

# Notas sobre el futuro de los servicios sociales: nuevas necesidades, actividades y garantías<sup>1</sup>

*SUMARIO:* 0. INTRODUCCIÓN; LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES. 1. ALGUNAS DEMANDAS Y ACTIVIDADES. 2. GARANTÍAS. 3. NUEVOS MÉTODOS. 4. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.

Merece no menos que un libro blanco la pesquisa sistemática de demandas y la sosegada elección de respuestas en los servicios sociales. Así, esta exposición no puede ser más que una muestra tentativa de necesidades y de posibles ofertas técnicas, así como de mejoras gerenciales y en la provisión de garantías para los ciudadanos, estas últimas casi desconocidas en la rama<sup>2</sup>. Con carácter previo abordo la delimitación de la misma, que es el campo de este trabajo.

---

<sup>1</sup> Agradezco a Fernando Fantova y Jesús Prieto sus observaciones al borrador de este texto.

<sup>2</sup> Traté ese mismo objeto en Demetrio CASADO, *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, 2002; con esta mención general excuso las remisiones particulares, a la vez que hago pie en ella para indicar que, en el presente trabajo y por lo que concierne a las leyes de acción social y/o servicios sociales, me referiré sobre todo a las promulgadas tras la conclusión del citado texto.

## 0. INTRODUCCIÓN: LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Mi dedicación a los servicios sociales me ha dado ocasión de observar —y padecer— numerosas contradicciones conceptuales y de nomenclatura; para evitar que me caiga encima esa torre de Babel, y aun dándome cuenta de que será tedioso, me veo en la necesidad de comenzar exponiendo cuales son mis convenciones en los dos órdenes lógicos indicados. Desde hace muchos años procuro contribuir, en la muy modesta medida de mis posibilidades, a la construcción de una rama de los servicios sociales coherente desde un punto de vista técnico; de este modo, salvo que siga con atención las opciones del derecho positivo, la noción de los servicios sociales que propongo seguidamente es autónoma respecto al mismo.

La materia de esta exposición consiste en un conjunto de prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico, formalizadas en algún grado, y cuyo objetivo, directo o indirecto, es la ayuda personal polivalente. Lo más común y visible de esta rama del sector servicios es lo que he llamado prestaciones individuales, tales como el acompañamiento de socorro, orientación y apoyo personal; la ayuda también personal a domicilio de carácter permanente o por horas; la atención en centros de día de tipo ocupacional y/o asistencial; la atención circunstancial o continuada en centros de internado. Pero incluyo también en la materia a examinar actividades de destinatarios colectivos, como pueden ser programas y campañas de apoyo a la autoayuda, de organización comunitaria, de intercambio entre las clases de edad, pro evitación de malos tratos. No veo justificación alguna para soslayar esta faceta colectiva de la rama que estoy acotando, como no lo tendría amputar a la rama sanitaria la llamada tradicionalmente salud pública —en el sentido de colectiva—. La condición técnica que asigné a las prestaciones individuales y otras actividades integrantes de los servicios sociales quiere excluir las aportaciones monetarias no implicadas en aquellas. La nota de formalización deja fuera la ayuda personal de carácter estrictamente familiar o amistoso. Debo hacer dos aclaraciones sobre la finalidad en la que radica el sentido de la rama que estoy delimitando. La nota de polivalencia es compartida por esta rama con las pensiones y subsidios sin aplicación determinada normativamente; difieren en esto de otras prestaciones o, en general, actividades con finalidad social especializadas: seguridad, sanidad, educación, etc. Concluyo esta delimitación de la rama de los servicios sociales indicando que la misma abarca actividades de intención preventiva, supletoria, rehabilitadora e integradora; en una visión técnica, no es necesario contraponer las citadas tácticas para des-

tacar la importancia de ésta o de aquélla, sobre todo ahora que con frecuencia se gestionan asociadamente<sup>3</sup>.

Por circunstancias varias la rama de los servicios sociales que acabo de delimitar no ha logrado tanta consistencia funcional y estructural como otras de finalidad social (sanidad, educación, intervención en las rentas personales, promoción y protección del empleo, acceso a la vivienda). Sin perjuicio de otras, esa circunstancia debe de estar influyendo en la frecuente ausencia de los servicios sociales de las representaciones que nos ofrecen los estudios e informes generales sobre la intervención y las políticas sociales<sup>4</sup>; pero los encontramos identificados en la bibliografía técnica y en los programas de trabajo de los estudiosos especializados, en la estructuración de los servicios públicos de todos los niveles, en la departamentalización y en los cursos de postgrado universitarios, y aun en la legislación... Así, no se trata sólo de una construcción lógica más o menos conseguida, sino también de un objeto sociológico relevante. La elección del rótulo «servicios sociales» no es arbitraria. Lo adopto en virtud de antecedentes que aprecio y, sobre todo, por seguir el consenso que se ha ido formando en el ámbito técnico.

En 1957, por influencia y mediante la gestión de Don —este era el tratamiento que recibía por entonces— Rogelio Duocastella, Cáritas Española creó su Sección Social. La misión de la misma fue servir de plataforma a un cambio estratégico: la sustitución de la «acción benéfica» por la «acción social». Aquella se caracterizaba principalmente por su contenido material de subsistencia, su régimen de donación gratuita pasivizante, su gestión paternalita y su empirismo atécnico. La ya usada etiqueta de «acción social» fue aplicada por Cáritas a un enfoque promocional que apoyaba el autovalimiento y la responsabilidad de los interesados en el logro de mejoras, y que se servía de la sociología aplicada para racionalizar la intervención social<sup>5</sup>. Pues bien, a las prestaciones de aquella acción social (guarderías, servicios de ahorro popular, escuelas nocturnas de preaprendizaje, etc.) les denominaron «servicios sociales»<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Adopta esta visión integrada de las tácticas de intervención Marcos VAQUER CABALLERÍA, *La acción social*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2002, p. 165.

<sup>4</sup> Señalé este fenómeno en Demetrio CASADO, «La rama de los servicios sociales y la acción social», en Miguel JUÁREZ (director), *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, Fundación Foessa, pp. 1740 y 1741; y acabo de ver otra manifestación del mismo en Jesús LEAL MALDONADO (coordinador), *Informe sobre la situación demográfica en España*, Fundación ICO, Madrid.

<sup>5</sup> Ver Demetrio CASADO, «Acercamiento a la acción social», en *Documentación Social*, núm. 109, octubre-diciembre de 1997, pp. 64 a 68.

<sup>6</sup> Rogelio DUOCASTELLA, «Necesidad de una 'acción social' en las Cáritas Diocesanas», en *Documentación Social*, núm. 1, 1958, p. 5.

La entrada de la locución «servicios sociales» en el sector público tuvo lugar mediante la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social. En la estructura protectora diseñada por la misma se incluyen los Servicios Sociales, como prestaciones discrecionales (base quinta, núm. 18) y con carácter de «complemento de las prestaciones correspondientes a las situaciones específicamente protegidas» (base decimosexta, núm. 66). Tanto en la Ley citada, como en la de 21 de abril de 1966, que articula aquellas Bases, los Servicios Sociales están concebidos básicamente como prestaciones técnicas (arts. 24 a 33). Algunos de los Servicios Sociales previstos y/o creados dentro del Sistema de la Seguridad Social —Higiene y Seguridad del Trabajo, Medicina Preventiva y Acción Formativa y, en parte, Asistencia de Menores Subnormales— no son abarcados por la rama que delimité al comienzo. Pero sí quedan dentro de sus límites los dos que sobrevivieron —de la Tercera Edad y de Minusválidos Físicos y Psíquicos— de los tres que fueron integrados en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), mediante el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (art.1.1.3).

La consolidación del uso de la etiqueta «servicios sociales» con el significado dicho se produce dentro de la presente etapa democrática. La Constitución utiliza esa expresión al referirse a la protección social de la «tercera edad» (art. 50), pero con una acepción a la vez amplia y mutilada. Amplia, en cuanto que abarca varias ramas de actividades («salud, vivienda, cultura y ocio»); mutilada, porque omite justamente aquella que ya había sido institucionalizada incluso para el área referida. En efecto, mediante Orden del Ministerio de Trabajo, de 19 de marzo de 1970, que se funda en la enumeración abierta de Servicios Sociales que hiciera el Texto Articulado de las Bases de la Seguridad Social, aprobado por Ley antes citada (art. 20.1.d), se creó el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos —hoy subsistente, con otra denominación—. En sus primeras versiones, los Estatutos de las Comunidades Autónomas tomaron competencias en «servicios sociales» y en otras materias relacionadas, al menos aparentemente, con los mismos, formando muy diversas combinaciones<sup>7</sup>. Estas decisiones jurídico-políticas podían fundarse en la habilitación constitucional a las Comunidades Autónomas para tomar competencias en «Asistencia social» (art. 148.1.20), bien que dando a esa locución un sentido más amplio del que a la sazón tenía en el ordenamiento institucional. Pero procede recordar que —salvo para algunas materias muy abarcadoras,

<sup>7</sup> Ver Manuel AZNAR LÓPEZ, «Normativa constitucional y estatutaria sobre los servicios asistenciales y sociales. Reflexiones en torno a un modelo inédito», en *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las autonomías*, Marsiega, Madrid, 1983, anexo.

como «bienestar social»— también contaban con la posibilidad de optar a las materias no reservadas al Estado —entiéndase central— (art. 149.3)<sup>8</sup>. A partir de sus Estatutos y entre 1982 y 1992, todas las Comunidades Autónomas promulgaron leyes de acción social y/o servicios sociales con un objeto material bastante homogéneo —pese a la diversidad estatutaria—. Las materias reguladas por dichas leyes son las que he tomado como objeto de esta exposición más la de prestaciones económicas —medios no técnicos, al contrario de los servicios sociales, pero con la nota adjetiva común de la pluralidad de sus aplicaciones—. En cuanto a las denominaciones, predomina ampliamente «servicios sociales», ya que sólo eligieron «acción social» Aragón e Illes Balears, más Castilla y León que la combinó con la anterior. Por otra parte, todas las Comunidades Autónomas que promulgaron segundas leyes sobre las materias mencionadas eligieron la denominación «servicios sociales». Ciertos autores entienden que a la pareja de materias que regulan las leyes evocadas —servicios sociales y prestaciones económicas— le conviene la denominación «acción social»<sup>9</sup>. Sobre todo porque esta expresión ha sido corrida en muchas plazas y adolece de una acentuada polisemia<sup>10</sup>, procuro evitarla; en esta ocasión podré hacerlo cómodamente, ya que el objeto que abordo se limita a la rama que delimité al comienzo, con exclusión de las prestaciones monetarias.

De la noción de servicios sociales, salvo el familiar y el amistoso, no excluí ningún modo o régimen de producción y/o dispensación de los mismos. Ello significa que no sigo la pauta —frecuentada en la transición a la democracia y años inmediatos— de restringir dicho concepto al sector público, sino que lo extiendo a los privados. Entiendo que para el conocimiento, la comunicación social, la docencia y la gestión de los servicios sociales conviene concebirlos como una rama de actividad, cuales las de restauración, educación, turismo, etc. Esta concepción técnica de los servicios sociales no impide —sino que acaso facilita— la comprensión de la pluralidad de modalidades de producción y dispensación de las prestaciones personales de los distintos sectores institucionales, aparte de la que realizan los proveedores directos —de número creciente—.

Sobre todo en el pasado, las formas onerosas de distribución de las prestaciones de servicios sociales sólo eran demandadas por los individuos

<sup>8</sup> Ver José María ALONSO SECO, *La asistencia social y los servicios sociales en España*, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 1997, p. 101.

<sup>9</sup> Ver, por ejemplo, Manuel AZNAR LÓPEZ, «La legislación autonómica de acción social. Análisis jurídico», en *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, Fundación Foessa, Madrid, 1994, p. 1854.

<sup>10</sup> Demetrio CASADO, «Acercamiento a la acción social», *op. cit.*

y familias de las elites económico-sociales; el grueso de la sociedad resolvía sus necesidades de ayuda personal polivalente principalmente por la vía familiar o, más raramente, por la amistosa, la mutualista y aun por donación personal y de bienes a cambio de acogimiento y protección; y los individuos de familias pobres y desvalidos —cuando ello ocurría— eran socorridos en las necesidades correspondientes a los hoy llamados servicios sociales —como en otras ramas— mediante prestaciones gratuitas. Hasta la Edad Moderna, esta acción protectora era de carácter particular casi totalmente, pues hasta los reyes que practicaban la limosna o creaban y mantenían instituciones de ayuda personal lo hacían generalmente como señores principales, no como Estado. La Constitución de Cádiz, en línea con el deber de ayuda pública para las situaciones de necesidad propugnado por la Revolución Francesa, asigna responsabilidades a los poderes públicos —locales— en las ramas de servicios sanitarios y sociales (art. 321.6 y 10). Sin desconocer otros antecedentes, sobre todo ilustrados, este es el punto de partida de la Beneficencia pública.

Sobre todo en ciertos medios políticos y en los años de y próximos a la transición democrática, se tomó la Beneficencia decimonónica como antecedente negativo a superar por los servicios sociales. La expresión más formal de esa dialéctica la encontramos en la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales, de la Comunidad de Madrid, que excluyó la aplicación en dichos servicios de la Ley General de Beneficencia de 1849, vigente a la sazón —el Decreto de 83/1984, de 28 de septiembre, parece un gesto rectificador de acatamiento a la jerarquía normativa—. Otras leyes, como las de Castilla-La Mancha y de la Comunidad Valenciana, marcaron su postura más discretamente en sus preámbulos. (La derogación de la Ley de Beneficencia no se produciría por la reforma de los servicios sociales, sino por la del régimen de fundaciones, que se llevó a cabo por la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en actividades de Interés General). Según lo que me ha sido dado conocer, los medios aludidos se manifestaban como si la Beneficencia sólo operara en la rama de los servicios sociales, a la vez que entendían que los mismos sólo podían ser públicos. La realidad era y ha venido a ser muy distinta. La Beneficencia pública, además de las prestaciones asimilables a la rama que hoy llamamos servicios sociales, proveía ayudas económicas —generalmente en especie—, atenciones médico-farmacéuticas y educación básica y profesional; y la Beneficencia privada incluso rebasaba este perfil. En cuanto al deber ser institucional de los servicios sociales, la realidad es que los mismos se producen y dispensan, no sólo en el sector público, sino también en los privados. Me parece que no cabía esperar otra cosa en vista de la articu-

lación internacional de España y de las libertades de asociación, de fundación y de empresa garantizadas por nuestra Constitución (arts. 22, 34 y 38). Las Beneficencias eran regímenes institucionales de producción y, sobre todo, de dispensación de prestaciones, como lo son también la Seguridad Social contributiva y la no contributiva, los seguros privados de dependencia —apenas desplegados en España—, la provisión pública universalista, la explotación comercial o la provisión voluntaria. Los servicios sociales, en cambio, son meras actividades técnicas<sup>11</sup>, así que pueden ser dispensados por los distintos modos o regímenes previstos por nuestro ordenamiento jurídico, aun cuando no todos son utilizados al efecto.

La Seguridad Social contributiva produjo y dispensó los Servicios Sociales aludidos anteriormente, pero han perdido de hecho sus peculiaridades institucionales: primero, porque se relajó pronto su régimen de beneficiarios; ello ha convergido con el cambio de la financiación contributiva a la fiscal; además, la mayor parte de los recursos y de la gestión se pasaron a las Comunidades Autónomas y fueron fundidos por estas con los de titularidad propia. La actividad residual en la rama del Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, la principal que desempeñan las Comunidades Autónomas y la menor de las Administraciones Locales se producen mediante financiación fiscal y se dispensan en régimen formalmente universalista, algunos mediante copago, y sin garantía de acceso. Curiosamente, pese a la enemiga de que fue objeto el régimen de la Beneficencia por no pocos de los valedores de las leyes de servicios sociales, éstas han venido a posibilitar una práctica administrativa que lo recuerda: dichas leyes no garantizan el acceso a las prestaciones que regulan, y las situaciones de escasez —por ejemplo en el área gerontológica— se administran mediante la aplicación de baremos, no sólo de necesidad técnica, sino también económica. También contrasta con la expectativa política que se atribuyó a los sistemas públicos de servicios sociales anunciados por las citadas leyes el endoso de una parte de la demanda, que cabría esperar fuera cubierta por las Comunidades Autónomas, al sector voluntario, mediante subvenciones —obviamente discrecionales y de cuantía incierta—. Se sigue, en cambio una buena práctica administrativa en la colaboración del sector voluntario con las Administraciones de las Comunidades Autónomas y locales mediante la contratación o concertación

---

<sup>11</sup> Adopté esta idea desde que se inicia el movimiento de reforma política de los servicios sociales, según puede verse en Demetrio CASADO, «Criterios para la descentralización territorial de los servicios asistenciales y sociales», en *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las autonomías*, Marsiega, Madrid, pp. 25 y 26. Mantiene también esta concepción Manuel AZNAR LÓPEZ, «Aspectos jurídicos de los servicios sociales: de la referencia constitucional a la legislación ordinaria», en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 30, 2001, p. 66.

de servicios de la rama objeto de esta exposición, que se ofrecen al ciudadano en régimen público de gratuidad o copago. Es también muestra de normalidad administrativa la extensión de esta práctica al sector mercantil.

En esta reseña de la oferta de los servicios sociales, no debe faltar la actividad plenamente autónoma, es decir por iniciativa y con fondos propios —incluidos los procedentes del pago a precio de coste de las prestaciones por los usuarios—, de algunas entidades voluntarias.

Para concluir la enumeración de los regímenes de producción y dispensación en la rama de los servicios sociales, me referiré a los que generan lucro para quienes los producen. Va siendo estimable la actividad en la rama de las empresas mercantiles que buscan sus beneficios vendiendo sus servicios directamente a los usuarios. Los proveedores individuales directos prestan ayuda personal domiciliaria a título oneroso, en este caso a cambio de remuneración por su trabajo. Algunas entidades voluntarias están incurriendo de hecho en la práctica lucrativa mediante la «profesionalización» —directa o indirecta— de sus líderes o directivos que se convierten en gestores o técnicos de los servicios que prestan aquellas. Todos los proveedores citados operan principalmente en las áreas de los cuidados para ancianos y enfermos neurológicos y de la guarda infantil. Cabe incluir en este capítulo de actuaciones movidas, de modo expreso o tácito, por el ánimo de lucro las intervenciones del mercadeo con causa, es decir, las aportaciones gratuitas de empresas mercantiles —o de sus entidades auxiliares o intermediarias (fundaciones y semejantes)— con el propósito de mostrar compromiso o solidaridad social.

## 1. ALGUNAS DEMANDAS Y ACTIVIDADES

Voy a presentar ahora algunas demandas de actuación de los servicios sociales derivadas de cambios en el medio social; más adelante me ocuparé de las que nacen de las posibilidades de mejora técnica o gerencial de aquellos. Las demandas que abordaré ahora son generadas, no sólo por las necesidades emergentes de la población, sino también por transformaciones del contexto de las mismas. Así, las menguas en la ayuda personal polivalente de carácter informal trasladan necesidades hacia los servicios sociales. También repercuten en ellos los cambios en las expectativas y aspiraciones: en el pasado, sólo contaban con legitimidad para demandar ayuda formal las necesidades de subsistencia (pobreza y desvalimiento), en tanto que ahora aspiramos al bienestar emocional y social (participación, aceptación, integración, etc.).

Por limitaciones de espacio habré de orillar demandas emergentes de gran importancia, como las que menciono seguidamente. En el área fami-



liar, en su sentido más amplio, no trato la necesidad creciente de consejo, acompañamiento, terapia y mediación para situaciones de conflicto y soledad; la exposición de la que considero deseable contribución de los servicios sociales a esas prestaciones requiere, a mi parecer, un examen detenido de la situación y, sobre todo, la discusión rigurosa de las ideas e iniciativas en circulación y conflicto. Quedará también sin tratar la necesaria renovación del abordaje de los servicios sociales del «sinhogarismo»; se trata de un síntoma aparentemente simple, pero vinculado a una gama de factores que no puedo abarcar aquí. Tampoco puedo tratar la hipotética demanda de actuaciones de la rama de servicios sociales derivada del presumible desacomodo social de muchos jóvenes —del que me parecen síntomas hechos tan diversos como el «botellón» o la parsimonia en la asunción de responsabilidades sociales— porque no conozco el diagnóstico cabal del fenómeno. Igualmente, por lo breve y general de este artículo, renuncio a examinar las exigencias que para la rama de los servicios sociales se derivan de la complejísima gama de problemas humanos y sociales que lleva consigo la inmigración.

Me voy a referir ahora a la dependencia funcional, que muchos consideramos como la más importante y urgente de las necesidades que conciernen, bien que no exclusivamente, a los servicios sociales. El fenómeno al que me refiero ha sido definido por el Consejo de Europa —con gran éxito de crítica— en estos términos: «La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria»<sup>12</sup>. Se trata, pues, de la dependencia funcional, a no confundir con la económica, la emocional, la personal... Por si hubiera dudas, en la fuente se aclara que la dependencia (funcional) «puede afectar a cualquier sector de la población, no sólo a las personas mayores». Pese a ello, se registra una tendencia manifiesta a geronto-geriatrizar el fenómeno, salvo excepciones<sup>13</sup>. Se fundan estas excepciones en la evidencia estadística de que aproximadamente un tercio de las personas afectas de dependencia funcional, en España, tienen edades comprendidas entre los 6 y los 64 años<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Recomendación núm. (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada el 18 de septiembre de 1998. Versión en castellano de IMSERSO (Observatorio de personas mayores), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, IMSERSO, Madrid, 1999, p. 13.

<sup>13</sup> Me permito citar entre ellas los trabajos compilados en Demetrio CASADO (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid, 2004.

<sup>14</sup> Gregorio RODRÍGUEZ CABRERO, «La población dependiente española y sus cuidadores», en Demetrio Casado (dir.), *Ibidem.*, p.58.

La inmensa mayoría de las situaciones de dependencia funcional eran atendidas tradicionalmente por las familias sin ayudas externas. Antes de entrar en escena la previsión social y, después, la seguridad social, salvo en los casos de posición muy acomodada, la conjunción de la dependencia con la carencia de familia cuidadora abocaba al desvalimiento y la pobreza, circunstancias habilitantes para demandar caridad informal o protección benéfica. Las intervenciones privadas y las políticas públicas han ido configurando muy diversas respuestas a la dependencia funcional. La infancia desvalida y la maltratada cuentan con el asilamiento, la adopción, el acogimiento y los hogares funcionales. En la cima de la pirámide demográfica, para las personas afectas de envejecimiento gravemente discapacitante se han provisto servicios de ayuda domiciliaria, centros de día, pisos tutelados y plazas de residencia asistidas. Las personas en edad anterior a la jubilación pueden utilizar recursos análogos a los gerontológicos citados; por otra parte, para quienes resultan afectados de dependencia funcional antes de la jubilación se han instituido prestaciones económicas acrecidas en función de la necesidad de ayuda de tercera persona. Y las familias cuidadoras de personas de las distintas edades afectas de discapacidad pueden optar a ciertas facilidades laborales y ventajas fiscales. Se cuenta también con algunas iniciativas asistenciales para personas sin familia ni hogar afectas de deterioro psíquico grave, tales como pisos tutelados y apoyo personal intensivo.

Está creciendo la prevalencia de las situaciones de dependencia funcional vinculada a la discapacidad, especialmente en las edades mayores. Esto ocurre sobre todo porque la ampliación de la esperanza de vida da lugar a un incremento del número de personas afectas de envejecimiento patológico que requieren ayuda de tercera persona. También se registra algún incremento de la demanda de ayuda por el cambio en las aspiraciones: el criterio de que menores y adultos afectos de discapacidades graves mantengan una vida activa genera necesidad de apoyos logísticos. Y está creciendo intensamente la demanda de apoyo extrafamiliar para el conjunto de personas en situación de dependencia, por el decrecimiento de la potencialidad cuidadora de la familia, el cual se relaciona con estos hechos: en las jóvenes, la incorporación de la mujer —muy principal proveedora de cuidados— al trabajo o el deseo de hacerlo; en las mayores, el envejecimiento, la discapacitación y la muerte de los familiares cuidadores —cónyuges y descendientes (hijas, sobre todo)—.

La dependencia funcional plantea muy diversas necesidades de prestaciones individuales y otras actividades de objeto colectivo en prevención de deficiencias, rehabilitación-integración, accesibilidad, cuidados médicos y personales de larga duración, facilidades laborales y otros apoyos a los

familiares. Salvo por la reciente evidencia científica de que es posible y eficaz la prevención geronto-geriátrica de la dependencia funcional<sup>15</sup>, la demanda que plantea la misma no es tanto de innovación en el cuadro de prestaciones, como de ampliación material de algunas de ellas y de garantías. De esto hablaré después; en cuanto a lo primero, me limitaré a señalar dos hechos. La Seguridad Social contributiva complementa con un 50% la pensión de incapacidad que hubiera correspondido a quienes les reconoce gran invalidez, la cual equivale a la dependencia funcional. La rama no contributiva cuenta con una prestación también incrementada en un 50% por ayuda de tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida; la prestación por hijo a cargo también se incrementa en dicha proporción para casos de dependencia. En cambio, las personas jubiladas a las que les sobreviene la situación de dependencia no tienen opción al citado incremento. He aquí una brecha que debe ser salvada. El otro hecho que quiero mencionar parece indicativo de la demanda latente de prestaciones de servicios sociales: me refiero al incremento —presumible por lo que se ve en nuestras calles— de la contratación particular de auxiliares personales.

Paso ahora a la necesidad de cuidado infantil. Las familias formadas por una pareja de progenitores o tutores de niños de corta edad, o con aspiraciones a tenerlos, mediante procreación o adopción, o a recibirlos en acogimiento, tienen necesidades, actuales o potenciales, de ayuda personal polivalente cuando ambos cónyuges son laboralmente activos o desean serlo; también se plantea esta necesidad, aun cuando sólo sea o pretenda ser activo un cónyuge, si el otro padece una enfermedad crónica y/o una discapacidad grave. Por supuesto, en las familias monoparentales con hijos menores la necesidad de ayuda es más probable. Estas necesidades de ayuda reclaman hoy de modo especial la intervención externa por dos circunstancias principales: el interés de las mujeres por el empleo y el decrecimiento de la disponibilidad de ayuda para el cuidado de los hijos por parte de ascendientes y otros familiares.

Se vienen estableciendo diversas ventajas fiscales de protección a la familia con hijos. Sin desconocer el valor económico de estas medidas, es obvio que no son suficientes para adquirir cuidados sustitutorios de los paternos. En la rama del trabajo, se sigue una política de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras; política ésta que se asume con dicha fórmula en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre. Son de obvio interés los breves permisos por nacimiento de hijo, el derecho de

<sup>15</sup> Isidoro RUPÉREZ CANTERA (dir.), *Reducción de la dependencia del anciano*, Senda Editorial, Madrid, 2003.

lactancia, las suspensiones de contrato con reserva de puestos de trabajo por parto, etc., pero tampoco resuelven estas medidas la necesidad de cuidados continuados de los niños en su primera edad. La Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y de Financiamiento de la Reforma Educativa reguló el ciclo preescolar de 2 a 5 años (art. 13.2), bien que lo establece con carácter voluntario y no gratuito. La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), franquea el paso a la escuela infantil a partir de los cero años, mantiene su carácter voluntario y garantiza la provisión pública de las plazas que se soliciten (art. 7). La Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Enseñanza (LOCE), parece que sigue esa pauta (art. 10.1 y 3). Sin perjuicio de la función educativa de la escuela infantil, está previsto que atienda, como no puede ser de otro modo, al cuidado de los niños pequeños; pero no parece que se haya desplegado la oferta de plazas efectivamente demandadas.

La llamada entre nosotros guardería infantil es el viejo medio de la rama que aquí se examina para auxiliar a las familias con hijos pequeños cuya atención colisiona con la actividad laboral —u otros intereses—. Pero es un recurso cuya cotización técnica y política ha descendido por efecto de la ideología que propugna la escolarización de los niños desde los cero años. No conozco evidencias científicas por las que se puedan presumir perjuicios para los niños de primera infancia cuyo cuidado y socialización extrafamiliar se lleve a cabo en guarderías de buena calidad técnica, de modo que considero necesaria la ampliación —con las mejoras que el conocimiento disponible aconseje— de la oferta de guarderías infantiles. Ya me doy cuenta de que esto supone el mantenimiento de dos clases de prestaciones para una misma necesidad; aparte de que esto no sea extraordinario en materia de intervención social —medicación o cirugía; vivienda social o apoyo a los alquileres—, mientras no se demuestre científicamente que una de las dos opciones es inequívocamente mala e incorregible, no veo inconveniente en la dualidad, sino ventaja para los padres o tutores que podrán ejercer su responsabilidad, en lugar de verse constreñidos por el dirigismo de cualquier signo que fuere.

Sin salir del círculo infantil me refiero ahora a una necesidad minoritaria pero diacrítica. Las decisiones de aborto subsiguientes, en ciertos casos, al diagnóstico prenatal de deficiencias están incidiendo a la baja en la prevalencia de aquellas al nacimiento. Pero crece, sin duda, la tasa de los bebés que requieren lo que se denomina atención temprana, como consecuencia de dos factores convergentes: están aumentando las cifras relativas de nacidos prematuros y/o con bajo peso, que con factores de riesgo de deficiencias; la intensificación y perfeccionamiento de la asistencia sanitaria

neonatal viene ampliando la supervivencia de esos nacidos de riesgo. Bajo el nombre de estimulación precoz, la atención temprana comenzó a prestarse entre nosotros en la primera mitad de los años 70 del pasado siglo. Se inicia en el medio hospitalario, con apoyo de una entidad voluntaria; se sumó pronto a esta iniciativa y con decisión el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos; después, la rama educativa asumió responsabilidades incluso mediante leyes estatales. En la LOGSE, antes citada, se establece que «La atención a los alumnos con necesidades educativas especiales se iniciará desde el momento de su detección» (art. 37.3). Y cabe entender que la LOCE, igualmente citada, también contiene una previsión equivalente (art. 44.1).

La rama sanitaria, para cuyo sector público no se han establecido obligaciones legales en esta prestación, es poco activa en la oferta de la misma. Las Comunidades Autónomas no se han impuesto compromisos determinados para dicha prestación en sus regulaciones de servicios sociales; pero son ellas las que mantienen el grueso de la oferta pública efectiva, en buena parte recibida del INSERSO —hoy IMSERSO—. La Educación pública no parece haber asumido en esta prestación el liderazgo que correspondería a sus responsabilidades legales. Por circunstancias que no cabe examinar aquí, la oferta de la prestación específica de atención temprana es menor que su demanda, sobre todo latente, de modo que procede ampliarla. Pero aparte de esto, resulta necesario proveer medidas para que los padres o tutores de niños acreedores de esa prestación puedan compatibilizar sus obligaciones laborales o de otra clase con el seguimiento por los niños de ese cuidado. Esta necesidad deriva de que la atención temprana se practica normalmente mediante varias sesiones semanales en centros *ad hoc*, de modo que requieren el desplazamiento del niño y su acompañamiento.

Termino esta reseña forzosamente breve de demandas y respuestas con la sección informativa antes llamada de sucesos. Las noticias de los mismos nos dan cuenta diaria de crisis de salud, atracos, agresiones y siniestros de pequeño alcance que afectan a individuos y familias. Esas mismas noticias nos informan de las intervenciones de policías, jueces, bomberos y servicios médicos de urgencia —como el SAMUR, de Madrid—; pero es muy rara la mención de los servicios sociales públicos. Tampoco recuerdo haberlos visto incluidos en las listas de direcciones para casos de urgencia de las guías telefónicas que he manejado. En la de Vizcaya, que tengo ahora a mano, aparece un gran anuncio de la entidad que atiende toda clase de emergencias y, según compruebo mediante llamada telefónica (28.VIII.2004), solo gestionan «ambulancias, patrullas y bomberos», sin que tengan conexión alguna con los servicios sociales. Llamo también al

servicio de emergencias de la Comunidad de Madrid (2.IX.2004) y obtengo una respuesta análoga. Parece obvio que los servicios sociales públicos deben sumarse a las ramas activas en la cobertura de emergencias.

Tras los atentados en la Comunidad de Madrid del 11 de marzo del año 2004, el Alcalde de la capital dictó un bando o comunicado reconociendo y agradeciendo los servicios prestados en el rescate de cadáveres y en la atención a los heridos y a sus familiares. Creo recordar que, en la larga lista de cuerpos profesionales que mencionaba, no aparecían ni los clérigos católicos —pese a que hubo constancia pública de su intervención— ni los funcionarios de los servicios sociales públicos —cuya intervención no me consta por otras fuentes—. En la atención a las víctimas sobrevivientes de aquella matanza actuaron de modo destacado psicólogos de la Cruz Roja en tareas de apoyo psicológico, como han intervenido en Asunción (Paraguay) con motivo del incendio de un centro comercial que tuvo lugar en el mes de agosto (de 2004). Según lo que establece el Real Decreto 415/1996, de 1 de marzo, Cruz Roja Española es una entidad «auxiliar y colaboradora de las Administraciones Públicas en las actividades humanitarias y sociales impulsadas por las mismas» (art. 1.6). Como auxiliar y colaborar no equivale a suplir, resulta obvio que los poderes públicos deben dotarse para proveer las prestaciones de servicios sociales que demandan las situaciones postcatastróficas.

## 2. GARANTÍAS

Llegados a este punto, en nuestro Estado social de derecho, resulta obligado abordar la cuestión de las garantías de acceso a las prestaciones individuales de los servicios sociales y/o de provisión de las actividades de destinatario colectivo. Lamentablemente, mi incompetencia en la disciplina jurídica me llevará a desarrollar este apartado mediante nociones y términos comunes; lo que espero se me excuse. Aun cuando hasta aquí me referí al conjunto de la rama de los servicios sociales, incluyendo las aportaciones a la misma de los diferentes sectores institucionales, va de suyo que en este apartado he de centrarme en el público; pero será necesario contar con los privados.

Es oportuno recordar aquí el panorama jurídico de la rama en lo que concierne al sector público. Las Comunidades Autónomas tomaron competencia exclusiva en servicios sociales y promulgaron leyes sobre los mismos —así como sobre prestaciones económicas no vinculadas necesariamente a ellos—. Dichas leyes no garantizan las prestaciones individuales ni las otras actividades de servicios que regulan, con salvedades como las

que indico seguidamente. La Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de servicios sociales de Cataluña remitía la regulación de derechos de acceso a su reglamentación (art. 6); no se ha producido con carácter general. La Ley 5/1996, de 18 de octubre, (segunda) de servicios sociales de la Comunidad Autónoma Vasca fija un mínimo de prestaciones que van desde las actividades de objeto colectivo hasta la ayuda a domicilio y el alojamiento alternativo (art. 5.1), pero no regula el derecho que garantice el acceso a las mismas; el Decreto 155/2001, de 30 de junio, que desarrolla esa Ley, no salva el déficit, ya que impone a las Diputaciones la obligación de «garantizar la existencia de centros y servicios destinados a colectivos específicos, con capacidad suficiente para responder a las necesidades de la población» (art. 3.1), pero tampoco regula el derecho de acceso de los interesados. La Ley 1/2003, de 24 de febrero, (segunda) de Servicios Sociales del Principado de Asturias prevé un catálogo de prestaciones, en el que se especificarán las exigibles como derecho subjetivo (art. 20.2) y fija un plazo al efecto de dos años (disposición adicional segunda). La Ley 11/2003, de 27 de marzo, (segunda) de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, declara «universales y gratuitas para toda la población» las que denomina «prestaciones técnicas» (art. 19.2), que consisten en información, orientación, tutela jurídica y semejantes, y que excluyen las prestaciones individuales con empleo intensivo y/o continuado de recursos (guardería infantil, ayuda domiciliaria, asistencia en centros de cuidados diurnos, etc.). En lo que concierne al Estado (central), la Constitución le reserva la normativa básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17), competencia ésta que, salvo interpretación que no se me alcanza, puede aplicar a sus Servicios Sociales. Sólo lo ha hecho para sustituir la financiación predominantemente contributiva por la fiscal, según quedó dicho. En cuanto al régimen de dispensación de las prestaciones y otras actividades, nunca fueron reguladas de modo que pudieran ser exigidas ante los tribunales, ni se le impusieron a la entidad obligaciones tasadas. Y así se ha transferido el grueso de los servicios del INSERSO —después, IMSERSO— a las Comunidades Autónomas.

Me parece observar una gran tolerancia de los ciudadanos e incluso de los especialistas a la contradicción del intenso celo competencial de las Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales con su tibieza y aun negligencia para garantizar el acceso a los mismos por los ciudadanos. Si alguien denuncia este hecho suele invocarse por los aludidos la escasa dotación que reciben las Comunidades Autónomas de la Hacienda central para eso aplicación. Ante este rutinario recurso exculpatorio, procede recordar circunstancias como las siguientes. Las Comunidades Autónomas, al tomar competencia exclusiva en servicios sociales, asumieron la

responsabilidad de afrontar la más que previsible evolución creciente de la demanda social de los mismos. En otro orden de cosas, las aplicaciones de los créditos de la Administración General del Estado a las Comunidades no están vinculadas de manera rígida. Las mismas complementan los ingresos procedentes de la Hacienda central con los ingresos propios por tasas y contraprestaciones de servicios. Y además de la participación en el Impuesto sobre las Rentas de las Personas Físicas, pueden crear otros gravámenes propios. Para casos determinados cabría pensar incluso que sobra financiación, visto que practican o pretenden practicar la munificencia de dispensar prestaciones monetarias ocasionales no obligatorias y, por añadidura, conflictivas. En cuanto a los Servicios Sociales de la Seguridad Social, observo también mucha tolerancia a la inacción jurídico-política en el orden más específico de la misma, es decir, el institucional.

Pasando ya a las demandas reseñadas en el apartado anterior, adelanto que el logro de una respuesta cabal a las que plantea la dependencia funcional requiere algunas acciones que no precisan garantías jurídicas nuevas<sup>16</sup>. La prevención de las situaciones de dependencia funcional —no sólo en la edad geriátrica, mencionada antes— cuenta con un marco institucional en el que se puede fundar aquella y con una estructura organizativa apta para gestionarla. En efecto, la legislación sanitaria general permite cualquier desarrollo pro prevención y en el *hardware* público de la rama puede cargarse cualquier programa que resulte pertinente. El éxito depende, pues, del buen diseño de tales programas y de la habilidad para introducirlos en la práctica sanitaria, no sólo de los aparatos sanitarios públicos, sino de todos los otros posible agentes de salud: desde los servicios de asistencia sanitaria privados hasta la población común, pasando por las asociaciones de educación para la salud y los servicios escolares y sociales. Las otras funciones sanitarias relativas a la dependencia —rehabilitación y cuidados médicos— cuentan también con buenas bases institucionales. Recordemos al efecto las prestaciones de atención sociosanitarias destinadas principalmente a enfermos crónicos que establece la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 14). La accesibilidad, tanto en arquitectura y urbanismo, como en cualquier clase de bienes y servicios, ha sido objeto también de legislación abundante; y la relativa al medio físico promulgada por las Comunidades Autónomas incluye disposiciones sancionadoras. Pero la experiencia sugiere que no es este un camino eficaz, así como que acaso

<sup>16</sup> En Antoni VILA, «Estructuras institucionales de protección social de la dependencia en España», en Demetrio CASADO (dir), *op. cit.* Puede verse una reseña de la normativa jurídica que cabría tomar como punto de partida para una política de ampliación y mejora de las respuestas a la dependencia funcional.



convenga más incidir en la conciencia y la capacitación técnica de los profesionales y las empresas que diseñan con o sin barreras. Finalmente, quede constancia de las sólidas garantías jurídicas con que cuentan las prestaciones económicas de la Seguridad Social específicas para la dependencia funcional indicadas en el apartado anterior.

También están garantizadas las facilidades laborales y las ventajas fiscales de aplicación general a la discapacidad, pero merecen un comentario aparte. Las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral pueden ser útiles para determinadas familias, pero en general no suplen las específicas por ayuda de tercera persona. En cuanto a las ventajas fiscales, me parece que la recaudación cesante tendría mejor aplicación en la ampliación de prestaciones<sup>17</sup>.

Dicho lo anterior, toca ahora centrarnos en la descubierta jurídica de una enorme demanda de ayuda polivalente, es decir, para la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana. Y sufren esa descubierta todas las personas afectas de dependencia funcional que no tienen opción a las prestaciones monetarias específicas de la Seguridad Social para ayuda de tercera persona. La respuesta a esta situación requiere, a mi parecer, el establecimiento del derecho subjetivo a esa ayuda con carácter universal. Tal ayuda podría instrumentarse mediante prestaciones técnicas específicas o asignaciones monetarias afectadas a la adquisición de esas prestaciones o a posibilitar la ayuda por cauce familiar, con exigencia de prueba del gasto; pero volveré luego sobre esto. El carácter universal de la cobertura supondría que el acceso a la misma estaría en función de la indicación técnica, no de la situación socioeconómica. Ésta, sin embargo, debería servir de referencia para el baremo del copago de los servicios o de la modulación de la asignación monetaria. Para un proyecto como el apuntado, son de importancia obvia la viabilidad financiera y la base jurídica. Las Comunidades Autónomas tienen competencia para regular las prestaciones de la rama de servicios sociales, la cual fue ejercida en primer lugar por Cantabria, mediante su Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección de las Personas Dependientes; las Comunidades de Asturias y de Madrid incluyeron dichas prestaciones en sus Leyes vigentes de servicios sociales (art. 27 y título VI, respectivamente). Pero ninguna Comunidad Autónoma ha garantizado esas prestaciones, ni su política hacendística indica que lo vaya a hacer próximamente. Por ello, no se ve otra opción que la estatal (central). En tal supuesto, teniendo en cuenta el cuadro competencial, parece que estaría indicado recurrir a la Seguridad Social.

<sup>17</sup> Gregorio RODRÍGUEZ CABRERO, «Referencias europeas de la protección social de la dependencia», en Demetrio CASADO (dir.), *op. cit.*, p. 132.

Me refiero ahora a la fórmula institucional. Tras el acceso del PSOE al Gobierno después de las Elecciones Generales de 1982, centros directivos responsables de servicios sociales y de Seguridad Social trabajaron en un borrador de ley estatal que, fundándose en el artículo 41 de la Constitución, establecería «un Sistema Público de Servicios Sociales en el marco de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos»<sup>18</sup>. Entiendo que sigue siendo necesaria esa Ley, pero supongo que sólo sería viable políticamente —no entro en la constitucionalidad— para un mínimo de funciones cuya gestión eficaz y equitativa requiere el nivel nacional. Llegó a puerto otra iniciativa de aquella legislatura: la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas. Supongo que podría seguirse éste camino para la prestación o prestaciones por dependencia funcional. Y también cabría instituir un seguro de dependencia dentro de la Seguridad Social contributiva, reservando la fórmula no contributiva para quienes no tuvieran opción a las prestaciones de aquel.

En el supuesto de la asunción por el Estado (central) de la cobertura de las prestaciones para ayuda polivalente por dependencia funcional, parece conveniente que se provean las mismas mediante asignaciones monetarias afectadas a la adquisición de aquellas, ya que la Administración General del Estado no cuenta con aparato organizativo propio para dispensar prestaciones técnicas; incluso la Seguridad Social traspasó el grueso de la organización administrativa y técnica de sus Servicios Sociales. En este supuesto, los beneficiarios de esas prestaciones monetarias podrían adquirir las de carácter técnico, tanto en servicios de o gestionados por las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, como en los proveedores privados. Quiero indicar finalmente que el reconocimiento del derecho a las prestaciones por dependencia funcional, que le correspondería a la Seguridad Social, no debe ser transferido ni delegado a otras Administraciones con el fin de salvaguardar la igualdad de trato —hoy tan valorada en relación con los «colectivos desfavorecidos» y tan maltratada en el plano de los «territorios»—. En vista de la consideración aparentemente hegemónica de la descentralización política como un bien absoluto, resulta obligado recordar que, en el marco de un Estado, es una técnica instrumental que debe condicionarse a valores superiores<sup>19</sup>. Salvo que no

<sup>18</sup> Laureano LÁZARO (en representación del Secretario General de la Seguridad Social), «El estado de la descentralización de los servicios asistenciales y sociales», en *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las Autonomías*, Marsiega, Madrid, 1983, p. 123.

<sup>19</sup> Para la rama que aquí se trata, adopté ese criterio en el inicio del movimiento de su reforma: Demetrio CASADO, *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las autonomías*, op. cit., pp. 21 y 22.

es imprescindible ser socialista para defender este criterio, lo ilustraré con una sentencia emitida, a propósito de una cuestión parecida, por el a la sazón Presidente castellano-manchego José Bono: «Creo que el principio de autonomía debe rendirse ante el de igualdad. Por eso milito en el Partido Socialista»<sup>20</sup>.

Paso a las demandas familiares que, por razones indicadas en su reseña anterior, requieren que la rama de los servicios sociales retome su papel en guarderías, bien que en relación de complementariedad con las escuelas infantiles. Por la relevancia de la función de guarda de los niños pequeños para que sus padres o tutores puedan ejercitar sus aspiraciones laborales, el poder público debe garantizar la cobertura de la demanda en régimen opcional para los usuarios: guardería o escuela. En el caso de las escuelas infantiles, las responsabilidades normativas y de gestión vienen dadas por la Constitución y por el régimen de transferencia de los servicios educativos, y se cuenta con la regulación legal antes indicada: LOGSE o LOCE, al gusto del poder político de turno. La garantía de la prestación de guardería corresponde inequívocamente a las Comunidades Autónomas; en vista de la delantera que tomó la legislación educacional, parece obligado que la de guarderías se coordinase con la misma. Aclaro, en relación con esta sugerencia, así como con cualquier otra que implique a dos o más criaturas de la burocracia pública, que conozco sus dificultades para la colaboración; recuerdo a este propósito y a título de ejemplo el escaso cumplimiento del mandato de coordinación entre servicios de salud mental y sociales que establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 20.3); y sé que alguna de las Comunidades Autónomas que tomó en cuenta ese mandato creyó necesario crear una fundación pública para que hiciera la mentada la conexión interadministrativa; pero no me parece decente renunciar a la propuesta enunciada por semejante problema.

Sobre la dispensación de la prestación pública de guardería, creo conveniente que su régimen de acceso sea el mismo que el de la escuela infantil —o viceversa—. Pero, en función de las conveniencias de los padres y para facilitar la gestión del sector público, considero oportuno que se provea mediante la oferta de plazas públicas, de gestión directa o concertada, y de asignaciones monetarias afectadas de modo vinculante y con exigencia de prueba a la financiación de plazas privadas o de cuidadores a domicilio. Como quiera que la necesidad de esta prestación no deriva de la posición socioeconómica de las familias, el acceso debe ser universal. Lo cual no obsta al copago o a la modulación de las prestaciones

<sup>20</sup> Oído por radio el 6 de febrero de 2003.

dinerarias, que considero indicado graduar en relación a las rentas familiares.

Ruego se me permita esta confesión personal relativa a la atención temprana: desde hace no menos de veinticinco años, en que tuve ocasión de influir en el asunto, vengo dudando sobre su mejor encuadramiento administrativo público. Entonces y ahora, esta prestación tiene un significado sanitario obvio; pero, como apunté anteriormente, la asistencia sanitaria pública no está siendo activa en ella. La rama educacional, según señalé también en el apartado anterior, ha tomado un compromiso legal claro; pero temo que, aun cuando se lleve a efecto, no resulte fácil la derivación del niño de riesgo sin pérdida de tiempo —por calendario escolar u otros condicionamientos burocráticos propios del mundo escolar— desde el hospital neonatal a una escuela infantil adecuadamente dotada. Me parece que el sector público de los servicios sociales cuenta con un régimen más propicio para cumplir esa exigencia de continuidad de atenciones; pero para adjudicarle la atención temprana, debería regularse el acceso a la misma como un derecho subjetivo, fundado en la indicación médica. La prestación técnica propiamente dicha debería ir asociada a la opción de ayuda para transporte y acompañamiento. Por razones apuntadas anteriormente, la instrumentación de este derecho debería proveerse mediante servicios, de gestión directa o concertada, o por prestación monetaria afectada a la adquisición de las técnicas en los sectores privados.

A mi parecer, las intervenciones de los servicios sociales para situaciones de emergencia —incluso las que se personalizan— no deben ser consideradas prestaciones individuales sino actividades de objeto colectivo. Como el servicio de bomberos o, en general, la protección civil. Esto es particularmente claro en relación con la garantía de provisión y actuación, que no aconseja la técnica de los derechos subjetivos sino, a mi entender, la de imposición de obligaciones. La Ley vigente de Servicios Sociales del Principado de Asturias regula una prestación para «Situaciones de emergencia social» (art.30). Pero en esta clase de actividades públicas, la obligación institucional de Comunidades y Corporaciones Locales debe ir acompañada de una clara notoriedad social de la efectiva disponibilidad del socorro. En caso de incendio, los servicios de bomberos no se ven compelidos a actuar sólo por las normas jurídicas que los regulan, sino también por una poderosa expectativa social.

En relación con las grandes catástrofes, por lo imprevisible de la demanda, la responsabilidad de colaborar por parte de los servicios sociales debería de extenderse a todos los niveles territoriales de la estructura del Estado; si bien, la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas en dicha rama debería llevar consigo la obligación de contar con aquellos

recursos y destrezas específicos de la misma pertinentes en las situaciones en cuestión. Sin perjuicio de concertar con entidades como Cruz Roja —cuya regulación lo propicia— ciertas colaboraciones, por razón de seguridad, el núcleo de esos medios debe ser propio del sector público. La Ley vigente de servicios sociales de la Comunidad de Madrid ha asignado a los mismos la función socorrista indicada en estos términos: «Atención social y ayuda en situaciones de emergencia individual, familiar y colectiva» (art. 9.k). Pero en la Dirección General de Servicios Sociales informan (2.IX.2004) de que no cuentan con un órgano o unidad funcional encargada de emergencias.

### 3. NUEVOS MÉTODOS

La renovación y puesta al día de la rama de los servicios sociales, además de tomar como primera referencia las demandas emergentes o latentes con sede en la población, debe tener también en cuenta las posibilidades de mejora en técnicas y métodos que ofrezcan la investigación y la experiencia —deseablemente sistematizada mediante evaluación técnica—. Siguiendo este punto de vista, presento seguidamente una selección de sugerencias metodológicas. Para no tener que exponer en términos abstractos a qué tipo de métodos me refiero, lo indico mediante este texto: «Es la hora de servicios amigables con las familias, que no compiten con ellas en sus tareas de cuidado sino que las comparten y les apoyan para realizarlas mejor. Es la hora de los servicios sensibles que detecten situaciones de abandono, maltrato o violencia y aportan seguridad antes de que sea tarde. Es la hora de la intervención comunitaria que prevenga dinámicas excluyentes y contribuya a la creación de capital social»<sup>21</sup>.

Como la sanitaria, la rama de los servicios sociales actúa mediante dos métodos concernientes a su objeto: el individual y el colectivo. En el apartado que dediqué a demandas y actividades me referí principalmente a las de carácter individual; pero mencioné la acción relativa a la inmigración, una parte de la cual debe tener carácter colectivo, y traté también como actividad colectiva la colaboración de los servicios sociales en situaciones de catástrofe de ese carácter. La práctica privada y pública de los servicios sociales viene actuando tradicionalmente por los dos métodos. Y podemos verlos reflejados en las listas de funciones y actividades de las leyes de la rama. Sin embargo, quedan cosas por hacer.

<sup>21</sup> Fernando FANTOVA, «La hora de los servicios sociales», *Psikologiaz*, núm. 6, junio, 2004, pp. 8 y 9.

Por de pronto, parece necesario desarrollar la conciencia técnica relativa a las dos opciones metodológicas generales de los servicios sociales. Tanto en la documentación técnica, como en las normas jurídicas, nos encontramos con la enumeración y descripción de las prestaciones individuales y de las actividades de objeto colectivo, pero suelen aparecer mezcladas y es raro que se identifiquen las clases indicadas —esto resulta muy significativo en las leyes, tan proclives a las definiciones y clasificaciones—. Tal hecho dificulta la comprensión de la rama de los servicios sociales, así como la comunicación general, técnica, docente y política. Y yo creo que dificulta también la explotación de las posibilidades del método colectivo, cuya presencia en nuestra tradición técnica y política es escasa.

La Administración General del Estado promovió el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, que dio comienzo en 1988 y en el que participan todas las Comunidades Autónomas, excepto las de régimen económico concertado (Navarra y País Vasco). Una de esas «prestaciones básicas» fue denominada «Prevención de la Marginación e Inserción Social». Su aplicación puede ser individual o colectiva, pero la información estadística relativa a la misma parece indicar que predomina la primera modalidad<sup>22</sup>.

Con la ayuda de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, paso ahora a los métodos de contacto de la demanda y la oferta. En la regulación de la atención primaria se dice que la misma comprenderá: «La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente» (art. 12.2.a). De la atención a demanda y de urgencia sería ocioso hablar, por ser de sobra conocidas. Me referiré, pues, al abordaje programado, sirviéndome nuevamente de la rama sanitaria. Las revisiones pediátricas y las vacunaciones en la primera infancia son prestaciones sujetas a calendario. Su realización programada supone, no sólo el establecimiento de una previsión temporalizada de actuaciones, sino también el cuidado por los servicios pediátricos de recuperar cualquier incomparecencia de los bebés. A las personas con riesgo de crisis circulatorias se les propone un programa de revisiones o controles, cuyo cumplimiento ha de asegurarse con citaciones recordatorias o de recuperación.

En servicios sociales no parece necesario seguir periódicamente a todos los nacidos, pero está muy indicado hacerlo de oficio con aquellos para los que se presume riesgo de malos tratos pasivos o activos. Los medios de comunicación dan noticia con triste frecuencia del hallazgo, al cabo de varios días del fallecimiento, de cadáveres de ancianos que habitaban solos

<sup>22</sup> Ver, por ejemplo, MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, *Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales*, 1997-1998, Madrid, 2000, pp. 106 a 113.

en sus viviendas. En esas informaciones no he visto que los fallecidos contaran con teleasistencia o ayuda a domicilio. Tampoco he visto que los cadáveres fueran hallados por agentes de los servicios sociales con ocasión de visitas periódicas. Y es el caso que las personas ancianas que habitan solas son acreedoras a ellas en cuanto que, además del riesgo de accidente de salud, tienen mayores probabilidades que el común de necesitar ayuda personal polivalente.

Mediante algunos folletos informativos de los servicios sociales, así como por las indagaciones que hube de hacer cerca de aquellos con ocasión de necesidades familiares o de próximos, me ha parecido ver que actúan casi exclusivamente a demanda en materia de prestaciones individuales. Incluso las destinadas a personas en situación de dependencia deben ser objeto de solicitud, de aportación de documentación por el peticionario, de plazo de respuesta y de todo el ritual administrativo convencional. Eso significa que los casos de mayor necesidad, es decir, aquellos en los que converge la dependencia funcional con la escasa información, la penuria de apoyo social o la inhabilidad burocrática —«Pobre es el que no sabe hacer una instancia», dijo alguien— son los que cuentan con menores posibilidades de ser atendidos. Para evitar este riesgo de «efecto Mateo» es menester que los servicios sociales vayan en busca del usuario de modo programado.

No cabe duda de que el método de los contactos programados resulta difícil, pero no es imposible. Aparte del sistema de encuesta censal permanente, los servicios sociales públicos tienen muy buenas posibilidades informativas de fuentes como éstas: 1) urgencias médicas y unidades de asistencia o trabajo social de los centros sanitarios, 2) servicios escolares y asociaciones de padres de alumnos, 3) parroquias y servicios periféricos de Cáritas, 4) entidades voluntarias de carácter mutualista o de heteroayuda.

Voy a referirme ahora a la disyuntiva metodológica principal concerniente a la relación de los servicios sociales con el entorno de sus destinatarios, que puede ser de suplencia o de promoción del apoyo social. Éste consiste en aceptación y prestación informal de ayuda por parte de las redes familiares, amicales, vecinales y de asociaciones comunitarias. La investigación científica ha evidenciado que el apoyo social es un factor de salud, no sólo mental<sup>23</sup>. Es posible que ese efecto salutífero del apoyo social pase por su contribución a satisfacer las necesidades y aspiraciones objeto de los servicios sociales, pero en todo caso es obvio que mediante aquel se alivia la demanda potencial de las prestaciones individuales de éstos.

<sup>23</sup> Ver, por ejemplo, Javier I. ESCOBAR, «Apoyo social y redes sociales: impacto sobre la salud física y mental», en *Avances en salud mental*, números 1, 2 y 3, 1998.

Ante su demanda, los servicios sociales pueden optar por dos métodos de intervención básicos: suplir el déficit de que se trate mediante intervención directa y externa o promover el apoyo social, potenciando la relación de los individuos mediante las redes sociales. Se trata de una disyuntiva parecida a la que forman la medicina alopática y la homeopática. El método supridor domina ampliamente en los servicios sociales, pero no faltan agentes del «enredador»<sup>24</sup>. Éste, en su versión más simple, busca vincular al individuo pobre en relaciones a las redes disponibles: sea reparando sus conexiones familiares, sea propiciando su articulación en otras agrupaciones total o parcialmente comunitarias. Cuando ello no es posible o suficiente, se plantea la necesidad de armar redes nuevas. Esto, además de ser un método, se plasma en actividades, y así podemos verlo en la legislación de servicios sociales. La ley asturiana de servicios sociales vigente incluye en su cuadro funcional este enunciado: «Participación social y desarrollo comunitario» (art. 32).

El método comunitario, al que paso seguidamente, coincide en buena medida con el de promoción de apoyo social<sup>25</sup>, pero merece tratamiento aparte por la entidad de su antecedente negativo, que paso a indicar. La ayuda personal, tanto por medios económicos como técnicos, ajena al círculo familiar y amistoso, se ha servido de diversas fórmulas prácticas en el curso de la historia en nuestras sociedades. Muchas de ellas no comportaban el internamiento permanente en centros especializados. El auxilio a los peregrinos jacobeos y otros viajeros se hacía mediante limosna y/o alojamientos transitorios. En un informe oficial puede leerse que la ayuda domiciliaria se inicia «a principios de la década de los 70» —del siglo XX—<sup>26</sup>, pero es lo cierto que la de esa fecha cuenta con muy viejos antecedentes. Además de la limosna ambulante al mendigo, se practicó la ayuda material —y, frecuentemente, moral— a domicilio. Era la técnica indicada para los pobres vergonzantes, vale decir, los que no se atrevían a publicitar su pobreza; la encontramos documentada en fuentes tan clásicas como Juan Luis Vives<sup>27</sup> o Fray Juan de Robles<sup>28</sup>; y es la técnica de la vi-

<sup>24</sup> Ver por ejemplo, Silvia NAVARRO, *Redes sociales y construcción comunitaria*, Editorial CCS, Madrid, 2004.

<sup>25</sup> Ver Clarisa RAMOS, «Enfoque comunitario, modernidad y postmodernidad. El trabajo social con la comunidad en tiempos de la globalización», *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 8, octubre 2000.

<sup>26</sup> *La red de servicios sociales residenciales personales (ayuda a domicilio, teleasistencia...) y comunitarios (hogares, centros de día, estancias diurnas) para las personas mayores de 65 años*, Ministerio de Asuntos Sociales, 1993, p. 15.

<sup>27</sup> *De subventione pauperum*, libro segundo, capítulo VII, pp. 191 en la versión castellana de Hacer editorial, Barcelona, 1992.

<sup>28</sup> «De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna: para remedio



sita al pobre, de las Conferencias de San Vicente de Paul. Por otra parte, para prestaciones sanitarias y de ayuda polivalente, la técnica domiciliaria será asumida por las iniciativas precursoras de la Beneficencia Pública, así como por la Ley de 1822, mediante la que se hizo su primera regulación general<sup>29</sup>. A la vez que esto, la técnica del internamiento en centros especializados ha sido objeto de crítica desde hace también mucho tiempo. Algunas de estas críticas son de carácter circunstancial, en cuanto que versan sobre corrupciones de gestión y negligencia asistencial, como las que podemos ver también en Vives<sup>30</sup> y en Concepción Arenal<sup>31</sup>. Pero otras inciden en la misma técnica del internamiento y señalan el problema del «hospitalismo» —se refiere este término a la acepción tradicional amplia de la palabra «hospital»—, como causa de altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Pese a todo, a mediados del siglo XX y en los países más prósperos, el internado permanente o de larga duración seguía siendo una técnica de mucho uso en protección de la infancia abandonada y desvalida, reforma de menores y mujeres, salud mental, enfermedad crónica y/o discapacidad, envejecimiento... Con diferencias en las situaciones de partida y valoraciones de los recursos residenciales de dichas áreas, en la segunda mitad del pasado siglo se inician diversos movimientos con el denominador común del desinternamiento. En algunos de estos movimientos se valora explícitamente o de modo tácito la convivencia en la comunidad como un recurso de ayuda. Tiene especial interés para esta exposición el *Seebhon Report*<sup>32</sup>, en cuanto que se refiere a la rama de los servicios sociales, y no a determinada área de las citadas. El encargo del Gobierno del Reino Unido tenía como referente la creación de un servicio familiar, pero el informe sumó al enfoque familiar el comunitario, cuya referencia principal es la permanencia de las personas necesitadas de ayuda en su medio.

La mejora de las condiciones higiénicas, de alimentación, de atención sanitaria y de trato en los centros residenciales ha cambiado drásticamente

---

de los verdaderos pobres», capítulo V, en Fray Domingo DE SOTO, O. P., *Deliberación de la causa de los verdaderos pobres* (Y réplica de Fray Juan de Robles), Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1965.

<sup>29</sup> Ver Jordi ESTIVILL, «Casa y trabajo: entre la reclusión y la itinerancia», *Sociología del Trabajo*, núm. 17, invierno de 1992-1993, pp. 152 a 170.

<sup>30</sup> Se refiere a la España de su primera edad: *Op. cit.*, libro segundo, capítulo VI, p. 183 de la edición castellana citada.

<sup>31</sup> La Beneficencia, la filantropía y la caridad (Memoria premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas), Imprenta del Colegio de sordo-mudos y de ciegos, Madrid, 1861, pp. 26 y 27.

<sup>32</sup> *Report of The Committee On Local Authority and Allied Personal Social Services*, Her Majesty's Stationery Office, Cmnded. 3703, 1968.

el cuadro del «hospitalismo». Pero, además del alto coste económico de la prestación residencial, especialmente en la modalidad asistida, no es desdeñable su coste humano. Acabo de oírsele comentar a una persona en edad propicia para valorarlo: «Cuando dejan allá a la *amatxo*, dicen: mañana vendré a verte; y van, sí. Pero después sólo irán los domingos. Y después, una vez al mes. Y luego, por Navidad. Así es.»

El sector mercantil español está contribuyendo a la extensión del enfoque comunitario mediante la producción de prestaciones de teleasistencia y de ayuda a domicilio principalmente, que distribuye en su mayor parte por cuenta de Entes Locales que se las contratan; también gestiona este sector prestaciones residenciales de carácter temporal, que permiten compatibilizar la permanencia habitual en su medio de las personas dependientes de atención en familia con las vacaciones u otras circunstancias de sus cuidadores. El sector voluntario oferta también las prestaciones indicadas, más otras de interés para el método comunitario, como las actividades ocupacionales. La contribución efectiva del sector público a la aplicación del enfoque comunitario es más débil de lo que correspondería a las correspondientes disposiciones programáticas de las leyes de servicios sociales. Cuando hace tres decenios decide intervenir con fuerza en servicios sociales, dedicó la mayor parte de sus recursos a la creación y mantenimiento de residencias de tamaño medio o grande, ubicadas en zonas periféricas de los centros urbanos y, en el caso de las destinadas a mayores, no aptas para personas afectas de dependencia grave. Los procesos de discapacidad de los propios residentes y el incremento de la demanda por parte de nuevos usuarios afectos de dependencia funcional dieron lugar a un cambio de política. Aparte de la creación de plazas asistidas propias, se recurrió a la contratación con los proveedores privados. La capacidad directa e indirecta del sector público de incidir en la reestructuración de la oferta se ha dejado notar en su magnitud y en la relación entre plazas comunes y asistidas. Pero no parece haberse producido un impacto decisivo en la introducción del enfoque comunitario. Considero contrario, no ya a la libertad de los usuarios, sino al sentido de humanidad, el fundamentalismo metodológico; las evidencias diagnósticas, por lo demás, muestran que siguen siendo necesarias plazas residenciales; pero para que los profesionales y los usuarios puedan hacer elecciones libres es necesario que la oferta de soluciones comunitarias no sea más restringida ni segura que la residencial clásica.

#### 4. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Me parece hartamente difícil garantizar la aplicación de métodos de intervención social por medios jurídicos; entiendo que las normas de este género que lo intentan —por ejemplo, en educación— pecan de voluntarismo. Pero si cabe coadyuvar al cambio metodológico mediante la organización y la gestión, que sí son abordables por vía jurídica, especialmente en el sector público. En este sentido, me referiré a la estructuración de los servicios sociales públicos por niveles y a la coordinación de los mismos con otros agentes de bienestar.

Todas las leyes de acción social y/o servicios sociales, salvo la 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales, del País Vasco —primera de su género—, siguieron la pauta de clasificar su contenido de prestaciones individuales y otras actividades, así como su organización técnica, en dos modalidades: 1) la básica, comunitaria, general o primaria; 2) la especializada o específica. Se trata de una estructura inspirada en la moderna pauta organizativa sanitaria, que intenta contrarrestar el «hospitalocentrismo» y cuya principal referencia es la «atención primaria», así definida por la Conferencia Internacional sobre la misma celebrada en Alma-Ata en 1978: «La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención a la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria» (IV). Las aludidas leyes de servicios sociales destinan el primer nivel de los mismos al común de la población; sus funciones principales son la de acceso al conjunto de los servicios, la orientación de los casos, la dispensación de prestaciones individuales consideradas simples y la realización de algunas actividades de destinatario colectivo. El nivel especializado se destina a los sectores sociales «específicos» (infancia, personas mayores, con discapacidad, etc.), a los que a veces se añade la familia. En general, las leyes evocadas dividen funcional y aun orgánicamente este segundo nivel de acuerdo con el elenco de sectores específicos adoptado en cada caso. No siguen esta pauta tradicional las dos últimas leyes de servicios sociales promulgadas, es decir: la 1/2003, de 24 de febrero, del Principado de Asturias, y la 11/2003, de 27 de marzo, de la Comunidad de Madrid.

El primer nivel de los servicios sociales tiene a su cargo un contenido funcional coincidente en gran medida en las Comunidades Autónomas que participan en el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones

Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, que ha atribuido dicha condición a las siguientes —según las denominaciones iniciales—: «Información y Orientación», «Ayuda a Domicilio», «Alojamiento» y «Prevención de la Marginación e Inserción Social». Los equipamientos también básicos previstos fueron estos: «Centros de Servicios Sociales», «Albergues» y «Centros de Acogida». La responsabilidad correspondiente a la primera clase y/o nivel de los servicios sociales ha sido atribuida, bajo una u otra forma, a los Entes Locales, muy principalmente los Ayuntamientos. Como una gran parte de los mismos cuenta con una población pequeña, se ha previsto el recurso a la fórmula de la mancomunidad.

La política apuntada ha topado con el grave problema de que una gran parte de los Ayuntamientos no ha respondido a la orientación municipalista de la misma. Dicho claramente, salvo meritorias excepciones, no han ejercido todas las responsabilidades exigidas por la puesta en marcha de la reforma de los servicios sociales públicos. La mayor parte de las Comunidades Autónomas no lo posibilitaron financieramente y/o lo exigieron en función de su competencia. No enfocaron el asunto con el criterio de asegurar la cobertura de la demanda sino que, salvo excepciones, parecen haberse reducido a una actitud promocional mediante la participación en el Plan Concertado. En el orden técnico, la asignación competencial del primer nivel de los servicios sociales supone un obstáculo para la gestión de las actividades de destinatario colectivo propias de ese nivel y cuyo ámbito deba ser superior al de los ayuntamientos o mancomunidades de que se trate. Pero el principal problema en el orden técnico se plantea frente a la deseable buena aplicación del enfoque comunitario, especialmente en la prevención de la marginación y en la inserción social, para no salirme del cuadro de la oferta pública actual. La estructura adoptada sitúa en dos esferas competenciales recursos propios de ese enfoque como, por ejemplo: la ayuda domiciliaria, responsabilidad del primero; los centros de día, del segundo. Es lo de menos que esto constituya una contradicción constructiva, lo de más es que resulta disfuncional para la aplicación del enfoque comunitario, el cual requiere que la gestión de los casos se haga teniendo posibilidad de manejar alternativa y sucesivamente los distintos recursos convenientes al mismo: teleasistencia, ayuda domiciliaria, centros de día, pisos tutelados, centros de respiro, mini-residencias de proximidad, es decir, ubicadas en la zona donde resida el familiar tutor jurídico o fáctico del residente, etc.

A las negligencias de muchos Ayuntamientos en el cumplimiento de sus obligaciones, con la connivencia de las Comunidades Autónomas respectivas, no le veo otro remedio que la institución de derechos subjetivos para las prestaciones individuales; esto no es de aplicación a las acciones

de objeto colectivo, cuyo aseguramiento requiere de la concienciación ciudadana. Supuesto que se resolviera el problema de incumplimiento, las disfunciones de la asignación competencial de niveles se corregiría adoptando la pauta del sistema público sanitario, en el que las áreas gestionan conjuntamente los recursos del nivel primario y del especializado. La Ley asturiana vigente, sin apartarse del esquema organizativo y de competencias convencional, ha previsto una modesta fórmula de corrección de sus limitaciones: «Las áreas de servicios sociales constituyen las estructuras territoriales del sistema público de servicios sociales, en cuyo ámbito se organizarán y distribuirán los centros y programas de los servicios sociales especializados, *así como las de apoyo a los servicios sociales generales*» (art. 15.1) —el subrayado es mío—. Pero habría que ir más lejos: bien en la dirección contraria del municipalismo decimonónico que parece inspirar el anunciado «pacto local»; bien reformando la Administración de ese nivel en la línea del Reino Unido y de los países escandinavos.

El asunto de la coordinación se planteó tácitamente al reseñar la atención a la dependencia funcional, que incluye prestaciones de los servicios sanitarios y sociales —de acceso directo o mediante asignaciones monetarias—. En la propuesta que hice para el apoyo a la familia en el cuidado de los niños de primera infancia contaba con los servicios de educación y sociales —que también cabe proveer directamente o mediante asignaciones monetarias—. La atención temprana, con independencia de cual sea su ordenación futura, está siendo prestada por las ramas de sanidad, educación y servicios sociales. Por supuesto, las situaciones de emergencia requieren intervenciones de protección civil, sanidad, servicios sociales, vivienda. Si revisáramos otras prestaciones individuales o actividades colectivas de los servicios sociales veríamos que son frecuentes convergencias como las indicadas. De ello se deriva la necesidad estructural de que la organización de los servicios sociales esté preparada para la acción en conexión o transversal. En este sentido, las dos últimas Leyes de servicios sociales —Principado de Asturias y Comunidad de Madrid— imponen la coordinación interadministrativa pública (arts. 2.2 y 12.1, respectivamente).

Dentro del sector público, puede ser útil para la transversalidad que los departamentos concernidos por ella se articulen en órganos colegiados. La segunda Ley asturiana de servicios sociales regula un Consejo Asesor en el que participan, junto a representantes municipales y privados, cinco del Gobierno del Principado (art. 35). Pero supongo que esta fórmula no puede cubrir la función de coordinación ejecutiva que, a mi parecer, la transversalidad exige. La división organizativa del sector público está dominada por el criterio de especialización técnica: seguridad, sanidad, edu-

cación, etc. Excepcionalmente, algunos órganos públicos de gestión están configurados en función de otro criterio, como el de los sectores sociales: familia, infancia, envejecimiento, discapacidad. Pero esta fórmula no suele romper el verticalismo dominante. Sin embargo, en algunos casos debería intentarse: parece que el Ayuntamiento de Madrid, tras la experiencia positiva de su servicio ambulante de emergencias sanitarias (SAMUR), ha decidido poner en marcha un SAMUR social; pienso que sería más indicado doblar la responsabilidad del servicio existente. Las entidades privadas no están obligadas a vincular su objeto a funciones especializadas por criterio técnico: sanidad, educación, servicios sociales, etc. De hecho, sobre todo en el sector voluntario, abundan las asociaciones y fundaciones dedicadas a la gestión de los intereses y servicios de cualquier clase que requieren determinados sectores sociales: familia, infancia, juventud, personas mayores, con discapacidad, minorías étnicas, sexuales, etc. Por otra parte, entidades también voluntarias, como Cruz Roja y Cáritas tienen objetivos de amplio espectro que les permiten articular recursos de distintas ramas. Como quedó apuntado, el sector público tiene la posibilidad de salvar sus limitaciones para la transversalidad mediante conciertos y convenios con las entidades privadas aludidas. Llevando la exigencia de la transversalidad al nivel del usuario, que ha de coordinar la gestión y recepción de recursos de varias ramas, aparece la gerencia de caso; prestación instrumental con la que cabría relacionar los «Profesionales de referencia», que regula la Ley vigente de servicios sociales de Madrid, si no fuera porque son privativos de cada nivel organizativo (art. 25).

Segunda parte

# Sujetos y prestaciones