia, se refiere, básicamente, a la capacidad de elección, influencia y control que ejercen las personas sobre las cuestiones que afectan a su vida cotidiana. El enfoque del empoderamiento, tal y como se aplica en el modelo clubhouse, parte de la idea de que es preferible trabajar desde las capacidades y potencialidades de las personas, no desde sus problemas o carencias, busca el desarrollo del conocimiento y las habilidades de las personas afectadas, se centra en la capacidad de autodeterminación y control de las personas, y plantea la intervención de los profesionales como colaboradores y no como técnicos dotados de una autoridad profesional superior.

El concepto de empoderamiento que se aplica en el modelo parte de la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual el empoderamiento de las personas con discapacidad o con enfermedad mental implica que estas personas tienen derecho a opinar y a ser escuchadas, pueden tomar sus propias decisiones, tienen control sobre sus vidas, defienden sus propios derechos, y se sienten reconocidas y respetadas como ciudadanas de pleno derecho. De acuerdo a este enfoque, el papel de las intervenciones basadas en la comunidad y de las estructuras de apoyo es el de contribuir al proceso de empoderamiento de cara a promover, apoyar y facilitar la participación activa de las personas y sus familias en todas aquellas cuestiones que les afectan directamente.

²² La mayor parte de la información para este epígrafe se ha obtenido del siguiente documento: Hanninen, E. Choices for Recovery. Community based rehabilitation and the clubhouse model as means to mental health reforms. Serie: Report, nº 50/2012, Helsinki, National Institute for Health and Welfare, 2012.

En el contexto de la salud mental, el empoderamiento se refiere a la capacidad de elección, de influencia y de control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer sobre todos los aspectos de su vida cotidiana. La clave del empoderamiento es la eliminación de las barreras formales e informales que obstaculizan esa capacidad de autodeterminación y la transformación de las relaciones de poder entre los individuos, los profesionales, las comunidades, los servicios y la administración. Desde esta perspectiva, el empoderamiento se considera un proceso social multidimensional a través del cual los individuos y grupos adquieren una mejor comprensión y control sobre sus vidas, y tienen posibilidades de modificar el contexto sociopolítico y mejorar sus condiciones de vida.

b) Rehabilitación en la comunidad

El modelo clubhouse se apoya igualmente en el enfoque de la rehabilitación basada en la comunidad y en las directrices que al respecto ha establecido la Organización Mundial de la Salud, a partir de los planteamientos que se derivan de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²³. La aplicación del modelo RBC a la enfermedad mental implica, básicamente, que las personas con patologías mentales reciben el apoyo necesario para su inclusión y participación en todos los aspectos de la vida y en las actividades de las comunidades a las que pertenecen. El papel de los programas de RBC es, en ese sentido, el de promover y proteger sus derechos, apoyar su rehabilitación y facilitar su participación e inclusión.

c) Recuperación

El modelo se basa, igualmente, en el concepto de recuperación (recovery), a partir de la idea de que las personas con enfermedad mental pueden recuperarse incluso de los problemas de salud mental más intensos y prolongados. En ese contexto, la recuperación se entiende como la capacidad de las personas para vivir una vida significativa y satisfactoria, tal y como la define cada persona en particular, al margen de la presencia o ausencia de síntomas de la enfermedad.

4.4.2.

FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS

De acuerdo a sus promotores, un clubhouse ofrece un ambiente reparador (restaurative) para personas cuyas vidas se han visto gravemente afectadas por su enfermedad mental, y que necesitan el apoyo de otras personas que están en recuperación y que creen que la enfermedad mental puede ser tratada. Los clubhouses ofrecen a sus miembros una red de apoyo, basada en un centro, en lugar de un servicio o un programa de tratamiento, a partir de la idea de la pertenencia o participación en una comunidad. A través de su participación en la red, las personas con enfermedad mental reciben apoyos en sus relaciones sociales o familiares, para su inclusión en el mundo laboral o educativo, o para acceder a una vivienda.

23 De acuerdo a la OMS, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) fue iniciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguiendo la Declaración de Alma-Ata de 1978. Fue promovida como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales. Durante los último 30 años, la RBC ha evolucionado a una estrategia multisectorial para atender las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e inclusión en la sociedad y mejorando su calidad de vida.

Los principios y valores de la entidad son los siguientes:

- La recuperación es posible, incluso en el caso de la enfermedad mental severa;
- La comunidad y la red de apoyo de iguales de clubhouse ofrece respeto, esperanza y reciprocidad, y promueve la recuperación.
- El clubhouse está formado por miembros, no por pacientes.
- El modelo se articula sobre las fortalezas y capacidades de sus miembros, no sobre sus déficits o enfermedades.
- Las actividades del clubhouse se basan en el trabajo y el aprendizaje compartido de sus miembros y del equipo, lo que equipara la implicación y la participación igualitaria en todas las funciones;
- El clubhouse ofrece acceso a relaciones personales, defensa de los derechos, vivienda, educación y empleo, al objeto de promover la inclusión social y el empoderamiento de sus miembros.

La idea de pertenencia es fundamental en el modelo, así como la voluntariedad de esa pertenencia. Para sus promotores, el hecho de ser miembro de la red implica una idea básica de pertenencia, de propiedad y responsabilidad compartida en relación al propio club y a los resultados que se derivan del mismo. También es importante en el marco de este modelo el protagonismo de las relaciones personales, el recurso al apoyo entre pares (peer-to-peer support) y la articulación de un programa de actividades que intenta reflejar la jornada laboral, mediante la realización de actividades laborales u ocupacionales. Además, desde los clubhouses se gestiona el acceso a recursos de inclusión laboral, bien en régimen de empleo protegido, bien en otras fórmulas como el empleo con apoyo en el medio laboral ordinario.

El modelo cuenta además con un sistema de acreditación, que busca homologar el contenido de las intervenciones que se desarrollan bajo el paraguas de la red en diversos países del mundo.

El modelo clubhouse ha sido sometido a diversas evaluaciones y forma parte de las estrategias nacionales de salud mental de diversos países, como Finlandia, Suecia, Dinamarca, Islandia o Escocia, así como en el Estado de Baviera. Los diversos estudios de evaluación realizados ponen de manifiesto que el modelo es efectivo en lo que se refiere a la mejora de la calidad de vida de las personas que participan en este tipo de centros o la reducción de sus tasas de hospitalización, así como en lo que se refiere a la inclusión laboral, la mejora de la calidad de vida y el bienestar físico y mental. También se han publicado estudios que acreditan el carácter coste efectivo de este tipo de intervenciones, que en general tienen un coste inferior al de las intervenciones convencionales en el ámbito de la salud mental.

4.5.

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL PERSONALIZADO A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL²⁴

4.5.1.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y BASES CONCEPTUALES

El programa piloto de acompañamiento social personalizado para personas con trastorno mental y exclusión social desarrollado por la Asociación Zubietxe, radicada en Bizkaia, incorpora buena parte de los elementos conceptuales señalados en el apartado anterior:

- Acompañamiento individualizado. Como su propio nombre indica se trata de un programa de acompañamiento individualizado, de alta intensidad. Se trata en este caso de una forma de acompañamiento que, aunque tiene un claro horizonte de autonomía y liberación de la persona, no parte de un esquema predeterminado, con etapas definidas, sino que se adecúa al momento presente y a las necesidades cambiantes de las diversas circunstancias vitales. En ese sentido, podemos hablar de una ausencia de proceso.
- Baja exigencia. Se trata igualmente de un programa que actúa desde la filosofía de la baja exigencia y que está basado en la flexibilidad, es decir, en el rechazo a una concepción necesariamente escalonada de la intervención y en la ausencia de etapas prefijadas, en el diálogo educativo y en la asignación de figuras de referencia estables y cercanas.
- Calidad de vida. El programa parte del concepto de calidad de vida desarrollado por Shalock y Verdugo, al que anteriormente se ha hecho referencia, y utiliza además la escala GENCAT para la medición de la calidad de vida de personas en situación de vulnerabilidad social a la que más adelante se hará referencia.
- Coordinación sociosanitaria. El programa fue financiado desde una estructura de innovación sociosanitaria, atiende a personas que tienen problemáticas tanto sociales como sanitarias y pone en práctica “un acompañamiento que cruza sin pasaporte la frontera entre lo social y lo sanitario, entre los diferentes diagnósticos médicos o sociales, entre diversas edades, sexos y orígenes geográficos. No hay compartimentos estancos, ni tampoco una predisposición previa a atender preferentemente unas características de la persona u otras”.

El siguiente párrafo, extraído del informe de evaluación de la experiencia, recoge con claridad algunos de los elementos básicos de la misma

“Generalmente los recursos sociales forman parte de una etapa concreta de la intervención psicosocial, puesto que con colectivos que han transitado por etapas muy conflictivas de su vida se trabaja de manera gradual para su reinserción en el tejido social. Por esto las intervenciones se dividen u organizan en etapas de menor a mayor estructuración de hábitos, rutinas, tareas, formación, es decir, de menor a mayor autonomía, fomentando el aprendizaje de habilidades sociales que faciliten la recuperación de las redes, ya de familiares o de amigos, y que permitan la inserción laboral y social. El último aspecto está cobrando gran importancia, puesto que estos colectivos sufren en general una gran inestabilidad económica, que dificulta todavía más su búsqueda de una vivienda digna y, por lo tanto, la deseada reinserción. Pero la

intervención que proponemos no se basa en estos parámetros, sino en la flexibilidad, en la ausencia de etapas prefijadas, en el diálogo educativo y en la asignación de figuras de referencia estables y cercanas. Sin pensar que el empleo es inalcanzable, no lo tomamos como punto de partida necesario, ni siquiera de llegada para todos, únicamente para aquellas personas cuya evolución lo permita. Nuestro horizonte es la mejora de la calidad de vida particular para cada persona”.

4.5.2.

FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS

El proyecto piloto de acompañamiento social personalizado para personas con trastorno mental y exclusión social se desarrolló de forma experimental, financiado por la Fundación Vasca para la Innovación Sociosanitaria, y tenía por objeto “realizar un trabajo socioeducativo de acompañamiento y apoyo individualizado, orientado a satisfacer las necesidades de apoyo social de personas que presentan enfermedad mental junto con otros rasgos de exclusión, vinculándolas con las redes social y sanitaria, y que tenga como horizonte su calidad de vida”. Para ello, “las y los participantes en el programa se benefician de una atención personalizada a través de tutorías que se ajustan a sus necesidades individuales en lo que respecta a periodicidad, localización o aspectos abordados”.

Las personas destinatarias del Servicio de Acompañamiento Social Personalizado son personas mayores de 18 años, en situación o riesgo de exclusión social, que presentan enfermedad mental grave, con o sin tratamiento; en ocasiones, se incluyen también a algunos de sus familiares en el acompañamiento. De acuerdo a la evaluación, de carácter cualitativo, realizada por la entidad, las claves para el desarrollo adecuado de un programa de estas características son:

- la información, que no se deriva necesariamente de un diagnóstico previo, sino de la información que se va generando en un esquema de ensayo y error.
- el vínculo, que se considera la herramienta fundamental para el trabajo de acompañamiento. La construcción de ese vínculo exige una relación de confianza con la persona acompañada y el respeto hacia su proyecto vital, pero, al mismo tiempo, implica una relación educativa. Este respeto a la persona se complementa con la necesaria empatía, y se convierte en la columna vertebral de un acompañamiento que quiere poner a la persona en el centro, devolviéndole en el mayor grado posible la responsabilidad de sus decisiones y el timón de su propia vida.
- la flexibilidad. Para realizar una intervención que realmente esté centrada en la persona, es preciso ser flexibles en las acciones realizadas, en los horarios y en la intensidad que la intervención requiere, entre otros factores. Esto es especialmente importante en la primera fase de la intervención, en el momento de creación del vínculo, pero puede decirse que la flexibilidad es el único protocolo estable en la relación de acompañamiento. La flexibilidad en la relación con la persona acompañada exige también pautas organizativas ágiles y flexibles – probablemente más fáciles de alcanzar en el marco de las entidades del tercer sector–, capaces de modificar sobre la marcha las características de los recursos²⁵. También resulta fundamental, en esta flexibilidad, la disponibilidad de recursos asistenciales (de alojamiento, de atención diurna, ocupacionales, etc.) por parte de la entidad responsable de estos acompañamientos.

25 De acuerdo a la evaluación realizada, “se ha tratado de superar la visión inicial de falta de encaje en el recurso y pasar a adaptar el recurso a las necesidades de las personas. Es necesario estar constantemente ajustando los servicios y la intervención, y hay que estar reinventando los servicios. Para ello, es necesaria una estructura que lo permita, que no sea muy rígida; la clave es poner en el centro a la persona y que el equipo educativo tome las decisiones a través de lo que escucha, no de la memoria del año anterior”.

- el trabajo en red, que implica tanto la posibilidad de trabajar de forma coordinada con el resto de los agentes que intervienen en un mismo territorio, como la necesidad de establecer vínculos relacionales con las personas que trabajan ellas. De acuerdo a los promotores del proyecto, “teóricamente una institución debería cumplir las mismas funciones independientemente del profesional que trabaje en ella, pero la realidad no es así, y hay que tenerlo en cuenta. Esto no significa despreciar la institución y su formalización de procesos, que es válida y necesaria para conseguir una universalización y equiparación de los servicios; simplemente estamos poniendo de relieve una realidad práctica que no siempre es apreciada: la diversidad existente en el interior de las instituciones y la forma de orientar esta pluralidad en beneficio de la persona acompañada”.

El programa consiste en un modelo de acompañamiento de elevada intensidad, que se concreta en las fases siguientes:

- Acogida, valoración del caso e intervención de urgencia, si procede. Esta fase dura aproximadamente entre 15 y 20 días y se centra en la valoración del caso en función de (perfil, situación, intensidad y ajuste de la persona al programa) y la identificación de necesidades urgentes (alojamiento temporal, situación legal, situación económica, situación sanitaria...).
- Intervención transitoria y refuerzo de vínculos. La duración de esta fase es más larga que la anterior, si bien tiene también un carácter transitorio. En esta fase se inicia la búsqueda de alojamiento estable, la gestión de trámites legales, la eventual solicitud de la RGI, contacto con Centro de Salud y CSM, y se inicia el contacto con la red de apoyo que pueda tener la persona. Esta fase ayuda a enfocar el proceso de intervención educativa que se realizará en la siguiente fase ya que permite resolver las cuestiones urgentes de la vida cotidiana, reforzar el vínculo con la persona, profundizar en la valoración del caso, retomar el contacto con su red social de apoyo e implicar a todos los agentes que formarán parte del proceso
- Fase de intervención educativa. Esta tercera fase es la más larga y en la mayoría de los casos resulta difícil, dada su situación de cronicidad, que exista una fecha de finalización del proceso. Los periodos de intervención son muy variables dependiendo del caso ya que una de las características de esta fase es la alternancia de periodos de intensidad alta (en situaciones de crisis) con intensidad más reducida en periodos más estables e incluso de la interrupción de la intervención (por ingresos psiquiátricos, por ejemplo). El proceso se desarrolla con encuentros de cierta periodicidad, planificados o imprevistos, en espacios formales o informales, en el contexto de la persona o en lugar de trabajo del educador. Estos encuentros permiten responder a los siguientes objetivos:
 - Garantizar en la mayor medida posible su calidad de vida en relación a las diferentes dimensiones: bienestar material (alojamiento, recursos económicos, servicios comunitarios,...) y físico (atención sanitaria, toma de medicación, hábitos saludables, no consumo de sustancias tóxicas...)
 - Mejorar su bienestar emocional a través de la construcción de una relación positiva con el educador minimizando en la medida de lo posible su ansiedad, estrés, sentimientos negativos...
 - Reforzar el autoconocimiento de su realidad personal, competencias, habilidades sociales, capacidades, ... ajustando en la medida de lo posible sus expectativas e intereses personales y apoyándola cuando no se cumplan para conseguir en mayor medida posible su desarrollo personal.
 - Apoyar para desarrollar su proyecto de vida personal reforzando su capacidad de autodeterminación.

De la descripción general del programa cabe destacar, como conclusión, el carácter fundamentalmente relacional de la intervención. En ese sentido, el programa no ofrece un recurso o prestación concreto –alojamiento, alimentación, apoyo económico, formación, inserción laboral...– sino un acompañamiento individualizado de alta intensidad, caracterizado por la flexibilidad y la disponibilidad, que permite el acceso a otros recursos y favorece la calidad de vida de las personas usuarias.

4.6.

PROGRAMA PILOTO DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA A PERSONAS SIN HOGAR EN LONDRES MEDIANTE EL USO DE PRESUPUESTOS INDIVIDUALES²⁶

4.6.1.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y BASES CONCEPTUALES

En 2010 un distrito de Londres, en colaboración con una entidad especializada en el trabajo con personas sin hogar, desarrolló y evaluó un proyecto piloto destinado a la mejora de la calidad de vida de personas sin techo y en situación de exclusión social extrema, mediante un programa de apoyo personalizado que incluía la concesión de un presupuesto individual para el acceso a diversos bienes y servicios, entre ellos una vivienda independiente. Participaron en el programa un total de 15 personas que hasta el inicio del mismo pernoctaban en las calles del centro de Londres, y que llevaban un número elevado de años, entre 4 y 45, en esa situación (Hough y Rice, 2010).

La clave del programa –que cosechó resultados positivos– radica en la individualización de la intervención y en la atribución a las personas beneficiarias de un margen importante de autonomía y control, en un marco más flexible que el que permiten los programas convencionales. Las herramientas para esa individualización son, por una parte, la disponibilidad de un presupuesto individual que las personas beneficiarias podían utilizar de forma discrecional, aunque con ciertas limitaciones, y, por otra, la existencia de un trabajador referente, responsable de acompañar, apoyar y asesorar a las personas beneficiarias. Se trata de una de las pocas experiencias realizadas en el Reino Unido, de ahí su carácter innovador, para extender el concepto de individualización de la atención, ampliamente extendido en el ámbito de las personas mayores y con discapacidad, al ámbito de las personas sin hogar o en situación de exclusión social extrema.

4.6.2.

FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS

A diferencia de lo que ocurre en sistema convencional de presupuestos individuales inglés, en este programa no se estableció una evaluación previa de necesidades, ni se siguió el sistema ordinario de asignación de la cantidad disponible. El programa se distingue también del enfoque ordinario de presupuestos individuales en que la elección de un referente de caso resulta obligatoria y en que los gastos admitidos con cargo al presupuesto sólo podían estar orientados al acceso a una vivienda independiente. El programa comparte con los presupuestos individuales ordinarios, sin embargo, la obligación de suscribir un plan de acción individualizado, en el que se establecen los apoyos y medidas necesarias, acordado con la administración local, así como la disponibilidad relativamente discrecional de una suma económica en metálico.

26 La información recogida para este epígrafe se ha obtenido de Hough y Rice (2010).

El programa, de carácter experimental, se dirigió inicialmente a una quincena de personas sin techo, consideradas en situación de alta exclusión, y con una trayectoria de calle muy dilatada. De ellas, 13 aceptaron participar en el proyecto: de estas 13 personas, ocho accedieron a un alojamiento independiente y se mantuvieron en él durante un periodo prolongado; tres accedieron a una vivienda pero volvieron a la calle, y las otros dos no accedieron a una vivienda, sino que se mantuvieron en la calle.

En un primer momento se estimó destinar un presupuesto individual máximo de 3.000 libras anuales para cada persona usuaria, que podían destinar a cualquier producto o servicio necesario para acceder a una vivienda independiente (pequeños electrodomésticos, pago del alquiler, etc.). En la práctica, sin embargo, el uso de los fondos previstos fue menor (794 libras anuales por personas, por término medio). El coste total del proyecto fue en cualquier caso sensiblemente superior –4.437 libras por persona–, puesto que se debe incluir también el coste del profesional contratado para el seguimiento individualizado de cada una de las personas participantes en el proyecto (trece en total, lo que implica una ratio de 1:13). Si bien todas las personas usuarias tenían la posibilidad de elegir al gestor de casos que les pareciera más oportuno, todas eligieron al coordinador del proyecto, que tenía con anterioridad experiencia con este grupo de personas como educador de calle. El coste total del proyecto no es en cualquier caso muy superior al coste estimado (3.120 libras anuales por persona) que corresponde a cada persona atendida en los programas de intervención en medio abierto que se desarrollan en ese distrito.

Si bien no se realizó un estudio de coste efectividad propiamente dicho, la evaluación estima que, si el proyecto se consolidara, se podría reducir el coste relativo al apoyo individualizado (así como otros costes indirectos derivados de la situación de las personas atendidas en términos de uso de servicios de salud, policiales, etc.), si bien también podrían generarse costes adicionales, como el relativo a una mayor demanda de prestaciones económicas por parte de estas personas, como consecuencia de un mayor contacto con la red de servicios sociales.

La evaluación realizada pone de manifiesto la importancia para el éxito del programa del apoyo individualizado y cercano prestado por el profesional referente o gestor del caso, junto a la capacidad de decisión que se reconoce a las personas usuarias en todo el proceso (capacidad de decidir si sumarse o no al programa; de elegir la persona referente; de decidir, con ciertos límites, el uso que se da al presupuesto individual asignado; capacidad de abandonar el programa, etc.). El papel del presupuesto individual –más allá de su utilidad como recurso económico– es importante en la medida en que contribuye a establecer un vínculo entre el profesional de referencia y la persona usuaria y en la medida en que implica un incentivo para plantearse el acceso a una vivienda independiente, con lo que ello tiene de reto para personas acostumbradas a vivir en la calle durante años.

La principal conclusión de la evaluación realizada pone de manifiesto que incluso las personas con una trayectoria de sinhogarismo más dilatada, y más reacias a acceder a recursos residenciales que consideran poco adaptados a sus necesidades, eligen abandonar la calle cuando se les da el control de las condiciones en las que se realiza ese cambio (Hough y Rice, 2010). La clave, a juicio de los autores de la evaluación, radica en preguntar a las personas potencialmente usuarias del programa qué es lo que quieren o necesitan, en lugar de ofrecerles una alternativa específica ya predefinidas.

Lo cierto es sin embargo que las personas sin hogar no han sido hasta la fecha considerados como colectivo destinatario de los presupuestos individuales convencionales, más allá de programas experimentales como el que se acaba de describir, salvo que acreditaran estar en una situación de discapacidad, enfermedad mental, etc. La próxima reforma de la legislación que rige este programa, sin embargo, puede abrir la puerta a que las personas sin hogar puedan beneficiarse de los presupuestos individuales y del resto de los servicios de apoyo que se prestan a las personas dependientes y/o con discapacidad. Sin embargo, los criterios restrictivos que se vienen aplicando para el acceso

a estas prestaciones pueden llevar a que, si bien la concesión de este tipo de prestaciones a las personas sin hogar resulte posible, se tienda a conceder estas ayudas a personas con necesidades de apoyo de perfil más convencional (personas mayores y con discapacidad, básicamente).

4.7.

PROGRAMA DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA A PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE²⁷

4.7.1.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y BASES CONCEPTUALES

Desde el año 2006, el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao, la Red de Salud Mental de Bizkaia –dependiente del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza– y la Dirección Territorial de Bizkaia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco prestan de forma conjunta un Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. Se trata de una experiencia de coordinación sociosanitaria, que garantiza la continuidad de los cuidados que necesita una población en situación de exclusión social extrema y permite un abordaje integral de sus necesidades mediante una conjunta y estrecha intervención entre servicios sanitarios y sociales.

Garantizar la continuidad de cuidados es una meta fundamental del programa, cuyo principal objetivo es evitar que tras el alta hospitalaria las personas atendidas se alejen del sistema de atención, ahondando de nuevo en la reincidencia hospitalaria. Habitualmente las hospitalizaciones suelen ser breves, siendo difícil en este periodo lograr una adherencia al tratamiento. Como horizonte y meta a más largo plazo, el programa se plantea propiciar la inserción en la red de salud normalizada.

Junto a la coordinación de los servicios sociales y de salud, la intervención está también basada en algunos de los elementos a los que se ha hecho referencia con anterioridad:

- Individualización y gestión de casos. Además del trabajo en red y de la búsqueda activa (outreach) de las personas usuarias, el programa adopta el enfoque de la gestión de casos. Esta metodología supone una flexibilización y adaptación de las estructuras dedicadas a la asistencia de pacientes con problemas de salud mental aportando la disponibilidad de realizar intervenciones, tanto en centros como en la calle o el entorno más inmediato de la persona. De esta forma, sostienen los promotores del programa, las políticas sociales de atención están alineadas con esta orientación asertiva, sustentada en la responsabilidad pública de mantener un liderazgo local y próximo en la oferta de servicios sociales de referencia. La diversidad de la demanda queda cubierta por la diferenciación de la respuesta traducida en centros y dispositivos variados en cuanto a sus prestaciones, exigencias o normas.

La individualización de la atención se traduce también en el reconocimiento de la voluntariedad de la intervención, considerada como elemento primordial para desarrollar el proceso personal. Ello exige reducir la introducción de intervenciones impositivas a las mínimas necesarias para garantizar la seguridad, la salud y las condiciones de vida más básicas. Las referencias personales estables y emotivas son esenciales para corregir experiencias traumáticas, integrar facetas personales, y comenzar y perpetuar los procesos de cambio.

²⁷ La información referente a esta experiencia se ha obtenido fundamentalmente de Garay et al. (2012).

- Reducción de daños. El programa tiene como objetivo de primer orden la captación de las personas potencialmente usuarias del programa y su vinculación al mismo, a la vez que mantener unos mínimos de seguridad personal, abordando la reducción de riesgos y daños. En un segundo momento, pero inmediato al anterior, se pretende lograr la adherencia al tratamiento; el cumplimiento de un tratamiento integral, que incluya tanto el abordaje de sus necesidades más básicas como la asistencia psiquiátrica y sanitaria, y de soporte social. Por las características de la población diana, la reducción del riesgo y daño, así como la orientación de baja exigencia son necesariamente elementos metodológicos nucleares de este programa.

4.7.2.

FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS

El programa está dirigido a PSH mayores de edad, con enfermedad mental grave, que viven en el municipio de Bilbao y que no están siendo atendidos por la red pública de salud mental estándar, o carecen de vínculos con ella. La necesidad de un programa asistencial específico para esta población se sustenta en la existencia de un número significativo de personas que padecen trastornos psiquiátricos y se encuentran en situación de exclusión social y de carencia de alojamiento, que viven en la calle o en recursos municipales dirigidos a esta población. Y también en que los problemas y las carestías asistenciales de esta población en muchas ocasiones no permiten, al menos inicialmente, su abordaje por los recursos asistenciales sanitarios de salud mental normalizados. De acuerdo a sus promotores, es importante subrayar, en todo caso, que este programa no pretende ser una alternativa a las intervenciones que ofrecen los centros y servicios sanitarios de atención normalizados, sino que intenta completar el vacío asistencial en el que perviven las personas con TMG en sus estadios más graves y desvinculados, siendo un puente facilitador y transitorio hacia la integración social completa.

El servicio tiene antecedentes en otros programas similares que se aplican en otros puntos de la geografía española. En ese sentido, los promotores del proyecto citan los equipos asistenciales sanitarios que trabajan específicamente con esta población en Madrid, Barcelona, Málaga o Canarias²⁸.

El programa ofrece, de acuerdo a su carácter sociosanitario, prestaciones sanitarias y sociales.

- La prestación asistencial sanitaria del programa es procurada por la Red de Salud Mental de Bizkaia, dependiente del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, utilizando como sede del programa el actual Centro de Salud de Begoña, en coordinación con las unidades de rehabilitación psiquiátricas y las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. El equipo sanitario cuenta como recursos humanos con dos psiquiatras, una enfermera y una trabajadora social, todos ellos a tiempo parcial. Se realiza un abordaje en colaboración con los educadores de calle vinculados a servicios sociales.
- El equipo social está constituido fundamentalmente por trabajadores y educadores de los programas y servicios dependientes de la Sec-

²⁸ En el caso de la Comunidad de Madrid, se desarrolla un programa de atención psiquiátrica en las áreas 5 y 7 de la ciudad, dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital de La Paz, así como un programa de atención social a esta población (Proyecto de Apoyo y Reinserción de Personas con Enfermedad Mental Sin Hogar, PRISEMI) dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. En Barcelona, desde 2006 está en marcha el Programa de Salud Mental a la Población Sin Hogar de la Ciudad de Barcelona, dependiente de la Dirección de Área de Barcelona de Sant Joan de Déu-SSM y de los servicios de salud mental de la Fundación Hospital Sant Pere Claver, en colaboración con el Consorcio Sanitario de Barcelona y la Dirección de Acción Social y Ciudadanía del Ayuntamiento de Barcelona.

ción de Inclusión y Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Bilbao. Intervienen principalmente el Programa de Intervención en Calle con PSH, el Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS), el Albergue Municipal de Elejabarri y el Albergue Municipal de baja exigencia.

Se cuenta además con otros recursos de apoyo, como estancias hospitalarias, atención a otros problemas de salud, acceso a medicación²⁹ y acceso a otras prestaciones de servicios sociales.

Desde el inicio del programa, se han tratado más de 90 casos. Respecto al sexo, la mayoría han sido hombres (82%). La edad media de las personas atendidas ha sido de 41 años, pero con una gran desviación típica, lo que muestra segmentos de edad muy diferenciados de usuarios muy jóvenes y personas con edad muy avanzada. En relación a su procedencia, el 54% ha sido población inmigrante, alrededor de un 20% han sido vizcaínos, y el resto, de otras comunidades del Estado. Además, en los dos últimos años se aprecia un incremento de la población inmigrante. En cuanto a su perfil psiquiátrico, el trastorno mayoritario corresponde al espectro de la psicosis (70%), siendo el diagnóstico fundamental el de esquizofrenia. En relación al perfil de las personas usuarias, los responsables del programa detectan tres subgrupos diferentes:

- Mujeres con un importante grado de deterioro físico y social, y con riesgo importante de ser víctimas de violencia de género; en definitiva, con una triple vulnerabilidad: carecer de hogar, tener una enfermedad mental grave y ser mujer. Se trata de un colectivo minoritario, pero que presenta una problemática abigarrada y de graves consecuencias. Suelen tener un mayor deterioro y desestructuración que los hombres. Presentan multiproblemática orgánica, con más frecuencia por la acumulación de cinco o más trastornos de salud. Padecen mayor número de enfermedades de transmisión sexual, problemas circulatorios, óseos y musculares. El consumo de tóxicos les genera consecuencias psicosociales y orgánicas más graves, por su mayor sensibilidad biometabólica. Terminan en una situación de sinhogarismo por motivos diferentes, y las complicaciones familiares y sociales derivadas de ello son mayores en lo que afectan a terceros (embarazos, menores). Una parte importante de las mujeres sin hogar son víctimas de violencia de género por parte de desconocidos, o incluso de sus parejas o de otros sujetos cercanos de su red. Las redes sociales naturales y los servicios sociales se activan con más intensidad cuando detectan este estado de vulnerabilidad en las mujeres.
- Jóvenes inmigrantes con importantes problemas psicopatológicos unidos a consumo de tóxicos (cannabis, disolventes). Población más joven con trastornos por consumo de tóxicos, con un incremento de trastornos de personalidad graves.
- Personas con una trayectoria biográfica de sinhogarismo refractaria a la integración social y, simultáneamente, una enfermedad mental de larga data. Se trata de una población más anciana y crónica, en la que prevalecen los trastornos de tipo psicótico, frecuentemente asociados al abuso de alcohol, que conlleva mayor patología física y demencias, entre otros daños.

En cuanto a los resultados del programa, se demuestra la eficacia del programa por sus resultados asistenciales: la elevada adherencia, constatada en el incremento del cumplimiento de tratamiento psiquiátrico, la adhesión farmacológica, y la participación en consulta psiquiátrica y en cuidados de enfermería. Fundamentalmente se estabilizan y mantienen en tratamiento las personas que tienen un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia. También se advierte éxitos terapéuticos en las mujeres tras intervenciones complejas y costosas.

²⁹ De forma excepcional, y hasta normalizar su situación, la medicación para los pacientes que carecen de TIS y de acceso a fármacos mediante emisión de recetas se provee mediante el servicio de farmacia de la Red de Salud Mental de Bizkaia, a través de la prescripción del equipo asistencial responsable del programa.

Aunque la tasa de abandono es baja, y se ha ido reduciendo, se aprecian una serie de características comunes entre quienes abandonan el programa (varón, joven, con diagnóstico de trastorno de personalidad asociado con consumo de tóxicos y presencia de cargos judiciales o penales).

Las claves del éxito del programa, concluyen sus responsables, radica en dos factores. Uno es el cambio en la metodología asistencial: es necesario cambiar el sentido estructural del manejo del espacio y del tiempo; es preciso dirigirse al lugar en el que está la persona, mostrarse disponible y flexible con los ritmos, con una metodología asertiva, pero de acercamiento no intimidatorio. Las expectativas de baja exigencia, la tolerancia, la disponibilidad y la paciencia son en ese sentido valores de primer orden. El segundo factor de éxito es la coordinación entre los ámbitos sociales y sanitarios, tanto a nivel macroinstitucional, por la creación y apoyo en el mantenimiento del programa, como a nivel microinstitucional, en lo correspondiente a los equipos que prestan la asistencia directa, los cuales, unidos y focalizados en una orientación conjunta hacia la resolución de los casos compartidos, favorecen la vinculación de los usuarios hacia una vida normalizada, la adherencia al tratamiento y el inicio de un camino hacia la reconstrucción de un proyecto personal.

4.8. CONCLUSIONES

La revisión de estos seis programas ha permitido analizar cómo los elementos conceptuales recogidos en la primera parte de este informe conforman la base teórica de las diversas iniciativas desarrolladas en nuestro entorno.

El cuadro siguiente indica cuáles de los elementos conceptuales señalados en el apartado 2 de este informe están presentes en cada uno de los programas señalados. Si bien no siempre es posible determinar, con la información existente, en qué medida cada uno de esos componentes forma parte del diseño de esos programas, si es en general posible señalar aquellos elementos en los que cada programa hace mayor hincapié.

CUADRO 4.
PRESENCIA DE LAS DIFERENTES ORIENTACIONES ANALIZADAS EN LAS BUENAS PRÁCTICAS IDENTIFICADAS

	1	2	3	4	5	6
Activación inclusiva			x			
Derechos	x					
Individualización	x	x	x	x	x	x
Autodeterminación	x	x	x	x	x	x
Perspectiva de género		x				
Desinstitucionalización	x	x			x	
Reducción de daños / baja exigencia	x	x		x	x	x
Apoyos para la calidad de vida	x	x	x	x	x	x
Coordinación y continuidad de cuidados				x		x
Voluntariado y coproducción	x	x	x			
Implicación comunitaria			x			
Práctica basada en la evidencia	x		x		x	

Housing first (1); acompañamiento intensivo para mujeres víctimas de explotación sexual (2); Modelo Clubhouse (3); programa de acompañamiento social personalizado a personas con trastorno mental (4); programa piloto de atención individualizada a personas sin hogar (5); programa de asistencia psiquiátrica a personas sin hogar (6).

La información del cuadro pone claramente de manifiesto en qué medida los conceptos de individualización y autodeterminación son consustanciales a todas las intervenciones analizadas. Todos los programas seleccionados centran de una u otra forma su intervención en estas dos cuestiones. También lo es el paradigma de apoyos para la calidad de vida, si bien cabe pensar que, en realidad, este enfoque no es sino una materialización concreta de las dos ideas anteriores. El enfoque de la reducción de daños es también aplicado, y señalado de forma explícita, en la mayoría de las intervenciones que se han descrito.

El resto de los elementos conceptuales tienen una presencia menos generalizada y/o un menor protagonismo en los programas descritos: la idea de la activación inclusiva –es decir, la opción por desarrollar modelos de participación social no exclusivamente ligados a la participación en el empleo remunerado– es generalizada en estos programas, si bien sólo en el caso de los clubhouses la cuestión del empleo adquiere cierta importancia. La continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria tienen un papel preponderante en los dos programas que se dirigen especialmente a las personas sin hogar con enfermedad mental, mientras que la idea de la desinstitucionalización es consustancial a los programas basados en la idea del *housing first*. La cuestión del voluntariado y de la implicación comunitaria de las entidades aparece en menos ocasiones y, cuando lo hace, se relaciona preferentemente con el apoyo de pares (*peer support*), es decir, la participación como tutores, mentores o acompañantes de personas que tienen o han tenido las mismas dificultades que las personas a las que se dirigen estos programas. Por su parte, la perspectiva de género es consustancial al programa de acompañamiento intensivo para mujeres víctimas de malos tratos y explotación sexual, si bien cabe pensar que está también presente en el resto de las intervenciones, en la medida en que toda intervención adecuadamente personalizada debe, necesariamente, incorporar en su diseño ese tipo de perspectivas.





ESCALAS Y ENCUESTAS DE
MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN
SOCIAL, LA CALIDAD DE VIDA Y
LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN
SOCIAL

ESCALAS Y ENCUESTAS DE MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL, LA CALIDAD DE VIDA Y LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL

5

5.1. INTRODUCCIÓN

La falta de criterios homogéneos para abordar la atención de personas en situación y/o riesgo de exclusión social nos sitúa en un escenario generador de grandes desigualdades. Por ello, la búsqueda de la homogeneidad en los criterios de valoración e intervención deber ser uno de los primeros aspectos a abordar tras la definición de un nuevo modelo de atención. Parece fundamental que las administraciones públicas y las instituciones privadas puedan contar con instrumentos comunes de valoración, diagnóstico, gestión de casos y evaluación de resultados que permitan avanzar a un escenario en los que se trabaje de forma coordinada, con objeto de garantizar la articulación efectiva y la cohesión en las actuaciones orientadas a la atención de las situaciones de exclusión.

Como se ha señalado en el apartado introductorio, el objetivo de este epígrafe es el de identificar y describir una serie de herramientas de diagnóstico y valoración de las situaciones de exclusión social utilizadas en nuestro entorno. Para ello se ha realizado una búsqueda documental en la base de datos documental de políticas sociales del SIIS Centro de Documentación y Estudios, y se ha identificado las herramientas o escalas que se han considerado de mayor interés y, al mismo tiempo, más coincidentes con los elementos conceptuales señalados previamente.

Se han elegido finalmente, para su descripción, cuatro herramientas: la primera es un instrumento para la medición de la calidad de vida entre personas usuarias de servicios sociales, que se basa en el concepto de calidad de vida desarrollado en el punto 2.7, y que ha sido ampliamente utilizado en Cataluña. Las dos siguientes son herramientas multidimensionales diseñadas para la valoración de las situaciones de exclusión social desarrolladas en el País Vasco y en Cádiz. La última es una herramienta de triaje de la vulnerabilidad de las personas sin hogar, ampliamente utilizada en Estados Unidos, y orientada a priorizar el acceso de las personas más vulnerables a los recursos de alojamiento y vivienda. Para cada una de las herramientas analizadas se describe, en primer lugar, los elementos conceptuales en los que se basa, y, en segundo lugar, su funcionamiento y resultados, tanto en lo que se refiere a sus características psicométricas como a los niveles de vulnerabilidad o exclusión identificados mediante su aplicación a diversas muestras poblacionales.

5.2. ESCALA GENCAT30

5.2.1. PRESENTACIÓN Y BASES CONCEPTUALES

Como se ha señalado en el apartado 2.7, la Escala GENCAT –diseñada para el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca– está basada en el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schallock y Verdugo (2007). Este modelo se articula en torno a una serie de dimensiones o dominios, ocho en total, que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. A partir de esa idea, la escala en cuestión está destinada a evaluar la calidad de vida de personas usuarias adultas, mayores de 18 años, de los servicios sociales de Cataluña. La escala está diseñada para medir la calidad de vida tanto de personas con discapacidad intelectual, física o sensorial, como de personas mayores, con drogodependencias, con VIH o SIDA y/o con problemas de salud mental. Si bien no se trata estrictamente hablando de una escala para la medición de las situaciones de exclusión social, resulta sin duda una herramienta útil para la medición de un concepto que resulta igualmente relevante –la calidad de vida– y que ha demostrado su validez y fiabilidad en colectivos, como las personas con SIDA, enfermedad mental o adicciones, que se caracterizan por ser a menudo usuarias de los recursos para la inclusión.

De acuerdo a sus autores (Verdugo et al., 2007), el objetivo de la escala es el de realizar una evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de los servicios sociales, que sea sensible a los cambios en el modo de proporcionar tales servicios, en su organización, y en las actividades de mejora que se puedan programar.

5.2.2. CONTENIDO

El instrumento proporciona un perfil objetivo de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales de acuerdo al modelo de ocho dimensiones –bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos– propuesto por Schallock y Verdugo. Cada una de esas dimensiones contiene entre ocho y diez ítems –en total, 69– referidos a todos los ámbitos de la vida de la persona en cuestión. La escala es aplicable a cualquier usuario de los servicios con una edad mínima de 18 años.

La escala GENCAT está formada por ítems objetivos y observables por un observador externo, normalmente profesionales de los servicios sociales que conozcan bien a la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar. Se trata de un cuestionario autoadministrado con un formato de respuesta tipo Likert, en el que el profesional responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación es de 10 a 15 minutos. Los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y ordenados de forma aleatoria dentro de su correspondiente dimensión. Todos los ítems pueden responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones: “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Frecuentemente”, “Siempre o casi siempre”. No obstante, para aquellos ítems a los que puede resultar difícil contestar con esta escala de frecuencia, se da la instrucción de responder pensando en la

siguiente escala Likert de cuatro puntos: “Totalmente de Acuerdo”, “Acuerdo”, “En desacuerdo”, “Totalmente Desacuerdo”.

El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global de calidad de vida, sino para proporcionar ocho índices, uno por cada una de las dimensiones. De este modo, para cada una de las ocho dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 1 (el peor estado de calidad de vida para ese ítem) hasta 4 (el mejor estado de calidad de vida para ese ítem). Así la puntuación directa mínima para una dimensión será 1 multiplicado por el número total de ítems que la conforman, y la puntuación directa máxima será dicho número de ítems multiplicado por cuatro. Es también posible en todo caso establecer a partir de esas dimensiones un índice global de calidad de vida y ubicarlo en un percentil determinado en relación al conjunto de la muestra analizada.

La escala mide lógicamente la calidad de vida de las personas encuestadas en un momento dado, si bien cuando se aplica de forma periódica –se recomienda hacerlo una vez al año– permite analizar la evolución de cada persona en cada una de las ocho dimensiones que conforman la calidad de vida.

5.2.3. RESULTADOS

La escala GENCAT ha sido validada en dos momentos diferentes, mediante su administración a una muestra amplia de personas usuarias de los servicios sociales en Cataluña. Se describen a continuación los resultados que arroja la escala –tanto en términos de fiabilidad y validez interna como en lo que se refiere a la valoración de la calidad de vida de los diferentes tipos de personas usuarias y en los diferentes tipos de centros– a partir del análisis realizado en 2010/11 y recogido en Verdugo et al. (2013).

Para el análisis, un total de 750 profesionales de 288 centros de servicios sociales administraron la escala a más de 11.000 personas usuarias de tales centros entre 2010 y 2011. Los resultados de este análisis sirvieron, por una parte, para confirmar la validez técnica de la herramienta en lo que se refiere a sus propiedades psicométricas y, por otra, para conocer los niveles de calidad de vida de los diferentes tipos de personas usuarias, así como para conocer posibles diferencias en lo que se refiere a los resultados de calidad de vida en los diferentes tipos de centros de servicios sociales de Cataluña.

En lo que se refiere a la validez interna de la escala y a su fiabilidad, los autores del estudio confirman mediante una serie de índices parciales de ajuste que el concepto de calidad de vida se compone de las ocho dimensiones señaladas y que la fiabilidad interna del sistema, medida a partir de la covarianza de los ítems según el coeficiente alfa de cronbach, es alta, con niveles muy elevados de correlación en todas las dimensiones y para el conjunto de los ítems (0,926). Es de señalar, por otra parte, que cuando la validez interna se mide diferenciando los resultados de los diferentes colectivos a los que está dirigida la escala, sólo en el caso del bienestar material y físico de las personas con VIH –debido al escaso tamaño muestral– se registra una validez interna significativamente menor.

En lo que se refiere a los resultados de la escala, se pueden analizar tanto desde el punto de vista de los colectivos de personas usuarias como del tipo de centro o servicio:

- En general, cuando se tiene en cuenta al conjunto de la muestra, la puntuación media es de 210 puntos, entre un mínimo de 104 y un máximo de 276. Desde el punto de vista de los ámbitos que conforman el constructo de calidad de vida, las puntuaciones más elevadas se registran en las dimensiones de bienestar material y derechos, y las más bajas en las dimensiones de desarrollo personal, autodeterminación y bienestar emocional.

- Cuando las puntuaciones se analizan teniendo en cuenta el colectivo al que pertenecen las personas encuestadas, los resultados se mantienen al menos de forma global. En todo caso, las personas con drogodependencias y enfermedad mental parecen puntuar más bajo que el conjunto en lo que se refiere al bienestar emocional y las personas con VIH/SIDA en lo que se refiere a la dimensión de inclusión social.
- Desde el punto de vista de las características de los servicios (ámbito geográfico y titularidad del centro), los niveles de calidad de vida más elevados se detectan en los centros privados, seguidos de los centros concertados y, por último, los de titularidad pública, si bien un análisis más afinado por dimensiones encuentra diferencias significativas, a favor de los centros concertados, en las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales y autodeterminación.

Estos resultados permiten a los autores plantear algunas conclusiones en relación a los resultados individuales (microsistema), los resultados correspondientes a los diferentes tipos de servicios (mesosistema) y los referentes al conjunto de las políticas sociales (macrosistema). La primera perspectiva permite evaluar la situación de cada persona atendida, contextualizarla o compararla en relación al conjunto de la población de referencia, y conocer su evolución, si la escala se administra de forma regular. Ello permite diseñar planificaciones centradas en la persona y proporcionar apoyos individualizados para la mejora de resultados personales relacionados con la calidad de vida

La segunda perspectiva permite -cuando se agregan los resultados de todas las personas usuarias de un mismo centro- comparar los niveles de calidad de vida que se registran en cada centro con el conjunto de los centros o con centros del mismo tipo, así como la evolución de los niveles generales de calidad de vida. También es posible comparar, para cada dimensión, la puntuación media de un centro en cuestión y su posición relativa en relación a la media de centros analizados. Finalmente, los resultados globales pueden ayudar a definir las políticas generales de intervención con este tipo de personas desde una perspectiva macro, fomentando las intervenciones en aquellas dimensiones de la calidad de vida cuyos resultados globales resulten más deficitarios.

5.3.

INSTRUMENTO TÉCNICO COMÚN DE VALORACIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL DE LA CAPV31

5.3.1.

PRESENTACIÓN Y BASES CONCEPTUALES

El artículo 20 de la Ley de 12/2008 Servicios Sociales del País Vasco establece que con el fin de garantizar la homogeneidad en los criterios de intervención de los servicios sociales, las administraciones públicas vascas aplicarán instrumentos técnicos comunes de valoración y diagnóstico. Uno de ellos es el llamado 'Instrumento técnico de valoración de la exclusión', que, en base a un sistema multidimensional de indicadores, está definido para que los servicios sociales municipales y forales puedan valorar con criterios comunes la existencia de situaciones de exclusión social -en diferentes niveles de intensidad- o de riesgo de exclusión social.

El instrumento está basado en una concepción multidimensional de la exclusión, que tiene en cuenta todas las dimensiones de ese fenómeno y distingue claramente las situaciones de carencia en determinados aspectos (económico, de empleo, relacional, residencial, etc.) de las situaciones de exclusión, sea

31 Puede accederse a la escala y a diferentes materiales de apoyo de la misma a través de este enlace.

cual sea su intensidad. En ese sentido, la herramienta permite considerar en situación de exclusión social a personas con empleo y/o recursos económicos suficientes y, a la inversa, considerar como personas en situación de inclusión a personas que carecen de recursos económicos y/o de un empleo.

Tras su aprobación mediante el Decreto 385/2013, el instrumento es de uso obligatorio por parte de los servicios sociales municipales y forales para valorar la existencia de posibles situaciones de exclusión social o de riesgo de exclusión social.

5.3.2. CONTENIDO

El instrumento consta de un listado de indicadores ordenados por dimensiones y, a su vez, organizados en cinco ámbitos vitales:

CUADRO 5.
DIMENSIONES E INDICADORES DEL INSTRUMENTO TÉCNICO COMÚN DE VALORACIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL DE LA CAPV

Ámbitos	Dimensiones
Económico, laboral y residencial	Situación económica Situación laboral y ocupacional Situación residencial Situación jurídico administrativa
Convivencial	Situación de alojamiento y vivienda Disponibilidad de relaciones vínculos afectivos
Personal	Competencias y habilidades sociales Educación, información, formación, capacitación Dinamismo vital Disponibilidad para el cambio / uso de los sistemas de protección
Salud	Situación de la salud Duración de discapacidad e incapacidad laboral Situación de autonomía funcional para la vida laboral
Social	Aceptación social y convivencia cotidiana comunitaria Situación de la relación con el medio social y normativo Disponibilidad de relaciones sociales y ejercicio de la participación social

En total, la herramienta contempla cerca de 75 indicadores. Cada indicador debe puntuarse con tres posibles valores: 0, 1 o 2.

- El valor 0 implica que, en lo relativo al contenido de ese indicador, la persona está en una situación positiva o, cuando menos, no problemática. Ello implica que se puede considerar a esa persona en una zona de inclusión.
- El valor 1 supone que hay precariedad o ciertas dificultades. Se puede considerar que en ese aspecto la persona se encuentra en una zona de exclusión.
- El valor 2, por último, implica privación y problemas graves. En lo relativo a dicho indicador, la persona se encuentra en zona de exclusión.

A partir de los resultados del conjunto de los indicadores (y aplicando una clasificación en dos fases), el diagnóstico puede indicar una de las tres situaciones siguien-

tes: inclusión social, riesgo de inclusión social y situación de exclusión social. En este último caso, se determina también la intensidad de la exclusión. La intensidad de la situación de exclusión social, apunta a la “distancia social” que existe entre la posición social en zona de exclusión y la que se considera posición de inclusión social. En ese sentido, se contemplan tres posiciones que oscilan desde la precariedad o vulnerabilidad más leve hasta las situaciones de exclusión más graves:

- Exclusión social leve. A poca distancia social de la posición de inclusión social, en zona de exclusión social de intensidad leve. Desarraigo inicial o leve. Disponen de contactos muy frágiles con sus familiares o con la red social de apoyo.
- Exclusión social moderada. A distancia de la posición de inclusión social, en zona de exclusión social de intensidad moderada. Fase avanzada de desarraigo. Personas que han roto sus lazos sociales básicos.
- Exclusión social grave. A gran distancia de la posición de inclusión social, en zona de exclusión social de intensidad grave desarraigo: forma de vivir en sociedad sin participar en ella, por la precariedad o ausencia de las relaciones sociales y afectivas. Significa sentirse o no contar para nada, sentirse o no ser considerado útil a la sociedad, sentirse o ser descartado de la participación y sobre todo, sentirse insignificante.

No existen –o no se han hecho públicos al menos– datos relativos a las propiedades psicométricas de esta herramienta.

5.3.3. RESULTADOS

Pese a que el Decreto 385/2013 establece la obligatoriedad del uso de esta herramienta por parte de los servicios sociales municipales y forales del País Vasco, son pocos –salvo en Bizkaia– los centros o servicios que la utilizan, y no se han dado a conocer resultados agregados respecto a la aplicación de la herramienta en la población a la que va destinada.

En todo caso, el DECRETO FORAL de la Diputación Foral de Bizkaia 85/2014, de 1 de julio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de exclusión social, regula el procedimiento de aplicación de esta herramienta y establece la obligatoriedad de su aplicación de cara al acceso a los diversos recursos que gestiona. Además, el Decreto establece que una vez realizada la valoración y/o el diagnóstico especializado, se confeccionará, caso de que la persona tenga derecho de acceso a servicios o prestaciones de secundaria, un Plan de Atención Personalizada (PAP) en el que se determinará el recurso o combinación de recursos de atención secundaria que se estimen más idóneos para responder a sus necesidades.

5.4. ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

5.4.1. PRESENTACIÓN Y BASES CONCEPTUALES

El Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz ha elaborado una escala de valoración del riesgo de exclusión social que se apoya igualmente en un concepto multidimensional de la exclusión social y en la constatación de que se trata de un proceso dinámico, divisible en varias fases, grados o zonas. Con esta escala pretende facilitar el análisis pormenorizado de la situación actual de la persona que acude los servicios sociales con el objeto de generar un índice predictor del

riesgo de exclusión social de cada una de ellas, identificando y evaluando aquellas dimensiones psicosociales que presenta ésta en interacción con el medio y, por último, definiendo las carencias en las que se hace necesaria una intervención social con el fin de favorecer su proceso de incorporación social.

5.4.2. CONTENIDO

La Escala de Valoración del Riesgo de Exclusión Social es un cuestionario diagnóstico multidimensional para evaluar los problemas relacionados con aspectos psicosociales y ambientales que pudieran presentar los usuarios que son atendidos en los recursos del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. De acuerdo a sus autores, el cuestionario es un intento sistematizado para evaluar la situación que presenta un usuario respecto del grado de afectación de cada una de las áreas y dimensiones estudiadas.

La escala se divide en tres ámbitos, en los que se agrupan 14 dimensiones. Cada una de ellas se puntúa en una escala de 0 a 8, que corresponden a una valoración cualitativa por parte de la persona que rellena el cuestionario. Los ámbitos y dimensiones que recoge la escala son los siguientes:

CUADRO 6.
ÁMBITOS Y DIMENSIONES DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Ámbitos	Dimensiones
Nivel individual o de funcionamiento individual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomía física y psíquica 2. Formación / Educación 3. Trabajo / Ocupación 4. Recursos económicos propios 5. Información y acceso a recursos 6. Habilidades Sociales y resolución de conflictos
Nivel familiar o de funcionamiento familiar	<ol style="list-style-type: none"> 7. Organización unidad convivencial 8. Relación familiar y convivencial 9. Recursos económicos familiares
Nivel de funcionamiento socio comunitario	<ol style="list-style-type: none"> 10. Participación social 11. Ocio y tiempo libre 12. Relaciones interpersonales / Red de Apoyos Sociales 13. Situación jurídico-legal 14. Hábitat y entorno físico

La escala aporta una serie de consideraciones y criterios, para cada una de las 14 dimensiones, de cara a orientar la puntuación de la persona que cumplimenta el cuestionario.

Para su estandarización, la escala fue aplicada a una muestra elegida de forma aleatoria entre los usuarios de los diferentes centros dependientes del Servicio Provincial de Drogodependencias por los trabajadores sociales de dichos centros. Los resultados de ese análisis revelaron que las diferentes repuestas a cada uno de los ítems ofrecidos por los trabajadores sociales se encontraban entre la misma franja de valores 3-5, no observándose grandes diferencias entre los distintos centros, por lo que se presupone que los diferentes profesionales han aplicado la escala con criterios semejantes. El siguiente paso se centra en el análisis de la consistencia interna de los diferentes ítems. Para ello se calculó el índice Alfa de Crombach, obteniendo un valor de 0.885, que indica una alta consistencia interna de los datos, y, por tanto, una alta fiabilidad.

5.4.3. RESULTADOS

De acuerdo a la puntuación obtenida, la escala permite estimar la probabilidad de que la persona encuestada pertenezca a una de las tres categorías propuestas por Castel: zona de estabilidad, zona de precariedad y zona de exclusión. Una de las particularidades de los resultados que arroja la encuesta es que en pocos casos la probabilidad de pertenecer a una de esas tres zonas es absoluta; al contrario, en función del percentil en el que se ubica la puntuación de una persona puede tener más o menos probabilidades de pertenecer a una categoría u otra.

Por ejemplo, si un usuario obtiene en la puntuación global un valor de 46 (sobre un mínimo de 14 y un máximo de 112). Esta puntuación se posiciona entre la puntuaciones globales 45 y 48, escogiendo la más cercana (valor 45) y su percentil correspondiente (10), es decir, de cada cien casos, 10 usuarios están por debajo en la distribución. Ello equivale a que la persona tiene un 98% de posibilidades de encontrarse en la zona de exclusión y un 2% de encontrarse en la zona de precariedad. Si su puntuación global fuera de 74 puntos, correspondería al percentil 75, lo que implica un 51% de probabilidades de estar en la zona de precariedad y un 49% de pertenecer a la zona de integración.

TABLA 1.

TABLA DE PROBABILIDADES DE ASIGNACIÓN A ZONAS, SEGÚN PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN

Percentil	Puntuación	Grupo	Prob. Zona Exclusión	Prob. Zona Precariedad	Prob. Zona Estabilidad
1	31	1	99	0	0
5	39	1	99	0	0
10	45	1	98	2	0
15	48	1	93	7	0
20	51	1	77	23	0
25	54	2	47	53	0
30	56	2	26	74	0
40	60	2	5	95	0
45	62	2	2	97	1
50	64	2	1	98	1
60	67	2	0	96	3
70	72	2	0	73	27
75	74	2	0	51	49
80	77	3	0	20	80
85	80	3	0	6	94
90	84	3	0	1	99
95	89	3	0	0	99
99	102	3	0	0	100

El análisis de los resultados del instrumento también permite analizar la situación de cada persona desde el punto de vista de cada dimensión, y atribuir a la persona un percentil determinado en esa dimensión, lo que a su vez permite orientar el trabajo asistencial hacia aquellos ámbitos en los que el déficit de esa persona es mayor.

5.5.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE DESC

5.5.1.

PRESENTACIÓN Y BASES CONCEPTUALES

El instrumento de valoración de la vulnerabilidad desarrollado por la organización Downtown Emergency Service Center (DESC) tiene por objeto evaluar el grado de vulnerabilidad de las personas sin hogar –muy especialmente en lo que se refiere a su situación sanitaria– al objeto de priorizar el acceso a los diferentes servicios de alojamiento y vivienda de aquellas personas consideradas más vulnerables. El instrumento no mide propiamente el nivel de inclusión de cada persona, ni los servicios o apoyos que pueda precisar (tampoco su intensidad), sino el grado de vulnerabilidad general de la persona, al objeto de priorizar la asignación de recursos. Se trata, por tanto de una herramienta de triaje³², similar a otros desarrollados fundamentalmente en el ámbito norteamericano, que pretende determinar qué personas se encontrarían en una situación de mayor vulnerabilidad en el caso de no poder acceder a un recurso de alojamiento temporal o permanente.

Como herramienta de triaje, el objetivo de la herramienta es detectar a aquellas personas que –en relación a otras también potencialmente demandantes de servicios– pueden tener una mayor necesidad de servicios, y no valorar su situación en términos de calidad de vida o inclusión social. Sin embargo, en la medida en que se trata de una herramienta de carácter multidimensional, que tiene en cuenta la situación de cada persona en un momento dado en diversos aspectos, las situaciones de vulnerabilidad que el instrumento detecta pueden ser identificadas con la exclusión en sus diferentes fases o niveles.

Entre las fortalezas de esta herramienta, como ocurre con otras herramientas de triaje, destaca la asociación entre los ítems de la encuesta y las puntuaciones obtenidas y la mayor o menor probabilidad estadística de experimentar diversas situaciones.

5.5.2.

CONTENIDO

El instrumento en cuestión comenzó a ser utilizado en 2003 por la organización Downtown Emergency Service Center (DESC), de Seattle, y fue sometida a diversas revisiones hasta que en 2009 se diseñó su actual versión y se analizaron sus propiedades psicométricas. La herramienta se estructura en torno a diez dimensiones o ámbitos, y cada uno de ellos ha de ser puntuado por la persona que realiza la encuesta en una escala de 1 a 5, en la que la situación de menor necesidad recibe un 1 y la de mayor necesidad un 5. El cuadro siguiente describe cada una de las dimensiones y sus categorías³³.

³² Se denomina triaje al método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

³³ El manual de la escala ofrece algunos criterios o pautas concretas para ayudar a determinar a la persona que realiza el triaje qué situaciones concretas pueden corresponder a

CUADRO 7.**DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA EXCLUSIÓN**

Dimensiones	Categorías
Capacidad de subsistencia (vulnerabilidad, seguridad, dependencia de otros, capacidad de actuar independientemente de forma segura, juicio)	Sin evidencia de vulnerabilidad
	Evidencia de vulnerabilidad leve
	Evidencia de vulnerabilidad moderada
	Evidencia de alta vulnerabilidad
	Evidencia de vulnerabilidad severa
Necesidades básicas (capacidad de obtener/ mantener alimento, ropa, higiene, etc.)	Sin problemas para satisfacer sus necesidades
	Dificultades leves para satisfacer sus necesidades
	Dificultades moderadas para satisfacer sus necesidades
	Dificultades altas para satisfacer sus necesidades
	Dificultades severas para satisfacer sus necesidades
Riesgo de mortalidad. El riesgo de mortalidad se define en función de la existencia de ocho marcadores o factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Más de tres hospitalizaciones o visitas a urgencias en un año; - Más de tres visitas a urgencias en los tres meses anteriores; - 60 años o más; - cirrosis hepática; - enfermedad renal; - diabetes; - patologías cardíacas; - Diagnóstico dual + enfermedad crónica. 	Ninguno de los ocho factores de riesgo
	Un factor de riesgo
	Dos factores de riesgo
	Tres factores de riesgo
	Cuatro o más factores de riesgo
Riesgos de salud (enfermedades o determinantes de la salud que afectan a la capacidad funcional de la persona)	Sin dificultades
	Problemas menores o transitorios
	Problemas físicos o psíquicos significativos y estabilizados o problemas crónicos de salud bajo tratamiento
	Problemas crónicos de salud no adecuadamente atendidos o discapacidad física significativa
	Desatención total de la salud física, discapacidad extrema o problemas graves de salud

Organización / orientación (presencia de discapacidades intelectuales, deterioro de las habilidades cognitivas)	Sin dificultades
	Dificultades leves
	Dificultades moderadas
	Dificultades altas
	Dificultades severas
Salud mental (trastornos relacionados con la salud mental y afectación funcional derivada de los mismos)	Sin dificultades
	Dificultades leves
	Dificultades moderadas
	Dificultades altas
	Dificultades severas
Consumo de drogas (cuestiones relacionadas con el uso de drogas y afectación funcional derivada de los mismos)	Sin consumo o consumo no problemático
	Consumo leve
	Consumo moderado
	Consumo alto
	Consumo severo
Comunicación (capacidad para comunicarse con otros, responder a preguntas, iniciar conversaciones, etc.).	Sin barreras comunicativas
	Barreras comunicativas leves
	Barreras comunicativas moderadas
	Barreras comunicativas graves
	Barreras comunicativas severas
Conducta social (capacidad para tolerar a otras personas, capacidad de defender sus propios intereses, capacidad cooperativa, etc.).	Sin problemas para defender sus propios intereses
	Problemas leves
	Problemas moderados
	Problemas elevados
	Problemas severos
Trayectoria de sinhogarismo (duración)	Reciente
	Moderada
	Crónica

5.5.3. RESULTADOS

En 20120, se realizó una prueba de las capacidades psicométricas de la herramienta, a partir de su administración a 277 personas. La puntuación media obtenida por las personas analizadas fue de 23,43, sobre un mínimo de 11 y un máximo de 53.

Para estimar la fiabilidad del instrumento, se realizaron cuatro tipos de análisis, que arrojaron en general resultados positivos: el primero pone de manifiesto que cada uno de los ítems se relaciona de forma consistente con el resto de la escala (alpha de Crombach = .66). Se detectó igualmente una elevada concordancia de resultados entre los evaluadores (coeficiente kappa de cohen = .67). También se calculó la consistencia temporal (estabilidad) de la escala mediante un test-retest realizado en el plazo de un mes, que arrojó un resultado muy positivo mediante la correlación de Spearman-Brown ($\rho=.89$). En lo que se refiere a la validez de la escala, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, que puso de manifiesto evidencia de validez convergente y concurrente (Aaron Ginzler y Monroe-DeVita, 2010).





BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, B. (2013). El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social. *Zerbitzuan*, nº 54, 127-137 pp.
- Alcaraz-Campos, A. (2014): “Miradas feministas y/o de género al trabajo social, una análisis crítica”, *Portularia*, 14, pp. 27-34.
- Amorós, C. (2001): “La ilustración”, Seminario sobre historia de la teoría feminista, Instituto de Investigaciones Feministas UCM.
- Anthias, F. y Yuval-Davis, N. (2002): “Raza y género” en Terrén, E. (ed.) *Razas en conflicto. Perspectivas sociológicas*, Barcelona: Anthropos, pp. 250-262.
- Asociación Zubietxe y Fundación EDE (2013). Proyecto piloto para el acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social. Bilbao, Asociación Zubietxe, 159 pp.
- Bañez, T. (1997): “Género y trabajo social”, *Acciones e Investigaciones Sociales*, 6, pp. 151-188.
- Baptista, I. (2010). Women and homelessness. En: *Homelessness research in Europe*. Bruselas, European Federation of National Organisations Working with the Homeless, 163-186 pp.
- Bermúdez, K. y Kaplan, A. (2004): “Mujeres, diversidad y diálogo: de caminos y fronteras”, *Asparkia, Investigació Feminista*, 15, pp. 27- 41.
- Boyle, D. et al. (2006). *Hidden work. Co-production by people outside paid employment*. York, Joseph Rowntree Foundation, 98 pp.
- Buntinx, W. H. E. et al. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, vol. 7, nº 4, 283-294 pp.
- Calvo, A. (2006): “Mujeres en los márgenes. La exclusión de género desde una perspectiva feminista”, en Calvo, A.; García, M. y Susinos, T. (eds.) *Mujeres en la periferia. Algunos debates sobre género y exclusión social*, Barcelona: Icaria, pp. 27-56.
- Calvo, A.; García, M. y Susinos, T. (eds.) (2006): *Mujeres en la periferia. Algunos debates sobre género y exclusión social*, Barcelona: Icaria.
- Cáritas Diocesana de Bilbao y Médicos del Mundo (2013). *Manual de buenas prácticas para la creación de alternativas de intervención dirigidas a la población drogodependiente en situación de exclusión social: un nuevo paradigma de intervención*. Bilbao, Cáritas Diocesana de Bilbao, Médicos del Mundo, 130 pp.
- Carr, S. (2012). *Personalisation: a rough guide*. Serie: *Adults’ Services Scie Guide*, nº 47. Londres, Social Care Institute for Excellence, 107 pp.
- Castaño, C. (1999): “Economía y género”, *Política y Sociedad*, 32, pp. 23-42.
- Cobo, R. (1999): “Multiculturalismo, democracia paritaria y participación política”, *Política y Sociedad*, 32, pp. 53-66. (2004): “Sexo, democracia y poder político”, *Feminismo /s: Revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante*, 3, pp. 17-29. (2006): “La Ética de los cuidados y los tiempos de las mujeres”, *Crítica*, 56, pp. 28-31.
- Coulshed, V. (1998): *Social Work Practice. An Introduction*, London: Macmillan.
- Damonti, P. (2014). Una mirada de género a la exclusión social. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Serie: Documento de Trabajo, nº 3.1, Madrid, Fundación FOESSA, Cáritas Española Editores, 36 pp.

- De Miguel, A. (1995): “Feminismos”, en Amorós, C. (dir.) 10 palabras clave sobre mujer, Navarra: Verbo Divino, pp. 217-255.
- Departamento de Empleo y Asuntos Sociales (2012). Instrumento técnico común de valoración de la exclusión social/ Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión. Terminología y criterios: Ámbito salud. Ámbito económico, laboral y residencial. Ámbito personal. Ámbito social/ Decreto 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social. Vitoria-Gasteiz, EuskoJaurlaritza-Gobierno Vasco, 69 pp.
- DESC (2012). DESC Vulnerability Assessment Tool for determining eligibility and allocating services and housing for homeless adults. Seattle, DESC, 11 pp.
- Díaz-Veiga, P. et al. (2014). Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. 6. Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda/ Pertsonarengan oinarritutako arreta-eredua. Koaderno praktikoak. 6. Laguntza behar duten pertsonentzako bizikidetza-unitateak. EuskoJaurlaritza-Gobierno Vasco, Fundación Matía, 22, 22 pp.
- Dominelli, L. y MacLeod, E. (1999): Trabajo social feminista, Madrid: Cátedra.
- Doval, R., Vázquez, I. y Fontañá, R. (2014): “Barreras en el acceso a los recursos sociales de mujeres africanas y del este de Europa. Una experiencia desde el ámbito asociativo”. Comunicación presentada en el I Congreso Internacional SOS- VICS. Vigo, 25 y 26 septiembre 2014.
- Esping-Andersen, G. (1993): Los tres mundos del Estado del Bienestar, Valencia: Alfons el Magnánim. “El enfoque de género: clave metodológica del modelo INclúe”
- European Anti Poverty Network España (2010). Guía metodológica de la participación social de las personas en situación de pobreza y exclusión social. Madrid, European Anti Poverty Network España, 91 pp.
- European Social Network (2012). Salud mental y bienestar en Europa. Un enfoque comunitario centrado en la persona. Brighton, European Social Network, 36 pp.
- Fantova, F. (2008). Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Serie: Derechos Humanos, nº 49, Bilbao, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, 156 pp.
- Federación Sartu (2013). Nuevas herramientas profesionales para nuevos itinerarios de incorporación social. Bilbao, Federación Sartu, 82 pp.
- Federación Sartu (2013). Trabajos en beneficio de la comunidad en el marco de las políticas de garantía de ingresos. Bilbao, Federación Sartu, 181 pp.
- Fundación Secretariado General Gitano (2002): “Dossier: Salud y comunidad gitana”, Gitanos: pensamiento y cultura, 7, pp. 23-38.
- Fundación FOESSA (2014): VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, Madrid: FOESSA, Cáritas Española editores.
- Garay, M. et al. (2012). Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. Zerbitzuan, nº 52, 179-190 pp.
- García-Longoria, M.P., Sánchez, A. y Pastor, E. (2002): Introducción al trabajo social aplicado, Murcia: Isabor.
- Ginzler, J. A. y Monroe-DeVita, M. (2010). Downtown Emergency Service Center’s Vulnerability Assessment Tool for individuals coping with chronic homelessness. A Psychometric Analysis. Washington, Washington Institute for Mental Health Research and Training, 8 pp.
- Gilligan, C. (1982): In a different voice: Psychological theory and women’s development, Cambridge: Harvard University Press.

- Goikoetxea, M. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, nº 41, 424-448 pp.
- Gómez, E. (dir.) (2005): *Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- Gómez, M.P. y Díaz, P. (coords.) (2012). *Decálogo para el buen trato a las personas mayores*. Madrid, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 19 pp.
- Grupo de Alojamiento de EAPN Madrid (2013). *El modelo Housing First, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la Comunidad de Madrid*. Madrid, Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 39 pp.
- Hänninen, E. (2012). *Choices for Recovery. Community based rehabilitation and the clubhouse model as means to mental health reforms*. Serie: Report, nº 50/2012. Helsinki, National Institute for Health and Welfare, 109 pp.
- Hanner, J. y Statham, D. (1988): *Women and Social Work: Towards a woman-centred Practice*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Harpur, P. (2012). *Embracing the new disability rights paradigm: the importance of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. *Disability and Society*, vol. 27, nº 1, 1-14 pp.
- Healy, K. (2001): *Trabajo social. Perspectivas contemporáneas*, Madrid: Ediciones Morata.
- Hedman, B.; Perucci, F., Sundström, P. (1996): *Engendering statistics. A tool for change*, Suecia: Statistics Sweden.
- Hernández, J. (2008): “La feminización de la vejez en Galicia”, en Semata. *Ciencias sociais e humanas: en femenino. Voces, miradas, territorios*, 20, pp. 93-111.
- Herrero, I. y Díaz, C. (2009): *La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi*, Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco, Ararteko.
- Hough, J. y Rice, B. (2010). *Providing personalised support to rough sleepers. An evaluation of the City of London pilot*. York, Joseph Rowntree Foundation, 64 pp.
- Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la Teoría del Trabajo social*. Granada: Maristán.
- Iáñez, A. (2010). *Exclusión y diversidad funcional. Una propuesta de intervención social basada en el modelo de vida independiente*. 22 pp.
- Johnsen, S. y Teixeira, L. (2010). *Staircases, elevators and cycles of change. ‘Housing first’ and other housing models for homeless people with complex support needs*. Londres, Crisis, 40 pp.
- Juliano, D. (2004): *Excluidas y marginales*, Madrid: Cátedra.
- Laparra, M. y Pérez Eransus, B. (coord.) (2012): *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*, Colección Estudios Sociales, 35, Barcelona: La Caixa.
- Laparra, M.; Pérez, B. y Corera, C. (2012): *Primer informe sobre desigualdad, pobreza y exclusión social en Navarra. El impacto de la crisis 2007-2011*, Navarra: CIPARAIIIS
- López, M. y Rodríguez, M. (2009): *Marxinad-as. A exclusión social desde unha perspectiva de xénero*, Vigo: Fundación Érguete- Integración.
- Mahler, S.J. y Pessar, P.R. (2006): “Gender matters: ethnographers bring gender from the periphery toward the core of migration studies”, *International Migration Review*, 40, pp. 27-63.

- Mansell, J. et al. (2011). Desinstitucionalización y vida en la comunidad. Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID). Zerbitzuan, nº 49, 137-146 pp.
- Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona/ Pertsonarengan oinarritutako arreta gerontologikoa. Serie: Documentos de Bienestar Social-Gizartea Hobetuz, nº 76. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 213, 214 pp.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Actas de la Dependencia, nº 8, 25-47 pp.
- Martínez, T. et al. (2014). Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. 1. La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención?/ Pertsonarengano inarritutako arreta-eredua. Koaderno praktikoak. 1. Pertsonarengano inarritutako arreta. Zertan datza arreta-eredu hau?. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, Fundación Matía, 24, 24 pp.
- Médicos del Mundo (2005): X Informe sobre exclusión social, Madrid: Médicos del Mundo.
- Mestre, R. (2000): “Mujeres inmigrantes: cuidadoras por norma” en De Lucas, J. (coord.) Inmigrantes: una aproximación jurídica a sus derechos, Madrid: Germania, pp. 109-137. “El enfoque de género: clave metodológica del modelo INclúe”
- Mier, I.; Canto, A. y Uribelarrea, (2006): “¿Hay mujeres pobres en la CAPV? La pobreza en las mujeres solas”, Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales, 40, pp. 67-72.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el Sistema Público de Servicios Sociales. 100 argumentos y propuestas. Serie: Informes, Estudios e Investigación 2011. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 63 pp.
- Moreno, L. (2002): “Bienestar mediterráneo y ‘supermujeres’ ”, RES. Revista Española de Sociología, 2: 41-56.
- Muñoz López, J. (2014): Sabiduría emocional y social. Protocolo de intervención social mediante la inteligencia emocional, España: Bosh editor.
- Nash, M. (2004): Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos, Barcelona: Alianza editorial.
- Navarro, J. (dir.) (2007): El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares, Madrid: Instituto de la Mujer.
- Netten, A. et al. (2012). Personalisation through individual budgets: does it work and for whom?. British Journal of Social Work, vol. 42, nº 8, 1556-1573 pp.
- Otaegui, A. (2014): El deterioro laboral de las mujeres como efecto de la crisis, Colección Informes 85, Madrid: Fundación 1º de Mayo.
- Otto, H.U. et al. (eds.) (2009). Evidence-based practice. Modernising the knowledge base of social work?. Leverkusen Opladen, Barbara Budrich, 252 pp.
- Pauly, B. et al. (2013). Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction in addressing homelessness?. International Journal of Drug Policy, vol. 24, nº 4, 284-290 pp.
- Parella, S. (2003): Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación, Barcelona: Anthropos.

- Payne, M. (1995): *Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica*. Barcelona: Paidós.
- Pérez Caramés, A. (2010): “Configuraciones del trabajo de cuidados en el entorno familiar. De la toma de decisión a la gestión del cuidado”, *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 17, pp. 121-140.
- Pérez Orozco, A. (2010): “Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida”, *Investigaciones Feministas*, 1, pp. 29-53. (2014): *Subversión feminista de la economía. Apuntes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid: Traficantes de sueños. PwC (2014): *Women in Work Index*, disponible en: <http://www.pwc.co.uk/the-economy/publications/women-in-work-index.jhtml> [consulta: 30/11/2014].
- Petr, C.G. y Walter, U.M. (2009). Evidence-based practice. A critical reflection. *European Journal of Social Work*, vol. 12, nº 2, 221-232 pp.
- Pisonero, S. (2007). La discapacidad social, un modelo para la comprensión de los procesos de exclusión. *Zerbitzuan*, nº 41, 99-106 pp.
- Potter-King, G. y De Jong, I. (2013). Intensive case management considerations to improve housing stability amongst women involved in high-risk and/or exploitative situations. Final report. Edmonton, Homeward Trust Edmonton, 42 pp.
- Prioridad Últimos (2010). Marco de intervención con personas en grave situación de exclusión social. Serie: Reflexiones y Marcos de Acción, nº 2. Madrid, Cáritas Española, 64 pp.
- Ramírez de Arellano, A. (dir.) (2012). *Coaching para adictos. Integración y exclusión social*. Madrid, Fundación Atenea Grupo Gid, 178 pp.
- Raya, E. y Zalakain, J. (2011). Política por evidencias: la información en los procesos de toma de decisiones en los proyectos sociales. En: *Herramientas para el diseño de proyectos sociales*. Serie: Material Didáctico. Trabajo Social, nº 1, Logroño, Universidad de La Rioja, 25-35 pp.
- Ribas-Mateos, N. (2005): *The Mediterranean in the age of globalization: migration, welfare and borders*, New Brunswick: Transaction Publishers.
- Secretaría Federal para la Igualdad, UGT (2013): *Informe sobre desigualdades salariales*, Unión General de Trabajadores, disponible en: http://www.celem.org/pdfs/programas/18informe_desigualdad_salarial%202013.pdf [consulta: 20/11/2014].
- Sen, A. (1990): “Gender and cooperative conflicts”, en Tinker, I. (ed.) *Persistent inequalities*, New York: Oxford University Press, pp. 123- 149.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, vol. 38(4), nº 224, 21-36 pp.
- Sheppard, M. (1995): *Social work, social science and practice wisdom*, *British Journal of Social Work* nº 24, pp. 265-294.
- Servicio Provincial de Drogodependencias (2014). *Escala de valoración del riesgo de exclusión social*. Cádiz, Diputación de Cádiz, 27 pp.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios (2011). *Tendencias, innovaciones y buenas prácticas internacionales en el ámbito del voluntariado*. Donostia-San Sebastián, Fundación Eguía-Careaga, 59 pp.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios (2012). *Activación y derecho a la inclusión en el marco de las políticas de empleo y de garantía de ingresos en la CAPV/ Aktibazioa eta gizarteratzako eskubidea, EAEko enpleguko eta diru-sarrerak bermatzeko politiken esparruan*. Vitoria-Gasteiz, EuskoJaurlaritza-Gobierno Vasco, 119, 115 pp.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios (2012). *Vivir mejor. Cómo compa-*

ginar derechos individuales y condicionantes organizativos. Serie: Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 86 pp.

- SIIS Centro de Documentación y Estudios (2013). Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 243 pp.
- Social Care Institute for Excellence (2013). Co-production in social care: what it is and how to do it. Serie: Adults' Services Scie Guide, nº 51. Londres, Social Care Institute for Excellence, 71 pp.
- Soulet, M. H. (2007). La reconnaissance du travail social palliatif. Dépendances, nº 33, 14-18 pp.
- Subirats, J. (dir.) (2005): Análisis de los factores de exclusión social, Documentos de trabajo 5, Bilbao: Fundación BBVA.
- SURT (2004): "Estudio sobre las medidas de inserción socio-laboral", en Mujeres, integración y prisión, disponible en: <http://surt.org/mip/>
- SURT (2004): Indicadores de género contra la exclusión social. Marco teórico y metodológico, disponible en: <http://www.surt.org/indicadors/> [consulta: 5/09/2014].
- SURT (2007): Obstáculos y dificultades de la reubicación de trabajadoras sexuales en el mercado laboral. Informe de investigación primera parte: prostitución y exclusión social, disponible en: http://www.surt.org/docs/informe_recerca_treballadores_sexuals_surt2007.pdf [consulta: 10/03/2014]. "El enfoque de género: clave metodológica del modelo INclúe"
- Susinos, T. (2006): "Mujeres (dis)capacitadas o la construcción social de un yo deficitario e incompleto" en Calvo, A.; García, M. y Susinos, T. (eds.) Mujeres en la periferia. Algunos debates sobre género y exclusión social, Barcelona: Icaria, pp. 95-120.
- Scott, H. (1984): Working your way to the bottom: the feminization of poverty, Londres: Pandora Press.
- Valls, F. y Belzunegui, E. (2014): "Documento de trabajo 2.3." para el VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, Madrid: FOESSA, Cáritas Española editores.
- Valls, F. y Belzunegui, A. (2014). La pobreza en España desde una perspectiva de género. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Serie: Documento de Trabajo, nº 2.3, Madrid, Fundación FOESSA, Cáritas Española Editores, 36 pp.
- Van Den Bergh, N. y Cooper, L. B. (eds.) (1986): Feminist visions for social work. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.
- Van Loon, J. (2009). Un sistema de apoyos centrado en la persona. Mejoras en la calidad de vida a través de los apoyos. Siglo Cero, vol. 40(1), nº 229, 40-53 pp.
- Varios autores (2012). Les effets sur les publics. Informations Sociales, nº 169, 14-45 pp.
- Varios autores (2014). Housing homeless people in Europe. European Journal of Homelessness, vol. 8, nº 1, 118 pp.
- Verdugo, M. A. et al. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala Gencat. Siglo Cero, vol. 38(4), nº 224, 57-72 pp.
- Verdugo, M. A. (dir.) et al. (2008). Escala Gencat. Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les per-

sones usuàries dels serveis socials a Catalunya. Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 343 pp.

- Verdugo, M. A. (dir.) et al. (2009). Escala Gencat. Manual d'aplicació d l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 76 pp.
- Verdugo, M. A. (dir.) et al. (2009). Formulari de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 6 pp.
- Verdugo, M.A. et al. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 56, nº 11, 1036-1045 pp.
- Verdugo, M. A. (dir.) et al. (2013). Model qualitat de vida. Informe sobre els perfils de servei basats en el model de qualitat de vida per als serveis socials especialitzats de Catalunya. Barcelona, Departament de Benestar Social i Família, Generalitat de Catalunya, 88 pp.
- Vilà, A. (2010). Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales. Madrid, EAPN España, 240 pp.
- Viscarret, J. J. (2007): Modelos y métodos de intervención en Trabajo social. Madrid: Alianza editorial.
- Yagüe, C. (2006): "Las mujeres encarceladas", en Calvo, A.; García, M. y Susinos, T. (eds.) *Mujeres en la periferia. Algunos debates sobre género y exclusión social*, Barcelona: Icaria, pp. 121-145.
- Zalakain, J. (1999). Marcos teóricos y modelos de evaluación. *Boletín CDD*, nº 55, 1-1 pp.

