

¿Y si va de servicios sociales más que de pensiones?

La función de las pensiones y de los servicios sociales en la protección social de las personas mayores

Fernando Fantova

Una conjetura

¿Y si la eficacia futura de la protección social para las personas mayores pudiera depender más de las decisiones que tomemos ahora sobre los servicios sociales que de las que tomemos sobre las pensiones? Ésta es la conjetura para la cual queremos ofrecer algunos datos, fundamentos, argumentos y propuestas a continuación, en un contexto en el que, tanto en nuestras arenas políticas como en nuestras comunidades de conocimiento, parece evidente que las conversaciones sobre los servicios sociales están lejos de aproximarse a las que se mantienen sobre las pensiones (tanto en el sentido de tener una dimensión parecida a como en el sentido de relacionarse con).

El desarrollo de las políticas sociales

Inspirándonos en Niklas Luhmann¹, proponemos entender el desarrollo de las políticas sociales como un proceso de especialización funcional, según el cual diferentes ramas de la protección social se van diferenciando y desarrollando a medida que se hacen más capaces de dar respuesta a diferentes (grandes) necesidades de las personas y de hacerse cargo de su creciente complejidad (a la vez que, paradójicamente, contribuyen a nuevas complejidades). Dicho proceso sería (complejamente) dinamizado, entre otros, por la construcción del conocimiento y la innovación de la tecnología disponible para la consecución de la finalidad de cada uno de esos subsistemas que se van configurando en el seno del conjunto del sistema de bienestar (conocimientos y tecnologías que, obviamente, no se desarrollan sólo en el seno de los sistemas públicos sino en los sectores de actividad correspondientes).

Este proceso estaría mediado (entre otras) por decisiones políticas en cada uno de los contextos institucionales en los que se produce, lo cual explicaría las variaciones existentes entre distintos lugares a la hora de estructurar las políticas públicas de bienestar, empezando por lo más gráfico y evidente, que sería la forma de configurar, agrupar y denominar las diferentes carteras o departamentos gubernamentales.

Nuestra hipótesis (o tesis provisional) sería que una política social sectorial tiene más probabilidades de configurarse y fortalecerse en la medida en que demuestre mayores ventajas comparativas (desde

¹ LUHMANN, Niklas (1994): *Teoría política del Estado de bienestar*. Madrid, Alianza Editorial.

la institucionalidad estatal) en la respuesta a una determinada (gran) necesidad de las personas o, dicho de otro modo, en la protección y promoción de un bien (construible, en esa medida, como bien público).

A la hora de hacer frente a (grandes) necesidades sociales, los caminos alternativos al de la diferenciación y configuración de una política pública social sectorial (respecto del tronco original de la protección social) serían, con brocha gorda, dos (de significado político bien distinto):

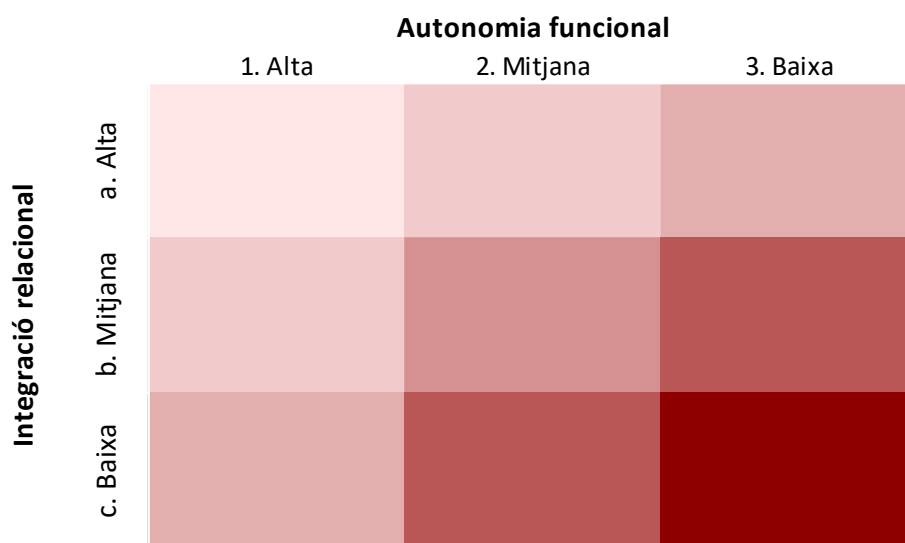
- El de la protección social mediante la entrega de prestaciones económicas (más bien no afectadas a un determinado fin) por parte de las administraciones públicas para que las personas puedan acudir a la esfera del mercado para dar respuesta a la necesidad en cuestión o para incentivar que la aborden desde la esfera comunitaria o la iniciativa social.
- El de la pérdida (o no ganancia) de protagonismo de la esfera pública en la respuesta a la necesidad en cuestión (en favor de otras esferas como la del mercado, la comunidad o la iniciativa social).

Dentro de ese tronco del que hablamos (que aporta prestaciones económicas más bien no afectadas) las pensiones constituyen un pilar fundamental de la protección social de las personas mayores, en el que se entendería (dentro de nuestro marco interpretativo) que se les entrega un dinero (suficiente o justo), básicamente para que puedan comprar en el mercado los recursos y servicios con los que dar respuesta a todas aquellas necesidades que no hayan podido cubrir con la ayuda de otras ramas de la política social (como la sanitaria o la de vivienda) o, incluso, de otras políticas públicas no consideradas sociales (como la de seguridad o la de infraestructuras).

El caso de los servicios sociales

En nuestro entorno la rama sectorial de los servicios sociales abarcaría una parte de la política pública social que se encontraría en un momento crítico de su desarrollo, en el que declarativamente rechaza una configuración como asistencia social (no contributiva) residual sin objeto o función específica (dentro del amplio campo de la protección social, el bienestar social o la inclusión social) y en el que reivindica su universalidad pero sin identificar todavía de forma consensuada y reconocida cuál es, específicamente, la gran necesidad de (todas) las personas que la pueda diferenciar del resto de los subsistemas (o ámbitos sectoriales) de la acción pro bienestar.

La propuesta que venimos haciendo es que el bien que protegen y promueven los servicios sociales y que permitiría identificar y diferenciar a éstos como rama sectorial en el seno de la política social sería la interacción, entendida como autonomía funcional (capacidad para el desenvolvimiento en la vida cotidiana) e integración relacional (apoyos y redes de carácter familiar y, en general, comunitario). En la siguiente tabla se intentan representar toscamente las mencionadas dos dimensiones de la interacción:



La casilla 1.a. representaría la situación en la que es menor la necesidad de los servicios sociales, ya que la persona presenta una alta capacidad de desenvolvimiento en su vida diaria y dispone de notables apoyos y redes comunitarias. En el otro extremo, en la casilla 3.c., encontramos a las personas con mayor necesidad de atención o intervención por parte de los servicios sociales, ya que tienen limitaciones importantes para desenvolverse autónomamente y frágiles vínculos familiares o, en general, relacionales de carácter primario.

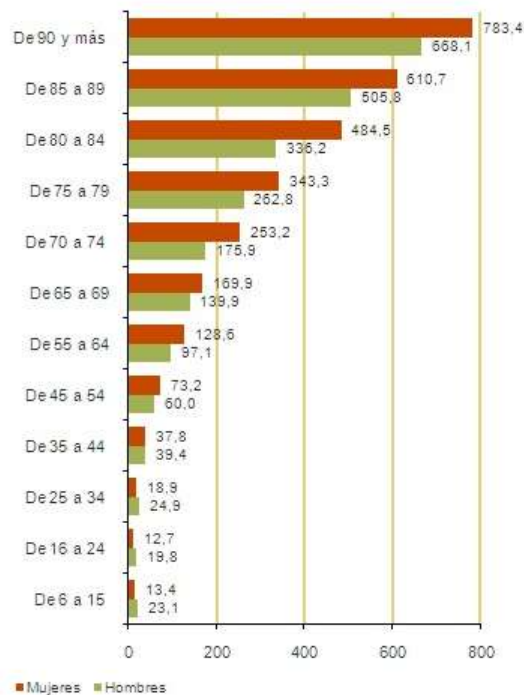
En cualquiera de los casos, los servicios sociales se dedicarían a prevenir, revertir y compensar desajustes de la interacción de las personas, promoviendo o incentivando, en la mayor medida posible, su autonomía funcional e integración relacional mediante productos de apoyo y servicios profesionales complementarios y sinérgicos con la capacidad de autocuidado y desenvolvimiento de las personas y con los cuidados y apoyos disponibles en sus redes primarias, así como con los apoyos y servicios proporcionados por otras ramas de la acción pro bienestar (como la educativa, la del empleo u otras).

Somos conscientes del carácter tentativo y arriesgado de esta definición, que sometemos al debate de las comunidades de conocimiento interesadas en los servicios sociales y que aquí no podemos desarrollar más (ver fantova.net). En todo caso, desde nuestro punto de vista, la opción por una u otra comprensión y conceptualización de las necesidades y respuestas resulta del todo crítica y decisiva para el ulterior desarrollo científico, técnico, económico y político de los servicios sociales (y del conjunto de la acción pro bienestar).

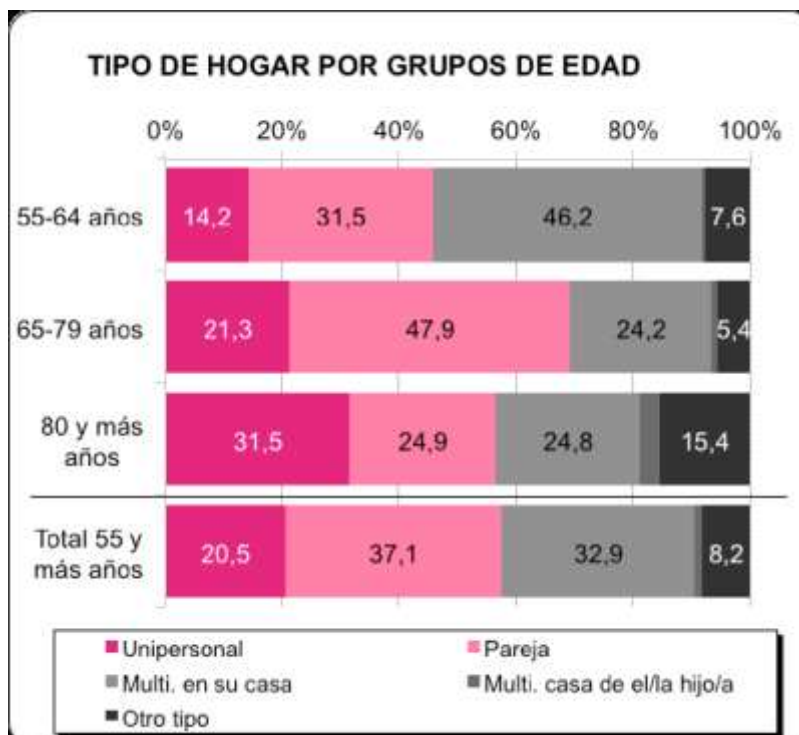
Las necesidades de las personas mayores

Empecemos por su necesidad de servicios sociales. Un tractor de la necesidad de servicios sociales por parte de las personas mayores tiene que ver con el aumento de la prevalencia de la discapacidad en función de la edad, aumento que se representa en el siguiente [gráfico](#):

Personas con discapacidad
(Tasas por 1.000 habitantes de 6 y más años)



El otro gran tractor de la necesidad de servicios sociales de las personas mayores sería el de la disminución de la red primaria (familiar y comunitaria) disponible para brindarles cuidados y apoyos. Esa disminución puede producirse, por ejemplo, en el caso de las personas que enviudan, pero también en otros. Veamos, por ejemplo, según el estudio de Elena del Barrio y otras (página 49), para el caso del País Vasco cómo evolucionan los tipos de hogar:



En el caso de la protección social de las personas mayores, la actuación de los servicios sociales (tal como los hemos definido) presentaría especiales interfaces y (deseablemente) sinergias con la actuación de otras dos ramas de la política social:

- La rama sanitaria, que tiene importantes efectos colaterales en la autonomía funcional de las personas para su desenvolvimiento cotidiano (del mismo modo que los tiene para su capacidad profesional e inclusión laboral en el caso de las personas más jóvenes) y en la (venturosa) cronificación y prolongación de nuestra vida con condiciones de salud que provocan limitaciones funcionales.
- El ámbito de la vivienda, cuyas características y adaptaciones resultan críticas para facilitar o dificultar el desenvolvimiento autónomo y las relaciones primarias de las personas.

Como muestra de estas interfaces y sinergias, **Joan Costa-Font y otras** identifican ahorros en hospitalización (que es básicamente atención sanitaria más alojamiento) por desarrollo de servicios sociales. **Mayte Sancho y otras** (páginas 75-80) han estudiado, para el caso del País Vasco, la magnitud del impacto de los problemas de accesibilidad (entre otros lugares, en la vivienda) que encuentran personas mayores con alguna limitación funcional.

Para aproximarnos al coste que pueden tener estos servicios sociales que las personas necesitan nos valdremos del siguiente cuadro² (página 105):

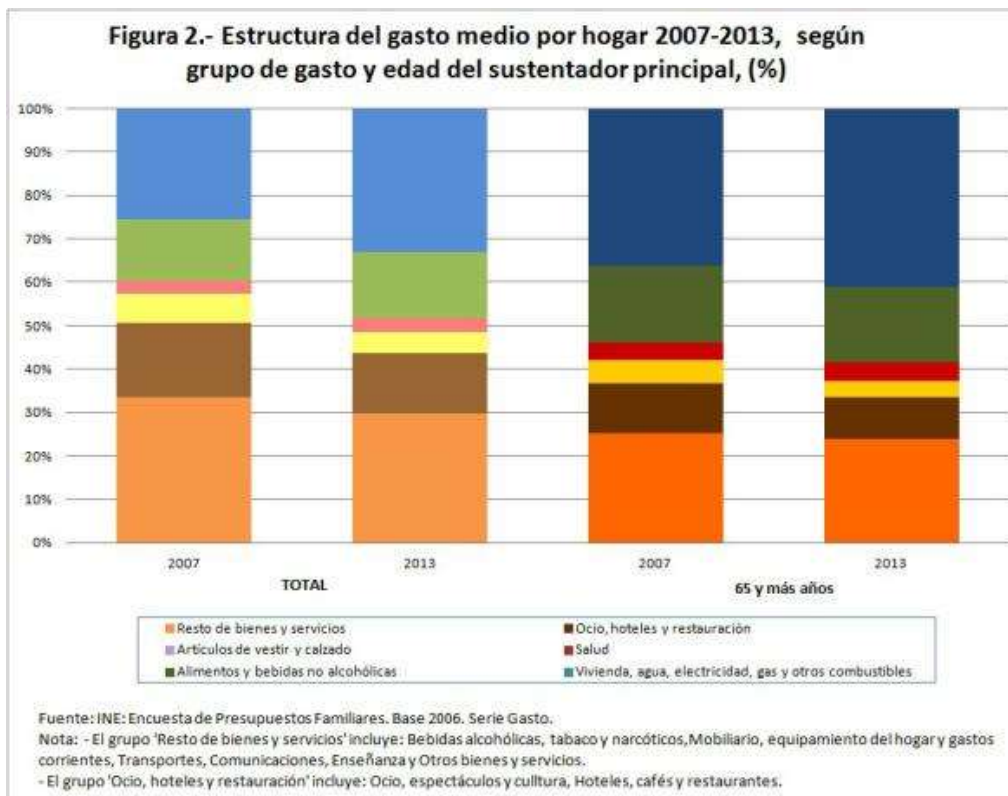
Indicador del cost dels serveis (mensual)

Teleassistència			Ajuda a domicili (per hora)					
21,31€			15,34€					
Centre de dia/nit		Atenció residencial						
Públic	Concertat		Pública			Concertada		
1	1	2	1	2	3	1	2	3
1.043,41€	782,51€	1.006,15€	2.129,42€	2.839,22€	3.832,95€	1.597,06€	2.129,42€	2.874,71€

1. Majors 2. Discapacitat 3. Discapacitat especial

Miremos ahora al conjunto de los ingresos y gastos de las personas mayores. Tal como refleja el **informe** de Antonio Abellán y Rogelio Pujol, la pensión media del sistema de Seguridad Social en España asciende a 886,8 euros mensuales en 2015 y la práctica totalidad de las personas mayores recibe alguna pensión (página 15). En el siguiente cuadro, tomado de **Envejecimiento en Red** se refleja la estructura del gasto medio por hogar de las personas mayores y del conjunto de la población:

² DE PRADA, María Dolores y otras (2015): "Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación" en *Documentación Social*, número 177, páginas 97-118.



Y en el siguiente, tomado de la [página](#) del Instituto Nacional de Estadística, veamos el gasto en servicio doméstico (y su aumento con la edad).

Porcentaje de hogares que disponen de servicio doméstico según edad de la sustentadora principal

	Total	16-44 años	45-64 años	65 o más años
Dispone	14,39%	9,86%	13,23%	22,50%
No dispone	85,61%	90,14%	86,77%	77,50%

En el **Informe España 2013**, de la Fundación Encuentro, se refleja la siguiente evolución comparativa del salario medio y las pensiones medias, favorable para estas (página 209):

Tabla 18 – Evolución del salario medio, de la pensión contributiva media y de la pensión no contributiva media. Valor absoluto y números índice. Base 2008=100. 2008-2012

	Valor absoluto			Números índice		
	Salario	Pensión contributiva	Pensión no contributiva	Salario	Pensión contributiva	Pensión no contributiva
2008	22.087,1	10.075,5	4.616,2	100	100	100
2009	22.575,4	10.556,8	4.708,6	102,2	104,8	102,0
2010	22.521,0	10.912,9	4.755,8	102,0	108,3	103,0
2011	22.857,1	11.269,4	4.866,4	103,5	111,8	105,4
2012	22.864,2	11.617,1	5.007,8	103,5	115,3	108,5

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta trimestral de coste laboral*, varios números; Ministerio de Empleo y Seguridad Social, *Anuario de estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, varios años; y Ministerio de Empleo y Seguridad Social, *Boletín de estadísticas laborales*, varios números.

Como reflejo de las limitaciones de la protección social que, hoy y aquí, brindan los servicios sociales baste recoger algunos datos de un reciente **informe** de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (páginas 4-5), según el cual “las diferencias interterritoriales no se han reducido y siguen siendo extremas en la mayor parte de los indicadores de cobertura de prestaciones y servicios:

- Hay un profesional en los servicios sociales básicos municipales por cada 1.325 habitantes en el País Vasco y uno por cada 8.956 en La Rioja.
- En la Comunidad de Madrid el Servicio de Ayuda a Domicilio alcanza al 9,5% de las personas mayores de 65 años, en la Comunidad de Valencia sólo al 1,9%. La media de horas mensuales del Servicio de Ayuda a Domicilio son 41,8 en Andalucía y sólo de 10,6 en Cataluña.
- En Baleares el índice de cobertura de plazas de financiación pública en Centros de Día por personas mayores de 65 años es 1,1%, mientras que en Aragón sólo 0,15%.
- En Castilla-La Mancha el servicio de teleasistencia alcanza al 26,15% de las personas mayores de 65 años, mientras que en Galicia sólo al 0,83%.
- En el País Vasco hay 4,1 plazas residenciales de financiación pública por cada 100 personas mayores de 65 años. En Murcia sólo 1,1.

De los datos que presentamos y de **otros** puede deducirse con claridad que la suerte de una persona mayor varía notablemente si tiene o no tiene necesidad de los cuidados y apoyos que proporcionan los servicios sociales y varía notablemente en función de la intensidad y duración de dicha necesidad de cuidados y apoyos. Colocándonos el velo de la ignorancia de John Rawls pensemos en que no sabemos si seremos una persona que muere a los 85 años sin haber salido apenas de la casilla 1.a de nuestra primera tabla u otra que muere a esos mismos 85 años tras pasar diez años en la casilla 3.c. (tras llegar a ella circulando por otras alledañas). Y con ese velo de la ignorancia pensemos en los servicios sociales en el marco de la protección social a las personas mayores.

La gran variabilidad interpersonal que vemos en cuanto a la necesidad de servicios sociales (que no se da, por ejemplo, en la necesidad de alimentación u otras) y la necesidad de diagnóstico y prescripción basadas en el conocimiento que presenta, por su complejidad, todo lo relacionado con la interacción (autonomía funcional e integración relacional) parecerían aconsejar la apuesta política por diferenciar y fortalecer (de una u otra manera) la rama de los servicios sociales, explicando, posiblemente, la ineficiencia e injusticia de tener que hacer frente a los costes que acarrear los cuidados y apoyos propios de los servicios sociales con la pensión (que resultaría más justa y eficiente para necesidades más homogéneas y menos complejas). Así parecen sugerirlo, por ejemplo, **estudios** que, para el caso del Reino Unido, señalan que alrededor de la mitad de las personas en situación de pobreza están en un hogar en el que hay una persona con discapacidad o tienen una discapacidad (página 4).

Cabe suponer que un limitado desarrollo de los servicios sociales incentiva perversamente estrategias de ahorro e inversión privadas crecientemente ineficientes para las personas, las familias y la sociedad y crecientemente generadoras de injusticias y desigualdades, con un importante sesgo de género. Las insuficiencias de la protección social de los servicios sociales contribuyen, seguramente, a una polarización social que coloca en un extremo a quienes tienen recursos personales, familiares

o económicos que les permiten organizarse mejor en lo tocante a la promoción y protección de su interacción (incluso pagando servicios sociales públicos³ a precios de mercado e incluso por encima del precio obtenible en el mercado) y, en el otro extremo, las personas que adquieren la condición de beneficiarias de los servicios sociales (cuando la logran) en la medida en que acreditan carencia de medios, condición en la que puede aumentar su riesgo de ser objeto de prácticas asistencialistas y estigmatizadoras o de baja calidad técnica y profesional. El primer mensaje clave (página 5) del **informe** *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, del Comité de Protección Social y la Comisión Europea es que “la protección social contra el riesgo de la dependencia de los cuidados de larga duración se necesita por razones de eficiencia y de equidad”.

Introducir en mayor medida los servicios sociales en las conversaciones públicas sobre la protección social de las personas mayores

Nuestra previsión sería que el desarrollo de una política pública sectorial de servicios sociales tiene futuro y retornos (económicos y sociales) en la medida en que los resultados esperados, en términos de eficacia técnica de la intervención, de eficiencia sostenible de la gestión y de equidad y legitimidad de la política utilicen y, a la vez desencadenen un conjunto de conocimientos (éticos, tecnológicos, prácticos y así sucesivamente) de suficiente entidad y potencia.

De lo contrario, los sujetos políticos preferirán los otros dos caminos evocados en el primer apartado (o una mezcla de ellos), es decir, la falta de compromiso de la esfera pública en el ámbito de los servicios sociales o la entrega de prestaciones económicas para la satisfacción (en su caso) de las necesidades correspondientes.

Nuestra visión es que si el objeto de la intervención social es la interacción (autonomía funcional e integración relacional); si hacer intervención social es prevenir, paliar o revertir desajustes o desacoplamientos en ese terreno (promoviendo autonomía o red y compensando o complementando con cuidados o apoyos profesionales las limitaciones correspondientes), entonces cabe decir que la revolución de las tecnologías para la autonomía en el entorno y para la información y la comunicación estará llamada a transformar el núcleo duro del proceso operativo de intervención social, que dichas tecnologías estarán llamadas a colocarse en el corazón de la prestación de servicios sociales. Nuestro reto está, por tanto, en la innovación para una intervención social cada vez más basada en la evidencia y el conocimiento.

A mediados del siglo XIX en el Hospital General de Viena, el médico Ignaz Semmelweis se preguntó por qué la mortalidad de las parturientas era muy superior en una sala que en otra y descubrió que la diferencia era que a la primera accedía personal tras diseccionar cadáveres y a la segunda no. Tras establecer la obligación de lavarse las manos la mortalidad en la segunda sala se fue reduciendo hasta llegar a ser similar a la de la primera. La atención sanitaria resultaba ineficaz, ineficiente y iatrogénica por el desconocimiento de la existencia de los microorganismos infecciosos y las correspondientes sustancias antisépticas para combatirlos, lo que sólo se superó con las posteriores investigaciones de Louis Pasteur y los métodos desarrollados consiguientemente por Joseph Lister.

Quizá estamos en una etapa de la intervención social en la que nos resulta invisible y desconocido el bien de la interacción, en la que los servicios sociales son torpes, ineficientes o destructivos en relación con ese delicado equilibrio entre lo que somos capaces de hacer (y decidir hacer) en nuestro

³ Sobre los copagos consultar los [trabajos](#) de Julia Montserrat.

desenvolvimiento cotidiano y los cuidados, apoyos y relaciones familiares y comunitarias. Quizá es posible apostar por unos servicios sociales que lejos de considerar irreversibles e inmanejables nuestras limitaciones de autonomía y de presentarse como sucedáneo o disolvente de la diversidad (generacional, sexual, funcional y cultural) de nuestros lazos familiares y comunitarios fortalezcan y perfecciones prácticas (existentes) eficaces, eficientes y sinérgicas de mejora de nuestro estado y proceso de interacción, capaces de actuar más preventivamente y en la **fragilidad** y menos paliativa y compensatoriamente.

El debate técnico, la deliberación ciudadana y la decisión estratégica no son fáciles. Las pensiones son un impresionante tótem social y político. Parece, con todo, haber buenas razones para conectar la discusión sobre las pensiones con la de los servicios sociales en un proceso de rediseño y recalibración de políticas y en un marco de inversión social para la sostenibilidad de la vida. Parece, también, que puede resultar prometedora la apuesta política por unos nuevos servicios sociales focalizados sobre la interacción y basados en la evidencia y el conocimiento. Ignaz Semmelweis, por cierto, fue rechazado por el estamento médico de su época, no se le renovó el contrato en el Hospital General de Viena y, tras diversos conflictos y un deterioro de su salud, murió dos semanas después de ser internado contra su voluntad en una institución mental, al parecer por las palizas de los guardias del lugar. Seguro que espera mejor suerte a quienes trabajen por la innovación y desarrollo de una mejor política pública de servicios sociales que, junto con un mejor sistema de pensiones, pueda ofrecer una mejor protección social a las personas mayores.