

8. BIENESTAR Y POLITICAS SOCIALES

Uceda-Maza, Francesc Xavier.
Universitat de València. Francesc.uced@uv.es
Martínez-Martínez, Lucía.
Universitat de València. Lucia.martinez-martinez@uv.es
González Sanjuan, M^a Eugenia.
Universitat de València. Eugenia.gonzalez@uv.es
Canet Benavent, Encarna.
Universitat de València. Encarna.canet@uv.es
Caravantes López de Lerma, Gloria María.
Generalitat Valenciana.
Gloria.lerma@hotmail.es

El Estado de Bienestar no es un valor o constructo político-cultural que pueda ser interpretado de la misma manera en todos los territorios y épocas. No es un valor universal, sino universalizable¹ (Aymerich, 2013). Lo que lo convierte en universal para un territorio/país es la legislación que se crea para su instauración y desarrollo. Por ello, existen diferentes concepciones ideológicas y desarrollos legislativos, dependiendo del país (o región) de Europa.

En España, el Estado de Bienestar surge con la Constitución de 1978. Anteriormente, tuvo unos precedentes² que sirvieron de base para la configuración del texto constitucional. Los sistemas de Bienestar declarados como competencia exclusiva del Estado fueron: el sanitario (art.149.1.16 CE); el de garantía de rentas (art.149.1.17 CE) [denominado en el texto constitucional «sistema de la seguridad social» y que recoge pensiones y desempleo]; y el educativo (art. 149.1.30 CE) y como competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas³ fueron: el de vivienda (art. 148.1.4 CE) y el de «asistencia social» (art.148.1.20 CE).

En el presente capítulo nos ocupamos del proceso de implantación de los derechos sociales como derechos fundamentales y de analizar dos de dichos sistemas: el de Servicios Sociales y el de Sanidad. También incidiremos en dos elementos clave de las Políticas Sociales: la de violencia de género y la territorialización de la vulnerabilidad.

En los cinco siguientes epígrafes se ofrece una perspectiva diacrónica y analítica de cada uno de ellos.

1. BALANCE SOBRE EL ESTADO DE BIENESTAR: LOS DERECHOS SOCIALES COMO DERECHOS FUNDAMENTALES

Como ya se ha indicado, el sistema de Servicios Sociales se dejó en manos de cada Comunidad Autónoma, por lo que en realidad existen 17 sistemas de Servicios Sociales diferentes en España (Vila, 2012). Este sistema nace ya con una gran carencia, la inexistencia de una legislación estatal, que le hubiera dado una mayor definición, legitimidad y visibilidad.

¹ Se entiende por universalizable cuando una solución a una problemática particular se exporta a otros contextos culturales y se difunde hasta convertirse en un patrón generalizado de conducta similar (universalizable), pero no igual (universal), ya que la solución está mediada por las propias singularidades de la nueva sociedad que la adopta.

² Los elementos precursores del Estado de Bienestar en España son: la aprobación en 1967 de la Ley de Bases de la Seguridad Social que contenía las prestaciones médicas (salud) y las económicas (pensiones), y la aprobación en 1970 de la Ley General de Educación.

³ A partir de ahora CC.AA

La gran diferencia entre el sistema de Servicios Sociales y el resto de sistemas del Bienestar en España radica en el concepto de derechos sociales, dado que los de educación, sanidad y garantía de rentas, son reclamables ante los tribunales (es decir, son derechos subjetivos). En el sistema de Servicios Sociales esta situación no se ha producido hasta la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia⁴, legislación estatal que trata de las necesidades sociales de las que se ocupa una parte del sistema de Servicios Sociales, y que ayudó a que se modificaran algunas de las legislaciones sectoriales autonómicas, al incluir el derecho subjetivo en ellas.

Los derechos sociales se distinguen tradicionalmente de los derechos civiles, por su carácter prestacional, es decir, el hecho de que el ejercicio del derecho se traduce, necesariamente, en el uso o disfrute, por parte de la persona, de un recurso o servicio (Pisarello, 2011). Es, por tanto, clave su accesibilidad que depende de: a) la declaración, enmarque o forma del derecho; b) los procesos, procedimientos y programas instituidos y los recursos puestos a disposición para hacer efectivos los derechos sociales; y c) la situación de [incluidas las capacidades y recursos disponibles para] las y los potenciales reclamantes de los derechos (Fantova, 2008).

En la Constitución Española solo los derechos civiles son derechos fundamentales y el único derecho social reconocido como fundamental es el derecho a la educación (art.27. CE), pero solo se compromete a que sea pública y gratuita la enseñanza básica (art.27.4 CE). El resto de derechos sociales quedan relegados a la categoría de «derechos programáticos», que solo podrán ser derechos subjetivos si así lo indican las legislaciones sectoriales, y donde se establecerán las prestaciones del sistema que son reconocidas como tal derecho subjetivo o solo como prestaciones discrecionales.

En los últimos años, durante la Gran Recesión, el Estado de Bienestar en España ha sido recortado sustancialmente. Ello ha sido posible porque todas las necesidades de las que se ocupa, o bien no son derechos (vivienda y servicios sociales) o bien son derechos subjetivos fácilmente eliminables con un cambio de legislación en el sistema (sanidad, garantía de rentas, educación), al no ser declarados como fundamentales.

En relación con esta situación de escasa concreción en derechos reales de las mejoras sociales obtenidas durante los últimos 40 años, Valiño afirma que “existe un amplio consenso en torno a la idea de que los derechos sociales son derechos proclamados, a veces incluso de manera generosa, en los textos jurídicos, pero poco realizados o garantizados en la práctica” (2009: 13). Esta jurista señala que, sobre la situación de desprotección jurídica de los derechos sociales en España tenían conciencia los tres poderes que rigen el estado democrático (legislativo, ejecutivo y judicial) y, a pesar de ello, poco se ha avanzado en su fijación como derechos fundamentales desde la aprobación de la Constitución de 1978.

La creciente conciencia de esta realidad, puesto que se vivía en una ficción programada, ha provocado en los últimos años múltiples movimientos de protesta conocidos como de *Indignados*⁵. Así mismo las «mareas»⁶ surgieron para defender los distintos sistemas públicos del Bienestar español, en el contexto de las políticas de recortes.

⁴ En adelante, Ley de Dependencia.

⁵ El movimiento español de los Indignados (15-M) se inició el 15/5/2011, como gran protesta pacífica con la intención de promover una democracia más participativa alejada del bipartidismo PSOE-PP y del dominio de bancos y corporaciones, así como una «auténtica división de poderes» y otras medidas con la intención de mejorar el sistema democrático.

2. LOS SERVICIOS SOCIALES COMO SISTEMA DE BIENESTAR

Los Servicios Sociales presentan unas características evolutivas similares para el conjunto de las 17 comunidades autónomas. A partir de la inclusión del derecho subjetivo, se produce una mayor diferenciación entre los sistemas.

En este apartado se procede a realizar un análisis del desarrollo general del sistema, con una concreción para la Comunitat Valenciana, y con especial referencia al papel que los Ayuntamientos han tenido en el despliegue del mismo, pues los Servicios Sociales pivotan sobre la proximidad al ciudadano y a su entorno para conseguir resultados óptimos, y el municipio es la base natural de ese entorno de convivencia y de relaciones interpersonales.

2.1. El pasado del sistema de Servicios Sociales: sistema sin derechos sociales (1978-2006)

El pasado de los Servicios Sociales muestra la complejidad del sistema, pues para entenderlos en toda su amplitud y diversidad se tendría que analizar los tres estratos históricos más recientes de la acción social en nuestro país: la Beneficencia, la Asistencia Social y los Servicios Sociales de la Seguridad Social (Aguilar, 2010).

No es pertinente realizar aquí una revisión histórica para el conjunto de España, sino hablar, en general, de su pasado (objeto del sistema y organización funcional y territorial del mismo) que, a pesar del transcurso de los años y de la variabilidad de legislación autonómica, ha permanecido más o menos inalterable.

El objeto del sistema es múltiple, y nunca se ha definido de forma inequívoca. Fantova, en una revisión de literatura sobre esta materia, comenta: “se echa de menos una definición clara y compartida sobre su finalidad, sobre el bien que protegen y promueven, sobre su objeto, sobre las necesidades de las personas a las que pretenden dar respuesta” (2014: 108). Este problema es uno de los que ha generado desafección de la ciudadanía hacia el sistema, ya que realmente no se sabe para qué sirve (Uceda-Maza y Martínez-Martínez, 2015).

Tradicionalmente, se ha dicho que los servicios sociales son servicios tendentes a «lograr el bienestar social y la calidad de vida de la ciudadanía», o como «servicios prestados a colectivos poblacionales específicos: mujer, mayores, diversidad funcional, infancia, familia, salud mental, migrantes, minorías étnicas, drogodependientes, personas sin hogar, pobreza económica, etc.»⁷.

La organización funcional se ha distribuido en: a) *Servicios Sociales Generales* (de base, de atención primaria) que, como dicen todas las leyes de primera y segunda generación⁸, “sus funciones son de carácter inespecífico” pero que se encargan de las necesidades de información, orientación, tramitación y asesoramiento del sistema, y de apoyar a la ciudadanía para que permanezca residiendo en su entorno habitual en una

⁶ Movimientos de protesta ciudadana que realizan manifestaciones pacíficas en defensa de los diversos sistemas públicos del Bienestar, asumiendo cada uno de ellos un color: servicios sociales (naranja), sanidad (blanco), educación (verde),...

⁷ Estas definiciones son excesivamente ambiguas y amplias pues todos los sistemas buscan las mismas finalidades, y el resto de sistemas también atienden necesidades de estos colectivos poblacionales.

⁸ Vilà (2012), clasifica las leyes de servicios sociales en tres generaciones: la primera, de creación del sistema (1982-1992); la segunda que no aporta nada nuevo excepto la apertura del sistema a la privatización de los servicios (1993-2005); y la tercera, que establecen derechos subjetivos y catálogos de prestaciones (2006-).

atención de proximidad; y b) *Servicios Sociales Especializados*, que se definen como servicios con prestaciones de alta especialización técnica dirigidos a los colectivos vulnerables: mayores, menores, diversidad funcional, mujer, migrantes, etcétera.

La organización territorial del sistema le otorga mayor complejidad, pues es una organización multinivel (Estado/CC.AA./Diputaciones/Corporaciones Locales) donde todos tienen capacidad de legislar, planificar y gestionar, y a ellos se suma la intervención de las organizaciones privadas (tercer sector y mercantil) que pueden gestionar prestaciones sostenidas con fondos públicos (Martínez-Martínez y Uceda-Maza, 2017).

A pesar de las 17 legislaciones distintas, la diversidad conceptual y organizativa del sistema no es muy elevada; la diferencia entre territorios radica en la diversidad prestacional (cobertura e intensidad de servicios), pues ante la falta de derechos en el sistema, cada gobierno (autonómico o incluso local) puede establecer qué prestaciones habilita para atender las necesidades de su ciudadanía, dependiendo de su cosmovisión sobre qué es una necesidad social y de los medios que invierte para cubrirla.

En el conjunto del país, se producen dos momentos claramente diferenciados de creación y expansión de los Sistemas de Servicios Sociales Autonómicos.

Desde 1978 se crea un nuevo sistema inexistente anteriormente en cada una de las CC.AA. Este nuevo sistema está bajo tutela y responsabilidad pública, con criterios de prevención y con metodologías de intervención comunitarias, participativas, y centradas en el sujeto como ser holístico y ente relacional con capacidades personales para superar las problemáticas; las variaciones autonómicas son mínimas. Los sistemas se crean desde la discrecionalidad, que era el fundamento de la Asistencia Social, no desde la proclamación de derechos sociales.

A partir de 1995 se produce un estancamiento, e incluso retroceso, en algunos sistemas autonómicos, por pérdida de importancia para la agenda política imperante. La ideología política y social de ese momento aboca a un proceso de privatización de las prestaciones y a un cambio en las metodologías de implementación, basándose en la intervención individual de mayor especialización por colectivos poblacionales, donde se abandona la atención integral y el trabajo comunitario. El individuo se parcializa y encasilla por prestaciones. Se abandona el trabajo sobre las causas de las necesidades, y solo se consideran las consecuencias. Lo importante ya no es la persona y sus capacidades, sino la institución y sus posibles respuestas. La discrecionalidad continúa como base del sistema, por lo que se sigue considerando como un sistema residual del Estado del Bienestar.

Sobre este pasado de pre-derechos sociales del sistema de Servicios Sociales, en la Comunitat Valenciana, Uceda-Maza y Martínez-Martínez (2015), señalan la existencia de dos etapas claramente diferenciadas hasta la aprobación de la Ley de Dependencia:

- I. *Inicio y desarrollo del sistema (1982-1995)*: que crea una abundante legislación y medios necesarios (planificación y dotación) para la implantación y expansión del sistema, sobre todo en lo correspondiente a los servicios sociales generales que se extienden durante esos años por todo el territorio. La aprobación del Plan Conjunto de Actuación en Barrios de Acción Preferente (Decreto 157/1988) y del Plan de Integración Social de la Comunitat Valenciana (Decreto 132/1990) serán tomadas como referentes en otros territorios. Se modernizan los servicios sociales especializados heredados de la beneficencia y se crean otros nuevos desde lo público y en colaboración con grupos de afectados (tercer sector).

- II. *Fragmentación, dispersión y desmovilización (1995-2006)*: se abandonan las leyes y actuaciones integrales precedentes y se va creando un abundante entramado legislativo específico, que fragmenta y dispersa las actuaciones y prestaciones, favoreciendo la privatización del sistema y diluyendo la responsabilidad pública. La política neoliberal del nuevo gobierno socava las bases (ideológicas y financieras) del incipiente sistema del Bienestar y lo devuelve a la asistencia social selectiva dedicada a la pobreza y «marginalidad». En esta etapa, el clientelismo que práctica la Generalitat provoca una desmovilización de todos los actores implicados en el sistema.

En el plano estatal, en 1987 se aprueba el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales⁹, para impulsar el despegue del sistema en el conjunto del país. En el PCPB se acuerda una organización básica común del sistema y financiación para su mantenimiento, que aportarían a partes iguales (33%) las tres Administraciones Públicas. En este marco de actuación los municipios pueden participar de forma activa.

La Generalitat Valenciana aplica este plan y asume sus funciones aprobando la Ley 5/89 de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana que le permite estructurarlos y organizarlos, pero esta incipiente planificación es abandonada en 1995 con el cambio de gobierno en la Generalitat Valenciana. Con el paso de los años, y ante la inacción del gobierno autonómico, los ayuntamientos asumen esta responsabilidad de planificación y mantenimiento del sistema para sus territorios, tanto en el nivel de servicios sociales generales como especializados, pero sin recibir los recursos adecuados para atender las necesidades de la ciudadanía.

Estas responsabilidades pueden ser desarrolladas a nivel local, pues lo permiten tanto la Ley 7/85 de Bases de Régimen Local como la Ley 5/97 de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana, aunque la única obligación legal de los ayuntamientos es la de “ser titular de los servicios sociales generales” (art.6.1.b, Ley 5/97), y solo en los municipios de más de 20.000 habitantes (art.25.1.k Ley 7/85). En consecuencia, se debilita la cohesión social y territorial.

2.2. El presente del Sistema de Servicios Sociales: Sistema con Derechos Sociales (2006-2017)

A finales de 2006 se produce un hito histórico con la aprobación de la conocida como Ley de Dependencia, que por primera vez reconoce a una parte de la población (las personas mayores y con diversidad funcional) el derecho subjetivo a prestaciones sociales.

Esta nueva ley se instaura ante la necesidad de atención que presenta el proceso de envejecimiento de la población y el gran número de personas con diversidad funcional que no recibe servicios adecuados. La inexistencia de un sistema estatal que se encargue de ello, la realidad territorial de la existencia de 17 sistemas diferentes de Servicios Sociales con prestaciones diferentes, la realidad jurídica de que ninguno de ellos tenga reconocidos derechos subjetivos, y las presiones de Europa para cumplir los Tratados, Acuerdos y Cartas¹⁰ firmadas por España, hace que el gobierno legisle sobre el tema.

⁹ A partir de ahora PCPB. En un intento de paliar el déficit normativo estatal, y unificar unos servicios mínimos en todo el Estado se pone en marcha este convenio de colaboración voluntaria entre las tres administraciones públicas (nacional/autonómica/local) para financiar esos mínimos del sistema.

¹⁰ Son innumerables, desde la Carta Social Europea al Tratado de Lisboa

La Ley de Dependencia abre la vía hacia la protección jurisdiccional del derecho a los servicios sociales y, tras ella, se inicia un proceso de aprobación de leyes autonómicas, llamadas *leyes de tercera generación* (Vilà, 2012), que permanece abierto, dado que solo 12 comunidades autónomas las han aprobado, quedando pendientes: Asturias, Madrid, Murcia, Canarias y la Comunitat Valenciana.

Estas nuevas leyes de tercera generación presentan importantes mejoras en la definición del objeto del sistema y sobre su organización funcional y territorial.

El objeto del sistema se concreta en: a) atender las situaciones de dependencia y prevenirlas; b) atender y prevenir la desprotección; c) atender y prevenir la exclusión; d) atender y prevenir situaciones de emergencia en individuos y familias.

La organización funcional tradicional de servicios sociales generales y especializados se mantiene, aunque en algunas CC.AA. adquiere un nuevo nivel intermedio entre ambos - el nivel específico- al que se le asignan funciones de alta especialización a desarrollar en el entorno de convivencia de la persona usuaria, por lo que se conceptualiza como de atención primaria «específica». La complejidad de las necesidades crece en la sociedad y es necesario atenderlas.

La Comunitat Valenciana elude estos nuevos problemas y, ante su inacción, algunos ayuntamientos, pese a las dificultades financieras, adoptan la iniciativa y abordan la creación de nuevas prestaciones.

La organización territorial del sistema se organiza en las nuevas leyes, pues anteriormente presentaba problemas¹¹. El territorio se divide por criterios poblacionales en; Zonas Básicas¹² y Áreas¹³, que se establecen por reglamento. La descohesión social disminuye al permitir el acceso a las prestaciones de manera más equilibrada por todo el territorio.

Las nuevas leyes instauran el derecho subjetivo en el sistema, por lo que en las CCAA donde no se aprueban se está incumpliendo de plano el mandato constitucional de «igualdad formal» (art.14 CE) y el de «igualdad promocional» (art.9.2 CE) de toda la ciudadanía española.

Pero incluso entre las CCAA que las aprueban se dan grandes diferencias, pues la cobertura del derecho subjetivo es diferente en cada una de ellas. Por ejemplo, el País Vasco incluye como prestaciones garantizadas todos los elementos de su cartera de servicios, y por el contrario Galicia no incluye como prestación garantizada casi ningún elemento de su cartera.

La Comunitat Valenciana se mantiene con una legislación antigua, donde el derecho subjetivo no existe, por ello la crisis económica tiene como consecuencia un retroceso en el sistema, pues hace que múltiples ayuntamientos no puedan sostener los servicios creados y financiados por ellos mismos, y que la Generalitat Valenciana recorte o elimine la financiación de aquellos a los que ayudaba para su sostenimiento.

¹¹ No estaban claros los criterios de despliegue de los distintos niveles funcionales en los territorios, ni la responsabilidad de las diversas administraciones públicas en cada uno de ellos.

¹² Las Zonas Básicas de Servicios Sociales están conformadas por agrupaciones territoriales que contengan alrededor de 20.000 habitantes, aunque se estipula elementos correctores en algunas de ellas; ruralidad, concentración urbana y dispersión de los núcleos poblacionales. Prestarán los servicios sociales generales de atención comunitaria y específica.

¹³ Las Áreas de Servicios Sociales se establecen para poblaciones entre 60.000 y 100.000 habitantes. En ellas se ubicarán los servicios sociales especializados. Estas Áreas están conformadas por la unión de varias Zonas Básicas.

La disconformidad de la ciudadana valenciana con la evolución de los servicios sociales es manifestada, principalmente en los primeros años, por los profesionales y la sociedad civil representativa, que crea la *Plataforma por la mejora y defensa del sistema público de Servicios Sociales* (1996). La ciudadanía en general y las personas usuarias reivindican poco, no es un sistema conocido por el conjunto de la población, ni tiene derechos exigibles.

El gran movimiento social de reivindicación en la Comunitat Valenciana se crea tras la aprobación de la Ley de Dependencia. Al no cumplirse el derecho subjetivo que se proclama en ella se crea desde el ámbito de las personas afectadas la *Plataforma en Defensa de la Ley de Dependencia* (2007). El cumplimiento de esta ley también es reivindicado por el mundo profesional, y desde el Colegio Oficial de Trabajo Social de València se crea el grupo reivindicativo *Fins aci*¹⁴ (2007), que aglutina los diversos grupos de protestas sectoriales profesionales que han ido surgiendo en el sistema durante años como fruto de su fragmentación y dispersión interesada por parte de la Generalitat Valenciana.

Pero la realidad de un movimiento ciudadano general de protesta es inexistente; las características de las personas usuarias del sistema, la elevada dispersión funcional y territorial y la inexistencia de derechos sociales reales, hace que no sea un sistema conocido ni apreciado como necesario para el bienestar colectivo.

Como hecho significativo de la precariedad del sistema en la Comunitat Valenciana se debe mencionar la realización de varios informes especiales¹⁵ por el Síndic de Greuges, que presenta la gravedad de la situación ante la Generalitat, advirtiéndole en todos ellos del incumplimiento de sus deberes como administración responsable del sistema.

En este segundo periodo histórico del sistema, en la Comunitat Valenciana se pueden diferenciar dos etapas:

- I. *Etapas de los derechos sociales no aplicados (2006-2015)*: definida por la existencia de dos leyes de derecho subjetivo, una estatal (Ley de Dependencia) y una autonómica (Ley 9/2007 de Renta Garantizada de Ciudadanía de la Comunitat Valenciana). En ambas leyes no se aplicó el derecho subjetivo por falta de voluntad política¹⁶. El sistema sigue anclado en la etapa anterior de fragmentación, dispersión y desmovilización (Uceda-Maza y Martínez-Martínez, 2015).
- II. *Etapas de reconstrucción del sistema (2015-)*: iniciada con el cambio de gobierno que se produjo tras las elecciones autonómicas del 2015. El sistema ha pasado a formar parte de la agenda política. Profesionales del sistema han pasado a ser políticos/as del mismo, tanto en la esfera autonómica como en la local. Se está trabajando en un cambio legislativo de profundidad para el sistema, abriéndose procesos participativos para los diversos actores del sistema.

Durante este segundo periodo evolutivo los Ayuntamientos valencianos han seguido responsabilizándose del sistema de Servicios Sociales. Este hecho se puede constatar en

¹⁴ «Hasta aquí»

¹⁵ Resaltar entre ellos los dos informes referidos a la situación de los servicios sociales generales (2013 y 2017), y otros dedicados a situaciones concretas: menores en protección, salud mental, violencia de género, etc.

¹⁶ La aplicación de la Ley de Dependencia fue minada desde la Generalitat desde su primer momento. La Renta Garantizada de Ciudadanía dice en su articulado que se basa en el derecho subjetivo, pero en las disposiciones adicionales se establece que la financiación para cumplir ese derecho no está asegurada.

la financiación del sistema según los datos de la Memoria del PCPB. Según ellos en el año 2013 los ayuntamientos valencianos financian el 76% de las prestaciones frente al 21% de la CCAA, y el 3% del Ministerio. Ya en 2007 la distribución de la financiación era similar: Ayuntamientos (66%), CCAA (20'5%) y Ministerio (14%). La disminución de financiación que el Ministerio ha realizado desde entonces ha sido asumida por los Ayuntamientos, cuando el gobierno autonómico debería haber colaborado en ello.

Esta asunción de creación y mantenimiento del sistema por parte de los municipios ha sido dispar. En muchos municipios se ha optado por mantener las prestaciones del PCPB al mínimo de sus posibilidades de desarrollo, pues saben que no van a recibir más financiación autonómica, aunque las amplíen. En otros municipios se desarrollan estas prestaciones del PCPB al máximo, y se incluyen otras de nuevo corte para atender las emergentes necesidades de la ciudadanía, pero creándolos bajo su propia responsabilidad planificadora y financiera.

La configuración del sistema de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana desde la responsabilidad casi exclusiva municipal, unida a los resultados de la privatización del sistema que solo busca benéficos económicos y no sostenibilidad social en los territorios, hace que se puedan encontrar grandes zonas, principalmente en el interior y de alta ruralidad, que no disponen de servicios sociales específicos y especializados, generando ello una situación de desigualdad territorial en el acceso a los servicios del sistema de imposible justificación política, económica o técnica.

Los datos para analizar la evolución del pasado al presente de los Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana son escasos, tanto para los servicios sociales generales¹⁷ como para los especializados¹⁸.

Para analizar los servicios sociales generales, se presenta en la siguiente tabla una selección de diversos conceptos fundamentales para la implementación del sistema.

¹⁷ Sobre los Servicios Sociales Generales solo son de acceso público los datos que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tiene en su página web (memorias del PCPB) para el periodo 2007-2015. Se han usado otros de fuentes secundarias para años anteriores.

¹⁸ El acceso a estos datos presenta aún mayor dificultad que los anteriores, pues la Generalitat Valenciana no tiene un sistema estadístico para la recogida de los mismos que sea accesible y abierto. Existen 113 bases de datos diferentes en la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. El Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad solo recoge datos del colectivo de mayores desde 2009, además con conceptos diferentes a los utilizados en la comparativa que se presenta en la tabla II.

Tabla I. Evolución de diversos ítems de los Servicios Sociales Generales en la Comunitat Valenciana (1983-2015)

Año	UTS (Unidad de Trabajo Social)	Población/ UTS	Inversión por habitante (€)	Nº trabajadoras/es totales del PCPB	Usuarios	Expedientes familiares
1983*	6	16.667		40		
1991**	165	22.036		494		
2007#	231	19.028	15,7	2.629	818.749	83.489
2008	236	18.898	17,1	2.471	804.234	82.932
2009	232	20.012	17,1	2.450	796.901	116.730
2010	212	22.195	17,6	2.602	805.004	103.208
2011	214	22.154	17	2.231	712.550	111.971
2012	483	9.917	16,6	2.531	839.732	82.313
2013	291	16.329	18,2	2.156	854.546	85.182
2014	237	20.003	18,2	2.079	869.049	94.214
2015	263	17.151	18,7	2.219	839.676	84.148
*Fuente: Andrés y Uceda (2007:26). Solo corresponden a la provincia de Valencia						
**Fuente: Mapificación Servicios Sociales Comunitat Valenciana 1991						
#Fuente: Memorias del PCPB desde 2007 a 2015						

Fuente: elaboración propia

Los datos de la tabla indican una evolución lógica de crecimiento del sistema desde el año 2007 y hasta el 2011, año en que comienza a observarse la crisis económica y el recorte que significa para los servicios sociales generales de la Comunitat Valenciana, pues se rebaja la inversión por habitante y el número de profesionales. En 2012 se vuelve a rebajar la inversión por habitante, y sobre todo, tiene una gran caída el número de expedientes familiares, pues ante la falta de financiación se recortan las prestaciones y solo se tramitan aquellas demandas para las que hay fondos, no todas las que recibe el sistema.

Pero la mayor información que nos aporta esta tabla sobre la Comunitat Valenciana es comparando dos de sus conceptos (Población/UTS e inversión por habitante) con la media estatal. Los datos estatales son para 2007 (10.172 habitantes/UTS y 24€/habitante), estos datos van ascendiendo hasta su pico más alto en 2011 (8.945 habitantes/UTS y 35€). A partir de 2012 van en descenso, siendo para 2015 de (10.844 y 36€, respectivamente). Los datos para la Comunidad Valenciana se hayan muy por debajo de esta media estatal.

Se ha mencionado anteriormente la gran dificultad de acceso a datos sobre los servicios sociales especializados. No se ha podido acceder a fuentes primarias, y solo se dispone de dos documentos publicados para realizar una comparativa diacrónica; *Mapificación de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana (1991)* y *Los Servicios Sociales en la provincia de Valencia (2014)*¹⁹.

¹⁹ En la bibliografía constan como autores la Generalitat Valenciana para el primero, y Martínez y Uceda (coords) para el segundo. Sobre datos de la etapa «presente» del sistema, no se ha encontrado información similar para las provincias de Alicante y Castellón, en cualquier año de esa etapa.

Tabla II. Tipología de recursos especializados (nº de centros y de plazas) de la Comunitat Valenciana (1991) y de la provincia de Valencia (2014).

		1991 (Pasado)								2014 (Presente)	
		COMUNITAT VALENCIANA		Provincia Castellón		Provincia Alicante		Provincia Valencia		Provincia Valencia	
SECTOR POBLACIONAL	TIPOLOGIA DE RECURSOS	Nº centros	Nº plazas	Nº centros	Nº plazas	Nº centros	Nº plazas	Nº centros	Nº plazas	Nº centros	Nº plazas
EXCLUSIÓN SOCIAL	Albergues	9	297	4	56	3	56	2	185	4	186
	Comedores sociales	10	1.220	1	35	2	110	7	1075	5	983
MUJER	Mujer Casa Acogida	9	146	1	20	3	53	5	73	16	106
MAYORES	Residencia	203	10.445	14	1201	58	3.064	131	6.180	210	16.186
	Centro de Día	32	0	4	0	12	0	16	0	111	3.506
DIVERSIDAD FUNCIONAL	Residencia	24	752	6	106	6	241	12	405	25	929
	Vivienda tutelada	1	6	0	0	0	0	1	6	44	247
	Centro de Día	18	599	2	241	11	257	5	101	25	792
	Centro Ocupacional	55	2225	9	289	12	496	34	1440	55	2.952
	Centro Atenc. Temprana	12	347	1	20	7	187	4	140	19	910
MENORES	Centro Recepción	3	69	1	20	1	25	1	24	6	76
	Centro acogida residencial	50	1.499	8	145	14	503	28	851	38	456
	Vivienda Tutelada	31	208	2	28	2	7	27	173	0	0
	Centro de Día	22	2.668	1	50	4	428	17	2.190	40	815
	Centro Reeducción	3	111	1	36	1	30	1	45	4	236
TOXICOMANIAS	Comunidad Terapéutica	17	456	5	103	4	90	8	263	0	0
	Centro de Día	14	463	0	0	6	110	8	353	0	0
SALUD MENTAL	CEEM (residencia)	0	0	0	0	0	0	0	0	19	984
	Vivienda tutelada	0	0	0	0	0	0	0	0	15	94
	Centro de Día	0	0	0	0	0	0	0	0	7	135
	Centro Rehabilitación e Inserción social (CRIS)	0	0	0	0	0	0	0	0	6	415

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que en un periodo de 23 años (1991-2014) poco se han incrementado los recursos para algunos sectores poblacionales como el de exclusión social y mujer.

En cambio, los recursos de mayores y diversidad funcional han aumentado considerablemente. Se podría decir que casi se han triplicado los de mayores y diversidad funcional, indicando los datos de titularidad de los nuevos recursos que el aumento se debe, principalmente, a la creación de recursos privados, pero financiados con fondos públicos.

Lo mismo sucede con los recursos sociales para salud mental, no presentes en la mapificación de 1991 pues el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica estaba comenzando y no se habían creado aún recursos específicos para el colectivo. Aparecen en los datos de 2014 con gran cantidad de plazas (que se han creado a lo largo de estos 23 años), casi todas ellas de titularidad privada pero sostenidas con fondos públicos.

Los recursos destinados a drogodependencias pasaron en 2009 a formar parte de la cartera de recursos de la Conselleria de Sanidad, por lo que la investigación de 2014, referida exclusivamente a recursos del sistema de servicios sociales, ya no los recoge.

Los recursos destinados a menores tienen una gran variación de plazas de 1991 a 2014 por los cambios conceptuales que ha tenido el sistema para su atención. Las plazas en centros de acogida residencial han disminuido considerablemente dado que se ha potenciado el acogimiento familiar, cuyos datos no se han podido obtener. También ha desaparecido el concepto de vivienda tutelada, pues, aunque siguen existiendo pequeñas unidades de acogida (pisos), hoy en día todas son calificadas como centros de acogida. El concepto de centro de día ha variado desde 1991 cuando se incluían en él plazas de programas lúdico-preventivos de carácter universal (granjas-escuela, actividades municipales diversas, etc.), hoy en día tienen una concepción más restrictiva sobre cuáles son sus fines y población por atender.

2.3. Perspectiva de futuro para el Sistema Valenciano de Servicios Sociales

Para el conjunto de sistemas de Bienestar, situar los derechos sociales en la línea de ser considerados derechos fundamentales y garantizados, pasa por recuperar la política y la cuestión de sus fines. Como indica Pedrol, “debemos resituar lo económico en el lugar que le corresponde, una esfera más en la que se desarrolla la vida, y no la única. Para ello, es necesario abandonar las obsesiones mercantilistas, el culto a la competitividad y la defensa acrítica del crecimiento económico” (2009: 48).

El futuro del sistema de Servicios Sociales para el conjunto de España pasaría por crear una norma o ley marco que definiera los mismos derechos subjetivos, metodologías de intervención y prestaciones idénticas para todo el territorio nacional. Sin esta actuación, la descohesión social y territorial estará siempre presente.

La construcción de un nuevo modelo de Servicios Sociales valenciano toma como referencia la Carta Social Europea, siendo su elemento esencial el fortalecimiento del espacio local, ya que es donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas y se manifiestan las contradicciones de las desigualdades actuales. Para el nuevo modelo la inversión en políticas de desarrollo humano y social no son un gasto sino una inversión social. Sin duda, transformar el Sistema Público de Servicios Sociales es el mayor reto, incorporando nuevas lógicas, reconociendo los derechos de las personas, alejándose de los sistemas de beneficencia y asistencia social que han caracterizado a la Comunitat Valenciana.

En esta legislatura, la del *Pacto del Botánico*, existe la conciencia de avanzar en políticas de igualdad, de derechos sociales universales y de sociedad inclusiva desde una concepción moderna, adaptando las políticas sociales a las personas, generando un marco estable y planificado, solidario y de derecho subjetivo, siendo eficaces y eficientes.

En este sentido, la Generalitat ha anunciado el Código Social Valenciano que desarrollará las siguientes Leyes: a) La Carta Valenciana de los Derechos Sociales: la actual del año 2012 fue muy criticada por los profesionales y movimientos sociales; b) Ley de Servicios Sociales Inclusivos: que dotará de un marco para desarrollar los servicios sociales valencianos y garantizará los derechos sociales de las personas; c) Ley de Renta Valenciana de Inclusión: que avanza en la garantía de rentas, en el doble derecho; es decir, el derecho a la prestación y derecho a la inclusión social, d) Ley de infancia y adolescencia: que configurará un nuevo marco de derechos y de protección de la infancia de los más avanzados, donde la infancia tendrá la palabra; e) Ley de Juventud: que apuesta por la participación y la inclusión de los y las jóvenes, y crea la Red Joven como instrumento para impulsar las políticas locales y el trabajo de las entidades juveniles; f) Ley integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género: que garantiza el derecho al reconocimiento de la identidad de género libremente expresada, regulando medidas educativas y sanitarias que mejorarán la vida de las personas; g) Ley integral para la igualdad efectiva de personas LGTBI y contra la discriminación por razón de orientación sexual o identidad de género: que fijará las políticas públicas para erradicar cualquier forma de discriminación hacia el colectivo de las personas LGTBI.

También se ha anunciado el desarrollo de otros documentos de referencia, como por ejemplo el Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social o el Plan Valenciano de Envejecimiento Activo. Se están implementado nuevas estrategias de intervención, como la estrategia valenciana para la igualdad y la inclusión del Pueblo Gitano, o la de igualdad de Trato, la no de Discriminación y Prevención de los Delitos de odio, el nuevo modelo residencial de infancia, etc.

La transformación de los Servicios Sociales Valencianos se está produciendo desde la apuesta por los derechos sociales, la participación social, la vertebración del territorio, la clarificación de responsabilidades, y el desarrollo de un enfoque comunitario en la concepción de los servicios y programas.

3. SALUD Y SANIDAD

El análisis de las fuentes de datos gestionadas por organismos oficiales revela que la salud y la sanidad han experimentado cambios muy sustanciales durante las tres últimas décadas en la sociedad valenciana. El presente apartado pretende dar cuenta de dichas transformaciones y apuntar posibles tendencias de futuro, a partir de la evolución de un conjunto de indicadores sociosanitarios que informan del estado de salud de la población, de los factores de riesgo para la salud, de los recursos sanitarios y de la valoración ciudadana de la sanidad. Evidentemente, la radiografía que se expone es incompleta puesto que no examina la ingente información estadística que brindan las fuentes secundarias, sino que fija la mirada en los indicadores más básicos y generalistas.

3.1.- Estado de salud de la población

La esperanza de vida es una medida extensamente utilizada para determinar las condiciones de salud de una población. Como es bien sabido, su crecimiento ha sido ininterrumpido desde principios del siglo XX en los países desarrollados y, año tras año, se alcanzan máximos históricos. Esta tendencia se observa claramente a partir de los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística²⁰ para la población valenciana que, de una expectativa de vida de 75 años en 1980, aumenta a los 83 en 2016, lo que representa un incremento de 8 años entre ambas fechas.

Los datos del INE también desvelan que las diferencias en la esperanza de vida entre las mujeres y los hombres han sido y siguen siendo notorias. No obstante, aunque sistemáticamente las mujeres presentan una duración media superior, se advierte una merma de la diferencia intersexo en los últimos años, presumiblemente asociada a los cambios en los roles de género que comportan que los estilos de vida y hábitos nocivos, como el tabaquismo o el consumo regular de alcohol, se asemejen más entre las mujeres y los hombres.

Ahora bien, cabe preguntarse si la mejora continua de la esperanza de vida se corresponde realmente con un incremento del nivel de salud de la población, por lo cual la esperanza de vida en buena salud se va imponiendo como una opción razonable para complementar el indicador convencional. De las cifras publicadas se infiere que la esperanza de vida saludable de la población valenciana dista notablemente de la esperanza de vida, pero también se constata que este nuevo parámetro ha registrado un crecimiento más acelerado. Si en 1991 arroja un valor de 55 años, en 2014 alcanza los 67 años, lo que supone que en este intervalo de tiempo se han ganado 12 años en buena salud²¹.

Otro indicador útil para medir la salud lo constituye la autopercepción del estado de salud personal que se recoge a través de las encuestas. Durante los veinte años que cubren las encuestas de salud realizadas en la Comunitat Valenciana (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública²²) se detecta un progresivo incremento de la valoración positiva de la salud (buena o muy buena), de manera que, si en 1990 la cifra es del 71%, en el año 2000 asciende al 75%, se mantiene constante cinco años más tarde y vuelve a aumentar en 2010 para situarse en el 76%.

Las encuestas también permiten examinar las desigualdades de género y de clase social. Respecto a las primeras, revelan que el estado de salud de las mujeres es peor que el de los varones, desventaja que una amplia bibliografía atribuye a los roles de género y a la construcción sociocultural de las identidades femenina y masculina²³. También ponen de manifiesto que la diferencia intersexo en 2010 es muy superior a la de veinte años atrás, por lo que habría que indagar qué factores específicos han provocado ese aumento de la desigualdad por sexo y averiguar si recientemente se ha producido un cambio de signo asociado a la crisis económica, dado que la salud mental de los varones parece verse más dañada con la crisis (Gili *et al.*, 2016). Respecto a las desigualdades de clase social, se corrobora el hecho, tantas veces demostrado, de que a medida que se

²⁰ A partir de ahora INE.

²¹ El dato correspondiente a 1991 se ha extraído de Regidor y Gutiérrez-Fisac (2005), mientras que el referido a 2014 es el que proporciona el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud.

²² Las cuatro encuestas realizadas hasta la fecha corresponden a 1990-91, 2000-01, 2005 y 2010.

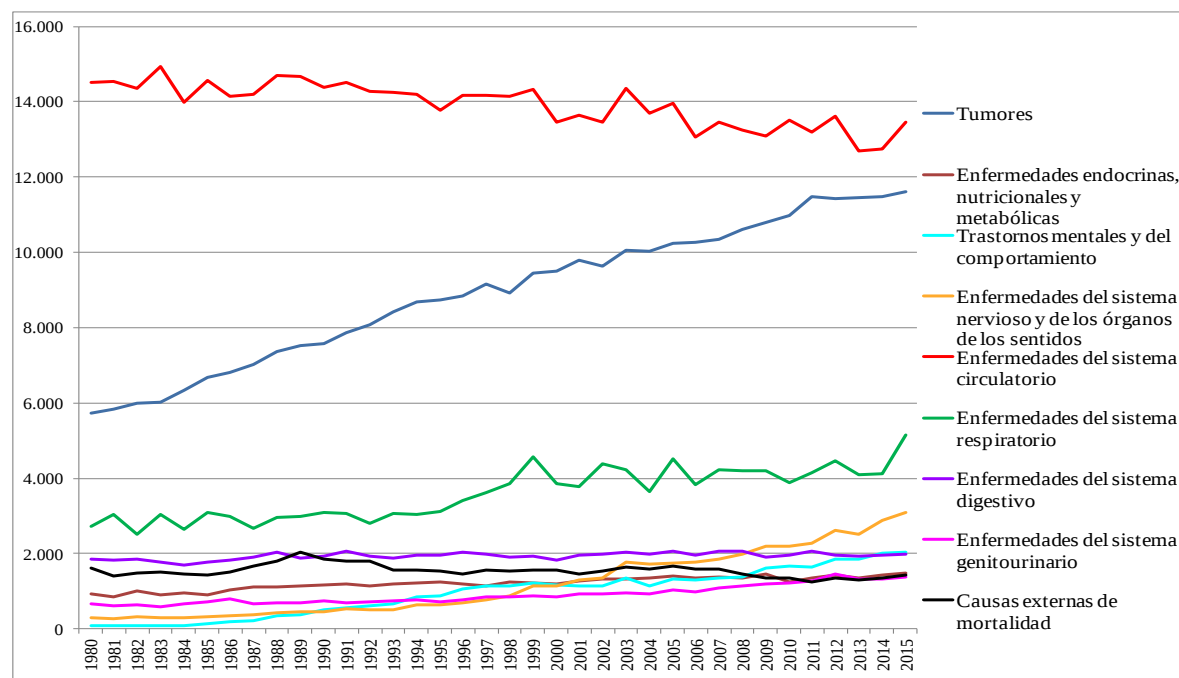
²³ Entre otras publicaciones: Verbrugge, 1985; Courtenay, 2000; Caro Gabalda, 2001; Martínez Benlloch, 2003.

desciende en la escala de estratificación social la autopercepción de la salud se deteriora (Townsend y Davidson, 1982; Smith *et al.*, 1990; Regidor *et al.*, 1994; Marmot, 2005). No se atisba, sin embargo, una tendencia favorable en este sentido, mientras que de 1990 a 2005 decrece la diferencia porcentual entre la clase más alta y la más baja en cuanto a la valoración positiva de su salud, las cifras de 2010 expresan que la diferencia se incrementa de nuevo y alcanza los 23 puntos porcentuales, declarando buena salud el 91% de la clase más alta frente al 68% de la más baja. La ruptura de tendencia podría evidenciar el efecto de la crisis económica sobre los indicadores de salud, tal y como han señalado estudios previos (Borrell *et al.*, 2014).

Los indicadores que informan de la mortalidad pueden mostrarse menos capaces de reflejar con inmediatez los cambios en los determinantes de salud, en particular cuando presentan valores bajos o se ven afectados por procesos demográficos, como sucede en la sociedad valenciana. A partir de las cifras que proporciona el INE, se aprecia que la tasa bruta de mortalidad experimenta continuos altibajos desde 1980. Para 2016 la tasa es de 9‰, valor evidentemente inferior al que se obtendría de no haber tenido lugar la importante afluencia de personas de otros países con edades jóvenes, que ha desacelerado el proceso de envejecimiento demográfico. Así mismo, es reseñable el descenso espectacular de la mortalidad infantil, que ha decrecido del 10,5‰ de 1980 al 3‰ en 2016²⁴.

La Estadística de defunciones según la causa de muerte que elabora el INE muestra cambios significativos a partir de la década de los ochenta, como se observa en el gráfico 1, en el que se representan los grupos de enfermedades que en 2015 ocasionan más de un millar de fallecimientos.

Gráfico 1. Evolución de las principales causas de muerte. Comunitat Valenciana, 1980-2015. En números absolutos.



Fuente: Estadística de defunciones según causa de muerte. INE. Elaboración propia.

²⁴ Las tasas mortalidad infantil han sido y son casi invariablemente más elevadas en los hombres, lo que conduce a cuestionar cualquier explicación de las diferencias de mortalidad entre sexos basada sólo en variables socioculturales.

Las enfermedades del sistema circulatorio continúan liderando el patrón de mortalidad, aunque su valor ha disminuido en términos absolutos y relativos. Junto a este cambio, es muy destacable que las muertes por tumores han registrado un paulatino y notorio incremento. Igualmente, aunque con importantes fluctuaciones, han aumentado los fallecimientos producidos por enfermedades del sistema respiratorio. Estas tres enfermedades han causado dos tercios de los fallecimientos que han tenido lugar en 2015 (el 67%). Otra causa de muerte cuya evolución llama poderosamente la atención es la referida a enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos²⁵, dado que entre 1980 y 2015 su peso se ha multiplicado por más de diez.

Antes de morir, la inmensa mayoría de las personas pasan días, semanas o meses en centros hospitalarios. En este sentido, la Encuesta de morbilidad hospitalaria indica que desde 1997²⁶ y hasta 2015, los ingresos anuales han aumentado un 16% (437.436 ingresos y 510.074 ingresos, respectivamente), un incremento muy inferior al demográfico puesto que la población ha crecido entre ambas fechas un 23%. Por su parte, las afecciones que ocasionan el ingreso han sufrido ligeras variaciones, mientras que sí han variado de manera más notable la edad media de las personas ingresadas, que se ha elevado de los 47 a los 55 años, y la media de la estancia, que ha decrecido de 7,5 a 5,5 días, y continúa siendo superior en los varones.

3.2.- Factores de riesgo para la salud

Es sobradamente conocido que el consumo de tabaco, de alcohol y otras drogas, el sedentarismo, el sobrepeso o la obesidad son indiscutibles factores de riesgo para la salud. Sin embargo, no es alentador el balance que se deriva de una visión longitudinal de las encuestas de salud de la Comunitat Valenciana. El hábito tabáquico ha disminuido entre la población mayor de 15 años, pero no con la intensidad que cabría esperar tras las persistentes campañas antitabaco, pues del 35% de personas fumadoras habituales de 1990 se ha reducido al 25% en 2010²⁷; además se comprueba que la prevalencia del tabaquismo ha caído significativamente en los varones, pero apenas ha cambiado en las mujeres.

Resulta difícil medir la dependencia al alcohol mediante los parámetros que brindan las encuestas, no sólo porque varía la formulación de las preguntas en las diferentes ediciones, sino también porque a pesar de la alta tolerancia social hacia su consumo, puede darse mayor reparo en reconocer la adicción; en consecuencia, es más útil revisar las cifras de la población abstemia o bebedora ocasional (que las del alcoholismo declarado), constatándose que del 57% de 1990 se ha pasado al 76,5% en 2010. Estas cifras deben completarse con las que ofrece ESTUDES²⁸ (Observatorio español de las drogas y las adicciones, 2014), según el cual y para el mes previo a la realización del trabajo de campo, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los y las adolescentes de 14 y 18 años de la Comunitat Valenciana es del 75%, un 26,5% se ha emborrachado, un 23% ha consumido cannabis, un 8% hipnosedantes, y entre los 13,6 años y los 14,7 se inician en el consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

²⁵ En este grupo de enfermedades ocupa un lugar cada vez más destacado la enfermedad de Alzheimer: de sólo 1 caso en 1989 a 1.989 en 2015, un incremento vertiginoso que está asociado al aumento de personas de edades avanzadas, pero también a los sistemas de registro.

²⁶ Año en que se inaugura la publicación electrónica de la información.

²⁷ No obstante, datos de EDADES para 2013 cifran en un 35,1% la proporción de fumadores habituales entre los 15 y los 64 años (Observatorio español de las drogas y las adicciones, 2013).

²⁸ Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España.

En lo referente al sobrepeso u obesidad, las encuestas apuntan que son factores de riesgo para más población en 2010 que veinte años atrás. Si se atiende al índice de masa corporal, un 14% de la población valenciana es obesa en 2010 y un 37% muestra sobrepeso, mientras que en 1990 estas categorías representaban el 7% y 29,5%, respectivamente²⁹. También se observa que, aunque el exceso de peso real es mayor en la población masculina, el exceso de peso autopercebido es superior en la femenina. Al exceso de grasa contribuye el consumo de calorías que no se queman porque se lleva una vida sedentaria, estilo de vida que apenas varía entre 1990 y 2010 y afecta a tres de cada diez personas.

3.3.- Recursos sanitarios

El presupuesto de la Generalitat Valenciana para 2017 asigna a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública un total de 6.084 millones de euros, lo que representa 1.232 euros por habitante. Estas cifras suponen respecto al ejercicio de 1995 un incremento muy significativo dado que el presupuesto destinado a sanidad se ha elevado un 309% y el presupuesto per cápita ha aumentado un 252%.

Ahora bien, si hasta 2010 la dotación presupuestaria registra un crecimiento sostenido año tras año, esta tendencia alcista se ve interrumpida en el trienio posterior, de tal modo que la dotación por habitante sufre un importante retroceso y de los 1.150 euros que se habían alcanzado en 2010 caen a 995 euros en 2013³⁰. A partir de 2014 se recupera nuevamente el incremento interanual, aunque el porcentaje que desde entonces supone el presupuesto de sanidad sobre el total de la Generalitat es visiblemente más bajo que el de las anualidades precedentes y oscila entre el 32% y el 34%, muy alejado del 40% de 2011³¹.

Una parte del gasto sanitario que se ha realizado durante estos años se ha destinado a sufragar los concertos establecidos con agentes privados de servicios sanitarios. La Estadística del gasto sanitario público señala que desde 2002 a 2014 esta partida supone un porcentaje que oscila entre el 5% y el 7%. Dichas concesiones administrativas fueron iniciadas en España por la Generalitat Valenciana en 1999 en el hospital de La Ribera (Alzira), se extenderían más tarde al conjunto del Departamento La Ribera y a la gestión de otros cinco Departamentos de Salud. Según la Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, casi el 20% de la población valenciana es atendida actualmente por Departamentos de Salud con gestión privada.

La paulatina ampliación de la gestión privada en la red sanitaria pública ha sido fuertemente contestada por movimientos sociales en defensa de la sanidad pública. Plataformas, coordinadoras, organizaciones sindicales y asociaciones³², mediante movilizaciones, comunicados, manifiestos y notas de prensa en protesta por las privatizaciones y los recortes, han dado lugar al movimiento ciudadano denominado «Marea Blanca».

²⁹ La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública que genera elevados costes (Martínez Sanz y Ortiz Moncada, 2011).

³⁰ El presupuesto de 2013 disminuye un 10% con respecto al año anterior.

³¹ Esta importante reducción obedece al elevado endeudamiento de la administración autonómica en tanto que el pago de la deuda es la segunda o tercera sección que más presupuesto absorbe desde 2014.

³² Como la Asociación ciudadana para la promoción y defensa de la salud del País Valenciano (ACDESA), la Asociación valenciana de usuarios de la sanidad (AVUSAN) o la Plataforma en defensa de los servicios públicos de salud mental, entre otras.

Los diferentes colectivos u organizaciones que integran este activismo social mantienen que el modelo mixto de provisión sanitaria provoca elevados sobrecostes de las prestaciones al introducir los intereses mercantiles en la lógica de sistema, además de representar una involución en los derechos sociales, un atentado contra el derecho a la salud porque su garantía se ve entorpecida por intereses económicos. Sin embargo, hay quienes aducen que el afán de lucro de las sociedades concesionarias no es óbice para que estas fórmulas rebajen los costes sin reducir el bienestar (Campoy y Santacreu, 2008; Rosado, 2010), publicaciones que han sido objeto de críticas por su falta de neutralidad y porque evaluaciones específicas del modelo Alzira apuntan mayores costes para la Administración Pública y no demuestran una gestión más eficiente de los servicios (Abellán Perpiñán, 2013). También se sostiene que a juzgar por la evidencia disponible, tanto de ámbito nacional como internacional, “la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública, ni tampoco lo contrario” (Sánchez, 2014: 79).

Por lo que respecta a la población protegida por el sistema sanitario público, los datos sobre recursos del Sistema Nacional de Salud que ofrece el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, confirman un crecimiento espectacular a partir del nuevo siglo. Si en el año 2000 cerca de cuatro millones de personas estaban cubiertas por la asistencia sanitaria pública, en 2011 esta cifra roza los cinco millones, lo que obedece a la gran afluencia de inmigrantes y al ordenamiento jurídico español y autonómico³³ que reconoce su derecho a la atención sanitaria. En este escenario de sucesivos avances en la extensión del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social hasta la universalización de facto, irrumpe el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, norma que revisa el modelo de aportación en la prestación farmacéutica y que sustrae del derecho básico a recibir asistencia sanitaria a las personas extranjeras sin residencia legal en España³⁴. Según las cifras de la Conselleria competente en la materia, su aplicación deja sin cobertura a 127.000 personas en Comunitat Valenciana (Memoria de gestión 2016).

Las acciones de denuncia de la sociedad civil ante la vulneración del derecho a la salud y la ruptura con la universalización de la asistencia sanitaria fueron inmediatas. Tan sólo unos meses después, diferentes organizaciones crean el Observatorio para el Derecho Universal a la Salud en la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), plataforma que exige la derogación de dicha norma y emprende acciones que han podido influir en la posterior normativa de la Comunitat (Vázquez Cañete, 2017).

Con el cambio en el gobierno autonómico tras las elecciones de 2015, se promulga el Decreto-Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, normativa que al cierre del ejercicio de 2016 ha permitido el acceso a la asistencia sanitaria a un total de 12.706 personas³⁵.

³³ Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y Decreto 26/2000 del Gobierno Valenciano.

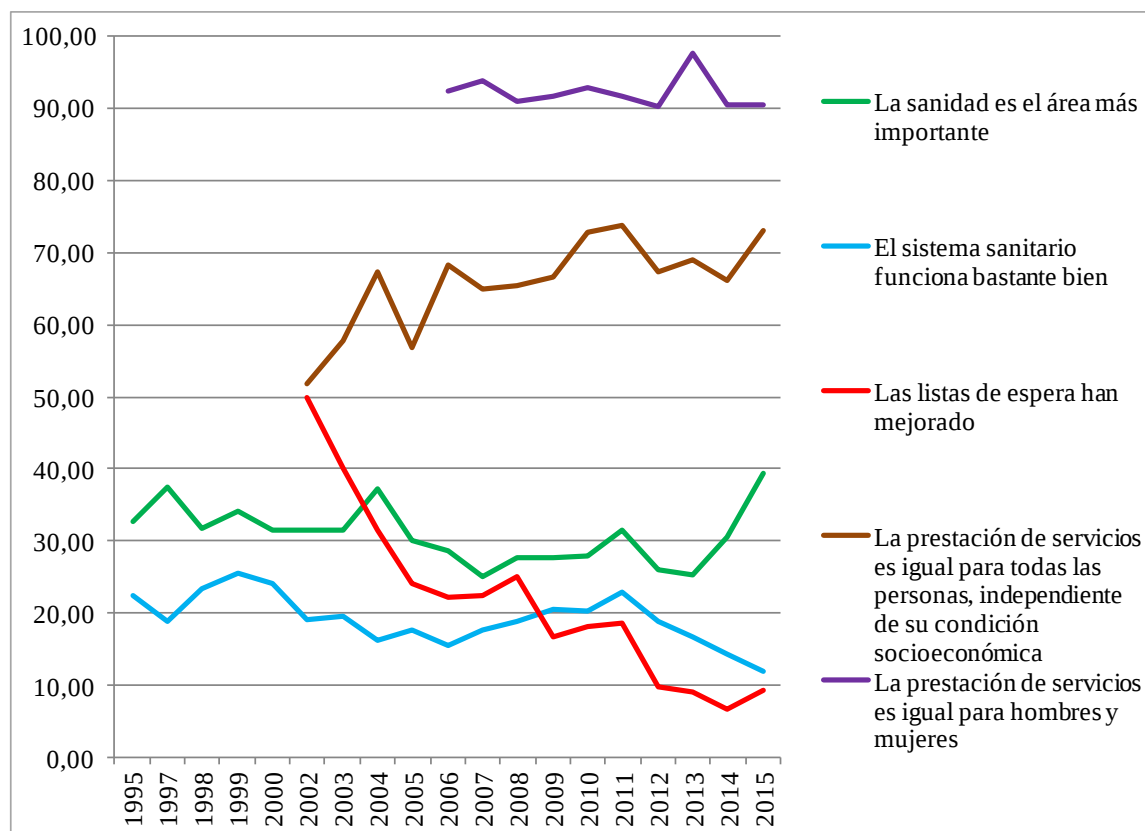
³⁴ Salvo si sufren enfermedad grave o accidente, en casos de embarazo, parto y postparto, y si son menores de 18 años.

³⁵ Datos de la Memoria de gestión 2016, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

3.4.- Valoración de la sanidad

La opinión de la población valenciana sobre el sistema sanitario puede ser conocida a través del Barómetro Sanitario³⁶, cuyos resultados se presentan en el gráfico 2.

Gráfico 2. Valoración de la sanidad en la Comunitat Valenciana (1995-2015). En %.



Fuente: Barómetro Sanitario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia.

A tenor de los datos, cabe afirmar que la importancia que se asigna a la sanidad obtiene la máxima puntuación en 2015, pues casi un 40% expresa que es el área más importante, frente a un 25% que así lo consideraban en los años 2007 o 2013. También se aprecia que una actitud más crítica hacia la red sanitaria se asocia a una mayor importancia de la misma. Por otro lado, la encuesta revela que las listas de espera representan un problema que ha empeorado con el paso de los años. Finalmente, en la percepción ciudadana sobre la igualdad en la prestación de servicios, apenas se observan diferencias entre usuarias y usuarios; por el contrario, la población percibe menor igualdad por razón de clase social, apreciándose un aumento, no exento de oscilaciones, de quienes opinan que la prestación de servicios es independiente de la condición socioeconómica. Es interesante añadir que la valoración global que del sistema sanitario realiza la población presenta fluctuaciones constantes pero moderadas desde 2002 y, en una escala de 1 a 10, siempre se mueve en una horquilla de 6,1 a 6,5, siendo de 6,2 para el año 2015.

³⁶ Encuesta de carácter anual que permite la comparabilidad a lo largo de un lapso de tiempo, si bien el periodo varía entre unos indicadores y otros.

3.5.- Prospectiva de futuro

La mejora que ha experimentado el estado de salud de la población valenciana es innegable y cabe esperar que, en las próximas décadas, se viva más, se acorte la brecha de género en la expectativa de vida y se alarguen los años de vida en buenas condiciones de salud. Esta previsión se sustenta en varias premisas: en primer lugar, en las proyecciones de la esperanza de vida al nacimiento para España realizadas por el INE, que indican que se podrían alcanzar los 85 años en 2030, los 88 años en 2050 y los 90 años en 2065, y también vaticinan que la diferencia por sexo irá progresivamente acortándose. En el mismo sentido apuntan las predicciones de Kontis *et al.* (2017), cuyo estudio prevé para España cifras muy similares y pronostica un crecimiento más elevado en la esperanza de vida de los hombres. En segundo lugar, y a tenor del acelerado incremento que ha registrado la esperanza de vida saludable en las pasadas décadas, cabe esperar que se amplíe nuevamente. En tercer lugar, el progresivo e ininterrumpido aumento de la edad media de los ingresos hospitalarios en los dos decenios previos no parece anunciar un cambio de tendencia³⁷.

Por su parte, los hábitos nocivos, como el consumo de drogas o el sedentarismo, se muestran muy arraigados y las variaciones que se han producido no han alcanzado la magnitud que sería deseable y esperable. El futuro no se manifiesta muy esperanzador respecto al consumo de drogas, dada la baja percepción de riesgo ante el alcohol o el cannabis³⁸ o la alta prevalencia del consumo rápido e intensivo de bebidas alcohólicas, el consumo en atracón, practicado por cuatro de cada diez adolescentes valencianos, según las encuestas³⁹. Sin lugar a dudas, el consumo de alcohol en la población adolescente y joven continuará representando un problema de salud pública de primer orden. Para incidir sobre estos y otros hábitos nocivos es necesario desarrollar las competencias en prevención de adicciones en los centros escolares y en las familias y, en general, potenciar la educación para la salud desde diferentes instituciones.

Los datos también evidencian el golpe de la crisis económica y de las políticas de ajuste presupuestario ejecutadas en los últimos años. Además de generar malestar e indignación en la ciudadanía, los recortes y las medidas de austeridad adoptadas aumentan las desigualdades en salud, lo que debe ser considerado en las futuras políticas del sistema sanitario. Ciertamente, el cambio de signo político que en 2015 tiene lugar en el gobierno autonómico implica nuevas directrices en las políticas sanitarias, en las que prevalece la universalidad y la gestión pública directa de la sanidad valenciana, lo que ha sido valorado muy positivamente por los movimientos sociales en defensa de la sanidad pública. De este modo, la creciente colaboración del sector privado en la gestión sanitaria del sector público podría revertirse en breve a tenor de la intención anunciada por el Consell de no prorrogar los contratos y de una firme apuesta legislativa por la gestión pública directa.

Por otro lado, de los informes que comparan la red sanitaria valenciana con las de otras comunidades autónomas se infiere la necesidad de acometer numerosos cambios. El último informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2017) señala que la Comunitat Valenciana y Canarias son las que tienen los peores servicios sanitarios, y de los informes anuales de los últimos nueve años, nuestra Comunitat ocupa la peor posición en siete de ellos. En este sentido, una medida que

³⁷ Sin embargo, de la reducción que ha tenido lugar en la estancia hospitalaria no se desprende inequívocamente una mejora de la salud, sino que puede ser consecuencia de las alternativas a la hospitalización asistencial que se han puesto en marcha.

³⁸ EDADES (Observatorio español de las drogas y las adicciones, 2013).

³⁹ ESTUDES (Observatorio español de las drogas y las adicciones, 2014).

redundará positivamente en la sanidad de los próximos años es el anuncio de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública sobre la oferta de empleo público de más de 14.000 plazas entre 2017 y 2019.

Los retos que deberá afrontar nuestro sistema de salud para salvaguardar el modelo de atención sanitaria pública, gratuita y universal, son numerosos. Entre estos desafíos destacan los asociados al envejecimiento, fenómeno que acentuará el patrón de morbilidad caracterizado por el predominio de enfermedades crónicas y degenerativas, y elevará el gasto sanitario. Para frenar el crecimiento de las enfermedades crónicas son imprescindibles las políticas de promoción y prevención, que suponen un ahorro económico a largo plazo y una importante inversión ahora. Otro gran reto es la equidad sanitaria, para lo que es necesario un mayor compromiso político y más fondos públicos que reduzcan las desigualdades en salud, objetivo que la Organización Mundial de la Salud considera un imperativo ético.

4.- LAS POLITICAS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las políticas de protección a la mujer que padece violencia de género⁴⁰ en la Comunitat Valenciana tienen una trayectoria en la que se pueden diferenciar de forma clara dos etapas: a) la previa a la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y b) la actual, basada en la implantación de dicha ley, donde la protección de la mujer que sufre violencia de género es un derecho subjetivo.

4.1. La intervención en violencia de género (1983-2004), un pasado sin derechos

Partimos de unos inicios en los que no hay ninguna intervención con las mujeres desde las Administraciones Públicas, puesto que no se considera que exista ninguna necesidad de hacerlo e, incluso, la violencia de género es considerada un tema privado, no un problema social sobre el que haya que intervenir.

En 1983 se transfieren las competencias estatales de protección a la mujer a la Comunitat Valenciana⁴¹, y la intervención que se realiza con las mujeres se encuentra basada en internarlas en las instituciones religiosas que provienen del Patronato de Protección a la Mujer de la época del franquismo (Adoratrices, Oblatas, Villa Teresita, Casa Cuna Santa Isabel y Santo Celo) con el objetivo de educarlas en la moral católica, esconder a las embarazadas y reprimir a las transgresoras del orden patriarcal (Moriana, 2013)⁴². En estos recursos no existe intervención sino un modelo ejemplarizante, se transmite una visión de que la mujer es culpable de su situación.

En esta etapa comienzan a articularse por parte de la Administración los primeros recursos residenciales especializados para madres adolescentes y mujeres maltratadas. No existen ayudas o subvenciones de Servicios Sociales específicas para esta necesidad. En 1984 se crea desde el *Servei de la Dona* de la Conselleria de Cultura, un Centro de Acogida en Valencia; de corta estancia, de urgencia y primera asistencia. En 1986 se

⁴⁰ No utilizaremos el término víctima por considerarlo peyorativo y victimizador. En su lugar utilizaremos mujeres que padecen violencia o en situación de violencia.

⁴¹ Real Decreto 3342/1983, de 23 de noviembre, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunitat Valenciana en materia de Protección a la Mujer.

⁴² Para profundizar en el conocimiento de estas Instituciones del Patronato de Protección a la Mujer recomendamos la lectura de “Las desterradas hijas de Eva” (2012) de Consuelo del Cid.

inaugura una Casa de Acogida en Castellón (gestionada por el grupo feminista Cala) y en 1987 otra en Alicante, comenzando a atender e intervenir en los casos de «violencia doméstica», como se la denominaba entonces. Sirven de refugio para las mujeres que tenían que salir de su domicilio para salvaguardar su integridad física.

A partir de la Ley 5/1989 de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana, se articulan dos niveles de intervención con mujeres: los Servicios Sociales Generales que constituyen el primer nivel de acceso al sistema de protección social, y los Servicios Sociales Especializados de atención secundaria y más compleja. En ambas modalidades de intervención se articulan los aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores en la atención a la mujer. Se establece la primera tipología de Centros de Servicios Sociales Especializados para mujeres que distingue entre casas de acogida y residencias materno-infantiles, institucionalizando así a las madres solteras y a las mujeres que padecen violencia. A mitad de los 90, la Comunitat Valenciana cuenta con 7 residencias materno-infantiles y 7 casas de acogida.

En 1989 se crea la Coordinadora Estatal de Casas de Acogida (formada por las 54 casas de acogida del Estado Español). La Coordinadora establece una nueva metodología de intervención en violencia centrada en la teoría del género, desvelando el rol de género y la discriminación como el principio de las relaciones patriarcales, la opresión de la mujer y la violencia en las relaciones de pareja. El maltrato hacia la mujer queda definido como una cuestión pública y no privada como hasta entonces, la violencia responde a factores estructurales y no individuales, y la intervención no puede ser asistencialista, sino que ha de ser un espacio terapéutico de empoderamiento de la mujer para que sea agente de su propio cambio. Desde la Coordinadora se reivindicaba al Estado la creación de recursos sociales, ayudas económicas y medidas judiciales de lucha contra la violencia.

En 1996, coincidiendo con la llegada del Partido Popular al gobierno central y autonómico, el Instituto de la Mujer retira la subvención a la Coordinadora y ésta desaparece, pasando la gestión de los centros de mujeres a manos de empresas privadas y transitando desde un marco feminista de intervención a otro asistencialista, de carácter individual, que no se centra en el empoderamiento de las mujeres, ni en la denuncia social del problema, ni tampoco en la concienciación social sobre el mismo.

Con la aprobación de la segunda ley valenciana de Servicios Sociales, Ley 5/1997 reguladora del sistema de Servicios Sociales, se determina que en el área de la Mujer los recursos están destinados a aquellas que se encuentren en situación de riesgo por maltrato físico/psíquico, carencia de apoyo familiar, ausencia de recursos y otras circunstancias originadas en las diferencias de género, y requieran un tipo de atención específica en el plano técnico y profesional.

Esta nueva Ley de Servicios Sociales, abre las puertas a la privatización de los recursos sociales, incluidos también los de mujer, por lo que tuvo un fuerte movimiento de oposición por parte de profesionales y organizaciones sindicales que formaron la *Plataforma per la millora i defensa del Sistema Públic de Serveis Socials*⁴³ para denunciar el paso atrás que supone la irresponsabilidad de la administración en esta materia.

Bajo este prisma neoliberal en la Comunitat Valenciana se privatiza la gestión de los recursos de atención a mujeres, a pesar de su titularidad pública, por parte del Conseller Rafael Blasco, como es el caso de los Centros Mujer 24 Horas y el Centro de

⁴³ Plataforma para la mejora y defensa del sistema público de Servicios Sociales.

Recuperación Integral, que pasan a ser gestionados por empresas privadas como Grupo Eulen y Clece respectivamente (Canet, 2017). De esta manera la política de intervención con respecto a las mujeres que padecen violencia de género y que se encuentran en riesgo de exclusión, pasa a basarse sobre todo en la institucionalización de las mujeres, y sus hijos e hijas, en centros residenciales gestionados casi en su totalidad por empresas privadas, entidades religiosas o pertenecientes a ONG.

A partir de esta ley, el sistema de centros de acogida para atender a mujeres que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social y/o por ser víctimas de violencia de género, se organiza en torno a diversos decretos y órdenes que los regulan hasta la actualidad (Canet y Garrigós, 2017). Se establece la siguiente tipología de centros⁴⁴: Casas de Acogida, Centros de Acogida y Viviendas tuteladas.

Estos decretos y órdenes declaran excluidos de los centros las situaciones que requieren otros tratamientos específicos tales como alcoholismo, adicciones y cuadros psiquiátricos graves. Esta exclusión ha sido y sigue siendo tema de crítica (Gisbert y Martínez, 2015; Coordinadora Feminista, 2016) porque no se admite a estas mujeres, pero tampoco existen recursos adecuados para ellas, dejándolas en situación de desprotección: mujeres menores de edad, con discapacidad, mujeres mayores, extranjeras, prostitutas...

Se establece el Funcionamiento General de los Centros Especializados para mujeres en situación de riesgo social⁴⁵, ordenando los servicios que se prestan en los mismos, agrupándolos en las áreas de intervención: personal y familiar, menores, salud, legal y documental, de convivencia, organización, formación e inserción laboral, y participación social. Además, señala los derechos y deberes de las mujeres acogidas y el régimen disciplinario de los centros. La intervención comienza a dirigirse hacia la inserción de la mujer a nivel social y laboral, una vez superada la situación de violencia.

Con la Orden de la Conselleria de Benestar Social de 22 de noviembre de 2004, se aprueba la Carta de Servicios Infodona, una red de centros distribuidos por todo el territorio de la Comunitat Valenciana para prestar servicios de información, formación y asesoramiento a las mujeres, así como fomentar acciones de igualdad. Si bien no son recursos específicos de violencia de género, sí que informan a las mujeres y las derivan a los recursos pertinentes.

En 2003 se aprobó la primera Ley de Igualdad de la Comunitat Valenciana⁴⁶, que trata de establecer una serie de medidas y garantías dirigidas a la eliminación de la discriminación en los ámbitos de educación, laboral, participación política, bienestar y familia, sociedad de la información, violencia contra las mujeres, medios de comunicación y administración pública.

4.2. La atención a la violencia de género es un derecho social (2004-2017)

En 2004 entra en vigor en todo el Estado Español la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la primera ley específica, que recoge los derechos de las mujeres que padecen violencia y la obligación de la Administración de protegerlas.

⁴⁴ Orden del 17 de febrero de 2003, de la Conselleria de Benestar Social⁴⁴ sobre condiciones y requisitos para la autorización de los Centros Especializados para mujeres en situación de riesgo social.

⁴⁵ Orden de 22 de diciembre de 2003 de la Conselleria de Benestar Social

⁴⁶ Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat Valenciana, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres

Tras esta ley estatal comienzan a surgir leyes autonómicas contra la violencia de género, y en 2012 se aprueba la Ley 7/2012, de la Generalitat Valenciana, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en la Comunitat Valenciana. Esta ley aporta novedades con respecto a la ley estatal al señalar como manifestaciones de la violencia sobre la mujer, además de la violencia física, psicológica y sexual, también la violencia económica, la mutilación genital femenina, y la trata de mujeres y niñas. También tiene un carácter novedoso la inclusión como víctimas de violencia sobre la mujer, a los hijos e hijas menores, y/o personas sujetas a tutela o acogimiento de las mismas que sufran cualquier perjuicio como consecuencia de la agresión a las mujeres o niñas. Esta inclusión convierte a las niñas también en titulares de todos los derechos reconocidos en la norma.

Establece, además, destacándose de la ley estatal, el derecho a indemnizaciones por causa de muerte, para los hijos e hijas, los ascendientes de las víctimas mortales de violencia, cuando dependan económicamente en el momento del fallecimiento, y la creación de un Fondo de Emergencias para otorgar ayudas de emergencia de pago único para cubrir necesidades básicas de alimentación, higiene, alojamiento temporal, transportes, etc.⁴⁷

Establece una nueva tipología de centros diferente a la del 2003, la denominada *Red de Asistencia Social Integral a las Víctimas de Violencia sobre la Mujer*, y ordena los recursos en dos niveles de atención: ambulatorio y residencial.

En el **nivel ambulatorio** se incluyen:

- El *Servicio de Atención Telefónica Permanente* para asesorar a las mujeres, a las profesionales y cualquier persona que solicita información.
- Las *Oficinas de Atención a las Víctimas del Delito* (OAVD), dependientes del ámbito judicial, que ofrecen información y asistencia jurídica en coordinación con el poder judicial, fiscalía, cuerpos de seguridad, servicios de salud, servicios sociales y cualquier otra institución.
- Los *Centros Mujer*, dependientes de la Generalitat, de carácter permanente y de emergencia. Funcionan las 24 horas del día, todos los días del año, al menos en las tres capitales de provincia⁴⁸. Prestan una atención social, psicológica y jurídica, en situación de crisis, asesoramiento o seguimiento, tanto a nivel individual como grupal⁴⁹.

En el **nivel residencial** encontramos:

- *Centros de Emergencias*, que son recursos especializados de corta estancia que ofrecen acogida de forma inmediata. Solo existe un centro de estas características en Alicante.
- *Centros de Recuperación Integral* para mujeres y menores que precisan de un alojamiento temporal más prolongado. Existe un centro de estas características en cada capital de provincia.
- *Viviendas tuteladas*, para aquellas mujeres que tienen un nivel de autonomía personal que les permite alcanzar la normalización social.

⁴⁷Estos dos derechos han sido regulados por el Decreto 63/2014, de 25 de abril, del Consell, que aprueba el reglamento para el reconocimiento de las indemnizaciones y las ayudas económicas a las víctimas de violencia sobre la mujer.

⁴⁸El Centro Mujer de Denia no funciona las 24 Horas

⁴⁹El primer Centro Mujer 24 horas se puso en funcionamiento en 1996 en Valencia y fue un centro pionero en toda España en la atención 24 horas a mujeres que sufren violencia de género.

El despliegue territorial que se realiza de los recursos anteriores se basa en centros para mujeres en situación de exclusión social (un total de 12 para toda la Comunitat Valenciana), y centros para mujeres que padecen violencia de género (4 en la Comunitat Valenciana). Actualmente desde la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas se está elaborando un nuevo proyecto de orden de centros especializados para mujeres⁵⁰.

Encontramos que el número de plazas residenciales para mujeres en situación de violencia de género es insuficiente (106 plazas para mujeres con sus hijos e hijas) con respecto al número de mujeres con orden de protección en toda la Comunitat Valenciana (4.617 en 2016). Según la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales en su Informe DEC (2015), la Comunitat Valenciana es la de peor cobertura de plazas (3%) en relación con la media del estado español (15%), o el País Vasco con la mejor cobertura (67%).

Además, estos recursos dejan fuera a aquellas mujeres que necesitan de una intervención más especializada por padecer problemáticas añadidas a la violencia de género.

Los recursos residenciales actuales son instituciones de carácter paternalista y suelen ser estructuras autoritarias que no ayudan al empoderamiento y autonomía de las mujeres. La institucionalización es un instrumento de control de las mujeres y su descendencia, como manifiesta Moriana (2015).

En conclusión, podemos decir que el marco de intervención con mujeres que padecen violencia de género actualmente se realiza en base a mitigar las consecuencias que tiene la violencia en la mujer y en sus hijos e hijas, sin actuar en las causas primigenias que originan la violencia y sin invertir recursos apenas en prevención y en el cambio de modelo social patriarcal.

4.3. Prospectiva de futuro en políticas sobre violencia de género

En el futuro de la intervención en violencia de género interesaría caminar hacia políticas que reconozcan los derechos de la mujer como derechos fundamentales, que intenten ver a la mujer como agente de cambio de su propia realidad y busquen empoderarla desde una visión con perspectiva de género y no desde una intervención asistencialista y reparadora.

Actualmente, encontramos posturas que, desde la perspectiva feminista, como las de Fernández-Montaña (2015) y Bosch *et al.* (2005), sostienen que estas políticas de atención a la mujer necesitan un cambio en el modelo social patriarcal y neoliberal si se quiere realizar una verdadera prevención de la violencia machista y no actuar únicamente en las consecuencias de la misma.

Esto supone que la metodología de intervención debería ser interdisciplinaria y sistémica, que se trabaje en red desde el contexto más comunitario y menos institucionalizado, teniendo siempre en cuenta la interseccionalidad de las diversas problemáticas que pueden afectar a las mujeres que padecen violencia.

La intervención no puede ser únicamente la institucionalización de la mujer y sus hijos e hijas. Desde los sectores profesionales de intervención con mujeres se está

⁵⁰ El primer borrador de este proyecto recibió alegaciones por parte del movimiento feminista y del Col·legi Oficial de Treball Social de València, entre otros.

replantando este modelo en el que se las aparta de su medio natural, su trabajo, rutinas, amistades, colegios..., por el hecho de encontrarse en situación de violencia. Es necesario caminar hacia un modelo de intervención en el que se trabaje desde una mirada más comunitaria e integradora (Canet, 2017) y que se realice en la Comunitat Valenciana una nueva planificación de los recursos en el territorio.

En todo caso, estos recursos han de ser públicos y se ha de supervisar desde la Administración si se cumplen los objetivos del servicio, si se realiza en condiciones de calidad para las usuarias y las profesionales, y someterlos a evaluación continua.

La exclusión de ingreso en centro residencial para mujeres con problemática de alcoholismo, drogadicción o cuadros psiquiátricos graves, hacen necesario un planteamiento consensuado con los departamentos competentes en salud mental y drogodependencias que regule una tipología de centros adecuados.

Es necesario un viraje hacia políticas preventivas, de sensibilización y de cambio de modelo social que no quede en declaración de intenciones, sino que se traduzca en acciones concretas y de calado social desde todos los ámbitos y áreas de la Administración. La prevención y la atención a los y las menores, que padecen también la violencia de género, no pueden ser las grandes olvidadas.

En septiembre de 2017 la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana ha aprobado el *Pacto Valenciano contra la Violencia de Género*, un texto que ha sido elaborado de manera participativa y que recoge muchas de las demandas expresadas por las asociaciones de mujeres y por las profesionales, así como las del último Informe del Síndic de Greuges⁵¹ de 2017 sobre esta materia.

5. TERRITORIO Y GRUPOS VULNERABLES

El ámbito pragmático de la política social encuentra su razón de ser en generar respuestas específicas a aquellos fenómenos de carácter público que han de ser atajados por parte de los gobiernos. La vertiente territorial de las políticas públicas se presenta como un determinante físico y social que configura y define la adecuación de tales respuestas.

La dimensión territorial de las comunidades donde se inscriben los grupos vulnerables es un elemento característico que destaca en el análisis del Bienestar y las Políticas Públicas. El territorio, más allá de limitarse al mero ámbito geográfico como extensión de terreno para la construcción (Romero y Sorribes, 2011), adquiere una dimensión social, enfatizando sobre aquellos fenómenos que influyen tanto en las condiciones y calidad de vida del conjunto, como en las condiciones subjetivas de la ciudadanía.

El concepto de grupos vulnerables ha sido ampliamente definido por la comunidad científica desde diferentes disciplinas. No obstante, entenderemos por grupos vulnerables aquellos grupos sociales que históricamente se han caracterizado por presentar desventajas de tipo social y demográfico, en lo referido al acceso a los recursos, oportunidades y a la movilidad social. Sin embargo, cabe destacar la continua variabilidad en cuanto a la ubicación, composición, desventajas y desiguales relaciones económicas, sociales, culturales y políticas (Zota-Bernal, 2015) que determinan, en buena medida, sus condiciones de vida.

⁵¹ Titulado *La atención y protección a las mujeres víctimas de violencia de género en la Comunitat Valenciana (2017)*, se puede consultar en <http://bit.ly/2thjvdX>

De acuerdo con los criterios de catalogación de grupos vulnerables de la Corte Europea de Derechos Humanos, se identifican como tales a: las mujeres, menores y adolescentes, minorías étnicas, personas migrantes, expatriados, refugiados o desplazados, entre otros colectivos (Felipe Beltrão *et al.*, 2014) que, por sus propias particularidades, precisan de un trato especial por parte de las políticas públicas, desarrollando en este caso, políticas sectoriales de apoyo y promoción (Rodríguez Vignoli, 2001).

En el siguiente apartado se tratará la relevancia del territorio en la configuración de los grupos vulnerables desde el prisma de la determinación de las políticas sociales. Para ello, se hará referencia, en primer lugar, a aquellas actuaciones implantadas en tiempos pretéritos, en el momento actual y, a partir de dicha contextualización, ofrecer un análisis de prospectiva de la sociedad valenciana respecto al fenómeno en cuestión.

5.1. Las primeras actuaciones territoriales en barrios vulnerables (1980–2006)

Para profundizar en la relación bidireccional del territorio y grupos vulnerables, la primera mención corresponde al desarrollo normativo del Decreto 157/1988, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el *Plan Conjunto de Actuación en Barrios de Acción Preferente*, partiendo del objeto de suplir las desigualdades y desequilibrios sociales en las zonas suburbanas en continua degradación.

El origen de dicha política autonómica surge a raíz de actuar de manera prioritaria en aquellas zonas que presentaban carencias y situaciones precarias de orden social y económico (Caravantes y Serrano, 2016), previniendo la proliferación de procesos sociales que conllevaran a la desestructuración y a la exclusión y promoviendo los recursos sociales suficientes para tales comunidades objeto de intervención. El elemento más significativo del marco normativo se corresponde con la pretensión de coordinación transversal entre diferentes departamentos y administraciones implicadas (locales y autonómicas), actuando sobre los focos territoriales donde las condiciones de desventaja social están presentes en los grupos vulnerables desde: el ámbito educativo, sanitario, la promoción de la ocupación; la participación social; obras públicas; desarrollo del transporte, así como mantenimiento y conservación de las viviendas.

Las actuaciones previstas se focalizaron en ocho barrios en continua degradación de la Comunitat Valenciana⁵². Todos ellos, respondían a aspectos comunes como: características de la población (existencia de minorías étnicas y migración nacional e internacional), características de las viviendas (sociales, deterioro y degradación), fragilidad de las economías familiares (concentración de familias con bajo poder adquisitivo), escasas oportunidades de desarrollo personal (estigmatización física y social) y la ausencia de servicios y recursos comunitarios (Egea, *et al.*, 2009).

En esta línea, la característica que prevalece en los mencionados barrios es la presencia de población gitana procedente de diferentes CC.AA., producto de planes para la erradicación del chabolismo y situaciones de infravivienda.

⁵²Barrio de “Las 1.000 viviendas” de Alicante, Barrio de “La Tafalera” de Elda, Barrio “Los Palmerales” de Elx, Barrio “San Agustín y San Marcos” de Castelló de la Plana, Barrio “613 viviendas” de Burjassot, Barrio “La Coma” de Paterna, Barrio “Baladre” de Sagunto. De tal clasificación, han sido suprimidos el Barrio de “San José” de Xirivella y el Barrio de “Zorrilla” de Torrent por haber sido derruidos en la década de los noventa. Cabe agregar a la categoría de Barrios de Acción Preferente el “Barrio del Cristo” incorporado en 1993, aunque tal clasificación, no ha implicado una actualización del marco normativo vigente.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que la Comunitat Valenciana es la segunda con mayor población gitana ubicada en barrios y/o asentamientos (13%), después de Andalucía (24%). El estudio de la Fundación Secretariado Gitano⁵³, *Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España* (2007), manifiesta un aumento en el número de viviendas de población gitana en la Comunitat Valenciana, pasando de 4.768 viviendas en 1991 a 12.431 en el año 2007, distribuidas en: Alicante (6.683), Valencia (4.563) y Castellón (1.185).

No obstante, según detalla el mencionado estudio, ha habido importantes avances. En 1991 el 19% de los barrios analizados eran polígonos de promoción pública, el 33% “barrios marginales” y el 48% “barrios normalizados”; mientras que, en 2007, las viviendas en situación de gran deterioro únicamente suponían el 4%.

Paralelamente, el porcentaje de población en situación de exclusión residencial también ha descendido considerablemente para ese periodo, donde los asentamientos segregados representaban en 1991 el 24%, y, en 2007, dicho porcentaje había descendido al 3%. Sin embargo, a pesar del importante traslado de la población gitana a los centros urbanos de primera y segunda expansión –19% y 29% respectivamente–, la mayor parte de la población de etnia gitana continúa residiendo en las zonas periféricas (28%), cuyo porcentaje se ha mantenido estable desde los datos de 1991.

Por otra parte, cabe destacar las distintas tendencias demográficas en las tres provincias, en cuanto a su crecimiento, permanencia de la población, reducción o tendencia a su desaparición, siendo considerables los datos en cuanto a aquellos barrios y/o asentamientos en las dos primeras variables. Estos datos se pueden observar en la siguiente tabla.

Tabla III. Tendencias de la población gitana en barrios o asentamientos de la Comunitat Valenciana

	VALENCIA		ALICANTE		CASTELLÓN		TOTAL
	Nº Barrios/ Asentam.	%	Nº Barrios/ Asentam.	%	Nº Barrios/ Asentam.	%	
En crecimiento	51	30,0%	47	32,2%	3	6,8%	101
Estacionado	86	50,6%	83	56,9%	37	84,1%	206
En reducción	13	7,6%	11	7,5%	2	4,5%	26
Tendencia a desaparecer	11	6,5%	1	0,7%	2	4,5%	14
NS/NC	9	5,3%	4	2,7%	-	-	13
Total	170	100%	146	100%	44	100%	360

Fuente: Elaboración propia a partir de *Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España 2007* (FSG).

Los fenómenos por los que dicha norma surgió en la década de los ochenta continúan vigentes en la actualidad y, a su vez, han cambiado en cuanto a forma e intensidad: “las altas tasas de desempleo, jóvenes sin formación y con escasa motivación, absentismo

⁵³En adelante FSG.

escolar, tráfico y consumo de drogas, deterioro de las viviendas y escasos recursos comunitarios” (Caravantes y Serrano, 2016:314).

A nivel estatal, el *Atlas de Barrios Vulnerables* (2015), declara que en el periodo de 1991–2001, la vulnerabilidad urbana en España se ha incrementado un 60%, pasando de 378 barrios vulnerables (1991) a 604 en el año 2001, con un aumento poblacional de, escasamente, un 4% para el mismo periodo.

En el caso de la Comunitat Valenciana, siguiendo la misma fuente se destaca un incremento parejo al experimentado en el conjunto del territorio español. En 1991, se analizaron un total de 9 ciudades de las cuales, se delimitaron 24 barrios vulnerables, mientras que, en el año 2001, se analizaron un total de 12 ciudades de las cuales, se identificaron 38 barrios vulnerables entre las tres provincias.

Tabla IV. Barrios Vulnerables en la Comunitat Valenciana: Años 1991 y 2001

	Nº Barrios Vulnerables	
	2001	1991
Alcoy	3	2
Alicante	6	4
Benidorm	1	-
Elche	10	8
Elda	3	5
Orihuela	1	-
Torre Vieja	2	-
Castellón	1	-
Gandía	0	1
Sagunto	0	-
Torrent	3	2
Valencia	8	2
Total	34	24

Fuente: Elaboración propia a partir de Atlas de Barrios Vulnerables (2015)

En este caso, el incremento en cuanto a la delimitación de barrios vulnerables también hace referencia al crecimiento porcentual de la población residente en los mencionados barrios. En especial, cabe destacar las ciudades de Elche, Torrent y Elda, cuya proporción de población en barrios vulnerables supone un 38%, 34% y 32% respectivamente. No obstante, cabe destacar que, en los casos de Elche y Elda, el porcentaje de población ha descendido notablemente, dado que en 1991 se situaban en un 45% y 80%, respectivamente.

5.2. Una década sin avances significativos (2007-2017)

El continuo y progresivo cambio al cual está sujeta la sociedad valenciana, propio de su dinamismo y del contexto territorial en el que se inserta, obliga a replantear las políticas y las medidas llevadas a cabo para promover el bienestar y la calidad de vida de la

ciudadanía. El marco normativo actual, continúa remitiendo al Decreto 157/1988, y aunque pionero e innovador en su planteamiento y forma para la época, ha carecido de rigor y operatividad en su desarrollo práctico.

A diferencia de la Comunitat Valenciana, Cataluña ha aprobado la *Ley 2/2004, de 4 de junio, de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren una atención especial*, para afrontar desde una perspectiva integral, las desigualdades socio-territoriales, fundamentalmente en ocho áreas concretas⁵⁴.

El elemento diferenciador con respecto a la legislación valenciana, además de la actualización normativa, es la incorporación de los movimientos sociales y de la participación ciudadana en la planificación de la intervención como instrumento de integración y de cohesión social. Es destacable en este punto, la trayectoria de los movimientos sociales de *Nou Barris*, que están participando activamente en el desarrollo de planes comunitarios en aras de lograr mejoras sociales y urbanas (Ortiz i Guitart, 2004).

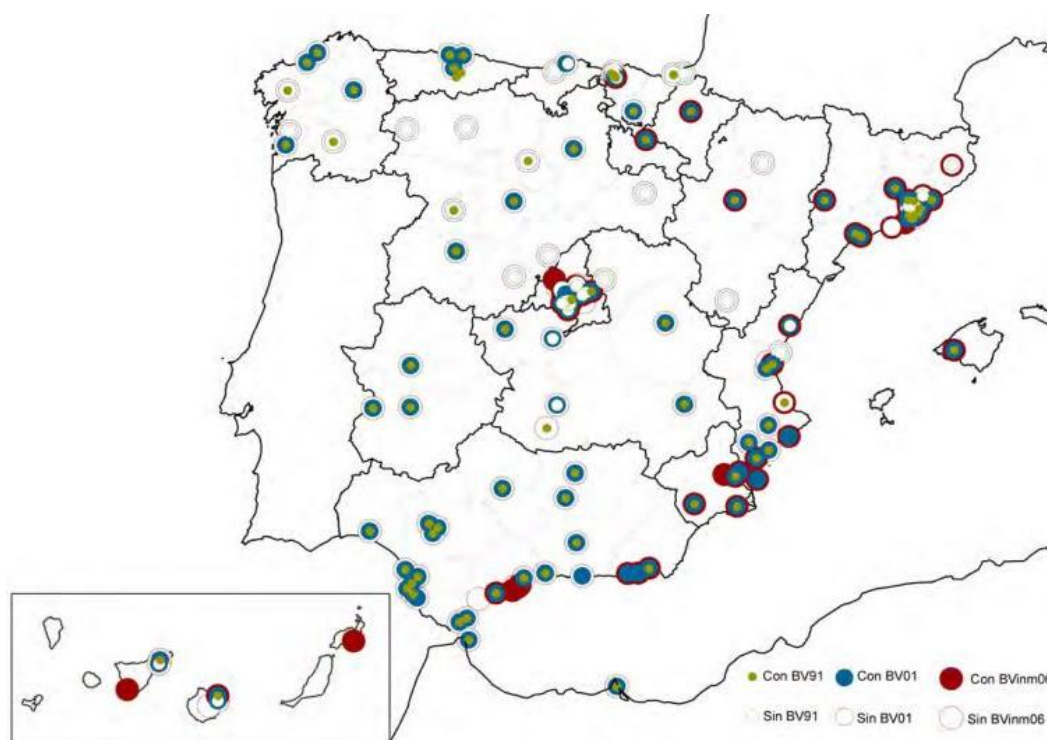
No obstante, con el cambio de gobierno en la sociedad valenciana y con la promulgación del *Pacto del Botánico* (2015), se ha incidido especialmente en la mejora del bienestar y la calidad de vida de colectivos vulnerables.

No obstante, no podemos eludir el hecho de que la esfera autonómica es la mera reproducción de la configuración de las políticas sociales del nivel estatal, trasladando las deficiencias al ámbito local y de proximidad. La ausencia en la agenda política para actualizar el marco normativo de zonas vulnerables determina, en buena medida, la prospectiva socio-territorial de la Comunitat Valenciana. En el Atlas de Barrios Vulnerables (2015), se manifiesta un crecimiento de la desigualdad en los enclaves urbanos analizados como resultado de dos variables fundamentales: la crisis económica y los deficientes resultados de las políticas urbanas (Hernández-Aja, Matesanz y García-Madruga, 2015).

El mapa que se presenta a continuación es la muestra de la tendencia a la concentración espacial de los procesos de vulnerabilidad y exclusión social, especialmente en las zonas del litoral. Siguiendo la línea de Varea *et al.*, la concentración de tales procesos no responde a dinámicas arbitrarias, sino a: “una serie de inercias que forman parte del sistema en que vivimos, que se encuentran presentes tanto en las políticas que conducen a la pobreza como, en ocasiones, en las fuerzas que intentan combatirlas” (2016:100).

⁵⁴Mejora del espacio público y dotación de espacios verdes, provisión de equipamiento para uso colectivo, incorporación de tecnologías de la información de los edificios, fomento de la eficiencia energética, equidad de género en uso del espacio urbano y los equipamientos, accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas y desarrollo de programas que conlleven una mejora social, urbanística y económica del barrio (Caravantes y Serrano, 2016).

Mapa 1: Ciudades con y sin Barrios Vulnerables 1991, 2001 y Barrios Vulnerables de Inmigración en 2006



Fuente: Atlas de Barrios Vulnerables (2015:15)

Curiosamente, las CC.AA. con mayor índice de barrios vulnerables reflejadas en el mapa, responden a aquellas comunidades con mayores niveles de población gitana e inmigrante: Andalucía, Madrid, Cataluña y la Comunitat Valenciana. En la actualidad, ésta última continúa siendo la segunda comunidad autónoma con mayor población gitana⁵⁵ y la tercera con mayor población inmigrante (884.622), por detrás de Cataluña y Madrid. Este último dato, se ha incrementado un 32% en el periodo 2006–2010.

En la misma línea, los resultados del *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (2014), muestran que, entre los perfiles con mayor riesgo de exclusión social, se encuentran las personas extranjeras y de etnia gitana, duplicando, en este sentido, la tasa de exclusión social de la población de la Comunitat Valenciana. De este modo, el riesgo de exclusión social para ambos colectivos es muy superior a la media española, situado en 73% para la población inmigrante y 84% para las personas de etnia gitana, siendo la media nacional 52,5% y 72% respectivamente (EINSFOESSA, 2013).

Actualmente, estas cifras reflejan la situación del barrio obrero ubicado en la periferia del distrito de Rascaña, Els Orriols (Valencia), siendo el barrio con mayor concentración de población de origen extranjero (28%) (Moncusí, 2017), donde, además, reside población de etnia gitana (Torres, Moncusí y Osvaldo, 2015). Dicho distrito, presenta el mayor porcentaje de población potencialmente vulnerable (24%) (Ayuntamiento de Valencia, 2016)⁵⁶. El elemento distintivo de este barrio se identifica con el movimiento social de *Orriols Convive*, un proyecto de desarrollo comunitario

⁵⁵ Únicamente se encuentra disponible el resumen ejecutivo del estudio *Mapa y estudio sobre Vivienda y Comunidad Gitana* (2016), por lo que aún no han sido publicados los datos relativos a la Comunitat Valenciana en el mismo nivel de desagregación que el estudio de 1991 y 2007.

⁵⁶ Àrees vulnerables a la ciutat de València. Seccions Censals. Disponible en <http://bit.ly/2zrj0ye>

donde participan asociaciones vecinales y otras entidades, así como personas a título individual para la mejora de las condiciones de vida, la convivencia, la cohesión social y la potenciación del valor de la diversidad (Izquierdo y Moncusí, 2016). Entre los resultados obtenidos de tal movilización, se puede destacar la generación de espacios de encuentro de carácter intercultural, fortalecimiento del sentimiento de pertenencia, el aumento de la participación por parte del vecindario, el refuerzo del trabajo en red entre las entidades del entorno y la entrada de Els Orriols en la agenda política (Izquierdo y Moncusí, 2016). Así pues:

La dimensión del barrio se erige como un espacio particularmente significativo para comprender la dialéctica inclusión/exclusión social urbana, y proporciona información substancial sobre los factores que la determinan y las prácticas y estrategias que las personas ponen en marcha respecto a ellos (FOESSA, 2008: 285–286).

5.3. Análisis prospectivo de la situación de los grupos vulnerables y el territorio donde residen

A partir del análisis realizado, desde las políticas públicas se ha actuado, hasta el momento, sobre los efectos y consecuencias que presentan los grupos vulnerables, obviando el determinante físico y social del territorio donde residen.

En la clásica obra *Urbanismo y desigualdad social* (1977) de David Harvey, se manifiesta que la principal complejidad a la hora de actuar en el territorio pasa por el reconocimiento y profundización sobre la propia fenomenología que entraña, resaltando como aspectos clave las relaciones de poder dentro de los enclaves urbanos. También cabe señalar que no es posible aplicar reglas generales a contextos dispares, sino que es preciso atender a la realidad contextual de cada uno de los territorios en cuestión, sin obviar aquellos componentes transversales que dan razón a la existencia de múltiples causas que determinan la situación social de la población y la cronicidad generacional de los procesos de exclusión social.

Como resultado de ello, el abandono de las políticas públicas en los barrios que se han detallado a lo largo de este capítulo agrava y cronifica la situación de los grupos vulnerables. El porcentaje de población perteneciente a estos colectivos que residen en barrios degradados presenta un mayor riesgo de exclusión social que el resto de la población valenciana.

Los datos respecto al crecimiento y permanencia de población en barrios y/o asentamientos en la Comunitat Valenciana, junto con la inexistencia de políticas sociales que vertebren en su planificación la relevancia del territorio, la idiosincrasia de los grupos vulnerables y la ausencia de participación comunitaria, derivarán en un agravamiento del porcentaje de personas vulnerables.

El ejemplo europeo más próximo a este tipo de situaciones llevadas al extremo, son los barrios del este de Francia donde reside población multicultural procedente de las migraciones con elevadas tasas de desempleo, bajo nivel de formación, deterioro en las viviendas y estigmatización residencial (Urteaga, 2012).

El argumentario político al respecto sigue escudándose en la ya consolidada crisis económica, encontrando resistencias a desarrollar una gobernanza territorial a escala local. En la línea de Romero y Farinós (2008), la gobernanza se presenta como el método principal para hacer frente a los grandes retos territoriales y urbanos, haciendo hincapié en el protagonismo de la sociedad civil y el buen gobierno, en este caso desde

la esfera local. De este modo, la gobernanza territorial se entiende como aquel proceso que combina la participación, la cooperación, la coordinación y la concertación.

El reconocimiento y potenciación en cada espacio concreto, de los recursos endógenos y exógenos, se corresponde con la vía principal para lograr la cohesión social y la promoción de la resolución de conflictos intrínsecos a la comunidad.

Por todo ello, la construcción de sinergias comunitarias, poniendo de relieve aquello que une a la población y aquello que les diferencia hacia la transformación de la realidad social en pro del desarrollo local, es la esencia y pilar fundamental de una política social orientada a repensar el potencial del territorio y su vinculación con los grupos vulnerables.

6.- CONCLUSIONES

En este capítulo, se ha tratado de sintetizar la situación de la sociedad valenciana con respecto a varios temas que forman parte del Bienestar: salud, servicios sociales, violencia de género y territorialización de la vulnerabilidad.

Es innegable la mejora del estado de salud de la población. Se vive más y mejor, dado que el aumento de la expectativa de vida ha ido acompañado de un alargamiento de los años de vida en buenas condiciones de salud y, en general, la población valenciana se declara más sana que décadas atrás.

Paradójicamente, las variaciones en los estilos de vida no han alcanzado la magnitud que sería deseable y esperable. El tabaquismo ha decrecido, la obesidad y el sobrepeso aumentan ligeramente, y la práctica de ejercicio físico no parece haberse integrado como un hábito; por su parte, el consumo de alcohol en la población adolescente y joven representa un problema de salud pública de primer orden.

Se ha observado que la ciudadanía está medianamente satisfecha con el sistema sanitario, y en particular es a partir de 2011 cuando la opinión pública se muestra más crítica, coincidiendo con las políticas de austeridad.

Nuestro sistema de salud deberá afrontar numerosos retos en los próximos años para salvaguardar el modelo de atención sanitaria pública, gratuita y universal. Entre estos desafíos desatacan los asociados al envejecimiento y el predominio de enfermedades crónicas y degenerativas, que elevarán el gasto sanitario.

Sobre el sistema de Servicios Sociales cabría indicar que debe transformarse en sistema de derechos subjetivos, y que en estos momentos está realizando un profundo cambio, dejando atrás la discrecionalidad que lo ha caracterizado. La apuesta por un sistema socialmente justo pasa por un despliegue territorial pendiente de realizar, donde lo local debe ser el eje primario de desarrollo. Otro elemento fundamental que debe caracterizar a los futuros Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana radica en la participación social en la gobernanza.

La atención adecuada a la violencia de género también resulta ser una asignatura pendiente. Es necesario retomar un modelo de gestión pública e invertir los recursos necesarios para ubicarnos, como mínimo, en la media estatal de prestaciones.

La Administración Pública debe afrontar con rigor la distribución territorial de la vulnerabilidad. Las políticas de sostenibilidad territorial deben retomar dicha cuestión, potenciando la participación, la cooperación, la coordinación y el planteamiento de nuevas estrategias transversales de intervención que prevengan el efecto dominó de los

procesos de exclusión que permanecen en los contextos territoriales con concentración de población vulnerable.

Referencias bibliográficas

Abellán Perpiñán, José María (dir) (2013): *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas*. Bilbao: Fundación BBVA.
Disponible en: <http://bit.ly/2hyOEpc>

Aguiar Hendrickson, Manuel (2010). «La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales». *Zerbitzuan*, 48: 9-16.

Aymerich Ojea, Ignacio (2013): «La integración conceptual de derechos humanos y desarrollo en el debate universalidad-especificidad de los derechos». *Documentación Social*, 171: 169-190.

Borrell, Carme, *et al.* (2014): «El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español». *Salud Colectiva*, 10: 95-98. Disponible en: <http://bit.ly/2xGpMBi>

Bosch, Esperanza, *et al* (2005): «Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género». *Feminismos* 6: 121-136.

Campoy, Luis Fidel y Santacreu, Josep (2008): «La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia». *Revista de Administración Sanitaria*, 6(2): 297-321. Disponible en: <http://bit.ly/2l0nKrw>

Canet, Encarna (2017): *El discurs de les professionals y la representació de la premsa sobre la violència de gènere al País Valencià*. Tesis Doctoral. IIDL-Universitat de València.

Canet, Encarna y Garrigós, Pedro (2017): «Los Servicios Sociales para la mujer». En: Martínez-Martínez, Lucía i Uceda-Maza, Francesc, X. (2017): *Los Servicios Sociales en la provincia de Valencia: análisis territorial, estado de la cuestión*. Diputació de València.

Caravantes, Gloria M.; y Serrano, Ana I. (2016): «Los Servicios Sociales para la exclusión social: Barrios de Acción Preferente». En: Martínez-Martínez, Lucía y Uceda-Maza, Francesc X. (eds.). *Los Servicios Sociales en la provincia de Valencia: análisis territorial, estado de la cuestión*. PUV: IIDL. Colección Desarrollo Territorial.

Caro Gabalda, Isabel (2001): *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Courtenay, Will H. (2000): «Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health». *Social Science & Medicine*, 50: 1385-1401.
Disponible en: <http://bit.ly/2xSKsI9>

Egea, Carmen, *et al.* (2009): «Viejas y nuevas realidades urbanas. Identificación de zonas de habitabilidad desfavorecida en la ciudad de Granada». *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada*, 45: 83-105.

Fantova, Fernando (2008): *Sistemas públicos de Servicios Sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Fantova, Fernando (2014). «Identidad y estrategia de los Servicios Sociales». *Documentación Social*, 175: 105-132

- Felipe Beltrão, Jane, et al. (2014): *Derechos Humanos de los Grupos Vulnerables. Manual*. Red de Derechos Humanos y Educación Superior. Barcelona.
- Fernández-Montaña, Patricia (2015): «Trabajo social Feminista: una revisión teórica para la redefinición práctica». *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones e Intervención Social*, 5 (9): 24-39.
- Gili, Margalida, et al. (2016): «Gender differences in mental health during the economic crisis». *Psicothema*, 28(4). Disponible en: <http://bit.ly/2xGv5Rg>
- Gisbert, Susana y Martínez, Elena (2015): *Género y violencia*. València: Tirant lo Blanch.
- Harvey, David (1977): *Urbanismo y desigualdad social*. Siglo XXI: Barcelona.
- Hernández-Aja, Agustín; Matesanz, Ángela y García-Madruga, Carolina (2015): *Atlas de Barrios Vulnerables de España*. Instituto Juan de Herrera (IJH): Madrid.
- Izquierdo, Ester y Moncusí, Albert. (2016): «Orriols Convive: Respuesta comunitaria a unas condiciones difíciles». *Terra, Revista de Desarrollo Local*, 2: 129-137.
- Kontis, Vasilis, et al. (2017): «Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble». *The Lancet*, 389(10076): 1323-1335. Disponible en: <http://bit.ly/2okVZL2>
- Marmot, Michael (2005): «Social determinants of health inequalities». *The Lancet*, 365(9464): 1099-1104. Disponible en: <http://bit.ly/2fy2mIf>
- Martínez Benlloch, Isabel (2003): «Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres». *Anuario de Psicología*, 34 (2): 253-266.
- Martínez-Martínez, Lucía y Uceda-Maza, Francesc X. (Coords). (2017): «*Los Servicios Sociales en la provincia de Valencia: análisis territorial, estado de la cuestión*». Valencia: PUV.
- Martínez Sanz, José y Ortiz Moncada, Rocío (2011): «Indicadores utilizados para estimar los costes directos de la obesidad a partir de una revisión bibliográfica: aplicación al caso español». *Revista española de nutrición comunitaria*, 17(3):120-132. Disponible en: <http://bit.ly/2y8uNnM>
- Moncusí, Albert (2017): «Subjetividades y agencias que emergen en la periferia urbana: Reflexiones sobre un barrio de Valencia». *Antropología experimental*, 17(1): 1-17.
- Moriana, Gabriela (2015): «Barreras para escapar de la violencia de género: la mirada de las profesionales de los centros de protección de mujeres». *Cuadernos de Trabajo Social* vol. 28(1): 93-102.
- Moriana, Gabriela (2013): «Entre la exclusión y la violencia. Las mujeres institucionalizadas en los centros de protección de mujeres de la Comunidad Valenciana». Tesis doctoral. Universitat de València: València.
- Ortiz i Guitart, Anna (2004): «Ús i apropiació de la Via Júlia i la Rambla del Raval de Barcelona des d'una perspectiva de gènere». *Documents d'anàlisi geogràfica*, 44: 89-108.
- Pedrol, Xavier (2009): «Derechos sociales y Unión Europea. Historia de un desencuentro». En: Valiño, Vaneso (Coord). *Defender y repensar los derechos sociales en tiempos de crisis*. Barcelona: Observatori DESC.

- Pisarello, Gerardo (2011): *Los derechos sociales en tiempos de crisis: Resistencia y reconstrucción*. Barcelona: Observatori DESC.
- Regidor, Enrique; Gutiérrez-Fisac, Juan L. y Rodríguez, Carmen (1994): *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Regidor, Enrique y Gutiérrez-Fisac, Juan L. (2005): *La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://bit.ly/2fyJgSy>
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2001): «Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes». Proyecto Regional de población CELADE-FNUAP. CEPAL (Naciones Unidas), Santiago de Chile.
- Romero, Juan y Farinós, Joaquín (2008): «La gobernanza como método para encarar los nuevos grandes retos territoriales y urbano». *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 46: 5-9.
- Romero, Juan y Sorribes, J. (2011): «El territori valencià després de la crisi: planificació i gestió amb sentit comú». *Mètode: Revista de difusió de la investigació de la Universitat de València*, 68: 62-73.
- Rosado, Luis (2010): «La sostenibilidad y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud: el modelo de concesión administrativa de la Comunidad Valenciana». *Revista de Administración Sanitaria*, 8(1): 51-62. Disponible en: <http://bit.ly/2xbmOSU>
- Sánchez-Martínez, Fernando I.; Abellán-Perpiñan, José M. y Oliva-Moreno, Juan (2014): «La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno». Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28 (Supl 1): 75-80. Disponible en: <http://bit.ly/2wkvful>
- Smith, George Davey; Bartley, Mel y Blane, David (1990): «The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on». *BMJ: British Medical Journal*, 301(6748): 373-377. Disponible en: <http://bit.ly/2wkWdm4>
- Torres, Francisco; Moncusí, Albert y Osvaldo, Fernando E. (2015): «Crisis, convivencia multicultural y “efectos de barrio”». *Migraciones*, 37: 217-238.
- Townsend, Peter y Davidson, Nicholas (1982): *Inequalities in Health. The Black Report*. Harmondsworth: Penguin.
- Uceda-Maza, Francesc X., y Martínez-Martínez, Lucía (coords). (2015): «Servicios Sociales municipales en la Comunidad Valenciana». En: Romero, Juan y Boix, Andrés (Eds). *Democracia desde abajo. Nueva agenda para el gobierno local*. Valencia: PUV.
- Urteaga, Eguzki (2012). «Segregación y estigmatización de los barrios desfavorecidos en Francia». *Portularia*, Vol. 12(1): 39-47.
- Valiño, Vanesa (Coord.). (2009): *Defender y repensar los derechos sociales en tiempos de crisis*. Barcelona: Observatori DESC.
- Varea, A., et al. (2016): «Construir la ciudad colectivamente. De la exclusión social al bien común». En: Lluch, Enrique, Bono, Emèrit y Baeza, Nuria. (eds.). *Medio Ambiente y Política Social, Análisis y Perspectivas Comunitat Valenciana 2016*. Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión en la Comunitat Valenciana. 99 – 112.
- Vázquez Cañete, Ana Isabel (2017): «El derecho a la asistencia sanitaria en la población inmigrante en situación administrativa irregular tras la aprobación del Real Decreto-Ley

16/2012: una aproximación al caso valenciano». Tesis doctoral. Universitat de València. Disponible en: <http://bit.ly/2hxrkrW>

Verbrugge, Lois M. (1985): Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3):156-182. Disponible en: <http://bit.ly/1gl3jhG>

Vilà Mancebo, Antoni (2012): «La nueva generación de las leyes autonómicas de servicios sociales (2006-2011): análisis comparativo». *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar (Azarbe)*, 1: 143-155.

Zota-Bernal, Andrea C. (2015): «Incorporación del análisis interseccional en las sentencias de la Corte IDH sobre grupos vulnerables, su articulación con la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos». *Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad*, 9: 67-85.

Fuentes documentales

Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2015): Informe Índice DEC 2015. Disponible en <http://bit.ly/2cVa3WJ>

Ayuntamiento de Valencia (2016): Àrees Vulnerables a la ciutat de València. Seccions Censals. Oficina d'Estadística, Delegació de Control Administratiu.

Conselleria de Hacienda y Modelo Económico. Presupuestos 2000-2016. Generalitat Valenciana. Disponible en: <http://bit.ly/2wXnKsW>

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Encuestas de salud (varios años). Disponible en: <http://bit.ly/2k3OvLg>

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2017): *Memoria de gestión 2016*. Disponible en: <http://bit.ly/2wWa3zx>

Coordinadora Feminista (2016): IV Seminario violencias machistas. 7 y 8 de mayo de 2016. Madrid. Disponible en: <http://bit.ly/2qi1T0C>

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2017): *Los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. Informe 2017*. Disponible en: <http://bit.ly/2gTLwR>

FOESSA (2014): «Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunitat Valenciana». En Flores Martos, Raúl y Ubrich, Tomas (coord.). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Fundación FOESSA.

FOESSA (2013): Encuestas sobre Integración Social y Necesidades Sociales (EINSFOESSA).

FOESSA (2008): «La dimensión territorial de la exclusión social». En Laparra, Miguel y Pérez Eransus, Begoña (coords.). *La exclusión social en España, un espacio diverso y disperso en intensa transformación*. Fundación FOESSA.

Fundación Secretariado Gitano (2007): Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España. *Anexo I: Información a nivel autonómico y provincial*. Ministerio de Vivienda.

Generalitat Valenciana (Dirección General de Servicios Sociales) (1991). *Mapificación de los Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana*.

Ministerio de Vivienda (2007): Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud*. Disponible en <http://inclasns.msssi.es/>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Recursos del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en <http://bit.ly/2hxYdVt>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estadística del gasto sanitario público*. Disponible en: <http://bit.ly/2fqBHJP>

Observatorio español de las drogas y las adicciones (2013): «Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas». Disponible en: <http://bit.ly/2eNoNEI>

Observatorio español de las drogas y las adicciones (2014): «Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014». Disponible en: <http://bit.ly/2k2U1hm>

Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana (2016): Encuesta de Condiciones de Vida. Disponible en <http://bit.ly/2tvasII>

Síndic de Greuges (2017): Informe del Síndic de Greuges sobre la atención y protección a las mujeres víctimas de violencia de género en la Comunitat Valenciana (2017). Disponible en <http://bit.ly/2ACJKjk>