



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Las Entidades del Tercer Sector y el Sistema Catalán de Salud

Mercè Canet Ponsa

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR

Y

EL SISTEMA CATALÁN DE SALUD

Tesis doctoral

Por

Mercè Canet Ponsa

Para optar al título de Doctora en Sociología

Directora de tesis Dra. Nuria Rodríguez Ávila

Profesora de Sociología

Programa de Doctorado de Sociología

Departamento de Sociología



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

2017

ÍNDICE

Agradecimientos	7
Resumen	9
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL.....	15
1.1 Introducción	17
1.2. Analizando el concepto de Salud, beneficencia y bienestar social	18
1.3. El tercer sector como forma de garantía de los derechos del estado.	22
1.4. Las organizaciones no gubernamentales como fenómeno contemporáneo. ..	25
1.4.1. Las Organizaciones no gubernamentales (ONGs)	25
1.4.2. Limitaciones de las ONGs	26
1.4.3. Las políticas sociales y las ONGs.....	27
1.5. El trabajo como una vocación.....	29
1.6. Teorías de la donación	30
1.7. Teorías de las organizaciones	31
1.7.1 Grupos formales: Directores y Empleados.....	33
1.7.2 Las organizaciones como mitos y símbolos.....	34
1.7.3 El poder en las organizaciones.	34
1.7.4 La mortalidad y riesgos.....	35
1.7.5. Legitimidad y Estatus.....	35
CAPÍTULO II SALUD Y SISTEMA SANITARIO.....	37
2.1 Introducción	39
2.2. La salud y la enfermedad.....	39
2.3. La salud y la sanidad.....	42
2.4. Modelos de políticas sanitarias	45
2.4.1. La política sanitaria en España: el desarrollo de la Seguridad Social	48
2.4.2 Desarrollo histórico del modelo sanitario catalán	62
2.5 Visión económica de la salud.....	66
2.6. Concepción social de la salud	70
2.7. Las desigualdades en salud.....	71
CAPITULO III EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS DE BIENESTAR.....	79

3.1. Introducción	81
3.2. Las necesidades	82
3.3. De la Caridad a la Beneficencia	84
3.3.1 La caridad.....	84
3.3.2. La Beneficencia	91
3.4.- Origen y evolución del Estado del Bienestar	99
3.5. El Estado de Bienestar en España	107
3.5.1. Los Seguros Sociales	107
3.5.2. La Asistencia Social	110
3.6. Los servicios sociales	117
3.6.1. Antecedentes Históricos.....	117
3.6.2.- Los Servicios Sociales.....	120
3.7.- Transformaciones legislativas sobre atención social y nuevas tendencias. .	126
3.7.1. Sistemas de protección social en España	128
3.8. Entidades de tercer sector	133
CAPÍTULO IV EL TERCER SECTOR EN CATALUÑA	139
4.1 Introducción	141
4.2. Aproximación de los orígenes de Tercer Sector en Cataluña.....	141
4.3. El Tercer Sector en Cataluña	143
4.3.1.- Entidades impulsoras del Tercer Sector Social en Cataluña	147
4.4. Las entidades del Tercer Sector Social en Cataluña	149
4.4.1. Distribución territorial y ámbitos de actuación.....	149
4.4.2. Constitución.....	151
4.4.3. Forma Jurídica	152
4.4.4. Recursos económicos	153
4.4.5. Espacios y equipamientos	159
4.4.6. Capital Social.....	160
4.5. Organización Interna de las entidades	173
4.6. Impacto social.....	173
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA	179
5.1. Introducción	181
5.2. Planteamiento del problema objeto de estudio	182
5.3. Objetivos de la investigación	184
5.3.1. Objetivos generales	184
5.3.2. Objetivos específicos	185

5.4. Preguntas de la investigación	189
5.5. Hipótesis.....	190
5.6. Diseño de la investigación	192
5.6.1. Lugar de estudio.....	194
5.6.2. Población de estudio	194
5.6.3. Variables objeto de estudio.....	196
5.6.4. Cuestionario.....	198
5.6.5. Fuentes de datos	199
5.6.6. Cronograma de investigación	200
5.7. Técnicas de análisis.	201
5.7.1. Técnicas de análisis cualitativas.	201
5.7.2. Técnica de análisis de redes	205
5.7.3 Procedimiento	209
5.8. Limitación de la investigación.....	210
CAPITULO VI: ORGANIZACIÓN INTERNA DE LAS ENTIDADES	211
6.1. Introducción	213
6.2. Datos generales de las entidades.....	213
6.2.1 Número de entidades que realizan o financian actividades de odontología, audífonos, gafas y ayudas técnicas.	214
6.2.2 Perfil de los beneficiarios	214
6.2.3 Antigüedad de la entidad	215
6.2.4 Antigüedad del servicio	216
6.2.5. Ubicación de las sedes.....	216
6.2.6 Territorio de cobertura.....	218
6.2.7 Perfil de las personas entrevistadas en las entidades.....	219
6.3. Estructura interna	219
6.3.1 Estructura organizativa.....	220
6.3.2 El capital social.....	222
6.4. La actividad.....	236
6.4.1. Origen de la actividad.....	236
6.4.2. Tipología de actividad.....	238
6.4.3. Volumen de actividades	238
6.4.4 Importancia de la actividad	240
6.4.5 Calidad del servicio	242
6.5. Cultura corporativa	244
6.5.1 Anagramas e imagen corporativa.....	245
6.5.2 Significado ideológico	247
6.5.3 Estado versus beneficencia	248
CAPITULO VII: RELACIONES EXTERNAS DE LAS ENTIDADES	253

7.1 Introducción	255
7.2 Relaciones externas: Financiación	255
7.2.1. Capital público	256
7.2.2. Variabilidad de la financiación pública	257
7.2.3. Capital privado.....	259
7.3. Relaciones no económicas con la Administración.....	263
7.4. Relacion y vínculos con las Administraciones públicas.	264
7.5 Relaciones entre las entidades	265
7.6 Imagen corporativa con la sociedad.....	268
7.7 Visibilidad	269
7.8 Prestigio	269
7.9 Impacto de la crisis 2008	270
CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN	273
8.1 Introducción	275
8.2 Discusión sobre el objetivo 1. Estudiar la relación entre las entidades y la administración pública.....	277
8.3 Discusión sobre el Objetivo 2 Conocer la organización interna de las entidades 	281
8.4 Discusión sobre el Objetivo3. Conocer la regulación externa de las entidades. 	288
8.5 Discusión sobre el Objetivo 4 Pervivencia de las entidades	292
CONCLUSIONES	297
BIBLIOGRAFIA	305
Difusión de la investigación	343
ANEXOS	347
ANEXO I Cuestionario.	348
ANEXO II Consentimiento informado	359
ANEXO III Entidades participantes en el estudio	360
Índice de Gráficos, Figuras y Tablas.....	361
Glosario de siglas y acrónimos	365

Agradecimientos

Este trabajo es quizás una de las pruebas más complejas que me ha tocado vivir a nivel académico. No es fácil reemprender un doctorado después de doce años de interrupción y con unas condiciones de vida más complejas a las que tenía cuando empecé, tampoco es fácil enfrentarse a una misma, asumir miedos, inseguridades y en algunas ocasiones la incomprensión de algunas personas sobre la necesidad de continuar con el proyecto, sin embargo ahora tengo la sensación de que cada vez está más cerca la meta y la satisfacción de haber podido cumplir un sueño que sin duda no habría sido posible sin la ayuda, el apoyo y la compañía de muchas personas.

Mi más incondicional agradecimiento a la Dra. Nuria Rodríguez como directora y tutora animándome para su continuidad y por sus consejos a lo largo de todo el periodo de elaboración de esta investigación, al Dr. Jaume Farras por su comprensión y sus ánimos a finalizar el proyecto, a los Dres. Ramón Fletxa y José. A. Rodríguez por los seminarios de doctorado tan ilustrativos que me han acompañado durante la realización del esta tesis.

Mi marido y compañero Ramón que ha aceptado incondicionalmente esta aventura y me ha proporcionado todo su apoyo y ayuda, mi hija Ares que ha visto el tiempo compartido reducido y han tenido que sufrir con paciencia mis ausencias a la hora compartir ocio y vida, mi madre Pepita por su apoyo cariño y ánimo en la distancia, mis sobrinos Víctor y Mireia que me animaron orgullosos en la continuación del proyecto y mis hermanas, cuñados/as y sobrinos/as.

Sin duda por el soporte de mis compañeras Roser Martí, Georgina Miralles y María Povill, a mi amiga Mar Peña que siempre ha confiado en mí como amiga, compañera y profesional, a las compañeras Esther Hernando, Nuria Blanco, Ghiwa Hijazi, Mireia Vidal, Rosa Mejon, Carme Rovira, Carlota Cruzate y los/as compañeros/as del grupo de la Comisión de Igualdad del Instituto Catalán de la Salud Vanesa, Montse, Anna, Luz Jordi i Xavi por vuestra comprensión y apoyo en esta aventura desde el trabajo, también a mis cercanos compañeros/as de profesión a la presidenta del Colegio de

Trabajadores/as Sociales de Cataluña Nuria Carreras y la ex presidenta y amiga Pilar Puig.

A todos los representantes de las entidades que han aceptado participar en el estudio y me dedicaron su tiempo con amabilidad e interés facilitándome todo tipo de ayuda, a Esther Guiteras y Miguel Ángel Aragón representantes del Tercer Sector en Cataluña y del Consell d' Associacions de Barcelona que aceptaron disponer de su tiempo para facilitarme información para la investigación.

En fin, mi agradecimiento infinito a todos y todas estas personas que han estado presentes de uno u otro modo acompañándome en el transcurso de esta aventura académica.

Resumen

Introducción

Existen personas que por su situación de pobreza no pueden satisfacer algunas necesidades sanitarias básicas de salud debido a que por una parte no son financiadas por la Sanidad Pública y por otra parte a la desaparición de la sanidad de beneficencia. Este hecho ha propiciado la aparición de las ONGs, que proporcionan ayudas para facilitar estas prestaciones o su financiación. La constitución de estas entidades desde una economía aparentemente débil, no lucrativa y en algunos casos, con diversificación de recursos para su supervivencia no estrictamente sanitarios hace pensar en un sector desestructurado con formulas benéficas en su contenido y que el hecho de su existencia no sea realmente una forma de garantía del derecho a la salud preservado por el Estado.

Objetivos

Estudiar el funcionamiento de las entidades del Tercer Sector en Cataluña que, sin pertenecer directamente a la red de salud, cubren prestaciones o financian tratamientos de Atención Primaria en odontología, oftalmología (gafas para la corrección visual), audífonos, ortopedia (plantillas u otros aparatos) y farmacia (medicación que no cubre la Seguridad Social o aunque la cubra el usuario no puede costar la parte proporcional que le tocaría pagar).

El estudio pretende conocer sí estas entidades tienen vinculación con la Administración y especialmente con el Administración Sanitaria, conocer la variabilidad de su funcionamiento y en qué medida ellas se consideran vinculadas a salud o si solo están vinculadas a las prestaciones de tipo social. Se quiere dar una explicación a este fenómeno dentro del debate de la comunidad científica sobre en qué circunstancias los servicios sanitarios se consideran servicios de salud y en qué circunstancias los mismos servicios pueden dejar de serlo. Para llevar a cabo esta reflexión se ha investigado sobre los orígenes de la sanidad y la beneficencia, sus

conexiones y sus desvinculaciones actuales, así como el origen y la estructura de las Organizaciones No gubernamentales, la formación y el papel del Tercer Sector Social en Cataluña.

Metodología

Las entidades a estudiar parten de los requisitos, de que son entidades que dan cobertura o financian los servicios sanitarios escogidos aunque puedan o no tener carácter de ONGs, siempre que estén consideradas entidades sin ánimo de lucro y estén ubicadas en el territorio de Cataluña, quedando excluidas las entidades con carácter lucrativo que ofrecen las prestaciones mencionadas a precios más económicos. Al ser pocas las entidades que reúnen estos requisitos se determinó el estudio de todo el universo.

A partir de los objetivos generales se plantearon cuatro objetivos específicos que han estudiado la relación de las entidades del Tercer Sector con la Administración, su funcionamiento interno, sus relaciones externas con otras entidades y su pervivencia. El planteamiento de hipótesis y el diseño de indicadores han permitido realizar el análisis posterior. La recogida de datos se ha realizado mediante el diseño de un cuestionario específico para el estudio, con 62 preguntas seleccionadas en cinco apartados y dos entrevistas en profundidad. El Estudio se ha completado mediante técnicas de observación, recogida de documentación escrita y páginas web. Se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados del cuestionario con gráficos y porcentajes que permiten el análisis de resultados con la finalidad de poder dar explicación a la situación estudiada, también se han incorporado los resultados del análisis documental, las observaciones registradas y las entrevistas en profundidad. El apartado de relaciones externas se ha completado con un análisis de redes entre entidades.

Resultados

Los resultados se han expuesto en dos capítulos, uno describe los datos generales de las organizaciones y su organización interna tipo de organización, obteniendo los resultados siguientes: La mayoría tienen una organización jerárquica siendo solo asamblea en las entidades muy pequeñas. Las entidades funcionan mayoritariamente con personal voluntario en la mayoría de los casos mujeres con la característica de que la mayoría son voluntarios/as especializados/as (profesionales). Con respecto a la calidad de la organización interna de la entidad y de los servicios prestados, solamente las entidades grandes, disponen de algún certificado de calidad (ISO), el resto de las entidades no disponen de ningún certificado de calidad y controlan su actividad mediante registros internos, algunas de estas entidades no disponen de controles sobre la calidad de su servicio exceptuando los controles de higiene para casos de odontología. La mayoría de entidades coinciden en la demora del servicio como punto de ineficiencia por la presión de la demanda y por no disponer de suficientes voluntarios para atenderla. A nivel ideológico más de la mitad de las entidades se consideran laicas, en su simbología no aparecen elementos religiosos y en sus discursos se habla más de servicio que de ayuda.

El capítulo que trata sus relaciones externas ha determinado que la mayoría de entidades se financian con capital mixto debido a que al realizar un servicio público la Administración colabora con su aportación. También se ha comprobado que tienen muy poca vinculación con la Administración de Sanidad, en cambio si reciben subvenciones de administraciones de Trabajo Asuntos Sociales y Familia, de Educación y Corporaciones locales. Con respecto al capital privado aunque la mayoría se financia con las actividades que realiza para su sostenimiento, también reciben ayudas por parte de la industria debido a la necesidad de material o los productos que se fabrican en la misma y del capital financiero para el soporte de la financiación de instalaciones y mantenimiento. Las entidades financiadoras se nutren principalmente de capital industrial y financiero desde la perspectiva de créditos que nutren a la entidad para

que esta a su vez pueda financiar el servicio.y por último las entidades educativas donde las prácticas del alumnado prestan un servicio a bajo coste para los usuarios, la financiación de este servicio tiene su origen en la recaudación de la matriculación y las ayudas que se perciben de la comunidad educativa (departamento de educación y universidad).

Las entidades tienen más relación con entidades grandes, que entre sí, debido a que aquellas disponen de una extensa red de filiales en todo el territorio catalán y por esta razón en algunos casos ejercen como intermediarias y en otros casos como financiadoras, según las características de la situación. También se han determinado más vínculos de relación entre entidades con ideologías afines y entidades con la misma actividad. Las entidades medianas y pequeñas son conocidas y tienen prestigio dentro de su entorno, pero son desconocidas por el gran público en general.

El impacto de la crisis económica del 2008 hizo crecer en un 25% el número de entidades, se supone debido la demanda del tipo de servicios, pero la crisis ha afectado a las entidades en primer lugar, con menores donaciones por parte de la industria y en segundo lugar por la impuntualidad en el cobro de las subvenciones, esto ha derivado a que algunas de ellas hayan pasado en mayor medida a la actividad privada.

Conclusiones

Las entidades se encuentran concentradas mayoritariamente en Barcelona Capital o Área Metropolitana, también hay un grupo importante en Girona, el resto de provincias no dispone prácticamente de este tipo de servicios pero las grandes entidades como Caritas o Cruz Roja al tener sedes por todo el territorio catalán financian estas prestaciones en las localidades donde no existen otros recursos para poder hacerles frente. Las entidades piensan que realizan un servicio sanitario, pero en cambio no tienen prácticamente relación con el Departamento de Salud de la Generalitat, pero si tienen relación con la Administración local y con el Departamento

de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia. Las subvenciones que reciben no están dedicadas específicamente para este cometido, ya que es la entidad la que determina el presupuesto específico para la actividad concreta por lo tanto, la prestación o su financiación, queda diluida dentro de sus proyectos sociales no existiendo una obligatoriedad reglamentada de provisión. Esta situación explicaría el hecho de que solo se dispongan de unos mínimos básicos organizativos para su funcionamiento y no dispongan de un certificado de calidad de la organización para este servicio, aunque la calidad del servicio prestado en algunos casos pueda venir igualmente condicionada a la experiencia del profesional voluntario y a la calidad de los materiales empleados. La falta de infraestructuras o voluntariado profesional, limita la actividad de la entidad y produce retrasos en las prestaciones provocando listas de espera, de aquí se llega a la conclusión de que la entidad no está en función del usuario sino que es el usuario él que está en función de la entidad y que la pervivencia de la actividad no tiene una relación directa con la supervivencia de la entidad continuando con el concepto de prestación benéfica y no siendo reconocida como una prestación sanitaria ya que la prestación puede desaparecer y la entidad continuar con sus actividades. Algunas de las entidades participan de forma regular en los Consejos de Salud y Bienestar de las distintas Administraciones Locales, al estar estas vinculadas con la Agencia de Salud Pública, el Departamento de Salud ya no precisa de las entidades como consultoras ya que mediante este procedimiento puede conocer los posibles problemas epidemiológicos y necesidades sanitarias emergentes. La mayoría de organizaciones son entidades medianas y pequeñas que se ven en la necesidad de realizar actividades o prestar servicios para poder financiar parte de la actividad benéfica que realizan. Existe una mayor relación entre las entidades que solo son prestadoras de servicios y las financiadoras debido a que esta unión en algunos casos permite la materialización de la prestación o servicio. La mayoría de las entidades son laicas, pero se ha observado una mayor cohesión entre entidades de origen religioso, esta característica implica el tener una red más restringida de accesibilidad de los servicios vinculados a ellas o a su financiación.

Las grandes entidades tienen más fuerza y prestigio social que se le presupone derivada de la relación existente con la Administración, la iglesia Católica o entidades internacionales, esto les permite recaudar más en número de socios y donaciones, estas entidades tienen un gran poder de influencia sobre las pequeñas como suministradoras de usuarios y financiadoras de las prestaciones. Se ha observado la tendencia a que las grandes entidades vayan dejando sus primeras funciones para posicionarse como gestoras entre la Administración y las entidades más pequeñas que son las que mayoritariamente financian o prestan servicios.

CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL

1.1 Introducción

Las necesidades humanas responden en cada sociedad y en cada época histórica a un determinado nivel de desarrollo social, esto es, a una forma peculiar de organizar la producción, a una determinada concepción de valores y a unas formas particulares de relación del individuo con la comunidad. Las necesidades humanas básicas de comer, dormir, disponer de una vivienda, tener acceso a la sanidad y a la educación, han sido concebidas como derechos fundamentales que se deben adquirir por el hecho de ser miembros de una determinada sociedad y por ello se reconoce que la existencia de estas necesidades deben ser atendidas por la comunidad, y por lo tanto, en los estados modernos mediante políticas sociales.

El hecho de entender el progreso como una consecuencia del desarrollo económico ha llevado a que gran parte de las políticas sociales que se han desarrollado lo hayan realizado bajo la perspectiva de que *“la política social se desarrolla mediante la intervención política y el desarrollo económico que son puntos claves del conflicto entre percepciones e intereses de los diversos actores sociales y de la confrontación entre visiones distintas sobre el papel del Estado en lo económico y lo social”*(Montagut, T 2008). Los estrechos vínculos que unen a los dos ámbitos sitúan a la política social justo en el análisis de las relaciones y conflictos relacionados con la distribución de recursos.

En la actualidad vemos que el progreso económico, no ha conseguido eliminar la exclusión y las desigualdades sociales y si no existen mecanismos de redistribución equitativa de la renta, las desigualdades y la exclusión social tienden a aumentar. La exclusión social representa un gran desafío multidimensional que requiere de medidas políticas, económicas, jurídicas, sociales y también humanitarias para dar respuestas. En los campos en los que se deben trabajar son, la salud/sanidad, junto con la educación, así como en sistemas eficaces de pensiones y servicios sociales conocidos como pilares básicos del Estado del Bienestar.

El Estado interviene en cualquiera de estos sectores mediante la regulación, financiación y provisión de servicios, de hecho, las diferencias entre distintos modelos

sanitarios y deservicios sociales se basan en diferentes combinaciones de estas tres formas de intervenir. Cuando nos referimos a la cobertura sanitaria nos planteamos que la financiación pública y la universalidad de la cobertura en el modelo sanitario son dos elementos fundamentales. La financiación es uno de los principales obstáculos al funcionamiento del mercado, que cree que la financiación del sistema sanitario reduce la libre competencia y a su vez la libertad de elección, conceptos que actualmente están asumiendo una mayor fuerza con la crisis económica actual.

1.2. Analizando el concepto de Salud, beneficencia y bienestar social

En este apartado se hace una reflexión de cómo nuestra sociedad concibe la salud de las personas y sus cuidados para un mayor bienestar y la discusión de si la cobertura de estas necesidades pasaría por necesidad económica individual o en cambio sería un derecho individual.

A.- El concepto de la Salud

El concepto de salud viene determinado por el bienestar físico, psicológico y social de los individuos (Alma Ata OMS, 1978), pero en la medicina convencional no se ha avanzado hacia un conocimiento más profundo del hombre y la sociedad en relación a los niveles de salud y enfermedad. La medicina actual, más bien se ha convertido en una organización científica moldeada por una organización burocrática que cosifica los tratamientos en especialidades de forma que en múltiples ocasiones no existe una continuidad, sino que existen parcelaciones en los tratamientos sin tener en cuenta una visión de conjunto, es decir, la falta de un análisis más multidisciplinar del problema motiva múltiples fallos o la aparición de nuevos problemas de salud.

Cuando se analiza la universalidad de los cuidados de la salud, es cuando se visualiza más la necesidad de la cobertura de aspectos de salud de carácter preventivo, cuyo objetivo es impedir que los problemas de salud se agraven. En los casos en que los problemas de salud no disponen de cobertura universal se pueden dar dos opciones, por una parte la de que el paciente trate de encontrar una solución en la medicina

privada y pagar a precio de mercado el servicio que necesiteo por otra parte, en caso de no tener recursos suficientes para hacer frente al dispendio económico, se busquen entidades benéficas que lo ayuden con el problema

La existencia de desigualdades en salud producidas por factores sociales la encontramos descrita ampliamente en la literatura científica a lo largo de dos décadas (Benach, J. 1997, Marmot, M. y Wilkinson, R.G.1999, Borrell, C. y Benach, J. 2003, Borrell, C. y Benach, J. 2005). Existen evidencias claras que *“las personas de clases sociales más bajas presentan una salud más deteriorada, también cabe tener en cuenta que no solo influyen los aspectos socioeconómicos, sino que otros aspectos sociales tales como el género y la inmigración, las condiciones de vida y trabajo, los estilos de vida y las oportunidades que ofrecen los territorios a nivel de servicios influyen en este tipo de desigualdades”* (Borrell, C. y Benach, J. 2003). Por lo tanto, si existen dificultades de acceso a servicios sanitarios preventivos básicos, es porque estos no tienen cobertura sanitaria pública o porque no existen unas políticas sociales a nivel local que puedan subsanar estas dificultades. La dificultad para acceder a determinadas prestaciones sanitarias por parte de las personas con bajos o nulos recursos y esto se traduce en una calidad de vida inferior para ellos.

B.- Beneficencia

En primer lugar, cabe tener en cuenta que la beneficencia es fruto de la desigualdad socio-económica entre personas. El componente ideológico de la beneficencia aparece reflejado en las religiones y creencias a partir de la necesidad de buscar un reequilibrio entre ricos y pobres sin que por ello desaparezcan las desigualdades. Según K.E.Boulding *“El acto benéfico proporciona a la persona rica una sensación de bienestar”*(Boulding,K.E. 1976)al dar o repartir algo de riqueza, ya sea riqueza personal o de la colectividad a personas necesitadas, en cambio, la persona pobre, el recibir, le permite paliar algunas de sus necesidades básicas durante un periodo más o menos largo de su vida, a su vez *“recibir por necesidad pone al individuo en situación de dependencia pudiendo perder en algo su dignidad de persona”*(Boulding,K.E. 1976).

La beneficencia y la salud siempre estuvieron íntimamente ligadas hasta el siglo XIX que fue cuando la medicina realizó avances científicos espectaculares y adoptó otras formas desvinculadas a la atención directa con el paciente, sin que por ello hubiera una desvinculación directa entre los médicos científicos y los médicos sanadores, ya que para seguir investigando se necesitaba la existencia de pacientes y a su vez para curar pacientes había necesidad de investigar. La necesidad vital de sanar frente a quien tiene el poder de financiar los servicios salud fue lo que realmente se planteó durante los siglos XIX y XX como necesidad básica del ser humano y por lo tanto como un derecho de la persona, esto fue lo que propició el principio los seguros médicos laborales, posteriormente la seguridad social financiada por las cotizaciones laborales y más tarde financiada a cargo de los presupuestos generales del Estado.

C.- Bienestar Social

El concepto de bienestar social no aparece hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX con la primera guerra mundial el origen del conflicto viene determinado por el colapso del capitalismo liberal que había instaurado un sistema económico-cultural, organizado económicamente en base a la institución de la propiedad y la producción de mercancías, fundada culturalmente en el hecho de relaciones de intercambio (compra-venta). Durante los siglos XIX y XX el sistema capitalista encontró en Europa su regulación en la aparición de la ideología socialista. Situación que precipitó la aparición de los seguros médicos para trabajadores mediante cotizaciones la Seguridad Social según el Modelo Bismarck Alemán y posteriormente la cobertura sanitaria para la población de forma general, lo que se conoce como sistema anglosajón, estos fueron algunos de los logros de los trabajadores ante el desenfreno del capitalismo en estas épocas.

La necesidad de superar este tipo de capitalismo hacia una versión más moderna, más social, es lo que da lugar a la aparición de los Estados democráticos y a su vez a lo que hoy conocemos como Estado del Bienestar. Para Montagut, T. *“La democracia puede ser definida entre otras formas como un modo de vida que exige hacer frente a unos*

dilemas morales” (Montagut, T. 2008), cada país se ha ido democratizando en función de su historia, su economía y sus valores que le han permitido realizar transformaciones profundas en su proceso de democratización y por lo tanto en la consecución de su Bienestar. Por lo tanto *“No podemos pensar en un modelo de Estado del Bienestar único sino más bien el resultado de la búsqueda institucionalizada de la experimentación y la acumulación de acontecimientos en el marco democrático de cada uno de los países”* (Montagut, T. 2008). El Estado de Bienestar que hoy conocemos es el resultado de una progresiva convergencia de las políticas sociales inspiradas por ideologías antagónicas: la progresista-socialdemócrata y la liberal conservadora. Las políticas sociales han ido evolucionando desde las formas de asistencia caritativa o benéfica propias del siglo XIX hacia una preocupación por el desempleo y por último hacia la interdependencia de la asistencia social y los salarios en el siglo XXI.

Actualmente, el contenido de nuestros derechos sociales viene determinado por cuatro actores: El primero de ellos es el Mercado que se basa en el Derecho al trabajo y a la Vivienda, el segundo el Estado como servicio público, en tercer lugar el tercer sector, y por último, las familias, pero es el estado el único que tiene poder para garantizarlos. Esta forma de Estado se distingue de las anteriores por un cambio estructural muy importante: el intento de convertir la beneficencia en solidaridad. *“En cuanto a la modernidad es el proceso histórico donde la solidaridad se va volviendo “fría”, porque se construye a través del Estado y porque se transforma a través de los derechos civiles, políticos, económicos y sociales. Los movimientos sociales han forzado al Estado a ampliar esta “lógica fría” de la que se habla obligándole a ampliar el catálogo de derechos esto es lo que ha fomentado la aparición de entidades de tercer sector como soporte al Estado para poder cubrir determinadas necesidades de la población”* (Comín, A. 2013).

1.3. El tercer sector como forma de garantía de los derechos del estado.

El concepto Tercer Sector es un concepto que propicia indefinición y confusión. ¿El tercer sector es solo social? Se entiende por social todo aquello que trata de satisfacer necesidades básicas de los individuos con bajos recursos pero el concepto social, también se hace impreciso cuando lo social puede ser también cultural de ocio de relaciones personas etc. por lo tanto en el momento en que se hable de lo social siempre es preciso contextualizarlo, es decir, para este estudio, lo social siempre tendrá una relación directa con la cobertura de necesidades básicas y no hará referencia a otros fines. Debido a esta dificultad, se hace necesario pensar si es necesario exponer en aspectos claves sobre lo que se entiende a nivel teórico por Tercer Sector con la finalidad de poder dar un contenido más concreto a lo que se quiere investigar.

Según consta en la literatura científica tradicional, ya sea jurídica o sociológica es Tercer Sector el que se contrapone al primer sector y al segundo sector.

El Primer sector o sector público: *“es un sector formado por todas aquellas organizaciones de titularidad pública que tienen como objetivo o finalidad el interés general y por lo tanto el beneficio social”* (Comín, A. 2011). El sector público se financia a través de los impuestos tasas y precios públicos, es decir, a través de todos los contribuyentes.

El Segundo sector o sector privado *“al formado por todas aquellas organizaciones privadas que tienen como objetivo procurar el beneficio económico de sus miembros”* (Comín, A. 2011). Se trata de empresas de compra y venta de mercancías, entidades financieras etc. El sector privado se financia a través del mercado: compras, ventas, transacciones financieras etc.

Por lo que respecta al **Tercer Sector:** *“sería el formado por todas aquellas organizaciones de titularidad privada (no públicas, no estatales, no gubernamentales) pero que su objetivo no es el beneficio de sus miembros sino que su objetivo va*

vinculado al interés general” (Comín, A. 2011). Se escoge este planteamiento, porque tenemos que algunas de las las entidades que forman partedel Tercer Sector compartirían parte de las características de las entidades del Primer y Segundo Sector, es decir por una parte son entidades privadas que se crean, se mantienen y se disuelven de acuerdo con la voluntad de de las personas que las han impulsado o forman parte de ellas y por otra parte estas entidades no buscan el beneficio particular sino que trabajan para el beneficio de otros es decir para el interés general.

Desde un concepto general las entidades de Tercer Sector desde el punto de vista jurídico suelen ser asociaciones o fundaciones. El Tercer Sector se financia a través de las aportaciones voluntarias de las personas a las organizaciones, de las donaciones, cuotas de los asociados y en algunos casos pueden llegar a recibir subvenciones públicas.

Situaciones híbridas

De todas formas es necesario destacar que no hay situaciones puras cuando entramos en la economía de lo social, ya que nos encontramos con organizaciones que perviven de forma híbrida entre los diversos sectores. Estos casos pueden ser:

Las empresas públicas: que se financian mediante la venta de bienes o servicios en un mercado determinado en el cual a veces compiten con otras empresas privadas o públicas, un ejemplo es el caso del metro de Barcelona.

Las empresas privadas que se presentan a concursos y licitaciones públicas: La existencia de un mercado de consumidores que son las Administraciones Públicas (primer sector), propicia que empresas privadas se presenten a estos concursos o licitaciones con ofertas que intenten dar respuesta a un demanda previamente definida por las Administraciones Públicas, a diferencia de los mercados normales donde hay muchos consumidores aquí solo hay un consumidor que es la Administración Pública y la demanda no la definen las empresas sino que queda definida por el sector público, esto supone que solo se producirá el servicio o el bien si

hay garantías de que va a ser consumido. Por lo tanto, aquí el sector privado se adentra hacia el sector público. Los sectores sanitarios y de Bienestar cubren muchas de sus necesidades con este tipo de empresas.

Las empresas de economía social: Estas empresas son privadas pero se diferencian en que su objetivo no es beneficiar a unos propietarios o accionistas, sino a sus trabajadores en forma de cooperativas. Estas empresas no se pueden considerar puramente del sector privado, ya que no corresponden a la lógica de este sector que es beneficiar a los propietarios y en estos casos no se estaría beneficiando un interés meramente particular, sino que en cierta medida se entraría dentro de un interés de economía social.

Por este motivo, son muchos los teóricos que consideran que la economía social se encuentra en la frontera del sector privado y del tercer sector, y los tres tipos de empresas entrarían dentro de la economía de segundo sector pero considerándolos situaciones especiales. Según Comín, A. *“se considera que el Tercer Sector aporta a las políticas sociales una función reivindicativa que sirve para que las instituciones públicas tomen conciencia de determinadas necesidades sociales por el hecho de haber sido detectadas y reconocidas, también tienen la función de aportar experiencia en las fases de planificación y elaboración de políticas sociales”* (Comín, A. 2011). Por su naturaleza el Tercer Sector aporta una dimensión de gratuidad que difícilmente pueden aportar las organizaciones privadas y por último, es clave a la hora de ejercer su función crítica orientada a la valoración de diferentes políticas ya sea para su evaluación, rediseño u orientación.

De todas formas no se puede olvidar que *“la sociología del conocimiento nos ha demostrado innumerables veces que detrás de un conocimiento hay un interés que lo limita y lo posibilita”*(Habermas,1981), es en este punto donde aparecen las creencias, ideologías y condicionantes sociales que hacen que estas entidades no siempre tengan la neutralidad que aparentan y que entrarían dentro del Tercer Sector Social.

Actualmente, no se pueden tener dudas sobre la importancia y extensión económica del Tercer Sector. “ En el año 2009, en Cataluña ya se estimaban unas 7.500 organizaciones con un volumen económico de un 2,8% del PIB catalán con un número de personas contratadas superior a 100.000 y un número de personas voluntarias que supera 250.000”(Anuario del tercer sector social, 2009). Este dato lo forman todas las organizaciones de Tercer Sector de Cataluña, pero el núcleo de intervención de esta tesis se dará solo en las organizaciones no gubernamentales que dan provisión a unos servicios de salud previamente definidos.

1.4. Las organizaciones no gubernamentales como fenómeno contemporáneo.

1.4.1. Las Organizaciones no gubernamentales (ONGs)

El término de ONG (organización no gubernamental) se conoce para designar entidades ciudadanas que se ocupan de cuestiones que también son objeto de atención o responsabilidad gubernamental. Según el libro de las ONGs en Cataluña, “una ONG nace cuando un grupo de personas deciden asociarse para realizar algunas de sus aspiraciones e, ilusiones más allá de sus obligaciones laborales y cívicas que deben realizar por necesidad” (Generalitat de Catalunya, 1999).

Según J.Montserrat estas organizaciones tienen las siguientes características:

- *La heterogeneidad de sus actividades.*
- *La multiplicidad de actividades en una misma organización.*
- *La fragmentación de las organizaciones.* (Montserrat, J. 2011)

Estos conceptos se han tenido en cuenta entre otros para el diseño de la investigación.

Las personas suelen asociarse por afinidad o por gustos entorno a una actividad a realizar que tenga un sentido para ellos y para las personas de su entorno. Es más atractivo realizar actividades con otras personas afines a las mismas corrientes de pensar y de sentir que hacerlo de forma independiente. La emoción y el riesgo son parte del clima en que actúan algunas de estas organizaciones. Existen ONGs que

defienden ideas, propuestas y prácticas a veces opuestas a las establecidas, defender a los pobres a veces supone criticar el funcionamiento de un sistema económico que genera pobreza y que satisface a la mayoría de los poderes mundiales y por este motivo muchas de las ONGs suelen ser críticas y renovadoras. El carácter gratuito o semi gratuito de los servicios se produce la mayoría de las veces por el trabajo voluntario o semi voluntario de los miembros de las ONGs, el volumen de trabajo suele estar determinado por las necesidades existentes y por la capacidad de captar estas necesidades para sus servicios. La vocación de servicio es otra de sus características, aunque el egoísmo forma parte de la condición humana también son naturales los gestos de solidaridad y de servicio. Por esta razón, algunas personas forman movimientos asociativos porque quieren ejercer algún tipo de compromiso cívico en relación a algún problema que quiere solucionar.

1.4.2. Limitaciones de las ONGs

Aunque a nivel teórico las ONGs se financian mediante aportaciones privadas ya sea en forma de donaciones, mecenazgo cuotas de asociados etc., en algunos casos las asociaciones y fundaciones sobreviven gracias a su actividad de mercado ya sea en el mercado público o en el privado de la misma forma que lo harían como si fuera productos de una empresa privada estructurándose como auténticas empresas de servicios estando legalmente autorizadas a hacerlo. Si se tiene en cuenta que las ONGs pertenecen al Tercer Sector, ¿qué diferencia habría con una empresa tipo cooperativa del segundo sector que se dedicase a la misma actividad?. Probablemente, lo que se podría decir, es que las dos han encontrado una misma frontera hasta prácticamente borrar las diferencias entre sí, aun perteneciendo a sectores diferentes. Por otra parte, si tenemos en cuenta que las ONGs reciben otros ingresos mediante subvenciones públicas, esta característica nos revela que nos encontramos en la frontera del tercer sector con el sector público y por lo tanto, los condicionamientos económicos pueden crear dependencias excesivas de las ONGs respecto de los poderes públicos o del poder económico limitando su independencia y distorsionando o cambiando sus

objetivos. Este interesante aspecto es el que realmente hace plantear la verdadera independencia de las ONGs.

1.4.3. Las políticas sociales y las ONGs

Las políticas sociales dentro de un amplio sentido de la palabra incluyen las políticas sanitarias y las de asistencia social entre otras, el hecho de que las políticas sociales sean las que más se desarrollan en el sector público hace que nos preguntemos por el papel del Tercer Sector en la realización de estas políticas y que la cuestión de la independencia del tercer sector sea relevante.

La crisis económica y los poderes políticos condicionados por los poderes económicos por falta de liquidez financiera, hacen fracasar la función regulatoria del Estado. En el momento en que las empresas dejan de percibir créditos para hacer frente a sus proveedores e inversiones, empieza una masiva destrucción de empleo con una gran disminución de ingresos fiscales, se incrementa el paro y se produce un incremento del grado de prestaciones por subsidio de desempleo, provocando el decrecimiento en la financiación de los servicios públicos de hospitales, escuelas y por supuesto ONGs, esto implica contratos precarios y como consecuencia la cultura organizativa queda resentida.

Los problemas financieros de las administraciones públicas se traducen en recortes presupuestarios y prolongación en el tiempo del cobro para deudas concretas de las ONGs., por lo tanto, el impacto económico de la crisis sobre este tipo de organizaciones vendrá limitado por los tipos de vinculaciones jurídicas que se tengan con la Administración, no será igual cuando existen servicios con obligatoriedad de provisión por parte de la Administración que en el caso de los servicios donde no existe esta obligatoriedad.

Las necesidades sociales siempre han existido, y la sociedad civil siempre ha intentado dar ayuda a través de organizaciones no lucrativas mediante los donativos de sus feligreses o las cuotas de sus asociados, pero con la llegada de la democracia el Estado

toma conciencia de estas necesidades y dedica una parte de sus presupuestos a financiar estas actividades reduciendo así el aspecto benéfico de las mismas y dignificándolas a través del reconocimiento del derecho. La crisis económica implica a nivel político un cambio de lógica respecto al tercer sector, el estado se va; desaparece, no paga y el tercer sector queda sustituyendo al estado, en consecuencia deja de haber derechos, todo es voluntario, es una relación privada de la persona con su necesidad con una entidad privada de carácter de benéfico. Esta situación es válida también en las relaciones entre el Estado y la familia. El fracaso en la función regulatoria implica el fracaso de como el Estado del Bienestar coopera con el tercer sector.

Por otra parte, las ONGs que se financian con la venta de productos o con la prestación de servicios tienen menos demanda, pudiéndose ver afectados los empleos de las personas que trabajan en la ONGs y pudiéndose ver doblemente afectadas las personas con discapacidad que pudieran estar contratadas por estas entidades. Las donaciones o cuotas de los miembros de la organización pueden verse aumentadas por el efecto de solidaridad, pero los donativos solo sirven para financiar proyectos puntuales no proyectos permanentes debido a que el volumen de donativos no suele ser constante ni de gran cantidad, en cambio, sí que se puede producir un incremento de personas voluntarias debido a que existen más personas con tiempo libre, pero esta nueva situación no puede llegar a reemplazar la financiación ni a los profesionales de las organizaciones, por lo tanto tampoco genera un ahorro que permita la supervivencia de la organización. Es legítimo preguntarse qué pasaría, si el tercer sector y sus ONGs quedaran absorbidos por el Segundo Sector (sector económico) o si por otra parte ante las nuevas necesidades sociales emergentes y los cambios legislativos que las están propiciando no aparecieran nuevas ONGs desvinculadas del poder político y más vinculadas a los aspectos caritativos y de beneficencia como existían ya en épocas anteriores.

1.5. El trabajo como una vocación

El objetivo de la economía dentro de nuestra sociedad es maximizar la producción, la explotación de los trabajadores, la rentabilidad de los capitales invertidos y el desarrollo de las tecnologías punta, todo esto se produce gracias al componente del trabajo humano, ya sea intelectual o manual. El trabajo, la mayoría de las veces, no tiene un componente vocacional, el trabajo se realiza con la finalidad de poder cubrir las necesidades materiales de los individuos, no obstante cuando se habla de ONGs no se suelen tener estas mismas ideas sobre el concepto trabajo. Para poder dar una explicación a este cambio conceptual sobre el trabajo, me remitiré a algunos escritos de Abraham Maslow que nos habla sobre la existencia de meta necesidades en muchas personas, Maslow ha estudiado a hombres y mujeres que han desarrollado sus vidas en base a trabajos vocacionales y que han sido estimulados por meta motivaciones. El autor resume la teoría de las meta-necesidades en trece suposiciones de las cuales solo citare las que son más interesantes para este trabajo (ver tabla 1)

Tabla 1 Satisfacción según Maslow

- 1.- Individuos con necesidades básicas cubiertas que se encuentran ahora motivados en otros sentidos superiores.
- 2.- La definición plena de la persona debe incluir valores intrínsecos como parte de la naturaleza humana.
- 3.- Estos valores intrínsecos son de naturaleza instintiva, es decir, son necesarios para:
 - Evitar la enfermedad.
 - Lograr la plenitud del crecimiento o de la condición humana.
- 4.- La jerarquía de las necesidades básicas tiene preponderancia sobre las meta necesidades.
- 5.- Cualquier valor intrínseco queda plenamente definido por la mayor parte o la totalidad de otros valores.
- 6.- La vida valorativa (espiritual religiosa, filosófica axiológica etc.), es un aspecto de la biología humana.

Fuente: *Elaboración propia a partir Maslow, (1983)*

Por lo tanto, en esta tesis se tendrán en cuenta las aportaciones de Maslow, anteriormente mencionadas y también el trabajo vocacional, ya que el origen de muchas ONGs viene determinado por este componente vocacional de autorrealización, que es lo que permite su creación y pervivencia.

1.6. Teorías de la donación

El término donación se emplea como nombre genérico para la comprensión de lo que sería una transferencia unidireccional. No siempre es fácil distinguir las donaciones de los intercambios, de hecho se ha argumentado que todas las donaciones son intercambios de algún tipo. Según K.E. Boulding *“Hay dos tipos de donaciones: una el regalo, que surge del amor y otra el tributo que surge del temor”* (Boulding, K.E. 1976). Por una parte, es cierto que cuando doy una moneda a un mendigo podría decirse que hay algo que pasa de él a mí en forma de estatus, agradecimiento o alguna sutil transferencia de tipo psicológico. Sin embargo, estas transferencias inmateriales, por muy reales y valiosas que puedan ser, no son reconocidas por los contables, y la práctica contable, por muy limitada y arbitraria que sea, ofrece al menos una distinción práctica clara entre donaciones e intercambios a efectos de redistribución. Por otra parte, el conjunto de relaciones sociales que abarcan estatus, identidad, comunidad, legitimidad, lealtad, amor y confianza son a las que hay que dirigirse si queremos comprender el crecimiento y la estructura de la economía de las donaciones. Según K. E. Boulding una donación es siempre una relación entre dos o más partes. En la relación bipartita siempre incluye al donante o donador por una parte, y al receptor, por otra *“Así, una donación conlleva al menos dos decisiones: una decisión por parte del donante de realizar la donación y una decisión por parte del receptor de recibirla”*. (Boulding, K.E. 1976). La decisión del donante puede parecer la más significativa de las dos pero la del receptor no es de ningún modo insignificante. Puede haber elementos de coacción o situaciones de desigualdad o precariedad en la acción de recibir, de igual forma que estos elementos pueden tomar parte en la decisión de donante de dar.

Las donaciones también pueden ser iniciadas por medio de petición o solicitud del supuestamente beneficiario de las mismas por lo tanto lo primero que tendremos que observar es el modelo general de estas relaciones. Según K. E. Boulding, *“el sector de las donaciones en la economía también desempeña un papel significativo en la distribución de los recursos”*(Boulding, K.E. 1976). Las donaciones a las fundaciones están generalmente pensadas para impulsar a estas entidades a realizar actividades, que en otros casos la sociedad por sí misma no hubiese podido dar cobertura. Es importante tener en cuenta que las fundaciones difieren de las empresas, ya que su marco legal es mucho más amplio, no existen unas normas claras mediante las cuales se pueda valorar si una fundación está teniendo éxito o no en su cometido. No hay ningún proceso selectivo que elimine a fundaciones con fines improductivos de la misma forma que existe para las empresas que producen algo que el mercado no está dispuesto a comprar.

Otra de las funciones del sector de intercambio es la distribución de la renta que se utiliza como corrector de la economía de mercado, de todas formas los problemas más evidentes que parecen requerir, como marco básico, un concepto de la donación se relacionan con el fenómeno de la beneficencia que puede ir desde una limosna ocasional a un mendigo, el establecimiento o dirección de una fundación, el apoyo a actividades religiosas médicas, educativas y de investigación, o incluso la redistribución de la renta por parte del Estado. Por lo tanto este estudio también intentara conocer el funcionamientoes investigar de las donaciones en las entidades que ofrecen apoyo de actividades ya sea en su financiación o servicios relacionadas con la salud de las personas con bajos recursos. Seria en este punto donde la cobertura sanitaria deja de ser un derecho para pasar a ser benéfica y por lo tanto, donde habría la actuación de pervivencia económica de las entidades a estudiar.

1.7. Teorías de las organizaciones

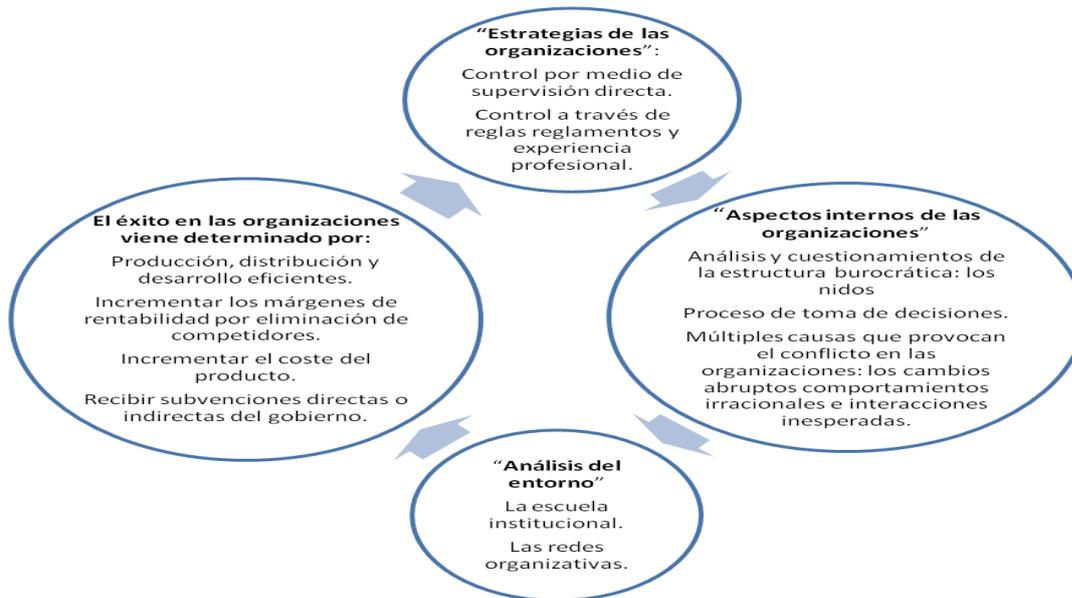
Este apartado se tratara sobre los elementos que nos pueden aportar teoricos relevantes en la materia para poder analizar las organizaciones.

Des de un punto de vista teórico se hará mención a los grupos formales y a la importancia de los mitos y símbolos. También se hará mención al poder de las organizaciones, sus riesgos en mortalidad, supervivencia y estatus, todos ellos elementos indispensables a tener en cuenta para poder desarrollar esta investigación.

Para estudiar las organizaciones y su funcionamiento interno, hay que hacer referencia a las grandes teorías sobre estudios de organizaciones. A la hora de intentar definir que es una organización podríamos obtener definiciones muy diversas, pero en lo que si se coincidiría es, que una organización está formada por un grupo social compuesto de personas con unos objetivos, unas tareas coordinadas de forma consciente que tienen una estructura, una normativa y una dirección para obtener un objetivo común que es producir un determinado producto o prestar un servicio.

Las escuelas filosóficas más importantes sobre teoría de las organizaciones son el estructuralismo, el empirismo y los estudios sobre la Organización Científica del Trabajo (O.C.T.) que son la referencia que nos remite al fordismo. También cabe destacar la teoría clásica de la burocracia, la escuela de las relaciones humanas, y las teorías contemporáneas. Por último es importante tener en cuenta la teoría sobre la organización flexible como sistema social y como estructura de acción. Estas teorías han estudiado las organizaciones desde puntos de vista muy diversos y nos aportan conceptos teóricos a tener en cuenta para poder encuadrar las entidades objeto de este estudio. En el libro *Sociología de la Organizaciones* de Charles Perrow destaca algunos aspectos interesantes a tener en cuenta a la hora de analizar organizaciones, tales como que el éxito de una organización viene determinado por las buenas estrategias organizativas y su buen funcionamiento interno así como el desarrollar un buen producto o servicio con el que se pueda obtener una buena rentabilidad o beneficio.

Gráfico 1 Elementos a analizar de las organizaciones según C.Perrow.



Fuente: “La estructura formal de una organización es la clave unitaria más importante de su funcionamiento prescindiendo del grado en que se siga en la práctica”. Perrow, C.1991

1.7.1 Grupos formales: Directores y Empleados.

Es interesante el análisis de los grupos formales internos tales como: Departamentos o grupos de trabajo que intentan utilizar la organización para fines como el fomento de posturas ideológicas, políticas públicas, protección de determinados grupos y expansión del poder de grupo control de las condiciones laborales, satisfacción de las metas personales entre otros. Los grupos formales externos utilizan la organización para influir en la política, los valores públicos, para vender sus bienes y servicios y apropiarse de los excedentes entre otros.

En el intercambio con el entorno, el análisis puede centrarse en la interacción de las organizaciones mediante:

- Cambios directos reales por parte de las organizaciones.
- Interacciones indirectas con otras organizaciones.
- Fenómenos políticos.
- La cultura.

- Los símbolos.
- Los mitos.

Según C. Perrow *“El estado mismo forma parte de las interacciones y condiciona la forma de la interacción de todas las organizaciones. Los cambios importantes en el flujo de los recursos, el desarrollo de tecnologías, las interacciones con gobiernos extranjeros”* (Perrow, C. 1991). Para Perrow los jefes de las organizaciones prefieren las metas no oficiales a las metas oficiales.

1.7.2 Las organizaciones como mitos y símbolos.

El sistema cultural de símbolos y creencias expresan el nivel social y son comunes a todos los sectores sociales, la religión y la cultura en general nos son neutrales desde el punto de vista político y pueden ser creados y difundidos por parte de las élites políticas y económicas en función de sus intereses. Este es un contexto importante para los grupos de interés, organizaciones y sectores ya que los símbolos en particular, la religión y cultura en general pueden ayudar o perjudicar a las organizaciones en su cometido. En el caso de las Organizaciones no gubernamentales la simbología y la religión pueden ofrecer una imagen de utilidad al margen de su rendimiento.

1.7.3 El poder en las organizaciones.

En sus relaciones externas las organizaciones dominantes tienden a forzar Según Perrow *“la conformidad en cuanto a forma de hacer estructura.”* (Perrow, C. 1991). El impulso a imitar a organizaciones que supuestamente tienen éxito para intentar lograr un éxito parecido o simplemente para parecer aceptables está en consonancia con un modelo cultural.

Sí una organización es capaz de convencer a sus empleados de que sus metas son compatibles con las de sus líderes, esta organización tendrá más capacidad de acción y más poder. Las organizaciones generan poder, tal como dice C. Perrow, *“Es desde las organizaciones como se forman y reproducen las clases sociales, se crean, se*

consolidan los sistemas de estratificación, se domestican y con los procesos políticos, se configura la cultura misma” (Perrow, C.1991).

1.7.4 La mortalidad y riesgos

Para estudiar la mortalidad de las organizaciones y su supervivencia se han tenido en cuenta los aspectos expuestos por Coller, X. y Garvia, R. que son los siguientes:

- *La Novedad: indica que el fracaso (la desaparición) de una organización es más probable cuando esta es joven.*
- *La pequeñez: “El riesgo de la pequeñez indica que el fracaso de una organización es más probable cuanto más pequeña sea”*capital (Coller, X. y Garvia, R. 2004). Las pequeñas organizaciones son más vulnerables porque suelen presentar problemas de confianza, lo que acarrea problemas para conseguir capital.
- *“La antigüedad de las organizaciones más viejas presentan tasas de mortalidad menores, ya que disponen de más recursos en cuanto a clientes, materias, conocimientos, tecnología e información, están mejor situadas en su entorno por que tienen más contactos, ejercen más influencia y están más legitimadas”*(Coller,X. y Garvia, R. 2004).
- *La obsolencia: “El riesgo de la obsolencia indica que la edad no garantiza la supervivencia de la organización”* (Coller, X. y Garvia, R. 2004).Las tasas de supervivencia de una población de organizaciones pueden declinar con la edad en la medida en que las organizaciones no se adapten a los cambios que se experimentan en el entorno. Las organizaciones viejas son las que tienden más riesgo a la obsolencia.

1.7.5. Legitimidad y Estatus

La organización cuando ha adquirido un estatus se convierte en una institución, este estatus es en parte, el resultado de la imagen cultural de la organización que ha sabido transmitir al conjunto de la población de organizaciones y que se distribuye a través de los medios de comunicación, acontecimientos sociales etc. La legitimidad es, también

una función de la fiabilidad de la organización, es decir, que sea capaz de ofrecer sus productos repetidamente con la misma calidad, capaz de dar cuenta de sus acciones de forma racional"*La legitimidad y el Estatus se incrementan con la edad de la organización*"(Coller, X. Garvia, R.2004).

En este capítulo se ha realizado una búsqueda dentro de los autores teóricos más relevantes que han trabajado en temas de organizaciones desde diferentes perspectivas, se han destacado aspectos teóricos importantes a tener en cuenta sobre el funcionamiento de las organizaciones y sus relaciones externas partiendo de premisas teóricas sólidas que permita observar hasta qué punto las entidades que se estudian en esta investigación cumplen algunos de los requisitos nombrados por los teóricos y a su vez se pueda entender su supervivencia y el papel que desarrollan dentro de las políticas sociales de Cataluña.

La constitución de estas entidades desde una economía aparentemente débil, no lucrativa y en algunos casos la diversificación de recursos para su supervivencia, hace pensar en situaciones frágiles con tendencia a la desaparición, el planteamiento de qué papel juega la motivación de su creación el apoyo de sus voluntarios/as en relación los valores que puedan tener y mitos que hacen que algunas de estas entidades tengan una gran fuerza y prestigio social que se le presupone derivada de la relación existente entre la economía de la donación y la beneficencia. Por último, si el hecho de su existencia es una forma de garantía de los derechos del Estado.

CAPÍTULO II SALUD Y SISTEMA SANITARIO

2.1 Introducción

El presente capítulo es una reflexión sobre los conceptos de salud y enfermedad que a lo largo de la historia han configurado un sistema para combatir la enfermedad y las epidemias en la población sobre todo en la población más vulnerable. Los cuidados sanitarios a lo largo de la historia siempre tuvieron una trayectoria distinta en función de la condición económica de las personas pero los cambios históricos crearon la necesidad de asegurar las prestaciones sanitarias para los trabajadores, más adelante, el reconocimiento del derecho a la salud, fue configurando los sistemas sanitarios del mundo moderno europeo. El Sistema Sanitario Español ha seguido la misma evolución y este capítulo pretende reflexionar sobre su desarrollo a lo largo de la historia sobre el concepto de prestaciones sanitarias básicas, cuales de estas prestaciones se encuentran dentro del Sistema Sanitario actual y cuales estarían sin ningún tipo de cobertura.

2.2. La salud y la enfermedad

Si preguntamos a la gente que entienden por salud, seguramente obtendremos una variedad de respuestas, algunos dirán que es no estar enfermo o enfermarse poco, otros que es sentirse bien, otros que es poder vivir como desean hasta una edad avanzada, desarrollarse plenamente, sostener una calidad de vida aceptable, vivir en armonía con el medio ambiente etc., pero no todas las personas entienden lo mismo cuando hablamos de *salud*, el binomio salud-enfermedad es relativo a las diferentes sociedades y cada grupo tiene su propia percepción, pero pese a la enorme diversidad, la mayoría de las veces las enfermedades son percibidas como una amenaza para la cohesión del grupo social, esto impulsa a combatir la enfermedad y a las causas que la producen desde la medicina más tradicional hasta a la sofisticación de la medicina actual.

Los científicos y genetistas nos dicen que el hombre actual es más o menos el mismo que en la antigüedad, pero esta constitución genética debe hacer frente a condiciones de vida muy distintas. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta el papel que juega el

componente medio ambiental y social en la prevención o desarrollo de las enfermedades. Cada grupo social concibe y reacciona ante la enfermedad según la posición en la estructura social y la cultura de la comunidad, por este motivo cada sociedad institucionaliza la lucha contra la enfermedad a través de organizaciones sociales tales como centros hospitalarios, profesión médica, educación sanitaria etc., el tratamiento de la enfermedad requiere algo más que la aplicación del conocimiento médico por esto las instituciones que proporcionan asistencia médica están relacionadas con instituciones sociales.

La salud se vincula con el valor de la vida, el modo en que las diferentes culturas conciben a las personas y su lugar en el mundo, la relación que el hombre y las sociedades mantienen con el ambiente, los valores morales, las creencias, las formas de producción y consumo, costumbres, lenguas etc. En definitiva, la cultura es el escenario desde el cual miramos y concebimos la salud, por eso se puede afirmar que la salud es un concepto construido socialmente.

A lo largo de la historia, la humanidad siempre ha estado más pendiente de la enfermedad que de la salud y es lógico dada la magnitud del problema de supervivencia con que se enfrentaba, pero no fue hasta el siglo pasado cuando la salud orgánica apareció, no solo como liberación de la enfermedad, sino como un estado positivo al que hay que acceder a través de prácticas preventivas. A partir de los grandes descubrimientos bacteriológicos, del desarrollo de la inmunología, de la medicina preventiva, de la salud pública y otras disciplinas se descubre que la salud es algo más complejo e importante que la mera ausencia de enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) durante su constitución en la Conferencia Internacional de Salud en Nueva York 1946 define la salud como " *Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*".(OMS,1946).El informe Lalonde de Canadá en 1974 proporcionó un moderno marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades

de salud así como elegir los medios para satisfacerlas, dicho marco divide el concepto "salud" en cuatro elementos generales:

- La biología humana (Genética i envejecimiento)
- Medio ambiente (contaminación física, química biológica y sociocultural)
- Estilos de vida (conductas con respecto a la salud)
- Sistemas de asistencia sanitaria.

Este contexto, determinó un cambio de paradigma en la concepción de la salud que había existido hasta el momento y que posteriormente la Conferencia Internacional sobre Sanidad en Atención Primaria de *Alma Ata* de 1978 marco en su definición de salud, "*como un estado de bienestar total a nivel físico mental y social*", no únicamente como la ausencia de enfermedad o incapacidad física y se ratificó como uno de los derechos fundamentales del hombre, ya que una de las metas más importantes en el mundo es poder alcanzar un nivel de salud lo más elevado posible. También se puso en énfasis, la falta de igualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados, y la necesidad de que esta situación sea una preocupación común de la comunidad internacional. Por último cabe citar que el documento "*Salud para todos en el siglo XXI*" editado por la OMS en 1978 ya propuso cuatro líneas de acción a nivel social tales como: "*la lucha contra la pobreza, tener en cuenta el fenómeno salud en todos los entornos, la armonización de las políticas sanitarias sectoriales y la introducción de consideraciones sobre salud en la planificación y desarrollo*"(OMS, 1978).Por tanto el concepto salud ya no es solamente la ausencia de enfermedad del individuo, sino la recuperación de su autonomía, responsabilidad y control de su propio cuerpo, por lo tanto el tener más o menos salud dependerá, no solamente del tipo de sistema sanitario, sino también de la conducta del individuo, de sus condiciones de vida y entorno.

Para Ricardo Moragas en su artículo "*Enfoque sociológico de diversas concepciones de la salud*" diseña un esquema muy interesante sobre los diferentes puntos de vista por los que se puede observar el concepto salud y como, todos intervinientes de estos

diferentes aspectos, permiten el poder obtener datos distintos que a su vez confluyen en el análisis de la salud de una población. Ver tabla 2.1

Tabla2 Esquema de las concepciones de salud

CONCEPTO	NOTA CARACTERÍSTICA	HISTORIA	DISCIPLINA	MÉTODOS DE TRABAJO
SOMÁTICO FISIOLÓGICA	Salud como ausencia de enfermedad.	Desde sus orígenes a la medicina actual.	Medicina clínica.	Exploración del cuerpo, examen de signos y síntomas.
SANITARIA	Salud como estado positivo de un colectivo. Transmisión social de la enfermedad. Prevención.	Medicina profiláctica	Medicina Preventiva y social	Epidemiología Educación sanitaria.
POLÍTICO LEGAL	Salud como derecho universal: - Reconocimiento legal - Participación estatal.	Sistemas de seguros sociales y seguridad social.	Derechos fundamentales a la: - Asistencia sanitaria. - Seguridad social.	Leyes constituciones: - Leyes y reglamentos de seguridad social. - Programas políticos.
ECONÓMICO	Salud como condicionante de productividad: - Precio de la salud. - Coste de la enfermedad.	Se plantea a principios del siglo XX en los países industrializados.	Economía sanitaria y del trabajo. Planes de desarrollo de recursos humanos.	Análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias.
SOCIAL	Salud como participación social. Relatividad cultural de la salud y la enfermedad.	Posterior a la II Guerra Mundial.	Sociología de la salud. Antropología de la Salud. Trabajo social sanitario.	Métodos de investigación social. Análisis de roles y de grupos.

Fuente: Elaboración propia en base Moragas R. 1976.

2.3. La salud y la sanidad

A lo largo de la historia, la conexión entre medicina y organismo físico enfermo es una constante que se repite hasta nuestros días, hasta el siglo pasado no se impusieron otras concepciones de salud y medicina tales como, medicina preventiva o psiquiatría, no obstante en la enseñanza de la medicina, exploración y examen del enfermo se sigue basando principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo

fisiológico. *"No en vano se conocía antiguamente a los médicos como "físicos" ya que tanto por sus instrumentos como por sus actos la profesión médica se identificaba con el público con la manipulación de elementos físicos del cuerpo humano"* (Moragas. R., 1976).

En una primera etapa de siglo XX, la sanidad se configura como un modelo naturalista de la epidemiología, con declive de la dimensión social. En la segunda etapa, se configura la revolución epidemiológica, aplicada a las enfermedades no infecciosas y se postula una teoría de la "medicina social", que no llega a cuajar como práctica sanitaria, pero se consolidan las dimensiones administrativistas de la salud pública. En 1973 se configura una nueva Salud Pública, en esta época, *"occidente supera la medición del nivel sanitario a base de indicadores negativos (tasa de mortalidad infantil, por enfermedades específicas, esperanza de vida) con la adopción de indicadores positivos sobre la calidad de vida"*(O'Connor, J., 1973). El periodo 1965-1974, el interés por las enfermedades infecciosas y parasitarias desciende, mientras que ascienden el saneamiento ambiental, la salud materno- infantil y la salud mental. La epidemiología cambia su centro de interés de las enfermedades infecciosas agudas a otros procesos, ligándose estrechamente con los estudios de demografía.

En 1976 Moragas define la concepción sanitaria como *" la concepción médica de salud, que, tanto sus profesionales como los objetivos que persiguen, se dirigen al mantenimiento, preservación o recuperación de la salud, pero su énfasis no radica en la salud individual, fundamental en las anteriores concepciones de salud, sino en la salud colectiva de una población o comunidad"*(Moragas, R., 1976)

Esta concepción sanitaria de salud se caracteriza por un enfoque positivo de los problemas, destacando la naturaleza preventiva de los mismos e identificando el grado de salud o de enfermedad de una comunidad, para llegar a la idea de que la sanidad establece medidas de lo que se considera saludable para cada comunidad o región del país, estas valoraciones de lo que se considera normal o patógeno no son uniformes aunque si se encuentran dentro de ciertos límites. En los países en vías de desarrollo,

las valoraciones que el agente sanitario deba aceptar como normales pueden, aún a pesar suyo, ser muy diversas de las que se aceptarían en un país industrializado. La enfermedad queda definida dentro de parámetros más extensos al estar la sanidad integrada en la cultura de grupo y es por este motivo que la enfermedad no puede reducirse a un nivel individual aunque su manifestación si lo sea. La sociedad y el sistema sanitario a demás de tener fines curativos desarrolla los preventivos, estas estrategias reparativas se van normalizando y van sirviendo como medidas de control social.

Por lo tanto, vemos que a lo largo del tiempo, la normalidad se va definiendo en cada sociedad de acuerdo con un cúmulo de circunstancias económicas, sociales, del medio ambiente, climáticas, que condicionan lo que se considera aceptable para cada sociedad. La idea de normalidad en salud no es ajena a la práctica de la medicina, ya que el clínico utiliza en sus exámenes el concepto de norma o valor aceptable para medir la salud fisiológica, comparando las mediciones de un paciente individual con las habituales para los pacientes de la misma edad, sexo, ocupación, etc. Una desviación de la norma, ya sea en individuo como en grupos, no supone necesariamente un estado patógeno, pero indica al médico clínico o sanitario que existen unos factores a los que debe prestar especial atención. Por ejemplo: no se puede comparar con la misma tabla de porcentajes la curva de crecimiento de un niño asiático que la de un niño europeo. Esta reflexión nos indica que en nuestra sociedad no siempre pueden haber los mismos factores ni los mismos criterios a la hora de tener en cuenta aspectos de la salud en la población.

La sanidad en el siglo XIX consiguió grandes conquistas al poner freno a las enfermedades infecciosas, posteriormente y con los avances tecnológicos, se han conseguido diagnósticos más acertados para llegar a la enfermedad en fases de posible curación y también disminuir el tiempo de tratamiento pero han quedado dos aspectos importantes que no han cambiado tales como, la no desvinculación con la tendencia a generar dependencia, (infantilización del paciente y papel paternalista del

médico), el sector sanitario se continua considerando sanador y no cuidador esto implica la devolución a la familia o a sectores de bienestar público o privado de los problemas de salud de crónicos, discapacitados, mentales o tratamientos bucales y sensoriales de corta o larga duración.

Lo que rodea a la salud en general y a las políticas sanitarias en particular se va convirtiendo en un campo de especial importancia para analizar aspectos de justicia distributiva, de asignación de recursos, de niveles de bienestar y de políticas sociales que ponen en marcha los poderes públicos.

2.4. Modelos de políticas sanitarias

La concepción política-legal de salud parte de la consideración de la misma como un bien general que a todos interesa, cuando éste bien es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país se convierte en derecho exigible por los ciudadanos. La tutela legal no llega procedente de la voluntad unilateral del Estado, sino que se origina debido a la valoración social del bien salud, que lleva a los ciudadanos a solicitar su protección jurídica.

En la revolución industrial Europa se vio la necesidad de crear un sistema preventivo y curativo para la salud de sus trabajadores, estos sistemas se fueron extendiendo posteriormente a toda la población. Los sistemas sanitarios de Europa Occidental son dos de los tres modelos básicos propuestos por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Modelo Beveridge ideado en Inglaterra, ofreciendo cobertura sanitaria universal mediante la financiación de impuestos generales y el Modelo Bismarck surgido en Alemania, mediante cotizaciones de trabajadores y empresarios para la cobertura sanitaria y social (prestaciones de invalidez, viudedad y vejez) de los trabajadores.

El modelo Beveridge o del Servicio Nacional de Salud (SNS) parte del conocimiento del derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud y se caracteriza por la cobertura universal, la financiación a través de impuestos generales, la propiedad

pública de los medios de producción y la provisión pública de los servicios sanitarios, el ejemplo más citado es el de Inglaterra.

Tabla3 Modelos de cobertura sanitaria

Modelo	M.Beveridge S.N.S.	M. Bismarck	Seguros privados
Cobertura	Universal.	Asalariados	El contratante y las personas que él desee
Financiación	Presupuestos generales del Estado	Cuotas de Seguridad Social que financian trabajadores y empresarios	El contratante
Medios de producción	Propiedad pública	Combinación público/privado	Privado
Provisión de los Servicios Sanitarios	Propiedad pública	Combinación público/privado	Privado
País de implantación	Inglaterra	Alemania	Estados Unidos

Fuente: elaboración propia basada en los modelos de cobertura sanitaria propuestos por la OCDE en 1987, en Lamata, F.(1998).

El modelo Bismarck o de Seguridad Social (SS) parte de la conveniencia de cubrir el riesgo de enfermar de los trabajadores y se caracteriza por una cobertura obligatoria, para los trabajadores, aunque con el paso del tiempo ésta se ha convertido en casi universal: financiación por cuotas de empresarios y trabajadores, combinación público/privada de los medios de producción y de la provisión de los servicios sanitarios. El ejemplo más citado es el de Alemania.

El modelo de seguro privado, que tiene como referencia Estados Unidos, parte de la concepción de los servicios sanitarios como bienes privados que los individuos quieren comprar y los proveedores privados quieren suministrar. La financiación y la provisión son privadas con pagos directos a proveedores y primas de seguros voluntarios. No obstante, se acepta la necesidad de subsidiar desde el sector público a las capas más desfavorecidas de la sociedad a fin de garantizarles un mínimo de acceso a los servicios sanitarios, sistema Obama Care que actualmente tiende a desaparecer.

Existe una cuarta alternativa que es la ausencia de todo tipo de modelo lo cual caracteriza la situación de la mayor parte de la población mundial por ejemplo: Vietnam o Kenia.

Históricamente, desde Bismarck, primer sistema de seguridad social, hasta Beveridge en el mundo capitalista occidental y en la Unión Soviética así como en las repúblicas socialistas del Este de Europa, el hecho fundamental es la intervención progresiva e ineludible del Estado en la protección de la salud. Esta intervención no se produce hasta que existe una conciencia social por parte de los ciudadanos que reclaman una acción en este terreno por ser la salud un patrimonio colectivo importante. El derecho a la asistencia médica, le siguen la asistencia para los fármacos, prótesis, tratamientos especializados, rehabilitación, prevención etc.

El reconocimiento de los derechos mencionados a los ciudadanos es progresivo, constituyendo cada etapa un episodio en la lucha por las conquistas sociales y políticas. Así tenemos que, pese a las todavía importantes diferencias en el modo de financiación, el porcentaje de población cubierta en los países con sistemas de seguridad social ha ido aumentando hasta transformarse en un sistema casi universal. En los países con Servicio Nacional de Salud (SNS) la provisión de los servicios se organizó de manera directa, mientras que en los de Seguridad Social (SS) se hizo de manera indirecta. En el sistema de provisión directa hay una integración entre el financiador y el proveedor de los servicios sanitarios que suele ser el mismo organismo estatal mientras que el sistema indirecto el financiador es una entidad diferente del propietario de los servicios.

Pese a esta clara diferencia conceptual, la realidad es que la mayor parte de los países con SNS tienen una gestión mixta (público/privada) de los servicios con un claro predominio de propiedad pública de los servicios hospitalarios que requieren un importante esfuerzo inversor, mientras que en los países con SS, la mayor parte de los hospitales por razones históricas, son públicos o sin finalidad lucrativa, mientras que la atención primaria y extra-hospitalaria es cubierta por los médicos en sus propias

consultas. Todos los sistemas expuestos se enfrentan con problemas comunes y con el reto fundamental de poner límites a la evolución expansiva del gasto sanitario público.

A partir de 1973 aparece un profundo cambio demográfico en Occidente con el crecimiento del envejecimiento de su población, la crisis de los modelos económicos del capitalismo keynesiano y del socialismo real y la deslocalización de la producción hacia países en vías de desarrollo hace emerger la ofensiva neoliberal de desmantelamiento del Estado de Bienestar, situación que continua dándose en la actualidad.

2.4.1. La política sanitaria en España: el desarrollo de la Seguridad Social

a) De la ley de beneficencia a la guerra civil (1822-1939)

Desde el punto de vista legislativo, cabe recordar que en la constitución de Cádiz en 1812, ya se encomendaba a los ayuntamientos cuidar de los hospitales, hospicios casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia. En el año 1822, durante el trienio liberal se aprobó la primera ley y se llevo a cabo el primer plan de acción social pública en el que las fundaciones benéficas sanitarias y sociales pasaban a manos del estado que sería quien las administraría, pero este plan no se llevo a cabo por motivos económicos. En 1849 se promulgo la primera ley General de Beneficencia que estableció la definición y el tratamiento de la acción social pública. Rubiol y Vilà nos explican que *"algunas de estas actividades de beneficencia se establecieron con mínimas prestaciones por parte de las entidades locales ejemplo: La asistencia medico farmacéutica a familias desvalidas y la creación y el mantenimiento de hogares infantiles, ancianos desvalidos etc.) se refieren a los que actualmente serian los servicios sanitarios, de educación y servicios sociales"* (Rubiol,G. Vila,A. 2003).

La llegada, aunque con retraso, de la revolución industrial a España supuso un gran fenómeno migratorio del campo a las ciudades *" Los cambios tecnológicos unidos a los del siglo XIX propiciaron grandes concentraciones empresariales, cambios fundamentales en la composición de la población activa en el hábitat de los hombres*

en campos y de ciudades y en las relaciones del poder político con los medios económicos."(Truñón de Lara, M. 1999). Este fenómeno dejó atrás todos los sistemas primarios de ayuda mutua y solidaridad, creando masas de población en la más absoluta pobreza que no era posible atender con los instrumentos de beneficencia ni con las organizaciones de caridad de la época ya que no disponían de las ayudas suficientes para dar salida a las enormes carencias que presentaban. Pierre Vilar explica en su libro sobre La Historia de España *"la miseria en las grandes ciudades, se trata menos de una miseria obrera que de una miseria de inmigrados, de parados forzosos, de pequeños oficios, de barrios sórdidos en el distrito V barcelonés, actualmente barrio del Raval, el fenómeno fábrica pierde aquí parte de su importancia, pero hay una sensibilidad viva de las masas urbanas y también al problema del amontonamiento"*(Vilar, P.1975).

El modelo sanitario español, a nivel político y jurídico, nace como una aceptación del modelo mutualístico alemán, con una concepción restrictiva, limitada a los trabajadores no cualificados, con salarios más bajos del sector industrial (S.O.E.: Seguro Obligatorio de Enfermedad).

Tabla 4 Sistema Sanitario Español s. XIX

AÑO	NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
1822	Código Sanitario Asistencial: primer intento de un ley sanitaria (Frustrado)	1er intento intervención pública en salud.
1849	Ley General de Beneficencia.	Regula at. Salud de los pobres.
1855	Ley Orgánica de Sanidad.	Establece órganos responsables para la A. Sanitaria.
1883	Creación de la Comisión de reformas Sociales.	Regulan aspectos que afectan al capital y al trabajo.

Fuente: Elaboración propia a partir Muñoz Machado, S.1975

A finales de siglo XIX y principios del siglo XX empezaron a aparecer cambios en el modelo sanitario, en 1883 se creó la Comisión de Reformas Sociales para el estudio de todas las cuestiones que interesaban para la mejora o bienestar de las clases obreras, y que afectaban a las relaciones entre el Capital y el Trabajo. En 1903 el Instituto de Reformas Sociales, que había sucedido a dicha Comisión, encargó a su Vocal, el Sr. C. J. Maluquer, una ponencia acerca de la creación de una *Caja Nacional de Seguro Popular*, en la que aparecían las líneas fundamentales del Instituto Nacional de Previsión.

En 1904 aparece la Ley de Instrucción General de Sanidad Pública donde por primera vez se regulan las estructuras sanitarias de atención municipal y provincial, a la vez se hace una primera clasificación de profesiones sanitarias. El Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.) fue creado por Antonio Maura y promulgado por Alfonso XIII en la Ley del 27 de febrero de 1908, fue la primera institución oficial encargada de la seguridad social y la asistencia sanitaria en España. El I.N.P. establece un régimen legal en España para poder realizar los seguros de Retiros Obreros, bajo el sistema de la libertad subsidiada de contratación de las pensiones de vejez que realizan los obreros con este Organismo. Este sistema de libertad subsidiada iniciado y practicado por el INP durante los años 1909-1919, preparó el camino para la implantación del Seguro Obligatorio de Retiro Obrero (RDL 11-03-1019).

En 1925 se regulan las competencias sanitarias de los ayuntamientos merced a las modificaciones introducidas por Calvo Sotelo en el ámbito provincial y municipal. Un avance social importante en el tercer decenio de siglo, es el establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad, Ley de 22 de noviembre de 1929, que amplía y refuerza el antiguo Subsidio de Maternidad de 1923. Este seguro garantizaba, entre otras prestaciones, la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, a estos efectos, el Instituto Nacional de Previsión establece los primeros convenios con las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas. Otros logros significativos fueron la aplicación de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de

1900 para todos los trabajadores de la agricultura y la aprobación en 1932 de una nueva Ley de Accidentes de Trabajo para la Industria. *“En 1934 se crean y se regulan las estructuras de coordinación entre distintos niveles de los servicios sanitarios con la ley de Coordinación Sanitaria”* (Muñoz Machado, S., 1975). Era la primera ley sanitaria discutida y aprobada por el Parlamento en casi ochenta años y se puede considerar que fue la que instauró las bases para la moderna Ley General de Sanidad. Durante la II República, en noviembre de 1936 se crea la Consejería de Sanidad y Asistencia Social, aunque la relación de dependencia de los servicios sanitarios con respecto a la asistencia social era menor en esta época que en la de la Generalitat republicana, la asistencia social continuaba gestionando maternidades, casas de socorro, y hospitales.

b) El Franquismo

El final de la Guerra Civil en 1939, significó la derrota de los principales protagonistas que desarrollaron los avances sanitarios de la II República, la interrupción y abandono de las concepciones y logros conquistados en la etapa anterior, asimismo, la sanidad dio un paso atrás, que supuso retroceder científicamente a las concepciones de principios de siglo, favorables a la práctica de integrar la higiene y la microbiología, con abandono de las dimensiones sociales así como de las nuevas concepciones sobre epidemiología y administración sanitaria. Se puede entender que la dimensión de los problemas causados y arrastrados como consecuencia de la guerra civil explicaría en parte este retroceso temático y científico. De esta forma *“en el transcurso de la guerra se convierte en prioritaria la necesidad de sueros y vacunas, la lucha contra las enfermedades venéreas, la lucha antipalúdica y al acabar la contienda la irrupción y extensión de tres grandes epidemias centran los esfuerzos de los sanitarios del régimen de Franco, la de viruela, la del tifus exantemático y la de difteria junto con la preocupación por la tuberculosis, la mortalidad infantil y el paludismo”* (Palanca, J. A., 1958), en la práctica se limitaban a la organización de la lucha contra las enfermedades infecciosas por medio de "campañas". Desde el punto de vista de la práctica sanitaria *“también retrocedió, al abandonar la estructura y funcionamiento que se había*

adoptado en la República, desapareciendo prácticamente la estructura comarcal sanitaria, y quedando sólo la provincial y la central” (Martínez Navarro, F. 1994). En una situación social y sanitaria precaria, se aprueba, en 1942, en España la ley de creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, (S.O.E.) que se hace realidad en 1944, por la que se des-laboraliza la cobertura de riesgo, abarcando a un colectivo más amplio de beneficiarios. El carácter obligatorio va dirigido a proteger a los trabajadores económicamente débiles, cuyas rentas de trabajo no excedan de los límites fijados. El SOE queda a cargo del INP, como entidad aseguradora única, donde, entre las prestaciones del Seguro, estaba la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores.

Tabla 5 Sistema Sanitario Español S. XX

AÑO	NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
1900	Ley de accidentes de trabajo.	1ª acción de previsión social.
1903	Creación del Instituto de Reformas Sociales.	Creación de una caja nacional de seguro popular.
1904	Instrucción General de Sanidad Pública.	Clasifica profesiones sanitarias. Estructura atención municipal y provincial.
1908	Instituto Nacional de Previsión. (I.N.P.)	Gestiona la Seguridad Social hasta 1977.
1919	Retiro Obrero Obligatorio.	Protección obligatoria para obreros con sueldos bajos.
1925	Reglamento de sanidad municipal y provincial.	Regula competencias de ayuntamientos y diputaciones.
1931	Seguro obligatorio de maternidad.	Atención a embarazadas.
1934	Ley de coordinación de servicios sanitarios.	Crea estructuras de coordinación entre distintos niveles.
1942	Seguro obligatorio de enfermedad (S.O.E.)	Sistema de protección social financiado con cuotas de trabajadores.
1944	Ley de Bases de Sanidad Nacional.	Distribuye las obligaciones del Estado en materia de sanidad pública. Deja a las personas la responsabilidad de la atención a la enfermedad. La beneficencia para pobre y otros.
1963	Ley de bases de la Seguridad Social.	Desaparece el S.O.E.

Fuente: Elaboración propia basada en Niño, V., Jimenez, J.L. (2015).

El Seguro Obligatorio de Enfermedad, (SOE), *“obedece a las mismas causas sociales y políticas que motivaron la promulgación de sus precedentes en la Alemania de Bismarck”* (Sigerist, H. E., 1985), o en Inglaterra *“con la intención de la derecha política por atraerse las voluntades de los trabajadores”* (Navarro, V., 1984). De esta forma se puede apreciar la pretensión de lograr legitimación y cierto apoyo de la clase trabajadora española, hostil al régimen salido de la guerra civil. *“Para el desarrollo institucional del SOE se encargó en un primer momento a la Dirección General de Sanidad”* (Solé S y Sabari, F., 1965), pero el rechazo de la misma a hacerse cargo de esta tarea motiva que se adjudique a una estructura propia del Ministerio de Trabajo, y en concreto al sector falangista, el más cargado ideológicamente de entre los que componen las fuerzas más conservadoras que respaldan al régimen de Franco. Esta decisión es congruente con otras similares que se habían adoptado, y que suponían colocar a la Falange, como instancia “protectora” de la clase trabajadora. Para Verges, *“De esta forma tenemos las Mutualidades y Montepíos Laborales bajo la tutela de la Organización Sindical”* (Vergés, J.1976). Todo esto demuestra la falta de coordinación y entendimiento que producían las fuertes tensiones creadas entre los diversos organismos por la puesta en marcha del SOE que desembocaron en con los siguientes problemas:

- *Estructurales*: La duplicidad inicial de las redes sanitarias, con la separación posterior de las tareas asistenciales, terapéuticas, de las preventivas y promotoras.
- *Organizativas*: La configuración de un modelo de funcionamiento basado en el autoritarismo, en el centralismo y en la jerarquización.
- *Económicas*, El crecimiento acelerado de la recaudación, a un ritmo superior al de los gastos, por el vertiginoso proceso de industrialización, y, debido a que la población asalariada y beneficiaria es joven y con menor tasa de frecuentación sanitaria y de morbilidad, convierte al Seguro Obligatorio de Enfermedad en una de las fuentes de recaudación estatal más importantes. *“En 1960 los ingresos de la Seguridad Social suponen un 8.75% del Producto Nacional neto,*

en 1972 son un 11.5%, constituyendo unos dos tercios de los presupuestos del Estado" (Vergés,J.,1976), cuando los presupuestos de la Dirección General de Sanidad seguían siendo muy bajos.

Con respecto al cometido sanitario dentro de lo social en la iglesia durante el año 1947 se crea Caritas como órgano oficial de la caridad de la iglesia dedicado a *"paliar las necesidades básicas de las personas más pobres entre otras algunas pertenecientes al campo de la salud tales como medicamentos, vitaminas etc."* (Rubiol, G. Vilà, A. 2003).

A pesar de la existencia de un seguro obligatorio de enfermedad para los trabajadores, la gente sin recursos continuaba teniendo unas mínimas prestaciones sanitarias dentro del ámbito de la beneficencia. La segunda iniciativa legislativa del franquismo en materia sanitaria fue la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, que tomo aún como referencia la anterior Ley de Sanidad vigente, la de 1855 y la Instrucción de 1904. La ley de Bases pretendía fundamentalmente dos objetivos, coordinar las actuaciones sanitarias muy dispersas y desarrollar una labor de protección sanitaria frente a los peligros genéricos de las infecciones con todo tipo de acciones preventivas e interventoras. Sin embargo, como reconoce uno de los mentores de dicha ley, J.A.Palanca *"desgraciadamente, después de aprobada la Ley por las Cortes del Reino, salvo el Ministerio de Gobernación, los restantes departamentos ministeriales procedieron como si no existiese, haciendo lo que les parecía conveniente"*(Palanca, J.A., 1958). Por otra parte, tampoco se modernizaron las directrices epidemiológicas ni sanitarias, en vigor antes de la Guerra Civil. La Sanidad siguió siendo asunto del Ministerio del Interior y el Estado sólo asumía la responsabilidad pública de la prevención, en cambio no asumía la asistencia. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional establece un modelo de gestión directa, centralizada y fuertemente concentrada en los servicios tanto a la atención primaria como hospitalaria. A partir de este momento se produce una extensión progresiva, planificada y fragmentada que evoluciona según los topes máximos de renta establecidos, tanto para el resto de trabajadores industriales,

como para otros sectores, mediante la creación de regímenes especiales o la inclusión de mutuas de previsión social preexistentes.

El tercer paso legislativo del franquismo fue la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, encaminada a la racionalización financiera y administrativa de las entidades y prestaciones existentes. Con esta Ley se suprimen los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, y se instrumenta el desarrollo del sistema de Seguridad Social para los trabajadores. Esta ley fue poco desarrollada por el Gobierno. Henn Hatzfeld, explica que previamente, *"en 1962 se había promulgado la Ley de Coordinación Hospitalaria por la que se intentaba racionalizar la estructura asistencial hospitalaria siguiendo los cánones europeos, y que favoreció la introducción en nuestro país de consideraciones modernas en el campo asistencial."* (Henn Hatzfeld, 1965). Pero la ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 nunca fue vinculada con la ley de coordinación hospitalaria. En esta misma época tiene lugar la reforma de la Función Pública en la que mejoran las bases retributivas de los funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional eliminando el reparto procedente de las tasas sanitarias, también se eliminan las Mancomunidades Sanitarias, creadas en la II República integrándolas en las Jefaturas Provinciales de Sanidad, aunque ya habían sido desprovistas del contenido de su estructura institucional de ámbito sub-comarcal y comarcal, por el franquismo y por ello vaciadas del objetivo descentralizador que les había conferido la legislación republicana y en última instancia, el debilitamiento de la estructura dependiente de la Dirección General de Sanidad, precisamente cuando la estructura del SOE estaba creciendo e imponiéndose como cobertura asistencial, así lo manifiesta S. Muñoz Machado *"Desde entonces, la cobertura y la red asistencial han ido creciendo de tal manera que en los años 70 ha llegado al 80% de la población"* (Muñoz Machado, S.1975).

El Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, modifica y amplía las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

c) La Democracia: El Instituto Nacional de Salud (INSALUD)

Los cambios fundamentales en el ordenamiento político se producen con la aprobación de la Constitución de 1978. En ella se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Asimismo, la nueva organización territorial del Estado, con el establecimiento de las autonomías, posibilita que estas puedan asumir competencias en asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La práctica totalidad de los partidos políticos de la oposición incorporaban en sus programas, como un objetivo relevante, la reforma de la sanidad hacia un modelo de Servicio Nacional de Salud. Los *“Pactos de la Moncloa”* (1977) incluyeron la aceptación de cambios fundamentales en el modelo de financiación en la dirección de desarrollar la sanidad con impuestos, abriendo así unas claras expectativas de reforma, sin que los sucesivos gobiernos de Unión de Centro Democrático (UCD) llegaran a plantearla formalmente. En 1977, el Decreto 1558/77 de 4 de julio, se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, como consecuencia de la reforma efectuada sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, el Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de Noviembre, suprimió el Instituto Nacional de Previsión y las mutualidades, pasando la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social al Instituto Nacional de la Salud, organismo de nueva creación. En esta época nacen el INSALUD, INSS, INSERSO, INEM. Entidades gestoras de las tres áreas de Seguridad Social: Salud, Seguridad Social y Empleo. En 1978 se aprueba la Constitución Española que en sus artículos 43/49 y Título VIII establece:

- A) Reconocimiento a todos los ciudadanos del derecho a la protección de la salud.
- B) Competencias a comunidades autónomas en materia de salud.

En 1984 se establece mediante el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, la reforma de la Atención Primaria de Salud. En 1985 La ley de Bases de Régimen local establece una nueva configuración en las competencias municipales en sanidad.

En la Ley General de Sanidad, de 14 de abril de 1986, se configura el nuevo módulo de organización, creándose el Sistema Nacional de Salud donde toma forma el concepto

de servicio sanitario público que debe prestar el Estado mediante los siguientes principios:

- Carácter público.
- Universalidad de la asistencia.
- Gratuidad del sistema.
- Derechos y deberes de los ciudadanos.
- Descentralización sanitaria.
- Integración de estructuras y servicios.
- Organización por áreas de salud: aspectos de prevención.
- Reconocimiento de la docencia y la investigación.

A partir de 1989 se amplía la previsión constitucional, en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos, en que por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado a través del sistema impositivo ordinario, y por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

Tabla 6 Resumen de la evolución de la Sanidad Española desde la instauración de la Democracia hasta finales del siglo XX.

AÑO	NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
1978	Fin: INP y Mutualidades. Constitución Española.	Nacen:INSALUD,INSS,INSERSO,INEM.Entidades gestoras de las tres áreas de la Seguridad Social: Salud, Seguridad Social y Empleo
1984	RD Estructuras Básicas de Salud.	Inicia la reforma de Atención. Primaria.
1985	Ley de Bases de Régimen local	Establece competencias municipales.
1986	Ley General de Sanidad (LGS)	Completa competencias municipales
1995	RD de prestaciones de Servicio Nacional de salud (S.N.S.)	Ordena y sistematiza las prestaciones del S.N.S.

Fuente: Elaboración propia obtenida de legislación consultada en la web del BOE

En los Pactos de Toledo de 1995 se acuerda a nivel político, que la sanidad se financiará con los impuestos generales del Estado independientemente de las prestaciones de seguridad social (vejez, invalidez, orfandad y viudedad) estos quedaran a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) aunque este conservará, entre otras competencias, la del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, con independencia de que la legislación aplicable tenga naturaleza nacional o internacional.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) español se ha caracterizado por una cobertura prácticamente universal, una financiación pública mayoritariamente procedente de impuestos (90%), una provisión de servicios en la mayoría de los casos de titularidad pública y una gestión mayoritariamente descentralizada en las Comunidades Autónomas. Frente a esta clara situación conceptual, la realidad es mucho más compleja, dado que responde a una evolución caracterizada por la incorporación de fórmulas organizativas y servicios nuevos sin desprenderse de los anteriores.

De acuerdo con el principio de descentralización territorial se inicia en 1981 el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas proceso que se culmina en el año 2001.

Transferencias Sanitarias

- 1984: Andalucía, Cataluña, Galicia.
- 1991: Canarias, Navarra, P. Vasco, C. Valenciana.
- 2001: Resto de CC.AA. Ceuta y Melilla.

Figura 1 Estructura sanitaria



Fuente: Elaboración propia

Aportaciones del Sistema Nacional de Salud español:

- Extensión a toda la población.
- Atención integral: promoción, prevención, curación rehabilitación con prestaciones evaluadas y controladas a nivel de calidad.
- Coordinación y/o integración de todos los recursos públicos en un único servicio.
- Financiación por parte de las Administraciones públicas: recursos propios, cotizaciones y tasas por prestaciones determinadas.

En el año 2002, el Instituto Nacional de la Salud se convierte en una entidad de menor dimensión y pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el nuevo Instituto se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las ciudades de Ceuta y Melilla.

Durante la crisis económica del 2008, el gobierno del Partido Popular inicia una involución de la sanidad pública en España, el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, tiene un título donde las palabras encubren su significado real, ya que las medidas no eran tan urgentes debido

a que en la actualidad muchas aún están por desarrollar, ni garantizan la sostenibilidad, ni mejoran la calidad, ni la seguridad del de propio SNS, si a esto añadimos el Real decreto de 3 de agosto por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del SNS vemos que se vuelve a vincular el derecho al aseguramiento. Esta vinculación del derecho es contradictoria con la universalización del derecho a la atención sanitaria, que deja de ser un derecho ciudadano, vinculado a los derechos humanos básicos tal como señalaban la ONU y la OMS a su vez también con lo aprobado en la última Ley General de Salud Pública (LGSP, 2011).

El Real Decreto ley 16/2012 tiene un apartado dedicado a la política del medicamento, en el que se establecen temas relevantes como la financiación de los medicamentos más baratos y la exclusión de medicamentos de la financiación pública, art. 4.3 de la Resolución de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el S.N.S. Así quedan fuera de la financiación 417 medicamentos. Si se analiza la lista, se comprueba que junto a medicamentos claramente inútiles y de muy escaso consumo se han incluido otros de gran utilidad para el control de síntomas, especialmente importantes para enfermos crónicos. No hay que olvidar que estos medicamentos van a seguir usándose y ante la necesidad de los mismos pasarán a ser financiados por todos los ciudadanos independientemente de su nivel de renta. Hay que tener en cuenta que las personas de rentas bajas tales como pensionistas, parados son los colectivos donde se encuentran más personas con problemas de salud y es un punto donde ya hay más problemas con la obtención de los medicamentos para poder seguir sus tratamientos. Por otra parte, el hecho de que estos medicamentos hayan pasado a ser de venta libre permite a la industria farmacéutica, como muy bien establece el real decreto Ley, que los precios pasen a renegociarse al alza lo que en algunos casos ha supuesto un aumento del 50% en precio de venta al público con las

consecuencias que ello supone para las personas con más problemas de salud y peor situación económica.

El retroceso sobre el modelo sanitario actual hacia un cambio al aseguramiento se contra indica con los Pactos de Toledo de 1995 actualmente vigentes donde el SNS tiene su financiación independientemente de la Seguridad Social y vinculada a los impuestos, desarrollándose en los acuerdos sobre financiación de las comunidades autónomas y donde, además han ido tomando un protagonismo mayor los impuestos sobre el consumo como el IVA e impuestos especiales para la financiación de la sanidad. Por lo tanto, resulta contradictorio que se vincule la atención sanitaria al aseguramiento cuando no se financia por este medio y que las personas que financian la sanidad no tengan derecho a ella por no estar asegurados.

Tabla 7 Evolución de la Sanidad Española en el siglo XXI

AÑO	NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
2000	R.D.Nuevas formas de gestión del INSALUD	
2002	Fin de las transferencias a CC.AA.	
2012	R.D.L. medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS	Se fracciona el derecho universal a la protección de la salud.
2012	R.D. Nueva regulación del asegurado	Se fracciona la accesibilidad al sistema sanitario.
2012	R. Modifica la cartera de servicios de farmacia.	Se introduce el copago a los jubilados y pensionistas.

Fuente: Elaboración propia obtenida de legislación consultada en la web del BOE

En estas últimas legislaciones nos encontramos con una política que rompe con la accesibilidad del sistema de salud creado en España durante la democracia, ya que muchas de sus prestaciones quedan hipotecadas a la capacidad económica de las personas. Se rompe así con el derecho constitucional a la protección de la salud y se deja desprotegida a gran parte de la población en un momento de grave crisis económica.

2.4.2 Desarrollo histórico del modelo sanitario catalán

A.-De la Mancomunidad de Cataluña hasta la democracia

En la primera mitad del siglo XX cabe destacar las actividades realizadas por la Mancomunidad de Cataluña (1914-1939) y por la Generalitat de Cataluña (1931-1939). *“La Mancomunidad se estructuró en ocho Consejerías entre ellas la de sanidad y de beneficencia y otra de política social, a las cuales las cuatro diputaciones provinciales catalanas traspasaron en enero de 1920 sus competencias en Beneficencia”* (Reglà, J., 1969).

Tabla 8 Antecedentes de la sanidad en Cataluña

AÑO	NORMA	DESCRIPCIÓN
1914	Creación de la Mancomunidad de Cataluña	Creación de las conserjerías de Sanidad, Beneficencia y Política Social.
1931	Generalitat de Cataluña (II República)	Se incentivan las políticas de protección social.

Fuente: Rubiol, G., Vila, A. 2003

Fueron muchas las acciones innovadoras por parte de la Mancomunidad dentro del campo sanitario y social de las cuales cabe resaltar; la ordenación de establecimientos en función de las edades, las transformaciones de los manicomios en sanatorios donde se empezaron a abordar nuevos planteamientos de tratamiento sanitario y social, la creación en Barcelona de una maternidad con un centro sanitario, un pabellón de lactantes, una residencia para mujeres solteras y embarazadas y una guardería para niños de 0 a 3 años.

La dictadura de Primo de Rivera supuso una época de mayor estancamiento social pero en 1931 se constituye la II República y se incentivan las políticas de protección social. La Generalitat provisional de Cataluña, con el Estatuto de 1932 consigue entre

otras competencias la legislación exclusiva, la gestión directa de la sanidad catalana y de la beneficencia. Cabe destacar el intento de regular el conjunto de la atención sanitaria pública en Cataluña para poder acabar con la precariedad de los más desvalidos mediante la ampliación de la asistencia sanitaria a toda la población. Los proyectos de esta etapa republicana quedaron truncados con la victoria franquista.

Tabla 9 Estructura del Sistema Catalán de Salud al inicio de la transición.

GRUPO POBLACIONAL	FINANCIACIÓN	ENTIDAD ASEGURADORA	PROVISIÓN
Trabajadores por cuenta ajena	Cotizaciones	INP	Hospitales de la Seguridad Social y concertados. En A.P: Médicos de familia. Especialistas. Áreas rurales: médicos titulares.
Regímenes especiales: Funcionarios y familiares		MUFACE	
Trabajadores por cuenta propia	Primas	Mutuas	Hospitales propios
<i>Familias sin recursos Indigentes</i>		<i>Ministerio de Sanidad y Diputaciones.</i>	<i>Hospitales provinciales Hospitales de la Iglesia Hospitales de la Cruz Roja.</i>

Fuente: Sarria 2000 cit. en Castells Olivan, M. y otros (2007)

B) La Democracia

Históricamente, Cataluña ha desarrollado un sistema sanitario público con características muy particulares dentro del sistema autonómico español que lo distingue considerablemente del resto de las comunidades autónomas, tanto en su origen como en su evolución. *“El sistema sanitario catalán ha nacido y se ha desarrollado como un sistema heterogéneo en términos de propiedad, formas de gestión y organización”* (Gallego, R., 2000).

Después de la aprobación del Estatuto de Autonomía de 1979, la Generalitat empieza a recibir algunas competencias en materia de sanidad, en aquella época Cataluña tenía escasez de camas hospitalarias de titularidad pública ya que el sector público no representaba más que un 34% del total cuando en el resto de comunidades autónomas del Estado Español el porcentaje era superior al 70%. La falta de inversiones públicas por parte del Estado se había ido superando gracias al desarrollo de centros de servicios sanitarios mediante la iniciativa de diversas entidades benéficas, corporaciones locales, mutualidades de la Iglesia y sociedades cooperativas.

El modelo sanitario asistencial público catalán nace en 1981 como un sistema dual mixto en el que junto a hospitales públicos transferidos y otros centros de atención asistencial básica, se absorbe en una amplia red de centros propiedad de instituciones locales como ayuntamientos, diputaciones, y posteriormente grupos privados.

“En 1983 se creó el Instituto Catalán de la Salud (ICS), la mayor empresa sanitaria pública catalana con equipamientos de propiedad pública que habían sido transferidos del gobierno central a la Generalitat, esto supuso una gestión del 90% de los centros de atención primaria y una cuarta parte de los hospitales catalanes”(Serna,R., 2010). El decreto 114/1984 constituyó el Consorcio Hospitalario de Cataluña actualmente, Consorcio de Salud y Social de Cataluña para posibilitar la fusión de diferentes hospitales preexistentes y privatizar su gestión. En 1986 con la Ley General de Sanidad (L.G.S.), se instó a que los Servicios de Salud de diferentes comunidades autónomas a que integrasen en su seno a todos los centros y servicios que estuvieran ofreciendo un servicio sanitario público de forma que se gestionara desde una misma entidad, sin embargo en Cataluña, se mantuvieron la gestión dual. La ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (L.O.S.C.) de 1990, oficializó este sistema dual y en 1991 se creó el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) otorgándole la función de órgano comprador de servicios sanitarios. *“El resultado fue que el CatSalut asumió el papel de comprador y fomento la creación de un extenso sector público empresarial y la contratación de servicios a entidades privadas, alejándose aún más de la Ley General de sanidad”* (Serna, R., 2010;

Dante Fachin, A. y Sibina, M., 2012) e incluso dejó en manos de proveedores de servicios decisiones tales como, la determinación de oferta en los territorios. La separación de funciones entre comprador y proveedor de servicios es un avance hacia la privatización del Sistema. La reforma de la LOSC del año 1995 permitió la introducción del ánimo de lucro en la gestión de la sanidad pública, constituyendo un modelo sanitario mixto, es decir, heterogéneo, en términos de propiedad de gestión y organización, que puede ser tanto público como privado.

Por último, cabe destacar la Ley Ómnibus 111/2011 de 29 de diciembre que potencia un modelo de sanidad que pone el acento en generar una red de relaciones institucionales mercantiles, que a su vez favorece los costes de funciones y actividades no directamente asistenciales y si de gestión dentro del sistema. Entre las implicaciones más importantes de la Ley Ómnibus está el cambio en el modelo de gestión del Instituto Catalán de la Salud ICS que deja de ser una entidad pública que presta servicios públicos de salud para pasar a ser un conglomerado empresarial al servicio del mercado sanitario de servicios públicos y privados. Esto implica que puedan transferirse algunas de sus actividades a otras empresas públicas o privadas y que el personal del Instituto Catalán de la Salud pueda verse forzado a depender de entidades privadas, en cualquier caso promueve una fragmentación de todas sus actividades asistenciales.

Esta ley dificultará gravemente que la asistencia primaria pueda ejercer su función esencial de protagonista en la gestión de la demanda asistencial de su comunidad territorial y por otra parte *“la ley contempla que los hospitales públicos alquilen quirófanos a operadores privados de plantas cerradas, quirófanos que han dejado de funcionar por la tarde en perjuicio de la asistencia pública y el aumento de las listas de espera en favor de los hospitales concertados”* (Benach, J., i col., 2012).

Los conciertos de actividad deberían ser un complemento de la prestación de los servicios públicos propios ofrecidos por el Sistema Catalán de Salud y no la actividad generalizada de gestión. No obstante, lo que ha fomentado este sistema de modelo

mixto ha sido la proliferación de entidades proveedoras de servicios contrariamente a la supuesta finalidad que tenía anteriormente dicho modelo.

Tabla 10 Evolución del Sistema Sanitario Catalán durante la democracia

AÑO	NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
1981-83	Desarrollo de la planificación sanitaria	Mapa sanitario Catalán. Acreditación de los centros sanitarios Primeros conciertos con entidades proveedoras de servicios sanitarios.
1983	Creación del ICS	Empresa sanitaria pública que gestiona los servicios sanitarios de la Seguridad Social transferidos por el Estado.
1984	Creación del Consorcio Hospitalario Catalán.	Regula a los hospitales públicos y privados
1990	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)	Oficializa el sistema dual publico/privado.
1991	Se crea el Servei Català de la Salut (CatSalut)	Órgano comprador de Servicios sanitarios.
1995	Reforma de la LOSC	Introduce el ánimo de lucro en la gestión de la sanidad pública constituyendo el modelo sanitario mixto.
2007	Conversión del ICS en empresa pública deservicios de salud.	Se conforma como un conglomerado empresarial que puede liberalizar parte de sus productos.
2011	Ley OMNIBUS	Regula un nuevo modelo sanitario que potencia la red de relaciones institucionales mercantiles.

Fuente: Elaboración propia elaborada a partir de la documentación legal de las pág. web del BOE y del DOGC.

2.5 Visión económica de la salud.

La estructura de la financiación de la sanidad ha ido evolucionando a lo largo del Siglo XX de manera paralela a la concepción hegemónica que la sociedad tenía sobre la misma. La sanidad del siglo XX se caracterizaba por una práctica médica fundamentalmente basada en el conocimiento empírico, en el ejercicio libre de la profesión y en la cobertura benéfico-caritativa de la asistencia a los sectores urbanos

más desfavorecidos. El hecho de que la salud de la mano de obra de un país determine directamente su productividad, creó la necesidad de que los gobiernos desarrollaran políticas para mantener el mayor nivel de salud posible para sus trabajadores. El crecimiento del gasto sanitario aceptado como positivo durante las décadas (1950-1970) de fuerte crecimiento económico, asociado a la expansión de cobertura y de las prestaciones, ha pasado a ser considerado, una vez finalizado este periodo expansivo, como el factor de riesgo relevante para la sostenibilidad del sistema, esto es debido a diferentes factores, por una parte, dentro del panorama laboral nos encontramos que en Europa y concretamente en España, la industria con mucha mano de obra se encuentra cada vez está más des-localizada, por lo tanto existen menos personas con un potencial de riesgos de accidentes laborales y de enfermedades que puedan ser adquiridas por las condiciones de trabajo. Por otra parte, se ha ido articulando una legislación europea para la protección a la salud de los trabajadores en las empresas y de prevención riesgos laborales, que trabajan en los cuidados para que el puesto de trabajo impacte lo mínimo posible en la salud del trabajador. También debido a la expansión industrial, el incremento de nivel de vida de los trabajadores ha propiciado, la demanda de más prestaciones y a su vez la posibilidad de cobertura sanitaria hacia otros trabajadores no industriales. Por lo tanto, la apertura hacia a nuevas prestaciones y la ampliación de cobertura a nuevos colectivos empezó a encarecer los costos de la Seguridad Social.

En el incremento de costos también ha influido la práctica médica, las posibilidades de diagnóstico y tratamiento se han desarrollado y tecnificado enormemente de manera que la cobertura pública de la asistencia sanitaria se ha generalizado y este fenómeno ha supuesto un aumento en el coste de tratamientos específicos por diversas causas, entre las que figura, el mayor coste del personal sanitario y tecnología avanzada que se materializa en fármacos y equipo sanitario complejo. Es complicado pensar sobre las consecuencias políticas que supondrían unos costes crecientes en sanidad, que actualmente es aportada en gran parte por el estado y la posibilidad de empezar a pensar en el copago sanitario.

Las diferencias entre distintos modelos sanitarios se basan en diferentes combinaciones de estas tres formas de intervenir: *Regulación, financiación y provisión*. La financiación pública y la universalidad son los dos elementos fundamentales unánimemente aceptados que dan la cobertura en el modelo sanitario para garantizar el principio de equidad, pero a su vez son identificadas como los principales obstáculos al funcionamiento del mercado. Actualmente, una de las principales preocupaciones de los gobiernos es conocer las razones del incremento del gasto sanitario y establecer los mecanismos eficaces para contener los costos sin disminuir la equidad en la distribución de los recursos y por otro lado es la provisión de los servicios. Existe el acuerdo sobre el que la medicina no puede seguir considerándose como la suma de simples acciones clínicas individuales, centradas en la infalibilidad del médico, el incremento progresivo de la complejidad de la atención aumenta la variabilidad de la práctica médica. Por lo tanto, se impone la necesidad de registrar, medir y mejorar la gestión ya sea en los hospitales como en los centros de Atención Primaria Públicos.

En España se crean agencias de evaluación de tecnologías, de medicamentos y se empieza a implantar la gestión clínica para la toma de decisiones basadas en el consenso entre profesionales, fundamentada en la mayor evidencia posible con el fin de disminuir la variabilidad evitable y tratar de compatibilizar eficiencia y calidad en la atención sanitaria. Esto a nivel económico conlleva una mayor racionalización de la actividad asistencial y una disminución de efectos adversos tales como, reingresos hospitalarios o iatrogenia, pero en España, a pesar de los años transcurridos y el respaldo legal de la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS a los planes de salud de las diferentes comunidades autónomas, su implantación ha sido desigual y los resultados escasos y poco conocidos.

El problema pasa por la presión que ejerce el mercado y las empresas privadas para poder acceder o expansionarse dentro del mercado sanitario. Por ejemplo: La gestión clínica requiere de profesionales excelentemente formados e implicados con el Sistema Sanitario Público. Sin embargo, la formación continuada viene controlada

mediante becas de la industria farmacéutica donde existe una ausencia de voluntad de fidelizar a los profesionales del SNS siendo la formación continuada uno de los pilares de la gestión clínica.

Otro problema pasa por las fórmulas de gestión clínica (GRD). Según Lores *"En los hospitales del SNS se utilizan los grupos relacionados con el Diagnóstico (GRD), sistema de coste por proceso ideado por EE.UU, para establecer las tarifas de Medicare y los presupuestos hospitalarios, de forma que se calcula el coste de cada grupo de pacientes con características clínicas parecidas (GRD) mediante peso: Desviación sobre el consumo medio de cada grupo"*(Lores, L., 2001 en Sánchez Bayle coord. (2013).). Este sistema no permite diferenciar un buen servicio con procesos de alto peso por no atender a pacientes pluri-patológicos, y en caso de ser atendidos se fragmenta su atención en diferentes procesos no pudiéndose contabilizar el global de la atención.

Los recursos empleados en las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (T.I.C.) no están encaminados a la gestión clínica, están más orientados a la gestión administrativa. La información sanitaria está gestionada por empresas privadas que diseñan historias clínicas más orientadas a los resultados empresariales que a los resultados en salud, la evaluación externa de las Unidades de Gestión Clínica del S.N.S. se encuentra así mismo en manos de empresas privadas y por último decir que la industria sanitaria presiona para incrementar el copago.

El incremento de prestaciones sanitarias de copago como: Medicación para pensionistas y discapacitados y de las prestaciones sanitarias que quedan excluidas del sistema público de salud, dejan a personas con rentas bajas o sin recursos sin la posibilidad de acceder a prestaciones o recursos sanitarios necesarios para poder mantener su nivel óptimo de salud. Esta situación hace que se promuevan, ya sea desde la sociedad civil o desde entidades religiosas, el desarrollo de otras organizaciones paralelas, que sufragan o prestan servicios mediante voluntariado o con costes muy bajos a nivel benéfico. Esto implica por una parte un ahorro en gasto sanitario público pero por otra parte, la pérdida del control de estos servicios por parte

de la Administración. Las decisiones en última instancia ya no serían meramente técnicas (del médico o del economista), sino políticas, de los valores fundamentales en que se asienta la sociedad como la equidad.

2.6. Concepción social de la salud

La salud y la enfermedad no son acontecimientos individuales, sino sociales, aunque se intente tratarlos como hechos individuales, el hombre enfermo o sano necesita el apoyo de los demás seres que se relacionan normalmente con él, las propias relaciones sociales pueden ser causa de la salud o enfermedad, como sucede en el caso de las enfermedades fundamentalmente fisiológicas, o se puede dar que la propia organización social sea la causa de falta de salud.

La definición social de la salud viene determinada por el estado de desarrollo del país en el que vive el individuo y por los roles sociales que la persona deba cubrir. Parsons lo definió en una expresión "*la relatividad cultural de la salud y de la enfermedad*" que quiere decir: "*cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera en dicho grupo y que esta definición influencia activamente la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes al mismo*" (Parsons, T., 1972) A parte de las manifestaciones de la salud y enfermedad sobre la personalidad y roles sociales del individuo, debe señalarse un aspecto también social y que identifica los planteamientos contemporáneos de la salud, se trata del impacto social que posee actualmente la salud y la enfermedad al considerarse temas de interés no solo para el individuo sino para toda la sociedad.

Las preocupaciones por mantener niveles elevados de salud en nuestra sociedad implica, dar cobertura a un mayor número de personas con sistemas de seguridad social, que incluya la asistencia sanitaria, la planificación de las actividades sanitarias y de recursos de apoyo, y por último, la posibilidad de discusión de los objetivos sanitarios con participación de los grupos afectados personal sanitario y gestores para mejorar el propio sistema aunque sus fines no siempre sean coincidentes.

La pérdida de salud de una persona supone un desequilibrio para ella, para su familia y para su red social, en función del tiempo y los recursos que se inviertan en volver a reequilibrar los cambios producidos por esta pérdida de salud y nos podemos encontrar con situaciones de desequilibrio social a veces irreversibles con las consecuencias para el núcleo familiar y red social de la persona afectada.

Los planteamientos sociales de la salud deben tener en cuenta no solo el curar sino el cuidar, para ello no se debería trasladar toda la responsabilidad al ámbito privado de la familia o de su red social, sino que se deberían incentivar políticas públicas con recursos complementarios para poder reducir en tiempo los desequilibrios familiares y sociales producidos por las pérdidas de salud de alguno de sus miembros. Las dificultades de acceso a los recursos de apoyo suponen a las personas y las familias con bajos recursos una dificultad sobreañadida y empeoran sus niveles de salud.

Aunque los recursos no son una medida suficientemente flexible del bienestar de las personas, pueden existir personas enfermas en peor situación aunque dispongan de los mismos recursos iniciales que otras, porque no tienen capacidad de transfórmalos en bienestar y esta diferencia de capacidades obedece a causas que la persona no controla y que pueden resultar determinantes en su vida. Por lo tanto se han de tener en cuenta las condiciones de partida y posibilitar a las personas que dispongan de las mismas oportunidades reales. *“La igualdad de oportunidades nos aporta un sentido de justicia que conlleva igual en el conjunto de las elecciones realizadas por los individuos pero esto no quiere decir que se pueda traducir la igualdad en resultados aunque en la práctica la igualdad de recursos si tiene un mayor alcance en la igualdad de oportunidades”* (Le Grand,J., 1993).

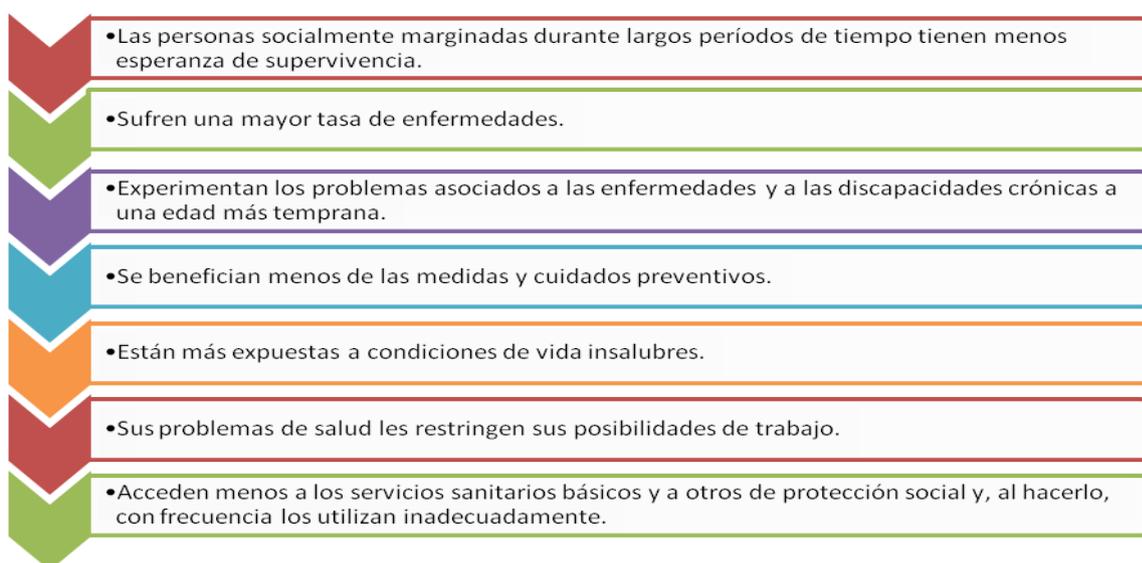
2.7. Las desigualdades en salud

Desde que en 1980 se hicieran públicos los resultados del estudio *Black Report sobre los estudios de desigualdades en salud*, estos no han dejado de aumentar en la mayoría de países desarrollados. La existencia de correlaciones entre la variable salud y el estatus socioeconómico, así como la tendencia de estas desigualdades a

mantenerse a lo largo del tiempo implican la pervivencia de los niveles de salud más bajos en personas de perfil socioeconómico con pocos recursos.

En el documento “Conceptos y Principios de Desigualdad y Salud” (1990) preparado por el Programa de Políticas de Salud y Planificación de la oficina Regional para Europa de la OMS, ya hallamos algunas descripciones que ponen de manifiesto la incidencia de la salud en las personas con pocos recursos de las cuales resaltare en la tabla las más relevantes para este estudio:

Tabla 11 Incidencia de la salud en las personas con pocos recursos



• Las personas socialmente marginadas durante largos periodos de tiempo tienen menos esperanza de supervivencia.
• Sufren una mayor tasa de enfermedades.
• Experimentan los problemas asociados a las enfermedades y a las discapacidades crónicas a una edad más temprana.
• Se benefician menos de las medidas y cuidados preventivos.
• Están más expuestas a condiciones de vida insalubres.
• Sus problemas de salud les restringen sus posibilidades de trabajo.
• Acceden menos a los servicios sanitarios básicos y a otros de protección social y, al hacerlo, con frecuencia los utilizan inadecuadamente.

Fuente: *Elaboración propia basado en OMS (1990).*

Tal como señala Regidor: “Hay evidencia suficiente del aumento de las diferencias socioeconómicas en mortalidad en las dos o tres últimas décadas en los países industrializados; así mismo, algunos estudios han observado la persistencia o incluso el incremento de las diferencias en la prevalencia de varias enfermedades crónicas y de incapacidad entre distintos grupos sociales” (Regidor, E., 2002).

A modo de ejemplo, según datos de La Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) de 2003, “el 30,7% de los hombres y el 28,8% de las mujeres entre 16 y 40 años declaraban no tener caries, siendo la frecuencia de caries mayor en las clases más

desfavorecidas y con un claro gradiente tanto en hombres como en mujeres” (ENSE 2003). El hecho de que la cartera pública de servicios odontológicos en España sea muy limitada obliga a que la mayoría de personas se vean obligadas a acudir a los servicios privados hecho que incrementa más la desigualdad para este tipo de prestaciones sanitarias.

Si se tiene en cuenta que las enfermedades no son uniformes o azarosas en su incidencia, sino que son más o menos comunes entre distintos grupos sociales, tenemos que las desigualdades sociales en salud serían *“las diferencias en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que se consideran injustas y evitables. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia”* (Solar O., Irwin, A., 2007), lo que indica el hecho de que se pueda dar una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos.

Sin embargo, mientras *“ser pobre entre los pobres no te separa del grupo, ser pobre en un país desarrollado te hace diferente de la mayoría y con frecuencia, se produce la fractura de los lazos de integración en la propia comunidad: La exclusión social”* (Puyol, A., 2001).

Este concepto relativamente nuevo, pretende definir que la vida de la persona fuera de los circuitos, costumbres y procedimientos del sistema social en el que se vive (circuito de producción-consumo, responsabilidad-decisión, presión social-transacción de intereses, organización social y esquema de valores) y determina por lo general la pérdida de vínculos, de derechos, de capacidades laborales, de participación comunitaria, etc.

Según Naciones Unidas *“La mayor parte de la población mundial vive en ciudades, proporción que en Europa alcanza un 75% de los habitantes”* (Naciones Unidas programa /UN-HABITAT, 2010). Aunque el ámbito urbano ofrece más servicios que el rural, en las ciudades hay más desigualdad en salud, debido a que en ellas existen

zonas en las que se concentran poblaciones desfavorecidas. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud causan un exceso de muerte y enfermedad afectando a toda la población en forma de gradiente, lo que significa que la salud de la población empeora a medida que disminuye su clase social.

Trabajos como el de Schrijvers viene a demostrar que *“las circunstancias materiales, las malas condiciones de la vivienda, la exposición a riesgos del medio ambiente laboral, tiene más importancia en la salud que las conductas individuales de riesgo”* (Schrijvers, C.T.M., 1999). Estos efectos que son fácilmente comprensibles en casos de extrema pobreza no lo son tanto a medida que vamos elevando el nivel de status socioeconómico de forma que *“no existe un umbral de pobreza por encima del cual los individuos estén protegidos contra la enfermedad, sino que la relación entre la posición socioeconómica y la salud es lineal”* (Regidor,E., 2002), aunque se supone que *“las influencias socioeconómicas sobre la salud seguirán un proceso acumulativo desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida de forma que el contexto socioeconómico y su entorno pueden ir condicionando el nivel de salud de la persona en distintos momentos de su proceso vital”*(Blane,M., Marmot y Wilkinson,R.G.,et al 1999; Power,C., y Matthews,S., 1997).

En el campo de la salud, se asimilan las inequidades a las desigualdades tratando ambos términos como si fueran sinónimos y explicarán la misma realidad, cuando pueden existir diferencias importantes entre ambos conceptos. Para establecer una primera diferenciación entre desigualdad e inequidad puede ser muy útil el planteamiento que hace Whitehead al diferenciar *inequality* e *inequity*, reservando el primer concepto para contrastar variaciones o desigualdades en salud como término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros de salud de las personas mientras que al segundo concepto le asigna una mayor carga moral o ética, de forma que *inequity* haría referencia a *“desigualdades o diferencias innecesarias y evitables que pueden ser consideradas injustas o intolerables”*.(Whitehead, M. 2000). Este concepto se refiere a desigualdades de salud

injustas o que emanan de alguna forma de injusticia según lo que se considere justo en una determinada sociedad. Por lo tanto al como dice Braveman "*el criterio de equidad es dependiente de la teoría de justicia adoptada en una determinada sociedad y deviene así un concepto político normativo*" (Braveman, P.,2006).

No todas las desigualdades pueden tener la misma consideración si no tienen el mismo origen, tal como señalaba Rousseau en el siglo XVIII, "*pueden existir desigualdades naturales o físicas que serian aquellas relacionadas con la biología y la naturaleza humana y desigualdades morales o políticas que son aquellas que estarían originadas en las decisiones adoptadas por los actores sociales*"(Rousseau.J.J.1987), pero Whitehead,M., perfila más el concepto cuando expone que no todas las diferencias en salud pueden ser consideradas como inequitativas, según esta autora sólo lo serían aquellas diferencias que puedan ser consideradas evitables e injustas, aunque esta precisión sigue sin aclarar cuáles son las desigualdades que debemos considerar como injustas y evitables. En esta misma línea la OMS se refiere a la inequidad como a las diferencias en materia de salud que son innecesarias evitables e injustas, la OMS en 1979 recomendó la equidad como objetivo básico a conseguir, con el fin de reducir el abismo que existe en materia de salud entre las diferentes clases sociales. Los conceptos de equidad basados en el trato igualitario son los más aceptados socialmente pero el problema empieza cuando se aborda la equidad desde la perspectiva de la salud como núcleo central, ya que hablar de igualdad de acceso a la salud en vez de referirnos a la igualdad de acceso a los servicios sanitarios implica tener en cuenta muchas otras variables como son los cuidados que la propia persona realiza para preservar su salud, su trabajo su ambiente social etc., variables difíciles de controlar, por lo tanto ,en el campo de la salud, los enfoques que proponen un concepto de equidad basado en una igualdad de acceso o igual tratamiento para una idéntica necesidad, ocupan un lugar importante dentro de la política sanitaria aunque no todo el mundo está de acuerdo. Para muchas personas "*el derecho a la asistencia sanitaria es considerado como un derecho básico o fundamental igual que la libertad o el derecho a la vida*" (Puyol,A., 2001), pero también nos encontramos con otros

autores de la denominada corriente libertaria, como Hayek(1960), Nozick (1988) que a pesar de las recomendaciones de la OMS o de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consideran inaceptable el derecho a la atención sanitaria en tanto pueda limitar diferentes aspectos de la libertad personal (entendida básicamente como ausencia de coacción), pero a pesar de este drástico planteamiento inicial, hay algunos autores del pensamiento libertario que estarían dispuestos a aceptar un fondo común o colchón de seguridad dentro del cual se podrían incluir los servicios sanitarios básicos provistos por un sistema nacional de salud de forma que no resultase muy gravoso para los ciudadanos y no limitase sus libertades por vía de la coerción fiscal estatal. Este sería el Sistema de Salud implantado en Estados Unidos.

Existen autores como Le Grand que reflexionan sobre la conveniencia de incorporar el concepto de responsabilidad individual a la equidad en salud, este autor nos propone un sistema en el que intenta diferenciar las situaciones de desigualdad que son debidas a las decisiones libres e informadas de las personas, frente a aquellas situaciones en las que las desigualdades no pueden ser imputadas a las decisiones del individuo. *“nuestros juicios sobre el grado de desigualdad inherente a una distribución determinada dependen de la medida en que consideramos esa distribución como resultado de una elección individual”* (Le Grand, J.,1993).

A pesar de todas las limitaciones expuestas anteriormente esta forma de abordar la equidad tiene la ventaja de incorporar la responsabilidad de las personas por sus decisiones individuales respecto a su salud. Por lo tanto, en el tema de provisión de servicios para la atención sanitaria, la equidad se entendería como igual acceso para igual necesidad, pero con los matices y salvedades expuestos anteriormente. En resumen podemos decir que la equidad en salud no puede ser abordada con un enfoque unidimensional debe ser contemplada como una disciplina amplia con espacio para muchos enfoques diferentes, lo mismo ocurre con los logros en salud, se suele conceder excesiva importancia a los resultados finales sin tener en cuenta los procesos por los que se obtienen estos resultados o situaciones de partida y también con las

situaciones de desigualdad, no todas las situaciones de desigualdad pueden ser no equitativas.

Según J.Le Grand *“Se puede entender que existe igualdad de acceso cuando las personas soportan los mismos costes personales para poder recibir los mismos cuidados sanitario”* (Le Grand,J., 1991). Este planteamiento implicaría que si ciertas personas tienen que soportar unos mayores costes de desplazamiento (medidos en tiempo invertido o de otro tipo), se ven sometidos a mayores tiempos de espera para poder recibir los cuidados sanitarios, deberíamos pensar que no se está produciendo una igualdad de acceso. El planteamiento quedaría incompleto si no añadimos el concepto de necesidad, pues el elemento que da derecho a la igualdad de acceso es la igualdad de necesidad, de forma que no se trataría de garantizar el acceso al conjunto de recursos sanitarios existentes, sino que se trataría de garantizar el acceso a los servicios sanitarios adecuados al problema de salud a tratar.

En este capítulo el concepto de salud se ha analizado desde la evolución de los conceptos de salud/enfermedad y sus formas, pasando por la sanitaria, como se aborda la enfermedad y la prevención, la concepción político-legislativa de la sanidad donde se hace énfasis en la historia española y catalana de los últimos siglos, la creación de la seguridad social y la sanidad de beneficencia, el acceso universal a la sanidad y la influencia de los últimos retrocesos legislativos afectando especialmente a las clases más desfavorecidas. También se han tratado los aspectos económicos de la salud: sus condicionantes para la productividad, los costes de la enfermedad, el gasto en nuevas técnicas clínicas y la presión que ejercen los mercados del sector. Estos factores han impuesto la necesidad de control de la gestión para la contención del gasto público y a su vez la entrada del mercado privado en el sector. Por último, se ha desarrollado el concepto social de la salud mediante la participación social en la salud individual con la incorporación de la responsabilidad de las personas en sus decisiones

individuales respecto a su salud y la capacidad del individuo en transformar los recursos que tienen a su alcance en bienestar.

Las desigualdades en salud son los resultados de la situación en la cual una población nace, vive, trabaja y envejece, de los tipos de sistemas que se utilizan para combatir los tipos de enfermedades, de las políticas sanitarias que desarrollan las fuerzas políticas y legislativas que rigen la sociedad y de la accesibilidad al sistema. Todos los conceptos mencionados tienen relación con las diferentes conceptualizaciones que se han expuesto sobre la salud. Las desigualdades en salud y sus determinantes estructurales vienen acordados por los contextos sociopolíticos en los que se diseñan y aplican las políticas públicas que influyen sobre el estilo de vida de los individuos, determinan el riesgo de salud /enfermedad y la potencialidad de curarse y de cuidarse. Las políticas para reducir las desigualdades en salud a veces contradicen los valores de la justicia ya que obligan a una redistribución de los recursos de los que legítimamente más aportan en favor de los que no aportan o no pueden aportar, pero si estas políticas consiguen reducir las desigualdades en salud favorecen la salud de toda la comunidad.

Se ha observado en estas últimas décadas que las políticas públicas de los países desarrollados se orientan cada vez más de forma sistemática a los que están a “dentro”, a los que producen o tienen capacidad de gasto, a los que tienen representación política y pueden votar en las consultas electorales, pero raramente se orientan a los excluidos del sistema, como decía P.J. May *“no se hacen políticas para aquellos que no tienen quien les represente ante las decisiones Políticas”* (May, P.J., 2005). Si esto es así en general también lo es para en el ámbito de la sanidad, donde observamos la permanente ausencia de programas adecuados para los colectivos más excluidos y vulnerables, las mejoras que se introducen siguen siendo orientadas a los que están dentro del sistema y siguen dejando fuera a las personas más vulnerables.

CAPITULO III EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS DE BIENESTAR

3.1. Introducción

En este capítulo nos aproximamos a la historia des de la beneficencia hasta los Servicios Sociales con la finalidad de contextualizar el desarrollo del Estado del Bienestar, desvincularlo de los contenidos en materia de sanidad que hacían referencia a prestaciones para las personas denominadas pobres. A lo largo de la historia ha prevalecido la explicación de la pobreza como un fenómeno natural de responsabilidad individual, fruto de la escasez, los grupos sociales bien situados y las políticas económicas de las monarquías que los apoyaban favorecieron esta dualización social. La protección de las personas socialmente excluidas ha ido evolucionando de formas muy variadas sobretodo con la llegada de la primera revolución industrial de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX en que fue necesario gestionar el mercado de trabajo, este fenómeno dio lugar a nuevos planteamientos en el orden social y a la aparición de nuevas formas organizativas más redistributivas de la protección del riesgo ante las adversidades. Los sistemas de protección social empezaron aparecer para cubrir los riesgos más urgentes, sobre todo los referidos a la salud y al auxilio social, en cuanto a comida ropa y lugar donde cobijarse.

Durante un largo periodo, la salud y asistencia social fueron de la mano de lo que se conocía como socorro de los pobres, pero con la aparición de los sistemas de protección de la seguridad social, el binomio salud-asistencia social fue desmembrándose por la aparición de seguros de protección social que cubrían la enfermedad, invalidez, jubilación, viudedad y protegían a los trabajadores quedando la asistencia social como responsable de prestaciones básicas sociales y de salud destinadas a las personas más pobres. A medida que se aplicaban cada vez más los instrumentos de cobertura social a un número mayor de ciudadanos, las políticas sociales fueron avanzando pasando de las formas de asistencia caritativa propias de los inicios del siglo XIX a formas de protección social determinadas por derecho dentro de un estado democrático al que se denomino Estado del Bienestar. Estas transformaciones fueron produciendo una mayor especialización dentro de la Administración y por consiguiente creando los Departamentos de Salud, Educación,

Servicios Sociales etc., que conocemos actualmente, dejando definidas las áreas de competencia de los mismos. En determinados países europeos aparecen leyes de cobertura universal de salud para sus ciudadanos y es en este punto donde empieza la disociación entre las prestaciones de salud y las de los servicios sociales.

El paso de la caridad a la beneficencia y posteriormente a los Servicios Sociales ha implicado un diseño de políticas públicas más complejo para la cobertura de necesidades básicas de las personas en situaciones vulnerables de un territorio, pero con las reiteradas crisis económicas, las dificultades de desarrollo de los sistemas que componen el Estado del Bienestar han ido generado una falta de cobertura pública en determinados sectores vulnerables, esta situación ha producido la aparición de entidades, llamadas de tercer Sector, que con más o menos capacidad están haciendo frente a prestaciones para necesidades básicas que las Administraciones públicas actualmente no están cubriendo.

La cobertura sanitaria universal en España, quedo adscrita a las prestaciones sanitarias de la antigua Seguridad Social quedando algunos servicios de salud excluidos del sistema público y a su vez sin amparo por parte de los Servicios Sociales, ya que estos se definen dentro de otros cometidos.

3.2. Las necesidades

Si nos preguntamos ¿Que son en realidad necesidades? Podemos obtener multitud de definiciones, pero para el estudio que nos ocupa haré referencia al concepto de necesidad que definen Patrocinio de las Heras y Elvira Cortajarena en su libro *Introducción al Bienestar Social* como: *“La necesidad, en los seres humanos es una tendencia natural hacia la consecución de los medios que les son propios para su mantenimiento y desarrollo. La Necesidad se manifiesta en un estado de carencia de los medios para satisfacer las aspiraciones humanas. La necesidad Puede ser Particular cuando se refiere a aquellas carencias que no comprometen más que a los individuos como tales y Social que es la que compromete en mayor o menor grado o extensión a la sociedad y sólo de ésta puede recibir la solución adecuada”* (Las Heras,P.;

Cortajarena,E., 1986). Por lo tanto, el concepto necesidad es histórico y depende de la fluidez de las condiciones espacio-temporales, que van cambiando y configurando nuevos horizontes de expectativas de las personas en las sociedades. Cada necesidad no termina en sí misma, sino que se convierte en plataforma para el descubrimiento de otras nuevas, en este sentido, la sociedad que tiene más niveles de necesidad cubiertas es la que vislumbra y percibe horizontes de necesidades más amplios, no me refiero aquí a las necesidades inducidas artificialmente, sino a las producidas por el desarrollo social que producen un mayor nivel de enriquecimiento vital. En esta situación entrarían las necesidades sanitarias que han ido emergiendo a lo largo del tiempo, que sin ser algunas de ellas, necesidades que comprometan la vida de los individuos, son necesidades sanitarias que pueden aportar un beneficio importante en la salud del individuo y una mayor calidad de vida.

En la medida en que se va tomando conciencia y existe una mayor organización de la sociedad, los grupos humanos crean " recursos" que responden sucesivamente a sus necesidades, pero en estos casos cabe hacer una definición objetiva de lo que se supone se entiende por recursos sociales, abarcando como sociales todos los recursos que implicarían la cobertura de necesidades definidas por el Estado del Bienestar tales como sanidad, educación etc., y no solo como los recursos meramente ligados a los Servicios Sociales.

El concepto "recursos" aplicado a los diferentes ámbitos que engloba el concepto Bienestar Social serían: *"los medios humanos materiales, técnicos, financieros, institucionales etc. de que se dota una sociedad para cubrir las necesidades de sus individuos grupos o comunidades, en cuanto forman parte de ella"*.(Las Heras,P.; Cortajarena,E.,1986).

La relación entre las necesidades y los recursos podría ser idealmente armónica con lo cual las personas, en cuanto sintieran una necesidad, tendrían recursos para satisfacerla debidamente, pero esta situación de coordinación perfecta entre

necesidades y recursos es una utopía, de aquí la necesidad de analizar ambos términos y su influencia mutua para poder comprender de forma más concisa la investigación.

3.3. De la Caridad a la Beneficencia

Las principales formas históricas en que ha sido ejercida la protección social a las personas necesitadas a lo largo del tiempo, pueden resumirse en las siguientes:

- Caridad.
- Beneficencia.
- Seguridad Social
- Asistencia Social Pública.

Hay que entender que el actual sistema de Servicios Sociales tiene una raíz histórica, pero que a su vez no nos encontramos ante una historia lineal, sino ante una evolución irregular con avances y retrocesos. Aunque esta distinción se hace fundamentalmente a efectos de esquema metodológico, estas nociones se superponen y se conectan a lo largo del tiempo por lo tanto sería un error identificar en exclusiva dichos conceptos con épocas concretas en caso de poder hablar del predominio de alguno de ellos en un momento histórico determinado. Las actuales formas de asistencia son un modelo más entre los que se han desarrollado en el tiempo, para hacer frente a la realidad de las necesidades sociales.

3.3.1 La caridad

En la antigüedad sí nos remontamos a la época de los romanos, encontramos antecedentes en que mediante *"la figura de una institución fiduciaria concedían a las ciudades o colegios el poder de utilizar sus rentas para distribuir alimentos y auxilio entre enfermos y legados"* (Gutiérrez Resa., A., 1997). Posteriormente, con el reconocimiento del cristianismo por Constantino (313 d.J.C) la Iglesia se convierte en la administradora y luego propietaria de los capitales y legados para fines piadosos. La caridad se asienta en base a "principios religiosos", la atención al necesitado llámese enfermo, pobre, indigente, anciano, inválido, huérfano, niño abandonado, es doctrinalmente, una de las reglas básicas del cristianismo. Diferentes preceptos del

Evangelio señalan el deber máximo para el cristiano de la caridad, que sitúa a todos los hombres en un plano de igualdad (ideal) ante Dios, este precepto se debía traducir en actuaciones concretas: atención al hambriento, al desnudo, al enfermo, al forastero, al encarcelado etc., en quienes Jesucristo se personificaba. La práctica de este deber era el elemento que iba a discernir sobre la salvación o la condena del hombre, cuando el primitivo cristianismo se oficializo, la caridad se convirtió en el principal elemento de referencia, la caridad iba a consistir en un ejercicio voluntario y constante de desprendimiento personal a favor de los demás, por amor a Dios.

En la Edad Media la atención a la persona necesitada giraba en torno al concepto de caridad. De los tres pilares que sustentaban la arquitectura del poder de la época, nobleza, Iglesia y Rey, fue la Iglesia la que asumió progresivamente las responsabilidades públicas correspondientes a necesidades sociales, haciendo también invitaciones, más o menos severas, a los ricos para que contribuyeran con limosnas y bienes al alivio de los sufrimientos de los pobres, para ello se apelaba a la virtud de la caridad en sus distintas versiones como misericordia o magnificencia con recursos emocionales y utilizando su patrimonio de donaciones, sucesiones testamentarias y diezmos. Dentro del orden divino la atención al pobre mediante la caridad se constituía como una doble vía de salvación:

- El pobre se santifica mediante la aceptación y la resignación.
- El rico se santifica auxiliando al pobre a través de la limosna.

En esta época la pobreza tenía otra conceptualización distinta a la que hoy entendemos ya que el ideal no se situaba en el bienestar material, incluso se considera la pobreza como una virtud como fue el nacimiento de las órdenes mendicantes y a los pobres como medio de ejercitar la caridad. En definitiva, en esta etapa la caridad predominaba sobre la justicia, con lo que la atención a los pobres se situaba en el ámbito de la moral y no el ámbito jurídico. La pobreza no era una cuestión social, era una cuestión religiosa aunque se produjese la paradoja de la acumulación de poder y riquezas por parte de la Iglesia mientras esta predicaba el principio de pobreza.

En esta época podemos destacar:

- El predominio absoluto de la caridad religiosa a la caridad laica.
- La indeterminación de la asistencia a la creación de establecimientos específicos para los distintos tipos de necesitados.
- La no discusión sobre los pobres a la diferenciación entre verdaderos y falsos pobres.

La protección al necesitado se reflejaba en la elaboración de las primeras normas y en la creación de instituciones para socorro de los pobres de las que podemos señalar:

- El Fuero *Juzgo* (1.241): incorpora la orden a los Obispos para librar a los menesterosos de sus aflicciones y establece penas para los padres que abandonen a los hijos.
- *El Fuero extenso de Jaca*(1.187): prescribe que en los supuestos de sucesión, a falta de parientes, deben heredar los pobres. (Molho, M., 1964)
- *El Fuero de Salamanca*: en las herencias, "un tercio de la quinta parte debe darse a la Iglesia, para que sea destinada a los pobres". Garran Martinez, J.M. (2004).
- *El Fuero Real* (1.255): cuando los padres se hagan pobres en vida de los hijos, éstos deben mantenerlos.(Alfonso X el Sabio ,1255)
- *El Código de las Siete Partidas* (1.256): los Obispos están obligados a hospedar en sus casas a los pobres y atender a los que están en sus domicilios. Las limosnas deben darse preferentemente a viejos, ciegos, enfermos y pobres. (Alfonso X el Sabio 1256).

En cuanto a las instituciones de caridad, la institución principal es "*el hospital*". Los hospitales se crean en un primer momento, al amparo de obispos, monasterios y catedrales, posteriormente intervinieron en su creación reyes, señores y más adelante particulares, mediante patrocinios y mecenazgos. Los hospitales servían para acoger a enfermos, pobres, inválidos, dementes, transeúntes, peregrinos etc. La propia

dinámica de las necesidades a cubrir y la conveniencia de su diferenciación origino la creación de establecimientos similares: hospicios, casas de expósitos, de huérfanos etc.

Durante la época medieval (s.VII-XV) se van sucediendo diversas formas de caridad basadas en las familias, vecinos, obras pías, gremios, órdenes monacales, congregaciones y corporaciones. *“El Medioevo en su doble vertiente del final del Imperio Romano y primera cuna de Europa es el arranque de nuestra consideración histórica sobre Acción Social”* (De las Heras –Cortajarena, 1986).

El Renacimiento supone el progresivo abandono de la centralidad en Dios de la época medieval. El hombre se interesa en sí mismo y se aspira a un ideal de hombre nuevo liberado de la incultura y la mediocridad. Este interés por el hombre derivará hacia el individualismo y al racionalismo, que poco a poco se irán separando de una concepción exclusivamente cristiana de la caridad. El hombre del Renacimiento no piensa que deba ejercer personalmente una acción social positiva para que le sirva de recompensa en una vida futura, sino que la eliminación de la pobreza consiste en un fin en sí misma, porque una sociedad con mendigos y pobres no es coherente con el ideal humanista.

El movimiento renacentista llega con bastante retraso a España, ya que al ser esta profundamente cristiana, se convierte en una importante opositora a toda idea de cambio. En el resto de Europa, la influencia del protestantismo hace que la protección social deje de fundamentarse en la caridad privada considerada una virtud secundaria para Lutero y se avanza hacia una concepción pública de ésta.

En este período surgen los primeros escritores que teorizan sobre la pobreza y el modo como la sociedad debe enfrentarse a este problema. En el siglo XIV Juan Luis Vives humanista español simboliza la nueva actitud social que, inspirándose en ciertos principios cristianos, intenta imprimir a la vieja caridad un sentido de eficacia, de organización e incluso de promoción. La Magistratura de Brujas le encomienda la tarea de elaborar un plan que remedie o palie el problema de la pobreza y la mendicidad. Vives escribe entonces (1526) su famoso libro

Desubventione Pauperibus (Sobre el socorro de los pobres), en el que acepta la idea tradicional del pobre como elegido por Dios, pero presenta la pobreza como un fenómeno colectivo, como un problema social, tanto para los afectados como para el resto de los ciudadanos. Frente al control tradicional de la atención a los necesitados por parte de la Iglesia, propone la responsabilidad política de los poderes públicos, ya que la pobreza empieza a ser un problema que amenaza la paz social. En su tratado propone las siguientes medidas:

En el ámbito local:

- Censar los pobres.
- Medidas preventivas contra la pobreza: enseñanza adecuada y empleo.
- Medidas curativas.
- Medidas asistenciales: establecimiento de hospitales.

No propone medidas penales de carácter general contra los pobres. Sugiere la concesión por parte de la ciudad de un subsidio complementario a las rentas del trabajo. Define los modos de financiación del sistema: bienes de monasterios e iglesias, rentas de trabajo, transferencia de rentas de hospitales ricos a pobres, limosnas. Recorte de gastos suntuarios etc., defiende la intervención de los poderes municipales en el control de los hospitales existentes o los que se fueran creando. Vives no se aparta de la caridad, pero es uno de los primeros en proponer un sistema racional para sacar al pobre de la indigencia. Juan de Robles (o Juan de Medina). Es abad del monasterio benedictino de San Vicente (Salamanca). Publica en 1545 el libro "*De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna para remedio de los verdaderos pobres*". (De Robles, J., 1545). Este autor es precursor en nuestro país del establecimiento de un sistema organizativo para remediar la pobreza. Las ideas principales de este autor se pueden resumir en la necesidad de establecer una organización racional que asegure el mantenimiento del verdadero pobre ya que la pobreza no es solo un asunto de caridad, sino de "buena gobernación". La atención al pobre debe hacerse en sus propias estancias (domicilios o albergues), mediante la concesión

de limosnas, con lo que se evita que estén mendigando. El pobre recibe el subsidio cuando no pueda ganarlo con su trabajo y observe una conducta honesta y religiosa. En ningún caso se puede conceder a gente ociosa. Este subsidio es de carácter temporal, hasta que encuentre un oficio. La autoridad pública debe perseguir a los mendigos que piden limosna por las calles, a pesar de ser mantenidos en sus estancias. Robles no rechaza la caridad cristiana ni la limosna, pero entiende que la administración debe garantizar que solo pida limosna aquel que realmente la necesita. Muchas de las ideas de Robles eran muy avanzadas para su época, con lo que no tuvieron demasiada influencia ya que su tiempo estaba caracterizado por una radicalidad ideológica originada por la reacción (Contrarreforma) a la Reforma Protestante.

El dominico, profesor de la Universidad de Salamanca Domingo de Soto, inspirado por las ideas de Juan de Robles en el año 1545 publica un opúsculo titulado "*Deliberado in causa pauperum. De non inhibendo secundum misericordiae prescriptum, publico mendicabulo*" (De Soto, D., 1545) motivado por la puesta en práctica, en Zamora (1540), de una ordenanza para pobres. Entre muchos de sus planteamientos distinguiré las ideas más novedosas. Domingo de Soto no acepta el derecho a verificar si los pobres son falsos o verdaderos, aunque entiende la necesidad de distinción entre "pobres legítimos" y "holgazanes", cree que los pobres deben tener libertad para pedir pero su socorro no es una obligación exigible por la justicia sino obligación de caridad, no acepta que se obligue a los pobres al cumplimiento previo de los deberes religiosos y por último cree que las ordenanzas de pobres deben hacerse prevaleciendo la noción de socorro sobre la noción de control.

En este periodo ya se distinguen la acción legislativa de las medidas administrativas, teniendo en cuenta que ambas están muy unidas aún a la concepción caritativa. Respecto a la acción legislativa empiezan aparecer normas dictadas por los monarcas sobre la regulación de las necesidades de los pobres, en general nos encontramos con la imposición a los falsos pobres de la obligación

de trabajar y la imposición de penas, incluso corporales, a los incumplidores. Las Cortes de Valladolid en aquella época prohibían la libre circulación de los pobres, permitiendo la mendicidad solo en los lugares de origen, algunas ordenanzas insistían en la reducción del número de los hospitales en los pueblos, planteando que existieran dos hospitales, uno para enfermos contagiosos y otro para los pobres.

Según J.Tomas, *la Real Carta y Real Instrucción de Carlos I, de 24 de agosto de 1.540 es la primera disposición histórica que trata de regular de forma global la problemática de los pobres.* (J.Tomas 1998).El documento trata de plantear medidas concretas para responder a la confusión social que rodeaba a la pobreza entre las más significativas se pueden destacar:

- El examen del carácter verdadero o falso del pobre.
- La exigencia de licencia para mendigar.
- La prohibición expresa de no pedir fuera del lugar de origen, salvo a pobres enfermos.
- Las limitaciones de mendigar a peregrinos y extranjeros.
- La prohibición de la mendicidad infantil.
- La atención a los pobres vergonzantes.
- La obligación de cumplir los deberes religiosos.
- El encargo a las ciudades para que sustituyan la libre mendicidad callejera por el recogimiento de los pobres en hospitales.
- El nombramiento por los concejos de personas que vigilen la ejecución de las medidas hacia los pobres.

En relación a las medidas administrativas, podemos señalar como principales:

- Las cédulas de pedir: Los verdaderos o legítimos pobres deben ser identificados mediante este documento, para concederlas los pobres no debían poder trabajar, debían estar confesados y comulgados o ser estudiantes carentes de medios. Las cédulas debían estar firmadas por el cura de la parroquia, y aprobadas por la jurisdicción del lugar. Quienes poseían la licencia sólo podían

pedir en los lugares de donde eran naturales o moradores, y a una distancia máxima de seis leguas.

- Esta normativa también regulaba el establecimiento de hospitales, casas de misericordia, albergues y hospicios para tratar de evitar que los pobres deambularan por las calles quedando recogidos los asilos de pobres o en hospitales
- Se establecen disposiciones para que los pobres venidos a menos, que no se atrevan a pedir en la calle, sean auxiliados mediante cuestaciones públicas en las iglesias.
- Por primera vez aparece en una normativa la acción supervisora del poder público mediante la regulación sobre que las normas deben ser vigiladas por Alcaldes, Jueces y Corregidores.
- Se establecen medidas punitivas contra los pobres sin licencia para pedir mediante un año de destierro o a la expulsión.

En este período no se puede hablar aun de diferenciación de prestaciones, se pretende remediar las necesidades básicas de alojamiento y sustento de los pobres verdaderos pero no se reconoce a los pobres el derecho legal de reclamar medios para su subsistencia ni tampoco se impone a los pueblos el deber de sustentar a los vecinos indigentes. Hasta el siglo XVI las leyes civiles cuidan fundamentalmente de la persecución de los falsos pobres.

3.3.2. La Beneficencia

En el siglo XV los pequeños productores se van emancipando y empiezan a aparecer las hermandades para defenderse de los señores feudales. *"La iglesia católica en su paso a la modernidad, había ensanchado su base social y precisaba de nuevos servicios a los que responde esta nueva forma de Acción Social que pasa a denominarse Beneficencia pública"*. (Las Heras,P. Cortajarena,E.,1986).

Durante los siglos XVI- XVII-XVIII, las tendencias protestantes triunfaron en los países anglosajones que instauraron como religión el trabajo y la productividad, considerando *"la pobreza como prueba de desagrado divino y la riqueza como*

señal evidente de la predestinación feliz “los santos invisibles” de los que se habla en el Calvinismo. (Weber, M., 1992). La burguesía en estos países se reafirma con la consolidación del comercio, la banca, la iniciativa individual y la ciencia positiva. La caridad, virtud más cercana a la fe cristiana, deja paso a la filantropía, actitud que, aunque en algunos puede tener raíces religiosas, resulta en sí mucho más laica y autónoma. El mundo anglosajón protestante, se dedica por medio de diversas asociaciones comunitarias a mejorar los servicios y las condiciones de vida en sus ciudades o pueblos. En el mundo católico de forma paralela se produce el fortalecimiento del tercer estado, compuesto fundamentalmente de comerciantes, artesanos y pequeños funcionarios que obliga a los poderes públicos a una actitud mucho más resuelta de cara a las necesidades de la población es por esto que ya en el s. XVIII el Estado Español decide disolver las cofradías y hermandades (1777-1784) y se sustituyen por montepíos de carácter laico.

En España en aquella época se reguló la mendicidad, se crearon de hospicios y el alcantarillado entre otras iniciativas públicas, pero no fue hasta la primera mitad del siglo XIX cuando se produjo el cambio de la caridad como medio de asistencia social a la beneficencia. Este cambio no hubiera sido posible sin los movimientos de la Ilustración y el Liberalismo promovidos por La revolución Francesa de 1789.

“La Ilustración como amplio movimiento cultural europeo (Inglaterra, Alemania, y Francia), se produce a finales del siglo XVII y se desarrolla durante todo el siglo XVIII y principios del XIX este movimiento se caracteriza por el predominio de la razón, sobre todo en su dimensión científico-técnica y su proyección hacia todos los ámbitos del saber. Aparece una razón crítica en la que se lucha contra las supersticiones y los prejuicios de la ignorancia, la credulidad y la religiosidad destacando el interés por las reformas económicas y sociales. La Ilustración española trata de compatibilizar las innovaciones de la ilustración con los aspectos esenciales del catolicismo”. (García Pelayo, M., 1977)

En esta época aparece una clara diferenciación entre Moral y Derecho, con lo que la caridad va quedando progresivamente relegada al ámbito de lo moral, lo interno, personal del individuo y en su lugar se va a establecer la beneficencia como contenido del Derecho, y con carácter público. *“Esta nueva corriente de pensamiento produce en la acción asistencial modificaciones sustanciales, no tanto por la negación de la caridad, sino como por la búsqueda del porque se produce la caridad y cuál es su auténtico sentido”*. (Garran Martínez, J.M. 2004).

Los pensadores más importantes de la época sobre temas sociales fueron Jerónimo Feijoo (1676-1764), benedictino y precursor del movimiento ilustrado que proponía la creación de hospicios para cubrir las necesidades básicas de los pobres inválidos y dar empleo a los pobres válidos en oficios públicos y Pedro Rodríguez de Campomanes (1723-1803) que planteaba en sus obras la necesidad de ofrecer un subsidio transitorio a los indigentes hasta que encuentren trabajo.

El liberalismo surge como rebelión de la sociedad contra el Estado absolutista del antiguo régimen, se basaba en los derechos del individuo, en la idea de la igualdad de todos los seres humanos y por tanto en la tesis de que ningún hombre debe encontrar obstáculos para su desarrollo ya que el Estado es el que debe garantizar la libertad de los individuos y su pleno desarrollo. El Estado tenía que tratar de cumplir estas finalidades mediante el reconocimiento de los derechos individuales y la garantía de la vigencia de esos derechos mediante el cumplimiento de la legalidad para eliminar todo tipo de arbitrariedad. El primer reconocimiento de estos Derechos ya se produjo en 1789, tras la Revolución Francesa, en la Declaración de los Derechos del Hombre, esta Declaración impone a la nación el deber de proporcionar trabajo al necesitado y ayuda a quien no pudiera desempeñarlo. El Estado Liberal desarrollo así, la forma de asistencia al indigente, bajo el nombre de beneficencia, dentro de un contexto público y como un servicio administrativo.

Hasta esta época en España solo existían la caridad y la beneficencia privadas, en los siglos XVI al XVIII se desarrollaron las hermandades y montepíos como formulas para hacer frente a las necesidades sanitarias de las personas

trabajadoras y de sus familias. Pero durante el reinado de Carlos III (1778) se producen elementos importantes para la transición a un sistema público de beneficencia, para la coordinación de las Diputaciones se crea una Junta General de Caridad, compuesta por personal civil y eclesiástico, aunque sigue persistiendo la idea de caridad, cada vez se hace más patente la intervención del poder público, a través de los alcaldes de barrio y de los corregidores.

La Constitución liberal 1812 o también llamada Constitución de Cádiz supone un cambio radical en la configuración del sistema público de atención al necesitado, establece como obligación principal de los españoles el de ser "justos y benéficos" (art.3) y plantea a los Ayuntamientos y a las Diputaciones Provinciales unas obligaciones en el terreno de la asistencia social. La Constitución de Cádiz encomendaba a los ayuntamientos "*cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos, y demás establecimientos de beneficencia*" (cap I art. 321-6 Constitución 1812) y establecía la necesidad de crear en cada pueblo una Junta Municipal de Beneficencia que "*debería entender en todos los asuntos de este ramo como auxiliar desu respectivo ayuntamiento*", así mismo las piezas clave en este campo fueron las leyes de beneficencia. La llegada de la década absolutista en 1823, dejó abolidas las leyes de beneficencia así como el resto de la legislación constitucional. La ley de beneficencia se volvió a restablecer en 1836, pero ya se considero políticamente que necesitaría algunas modificaciones que culminaron con la aprobación de la Ley de 1849 una vez que hubieron accedido al poder los liberales conservadores.

El liberalismo propició un hecho importante en nuestro país para la transición a la beneficencia pública que fue la desvinculación de mayorazgos y patronazgos y la desamortización de bienes eclesiásticos, municipales y de particulares (bienes de "manos muertas", que no se podían vender ni destinar al uso común). La principal motivación de las desamortizaciones fue aminorar la deuda pública, Mendizábal desamortiza los bienes del clero y suprime los diezmos que debían satisfacerse a la Iglesia, lo cual provoco la pérdida de los establecimientos benéficos

dependientes de la Iglesia. Las medidas desamortizadoras afectaron, por tanto, fundamentalmente a la beneficencia privada y es en este momento cuando empezaron a adquirir especial relevancia las fundaciones benéfico- asistenciales.

Aprobada la Constitución de 1845, la situación de los establecimientos de Beneficencia era muy deficitaria, los liberales conservadores trataron de reorganizar los Ayuntamientos y las Diputaciones Provinciales, sumiendo poco a poco más coberturas de protección social con la creación mediante real decreto de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad (1847) y la posterior promulgación de las Leyes de Beneficencia de (1849) y Sanidad (1855). Si consideramos la definición de Beneficencia como "*el dar la ayuda material por si misma sin que forme parte de un tratamiento ni considerar su conveniencia*" (Sitja.M. 1989) tenemos que el cambio que se produce de la ley de beneficencia de 1822 con la ley de beneficencia de 1849 es su consolidación como servicio público.(ver tabla 12)

Aunque se citan en diferentes normas, el reglamento de 1849 determino específicamente los siguientes establecimientos que tendrían que atender a las personas con necesidades:

- *Hospitales de enfermos.*
- *Hospitales de convalecientes.*
- *Hospitales de impedidos y decrepitos.*
- *Casas de dementes.*
- *Hospicios y casas de misericordia: albergue de pobres e impedidos, incapaces de realizar un trabajo personal.*
- *Casas de huérfanos: recogen a los niños huérfanos pobres que no son cuidados por ninguna familia.*
- *Casas de maternidad: para mujeres solteras embarazadas*
- *Casas de expósitos: para la atención de los niños abandonados.*
- *Asilos de párvulos: para niños que no pueden ser atendidos porque sus padres están trabajando.*

Tabla 12 Comparativa entre las leyes de Beneficencia de 1822 y 1849

Ley de Beneficencia de 1822	Ley de Beneficencia de 1849
La Beneficencia se constituye como <i>sistema público</i> en todos sus aspectos (objeto, gestión, financiación etc.).	La beneficencia constituye <i>un sistema de protección social</i> , a través de la coordinación de los distintos órganos administrativos que se crean. Se establecen <i>la Junta General, las Juntas Provinciales y las Juntas Municipales de Beneficencia</i> . Están compuestas por personal civil y eclesiástico
La gestión del sistema se encomienda a los Ayuntamientos, a través de las Juntas Municipales de Beneficencia.	De la Junta General dependen <i>los Establecimientos Generales</i> , que se destinan a satisfacer las necesidades permanentes (locos, sordo-mudos, ciegos, impedidos, decrepitos).
En las poblaciones grandes se prevé la creación de <i>Juntas Parroquiales de Beneficencia</i> . Tienen competencia en la hospitalidad y socorro domiciliario, recogida de niños abandonados, primera enseñanza, remisión a establecimientos benéficos de quienes no pueden ser atendidos en casa... Donde no existan, sus funciones son ejercidas por las Juntas Municipales. Crea establecimientos de internamiento para pobres de <i>ámbito provincial</i> . Destacan las casas de maternidad, las casas de socorro, hospitales de pobres	De De las Juntas Provinciales dependen los <i>Establecimientos Provinciales</i> , que atienden a las personas con enfermedades comunes, los pobres incapaces de un trabajo, las casas de misericordia, las de maternidad y expósitos, las de huérfanos y desamparados.
Se destaca <i>la voluntariedad del internamiento</i> en estos centros y el respeto por los derechos de los internos, así como la importancia dada a la instrucción de los acogidos y al establecimiento de talleres. Se concede gran relevancia a <i>atender al necesitado en su lugar de origen, en su propia casa y por personas que lo conozcan: ayuda a domicilio</i> (o socorro domiciliario) y hospitalidad domiciliaria (atención médica y farmacéutica.	<i>El ingreso en los establecimientos es voluntario</i> , no puede recluirse a personas por motivos disciplinarios o correccionales
Donde existen casas de socorro o se facilite auxilio domiciliario, no está permitido pedir limosna.	La beneficencia ofrece <i>prestaciones gratuitas</i> a pobres, aunque hay algunas excepciones (ayudas de familias, ayudas de los socorros otorgados...).
En relación a la <i>beneficencia privada</i> , los <i>establecimientos</i> no mencionados en la ley debían suprimirse. Todos ellos quedaban dependientes de las Juntas Municipales.	La beneficencia se financia de <i>un fondo patrimonial común</i> compuesto por bienes de naturaleza pública -presupuestos general, provincial y municipal- y de naturaleza privada - fundaciones, limosnas-.
	Los establecimientos se someten a un <i>régimen presupuestario y contable común</i> . Los presupuestos son examinados por la Junta correspondiente, el déficit se cubre con presupuestos públicos.

Fuente: Elaboración propia a partir de las leyes de beneficencia de 1822 y 1849

- *Casas de socorro: para la cura ambulatoria de enfermedades accidentales.*
- *Refugios o albergues: para el acogimiento provisional mientras se traslada al indigente al hospicio.*
- *Casas de arrepentidas: para las mujeres que han abandonado la prostitución.*
- *Casas de lavado y baños de pobres: para la limpieza y prevención de enfermedades contagiosas.*
- *Establecimientos especializados para sordo-mudos y ciegos.*
- *Pósitos: Instituciones donde podían guardarse instrumentos de primera necesidad para su propio remedio en situaciones de carencia.*
- *Montes de Piedad: Instituciones que prestaban dinero a los necesitados bajo prenda de alhajas, muebles o ropas, a bajo interés.*
- *Cajas de Ahorro: Instituciones que reciben dinero de las personas y lo devuelven con un interés añadido. (Reglamento General de Beneficencia, 1849).*

La Ley y el Reglamento no afirmaban que los pobres tuviesen derecho subjetivo a la asistencia, pero los establecimientos benéficos estaban obligados a recibir a los pobres. Las competencias municipales en materia de beneficencia se limitaban a la función del socorro y la hospitalidad domiciliaria, a su vez la ley era respetuosa con los establecimientos privados, que estaban sujetos a la inspección y control administrativo y contable. *"Algunas de las actividades de beneficencia se establecieron como mínimas prestaciones por parte de las entidades locales (por ejemplo: la asistencia médico farmacéutica a familias desvalidas y la creación y el mantenimiento de hogares infantiles, ancianos desvalidos, etc.)"* (Rubiol G 2003). Si estas actividades las trasladáramos a la actualidad se referirían a una parte de lo que son hoy en día los servicios sociales, salud educación.

Des del punto de vista organizativo se observa que la ley de beneficencia de 1822 era muy municipalista cuando establece que *"en las poblaciones de mucho vecindario las juntas municipales, con la aprobación de sus respectivos ayuntamientos nombraran juntas parroquiales de beneficencia"* (art 17) y que *"tenían como función hacer la colecta de limosnas de las suscripciones voluntarias de la hospitalidad y socorros domiciliarios de la primera enseñanza y la vacunación de los niños pobres, de recoger los expósitos y desamparados y de conducir a los establecimientos de Beneficencia respectivos a los que no puedan*

*ser socorridos en sus propias casas” (Art 21), como se puede observar la ley da potestad a las corporaciones locales para que puedan organizar sus propios servicios de beneficencia de una forma descentralizada. En cambio la Ley de beneficencia de 20 de junio de 1849 promulgaba una legislación más global en el ámbito estatal y regional, la dirección suprema correspondía al Gobierno, así como la creación y supresión de centros. Al Ministerio Gobernación se encomendaba la aprobación de los reglamentos de los establecimientos y su gestión. Frente al criterio descentralizador de la Ley de 1822 apareció un principio más centralizador de la actividad benéfica, la ley de 1849 significó la consolidación de la beneficencia con una finalidad *pública*, ya que los establecimientos de beneficencia eran públicos y la beneficencia pública se institucionalizó con la creación de las Juntas Provinciales de Beneficencia mediante la ley de 20 de junio de 1873.*

En el año 1892 se promulgó una nueva ley de Beneficencia y posteriormente se desarrolló el Real decreto 14/3/1899 en el que se definió la beneficencia como: *“la satisfacción de las necesidades presentes y esenciales de una persona que no puede satisfacerlas por sí misma, por su condición de pobreza o indigencia, siempre que esta no sea voluntaria” (Maluquer de Motes C.J., 1983).*

Los resultados de todas estas normativas no fueron eficaces ya que los recursos aplicados fueron escasos y las prestaciones pocas y de dudosa calidad, fue la Iglesia Católica quien ocupó una vez más el lugar más significativo respecto a la provisión de protección social para los más necesitados, aprovechando esta intervención social como medio de catequizar nuevamente a la población española.

Una de las consecuencias de este proceso fue *“la promulgación de la ley de Asociaciones (1887) que tuvo el efecto de incrementar el número de órdenes religiosas y seculares dedicadas a la asistencia social, quienes coexistieron con la práctica del ejercicio individual de la caridad”.* (De Vega 1992). Mientras tanto, las asociaciones no eclesíásticas fomentaban otras formas de cobertura social como

es el ahorro, creando la Caja de Ahorros y Monte de Piedad y los grupos de ayuda mutua, bajo la forma de mutualidades, como instrumentos de previsión y cobertura de riesgos ante una hipotética situación de precariedad.

Las situaciones de precariedad habían obligado a finales del siglo anterior a la actuación de los poderes públicos mediante la creación de una comisión para el estudio de todas las cuestiones que directamente interesaban a la mejora y bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales y que afectaban a las relaciones entre capital y trabajo. Esta comisión más tarde fue convertida en la "*Comisión de reformas sociales "sobre la cual a principios del siglo XX se constituyó el instituto de reformas sociales, entidad que realizó estudios sobre la situación social y preparó las primeras disposiciones laborales"* (G. Rubiol, G.;Vila,A., 2003).

Las disposiciones sobre Beneficencia a lo largo del siglo XIX y XX son muy numerosas, de hecho, el sistema tradicional de Beneficencia, ha continuado vigente hasta hace muy poco tiempo. La aparición y desarrollo de los Seguros Sociales cubrieron un gran número de necesidades que anteriormente habían sido cubiertas por la caridad o la beneficencia. En España, hasta la Constitución de 1978 no se efectuó la transformación de la beneficencia mediante el traspaso de competencias en materia de asistencia social a las Comunidades Autónomas.

3.4.- Origen y evolución del Estado del Bienestar

En el siglo XVIII se inició un proceso de industrialización sin precedentes produciendo un aumento de la urbanización y proletarización acompañado de un crecimiento demográfico. "*El proceso de industrialización es la culminación de la revolución burguesa, este proceso permitió el tránsito de una situación económica estática a una situación dinámica estableciéndose un nuevo orden financiero y jurídico bajo los auspicios de un sistema nuevo llamado capitalista*"(Artola, M, 1975). La acumulación de capitales tuvo diversos orígenes, por un lado la acumulación de propiedad rural y las rentas de la tierra, (las propiedades urbanas que generaban rentas de alquiler) y por otro lado los bienes manufacturados que con la enorme expansión del comercio marítimo y colonial, el desarrollo de las fábricas, la importación de materias primas

principalmente de Extremo Oriente y América, y la fabricación de lana, tela y otros productos que se exportaban a precios mucho más elevados, se generó una acumulación muy rápida de ganancias. La posibilidad de manufacturar productos básicos requería de núcleos de concentración industrial y comercial muy importantes en las ciudades, todo este cúmulo de circunstancias dio como consecuencia el desarrollo del capitalismo financiero. Así pues, los orígenes del capitalismo se sitúan hacia mediados del siglo XVIII con la revolución industrial en Inglaterra y la aparición de la competencia capitalista, en donde a la población se le priva del acceso a los medios de producción convirtiéndola en asalariada para poder subsistir, el trabajador es una mercancía más al azar de factores que él no controla, es el auténtico débil, nadie se ocupa de él como persona ya que el dogma del liberalismo es la no intervención del Estado, la industrialización y el sistema de mercado fue fuente de progreso y satisfacción para unos, pero para un gran número de la población supuso muchos sufrimientos individuales y es en este ambiente donde nacen las respuestas asistencialistas.

La protección social se inició con la legislación de Bismarck en 1882 y se materializó en forma de seguros sociales para la protección del infortunio con el objeto de eliminar las causas de descontento de los trabajadores que comprometían la seguridad del Estado. El verdadero aporte de Marx y Engels surge con el llamado Socialismo científico en el que explican que *“ el socialismo es el producto necesario de la lucha de dos clases formadas históricamente: el proletariado y la burguesía”*.(Marx,K. y Engels,F., 1975). Su misión fue la de investigar el proceso histórico-económico por el que necesariamente aparecían esas clases y su conflicto, descubriendo los medios y proponiendo una solución a la situación económica creada, de esta manera, el socialismo científico afirma la interconexión de todos los fenómenos sociales y la imposibilidad de entender los o estudiar los separadamente.

El fracaso de las doctrinas liberales en el siglo XIX dio paso a la década de los 30 donde se produjeron reacciones contra la situación imperante de desigualdad que nacieron

principalmente de las clases trabajadoras y sus organizaciones, las reacciones contra los abusos también se dieron por parte de ciertos grupos religiosos incluida la Iglesia Católica, esta situación tan convulsa dio como fruto cambios legislativos importantes en Inglaterra, Alemania y Francia.

En la revolución británica del 1942 (Beveridge Rapport) y con la declaración Universal de los derechos humanos de 1948 fue donde se empezó a fraguar el concepto de Estado del Bienestar (Welfare State), ya que se sentaron las bases de los nuevos estados sociales de Europa. El papel del Estado tuvo que cambiar dejando de ser un mero testigo neutral de lo que pasaba en la sociedad, para pasar a ser más activo, este nuevo papel dio paso a tener que realizar un cierto consorcio por parte del Estado entre dos movimientos ideológicos contrapuestos, por una parte los obreros que luchaban por sus reivindicaciones canalizadas a través de sus organizaciones representantes, y por otra parte, los empresarios y financieros que comprendieron que si no querían acumular en contra la reacción generalizada de los trabajadores, con los consiguientes riesgos para el sistema, precisaban de una política de distensión, regulando el bienestar y la seguridad que reclamaban los obreros mediante la estructuración de mecanismos para la redistribución económica. De este pacto implícito y forzoso nació el Estado Social de Derecho que corresponde a la nueva fase histórica del neocapitalismo occidental a lo que últimamente se ha llamado Estado Democrático. Como precisa Manuel García Pelayo, *“mientras el Estado tradicional se sustentaba en la justicia conmutativa el Estado Social se sustenta en la justicia distributiva; mientras el primero asignaba derechos sin mención de contenido el segundo distribuye bienes jurídicos de contenido material. Mientras que el uno se limitaba la justicia legal formal el otro se extiende a la justicia legal material... Allí se trataba de un Estado cuya idea se realiza por la inhibición, aquí se trata de un estado que se realiza por su acción en forma de prestaciones sociales, dirección económica y distribución del producto nacional”* (García Pelayo, M., 1977).

A lo largo del siglo XX se fue reconociendo a toda la población del grupo de estados europeos donde más se desarrollo el capitalismo, la protección social en el sentido

más amplio: educación, salud y asistencia social, en definitiva lo que actualmente conocemos como Estado del Bienestar. Las entidades que daban servicios se van especializando y configurando como entidades específicas de un estamento concreto así tenemos que la Organización Mundial de la Salud en 1963 en su informe técnico nº 261 establece que "*los hospitales dejaran de ser un refugio, un asilo o un hogar de desamparados par pasar a ser centros donde se atiendan a personas enfermas*" (OMS 1963), este punto donde se empieza a vislumbrar lo que sería la separación entre las instituciones de salud y de Servicios Sociales. Actualmente, el Estado Social de Derecho, en su versión Welfare State, se ha implantado, en mayor o menor medida, en todos los países principalmente en Europa.

Modelos del Estado del Bienestar

Desde las primeras etapas de consolidación del Estado del Bienestar moderno las políticas sociales han estado diseñadas para realizar acciones políticas y legislativas con el objetivo de equilibrar la libertad individual y la igualdad social. Las distintas orientaciones ideológicas que han surgido han llevado a interpretaciones diferentes del concepto igualdad social. En un principio, se desarrollo una situación basada en una tipología de seguridad social con las siguientes características de derechos sociales:

- Penetración estatal en cuanto a gestión y financiación.
- Extensión en número y amplitud de las personas asistidas.
- Nivel de generosidad: en cuanto a dinero, por cuanto tiempo se ofrecerían los servicios y que calidad ofrecerían los mismos.
- Severidad del control para obtener y conservar las prestaciones.
- Grado de redistribución entre las categorías favorecidas y desfavorecidas.

La financiación vendría posteriormente a través de la fiscalidad, las prestaciones serian iguales para todos y tenderían a garantizar un mínimo vital con efectos redistributivos e igualitarios.

Una de las primeras clasificaciones que intentó resaltar las diferencias estructurales entre los modelos del Estado del Bienestar fue la que propuso Titmuss:

- En una primera fase el *Bienestar es de tipo residual*, en donde el Estado interviene solo en casos marginales de necesidad que derivan del fallo individual sobre el mercado y la insuficiencia de los recursos familiares.
- Una segunda fase llamada *remunerativa-industrial* es donde el Estado interviene para sostener programas diferenciados según la posición de partida de los trabajadores con un efecto de integración para el mantenimiento del sistema económico.
- Una tercera fase sería donde el bienestar ya es *redistributivo a nivel institucional*. En esta fase se interviene con programas de seguridad nacional tendencialmente iguales para todos los ciudadanos y por lo tanto independiente del punto de partida del trabajador.
- Por último, la fase del *Modelo Total* en este caso la planificación solo existiría con criterios universales, se querrían evitar otros criterios que no fueran la pura necesidad siempre sobre la base de una programación pública. (Titmuss, R.M., 1981).

Estas cuatro fases en la realidad, se dan mezcladas pero nos sirven para poder profundizar sobre el desarrollo del Estado del Bienestar y su situación actual.

Hasta medianos de los años 80 los análisis comparativos sobre modelos de Bienestar dieron una importancia relevante al modelo institucional de Titmuss, pero la necesidad de encontrar nuevas soluciones ante un Estado de Bienestar en crisis llevo a la ampliación de paradigmas que se han ido centrado en las diferencias entre diversos países que el modelo de Titmuss no pudo clasificar. Estas diferencias de hecho no están relacionadas con el Estado del Bienestar propiamente dicho a nivel político, se detecta que la capacidad de producir bienestar no solo pasa por la regulación del Estado sino que también está relacionado con la esfera económica de la cual dependen la cantidad y la calidad de recursos disponibles, así como la intervención de la sociedad civil con sus redes sociales para el mantenimiento y cuidado de sus miembros.

Uno de los autores que primero comprendió la necesidad de considerar los principios reguladores como elementos de análisis capaces de explicar las diferencias entre los

diferentes sistemas de bienestar fue *Esping-Andersen*. El Modelo de Esping-Andersen distingue tres tipos de Sistemas de bienestar: liberal, conservador (familista) y socialdemócrata (Tabla 3)

Tabla 13 Relación de los sistemas de Bienestar en distintos países.

SISTEMAS DE BIENESTAR	PAÍSES
Liberal	EEUU Gran Bretaña, Canadá Australia
Conservador	Francia, Alemania, Bélgica, Austria Holanda
Familista	España Portugal Italia y Grecia
Socialdemócrata	Dinamarca Suecia Noruega y Finlandia

Fuente: basada en la clasificación de los modelos de bienestar de Esping-Andersen, G., 2000.

El modelo liberal: tiende a respetar el mecanismo de mercado y por lo tanto la asistencia social pública está basada en la capacidad de demostrar que se es pobre y que solo se atiende a los casos marginales, mientras la parte productiva de la población se tutela con seguros de empresa privados (Canadá, Australia, EEUU). La capacidad de regulación del mercado ha sido muy fuerte en EE.UU., en cambio ha estado más atenuada en Reino Unido y Canadá.

Modelo conservador o corporativo: se caracterizaría por poner más énfasis en los procesos de socialización de los riesgos en función de la posición socioeconómica de los individuos, ya que los riesgos sociales se distribuyen de forma diferente entre la población, y por lo tanto, hay que adoptar criterios específicos para diferenciar las intervenciones y medidas de apoyo. Este modelo se basa en el principio de subsidiariedad refiriéndose a que la intervención del Estado se limita a situaciones donde hay menos capacidad por parte de la familia o el mercado de proporcionar cobertura a la necesidad del individuo. Este modelo se da en países como Austria, Francia y Alemania.

En este modelo tenemos la variante llamada modelo de Estado del Bienestar Familiar al que pertenecen Italia, España, Grecia y Portugal. En estos territorios el desarrollo del Estado del Bienestar tuvo lugar en unos contextos políticos con democracias muy poco

desarrolladas, por otra parte las tradiciones culturales de estos países mayoritariamente derivadas de la religión católica, tienen por obligación el que las familias se ocupen de atender a sus familiares. Esta tradición aunque se encuentra vigente en la actualidad y queda reflejada en las legislaciones de estos países tiene tendencia a ir desapareciendo.

El principio de subsidiariedad determina la financiación del estado en su apoyo a los seguros sociales contra los principales riesgos vitales en base a la pertenencia de una categoría socio- profesional y los beneficios de estos seguros son bien diferenciados en relación con la situación de ocupación o trabajo. La financiación de las prestaciones se basa más en las contribuciones en materia de fiscalidad, por lo tanto en este modelo se tienen muy en cuenta las transferencias monetarias en relación con las prestaciones o servicios ofrecidos por el Estado. Los análisis del Estado del Bienestar muestran como los derechos sociales más que una extensión al conjunto de los ciudadanos en el fondo, continúan siendo derechos laborales, porque están conectados a un estatuto del trabajador remunerado pasado, presente o incluso futuro como en los casos de la prestación que se paga a los jóvenes en espera de trabajo.

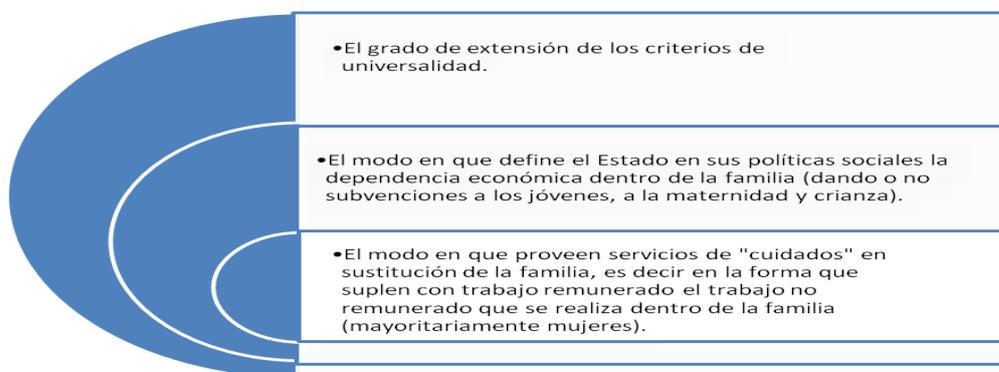
Las rentas percibidas por la Administración cuando no están vinculadas al trabajo suelen ser mucho más precarias, así por ejemplo, en casi todos los países, el derecho a una renta mínima o salario social se ha ido imponiendo de una u otra forma a las personas, casi siempre a través de los servicios sociales, pero este tipo de renta siempre suele tener un carácter de opcionalidad y discrecionalidad. Esta precariedad de la dependencia pública respecto a las prestaciones generadas por las rentas del trabajo afecta a los sectores más vulnerables y necesitados de la sociedad tales como a mujeres, ancianos no autosuficientes, jóvenes en busca de la primera ocupación etc.

El modelo socialdemócrata: se distingue de los otros dos modelos por el papel dominante del Estado en el proceso de des mercantilización y la adopción del universalismo como referencia frecuente en los programas de política social. En este punto nos encontramos con la permanencia de los servicios nacionales únicos con

prestaciones iguales para todos. A este modelo pertenecerían los países escandinavos. *“La posibilidad histórica de desarrollar este modelo ha venido determinada por los grandes procesos de emigración, sobre todo a América del Norte, durante su periodo de industrialización, este hecho les ha configurado como países poco poblados a su vez los procesos de protección social de la clase obrera coincidió con la de otros grupos sociales esto ha dado como contrapartida la protección de los intereses de las clases de negocio. La ubicación periférica de sus economías les ha permitido salvaguardar su industria local y consolidar políticas proteccionistas, por lo tanto las particularidades de su contexto les ha permitido desarrollar políticas económicas proteccionistas sin que crearan desequilibrios y tensiones entre la población”* (Spring Andersen, G.2000).

La clasificación de Esping-Andersen contribuyó al desarrollo de muchas investigaciones sobre el tema, pero también surgieron críticas tales como la tendencia a idealizar la socialdemocracia, aparecieron nuevas teorías tales como que los sistemas de regulación social siempre se generan de un forma distinta, ya que las razones de diferenciación se encuentran en las estrategias que se han ido adoptando en los diferentes países para poder hacer frente a la emergencia de las cuestiones sociales durante el paso de la sociedad tradicional a la sociedad moderna. Sobre la base de estas estrategias se han establecido los mecanismos de regulación social que han dado origen a los diferentes sistemas de Estados de Bienestar. Para A. Serra en el Estado de Bienestar se distinguen tres sistemas de indicadores (figura 2)

Figura 2 Sistema de indicadores para catalogar un Estado del Bienestar.



Fuente:Elaboración propia: Serra, A. 2005 Conferencia inaugural Posgrado en Peritaje social en trabajo social. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Cataluña.

Según Serra, A, En el estado del bienestar se distinguen cuatro dimensiones: *“¿Quién paga? ¿Quién provee? ¿Quién decide? ¿Quién regula?. Cuando conocemos las respuestas, podemos caracterizar la realidad de un país o de un programa o sector particular dentro de él, si el propósito es diseñar una reforma o un nuevo arreglo institucional, es fundamental que nos hagamos este tipo de preguntas y según se den las respuestas podemos pensar en un modelo u otro del Estado de Bienestar”*(Serra, A.,2015).Actualmente hay políticas públicas y actividades administrativas que se mueven en el interior del espacio público- privado, sabemos también que, si no se abre el foco al mundo privado, estas intervenciones pueden pasar desapercibidas. Para Serra*“En los últimos años está surgiendo la conveniencia de utilizar más el término de “Régimen de Bienestar” frente al de “Estado de Bienestar”, porque se está integrando el “bienestar” que generan los actores privados, en donde se ofrecen conceptos, categorías, distinciones y dimensiones, para pensar y poder hablar con competencia de las diferentes opciones político-administrativas que se nos presentan”*. (Serra, A.2015). Esta reflexión es interesante ya el mismo autor plantea que el Régimen de Bienestar podría originar lo que él denomina *“política social por otros medios”,*”.(Serra, A.2015)., que pasaría por el respaldo o refuerzo público de las fuentes privadas de bienestar mediante instrumentos de ordenación y la preservación de ciertas instituciones privadas que realizan buenas prácticas para el bienestar de un territorio.

3.5. El Estado de Bienestar en España

3.5.1. Los Seguros Sociales

El Seguro Social se basa en el ahorro colectivo que realizan las mismas personas que pueden llegar a ser pobres a causa de riesgos imprevisibles: enfermedad, incapacidad para el trabajo, desempleo, muerte etc., o previsibles: vejez, por esta circunstancia se da una prestación dineraria del individuo y una contraprestación, en forma de subsidio, pensión o servicio de la entidad aseguradora, que la otorga cuando sobreviene el riesgo.

Con el tiempo el Estado fue forzando a la obligatoriedad del pago de las cuotas, estableciendo legalmente sus condiciones, detrayendo coactivamente las cuotas

de los asegurados, contribuyendo a la financiación de las prestaciones y asumiendo la gestión del sistema. Este nuevo sistema se fue vertebrando en torno al concepto de obligación bilateral del Estado y del individuo, al que solo se concede la prestación si previamente ha cotizado, sin que sea necesario el requisito de necesidad. El asegurado puede reclamar, como en cualquier derecho, la contraprestación que se le adeuda ya que él previamente cumplió con la obligación de haber cotizado por ella.

Este carácter distingue por completo el Seguro Social de la Beneficencia, debido a que esta se fundamenta en la necesidad pero no se ha cotizado por ella, y por ello no es exigible por el individuo, la prestación solo se da en virtud de un derecho pre constituido.

Los Seguros Sociales experimentaron a lo largo del siglo XX una importante evolución, pasando del sistema de previsión al sistema de la Seguridad Social, en su nacimiento solo aseguraron a determinados beneficiarios (trabajadores de la industria y de los servicios), aunque progresivamente se extendieron a todos los trabajadores incluyendo a trabajadores del campo y trabajadores autónomos. El carácter contributivo estricto inicial se fue abriendo con el tiempo a prestaciones asistenciales, hasta llegar a la situación actual. Los Seguros Sociales tuvieron una aparición paulatina, respondiendo al principio a que cada riesgo iba aparejado a un seguro diferente, aunque al no producirse en el contexto de una acción planificada y conjunta, en algunos casos, se producía una cierta superposición de prestaciones. Las manifestaciones jurídicas de los Seguros Sociales coincidieron con la aparición consecutiva de cada uno de los seguros a nivel individual:

- El Retiro Obrero, en 1919.
- El Seguro de Maternidad, en 1929.
- El Seguro de Accidentes de Trabajo, en 1932
- El Seguro de Enfermedades Profesionales, en 1936.
- Los Subsidios Familiares, en 1.938.
- El Seguro de Vejez e Invalidez, en 1939.

- El Seguro Obligatorio de Enfermedad, en 1942.
- El Seguro Social Agrario, en 1943.Etc.

Inicialmente, cada seguro actuaba de forma autónoma, por lo que no se podía hablar de un sistema ya que las prestaciones se concedían cuando se producía algún tipo de contingencia y se diferenciaban según el tipo de contingencia. Los Seguros Sociales implantaron una gama amplia de prestaciones, tanto de servicios, como específicamente monetarios cuyo otorgamiento en concepto de sustitución de renta iba a modificar el sistema de prestaciones hasta entonces vigente. Las prestaciones de la modalidad contributiva, exigibles solo para los asegurados, eran las siguientes:

- Asistencia sanitaria.
- Recuperación profesional.
- Prestaciones económicas en períodos de incapacidad temporal.
- Subsidios de larga enfermedad.
- Pensiones de invalidez, vejez, viudedad, orfandad.
- La protección social del funcionariado del Estado, de las diputaciones provinciales y el ejercito quedaron reguladas por la figura social de las clases pasivas.

En 1.954 se introdujeron las prestaciones potestativas relacionadas con el Mutualismo Laboral tales como: prórrogas de larga enfermedad, créditos laborales, acciones formativas etc. En el año 1959 se aprobó el Decreto 931/1.959, de 4 de junio, sobre Seguros Sociales Unificados, avanzando hacia un intento de organización más sistemática mediante la creación de una estructura aprobada en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, cuyo Texto Articulado se publico en 1966, a partir de 1963, esta ley fue incluyendo de forma explícita las prestaciones de asistencia social, así como prestaciones específicas de Servicios Sociales en relación con la tercera edad, red de residencias de ancianos de la Seguridad Social y de minusválidos. Estas prestaciones vendrían a cargo de los presupuestos generales del Estado y no de las cotizaciones a la Seguridad

Social. Posteriormente se fueron introduciendo nuevas prestaciones tales como: El acceso universal a la sanidad (1986), prestaciones de invalidez y vejez no contributivas (1990,) entre otras.

3.5.2. La Asistencia Social

La noción de asistencia social pública aparece en la legislación durante el primer tercio del siglo XX, la Constitución de 1931 diferencia claramente el concepto de seguro social afirmando que *"El Estado prestará asistencia a los enfermos y ancianos, y protección a la maternidad y a la infancia"* (art. 43 Constitución 1931). Algunos textos legales de la época van a contraponer la asistencia social pública a la beneficencia particular, aportando la asistencia el carácter graciable de la beneficencia. En Cataluña el Estatuto de Nuria de 1931 empieza a hablar por primera vez de asistencia social y aunque en el Estatuto de Autonomía definitivo de 1932 se atribuyo a la Generalidad la competencia exclusiva de beneficencia, la normativa posterior recuperó el término inicial de asistencia social. *"El Estatuto interior de Cataluña de 25 de mayo de 1933 establecía que: "La Asistencia Social es un deber de la Generalitat"; También aparece este término en la Ley de Bases para la organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social del 22 de marzo de 1934 y la Ley Municipal de 5 de enero de 1934"* (Rubiol G., Vila, A.2003).

La Asistencia social pública trata de responder a las situaciones de indigencia y necesidad, y va a coexistir con las instituciones que estaban desarrollando desde antaño la Beneficencia.

La base ideológica de la asistencia social era el Estado Social y por lo tanto intentaba desarrollar como un Servicio laico a favor de los pobres, la Iglesia Católica desarrollaba de forma paralela otros Servicios relacionados con la beneficencia *"En el año 1942 se crea el Secretariado Nacional de la Caridad de la junta técnica nacional de Acción Católica como una prolongación de la acción caritativa específica del apostolado de los seglares que surge como respuesta a la urgente necesidad sentida por la iglesia para organizar la caridad"* (Gutiérrez

Resa, A. 1993).Cinco años más tarde aparece Caritas Española que queda configurada como órgano oficial de la caridad de la iglesia para paliar las necesidades básicas de las personas pobres.

En los inicios de la guerra civil se vuelve de nuevo al concepto de beneficencia, ya que para aliviar las consecuencias de la contienda se tuvieron que aprobar una serie de normas, en donde se procedía a la reorganización de los establecimientos benéficos. En el bando nacional en otoño de 1.936 se crea el "*Auxilio de Invierno*" (institución de ayuda a los necesitados en las llamadas "zonas liberadas). Una vez finalizada la guerra ya con un nuevo gobierno, en "*el decreto de 28 de mayo de 1938, se crea el Consejo de beneficencia y obras sociales adscrito al Ministerio del Interior, con carácter de órgano asesor y de coordinación de los servicios relacionados con su competencia*".(Las Heras,P. Cortajarena, E.,1986).En 1940 con el régimen de Franco esta institución es sustituida por el "Auxilio Social", organismo que nace en el contexto de la política nacional-sindicalista, con la intención de centralizar la acción social en España, opuesta a los criterios tradicionales de la beneficencia y cuyo principal fundamento era la caridad. La finalidad del Auxilio Social era la prestación de asistencia: alimentación, vestido y albergue a los indigentes o a quienes se encuentran en situación temporal de pobreza. La fundación de establecimientos para huérfanos pobres menores de 18 años, cuidados asistenciales a niños y enfermos convalecientes.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 sentó las bases de los nuevos estados sociales en Europa y España tuvo que reconocer a los españoles los beneficios de la Asistencia Social.La ley 45/1960 título II artículos 7-10 crea el Fondo Nacional de Asistencia Social, en su organización se destaca su funcionalidad, con estructuras más racionales, más descentralización con la búsqueda de colaboraciones locales, el establecimiento de canales de participación y el reconocimiento de la atención primaria social como elemento clave para favorecer y desarrollar el bienestar social. "*Con la creación del Fondo de Asistencia Social por primera vez planteo como objetivo superar los criterios de beneficencia pretendiendo prestar servicios sociales*

como un derecho del ciudadano" (Las Heras, P. Cortajarena, E., 1986). Este fondo ejerció un papel sustitutorio de la Seguridad Social en los casos de personas necesitadas que no estaban protegidos por esta, pero su acción se limita casi exclusivamente a prestaciones económicas sin desarrollar aún un sistema de servicios sociales y coexistiendo a la vez con el sistema de Seguridad Social. La noción de asistencia social vuelve a tomar fuerza oponiéndose a los criterios de la beneficencia tradicional que solo se limitaba a ser eficaz en el presente, la asistencia social nace de la solidaridad, de la necesidad de conseguir un bien común y va estableciendo las condiciones necesarias para que las causas que producen la pobreza de determinados sectores puedan llegar a corregirse en el futuro.

La definición la asistencia social *"como una actividad de carácter público, financiado con cargo a ingresos públicos, en base al principio de solidaridad. Es un sistema complementario de los seguros sociales, que se realiza a favor de los colectivos económicamente más débiles y no sólo de los indigentes, como lo hacía la beneficencia"* (Sitja, M. 1989).

Las características que configuraban al sistema de la asistencia social eran:

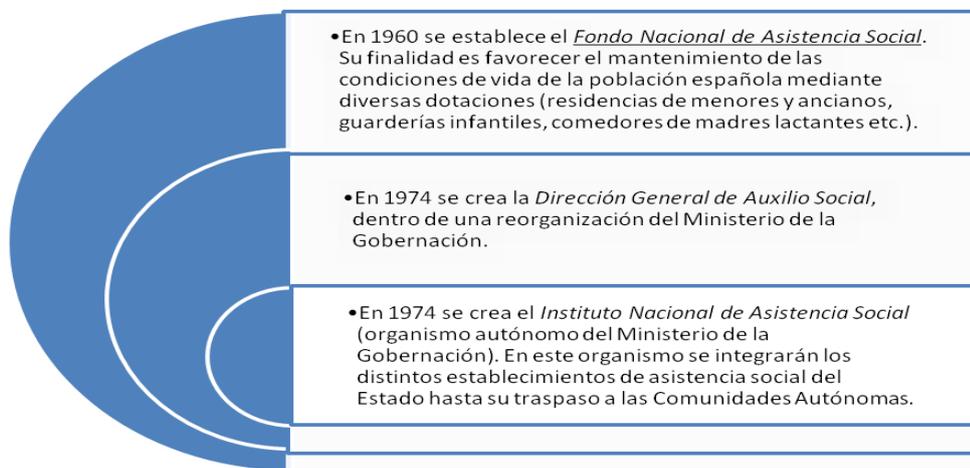
- Insuficiencia de recursos de la persona asistida (en contraste con los seguros sociales).
- Atención a las necesidades básicas de la vida, pero también mantenimientos del nivel vital del individuo.
- Carácter residual y complementario respecto de los Seguros Sociales.
- Gratuidad de las prestaciones, sin perjuicio de la posibilidad de pedir contraprestaciones en determinados servicios.
- Financiación estatal.

Estas características no equivalían a poder afirmar que las prestaciones de asistencia social tuviesen carácter de derecho exigible.

“El decreto del 27 de noviembre de 1967 reorganizó la Dirección General de Beneficencia, quedando integradas sus funciones en la Dirección General de Política Interior y Asistencia Social” (Las Heras, P. Cotajarena, E.,1986).

A finales del franquismo se empezaron a instaurar leyes con la finalidad de realizar un cambio social en España así, “el decreto del 17 de agosto de 1973, configuró el denominado Instituto Nacional de Asistencia Social (antiguo Auxilio Social de la F.E.T y de las J.O.N.S) estructurándose en tres subdirecciones Generales: Política Interior, Población y Asistencia Social”, (Las Heras, P. Cortajarena, E., 1986). El Real Decreto 198/1977 de 29 de julio sobre la estructuración del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social absorbió la antigua Dirección General de Asistencia Social del Ministerio de Gobernación que quedó adscrita a la Dirección General de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, pero hubo que esperar hasta 1983 para que el sistema de Seguridad Social se desarrollara íntegramente en nuestro país.

Figura 3 Modificación de órganos administrativos para el paso de la Beneficencia a la Asistencia Social.



Fuente: Elaboración propia en base a Aznar, M 1996

Las prestaciones otorgadas por la Obra Nacional de Auxilio Social en esta época se ven incrementadas por las que posteriormente facilitarían el Instituto Nacional de Asistencia Social. En este periodo se desarrollaron otras instituciones

asistenciales: La Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE), la Asociación Nacional de Inválidos Civiles y el Patronato de Protección a la Mujer.

Las diferencias entre prestaciones otorgadas por la Obra Nacional de Auxilio Social y el Instituto Nacional de Asistencia Social eran que las primeras estaban destinadas para ser facilitadas al individuo necesitado, en cambio las segundas tenían un carácter más colectivo y estaban pensadas para poder atender de forma equitativa a colectivos con determinadas Carencias. (Tabla 14)

Tabla 14 Comparativa de prestaciones otorgadas por la obra nacional del auxilio social y el Instituto Nacional de Asistencia Social

Las prestaciones otorgadas por la <u>Obra Nacional de Auxilio Social</u>	Prestaciones otorgadas por el <u>Instituto Nacional de Asistencia Social</u>
Protección de la infancia desvalida a través de instituciones de externado (centros de alimentación infantil, guarderías maternas, albergues escolares, colonias de verano e invierno...) y de internado (hogares cuna, hogares infantiles, hogares escolares, residencias de estudios, centros de educación para deficientes mentales...).	La creación de centros residenciales para minusválidos (en especial para “subnormales”).
Protección de los ancianos y de los indigentes adultos	Creación de centros residenciales para ancianos

Fuente: Elaboración propia en base a: Orduña Prada (1996) y el RDL 38/1978 por el que se crea el organismo autónomo del Instituto Nacional de a Asistencia Social.

Según Montagut, 2008, las diferencias del sistema asistencial que heredan los primeros gobiernos democráticos son:

- *Predominio del carácter y de la orientación benéfica.*
- *Predominio de una filosofía paternalista y compasiva.*
- *Predominio de la ayuda individual.*
- *Ausencia de perspectivas preventivas y de orientaciones de apoyo a la autonomía individual.*
- *Desvinculación de la vida comunitaria y del entorno.*
- *No se da una respuesta clara a las necesidades sociales, la orientación que se plantea es desde la idea del propio establecimiento.*
- *Se basan más en la buena voluntad que en la consideración técnica de los problemas sociales.*

- *Los centros existentes tienden a la especialización, pero no hay una estructura general de información, orientación y canalización.*
- *Poca presencia del sector público, predominio del sector privado.*
- *Pluralidad, aislamiento, descoordinación, entre los organismos públicos.*
- *Carácter marginal de la financiación, como consecuencia de la consideración graciable de las prestaciones.*
- *Ausencia de planificación.* (Montagut, T. 2008).

Con la muerte de Franco en noviembre de 1975, la asistencia social se encontraba inmersa en graves problemas organizativos, la necesidad de una transformación llevo a reformar la estructura existente y configurar un nuevo modelo que derivaría en los Servicios Sociales actuales por lo tanto la asistencia social iba a ser una de las que más cambios iba a tener durante todo el proceso de la transición.

Según Teresa Montagut, *“el proceso de reforma legal en esta materia durante la transición se baso en reformas de la estructura administrativa, reformas políticas e incremento de los servicios sociales públicos hasta la instauración de los procesos autonómicos con los consiguientes traspasos”*.(Montagut,T. 2008)

- *Reformas en la estructura administrativa.* En 1977 las actuaciones estatales en materia de acción social se situaron en el Ministerio de Trabajo, unificándose los diferentes órganos administrativos que participaban en la asistencia social. Pocos meses después la dirección General de Servicios Sociales pasa al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- *Reformas políticas.* Se suprimió el Movimiento Nacional y la Organización Sindical Franquista, en 1.977 sus funciones fueron transferidas a la Administración Pública. Este mismo año se creó el Ministerio de Cultura y Bienestar Social (aunque pronto se suprimió lo de "Bienestar Social") que asumía las competencias en materia de juventud, mujeres (al suprimirse la Sección Femenina).
- *Incremento de los Servicios Sociales Públicos.* Mediante la Ley General de la Seguridad Social (texto refundido de 30 de mayo de 1.974) se crearon en España los servicios sociales de la Seguridad Social. El *"Libro Blanco de la*

Seguridad Social" (1977) proponía la transferencia al Estado de los servicios sociales. El Real Decreto 36/1.978 de 16 de noviembre de reforma de la Seguridad Social aprobó la reintegración al Estado de las funciones que había asumido la Seguridad Social en materia de Servicios Sociales. Este Real Decreto supuso la universalización de los Servicios Sociales, convertidos en servicios públicos estatales y se determinó que la gestión de la Seguridad Social se realizaría mediante tres Institutos: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el de Salud (INSALUD) y el de Servicios Sociales complementarios a la Seguridad Social (INSERSO). En este Decreto se menciona por primera vez el acceso a la información y la participación social a través de demandas sociales, e igualmente se hacía referencia a la descentralización.

- *Instauración paulatina del sistema autonómico.* Su desarrollo más claro se inició a partir de la aprobación de la Constitución que desembocó en la política de transferencias y en la aprobación de los Estatutos de Autonomía, a partir de aquí las diferentes Comunidades Autónomas desarrollaron sus sistemas de Servicios Sociales con las leyes que se fueron aprobando.

La Constitución, ratificada en Referéndum Nacional el 6 de diciembre de 1978 configuró un estado social de derecho, pero el real decreto-ley 38/1978 de 16 de noviembre dejó el Instituto Nacional de Asistencia Social como organismo autónomo del Estado para la Gestión de servicios de asistencia social, complementarios a los del sistema de la Seguridad Social.

Así podemos afirmar que desde el punto de vista histórico ha habido un cambio muy importante en el tratamiento social de la pobreza ya que hasta hace solo unas décadas, las capas más débiles de la sociedad estaban a merced de una beneficencia más o menos organizada pero con el Estado del Bienestar se han ido reconociendo derechos a los ciudadanos garantizándose una mayor cobertura y atención a las necesidades básicas de la persona mediante la provisión de servicios.

En el año 1990 con el gobierno socialista creó el Ministerio de Bienestar Social con la finalidad de agrupar todas las contingencias de carácter social y cultural que no perteneciesen a la Seguridad Social, pero con la llegada al gobierno del partido Popular quedó abolido este Ministerio, quedando sus contenidos adscritos a la Dirección General de Asuntos Sociales dependiendo otra vez del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, El último gobierno del Partido Popular ubico la Dirección de Servicios Sociales en el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad, aunque en Catalunya continua existiendo como Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia.

3.6. Los servicios sociales

3.6.1. Antecedentes Históricos

Para entender el significado y la evolución de los servicios sociales nos tenemos que remontar a conceptos tales como: la Caridad y la beneficencia.

La Caridad: *"es la virtud cristiana que normalmente se concreta por medio de la limosna entendida como una ayuda en dinero o especies a una persona o familia necesitadas"* (Rubiol, G.; Vila, A., 2003).

La Beneficencia: *"se puede considerar como una actividad individual que mediante aportaciones económicas en dinero, especies u otras aportaciones ayuda a los necesitados. También se puede considerar beneficencia la labor que ejercen las instituciones de protección y ayuda a colectivos desfavorecidos. El primer aspecto podría ser muy parecido a la caridad pero se diferencia en que el contenido está vacío de connotaciones religiosas"*. (Rubiol, G.; y A. Vila, A., 2003). Los organismos de beneficencia en España tenían a su vez connotaciones religiosas ya que eran las órdenes religiosas las que mayoritariamente gestionaban las maternidades, casas de socorro y hospitales según se desprende de la tipología de sus establecimientos. También se hace evidente que la composición y los usuarios que corresponderían a la beneficencia descrita desde esta perspectiva desbordarían ampliamente lo que sería el

ámbito propio de la actuación de los Servicios Sociales actuales ya que algunas de estas dependencias, formarían parte en la actualidad del sistema de salud o de educación. La beneficencia, al ser de carácter graciable, aportaba un contenido confuso, de insuficiencia, precariedad y poca calidad de las instalaciones y servicios, así como de un escaso enfoque preventivo. Aunque la Administración gozaba de una amplia discrecionalidad, los ciudadanos sufrían una débil protección legal, no se puede hablar propiamente de graciabilidad si se tiene en cuenta especialmente el carácter de obligaciones mínimas que tenían las corporaciones locales para las actividades de beneficencia y la posibilidad de recurrir sus decisiones. Por otra parte la beneficencia pública también tenía algunos aspectos positivos, tales como el carácter de servicio público, la proximidad con las personas necesitadas, la inclusión de las entidades sociales y la descentralización hacia la administración local. En relación a los beneficiarios *"Los establecimientos de Beneficencia públicos o particulares, no admitían a pobres mendigos válidos"*. (Ley de Beneficencia de 1849. art.18), por lo tanto, solamente podían acceder pobres involuntarios.

La Asistencia Social: Aunque el termino Asistencia Social ha quedado definido anteriormente como *"el conjunto de servicios y auxilios que tienen por finalidad ayudar de forma organizada a las personas y los grupos a satisfacer las necesidades básicas que no están al alcance de sus medios o capacidades"* (Sitja, M., 1989), es en el primer tercio del siglo XX, cuando aparece en la legislación la noción de asistencia social pública, la Constitución de 1.931 es la primera normativa que la diferencia claramente el concepto de Seguro Social del término Asistencia Social, el mismo término fue utilizado por las instituciones franquistas para dar nombre y contenido al Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS) sucesor del Auxilio Social ya que este último tenía un significado demasiado asistencialista y con algunos signos peyorativos. El término Asistencia Social sirvió para designar una de las prestaciones complementarias de la seguridad social que mediante servicios y auxilios económicos atendía a necesidades previa demostración de la carencia de recursos. *"La Seguridad Social, con cargo a los fondos que a tal efecto se determinen, podrá dispensar a las*

personas incluidas en el campo de aplicación y a los familiares o asimilados que de ellos dependan, los servicios y auxilios económicos que, en atención y a los estados y situaciones de necesidad, se consideren precisos, previa demostración, salvo en casos de urgencia, de que el interesado carece de los recursos indispensables para hacer frente a tales estados o situaciones" (art.36.1 del Decreto 907/1966 de 21 de abril aprobado el texto articulado primero de la ley 193/1963 de 28 de diciembre sobre Bases de la Seguridad Social)

La Constitución también utiliza este término como una posible competencia autonómica en su Artículo 148 en el que dice que *"Las Comunidades Autónomas podrán asumir una serie de competencias y dentro de ellas se encuentra la de Asistencia Social"*. El término Asistencia Social continúa prevaleciendo en la Constitución como un servicio "asistencial" y no se moderniza el término a efectos de derechos mínimos de subsistencia para las personas sin recursos. La terminología de Servicios Sociales no se incorporara en España hasta la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1983 en que la asistencia social se irá transformando en un servicio público de soporte a las personas vulnerables con bajos recursos.

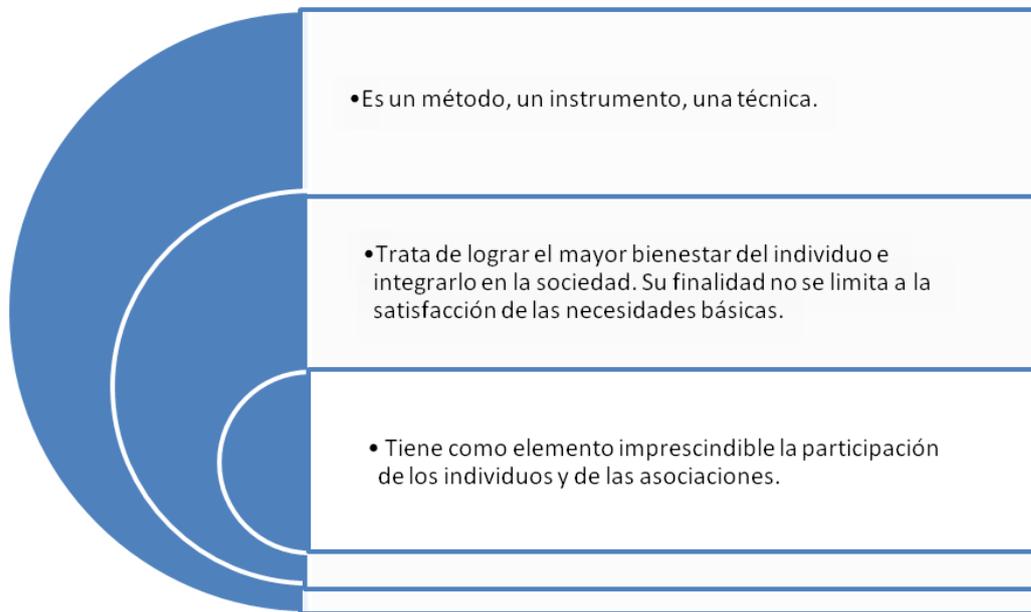
Los Estatutos de Autonomía como el de Cataluña lo utilizaran para designar una de las materias sobre la cual las comunidades autónomas irían a tener competencia exclusiva. En la práctica la normativa de los traspasos consideró como un todo, la asistencia y los servicios sociales, por esto actualmente es difícil encontrar una normativa que hable de asistencia social con entidad propia parece ser que el término Servicios Sociales lo ha absorbido, en cualquier caso cuando se habla de asistencia o protección social en la actualidad es generalmente para referirse a tipos de prestaciones que carecen de verdaderos derechos subjetivos, aspecto que produce muchas limitaciones en los servicios sociales modernos. Según Rodríguez Cabrero *"Los derechos que generan las prestaciones sociales no son subjetivos ya que se siguen rigiendo por la lógica asistencial (la prueba de medios) en vez de criterios universales de ciudadanía"* (G. Rodríguez Cabrero, G., 2000).

3.6.2.- Los Servicios Sociales

El pacto social alcanzado tras la Segunda Guerra Mundial con la instauración del Estado de Bienestar con lleva el reconocimiento de una serie de derechos sociales, como la universalización de la educación, la sanidad y la seguridad social. En esta época aparecieron también otros modos de protección social en cuanto a vivienda, complementos de rentas y servicios sociales que mediante un sistema de redistribución garantizaría el acceso a las personas con menores rentas, por lo tanto, podemos hablar de servicios sociales en sentido amplio si nos referirnos a las áreas o ámbitos del bienestar social en educación, cultura, salud, urbanismo, vivienda, transportes, empleo, garantía de ingresos y en un sentido restringido si aludimos a los servicios personales que prestan su atención de forma específica a los colectivos y grupos sociales residentes en un territorio.

Se considera los Servicios Sociales, como una construcción reciente surgida de los estados democráticos y sociales occidentales. Los Servicios Sociales han sido reconocidos en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y en la Carta Social Europea (1961). En un sentido específico la Carta Social Europea los señala *"como los que contribuyen al bienestar y al desarrollo de los individuos y los grupos a la comunidad y su adaptación al entorno social"* (Artículo 14 de la Carta Social Europea., 1961). El mismo artículo también expone que para garantizar el ejercicio efectivo del mencionado derecho compromete a los miembros del Consejo de Europa a *"fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así como a su adaptación al medio o entorno social"*. Más adelante, se afirma que se debe *"estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios"* (Artículo 14 de la Carta Social Europea., 1961).

Figura 4 Componentes básicos de los Servicios Sociales según la Carta Social Europea.



Fuente: Elaboración propia basada en la carta social Europea 1961

En 1980, el Consejo de Europa, plantea la siguiente definición de Servicios Sociales: *"Todos los organismos creados con la finalidad de aportar una ayuda y una asistencia personal directa a individuos, grupos o comunidades, para favorecer su integración a la sociedad, exceptuando los servicios que se ocupan de asegurar un cierto nivel a través de prestaciones económicas"*(Díaz Casanova, M. 2000). En 1980 España firmó la Carta Social Europea con lo que asumía la obligación de dotarse de un sistema de servicios sociales.

El nacimiento legal del término Servicios Sociales en España tiene lugar dentro del ámbito de la Seguridad Social siendo utilizado en primer lugar en la Ley de Bases de la Seguridad Social 1983 que concebía estos servicios como un complemento del sistema de Seguridad Social la legislación autonómica en materia de Servicios Sociales se desarrolla en la década de los 80 con la primera Ley Autonómica de Servicios Sociales se aprobó en el Parlamento Vasco el 20 de mayo de 1982 y la propuesta del primer

Mapa de Servicios Sociales de Cataluña de 1984 que se recoge en el artículo 2.1 de la ley 26/1985 de Servicios Sociales catalana.

El artículo 4 del Decreto legislativo 17/1994, de 16 de noviembre refundirá las leyes existentes en la materia donde en su título preliminar artículo 3 se identificarán los servicios sociales como: "*el conjunto coordinado de servicios, establecimientos, prestaciones económicas y actividades generales de prevención, atención y promoción social que se llevan a cabo en Cataluña, de acuerdo con lo que establece la normativa vigente en esta materia*". En el artículo 4 se describirá el alcance y la finalidad de los mismos "*mediante la intervención de personal preparado y con el apoyo de equipos y recursos adecuados, se orienta a prevenir la exclusión social y a promover la prestación social de apoyo personal de información, de atención y ayuda a toda la ciudadanía, especialmente a personas, familias o colectivos que, por razón de dificultades de desarrollo y de integración en la sociedad, carencia de autonomía personal, disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, problemas familiares o marginación social, son acreedores del esfuerzo colectivo y solidario*"(Decreto legislativo 17/1994 título preliminar art. 3-4).

Dentro del sistema Catalán de Servicios Sociales, la Red Básica de Servicios Sociales continua quedando bajo la responsabilidad pública y en el artículo 12 del mismo decreto se define su ámbito territorial. A nivel local el concepto Servicios Sociales no se incorporo hasta 1985 con la Ley de Bases de Régimen Local que en el censo de Cataluña prevé "*todos los municipios tengan competencia para la prestación de Servicios Sociales y de promoción y reinserción social y existe la obligación de prestar estos servicios los municipios que tienen una población superior a los 20.000 habitantes*"(Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local,art.25,2).Para municipios inferiores a 20.000 habitantes la competencia de los Servicios Sociales estará a cargo de los Consejos Comarcales. (Ley 6/1987 de 4 de abril de la Organización Comarcal de Cataluña, art 25). El concretar las funciones que pueden ejercer los municipios en materia de Servicios Sociales correspondería a las

Comunidades autónomas."La Provincia prestará unas competencias mínimas de carácter general de coordinación de los servicios municipales tales como: asistencia y cooperación jurídica económica y técnica, prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y fomentar y administrar los intereses de la provincia"(Ley 5/1987, de 4 de abril, de régimen provisional de las competencias de las Diputaciones Provinciales, art 2.).Esta legislación consolida a los Servicios Sociales en el territorio de proximidad con el soporte técnico de las Diputaciones Provinciales para situaciones de mayor complejidad o de consultoría técnica específica, lo que conlleva el disponer de unos servicios más amplios a nivel territorial.

El término Beneficencia pública se caracterizaba por la graciabilidad y la voluntariedad no teniendo ningún derecho reconocido la persona que la recibe con lo cual podían llegar a institucionalizarse dos clases de ciudadanos, los ciudadanos con derechos sociales y los ciudadanos de beneficencia por lo tanto en la Constitución y en el Estatuto Catalán suponía una regresión en relación con la política social fijada en los tratados, acuerdos o convenios y recomendaciones internacionales. En un Estado Democrático y de derecho este término debía ser abolido, de hecho en la Constitución desapareció el termino Beneficencia pero, cabe nombrar que la ley de beneficencia en España no fue derrocada hasta el año 1994.

La ley 12/2007 de 11 de octubre de Servicios Sociales en Cataluña, define a los **Servicios sociales** como *"el conjunto de intervenciones que tienen como objetivo garantizar las necesidades básicas de los ciudadanos poniendo atención en el mantenimiento de su autonomía personal y promoviendo el desarrollo de las capacidades personales en un marco de respeto por la dignidad de las personas"*(Preámbulo apartado 3 de la ley 2007 de Servicios Sociales). *"Los servicios sociales tienen como finalidad asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida mediante la cobertura de sus necesidades personales básicas y de las necesidades sociales, en el marco de la justicia social y del bienestar de las personas"*. (art 3 de la ley 2007 de Servicios

Sociales). Los Servicios Sociales se ocupan de las personas con dificultades de integración social, con situaciones de vulnerabilidad y exclusión que no pueden obtener recursos suficientes para poder cubrir sus necesidades básicas y poder desarrollar una vida digna. Las personas pueden acudir a este tipo de servicios en algún momento de su vida en que estén pasando una serie de dificultades personales y sociales, pero los servicios sociales también se ocupan de las personas que por sus características tienen dificultades de integración social a lo largo de su vida. Si estas personas no dispusieran de Servicios Sociales la exclusión y la pobreza sería más patente en nuestra sociedad.

Mediante estas definiciones podemos afirmar que los servicios sociales son los medios de una política social que pretenden el bienestar social para toda la población como un derecho.

Aunque el término Servicios Sociales se incorporó plenamente al ordenamiento jurídico estatal y autonómico lo hizo con un perfil impreciso, casi siempre con un sentido específico de cambio, dirigido a substituir la beneficencia por unos servicios más acordes con un Estado de Derecho. Hay que tener en cuenta que los Servicios Sociales son las prestaciones técnicas no se pueden identificar con meras prestaciones económicas ya que, si bien pueden intervenir en la gestión de algunas de ellas.

La diferencia entre los términos Servicios Sociales y Acción Social también es problemático ya que en España se ha utilizado en muchas ocasiones este último término en diferentes momentos y con connotaciones distintas. En los años veinte durante la Dictadura de Primo de Rivera se utilizaba este término para referirse al conjunto de la política social de aquel régimen político, después en los años cincuenta, la asociación eclesial de empresarios comprometidos con la doctrina social de la Iglesia en 1951 hablan de Acción social Patronal, cabe recordar que en esta misma década "*Rogelio Duocastella se refería a la Acción Social, como una nueva forma de trabajar de Caritas Española*"(Casado, D., 1994).

En los últimos tiempos han surgido algunas leyes autonómicas que se denominan de Acción Social y Servicios Sociales entendiendo como la suma de servicios conjuntamente con las prestaciones de carácter asistencial (Por ejemplo, la Ley 4/1987 de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social de Aragón; La Ley 9/1987 de 11 de febrero de Acción Social de Baleares; La ley de Acción Social de Cantabria 5/1992 de 27 de mayo o la ley 18/1988 de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León). Por otra parte, es difícil separar los dos términos, ya que la mayoría de las veces se utilizan como sinónimos e incluso actualmente, hay quien considera que la diferencia es debida simplemente al origen anglosajón o francés de la denominación. La mayoría de veces la diferencia entre términos se establece a partir de explicaciones evolutivas, así se habría empezado por la caridad, posteriormente fue la beneficencia y la asistencia social más tarde los servicios sociales y finalmente el bienestar social. Según Demetrio Casado *“es preciso señalar que las diferentes formas de intervención social que se incluyen en la cadena evolucionista no aparecieron en la historia necesariamente de modo sucesión en fila india.”* D. Casado op cit. G Rubiol, G.; Vila, A., 2003). Aunque existen enormes avances experimentados en este campo no se da exactamente una línea evolutiva en los conceptos de estos términos y por lo tanto, no siempre se suceden cronológicamente sino que suelen coexistir o sobreponerse uno a otro como ya se ha visto anteriormente. Por lo tanto no es de extrañar la confusión de los no profesionales y en ocasiones también de los profesionales ante tanta terminología parecida tan poco específica, que se utiliza a veces como conceptos equivalentes y otras veces con distintos significados.

El significado actual del Estado de Bienestar en los gobiernos es el de asegurar unos niveles mínimos de renta alimentación salud a alojamiento e instrucción como parte de los derechos de los ciudadanos y no como caridad. En este sentido pensamos en un conjunto de entidades oficiales que son las que se ocupan del bienestar, pero igualmente es posible pensar en instituciones privadas formales o no, que colaboren en contribuir a este bienestar que hasta ahora se ha planteado como exclusivo del Estado del Bienestar. Una mayor o menor solución a los problemas sociales pasa por

el tipo de políticas sociales que desarrollen los estados, pero la política social debe contemplarse desde un campo multidisciplinar, por lo tanto si tenemos en cuenta la definición de política social *"como un campo de estudio cuyo objeto de estudio es el análisis de la acción social para el bienestar en la perspectiva de la dirección política del sistema social"* (Donati, P. Lucas, A. 1987) vemos la necesidad de colaboración de todas las disciplinas sociales para resolver los problemas que la sociedad plantea. Un error muy actual es pensar que las crisis estructurales de las políticas sociales vienen determinadas por las crisis estructurales del Estado del Bienestar y para poder entender las complejidades que genera esta situación los sistemas sociales están necesitando un nuevo cuadro conceptual. La evolución de la sociedad parece que nos está llevando a una toma de conciencia de que los derechos humanos no solo pueden ser producto de un mero contrato entre Instituciones, se hace necesario superar esta política asistencialista para llegar a planteamientos más participativos, en definitiva parece que la nueva ciudadanía tiene que crear otros sistemas que puedan integrar el sistema de servicios institucionales (público y no público del bienestar) con el sistema de las redes primarias y formales del servicio (familiares comunitarias, voluntariado). Esto implica una mayor responsabilidad del individuo como agente de las redes sociales.

3.7.- Transformaciones legislativas sobre atención social y nuevas tendencias.

La construcción de un Sistema de Bienestar moderno en España empezó a desarrollarse en un momento de crisis económica generalizada, con una población que había empezado a envejecer y un presupuesto público deficitario. En la Constitución el régimen económico de la Seguridad Social queda reservado por el artículo 149 al poder central de Estado y el artículo 148 califica la asistencia social como una materia de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, con lo cual los servicios sociales pueden ser legislados por cada una de ellas.

A partir del nuevo marco institucional y político muchos han sido los cambios normativos y de creación de nuevos organismos, en 1978 se crea el Instituto Nacional

de Servicios Sociales de la Seguridad Social (INSERSO) como gestor de los servicios complementarios a las prestaciones del sistema de seguridad social. A partir de 1980 el INSERSO empieza a transferir competencias a las Comunidades Autónomas con lo cual se van modificando sus atribuciones.

En 1982 se aprueba La ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) con el objetivo de gestionar tres tipos de subsidios: el de garantía de unos ingresos mínimos, el de ayuda para una tercera persona y el de movilidad por compensación de gastos de transporte. En el año 1988 se crea el Ministerio de Asuntos Sociales con el objetivo de ofrecer un mayor control y eficacia de las acciones sociales y una mayor coordinación con las Comunidades Autónomas. Este Ministerio tenía competencias en materia de servicios sociales y acción social, pero también dependían del mismo el Instituto de la Juventud, el Instituto de la Mujer y la Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Se trato de un primer intento de unificar competencias de servicios sociales en un único organismo pero como se habían hecho los traspasos a la Comunidades Autónomas las competencias del gobierno central quedaron muy reducidas.

Uno de los efectos más destacados que tuvo el Ministerio de Asuntos Sociales fue la realización del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales que pretendía a través de la cooperación de distintas administraciones establecer un red eficaz de servicios sociales , esto significaba que el Ministerio dotaría financieramente un proyecto que la CCAA a su vez también debía de dotar con un importe igual, esto supuso fricciones entre las distintas administraciones por un problema de control del Estado sobre sus competencias autonómicas. Otro de los efectos fue la asignación tributaria del 0,52% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) para finalidades de interés social. Esta medida represento la posibilidad de potenciar la promoción de entidades privadas para la gestión de distintos programas de Servicios Sociales, contribuyendo a un desarrollo importante de voluntariado y de organizaciones no lucrativas que se regían por la ley de Asociaciones de 1964 modificada el año 1994 por la Ley de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la

Participación Privada en Actividades de Interés General y por las ley de voluntariado de 2015. La financiación de estas entidades suele darse en dos partes, una parte a través de fondos públicos y otra a partir de las donaciones y cuotas de sus socios, así como a través del patrocinio y mecenazgo de determinadas actividades para poder obtener fondos. En España las entidades más importantes que reciben fondos del IRPF son Cruz Roja Española, Caritas y la ONCE entre otras.

Con el cambio de gobierno del Partido Socialista al Partido Popular desaparece el Ministerio de Asuntos Sociales quedando este integrado al Ministerio de Trabajo. La Secretaria General de Asuntos Sociales y el INSERSO asumieron las competencias en inmigración pasando a denominarse Instituto de Migraciones y Servicios Sociales , posteriormente Secretaria de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).En la actualidad la Secretaria General de Asuntos Sociales ha pasado a depender del Ministerio de Sanidad.

3.7.1. Sistemas de protección social en España

Rentas Mínimas o Salario Social (RIMI antiguamente PIRMI)

Durante los años 90 el programa de Rentas Mínimas o Salario Social constituyo una última red de seguridad para que ningún ciudadano viva sin unos recursos económicos mínimos, de hecho todos los Estados de Bienestar europeos prevén esta contingencia.La renta básica es una fórmula adoptada mayoritariamente por los países de Europa central, es una renta pagada por el Estado a todos los ciudadanos o residentes como derecho, independientemente de su situación económica o de su predisposición a trabajar. La renta básica no se ha aplicado nunca en España.

La renta mínima de inserción es una ayuda pública que se aplica en España destinada a personas con recursos insuficientes para poder atender sus necesidades más básicas e impedir que puedan quedar excluidos de la sociedad. El grupo de personas potencialmente receptoras de la renta mínima de inserción es muy heterogénea, puede ir desde personas que están en paro, a personas que por su situación personal

no puedan acceder al trabajo, para poder obtenerla no deben ser benefactores de otras prestaciones sociales. Otra prestación sería el salario social que englobaría una serie de programas en los que las personas demandantes deberían estar dispuestos a participar en programas de reinserción laboral o a programas de empleo temporal en los que se facilita empleo de utilidad social.

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia vigente desde el año 2007 es una ley universal que reconoce el derecho a ser atendido en los casos en que se ve dificultada la autonomía personal. Es la primera ley a nivel nacional que garantiza la atención a las personas con diversos grados de dependencia ya sea debido a la edad, la enfermedad o la discapacidad. La situación de dependencia se clasifica en tres grados: dependencia moderada: grado I, dependencia severa: grado II y Gran dependencia: grado III. Aunque la ley es de ámbito estatal, su desarrollo requiere la participación de todas las administraciones: central autonómica y local, para ello se ha establecido un consejo territorial formado por las mismas que entre sus funciones está la de establecer los grados y niveles de dependencia. El estado y las Comunidades Autónomas deben aportar por igual la misma cantidad y el usuario debe a su vez aportar hasta el 35% del total en función de sus rentas personales. La ley puede proporcionar tres tipos de prestaciones servicios:

- Servicios para la autonomía personal.
- Servicios de atención y cuidados.
- Prestaciones económicas (en caso de que no existan suficientes servicios).

Aunque la ley presenta aspectos muy novedosos, algunos de ellos presentan problemas a la hora de su funcionamiento, por ejemplo, con el actual mapa de servicios sociales por Comunidades Autónomas se plantean problemas a la hora de crear una cantidad suficiente de servicios, sobre todo en las Comunidades Autónomas con menos recursos sin que esto deba implicar el recurrir sistemáticamente a las prestaciones monetarias. En cambio un aspecto importante de la ley es el sistema de copago en el que solamente se tiene en cuenta para su cálculo los ingresos del usuario

y no los de la unidad familiar, este aspecto es muy novedoso ya que permite afianzar el camino de los derechos de ciudadanía. Otra característica de la ley es que crea ocupación en sectores privados de estamentos donde existen dificultades de encontrar empleo, principalmente trabajo temporal con mujeres, aunque en la actualidad con la crisis económica, la ley de la dependencia tiene paralizada su financiación y esta situación está llevando a los usuarios más vulnerables a situaciones de gran dificultad.

Cambio de nivel del sistema de pensiones (contributivas, no contributivas, planes de pensiones)

Los Pactos de la Moncloa firmados el 25 de octubre de 1977 fueron los que pusieron las bases para el desarrollo de una Seguridad Social redistributiva con los cambios a nivel del sistema de pensiones dentro del sistema de protección social. En la actualidad el Sistema de pensiones de la Seguridad Social se establece con el documento Base de la Reforma de la Seguridad Social que se consolida en 1990 con la aprobación de la ley 26/1990 de 20 de diciembre por la cual se establecen en la Seguridad Social las prestaciones no contributivas.

El sistema de pensiones actual se apoya en tres pilares:

- *Pensiones contributivas* que son las financiadas por la seguridad social donde el alcance de la pensión viene determinado por el tiempo de vida laboral activa, con lo cual se produce un modelo estratificado con una fuerte segmentación en función de las categorías socio profesionales.
- *Pensiones no contributivas*: que garantizan un nivel de ingresos mínimo para las personas que han tenido una vinculación débil o inexistente con el mercado laboral y demuestran insuficiencia de recursos. Contemplan el derecho a pensiones de invalidez, vejez e hijo a cargo. Su financiación corre a cargo de los presupuestos generales del estado y son gestionadas por las Comunidades Autónomas.
- *Planes privados de pensiones*. Prestaciones de origen privado que va acceder el beneficiario en el momento de su jubilación y recibiendo una prestación económica en

función de las aportaciones realizadas. Pueden acceder los ciudadanos por la vía privada o a través de sus empresas que previamente han establecido con una entidad financiera este tipo de contratos.

El hecho de que el sistema de reparto de pensiones esté expuesto a cambios demográficos y de crecimiento o crisis económica obliga a las administraciones a realizar ajustes sobre los mismos. En España el Pacto de Toledo de octubre de 1996 entre gobierno y sindicatos supuso un acuerdo para garantizar las pensiones a medio plazo ante la incertidumbre de su viabilidad reforzando su dimensión contributiva, existe actualmente un debate público acerca de las reformas para hacer que permanezca viable el sistema.

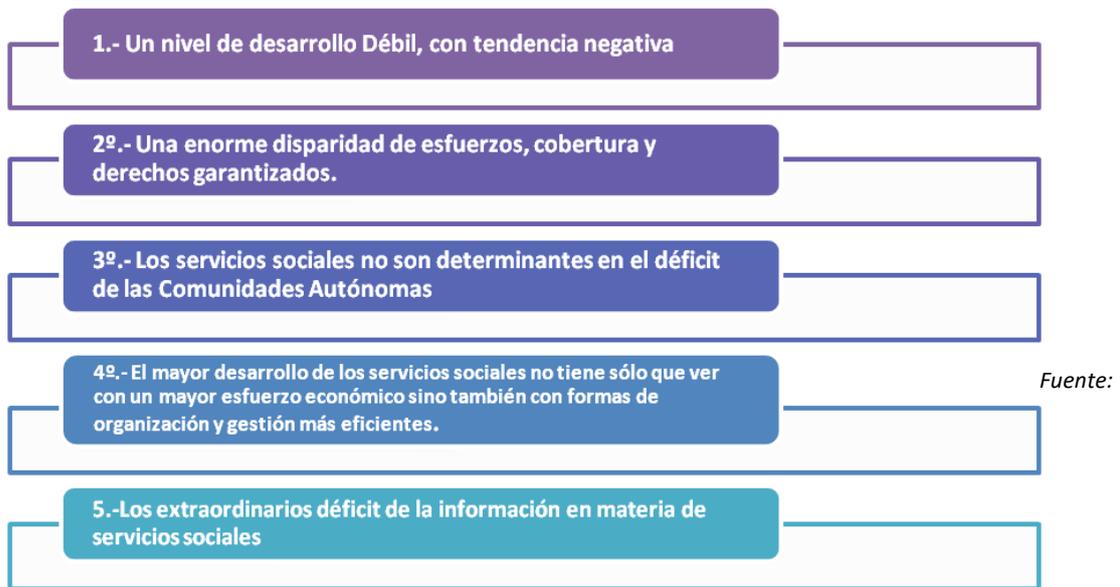
Sistema público de Servicios Sociales.

El Sistema Público de Servicios Sociales surge en España con los cambios democráticos de principios de los 80, sin tiempo para consolidarse como Sistema en el conjunto del Estado ya que fueron las nuevas Administraciones autonómicas quienes pusieron en marcha en sus respectivos territorios este Sistema, junto a los impulsos innovadores de las entidades locales. Un aspecto positivo del impulso del Sistema público de Servicios Sociales fue que se generaron unas estructuras muy próximas a los ciudadanos, pero un aspecto negativo es que estas estructuras estaban escasamente dotadas, ya desde su inicio debido a la falta de un marco estatal de garantía de derechos subjetivos en esta materia y una consiguiente financiación de los mismos en los presupuestos del Estado.

Actualmente existen pocos datos que permitan conocer la realidad resultante del desarrollo desigual que produce la práctica llevada a cabo por 17 gobiernos autonómicos. Faltan instrumentos de medida para la valoración y la comparación, cualquier estudioso de esta realidad social e institucional se ha encontrado con la gran dificultad de enfrentarse a 17 realidades distintas, 17 fuentes de información, dispersas, inconexas, incompletas etc. La aplicación del Índice DEC en 2012, permite

realizar las siguientes valoraciones sobre el desarrollo de los Servicios Sociales en España.

Tabla 15 Conclusiones de la aplicación del Índice DEC en España para la valoración de Servicios Sociales en 2012.



Aplicación del índice DEC 2012 (Asociación estatal de directores i Gerentes en Servicios Sociales)

La primera evidencia es que los servicios sociales en España se encuentran en un desarrollo débil, precisamente cuando son tan necesarios para abordar la gravísima situación en que se encuentran cientos de miles de personas y familias afectadas por la crisis, ello es consecuencia del tradicional atraso que viene arrastrando nuestro país en esta materia debido a la incorporación tardía de políticas de Bienestar que en los países más avanzados de nuestro entorno llevaban décadas practicando. La situación actual en muchas ocasiones es la de una posición intermedia entre los usuarios y otras entidades con los recursos finalistas necesarios para poder aportar a los Servicios Sociales la posibilidad de continuar con el tratamiento técnico de sus usuarios.

3.8. Entidades de tercer sector

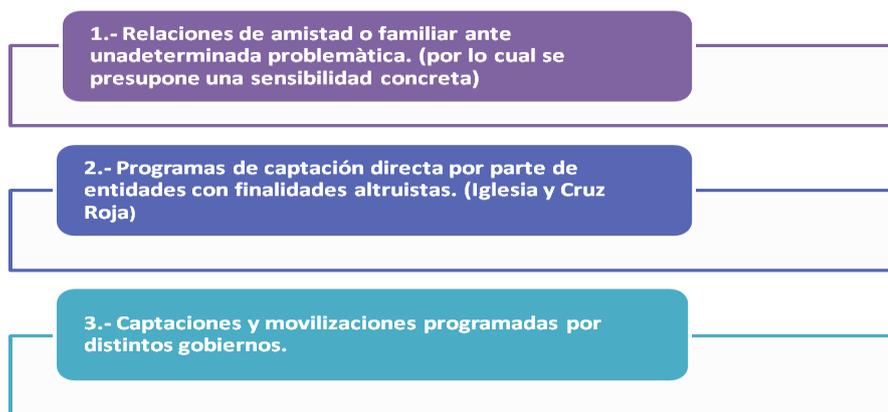
El papel del Estado en la producción de Bienestar genera espacios de acción para otras instituciones o entidades estos a su vez generan servicios que serian de difícil alcance si tuvieran que ser cubiertos solo por el Estado y como consecuencia estas instituciones quedan investidas por un reconocido papel dentro de la sociedad como entidades sin ánimo de lucro. La ausencia de fines lucrativos para distinguir los objetivos de estas entidades, está más orientado al bien común, ocupando un espacio intermedio entre el Estado y el mercado. Es por esta razón que las organizaciones no lucrativas se definen como entidades del Tercer Sector para enfatizar que se trata de una diferencia claramente económica entre el Estado y el mercado.

La fórmula del Tercer Sector y su importante crecimiento para cubrir necesidades sociales coincide en los años setenta con la crisis del Estado del Bienestar en el que se criticaba el modelo imperante de política social basada en el papel predominante del Estado, debido a estas circunstancias y de forma progresiva, el Tercer Sector ha llegado a convertirse en un modelo central dentro de los sistemas del Bienestar ya que no solo es un mecanismo adicional de regulación a través del cual se movilizan recursos, sino que es un sujeto activo por el que es posible estructurar políticas públicas basadas en el reconocimiento de la coexistencia de diversas formas de asignación y mejora de las interdependencias entre diferentes instituciones.

En Cataluña en el año 2003 se publicó el Llibre Blanc del Tercer Sector civico-social en el que define *al tercer sector social como un conjunto de organizaciones no lucrativas que trabajan para colectivos desfavorecidos (infancia jóvenes, III edad mujeres discapacitados enfermos crónicos etc.)*, (Castiñeira, A., 2003 Llibre Blanc del III Sector Civic Social). Este mismo año se creó la mesa del III Sector Social formada por 5600 entidades. Posteriormente en el año 2008 se presentó el Plan de soporte al Tercer Sector Social 2008-2010 que tenía como grandes ejes garantizar la estabilidad económica del Tercer Sector Social, aumentar la formación y capacitación de sus miembros y fomentar la participación ciudadana. La aparición de la crisis dificultó la

aplicación del plan y la consecución de sus objetivos. En la actualidad, muchos de los programas y servicios están gestionados por entidades de tercer sector ya sean fundaciones o asociaciones regidas por la ley de Asociaciones de 1964 modificada en 1994 con la ley de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en Actividades de Interés General y por la ley 25/2015 de 31 de julio de voluntariado y fomento del asociacionismo.

Tabla 16 Vías por las cuales se forman movimientos de voluntariado.



Fuente: Montagut, T., 2008

El desarrollo de las actividades voluntarias está aportando nuevos valores y formas alternativas de convivencia que podrían alentar el fortalecimiento de una ciudadanía más participativa, responsable y comprometida con la vida social a su vez que estas acciones pueden ser interpretadas de un modo más amplio como una acción global que la sociedad civil ejerce con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de la sociedad.

Las entidades de Tercer Sector utilizan diversos conceptos de denominación tales como: entidades no lucrativas, organizaciones no gubernamentales, entidades de voluntariado etc., la mayoría de ellas tienen algún tipo de financiación pública a lo que debe añadirse las donaciones y cuotas de socios, así como el patrocinio o mecenazgo para poder llevar a cabo determinadas actividades para recaudar dinero para sus posteriores actividades. Estas entidades no esperan obtener beneficios monetarios

pero si pueden tener a profesionales que desarrollen dentro de ellas actividades remuneradas. La mayoría de las veces el trabajo voluntario suele estar coordinado y supervisado por una de las personas responsables de la entidad, este tipo de entidades pueden estar compuestas por:

- Voluntarios.
- Profesionales.
- Profesionales y voluntarios.

Las Organizaciones no Gubernamentales españolas más importantes, son Caritas, Cruz Roja y La Organización Nacional de Ciegos (ONCE), estas tres entidades por su singularidad y tamaño se las tiene que considerar a parte del resto de las ONGs.

Uno de los principales retos a los que se pueden enfrentar las entidades del Tercer Sector a nivel general en España es la vulnerabilidad financiera consecuencia por una parte de la excesiva dependencia del sector público. En países más avanzados las fuentes financieras provienen con mayor frecuencia de entornos privados estos recuperan así el papel de la sociedad para la financiación de obras sociales. La situación nos hace pensar si en realidad volvemos a e una situación donde el Estado del Bienestar entra en la fase en que los derechos van desapareciendo para volver a pasar a una situación de graciabilidad de las prestaciones sociales para los más desfavorecidos, aunque también se podría pensar que la aplicación de las políticas públicas capaces de regular el sector podría hacer que la gestión y la aportación de estas entidades fuera más redistributiva.

El paso de la caridad a la beneficencia y al bienestar social no ha sido mayoritariamente evolutivo, los cambios en el siglo XXI están marcados por, retos difíciles de abordar que corresponderían a poder responder preguntas tales como:

- Si la disminución de recursos públicos pudiese llegar a producir una colisión entre la limitación de recursos y la necesidad de luchar contra la exclusión entonces ¿Cuáles serían las personas que deberían de ser atendidas por el Estado?
- El siempre polémico tema de la financiación: ¿quién paga qué?, ¿cuándo y cómo se establecen los mecanismos de pago? ¿Hay que admitir financiación privada?
- El debate de incentivos, versus normas: ¿cómo desincentivar comportamientos disfuncionales? y ¿cómo utilizar técnicas moderadoras de la demanda y combatir el fraude?
- Por último, el debate de la gestión: ¿quién produce el servicio?, y ¿la gestión es independiente de la producción? en tal caso ¿quién lo gestiona?

Todas estas preguntas están sobre la mesa a la hora de hablar del Estado del Bienestar, pero aún que parezca en algunos momentos que se quisiera entrar en el discurso de su disolución, lo cierto es que por el momento en el resto de Europa no se está planteando, si en cambio se están haciendo modificaciones económicas para que el Estado del Bienestar pueda ser más sostenible implicando de forma más directa a la sociedad civil y a entidades privadas transformando el Estado de Bienestar en un sistema nuevo al que algunos autores llaman Regímenes de Bienestar. Por otra parte vemos que países como España, con un bajo desarrollo del Estado del Bienestar, si se plantean problemas para su gestión y mantenimiento, el hecho de que los Servicios Sociales aún no sean un sistema articulado y sus relaciones con otros servicios y entidades del Tercer Sector no esté definida produce situaciones en algunas circunstancias de lagunas en la cobertura de servicios o duplicidad de los mismos.

Si los Servicios que configuran el Estado del Bienestar incluyendo, Sanidad, Educación y Servicios Sociales no están bien configurados en relación con lo público y se sustentan con más fuerza en las entidades de Tercer Sector nos podemos encontrar con la aparición de aspectos aspectos frágiles en la calidad y en el caso de que presten

servicios la continuidad de los mismos. El hecho de que la procedencia de las entidades sea muy diversa también puede provocar confusión, dificultando el buen entendimiento entre los sectores que estén trabajando en un contexto determinado ya sea en la Administración o en los usuarios, además de impedir que se pueda conocer con claridad cuál es el papel y espacio social que pueden y deben ocupar estas entidades sin incurrir en una competencia desleal con otros sectores económicos y sociales. Las iniciativas para la creación de este tipo de entidades es de la sociedad civil y voluntaria, esto puede añadir todavía más dificultades para garantizar la permanencia de forma continuada de un servicio. La existencia de iniciativa social en determinados territorios les puede dotar de un mayor o menor número de recursos para sus habitantes.

En la evolución y el crecimiento de las entidades del Tercer Sector hay que tener en cuenta los elementos de necesidad y accesibilidad, determinados por el condicionante político - económico y las donaciones que se puedan recibir ya que, según los cambios políticos, las transferencias de estas donaciones pueden cambiar y en consecuencia, también pueden cambiar las entidades que las proporcionan, por otra parte, el desarrollo de actividades voluntarias que están llevando a cabo las entidades de Tercer Sector, está aportando nuevos valores y nuevas formas de convivencia en la sociedad pudiendo llegar a dar una ciudadanía más participativa y comprometida con la vida social. Uno de los papeles importantes de las entidades del Tercer sector en la actualidad es el contribuir a una mayor concienciación de la sociedad hacia la responsabilidad de poder hacer sostenible el Estado del Bienestar, aunque no hay que olvidar el hecho de que las personas que participan en estas entidades, como cualquier otras, se mueven por valores y sentimientos que tengan interiorizados, además de los intereses individuales propios.

Si existiera una buena planificación en las políticas sociales, y una buena articulación de los recursos, la aparición de las entidades de III sector podrían llegar a tener un papel importante en la consecución de un mayor bienestar dentro de la comunidad.

CAPÍTULO IV EL TERCER SECTOR EN CATALUÑA

4.1 Introducción

El presente capítulo realiza una reflexión sobre el origen asociativo de la sociedad civil catalana hasta llegar a la configuración de las entidades del Tercer Sector en Cataluña. La sociedad civil catalana, lo largo de los años ha ido evolucionando como sociedad civil solidaria y de organización lúdico vecinal para hacer frente en primer lugar, a las reivindicaciones de la época de la revolución industrial, posteriormente como entidades organizadoras de actividades para la cohesión de la sociedad civil y en los últimos años de reivindicación y oferta de servicios que el Estado ha dejado de ofrecer ante los cambios legislativos en las últimas crisis económicas. Este capítulo pretende ilustrar el marco en que se encuentran actualmente las entidades de Tercer Sector y como se podrían enmarcar dentro de este paradigma las entidades objeto de este estudio.

4.2. Aproximación de los orígenes de Tercer Sector en Cataluña.

Las primeras experiencias asociativas en Cataluña se desarrollaron a lo largo del siglo XIX, en plena revolución industrial debido a la fuerte emigración desde el campo a las ciudades y sobre todo al surgir nuevas necesidades sociales. *“En este contexto de espacio urbano fue donde empezaron a darse las primeras expresiones de la sociedad civil catalana organizada, más allá de las instituciones de caridad y de beneficencia existentes desde el siglo XII”* (Rubiol G., 1980). El movimiento obrero en Cataluña se articuló en parte a través de las asociaciones de trabajadores/as que se concentraban en los ateneos para dar respuesta a las demandas de las clases populares, en materia laboral como en los ámbitos de cultura y política. En las primeras décadas del siglo XX crecieron las organizaciones y sociedades de corales, asociaciones deportivas y agrupaciones de escultismo¹ provenientes de organizaciones de inspiración cristiana, que aportaban un componente de identidad a la cultura catalana. *“Algunas de estas organizaciones se fueron extendiendo por todo el territorio catalán”* (Rubiol, G., 1980).

¹Escultismo: del inglés Scouting, significa explorar. Nació en Inglaterra como forma de combatir la delincuencia Es un movimiento socioeducativo para jóvenes que busca el desarrollo físico, espiritual y mental de los jóvenes para que lleguen a ser Buenos ciudadanos.

Los cambios políticos y la subida del General Franco al gobierno de España supuso la abolición del derecho de asociación, y por tanto, la mayor parte de las entidades o asociaciones pasaron a formar parte de la clandestinidad (Rubiol, G; Vila, A., 2003). A lo largo del Siglo XX durante las décadas de los años 60 y 70, se produce un crecimiento de las demandas sociales las cuales se articularon a través de la constitución de barrios en las grandes ciudades y sobretodo en Barcelona. Los movimientos de los vecinos se constituyeron como asociaciones que trabajaban de forma transversal ante las necesidades educativas, las necesidades de vivienda y aspectos ambientales etc. *“Debido a la ausencia de una estructura asociativa, el tercer sector hasta 1978 estaba constituido por entidades sociales básicamente históricas y de movimientos civiles de la clandestinidad”* (Rubiol, G; Vila, A., 2003).

A partir de los años 80 con la llegada de la democracia, el tejido asociativo creció en Cataluña con la estructuración de los movimientos sociales que hasta ese momento se encontraban en la clandestinidad, se empezaron a crear nuevas organizaciones no lucrativas especializadas y en poco tiempo el asociacionismo catalán se estructuró de forma jurídica dando paso a un incremento de organizaciones que trabajaban en el tercer sector. *“Estas primeras entidades se caracterizaban por la dedicación de tiempo y recursos propios, y por el debate de la profesionalización del sector, sus fuentes de financiación eran limitadas en ningún caso se les podía cuestionar su independencia y autonomía”* (Castiñeira, A., y otros 2003). Estas organizaciones aportaron un papel relevante para la expansión de valores democráticos y de defensa de los derechos civiles. En esta misma época se produce la modernización de la Administración Pública, se crea una nueva organización territorial formada por Comunidades Autónomas y con ello el desarrollo de políticas sociales públicas. Las nuevas entidades asociativas y la administración renovada propiciaron la aproximación a dar respuesta a las crecientes demandas sociales y también él trabajar para la consecución de un incipiente estado del Bienestar.

4.3. El Tercer Sector en Cataluña

El Tercer Sector agrupa un universo de organizaciones que se trabajan para diferentes esferas de la vida, estas entidades están formadas por asociaciones culturales, ambientales, obras sociales de cajas de ahorros, entidades deportivas, asociaciones de vecinos, ONGs de cooperación, algunos centros de educación e investigación etc., su nexo común es, no tener ánimo de lucro, estar dirigidas por personas altruistas en los que los cargos de sus directores deben ser gratuitos o honoríficos, solo el equipo técnico puede ser remunerado, tener fines sociales, personalidad jurídica propia, estar inscritas en un registro, tener voluntarios y ser de iniciativa privada, todo esto en contraposición al primer sector no lucrativo gubernamental y al Segundo Sector destacado por ser mercantil y no gubernamental, ya que el campo de acción de las entidades del Tercer Sector llega donde el Estado y las empresas privadas no pueden dar respuesta. El amplio abanico de temas y actividades que desarrollan da lugar a que las entidades del Tercer Sector sean transversales dentro de la sociedad.

Dentro del Tercer Sector en España tenemos tres entidades singulares:

- Caritas: es una fundación con fines asistenciales creada por la Iglesia Católica y como tal está inscrita en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia.
- Cruz Roja es una asociación voluntaria de utilidad pública tutelada por el estado, lo que implica realizar actividades bajo su protección e intervención.
- Organización Nacional de Ciegos ONCE es una fundación de utilidad pública tutelada por el Estado para la protección de personas ciegas y actualmente realiza otras actividades para personas con discapacidad.

Estas entidades disponen de regímenes jurídicos especiales y su principal misión es la ayuda a las personas o la prestación de servicios a la comunidad realizando funciones específicas acordadas por convenios con la Administración.

El Tercer Sector en Cataluña sigue el mismo formato que en el resto del Estado Español. Existe representación de las tres entidades nombradas anteriormente en todo el territorio catalán y el resto de entidades son más pequeñas y con actividades más heterogéneas. Dentro del Tercer Sector catalán se encuentra el llamado Tercer Sector Social que queda definido como: *“el conjunto de entidades privadas sin ánimo de lucro, mutualistas o prestadoras de servicios que trabajan para la inclusión y cohesión social con especial atención a los colectivos más vulnerables de la sociedad”* (Vidal, P.; Fernández, M., 2014). Los autores no consideran Tercer Sector social las entidades siguientes: asociaciones cívicas (asociaciones de vecinos, de consumidores etc.) colegios profesionales, entidades de cooperación para el desarrollo, culturales, medioambientales, deportivas, fundaciones hospitalarias, instituciones educativas (universidades, escuelas), obras sociales de las cajas de ahorro y organizaciones de promoción de la vivienda.

Las características básicas de las entidades que forman parte del Tercer Sector Social son:

- Organizaciones constituidas sin ánimo de lucro y de iniciativa privada.
- La acción social es el eje central de su misión.
- Desarrollan la acción social según proximidad territorial.

Se clasifican en:

- *Entidades mutualistas*: instituciones que defienden y trabajan por los intereses de sus afiliados: asociaciones de enfermos.
- *Entidades altruistas*: Entidades que trabajan a favor de sectores que sufren exclusión, estas pueden trabajar por los derechos humanos, sociales etc.

Todas ellas tienen un nexo común, el trabajo para la promoción de la persona y la inclusión de los colectivos vulnerables. Aunque las características, dinámicas y trayectorias de funcionamiento sean muy variadas, la Acción Social no define todas las actividades que se desarrollan en las entidades. El Tercer Sector Social no se encuentra aislado de otras realidades y problemáticas ni del resto de organizaciones del Tercer

Sector y por lo tanto pueden también desarrollar otro tipo de actividades no ligadas específicamente a la Acción Social.

El Tercer sector social mediante el desarrollo de la Acción Social tiene relación con otras entidades del Tercer Sector, con el sector público y con el sector privado: empresas.

Figura 5 El Tercer Sector Social



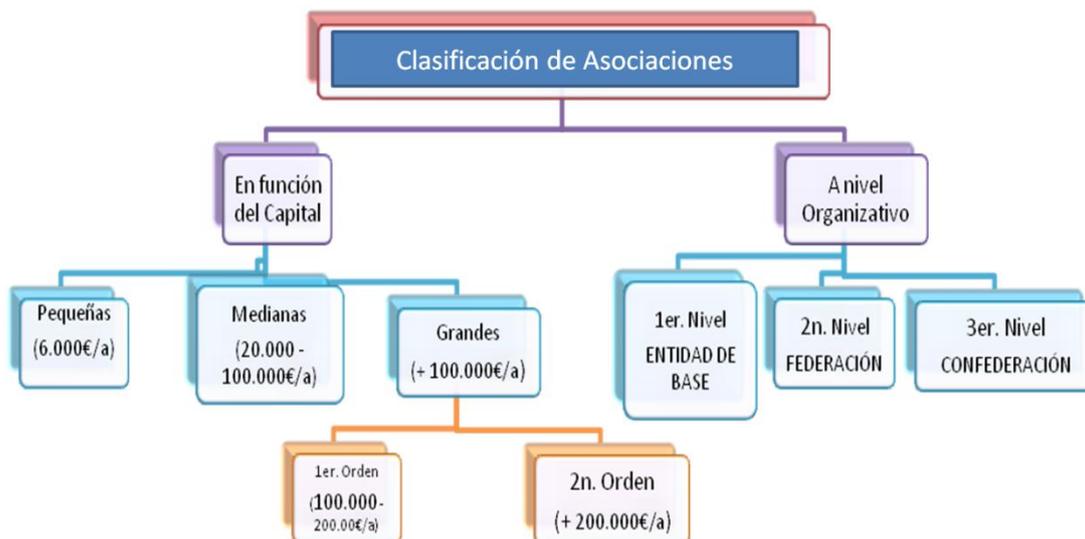
Fuente: Elaboración propia.

Las entidades de Tercer sector social catalán están formadas por Asociaciones, Fundaciones y Cooperativas no lucrativas.

Las Asociaciones: están formadas por grupos de personas dispuestas a trabajar para cambiar aspectos de la sociedad, hay necesidad de buscar o generar fondos para llevar a cabo las acciones que son su misión, se organizan a través de asambleas, lo que supone una forma compleja de gestionar la participación, a veces, la poca participación puede dar problemas a nivel de relevo de los cargos representantes de la asociación. La financiación de las asociaciones es de forma mixta: capital público y privado, aunque en algunos casos se autofinancian como proveedores de servicios.

Las asociaciones se pueden clasificar en función del capital disponible anualmente y a nivel organizativo (Figura 6)

Figura 6. Clasificación de Asociaciones



Fuente: elaboración propia.

Las fundaciones: son entidades donde existe un capital privado que se ha ido acumulando a lo largo del tiempo mediante donaciones o a través de beneficios de rentas etc., en él que su misión es destinar la financiación de proyectos sociales. Las fundaciones se gestionan a través de un patronato y sus aportaciones suelen ser en su totalidad de capital privado.

Las cooperativas no lucrativas están formadas por grupos de personas que trabajan de forma remunerada en algún proyecto social.

Las entidades de Tercer sector a nivel general tienen un papel importante en la sociedad actual porque favorecen la cohesión social y la participación de los ciudadanos en la vida comunitaria. A lo largo del tiempo se ha puesto de manifiesto la importancia del Tercer Sector en el desarrollo de políticas sociales, ya sean en los ámbitos internacional, nacional como en el ámbito catalán, entre los años 2001 al 2009

la evolución del Tercer Sector Social en Cataluña como en el resto de España, ha estado marcada por su crecimiento y consolidación, en cambio en los últimos años su crecimiento ha estado más determinado por el contexto socio-económico. Según el informe Panorámico 2015 en *“Barcelona capital es donde existe una mayor concentración de entidades sin ánimo de lucro. Se estima que solo en Barcelona capital las entidades activas son unas 4.780, con 555.350 personas asociadas y 134.130 voluntarios”* (Fernández, M. Vidal, P., 2016), teniendo en cuenta que se considera entidad activa como la entidad que durante el 2015 había realizado como mínimo una actividad. Por temáticas, Panorámico 2015 nos informa que en Barcelona capital los temas a que más se dedican las entidades son: *“acción social (28%), le siguen las culturales (22%) y las juveniles (15%)”*(Fernández, M. Vidal, P., 2016).

4.3.1.- Entidades impulsoras del Tercer Sector Social en Cataluña

a) *El Observatorio del Tercer Sector en Cataluña*: Nació en el 2001 en el Centro de Estudios de Temas contemporáneos (CETC) como centro de investigación independiente, sin ánimo de lucro especializado en profundizar e incrementar conocimiento sobre este sector y trabajar para la mejora del funcionamiento de entidades no lucrativas. *“El CETC fue el encargado de realizar el libro blanco del Tercer Sector Social en Cataluña, actualmente el observatorio es un centro de investigación independiente abierto a todas las entidades públicas y privadas que trabajan para desarrollar el conocimiento y la mejora del Tercer Sector”*(Castiñeira, A., 2003).

b) *La Mesa de Entidades del Tercer Sector social del Cataluña*: Nació en 2003 bajo la forma jurídica de asociación por iniciativa de entidades sociales que agrupan entidades que atienden colectivos diversos como infancia, familia, Tercera edad, personas sin techo, discapacidad etc., y que forman el segundo nivel del sector. En la actualidad, la Mesa de Entidades del Tercer Sector Social de Cataluña es una organización de tercer nivel formada por 35 federaciones y agrupaciones que aglutinan en conjunto a unas 3.000 entidades sociales no lucrativas: asociaciones, cooperativas, fundaciones, empresas de inserción y centros especializados de trabajo. La Mesa da visibilidad a las

tareas que realiza el Tercer Sector Social, también representa al Tercer sector ante la Administración Pública y la sociedad en general. Esta colaboración público privada ha marcado el desarrollo del Tercer Sector en Cataluña durante estos últimos años².

La Mesa de Entidades del Tercer Sector Social y el Observatorio del Tercer Sector Social han elaborado y publicado tres ediciones de la *Revista Anuario del Tercer Sector Social en Cataluña* durante los años 2009-2011-2013. La Mesa del Tercer Sector Social en Cataluña publica anualmente desde el año 2015 el Barómetro del Tercer sector Social que pretende cada año mostrar la evolución de las entidades sociales catalanas, con el objetivo de conocer la aportación a la sociedad de estas entidades, sus dificultades y los medios con que llevan a cabo su cometido. El Barómetro se realiza el primer semestre de cada año y se publican los resultados durante el mes de junio³.

c) Torres Jussana: Centre de Serveis a les associacions: El Ayuntamiento de Barcelona, consciente de que la ciudad tenía una larga tradición asociativa, creó en 1995 la Agencia Municipal de los Servicios a las asociaciones Torre Jussana, el nombre proviene de su ubicación ya que las instalaciones de esta entidad se asentaron en una antigua masía rehabilitada con una torre de defensa de la cual provenía este nombre. El Centre de Serveis a les associacions Torre Jussana es un proyecto gestionado entre el Consejo de Asociaciones de Barcelona (CAB) y el Ayuntamiento de la ciudad, ofrecen: Asesoramiento fiscal, laboral, económico, acompañamiento en procesos de refundación y estrategia, formación para mejorar la intervención y la participación de las personas en la entidad, buscar elementos para gestionar y mejorar su funcionamiento, fortalecer que todas las entidades estén en red y cesión de espacios a las asociaciones que lo requieran. También se ayuda a las fundaciones para que tengan más herramientas para su actividad, lo que se pretende es que las asociaciones tengan un mayor número de socios posible y obtener los recursos suficientes para poder

²Datos extraídos de la entrevista en profundidad con Sra Angels Guiteras presidenta de la mesa de entidades del Tercer Sector Social en Cataluña.periodo (2009-2015).

³Idem 2.

trabajar los proyectos. El Centre de Serveis a les Associacions Torre Jussana publica anualmente una revista titulada Panoràmic de les associacions de Barcelona dondese ofrece información de la evolución de las entidades de Tercer Sector de la ciudad⁴.

d) Plataforma del tercer Sector en España: La Plataforma del Tercer Sector en España se constituyó en enero de 2012 para defender, a través de una única voz, los derechos e intereses sociales de la ciudadanía, principalmente de las personas en situación de pobreza o riesgo de exclusión. Con este objetivo se unieron las siete organizaciones más representativas del ámbito de lo social: la Plataforma del Voluntariado de España (PVE), la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en el Estado Español (EAPN-ES), la Plataforma de ONG de Acción Social (POAS), el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), Cruz Roja Española, Caritas y la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE), a ellas se han unido posteriormente entidades colaboradoras y Plataformas del Tercer Sector de ámbito regional. Hasta el momento, existen entidades territoriales en Andalucía, Extremadura, Aragón, Región de Murcia, Principado de Asturias y Comunidad Valenciana.

4.4. Las entidades del Tercer Sector Social en Cataluña

4.4.1. Distribución territorial y ámbitos de actuación

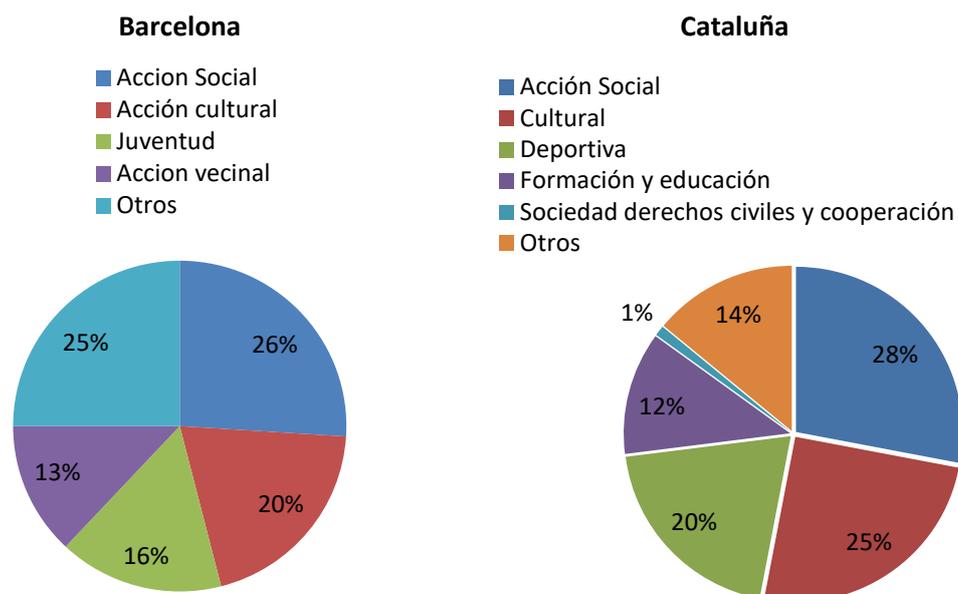
Las entidades del Tercer Sector Social se distribuyen por el territorio catalán de forma aleatoria, sin tener una homogeneización y condicionadas por la atracción de Barcelona Capital que con sus 1.024 entidades concentra el 37% de todas las entidades de Cataluña. El resto de entidades están distribuidas territorialmente de la siguiente forma: la otra gran mayoría la encontramos en el área metropolitana con un 32%, las comarcas más sobresalientes son: el barcelonés con 35,7%el Baix Llobregat con 8,2%, el Valles Occidental con un 7%. Le siguen Girona con un 10%,(323 entidades), Cataluña central con un 6% (238 entidades), Tarragona un 6% (205 entidades), Lleida un 6% (226

⁴c) Datos extraídos de entrevista en profundidad con el Gerente de la entidad.

entidades), Terres de l' Ebre un 2% (90 entidades) y Alt Pirineu un 1% (36 entidades) (Fernández, M. Vidal,P.,2016).

Los ámbitos de actuación de las entidades del Tercer Sector pueden ser muy diversos.

Gráfico2 Ámbitos de actuación del Tercer Sector en Cataluña y en Barcelona



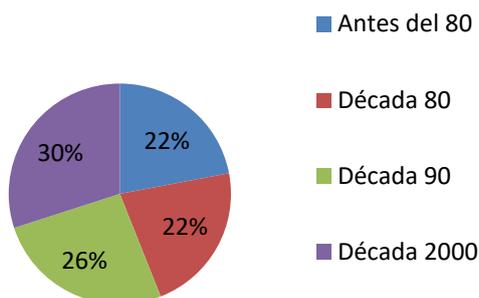
Fuente: Elaborado a partir Fernández, M. Vidal, P 2016.

En Cataluña como en Barcelona capital se puede observar la diversidad de ámbitos asociativos existentes, pero en los dos gráficos coincide en que la acción social y la acción cultural son los ámbitos en los que el Tercer sector se desarrolla más en Cataluña y no hay muchas diferencias significativas entre la proporción de entidades por ámbitos de actuación entre Barcelona capital y el resto de Cataluña. Según Vidal: *“El 82% de las entidades del Tercer sector de Cataluña solo actúan en Cataluña, un 6% son entidades estatales con sede en Cataluña y un 10% actúa a nivel internacional de estas últimas hay entidades que tienen representación el Estado Español y en Cataluña y las hay que solo tienen sede en Cataluña y actúan en el extranjero”* (Vidal, P., Valls, N, Villa, A., 2009).

4.4.2. Constitución

A través del gráfico 3 se puede observar que un número importante de entidades se crearon entre los años 80 pero en la década del 2000 se ha observado un incremento importante de nuevas entidades.

Gráfico3 Periodo de constitución de las entidades del Tercer Sector (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia extraído de los datos de Vidal, P.; Fernández, M. 2013.

Las entidades sociales hasta el 1978 procedían de los movimientos civiles que sobrevivieron en la clandestinidad durante el periodo de Franco. A partir de 1980 se formo el llamado Tercer Sector produciéndose su reconocimiento y constitución jurídica. Los cambios políticos de los años 70 y 80 plantearon la colaboración entre estas entidades y la Administración pública, esta colaboración ha sido la que ha marcado el desarrollo del Tercer Sector de Cataluña durante los últimos treinta años. En las décadas de los 90 y 2000 el sector afrontó el reto de consolidación y expansión iniciándose la profesionalización de los servicios. Este recorrido funcionó de forma más o menos efectiva para que las entidades fueran llevando a cabo su misión, pero con la llegada de la crisis del 2008 y la aparición de nuevos y más problemas de tipo social algunas de estas entidades se fueron debilitando debido a la reducción de sus recursos y a las dificultades de afrontar las demandas, obligándoles a un replanteamiento de las actividades y en algunos casos de su propia situación como entidades.

El año de constitución de las entidades y organizaciones tiene una relación directa con el número de miembros asociados. A modo de ejemplo: las organizaciones más antiguas constituidas en Barcelona capital tienen un número más elevado de miembros asociados, se observa que *“las asociaciones creadas antes de la década de los 80, el 38% cuenta con más de 250 personas asociadas, en cambio las asociaciones fundadas en el siglo XXI las que predominan son las que tienen entre 3 y 30 miembros asociados”* (Fernández, M.; Vidal, P. 2015).

Tabla 17 Número de personas asociadas por año de constitución (en porcentajes)

	Entre 3-30	Entre 31-90	Entre 91-250	Más de 250	Total
Hasta 1980	6	24	32	38	100%
1981-1990	15	28	27	30	100%
1991-2000	24	23	28	25	100%
2001-2010	38	25	26	11	100%
2011-2014	60	25	12	3	100%

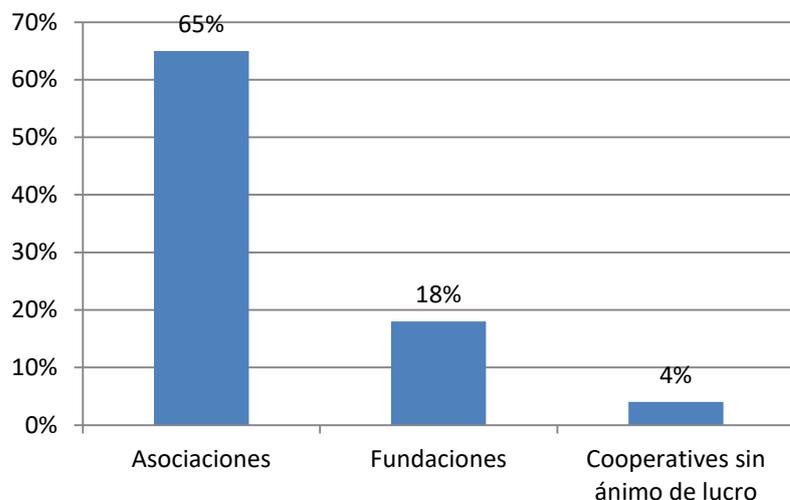
Fuente: Fernández, M.; Vidal, P. 2015.

En la tabla 17 observamos que en la actualidad las entidades que se constituyen son más pequeñas en número de socios esto presupone más diversidad y es indicativo de los diferentes intereses de los ciudadanos.

4.4.3. Forma Jurídica

En cuanto a la forma jurídica se puede ver que en: *“La mayor parte de las entidades del Tercer Sector Social tienen la forma jurídica de asociación 65%. Otra de las fórmulas más habituales son las fundaciones 18%, aunque también hay fórmulas de cooperativas no lucrativas o de iniciativa social que representan el 4% del total de las entidades”* (Codina A, Albareda, A., 2016).

Gráfico 4 Formas jurídicas.



Fuente: Codina A, Albareda, A. 2016.

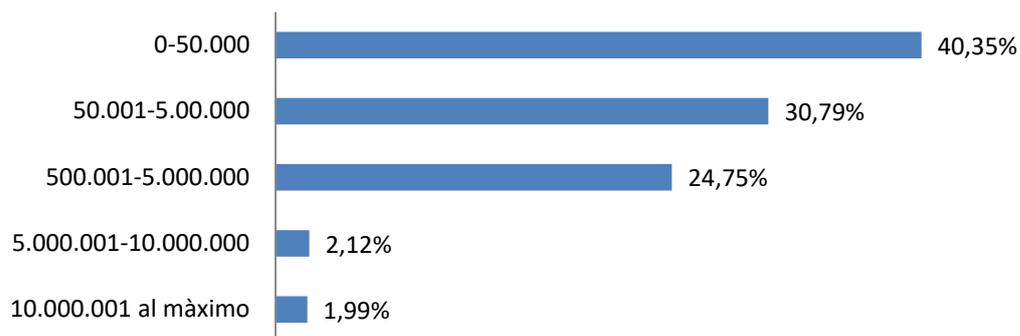
Las asociaciones y las cooperativas de iniciativa social son entidades que prestan servicios y los recursos se generan a través de las actividades de su capital humano. En cambio las fundaciones es donde se deposita el capital económico que es el que sirve para financiar los proyectos sociales.

4.4.4. Recursos económicos

Los recursos económicos son necesarios para la realización de actividades, gestión organizativa etc., en resumen, para poder garantizar la sostenibilidad de la entidad. Por lo que según Giménez: *“El Tercer Sector en España agrupa unas 29.000 entidades que prestan servicios a más de 5 millones de personas con un volumen económico de 1,7 del PIB del Estado Español”* (Giménez, A. 2012). El Tercer sector en Cataluña, según datos del 2010 agrupaba a 7.500 entidades que daban trabajo a unas 100.000 personas que generaban un volumen económico que representaba un 2,8% del PIB catalán. En Barcelona, el volumen de recursos económicos con los que el año 2013 conto el asociacionismo de Barcelona *“se estimó en 631 millones de euros valor equivalente al 1% el PIB de la ciudad de Barcelona”* (Fernández, M.; Vidal, P., 2015). Esta información nos revela que las cantidades de dinero que maneja el Tercer Sector

en general no son para nada baladí a la hora de tener en cuenta los movimientos económicos territoriales. A pesar de los datos presentados la mayoría de las veces las organizaciones cuentan con recursos económicos escasos.

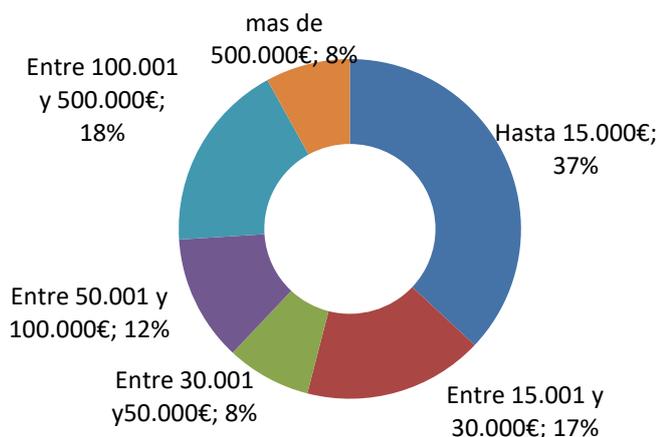
Gráfico 5 Entidades según tramo presupuestario (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de Codina, T.; Albareda, A., 2016.

El informe de resultados de junio de 2016 del Barómetro del Tercer Sector Social presentado el V Congreso del Tercer sector en junio de 2016 nos indica que los presupuestos del mayor volumen de entidades se encuentran dentro del intervalo de 0 a 50.000€. Con respecto a Barcelona ciudad tenemos que:

Gráfico 6 Ingresos económicos reales de las asociaciones de Barcelona 2013.



Fuente: Fernández, M.; Vidal, P. 2015

Los datos recogidos en la encuesta Panoràmic de las Asociaciones de Barcelona 2014 coinciden también con el gráfico anterior ya que anteriormente habían demostrado que “*el volumen de ingresos se concentra mayoritariamente por debajo de los 30.000€ anuales*” (Fernández, M.; Vidal, P., 2015). El gráfico nos indicaría que estamos ante entidades mayoritariamente pequeñas.

Tabla 18 Las desviaciones presupuestarias entre ingresos y gastos varían en función del tamaño de la entidad (en Euros).

	Ingresos previstos	Gastos previstos	Ingresos reales	Gastos reales
Asociación pequeña	7.062,33€	7.000,00€	6.731,25€	6.640,00€
Asociación mediana	24.085,27€	23.544,00€	23.921,00€	24.128,00€
Asociación grande	93.375,00€	90,950,00€	103,574,39€	110.580,56€

Fuente: Elaborada a partir de Fernández, M.; Vidal, P., 2015.

Los resultados del ejercicio 2013 muestran una pequeña desviación entre ingresos y gastos reales que varía en función de los tramos de dimensión económica. Se observa que a medida que aumenta el tamaño de la entidad las desviaciones y su saldo son más pronunciados. Según La revista Panoràmic de les Associacions de Barcelona 2014 “*La tasa de variación es del 5% para las entidades más pequeñas, del -2% en las medianas y del -18% en las grandes*” (Fernández, M.; Vidal, P., 2015).

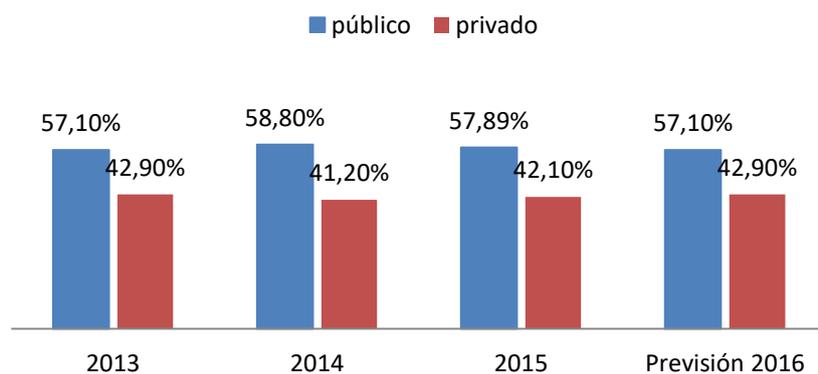
Si solo tenemos en cuenta las macro cifras en volumen económico, vemos que el Tercer Sector Social maneja recursos económicos altos, pero la mayoría de las veces los recursos con los que cuentan este tipo de entidades son bajos, por lo tanto estamos ante un alto volumen de entidades mayoritariamente pequeñas esto supone una menor capacidad de endeudamiento por esto las desviaciones presupuestarias suelen ser menores que para las entidades medianas o grandes. En la información consultada sobre los diversos documentos publicados sobre las asociaciones en este sentido se ha observado que la previsión de ingresos y gastos para los años 2014-2015, ya fue ligeramente inferior a los resultados reales, parece que las asociaciones tuvieron una visión conservadora y realista de la disposición de recursos económicos,

aunque con algunas diferencias dependiendo de lo grandes o pequeñas que fueran las entidades.

La financiación procede de tres fuentes básicas, los recursos que genera la propia entidad mediante las cuotas que generan los propios asociados, aquí tiene una gran influencia el tamaño de la asociación, la realización de más o menos actividades etc., Las subvenciones públicas que dependen de diferentes administraciones y las fuentes privadas que proceden de donaciones individuales, instituciones privadas o empresas. Se considera que el equilibrio de recursos entre las tres procedencias favorece la sostenibilidad asociativa.

Como se puede observar en el gráfico 7 a lo largo de los periodos del 2013 al 2015 la financiación pública ha sido siempre predominante a la financiación privada.

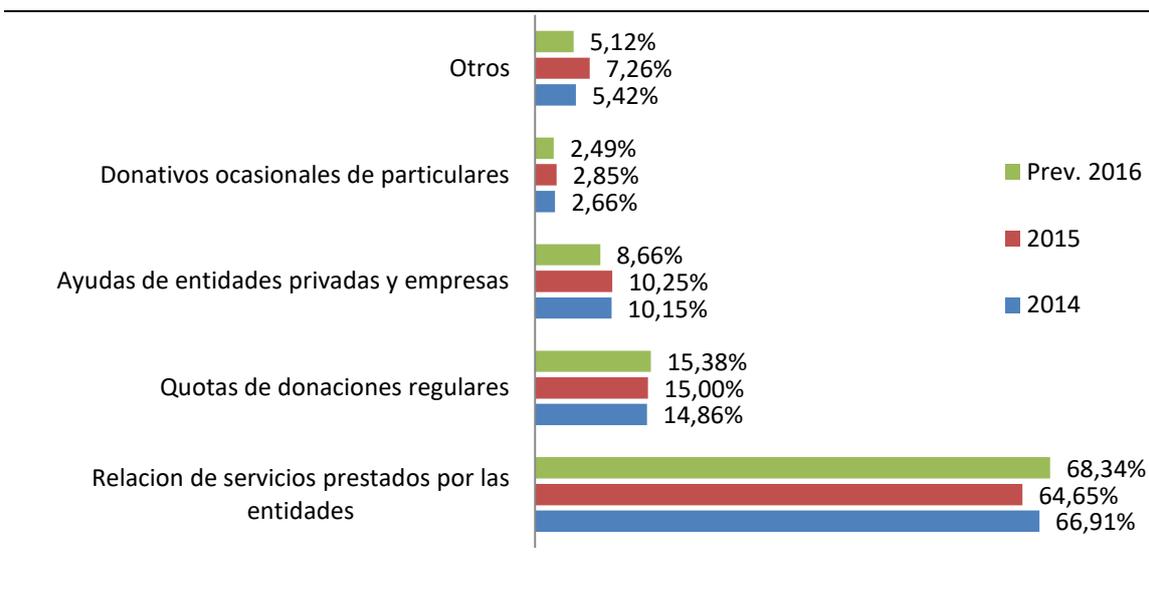
Gráfico 7 Evolución del porcentaje del presupuesto público privado.



Fuente: Elaborada a partir de Codina, T.; Albareda, A. 2016

Para Vidal: “La financiación pública del Tercer Sector en España el 48,9% procede de las Comunidades Autónomas, 15,5% de los Ayuntamientos, el 8,9% de las Diputaciones provinciales, el 5,5% de la Unión Europea y el 2,5 de otras instituciones” (Vidal, P.; Valls, N.; Villa, A., 2009). Debido a que muchas de estas entidades proporcionan servicios públicos que la Administración no podría financiar en su totalidad es lógico que exista una mayor financiación pública.

Gráfico 8 Evolución de la financiación privada.



Fuente: Codina, T.; Albareda, A. 2016.

Como se puede ver en el gráfico 8 la financiación privada se nutre principalmente de los servicios prestados por las entidades para recaudar fondos para la propia entidad y de las cuotas de donaciones regulares.

Tabla 19 Distribución total de ingresos de las entidades del Tercer Sector Social en Cataluña

TIPO DE INGRESO	%
Subvenciones y convenios	43,19
Prestación de servicios	27,22
Contrataciones y conciertos	14,70
Cuotas y donaciones regulares	6,32
Ayudas de instituciones privadas y empresas	4,32
Otros	3,06
Donativos ocasionales de particulares	1,20
Total	100%

Fuente: Codina, T.; Albareda, A., 2016.

La financiación pública del Tercer Sector en España proviene mayoritariamente por la vía de subvenciones y convenios distribuidos de la siguiente manera: "44,5%

subvenciones 39% vía convenios y el 16,5% proviene de la contratación” (Feu, j. Codina, T., 2013) en cambio en Cataluña “el 65,6% proviene de subvenciones, el 19,8% de convenios y el 12,8% por la vía de las contrataciones”(Feu, j. Codina, T., 2013) por lo tanto vemos que en las entidades catalanas, la financiación vía convenio es más alta que en el resto de España. Aunque no se disponen datos concretos parece ser que en los últimos años esta vía de ingresos se está perdiendo frente a la tendencia de las contrataciones y conciertos que van en aumento.

Dos de los efectos más claros de la crisis del 2008 sobre el Tercer Sector Social en la reducción de sus ingresos son: la limitación de la inversión pública en políticas sociales y la previsión negativa de aportaciones privadas a través de donativos empresariales y la desaparición de las obras sociales de cajas de ahorro recientemente desaparecidas. Otra de las limitaciones de las entidades del Tercer Sector Social son las condiciones y términos del pago de la Administración Pública, ya que determinan en gran parte sus necesidades financieras y su relación con los bancos y cajas de ahorro. Los plazos de pago por parte de las administraciones son más largos diferenciándose del resto y en segundo lugar acostumbran a sufrir retrasos. Para Barba *“Entre las diferentes tipologías de pago de la Administración pública se evidencia que los convenios tienen una tardanza de pago más corto que las subvenciones ya que el 49% se cobran en menos de 90 días y en un 58% su retraso es también de menos de 90 días”(Barba, R.; Codina, T., 2011), por lo tanto si la financiación pública se prioriza vía subvenciones, las entidades tardarán más en recibir el dinero que necesitan para sus actividades, les hará endeudarse y a la larga tener problemas financieros. En los años 2014 y anteriores la mitad de las entidades soportaba alguna deuda de la Administración Pública fue “durante el 2014 una de cada tres entidades había tenido pérdidas y un 4% de las entidades que habían sufrido pérdidas el volumen de las mismas era muy grave” (Codina, T.; Albareda,A., 2016). Las Administraciones públicas debían a una de cada tres entidades las subvenciones por actividades realizadas en el año 2015“El 17,5% de las entidades del Tercer Sector Social Catalán sufrieron problemas de tesorería o liquidez y el 18,5% acabaron el ejercicio anual con pérdidas, aunque esto representa*

trece puntos y medio menos que el número de entidades que sufrieron pérdidas en los ejercicios del 2014 y 2013” (Codina,T.; Albareda,A., 2016).

La heterogeneidad de las organizaciones condiciona el análisis de su impacto por la crisis. Según el Anuario 2013 del Tercer Sector en Cataluña, *“las entidades más consolidadas son las que tienen más capacidad y recursos para diseñar planes para hacer frente a la crisis. Las entidades intermedias que suelen tener la mayoría de veces algunas personas contratadas y proyectos de financiación públicos son los que tienen más dificultades para su reorganización y en paralelo las entidades más pequeñas o más jóvenes son las que están sufren mayoritariamente la crisis debido a que su estructura organizativa esta poco desarrollada y tienen demasiada dependencia de los fondos públicos para su financiación”*(Vidal, P., 2013). En cierta manera es lógico ya que las entidades intermedias y pequeñas tienen menos estabilidad en la profesionalización de su organización y tienen más dependencia del personal voluntario, esto implicaría más dificultad en la generación de servicios estables para autofinanciarse

Hay que hacer referencia que a partir de 2015 las asociaciones con más de 50.000€ de ingresos anuales han tenido que presentar el impuesto de sociedades. Anteriormente solamente era necesario para las asociaciones que superaban los 100.000€. Según informes del Consell d’ Associacions de Barcelona este cambio ha afectado cerca de 555 asociaciones en Barcelona.

4.4.5. Espacios y equipamientos

Para poder llevar a cabo sus objetivos las asociaciones necesitan espacios físicos, lugares para desarrollar sus actividades y hacerse visibles. Muchas de las asociaciones de Cataluña hacen uso habitual de espacios públicos ya sean parques jardines o calles para el desarrollo de estas actividades, tanto culturales como deportivas, fiestas mayores etc., o para recolectar fondos para llevar a cabo sus objetivos ya sea dentro del marco de grandes celebraciones o simplemente en fiestas puntuales. Para Fernández *“En Barcelona capital el 35% de las asociaciones utilizan los espacios*

públicos una o más veces al mes y el 42% los utiliza una vez al año. En la ciudad de Barcelona se dan tres situaciones habituales: el alquiler (23%) la cesión de equipamiento público (21%) y la cesión dentro de un espacio privado (18%)” (Fernández, M., Vidal, P.,(2015). La presencia del asociacionismo en los espacios públicos abiertos es un elemento que proporciona identidad a las ciudades y pueblos de Cataluña formando parte de su paisaje. El alquiler y la cesión de espacios son situaciones habituales en las asociaciones. Las asociaciones pueden tener diferentes situaciones contractuales tales como, el alquiler, la propiedad, la cesión de uso de un espacio público o privado.

4.4.6. Capital Social

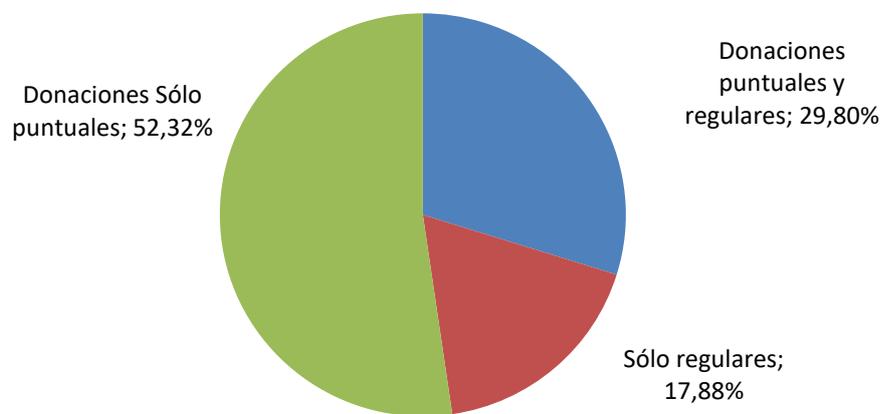
Se entiende por capital social los Donantes-socios, Voluntariado, personas remuneradas y órganos de gobierno. Una característica especial del Tercer Sector Social es la implicación social de las personas que intervienen y trabajan en ella. Las entidades suelen estar constituidas por los donantes y socios que aportan recursos económicos con aportaciones puntuales o de forma periódica, las personas voluntarias trabajan en la entidad aportando su tiempo, realizando actividades para conseguir los objetivos, la actividad voluntaria puede ser puntual, para el desarrollo de un evento determinado o prolongado en el tiempo, con la finalidad de dar un servicio o realizar una actividad de forma continuada. Las personas contratadas por la entidad suelen realizar trabajos de organización o administrativos si la entidad es pequeña estas actividades las suelen realizar socios o personas afines la entidad.

Los socios: son las personas físicas o jurídicas que realizan donaciones continuadas en forma de dinero o especies, a veces también pueden participar en la entidad como voluntarios.

Donantes: son personas físicas o jurídicas que aportan cantidades de dinero o bienes a la entidad de forma puntual. Según el Barómetro 2016 del Tercer Sector Social *“560.000 personas realizan donaciones económicas a entidades del Tercer Sector Social. El 85,31% de entidades cuentan con personas donantes. En los últimos años el nº de*

donantes se ha mantenido estable” (Codina, T.; Albareda, A., 2016). La estabilidad de los donantes posiblemente se debe a que son asociados de forma continuada y salvo excepciones las aportaciones continuadas suelen ser de pequeñas cantidades, esto hace que a las personas donantes no les suponga realizar una gran esfuerzo económico, aunque hayan crecido las necesidades sociales y también por solidaridad se continúe manteniendo este esfuerzo económico.

Gráfico 9 Donantes a entidades



Fuente: Elaborado a partir de Codina, T.; Albareda, A. 2016.

El gráfico 9 nos muestra que más de la mitad de entidades del Tercer Sector Social solo tienen donantes puntuales de aquí podríamos deducir que posiblemente sean entidades jóvenes y pequeñas. Posiblemente sean las entidades grandes o entidades con una cierta antigüedad las que posean más donantes regulares, también puede darse esta fidelización en entidades que estén más cercanas al territorio ya que por proximidad puede haber una relación más directa con determinadas personas con la entidad.

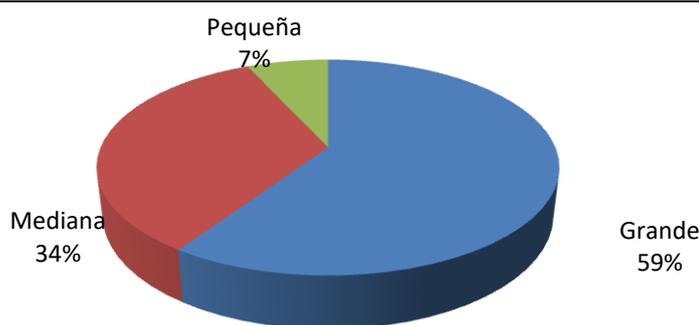
El personal voluntario

El concepto voluntariado queda definido en la nueva ley del voluntariado del 2015 que de acuerdo con la realidad actual considera al voluntariado en un sentido amplio como una parte esencial de la vida asociativa. La ley del voluntariado de 2015 define en su artículo nº3 al voluntariado como *“El conjunto de actividades y acciones de interés general motivadas por el altruismo y la voluntad de transformación social que realizan personas físicas llamadas voluntarios/as que participan en proyectos en el marco de una actividad asociativa o bien en programas específicos de una entidad sin ánimo de lucro.”*(Ley del voluntariado de 2015).

Según el Barómetro del “Tercer Sector Social” en Cataluña hay cerca de 350.000 personas voluntarias en entidades del Tercer sector Social. Un 88% de las entidades dispone de voluntariado (Codina, T.; Albareda, A., 2016).

En los últimos tres años *“el 45,8% de entidades han incrementado el nº de personas voluntarias el 48% lo han mantenido y solo en un 6,2% ha disminuido”* (Codina, T.; Albareda, A., 2016). La mayoría de los casos el número de personas voluntarias también depende de lo grande o pequeña que sea la entidad.

Gráfico 10 Media de número de personas voluntarias por entidad



Fuente: Codina, T.; Albareda, A. 2016.

Para Vidal, “Nueve de cada diez entidades cuentan con alguna o algunas personas voluntarias y seis de cada diez personas voluntarias tienen menos de 30 años” (Vidal, P., Fernández, M., 2014). En estos últimos años el aumento de las necesidades sociales y los recortes presupuestarios han motivado a estas entidades sociales a pedir colaboración a la ciudadanía desde diversas iniciativas, recogida de alimentos, medicación etc. Esto ha propiciado un aumento de personas voluntarias, pero este hecho no solo puede explicarse por el éxito de las campañas realizadas sino posiblemente porque también se encuentren muchas personas en paro con una mayor disponibilidad de tiempo.

La continuidad de la prestación de servicios esta sujeta principalmente a la antigüedad y el número de horas de permanencia de las personas voluntarias.

Gráfico 11 Antigüedad de permanencia de las personas voluntarias en las entidades hasta 2011



Fuente: Vidal, P.; Fernández, M., 2014.

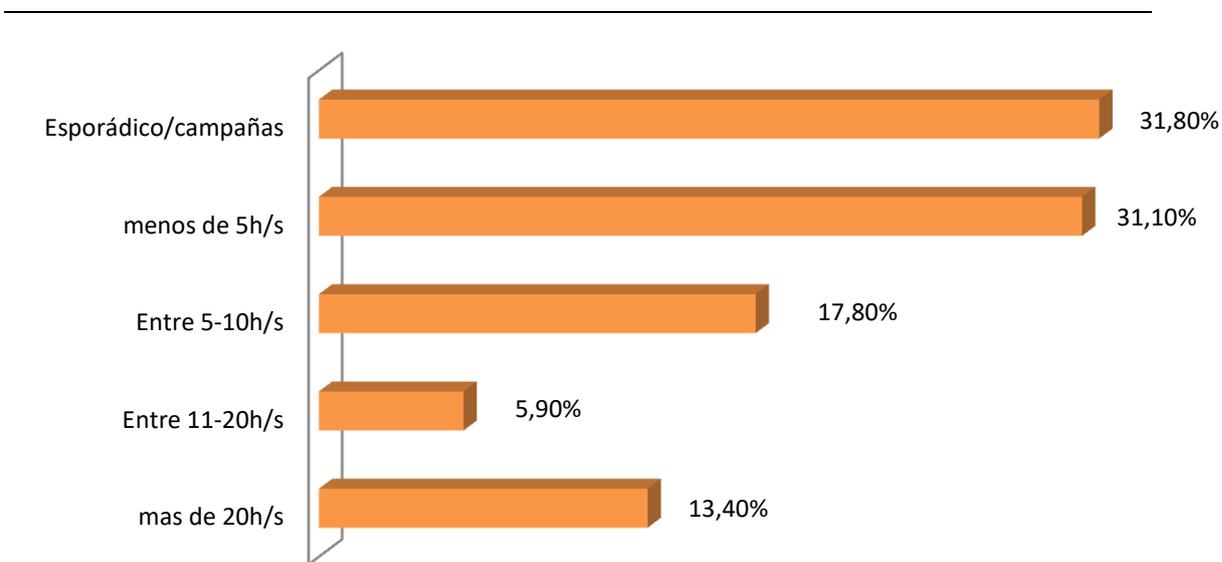
Tabla 20 Antigüedad de las personas voluntarias/ horas-semana

Antigüedad de la organización	Menos de 5 h/s.	Entre 5 y 10 h/s	Entre 10 y 20 h/s.	Más de 20 h/s.
Menos de 1 año	45%	19%	19%	16%
Entre 1 y 2 años	31%	27%	29%	12%
Entre 2 y 5 años	42%	26%	23%	8%
Menos de 1 año	45%	19%	19%	16%

Fuente: Vidal, P.; Fernández, M.2014.

Se podría pensar que la reducción de horas de dedicación podría estar relacionada con el aumento de personas voluntarias pero no se han encontrado datos que verifiquen esta hipótesis. Los estudios realizados a los que se han podido tener acceso tampoco han podido demostrar ninguna relación entre el tiempo de dedicación de las personas voluntarias con respecto a la antigüedad, al tamaño de la organización, o al tipo de colectivo de destinatarios.

Gráfico 12 Horas semana de dedicación de los voluntarios /as



Fuente: Codina, T.; Albareda, A. 2016

El mayor reclutamiento de voluntarios se da para campañas puntuales y también para realizar acciones voluntarias que no impliquen muchas horas semanales ya que

muchas personas quieren realizar alguna labor humanitaria pero no disponen de tiempo para hacerlo. Es posible que las dificultades existan a la hora de ofrecer tiempo de forma continuada. Si el voluntariado es gente joven es lógico que su tiempo de implicación sea menor ya que si están parados o en búsqueda de empleo no se puedan comprometer en un número de horas elevado para llevar a cabo su misión de voluntario.

Tabla 21 Evolución de las personas voluntarias por tramos de edad: libro blanco (datos 2001); Anuario 2009 (datos 2007); Anuario 2013 (datos 2011).

Edades	Libro blanco 2003	Anuario 2009	Anuario 2013	Anuario 2016
Hasta 20a	9%	16%	13%	22%
21-35a	25%	29%	24%	17,8%
36-50a	31%	14%	13%	36,9%
51-65a	16%	29%	32%	15,9%
+ de 65a	19%	12%	18%	7,5%

Fuente: Tabla de elaboración propia con datos obtenidos de Vidal, P.; Fernández, M.2014 y Codina, T.; Albareda,A. 2016.

Estos datos nos indican que en 2016 los segmentos de edad donde hay más voluntarios se dan en las edades desde 36 a 50 años seguidos de los jóvenes hasta 20 años, se podría suponer que esta situación es debida las dificultades de encontrar trabajo y a la inestabilidad laboral.

Tabla 22 Evolución del nivel de estudios de las personas voluntarias.

Nivel de estudios	Libro blanco 2003	Anuario 2009	Anuario 2013
Primarios	40%	23%	19%
Secundarios	37%	51%	51%
Universitarios	23%	26%	30%

Fuente: Vidal, P. (Director, Cord.)Fernández, M. (2014)

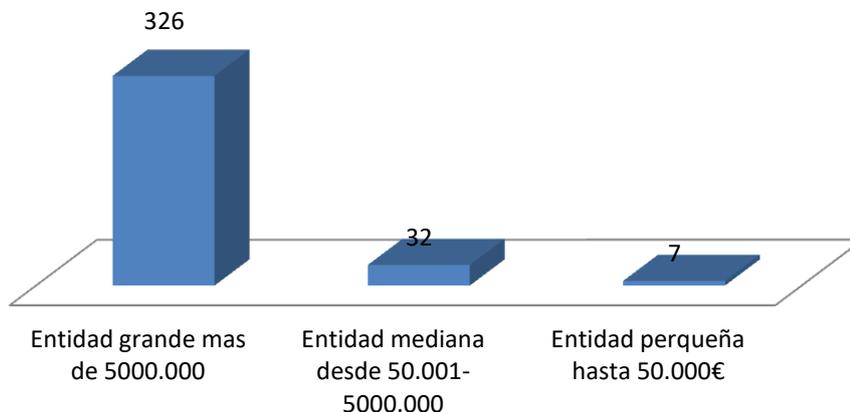
En la tabla 22 se puede observar que han aumentado las personas voluntarias con nivel de estudios secundarios y universitarios se podría presuponer que sería por el tema de desocupación consecuencia de la crisis, pero no hay estudios que lo demuestren. La gestión de la participación de las personas voluntarias de las entidades no es fácil, la aparición de nuevas características y perfiles requieren cada vez más de la aplicación de sistemas de gestión de voluntariado.

Personas remuneradas

Las personas que perciben algún tipo de remuneración de las entidades del Tercer Sector Social pueden mantener diferentes tipos de relación con la organización. La relación más frecuente es la contratación aunque pueden existir otras formas como casos de personas colaboradoras autónomas o personal en prácticas. *“Dos de cada tres entidades tienen personal laboral, el 64,3% de las entidades dispone de una estructura de trabajadores profesionalizada”*(Codina, T.; Albareda, A., 2016), una parte de estas personas son las que realizan trabajos de gestión o de administración presencial de forma permanente en horario en que la entidad facilita el servicio o para la organización de los eventos puntuales que requiera la entidad. También hay entidades que proporcionan ocupación mediante talleres donde tienen contratadas a personas con discapacidad o con problemas mentales que no podrían inserirse en el mundo laboral de una forma normalizada.

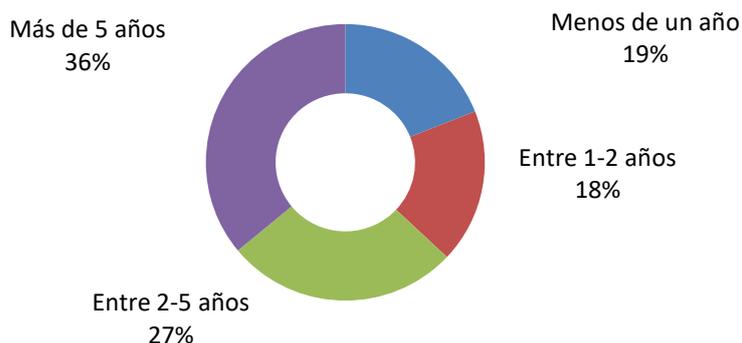
Como se puede observar en el gráfico 13 son las grandes entidades las que tienen más volumen de personal contratado. Varios de los anuarios consultados nos indican que la evolución de la contratación creció hasta el 2009 llegando este año a su punto álgido posteriormente fue descendiendo hasta llegar a cuotas parecidas a las del 2007. Se observa que la reducción de la contratación es previa a las disminuciones generalizadas de presupuestos, esto se podría entender por la incertidumbre del momento. También muchos de estos documentos nos indican que las organizaciones catalanas se han visto obligadas a realizar cambios y reestructuraciones en sus equipos de trabajo remunerado para poder hacer frente a la reducción de ingresos.

Gráfico 13 Media de número de trabajadores por tipo de entidad



Fuente: Codina, T.; Albareda, A. 2016

Gráfico 14 Antigüedad de las personas contratadas en el 2013.



Fuente: Vidal, P. (Director, Cord.)Fernández, M. (2014).

El mayor volumen de personal contratado se encuentra mayoritariamente en entidades grandes. (Gráfico 13). La antigüedad de las personas contratadas es de más de cinco años, (Gráfico 14) esto presupone la tendencia de una existencia de estabilidad en el empleo por parte de las personas contratadas por las entidades del Tercer Sector Social.

Tabla 23 Comparativa entre la antigüedad de las personas voluntarias y contratadas.

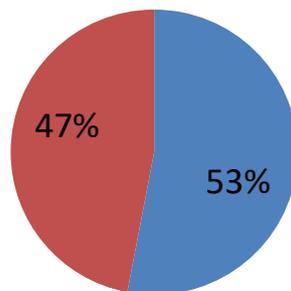
Años de antigüedad	Voluntariado	Contratado
Menos de un año	23%	19%
1-2 años	22%	18%
2 a 5 años	31%	27%
Más de 5 años	24%	26%

Fuente: elaboración propia de datos de Vidal, P 2004. Fernández, M.

La tabla 23 nos muestra el incremento producido de personal voluntario y contratado a lo largo de los años observando que el voluntariado ha ido manteniendo el número de efectivos con proporciones estables respecto a su antigüedad y el personal contratado ha consolidado su personal en antigüedad, sin embargo se ha podido observar que en los últimos años se han realizado menos contrataciones debido a la incertidumbre de la situación.⁵

Gráfico 15 Contrato según horario

■ Jornada parcial ■ Jornada completa



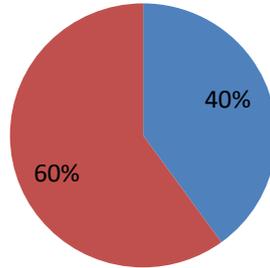
Fuente: Sagarra, J. 2016.

La mayoría de contratos son a tiempo parcial y es lógico debido a que muchas de las entidades son pequeñas y no pueden ofrecer una jornada completa.

⁵Idem4

Gráfico 16 Tipo de contratación.

■ Temporal ■ Indefinido

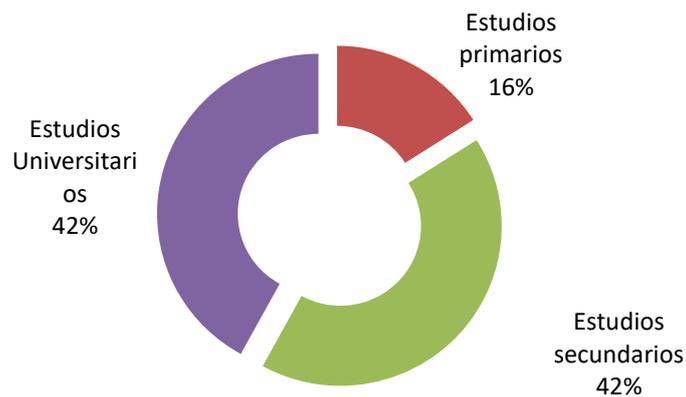


Fuente: Sagarra, J. 2016.

La mayoría de contratos son indefinidos posiblemente por la necesidad de fidelizar al empleado. Gráfico 6.

Las personas colaboradoras autónomas se dan en entidades medianas y pequeñas, estas mismas entidades suelen contar al menos con la colaboración de algún estudiante en prácticas.

Gráfico 17 Nivel formativo de las personas contratadas 2011



Fuente: Vidal, P.Fernández, M.2014.

Como se puede ver en el gráfico 17 las entidades contratan a más personas con estudios secundarios o superiores, esta situación puede darse debido a las necesidades técnicas de organización planificación y gestión que pueden necesitar.

Tabla 24 Comparativa entre la formación de las personas voluntarias y contratadas

Nivel de estudios	P. Voluntario	P. Contratado
Primarios	19%	16%
Secundarios	51%	42%
Universitarios	13%	42%

Fuente: Elaboración propia: extraída de los datos de Vidal, P.Fernández, M.2014.

Se observa que tanto en el personal contratado como en el personal voluntario se da una tendencia al aumento en formación con un mayor nivel de estudios. Se podría presuponer que el paro de estas últimas épocas haya incidido en este cambio.

Tabla 25 Comparativa de personas voluntarias o contratadas por sexo

	Masculino	Femenino
Voluntarios	41%	59%
Contratados	30%	70%

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos Vidal, P. Fernández, M.2014.

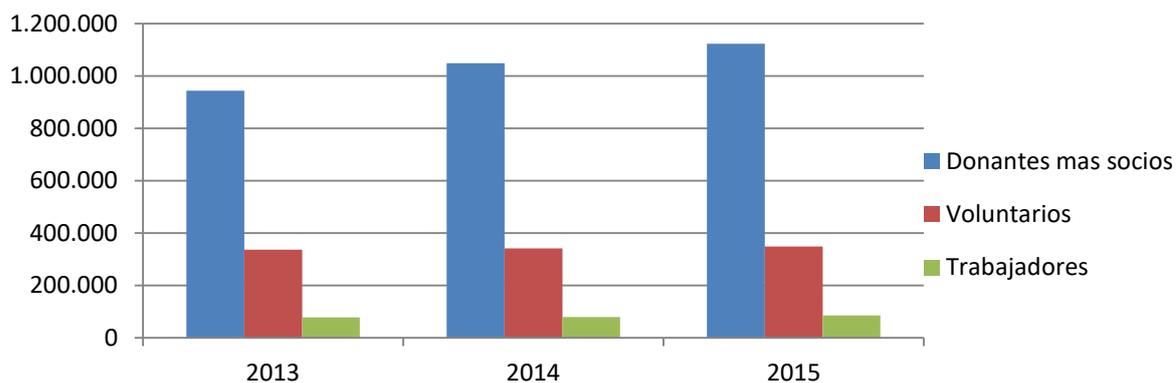
Se observa una alta feminización, ya sea en el voluntariado como en el personal contratado, esta alta feminización se podría explicar por el contenido de algunas las actividades de las entidades que tienen relación con los cuidados y la atención a las personas, también por la posibilidad de flexibilizar horarios para compatibilizarlos con las cargas familiares.

El aumento significativo de formación en los dos colectivos, quizás se pueda explicar en parte por el paro, pero también por la presencia de mujeres. A título de ejemplo podemos exponer que el total de los alumnos matriculados en las universidades

Catalanas durante el periodo 2010- 2011 el 53% eran mujeres (datos del Instituto Catalán de Estadística).

La evolución del capital social

Gráfico 18 Evolución del capital social



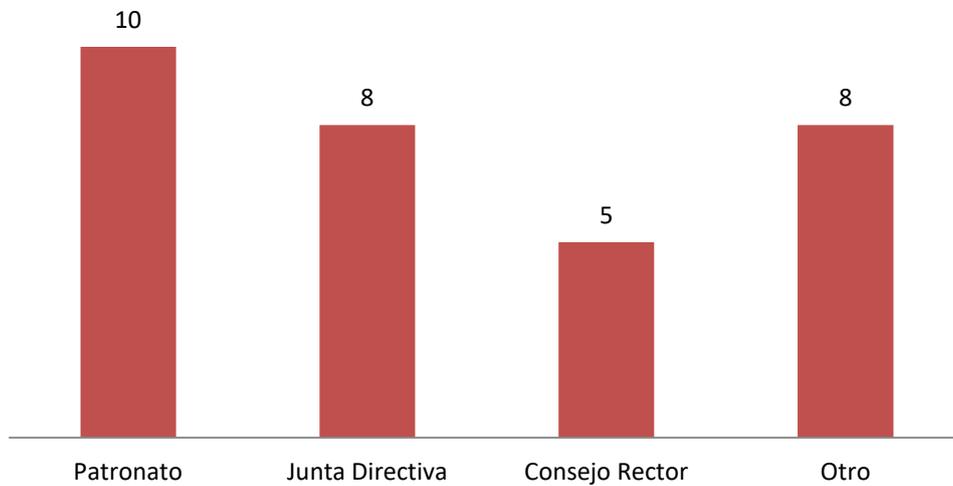
Fuente: elaboración propia sobre datos de Codina,T.; Albareda,A. 2016.

Como vemos en el gráfico 18 la tendencia del capital social es de crecimiento moderado.

Órganos de Gobierno

Los órganos de Gobierno vienen determinados por la forma jurídica de la organización. En el caso de las asociaciones hay dos órganos de gobierno: la Asamblea y la Junta Directiva. Las Fundaciones disponen de un Patronato y las cooperativas se rigen por Asamblea y Consejo Rector. Todas estas entidades pueden tener a su vez otro tipo de órganos consultivo como consejos asesores etc.

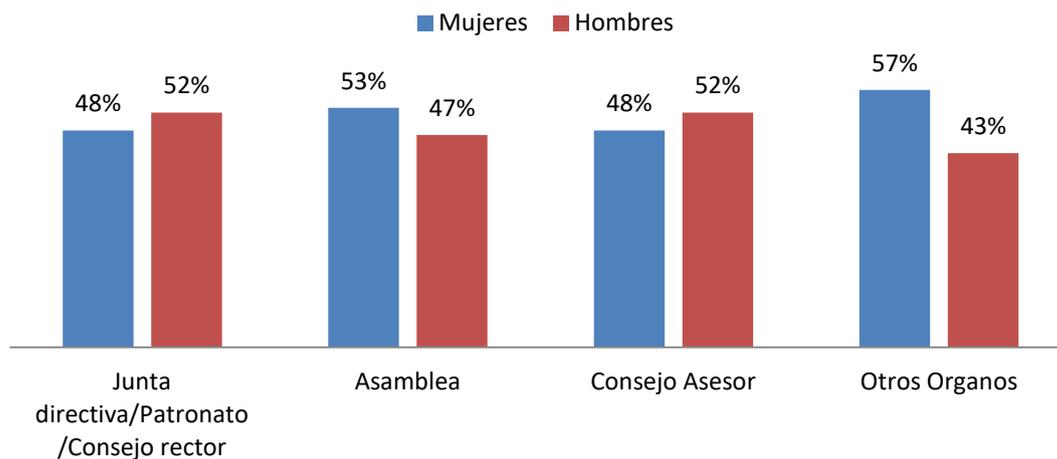
Gráfico 19 Número de personas que componen los órganos de gobierno de las organizaciones según forma jurídica.



Fuente: Vidal, P.; Fernández, M.2014.

Los patronatos pertenecientes a las fundaciones son los que tienen un mayor número de personas en su composición.

Gráfico 20 Porcentaje de personas por sexo que componen los órganos de gobierno según forma jurídica de las organizaciones



Fuente: Vidal, P.; Fernández, M.2014.

Según el gráfico 20 la tendencia predominante es que en los órganos de gobierno más jerarquizados continua la prevalencia de los hombres con respecto a las mujeres, situación que no se da en órganos de tipo más asambleario o de tipo asesor.

4.5. Organización Interna de las entidades

Durante el periodo anterior a la crisis, las entidades tenían relativa facilidad para ampliar servicios y diversificar sus actividades, pero en la actualidad estas entidades y sobre todo, las que no habían diseñado una estrategia de diversificación, se encuentran con la necesidad de priorizar sus actividades. Otras entidades han tenido que redimensionar su estructura y las entidades muy especializadas en algún ámbito y con poca diversificación han sufrido recortes muy importantes.

A pesar del crecimiento y de la mejora de las entidades del Tercer Sector Social en Cataluña, muchas de ellas aún tienen una estructura débil debido a la baja capacidad de inversión y a una cultura de gestión de proyectos más orientado al control de cuentas de explotación de ingresos y gastos que a la gestión de patrimonio y deudas. Este hecho puede reducir la capacidad de planificar acciones de reconversión o adecuación que impliquen necesidades de inversión. De hecho muchas de estas entidades han estado más centradas en ayudar a las personas que a la propia gestión y viabilidad. *“Solo el 58% de las entidades han manifestado disponer de un plan estratégico hasta la fecha”* (Vidal, P.; Fernández, M., (2014). Las entidades están tomando conciencia de la necesidad de mejora de su funcionamiento y gestión para una mejor evolución de su estructura financiera y gestión económica.

4.6. Impacto social

Las actividades de las entidades sociales tienen un alto impacto social en las actividades de servicios sobre todo en los que tienen relación con prestaciones sociales. Según Codina *“Durante el año 2015 las entidades sociales atendieron 1.550.000 personas, un 2,5% más que en el 2014. Entre 2013 y 2015 aumento en un 5,7% el número de personas atendidas”* (Codina, T.; Albareda, A., 2016). El crecimiento en esta última década de las necesidades sociales está directamente relacionado con la

actividad del Tercer Sector Social. También sostiene que *“Las entidades más enraizadas en su entorno actúan sobre todo a nivel local 66,5% y comarcal 43,9%.solo un 20% de las entidades del tercer sector Social Catalán desarrollan alguna actividad internacional”*(Codina, T.; Albareda, A. 2016). Aunque en el imaginario colectivo las entidades del Tercer Sector social aparezcan como actores marcados por su colaboración con la Administración Pública y la mayoría de veces con dependencia de ella, asociándose su rol a la prestación de servicios de atención a las personas, el Tercer Sector Social ha mostrado a lo largo del tiempo su capacidad para identificar y dar respuesta a la aparición de nuevas necesidades sociales con frecuencia actúa como altavoz de las problemáticas que se van generando en una sociedad cada vez más cambiante y globalizada, por esto el Tercer Sector desarrolla una tarea importante de información y sensibilización de la opinión pública generando debate y reflexión. Por otra parte el problema reside en la escasa base social de que dispone, ya que al verse diluida su identidad como defensor de sus valores le contribuye a restar legitimidad, a debilitar su independencia y su rol como agente de transformación y cambio reales.

Este capítulo describe lo que es el Tercer sector en Cataluña como se configuró y su heterogeneidad y pluralismo aunque todas estas entidades tienen como nexo común: estar legalmente constituidas, el no tener ánimo de lucro y ser de iniciativa privada. Las entidades del Tercer Sector Social se diferencian del resto de entidades porque su misión es trabajar para la promoción de las personas, pero las características, dinámicas y trayectorias de funcionamiento son muy variadas a la hora de poder realizar un análisis sobre las mismas. Las entidades que se estudian en esta tesis estarían configuradas dentro de este Tercer Sector social y es por ello que se ha profundizado más en los datos de la evolución de este sector dejando aparte los datos de otro tipo de entidades que por ser importantes distorsionarían la visión que se pretende conocer de esta área.

En la actualidad las entidades del Tercer Sector Social en Cataluña son mayoritariamente pequeñas aunque el volumen económico que manejan es importante. Las pequeñas entidades, de bajos presupuestos económicos, y centradas básicamente en el voluntariado, tienen un fuerte enraizamiento en el territorio y son menos dependientes de elementos externos con lo cual les permite ir superando las dificultades del día a día. La mayoría de entidades catalanas se financian con fondos públicos y privados. Los estudios documentales nos indican que las entidades más consolidadas son las que tienen más capacidad de recursos. La financiación que reciben es vía subvenciones o convenios, la mayor parte de la financiación privada proviene de la prestación de servicios de las propias entidades. Los fondos propios permiten dotar al proyecto de una mayor sostenibilidad, ya que son ingresos que de forma segura pueden ir manteniendo el proyecto de forma continuada y las libera de dependencias y clientelismos, pero vemos que las entidades de Tercer Sector Social catalanas aún dependen en gran parte fondos públicos de todas formas, muchas de estas entidades dan servicios a la ciudadanía y tiene lógica que los fondos públicos, que en el fondo es dinero de la ciudadanía, tengan tendencia a revertir en beneficio de la misma.

De su organización interna cabe destacar que la base social de las entidades la componen diversos colectivos que se involucran en su trabajo y en su economía. Disponer de una base social activa y participativa es muy importante para el trabajo de este tipo de entidades ya que las ayudaba avanzar en su viabilidad económica y su legitimidad como organizaciones. Es importante que el número de voluntarios creciera en los últimos años, aunque este crecimiento haya traído una diversidad de perfiles, pasando el voluntario a tener un perfil más joven con nuevas formas de participación: menos horas de dedicación, participación más activa en campañas puntuales etc., que probablemente hagan cambiar las dinámicas internas de las entidades. Se observa un descenso del número de personas contratadas probablemente por los efectos de la crisis. La mayoría de personas contratadas y voluntarias son mujeres y en los órganos

de gobierno de estas entidades hay tendencia a la paridad predominando hombres en organizaciones jerarquizadas y mujeres en organizaciones asamblearias.

La crisis afectó profundamente a las entidades del Tercer Sector y particularmente al tercer sector social debido a los recortes presupuestarios públicos y a nivel privado con la desaparición de obras sociales de entidades financieras y la pérdida de algún que otro mecenazgo aunque de esta situación parece ser que se está remontando pero de forma muy lenta. En la actualidad las entidades con más dificultades son las entidades de tipo medio ya que debido a su incipiente crecimiento (porque tenían algunas personas en nómina y proyectos contratados, algunos de ellos con financiación pública), les ha implicado el tener que cumplir con sus compromisos muchas veces reduciendo costos pudiendo llegar a comprometer la propia pervivencia de la entidad. También existen entidades de reciente creación que han quedado afectadas por el impacto de la crisis debido a que su estructura organizativa estaba muy poco desarrollada y tenía una incipiente base social. Los documentos consultados nos confirman que la crisis ha afectado de forma continuada las formas de encontrar financiación para las entidades, también nos hablan de la necesidad de reformular la Ley de Mecenazgo para facilitar a las entidades un mayor acceso a la financiación privada.

Las dificultades del Tercer sector no solo se explican con la crisis, sino que también se explican por el sistema actual de financiación de las administraciones públicas. Actualmente, este sistema genera inconvenientes tales como: el corto plazo de las subvenciones y convocatorias anuales que provocan falta de estabilidad o que no permiten desarrollar correctamente los proyectos o no garantizan la continuidad, esto hace necesario un nuevo modelo de financiación que tenga en cuenta las especificidades del Tercer Sector y contribuya hacer más estable y sostenible el trabajo que llevan a cabo las entidades. En los últimos años se está observando una creciente mercantilización en todo el ámbito de los servicios de atención a las personas reflejado en la expansión de la oferta de servicios por parte de empresas con ánimo de lucro,

esta situación ha producido una tendencia creciente de las Administraciones a tratar a las entidades de Tercer sector proveedoras de servicios de la misma forma que a las entidades mercantiles y forzarlas a actuar en competencia sin tener en cuenta el valor añadido que supone el impulso de iniciativas surgidas de la sociedad civil, a la vez la multiplicidad de roles y frentes abiertos genera tensión dentro de las entidades entre la acción voluntaria y la profesionalización, entre la gestión y la reivindicación entre la autonomía y la colaboración con el Estado entrando en contradicción con los numerosos discursos oficiales en que describen a las entidades del Tercer Sector como elementos clave para la democracia y la cohesión social. Por otra parte las entidades financieras tendrían que tener en cuenta las necesidades específicas del Tercer Sector, tendrían que ser conscientes de que el Tercer Sector es un actor social facilitándoles créditos bajo coste y los tendrían que tener en cuenta como un potencial cliente.

Son muchas las potencialidades que puede aportar el Tercer Sector Social entre ellas el valor añadido del compromiso de la sociedad con los sectores más desfavorecidos pero para que esta situación se pueda llegar a producir es necesario que las entidades tengan un funcionamiento óptimo mediante la profesionalidad, el rigor y la eficacia en la gestión de los servicios que prestan, para ello es necesario que vayan incorporando elementos de gestión organizativa (que en algunos casos sobre todo las entidades grandes ya poseen), también es necesario una mayor profesionalización y formación del voluntariado, la rendición de cuentas, los controles de calidad y trabajos que midan el impacto que tienen las acciones que realizan en la sociedad. También existe la necesidad de reorganización del sector de manera que permita a las entidades tener una visión clara sobre cuál puede ser su actividad prioritaria y su visión de futuro. Las entidades sociales tendrían que buscar sinergias complementarias entre ellas mismas para poder optimizar sus ofertas ya que se pueden darse casos de la existencia de varias entidades para cubrir un tipo de demanda social concreta y necesidades sociales que queden sin cubrir. Un Tercer Sector Social bien organizado podría poder ofrecer este valor añadido que hiciera disminuir estas necesidades sociales para las cuales

trabajan. En definitiva la mejora del funcionamiento y organización de las entidades del Tercer Sector Social podría garantizar una red bien cohesionada entre la Administración y la Sociedad Civil a la hora de hacer frente a los problemas de necesidad social actuales y a los que pudieran surgir en el futuro.

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

5.1. Introducción

En este capítulo se desarrollan los aspectos relativos al desarrollo metodológico de esta tesis doctoral, donde se explica la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis y técnicas utilizadas para el análisis. En este apartado se desarrollan el conjunto de decisiones sobre los métodos, técnicos y procedimientos que se utilizan para la selección de la población objeto de estudio ya sea, para la elaboración del instrumento destinado para obtener los datos, como para establecer una propuesta de análisis de los datos obtenidos. Se busca dar respuesta a como son las organizaciones que intentan satisfacer las necesidades humanas, que en ocasiones, trascienden las posibilidades de la propia persona y que requerirían de una intervención pública e institucional, para dar respuesta a debido a que son necesidades que no se pueden satisfacer.

La aportación de Emile Durkheim, en su obra *“Las reglas del método sociológico”* explica cómo se debe desarrollar la ciencia sociológica y cuáles son los elementos esenciales para considerarlo como un método. Para él, el objetivo científico son los *“hechos sociales”* que deben ser observados científicamente y para los cuales se han de seguir unas *“reglas”* que concluirán como resultado, el conocimiento científico que sera una parte de la realidad.(Durkheim,E. 1974).

Según Durkheim, *“podemos designar como hecho social todo aquel fenómeno existente antes que el individuo y por consiguiente, existente fuera de él, por lo tanto hace que la regla fundamental sea la observación del objeto científico donde, hay que considerar los hechos sociales como cosas”*(Durkheim,E. 1974). La sociología y las ciencias sociales que se dedican al estudio de la realidad, quieren comprender las peculiaridades de la vida real, pero, tan pronto como queremos estudiar esta vida real nos encontramos con un conjunto infinito de diversidades difícilmente abarcables debido a lo cual solamente podemos estudiar un fragmento finito de esta infinita realidad, autores como J.L.Ruiz y M^a A Ispizcua nos dicen que: *“para poder llegar a conocer la realidad social que aspiramos conocer debemos establecer unas reglas*

metodológicas que nos permitan, establecer unas pautas de actuación”
(Ruiz,J.L. ,Ispizcua, M^a A.1989).

Tabla 26 Reglas Metodológicas

-
- Fijar conceptos y establecer regularidades.
 - Establecer las agrupaciones de causas en cada caso y en cada proceso histórico, estableciendo su importancia en cada caso concreto y el porqué de su importancia.
 - Remontarnos en el pasado para encontrar las agrupaciones anteriores al caso ó proceso presente en el estudio, señalando su importancia para el presente y evaluar posibles constelaciones de factores para el futuro.
-

Fuente: (Ruiz,J.I y Ispizcua M^a.A 1989)

Estos conceptos han sido una de las bases metodológicas de este estudio

5.2. Planteamiento del problema objeto de estudio

El problema que nos plantemos estudiar es el estudio de entidades de tercer sector que financian o facilitan servicios de salud en Atención Primaria de Salud, al margen del Sistema Nacional de Salud para personas desfavorecidas en Cataluña.

Como hemos visto en los capítulos anteriores el estudio de la pobreza y la marginación, la salud y los aspectos sociales de los individuos tenían una relación muy estrecha, debido a que la cobertura de las necesidades de salud se venía solucionando en función de la situación económica del individuo. Durante la época del gobierno de Franco, en España había un sistema de cobertura sanitaria a tres niveles es decir, personas con ingresos elevados como empresarios, profesiones liberales de categorías altas, que disponían de una cobertura sanitaria privada a través de mutuas en las que se contrataba el seguro médico a la carta. Los trabajadores activos o los que perciben subsidio de desempleo disponían de la Seguridad Social a través del régimen general y regímenes especiales del sistema financiado por parte del empresario y del trabajador con sus cotizaciones y donde el administrador de las mismas era el Estado a través del aparato jurídico-administrativo del Instituto Nacional de Previsión. Este sistema proporcionaba cobertura de hospitalización y asistencia primaria quedando excluidas

prestaciones como los tratamientos y prótesis de odontología, gafas para la corrección de la visión, prótesis auditivas, algunas ayudas técnicas y alguna medicación específica (dermatológica y oftalmológica). Se suponía que estas prestaciones menores las podría sufragar el usuario en activo tanto para él como para su familia ya que disponía de recursos económicos. Las personas sin recursos disponían de la beneficencia que cubría todos los aspectos de necesidad de atención sanitaria y se ofrecía a través de los dispensarios municipales, en los artículos 64 y 65 de la ley Orgánica de Sanidad de 1855, que posteriormente se deroga quedando recogido este aspecto en el artículo 2 del Decreto de 17 de mayo de 1940 hasta la llegada de la democracia.

La aparición de una nueva normativa reguladora del Sistema General de Sanidad en España en el año 1986, supuso un cambio drástico en el sistema de financiación de la sanidad ya que los gastos que generaba el sistema de salud no tenían relación directa con las cotizaciones a la seguridad social sino que iban a cargo de los Presupuestos Generales del Estado. La Ley 14/1986 en su art nº 2 apartado 3 dice de manera literal que:

“La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso a las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva” y en el apartado nº3 se suscribe que: *“la política de salud estará orientada a la superación de desequilibrios territoriales y sociales.”*

La nueva cobertura sanitaria que planteaba esta ley, abarcaba las prestaciones de salud de la antigua Seguridad Social y a su vez, también las de la beneficencia pública sanitaria, con lo cual, progresivamente van desapareciendo los dispensarios municipales que se hacían cargo de la cobertura sanitaria de las personas que no disponían de Seguridad Social ni de medios para pagar a un médico privado. Esta nueva situación da como consecuencia un espacio en que las prestaciones sanitarias no incluidas en la seguridad social para la atención primaria quedan a su vez sin cobertura para las personas de beneficencia. Las prestaciones sanitarias de atención primaria que se encuentran en esta situación son:

- Odontología: incluía únicamente las revisiones bucodentales y las extracciones pero deja fuera todos los tratamientos odontológicos.
- Oftalmología: incluía las visitas y la prescripción de gafas pero excluye la financiación de las mismas.
- Otorrinolaringología: excluye la financiación de aparatos para déficits auditivos o sordera.
- Ortopedia: Se excluye la financiación de plantillas ortopédicas.
- Farmacia: Se excluye alguna financiación de medicación para casos de dermatología (dermo-farmacia), algunas vacunas, medicación oftalmológica etc.

Esta necesidad da lugar a la aparición de algunas entidades que de forma gratuita o a muy bajo coste, se hacen cargo de la cobertura de estas prestaciones para que las personas con bajos recursos puedan tratar sus problemas de salud.

La última modificación sobre los Servicios y Sistema Nacional de Salud aprobada en 20 de abril del 2012, rompe la vinculación financiera de la sanidad con los presupuestos generales del Estado que había establecido la ley de 1986 y el soporte del gasto sanitario, recae otra vez en las cotizaciones a la Seguridad Social. La ley 2012 no hace más que agrandar las dificultades de los usuarios en su accesibilidad al sistema de salud, debido al fraccionamiento por niveles de la cobertura sanitaria, con la consecuencia de la expulsión del sistema para las personas que han perdido la cobertura sanitaria por no reunir los requisitos que la nueva ley requiere y en consecuencia continua haciéndose necesaria la pervivencia de entidades que ayuden en la financiación u ofrezcan prestaciones para los problemas de salud mencionados anteriormente sobretodo en el gasto farmacéutico.

5.3. Objetivos de la investigación

5.3.1. Objetivos generales

Objetivo general I: Identificar y analizar el funcionamiento de las entidades del Tercer Sector en Cataluña que, sin pertenecer directamente a la red de salud, cubren prestaciones o financian tratamientos de odontología, oftalmología: gafas para la

corrección visual, ortopedia mediante plantillas y otros aparatos, por último farmacia con medicación, prestaciones que no cubre la Seguridad Social o que el usuario no puede sufragar la parte proporcional de la prescripción de la Seguridad Social, debido a que sus ingresos son inferiores al salario mínimo interprofesional.

Objetivo general II: Conocer sí estas entidades del Tercer Sector Catalán tienen vinculación con la Administración y especialmente con el Administración Sanitaria, conocer la variabilidad del funcionamiento de estas entidades, y en qué medida ellas se consideran vinculadas a salud o si solo están vinculadas a las prestaciones de tipo social. Se quiere dar una explicación a este fenómeno dentro del debate de la comunidad científica sobre en qué circunstancias los servicios sanitarios se consideran servicios de salud y en qué circunstancias los mismos servicios pueden dejar de serlo.

5.3.2. Objetivos específicos

Objetivo 1.1. Estudiar la relación de las entidades del Tercer Sector con la Administración.

Se estudia si existe o no dependencia de estas entidades con la administración. Reconocimiento de su actividad y vinculación profesional a una determinada administración ya sea sanitaria o social. Se han establecido indicadores de vinculación económica y de número de contactos entre la organización y la administración, porque son determinantes para conocer la existencia de vínculo y reconocimiento por parte de la Administración de los servicios que ofrecen estas entidades. Por último, se estudia el grado de dependencia que pueda existir entre las entidades y la Administración. Este apartado se ha diseñado con la intencionalidad de contribuir a conocer una situación que se percibe como bastante invisible, desestructurada y con pocas conexiones con el Sistema de Salud.

Objetivo 1.2. Describir el Funcionamiento interno de las entidades.

Se ha realizado un análisis de la integración interna como forma de articulación específica de normas formales e informales de las organizaciones del tercer sector estudiadas siguiendo algunos de los aspectos que destaca C.Perrow:

- *Normativa interna:* Aunque muchas veces el volumen de normativa interna tiene una relación directa con la dimensión de la entidad, es necesario conocer si existe normativa formal en este caso escrita para los estamentos pertinentes de la entidad o si la normativa es meramente verbal aunque en este último caso tenga relevancia jurídica.
- *Organización interna:* Conocer los aspectos internos de estas organizaciones, formas de organización, estrategias, toma de decisiones, existencia de conflictos, existencia de voluntariado.
- *Ideología:* La Influencia de la ideología y de los valores en estas organizaciones.
- *Discurso institucional:* porqué se definen como instituciones de ayuda: como se sitúan dentro de la economía de las donaciones. Simbología. (Perrow ,C.1991)

Objetivo 1.3. Profundizar en las relaciones externas con otras instituciones y la Administración.

Para diseñar este apartado se han tenido en cuenta estas dos teorías:

- *a.- La teoría de la contingencia:* explicita que: “no hay una sola forma organizativa óptima ya que esta depende del entorno en el que la organización desarrolla sus actividades y los entornos son variados” (Scott,W. 2003 cit Coller,X Garvia,R. 2004). Los entornos son fuente de incertidumbre y en cierta medida, la forma que adopta la organización es el resultado de las presiones del entorno. Una rama de esta teoría se ha constituido a base de observar cómo “las organizaciones adoptan formas diversas al objeto de enfrentarse a esta incertidumbre” (Coller,X. Garvia,R. 2004).

Según Galbraith *“La incertidumbre es la diferencia relativa entre la cantidad de información que se necesita y la cantidad de que dispone la organización”* (Galbraith, J.1993). En cualquier caso, la teoría de las contingencias defiende que la incertidumbre que introduce el entorno en el funcionamiento de la organización, determina también su estructura por lo tanto las entidades estudiadas pueden tener cambios en su estructura interna en función de los cambios que se produzcan a nivel legislativo y de mercado.

b.- La teoría de la dependencia de recursos analiza las estrategias que llevan a cabo las organizaciones para reducir su dependencia respecto del entorno. Según Thompson *“La teoría de la dependencia de recursos pone de relieve la importancia de la dependencia del entorno para el funcionamiento de la organización”* (Thompson, J.1967). El entorno está compuesto por el conjunto de recursos a los que tiene que acceder una organización para su funcionamiento normal: materiales, tecnología, información, conocimientos, personas. Estos recursos no circulan libremente en el entorno, sino que hay otras organizaciones que los poseen, controlan su acceso y disponibilidad y están sometidos a una regulación en lo que respecta a su uso y control. Las organizaciones se convierten en entidades interdependientes en la medida en que se intercambian recursos, productos, información, conocimientos La premisa básica de esta teoría tal como la formulan Pfeffer y Salancik es que *“la supervivencia de una organización depende de que esta sea efectiva en la adquisición y mantenimiento de los recursos que son críticos para su funcionamiento”*. (Pfeffer, J. y Salancik, G. 1978). Según Pfeffer *“La dependencia de una organización respecto de otra implica una relación de poder asimétrica que limita el comportamiento de la primera* (Pfeffer J. y Salancik, G. 1978). La posesión del recurso, el control de su acceso y uso, la capacidad de intervenir en la creación de normas que regulen la posesión, uso y distribución del recurso priva de libertad de acción de las entidades y la somete respecto a otras. Según Pfeffer *“Cuanto más concentrado esta un recurso en las manos de unos pocos actores, más dependientes serán otras organizaciones que precisen este recurso”* (Pfeffer, J. y Salancik, G. 1978).

Cuando hay relaciones de dependencia entre organizaciones, una de ellas siempre es más vulnerable que otras y puede verse obligada a operar bajo niveles de incertidumbre mayores, de modo que el futuro mismo de la organización así como sus normas de funcionamiento pueden estar permanente cuestionadas o fuera de control. La importancia del conjunto de organizaciones que se relacionan con la sanidad y con los Servicios Sociales radica en el entorno debido a que la cultura y la dependencia moldean a la organización que se relaciona con alguno de estos dos ámbitos (Sanidad o Servicios Sociales) o con los dos al mismo tiempo. Desde esta perspectiva se permite visualizar a cualquier organización como parte de una red en la que existen interconexiones entre organizaciones entre sí o entre otras organizaciones en la que los puntos nodales son aquellos que tienen más influencia o ejercen su dominio sobre otros. Según Rodríguez se deben de estudiar: *“los Grados de dependencia, centralidad/periferia, lazos fuertes/débiles y relaciones con el poder político”* (Rodríguez. 1995) Esto nos permitirá identificar grados de dependencia entre entidades o entre entidades y la Administración

Objetivo 1.4. Observar la Pervivencia de las entidades

La ecología de la población se interesa por explicar de qué manera las condiciones sociales en que se desarrolla la vida de las organizaciones afectan a la tasa de creación, transformación y desaparición de organizaciones de una población, para ello hay que prestar atención a tres tipos de factores:

- Demográficos
- Ecológicos
- Del entorno

También me ha interesado investigar si existen nuevas entidades o si han desaparecido algunas que existían en la década anterior. También se ha reflexionado sobre el efecto que el cambio sociopolítico de estos últimos cinco años ha influenciado en el cambio que pueden haber sufrido estas organizaciones. Mortalidad y pervivencia. Teniendo en cuenta el *“Origen de la pervivencia y de su mortalidad”*. (Coller, X. Garvia, J. 2004). En la

investigación se tendrá en cuenta el impacto de los mitos en la pervivencia de las instituciones ya que el impacto del mito viene determinado por la afiliación o proximidad de los colaboradores de la entidad con la ideología de la misma y el impacto del mito en la rentabilidad de la organización (Maslow, A.1983).

5.4. Preguntas de la investigación

La pregunta de investigación en relación a las entidades del tercer sector son: *¿Que hacen estas entidades trabajando dentro del sector sanitario? ¿Los problemas de salud de las personas desfavorecidas dejan de ser sanitarios?*

Lo primero que se observa es que las entidades que se estudian no tienen una relación directa con el Departamento de Salud de la Generalitat, se podría argumentar que todas las entidades que prestan servicios de odontología, facilitan medicación, gafas, audífonos o ayudas técnicas tienen un objetivo común, ayudar a personas en situación de precariedad económica, este objetivo las situaría más dentro del campo de bienestar social o de la beneficencia, y no dentro del campo de la salud, aunque las prestaciones sean sanitarias. La situación sería más comprensible en las entidades que financian estas prestaciones ya que igual pueden dedicarse a financiar este tipo de servicios o cualquier otro, pero si resultaría más relevante en entidades que facilitan las prestaciones, ya que son ellas las que se encuentran con tener que resolver los problemas de salud que plantean las personas usuarias, los problemas logísticos y los de la idiosincrasia de la propia organización, para ello parecería más lógico que las entidades que ofrecen este tipo de servicios tuvieran relaciones con el Departamento de Salud aunque solo fuera para temas de contenido, praxis de los mismos y salud pública. Por otra parte si las entidades están fuera el sistema ya no se da una situación de derecho, sino de graciabilidad y por lo tanto entramos en un terreno de desigualdad en salud para sus usuarios.

Otra de las preguntas que se plantean es la creencia de la diversidad de cada una de las entidades y su poca conexión, también el hecho de que puedan tener una alta dependencia de entidades privadas y esto pueda presuponer una falta de control y

baja calidad en las prestaciones. La última pregunta que se plantea el estudio es la pervivencia de las entidades, ya que si no existen recursos públicos para estas prestaciones destinadas a personas con bajos recursos, si las entidades aparecen y desaparecen con relativa facilidad las personas necesitadas de estas prestaciones pueden encontrar muchas dificultades en la accesibilidad o directamente se puede quedar desatendido su problema de salud.

5.5. Hipótesis

Las hipótesis consisten en proposición teórica, deben poder expresarse en hipótesis específicas ya que estas hipótesis son el nexo de unión entre la realidad y la teoría. Según Corbetta, *"Una hipótesis es una proposición que implica una relación entre dos o más conceptos, situados en un nivel inferior de abstracción y generalidad con relación a la teoría y que permite una traducción de ésta en términos que se puedan someter a prueba empírica"* (Corbetta, P. 2007). Dos características que distinguen a las hipótesis son, por una parte, *su menor abstracción, (mayor concreción) en términos conceptuales y su menor generalidad (o mayor especificidad) en términos de extensión con relación a la teoría* (Corbetta, P. 2007). Por lo tanto una hipótesis es una afirmación provisional de lo que se quiere estudiar qué se debe comprobar. Construir una hipótesis es algo más que imaginar la relación entre dos variables o dos factores aislados, es una operación que se ha de situar en la lógica teórica de la problemática. *La mayoría de veces, para desarrollar una investigación, no es suficiente una única hipótesis, se deben formular una serie de hipótesis que se deben articular entre ellas y se deben integrar a la problemática.* (Quivy R. 1997). Según Moreno. *"Las hipótesis parten de la realidad de los hechos y de sus variables para poder construir una teoría que es el fin de la investigación"*. (Moreno, J.A. 1972). En consecuencia, la construcción de las hipótesis ha sido de gran ayuda para la construcción del modelo de análisis.

Hipótesis 1: *Existen organizaciones que prestan o financian servicios de salud que no tienen una relación directa con la administración (principalmente con la administración sanitaria) perviviendo nichos de beneficencia a nivel sanitario.*

El objetivo es conocer en la medida de lo posible, qué relación tienen estas organizaciones con la Administración para poder valorar sí, a partir de la cobertura que prestan estas entidades, se continúa manteniendo el papel benéfico o en realidad al ser estas entidades prestadoras o financiadoras de servicios de salud y tener algún tipo de financiación por parte de Sanidad, continúan garantizando el derecho de protección a la salud. En el caso de que tengan algún tipo de financiación por parte de Bienestar Social se ha valorado si esta financiación perpetúa el mantenimiento de su papel benéfico o en cambio supone un soporte a los servicios sanitarios. En el caso de que estas entidades solo percibieran subvenciones de Departamento de Bienestar Social, también se ha valorado, porque una organización que ofrece o financia un producto sanitario, está a cargo de los presupuestos de financiación de otro departamento que no es él de salud.

Hipótesis 2: *Se cree que las organizaciones que ofrecen o financian estos servicios de salud disponen de una organización interna muy heterogénea con una gran variabilidad organizativa.*

Se cree que no tienen parecido las unas con las otras, debido a que provienen de orígenes y entornos muy diversos y no tienen relación unas con las otras. Su discurso no es sanitario sino de ayuda social.

Hipótesis 3: *Relaciones e interdependencia externa. Existe dependencia financiera y poca conectividad entre entidades, aunque algunas pervivan a través del mito.*

En la mayoría de organizaciones existen objetivos explícitos y objetivos implícitos, estos últimos son objetivos que casi nunca se formulan, bien porque ellos mismos son

contradictorios, o por qué es imposible intentar operacionalizarlos o priorizarlos sin provocar conflictos internos en aspectos ideológicos, también debido a las reticencias ante la necesidad de cambios de objetivos en el transcurso del tiempo, por cambios en sus redes sociales, o por sus limitaciones. Debido a este supuesto se estudiara si las entidades tienen relación con otras entidades que financian o dan soporte a la labor de las primeras pero que están en un segundo plano y no se las conoce y si la relación entre entidades puede tener otros vínculos que los meramente de intereses para su objetivo común.

Hipótesis 4: *Las entidades perviven gracias a la diversificación de sus actividades. Sus otras actividades no son sanitarias y por lo tanto entre sus objetivos principales no está ofrecer estos servicios de salud.*

Se cree que las entidades que ofrecen estos servicios no se conocen a nivel social por la actividad que realizan sino que son populares por otro tipo de actividades si esta hipótesis se confirmara podríamos afirmar que las actividades estudiadas serian vulnerables dentro de la actividad de la organización y que en algunos casos podrían llegar a desaparecer.

5.6. Diseño de la investigación

Para el desarrollo y consecución de los objetivos propuestos se ha diseñado una metodología en la que se plantea el problema a estudiar, se detallan los objetivos generales y específicos, se delimita la muestra y se ha realizado una recogida de datos a través de técnicas cualitativas mediante un cuestionario para poder realizar entrevistas semidirigidas a personas de máxima responsabilidad de las entidades y entrevistas en profundidad a personas relevantes de agrupaciones de entidades de Tercer Sector en Barcelona y Cataluña. También se ha realizado una recogida de datos documentales de las diferentes entidades estudiadas mediante documentación escrita y recogida de las páginas web de las entidades. La explotación de los datos y los resultados se han realizado mediante un análisis descriptivo y de redes.

Figura 7 Diseño metodológico



Fuente: Elaboración propia.

En esta investigación se han organizado los conceptos teóricos según el autor Lazarsfeld que distinguió las siguientes fases en su desarrollo:

- 1.- Representación teórica del concepto de forma que queden reflejados sus rasgos definitorios.
- 2.- Especificación del concepto descomponiéndolo en distintas dimensiones o aspectos relevantes que engloba.
- 3.- Para cada una de las dimensiones elegidas se selecciona una serie de indicadores que indiquen la extensión que alcanza la dimensión en los casos analizados.

4.- Síntesis de los indicadores mediante elaboración de índices. *“A cada indicador se le asigna un peso o valor de acuerdo con su importancia. A partir de estos valores se confecciona una medida común que agrupe a varios indicadores de una misma dimensión conceptual operacionalizada numéricamente”*. (Boudon, R. y Lazarsfeld, P. 1973)

5.6.1. Lugar de estudio.

El ámbito geográfico del estudio es Cataluña principalmente por proximidad. Se ha buscado la información en los centros de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud, proveedor del 81% de la cobertura sanitaria de Cataluña a través de la Página Web Instituto Catalán de la Salud.

5.6.2. Población de estudio

Las entidades a estudiar, se han determinado partiendo de la detección de necesidades básicas de salud que quedaban por cubrir en personas con recursos inferiores al salario mínimo interprofesional dentro de los centros de Atención Primaria de Salud. La información sobre estas entidades se ha obtenido a partir de los informantes estratégicos como son coordinadores responsables de las nueve direcciones de Atención Primaria, que dependen del Instituto Catalán de la Salud, ya que son los profesionales que tienen contacto con los profesionales de trabajo social que trabajan con estas entidades en calidad de proveedores de usuarios. Hemos descartado otros proveedores del Catesalut ya que el Instituto Catalán de la Salud es el que proporciona mayor cobertura sanitaria de la población en Cataluña, también se descartan los centros de Atención Primaria de Salud del Instituto Catalán de la Salud que no dispongan de trabajador/a social sanitario debido a la imposibilidad de acceder a la información.

Criterios de Inclusión

Las unidades de análisis han sido las entidades de tercer sector que cumplen los siguientes requisitos:

- Entidades que puedan o no tener carácter de ONGs, siempre que estén consideradas entidades sin ánimo de lucro.
- Ubicadas en el territorio de Cataluña.
- Que financien u ofrezcan prestaciones de odontología (arreglos bucodentales), oftalmología (prescripción de gafas), ortopedia (plantillas, ayudas técnicas), farmacia (medicación excluida de la seguridad social o medicación incluida en la seguridad social que el usuario no puede financiarse).

Criterios de exclusión

- Quedan excluidas las entidades con carácter lucrativo que ofrecen las prestaciones mencionadas a precios más económicos.
- Que no estén ubicadas en Cataluña.

Universo

La información para elaborar el universo se ha extraído a través de los listados de entidades que me han proporcionado los responsables de los 270 trabajadores/as sociales que están en los centros de salud de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud de Cataluña.

Se han obtenido una lista final de 31 entidades en total contabilizadas en todo el territorio catalán, por este motivo se ha decidido investigar todo el universo. Las entidades se distribuyen de la siguiente forma: veintitrés de ellas con sede en Barcelona o en el Área Metropolitana, le sigue la provincia de Girona con cuatro y las provincias de Lleida y Tarragona están prácticamente desprovistas de recursos específicos en estos temas aunque la existencia de delegaciones repartidas por todo el territorio catalán de entidades de gran tamaño como Cruz Roja o Caritas permite en cierta forma la financiación de estos servicios a las personas con bajos recursos. En la actualidad, Cruz Roja dispone de 4 oficinas provinciales con 57 asambleas locales 31 asambleas comarcales 5 delegaciones y 11 oficinas territoriales en Barcelona ciudad. Caritas tiene el territorio formado por 10 demarcaciones arciprestales en Barcelona Girona, Lleida, Tarragona, Vic, Urgell, Solsona, Tortosa Sant Feliu de Llobregat y

Terrassa, también algunas entidades más pequeñas tienen alguna delegación en alguna zona del territorio catalán. En estos dos casos excepcionales, para el estudio solo se ha tenido en cuenta la entidad representante, debido a que la provisión o financiación de estos servicios no ofrecían diferencias significativas entre la entidad entrevistada y las otras entidades delegadas.

5.6.3. Variables objeto de estudio

El planteamiento de las variables e indicadores es una cuestión clave en toda investigación, por eso partimos de la aportación de Icard que mantiene que *“Las variables son propiedades o construcciones hipotéticas que pueden adquirir distintos valores, las variables afectan a casi todos los fenómenos de la vida”* (Icard, T., Pulpon, A. M. 2012). Según Icard y Pulpon, las variables pueden tener diferentes criterios de clasificación.

Tabla 27 Aspectos metodológicos.

Definición	Conceptuales y Operativas
Hipótesis	Independientes y dependientes
Nº de Variables	Simple y complejas
Posibilidad de manipulación	Activas y Atributivas
Escalas de medida	Cualitativas o categóricas Cuantitativas discretas o continuas

Fuente: Icard, Pulpon, coord. 2012.

Características de las variables que se han estudiado son:

A.- **Datos descriptivos** de las entidades que permiten situar a las entidades, estas variables son: fecha de fundación, origen de la entidad, localización o ubicación, establecimiento del ámbito territorial, actividades que desarrollan y la principal actividad.

B.- **Vinculación con la administración:** se estudian nº de subvenciones que recibe la entidad por parte de la administración, si la entidad es desconocida por la Administración de salud, si la entidad es reconocida por otras administraciones o por ninguna administración.

C.- **Aspectos internos de la organización:** financiación pública, financiación privada, tipología de los registros jurídicos, organización interna, Ideología y redes internas.

D.- **Aspectos reguladores con el exterior:** ecología de estas entidades, redes externas, amplitud o pequeñez de la organización y capacidad de pervivencia.

El indicador social es una medida que suele ser estadística, referente a la cantidad o magnitud de un conjunto de parámetros o atributos de una sociedad. Los indicadores representan aspectos específicos de las dimensiones que comprende un concepto abstracto o variable genérica y se distinguen por ser directamente medibles. Según García Ferrando: *“Los indicadores constituyen propiedades esencialmente manifiestas que supuestamente, se hallan empíricamente relacionadas con una propiedad latente o no observable (dimensión). De ellos se exige que sean una expresión numérica cuantitativa de la dimensión que reflejan.* (García Ferrando, M. y otros 1992) Los indicadores permiten ubicar o clasificar las unidades de análisis ya sean personas, bienes etc., se suelen expresar en forma de proporción, pueden ser simples ya que se refieren a atributos que se pueden constatar su presencia o nivel en forma simple y empírica. Por ejemplo: la tasa de ONGs en Cataluña.

Los indicadores complejos son un constructo teórico que no tienen una equivalencia empírica concreta, por ejemplo indicadores de clase social. Hay que tener en cuenta que los indicadores representan el concepto que miden, por lo tanto, ha sido necesario utilizar varias medidas para un mismo concepto y así poder abarcar las distintas dimensiones que éste incluye.

La construcción de indicadores sociales e índices es una de las vertientes de más importancia y tradición en la investigación social aplicada. El problema de la medida y de la obtención de los indicadores sociales, puede ser un eje fundamental para la investigación ya que los indicadores tienen que estar íntimamente relacionados con los objetivos del estudio.

Para esta investigación se han desarrollado estos tipos de indicadores:

- *Cualitativos*: son indicadores subjetivos y de percepción.
- *Simples*: hacen referencia a una variable. (ejemplo: % de personas voluntarias que colaboran con la organización.)
- *Complejos*: hacen referencia a una unidad de información pero del mismo concepto. (ejemplo: % de tareas sanitarias que desarrolla la organización.)
- *De contexto*: son indicadores que al investigador/a le permiten contextualizar sin ser los indicadores que se están auditando en la investigación. (ejemplo. Indicadores demográficos, económicos etc.)
- *De acceso*: Muestran las facilidades o restricciones para que los recursos actúen. (accesibilidad a los recursos que ofrecen las organizaciones.)
- *De recursos*: Muestran los medios para conseguir un objetivo. (ejemplo % de ayudas económicas que reciben.)
- *De Voluntad Política*: indicadores de acciones. (ejemplo: recursos materiales que destina la administración a estas entidades.)
- *Simbólicos* (porcentaje de organizaciones que tienen un logo que las identifica. (porcentaje de tipos de logos determinados con respecto al total de logos).

5.6.4. Cuestionario

Se ha elaborado como herramienta de investigación para recoger la información en las entrevistas en profundidad y para la realización de la observación participante. Según Sanz *“un cuestionario es un formulario de preguntas sobre hechos y aspectos que nos interesan de una investigación. Ha de ser contestado por parte de la población o muestra que se extiende un estudio”* (Sanz Hernández, A. 2006). El termino cuestionario suele referirse a la técnica de encuesta pero para este caso se ha diseñado como guion para poder utilizar la técnica de la entrevista con los responsables de las entidades con la finalidad obtener información directa sobre las variables objeto de investigación.

El cuestionario diseñado contiene 62 preguntas divididas de forma no uniforme en cinco apartados que están en función de los objetivos establecidos. Se han configurado:

- Preguntas cerradas con respuestas acotadas en las que solo cabe una posibilidad de elección.
- Preguntas preformadas en que se da un proceso direccional para poder acometer una respuesta.
- Preguntas categorizadas donde recogen todas las categorías predeterminadas posibles.
- Preguntas abiertas en las que no se circunscriben las respuestas a alternativas predeterminadas sino que dejan libre la respuesta.

El cuestionario está estructurado en los apartados siguientes: En el apartado **A** se identifican datos socio-demográficos. En el apartado **B** se valora la relación de la entidad con la Administración. El apartado **C** se valora la organización interna de la entidad y determina su posición frente a la actividad que realiza. El apartado **D** valora las posiciones ideológicas y determina su influencia en las relaciones internas y externas y por último el apartado **E** valora las relaciones que tiene la entidad con otras entidades vinculadas o no a la actividad que realiza la entidad estudiada que son las que le aportaran su supervivencia.(Ver Anexo 1).

5.6.5. Fuentes de datos

Para la recogida y clasificación de la documentación relacionada con la investigación se ha tenido en cuenta la siguiente clasificación: los datos primarios recogidos por el investigador en este caso todas las entrevistas realizadas que son informaciones nuevas originales. Como documentos secundarios los que ofrecen la descripción, algunos son catálogos, revisiones de artículos y resúmenes. Dentro de esta clasificación se encuentran las bases de datos bibliográficos que son fuentes que reúnen un conjunto ordenado de datos homogéneos y recuperables de una materia o disciplina concreta. Una estrategia básica de la investigación es hacer una búsqueda a

través de las referencias de autores reconocidos que tengan relación con esta investigación planteada.

Para poder confeccionar el apartado de metodología se ha consultado bibliografía sobre teoría de organizaciones, metodología para el diseño de la investigación, e investigaciones realizadas con alguna referencia a la temática estudiada. Para ello se han consultado distintas bibliotecas de las Universidades de: Barcelona, Autónoma, Ramón Llull y Pompeu Fabra. Bibliotecas de la Generalitat: Institut Català de la Salut, Departament de Bienestar Social así como informaciones on-line sobre temas publicados de interés para la investigación.

Se ha buscado a través del Registro de Entidades la situación legal de las entidades estudiadas y desde las bibliotecas y hemerotecas de las sedes de Torres Jusana y la de Entidades del Tercer Sector Social se ha recopilado información elaborada por organismos públicos y privados relativa a su funcionamiento y actuación.

5.6.6. Cronograma de investigación

El trabajo de campo de esta tesis se ha realizado en cinco fases. En la *primera fase* se han realizado una revisión bibliográfica sobre el tema estudiado a través de fuentes documentales para la construcción del marco teórico de estudio.

En una *segunda fase* se ha elaborado los objetivos e hipótesis de estudio teniendo en cuenta el sistema sanitario y evolución del sistema de prestaciones de la seguridad social. Elaboración de la herramienta cuestionario para las entrevistas.

En una *tercera fase* se ha realizado una prueba piloto cuestionario, para adaptarlo a una mejor nivel de respuesta.

En la *cuarta fase* citado el capítulo quinto de metodología, se han realizado las entrevistas a las entidades y se han introducido los resultados en las bases de datos para poderlos procesar.

La quinta y la sexta y última fase se han dedicado al análisis de los resultados y a la elaboración de las conclusiones finales.

Gráfico 21 Cronograma de la investigación

FASES	2013		2014		2015		2016		2017
	2 semestre	1 semestre							
Fuentes documentales	■								
Actualización del material	■	■							
Elaboración del capítulo I		■	■						
Elaboración del capítulo II		■	■	■					
Elaboración Bibliografía		■	■	■					
Confección Capítulo V		■	■	■					
Elaboración cuestionarios			■	■					
Prueba piloto				■	■				
Reelaboración de cuestionarios					■	■			
Confección Capítulo III					■	■			
Realización de entrevistas					■	■	■		
Confección Capítulo IV							■	■	
Introducción de datos en programas							■	■	■
Análisis: Capítulo VI							■	■	■
Análisis: Capítulo VII							■	■	■
Discusión de los resultados							■	■	■
Redacción conclusiones finales.								■	■
Entrega Tesis									■

Elaboración propia

5.7. Técnicas de análisis.

5.7.1. Técnicas de análisis cualitativas.

Las técnicas documentales son las que aportan el método para preparar una recogida de datos sistemática, también sirven para consultar datos específicos que puedan tener trascendencia en la investigación o puedan ser complementarios para la misma. Según Quivi y Van Campenhoudt definen la observación indirecta como: *“la situación en la que el investigador se dirige a un individuo con la finalidad de obtener información, al responder a las preguntas el individuo interviene en la producción de información, la cual no es recogida de forma directa y por consiguiente es menos objetiva, por lo tanto se hace necesaria la construcción de un instrumento para dicha observación que puede ser un cuestionario o un guion para la entrevista”* (Quivi R, Van Campenhoudt, L. 1997).

A.-Técnica de Entrevista. Según Uña *“La entrevista es una conversación entre dos o*

más personas, una de las cuales es el entrevistador/a que mediante unos esquemas determinados en relación a lo que se pretende investigar, tiene como objeto obtener información científica de los individuos o grupos susceptible de poder ser cuantificada con un mayor rigor en la recopilación de datos” (Uña O., y Hernández, A, 2004). Es por este motivo que se ha elegido esta técnica para poder obtener de forma sistemática información específica sobre estas entidades.

El diseño de un cuestionario para las entrevista ha permitido recoger las informaciones exigidas por las hipótesis y los indicadores de forma más rigurosa, así poder cuantificar y universalizar mejor la información, con la finalidad de compararla posteriormente con la información de datos obtenidos fruto de la observación y de las fuentes documentales, aunque el cuestionario han sido diseñado con preguntas cerradas semi-abiertas en función de la necesidad que requería la parte temática a explorar, esta herramienta ha permitido un tipo de entrevista estructurada y dirigida donde el cuestionario se apuntaban las respuestas en forma de texto codificado o libre. Las entrevistas se han realizado en las sedes de las entidades con los responsables máximos de las mismas o en su caso con algún miembro de la junta directiva, las preguntas se han formulado de manera ordenada, siguiendo las pautas del cuestionario aunque el estilo ha sido coloquial espontáneo e informal.

Se han anotado en el cuaderno de campo, los silencios, disonancias o conflictos y los comentarios o metáforas que se han producido a lo largo de la entrevista para su utilización en el análisis.

La entrevista mediante cuestionario ha permitido no dejarse ningún tema importante por contestar y ha permitido aprovechar al máximo, el escaso tiempo de que se disponía en la mayoría de casos. También permitido una mayor comprensión de la situación, ya que delimita los aspectos a tratar.

Realizar las entrevistas en las sedes ha permitido conocer físicamente la estructura y la imagen de la misma con lo cual se puede recuperar información iconográfica que

puede aportar datos complementarios al estudio. Se recopilan memorias y otros documentos de las sedes que me han facilitado los entrevistados.

Se han realizado dos entrevistas en profundidad a dos personas representativas de organizaciones de entidades de Tercer Sector. El gerente del Centro de Servicios para las Asociaciones Torre Jusana de Barcelona y la Presidenta de la Mesa de Entidades del Tercer Sector Social de Cataluña.

Se ha llevado a cabo el vaciado de los datos de las entrevistas y del análisis documental en una hoja Excel y se han tabulado todas las preguntas, recodificado mediante etiquetas las preguntas semi abiertas y abiertas estableciendo cinco apartados: información general, relaciones con la administración, organización interna, regulación externa y grado de pervivencia en consonancia con los indicadores que nos darían la información necesaria para corroborar o refutar las hipótesis establecidas.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados del cuestionario con gráficos y porcentajes que permiten el análisis de resultados con la finalidad de poder dar explicación a la situación estudiada.

En el apartado general donde se pregunta la fecha de fundación, para las entidades internacionales se ha tomado como fecha su implantación en España.

B.-Técnica de Observación. Se ha realizado observación simple de las instituciones como complemento a las entrevistas. Se ha observado su ubicación física, objetos, símbolos o material diverso, tipo presentación de la institución, grado de accesibilidad. Si ha sido posible realizar una vista en las dependencias de la entidad o solamente se nos ha atendido en un único lugar.

C.- Diseño del análisis documental.

Para poder conocer la importancia que tiene la actividad estudiada en la entidad que la realiza se ha diseñado un análisis documental de sus páginas web basándome en dos conceptos:

1.- *Actividad que realizan las entidades* para la que se han establecido tres parámetros:

- Importancia que puedan tener para las entidades, las actividades por las que son objeto de estudio.
- Gratuidad en la financiación o servicio prestado.
- Accesibilidad de la información en sus páginas web.

Para ello se han consultado folletos de propaganda, memorias (no todas las entidades las han facilitado) y páginas web debido a que no se ha tenido acceso a más documentación.

Se ha realizado un análisis en las páginas web y memorias para ver el grado de importancia que pudieran tener la/s actividad/es por las que son objeto de estudio estas entidades, con respecto a otras de las actividades que a su vez puedan estar desarrollando.

Para medir este parámetro se ha diseñado una ratio definida desde la siguiente perspectiva nº de actividad/es objeto de estudio con respecto al nº de actividades totales de la entidad, este parámetro nos da información para conocer si las entidades son más exclusivas en esta actividad o por el contrario la actividad forma parte de un conglomerado más amplio de actividades a los que se dedica atención y esto supondría tener una importancia más relativa en la actividad general de la organización.

2.- *Accesibilidad a la información de la actividad en la página web de la entidad* para ello se han establecido una escala con tres parámetros:

- **Fácil accesibilidad:** se considera que la actividad ya aparece anunciada en la pantalla principal o dentro del directorio ya aparece en la primera pantalla en la pestaña (que hacemos/ actividades).
- **Accesibilidad media:** viene determinada por el segundo parámetro que supone tener que buscar en dos o tres pantallas posteriores a la pantalla principal o del

directorio, en algunas ocasiones no se explicita la actividad en concreto se explicita como ayudas económicas a problemas de salud de cuarto mundo.

- **Difícil o nula accesibilidad:** es cuando se tiene que buscar más detenidamente, a lo largo de más de tres pantallas o simplemente la actividad no queda reflejada en ninguna parte de la web.

5.7.2. Técnica de análisis de redes

Para este trabajo también se ha elegido la técnica de análisis de redes (ARS) como complemento para el análisis sobre las relaciones externas de las entidades, sobre todo para conocer su intensidad y sus relaciones con otras entidades, también nos permite conocer cuáles son las entidades más relevantes, su papel en relación con las demás, las entidades que realizan intermediación a sí como las que quedan en la periferia y las relaciones de estas entidades con la administración. Los gráficos nos permiten observar de una forma más visual estas relaciones, aunque no se profundice en la intensidad de las mismas debido a su alto grado de complejidad ya que esto sería objeto de otro estudio.

Las organizaciones son estructuras sociales diseñadas para que las cosas se hagan mediante la cooperación entre individuos. Según Kadushin *Las organizaciones se enfrentan a cuatro desafíos* que son:

Motivar a las personas para que hagan lo que la organización quiera que hagan.

Decidir qué debería hacerse, conseguir lo que se debe hacer.

Adquirir recursos necesarios para hacerlo. (Kadushin C. 2013)

Todos estos desafíos implican desde la utilización de una cadena directiva para actuar, usar redes internas y externas para desarrollar la creatividad para decidir qué hacer y cómo hacerlo y redes que ayuden a recaudar fondos para dotar de recursos a estas organizaciones. También redes colaborativas entre las entidades para fortalecer sus proyectos.

Los elementos básicos de la técnica para el análisis de redes sociales (ARS) *son los provistos por la teoría de grafos para caracterizar redes: nodos y ligámenes. Los nodos en la red pueden ser personas, organizaciones, eventos o lugares. Los ligámenes representan las relaciones entre los nodos. Esos ligámenes pueden ser direccionales y mostrar la frecuencia o fortaleza de la relación*” (Scott, J., 2000). Las relaciones entre los nodos se pueden traducir en notación matricial para luego aplicar un conjunto de medidas derivadas de la teoría de grafos. Según Hanneman y Riddle *“Las medidas derivadas de la teoría del análisis de redes sociales (ARS) incluyen densidad y centralidad. Para un análisis detallado de las mismas y otras medidas.* (Hanneman, R; Riddle, M., 2005). Los estudios de ARS emplean dos tipos de herramientas: instrumentos visuales y computacionales, útil para estudiar redes sociales, semánticas y ecológicas (Freeman, L.C. 2000). Dentro de las herramientas computacionales, una de las más populares es UCINET (Borgatti, S.P.; Everett, M.G.; Freeman, L.C., 1992).

En esta investigación se utiliza el programa UCINET como herramienta para el análisis de las redes de estas entidades. En el que se tienen en cuenta los siguientes principios analíticos:

- A. **La densidad de la red:** número de conexiones reales directas entre nodos dividido por el número posible de conexiones reales directas en una red.
- B. **Popularidad o centralidad:** La Centralidad es el estudio de la cantidad de conexiones que recibe u facilita un punto determinado.
- C. **Localmente central Degree:** si tiene un alto número de conexiones con los puntos de su medio inmediato. La centralidad local se mide por la suma de distancias al resto de puntos de la red y nos da la información de si está bien conectado con el resto de los actores de la red.
- D. **Globalmente central:** si ocupa una posición estratégicamente significativa en la estructura global.
- E. **Intermediación Betwenness:** mide el grado en que un punto está situado entre otros puntos de la red.

- F. **Prestigio: Indegree:** un actor tiene prestigio en la medida que otros actores del sistema le muestran deferencia en sus relaciones. Los *Indegree* o entradas nos puede indicar los puntos mejor conectados (implica que recibe más relaciones de las que envía). (Kadushin, C. 2013).
- G. Indicador de poder o índice **Bonacih** refleja el grado en que el prestigio de un actor está en función del prestigio de los actores con los que interactúa.
- H. **La cohesión social:** Identificación de grupos cohesionados dentro de una red, un conjunto de actores entre los cuales existen lazos positivos intensos directos y fuertes.
- I. **Cliques:** son los subgrupos de al menos tres actores en los cuales cada actor está ligado directamente a cada uno de los otros. (Kadushin, C., 2013).

También se han tenido en cuenta los elementos estructurales de la red por J.A. Rodríguez, en su libro análisis estructural de redes que son:

- Los ligámenes son normalmente simétricos y recíprocos y difieren en contenido e intensidad y son asimétricos en la cantidad, tipo de recursos, contenido e intensidad.
- La simetría del ligamen no forzosamente representa la voluntad de la relación, muchas relaciones se establecen con miembros que a uno no le gustan pero son importantes por los recursos que se transmiten a través de ellos.
- Los ligámenes asimétricos y las redes complejas distribuyen recursos escasos de forma diferencial. Dependiendo de la posición estructural los miembros de un sistema social difieren en el acceso a los recursos. El acceso desigual a éstos dará lugar a una mayor asimetría en las relaciones y a su vez las relaciones asimétricas entre grupos normalmente dan lugar a redes jerárquicas y generan mayores diferencias en el acceso a los recursos.
- Las posiciones estructurales son a su vez recursos porque determinan el acceso a otros recursos). Las posiciones estructurales no son inamovibles sino que están en movimiento.

- Las redes estructuran actividades colaboradoras o competitivas entre actores para asegurarse recursos escasos. Este marco delimita las bases estructurales de la actividad.

El análisis de redes permite estudiar los ligámenes y las relaciones que forman grupos como los que, al tratar el mundo como una estructura de redes es posible descubrir jerarquías complejas de poder (Rodríguez, J., 1995).

Los datos recolectados para el análisis de redes provienen de dos fuentes:

Fuentes documentales: la búsqueda de las páginas web de las 28 entidades estudiadas y en documentos a los que las entidades me han permitido acceder. En la documentación escrita revisada se ha buscado si había alguna aportación en que se hiciera referencia a relaciones entre las entidades estudiadas y referencias de relaciones con otras entidades externas.

Entrevista: En la entrevista efectuada mediante cuestionario a los máximos responsables de las entidades estudiadas las preguntas E5 y E6 hacían referencia a la relación entre entidades con la finalidad de corroborar si existía o no relación o también si la persona entrevistada afirmaba que hubiera una relación con alguna de las entidades que no estuviera reflejada en la documentación estudiada anteriormente.

También se ha recogido información en la entrevista sobre contactos o relaciones con entidades públicas y privadas para poder hacer las siguientes tipologías:

Administración pública: Administración central, Departamento de Salud de la Generalitat, Departamento de Bienestar Social de la Generalitat, Administración Local (Ayuntamientos, Diputaciones y Consells Comarcals). Ha sido de interés realizar la separación departamental autonómica para poder conocer los vínculos de las entidades con el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar de forma separada para poder posteriormente corroborar las hipótesis.

Las entidades privadas se han agrupado por tipologías de origen: Financiero, Servicios, Industrial y Fundaciones patrimoniales, debido a que algunas entidades nos han facilitado listados con un gran volumen de colaboradores y se hacía muy difícil poder obtener información precisa. En las entidades Cruz Roja y Caritas solamente se han tenido en cuenta las respuestas obtenidas por sus entrevistados debido a que son entidades muy grandes y sus colaboraciones con entidades privadas vienen determinadas por proyectos, en estos dos casos para los proyectos de financiación y a su vez también Cruz Roja como prestador de un servicio. A nivel específico si se ha podido conocer que, al ser estas entidades financiadoras entablan relaciones con proveedores de los servicios que financian a nivel territorial, para poder obtener precios más reducidos. Este aspecto no se ha tenido en cuenta en este estudio a la hora de establecer las relaciones de estas entidades con entidades privadas debido a que se entraría en otro aspecto a verificar que escapa del objeto de este estudio.

5.7.3 Procedimiento

Las relaciones entre entidades fueron procesadas con archivos de texto con marcas de una plantilla de cálculo estándar para poder aplicar las métricas de ARS con UCINET (el software usado para calcular las medidas ARS).

Se han codificado los nombres de las entidades con un código de número y letras para preservar la confidencialidad de las mismas.

Una vez obtenida la primera matriz se procedió a confeccionar una base de datos en Excel para posteriormente importarla al programa UCINET, de allí se extrajeron sendas matrices de atributos una para poder conocer relaciones de entidades con un atributo determinado respecto a las otras entidades y también para poder relacionar las entidades con nodos que disponían de un atributo determinado. Estos elementos nos permitieron conocer las interrelaciones con entidades públicas y capital privado. Esta información nos permitió poder relacionar los resultados con el análisis descriptivo realizado y ser un complemento para el mismo con la finalidad de dar más riqueza a los resultados finales de la investigación.

5.8. Limitación de la investigación.

A lo largo del desarrollo del proyecto se han observado diferentes elementos que han ejercido de barreras o limitaciones entre los que se encuentran las dificultades a la hora de concertar la entrevista por ser personas directivas y tener que hacer en alguna ocasión algún cambio con un directivo de rango inferior. Se han observado ciertas dificultades en obtener información documental debido a la existencia de pocos registros o poder acceder solamente a documentos con poca información y no conocer la totalidad de red de entidades privadas que se relacionan con cada entidad así como la aportación económica de cada una de ellas. Por último cabe destacar que no se han podido entrevistar a tres entidades dos de ellas, por no querer participar en el estudio de forma manifiesta y una tercera por dar muchas excusas para la entrevista imposibilitando en tiempo el poder realizarla quedando en 28 el número final de entidades a estudiar.

CAPITULO VI: ORGANIZACIÓN INTERNA DE LAS ENTIDADES

6.1. Introducción

Las transformaciones del modelo de la sanidad española que se produjeron en 1986 optaron por la implantación del derecho al acceso de los servicios sanitarios para toda la población, la ley general de sanidad de este mismo año adoptó la cartera de servicios de la antigua seguridad social para llevar a cabo el modelo y definir los servicios sanitarios a los que se tenía acceso por derecho. El nuevo modelo que se implantó no tuvo en cuenta que había prestaciones básicas de salud (odontología, prótesis visuales y auditivas, ayudas técnicas y medicación) que no estaban incluidas en esta cartera y que al ir desapareciendo la sanidad de beneficencia de forma progresiva, las personas con bajos recursos se quedarían sin cobertura. Esta circunstancia hizo aparecer una serie de entidades de Tercer Sector que empezaron a proporcionar servicios o financiación a estas prestaciones para usuarios que por su situación de pobreza y exclusión social, no podían tener acceso a ellas.

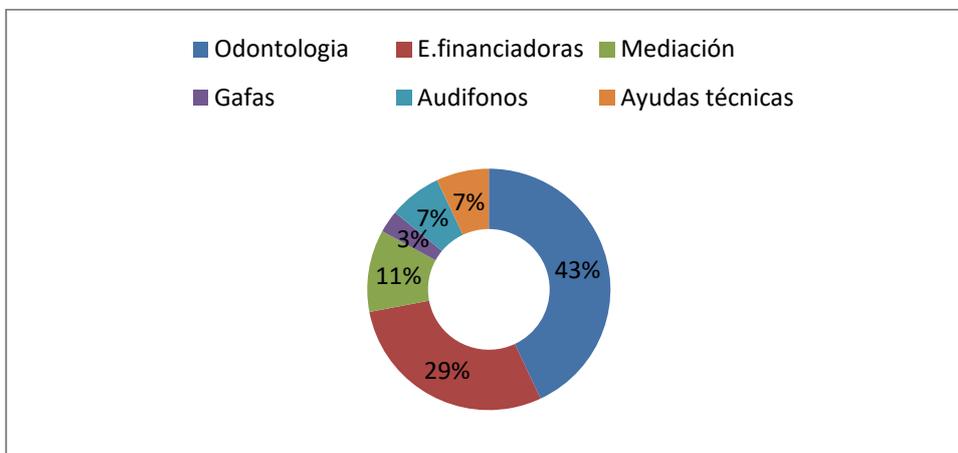
La última modificación de los servicios en el Servicio Nacional de Salud aprobados en 2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, rompió la vinculación financiera de la sanidad con los presupuestos generales del Estado, este cambio no hizo más que agrandar las dificultades de acceder a prestaciones sanitarias sobre todo a la medicación, aspecto que se ha visto reflejado en las personas pensionistas. Esta nueva situación desde 2012 ha producido cambios en el sector de las entidades que ofrecen estas prestaciones debido al incremento de la necesidad social y por tanto modificaciones en ellas. Esta tesis ha profundizado en el estudio de estas entidades y en este capítulo es donde se realiza el análisis de los resultados del mismo.

6.2. Datos generales de las entidades

En este apartado se ha realizado una descripción del número de entidades que realizan actividades objeto del estudio, lugar de ubicación y perfil de las personas entrevistadas.

6.2.1 Número de entidades que realizan o financian actividades de odontología, audífonos, gafas y ayudas técnicas.

Gráfico 22 Número de entidades que realizan estas actividades



Fuente: Elaboración propia

Un 43% (12) de las entidades ofrecen servicios de odontología, le siguen un 29% (8) las entidades que financian cualquiera de este tipo de servicios, un 11% (3) de las entidades proporcionan medicación, el 7% (2) financian audífonos y ayudas técnicas en el último apartado esta un 3% (1) que financian gafas. En todo Cataluña solo existen dos entidades vinculadas a la industria que fabrican audífonos solidarios y una entidad vinculada a la Universidad que realiza gafas a precios reducidos. Las ayudas técnicas se van solucionando mediante entidades que recogen el material y lo facilitan a modo de cesión.

6.2.2 Perfil de los beneficiarios

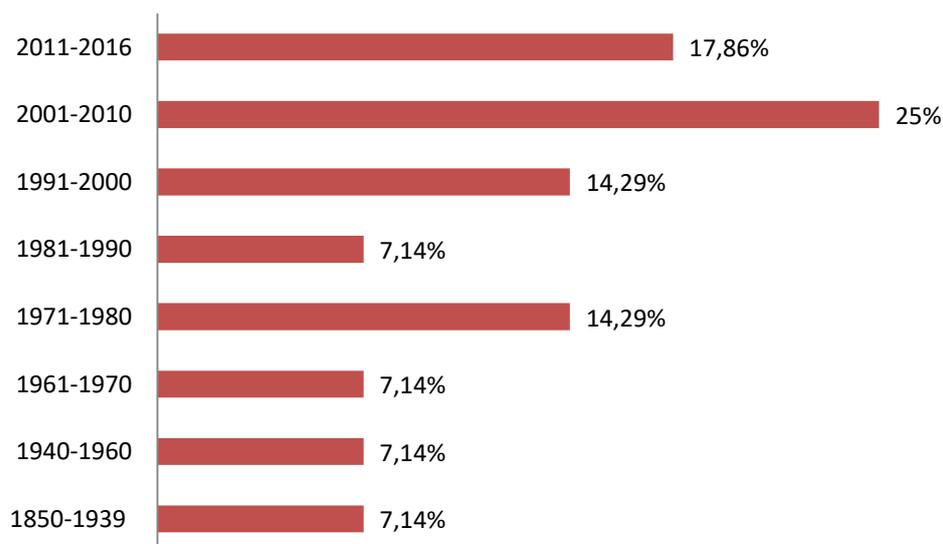
Los beneficiarios de estas entidades tienen un requisito común, tener bajos recursos o estar sin recursos. Las entidades no permanecen invisibles en un 40,42% (19) son conocidas por sus usuarios y un 31,91 (15) de ellas los usuarios las conocen y además tienen o han tenido relación con sus miembros, esta situación se da en entidades prestadoras de servicios ya que el usuario muchas veces debe tener una relación con el profesional que lo atiende.

Las entidades que no tienen relación con los usuarios 21,28% (10) suelen ser fundaciones privadas que financian las prestaciones, estas entidades realizan un papel intermediario entre el usuario y la entidad privada que finalmente le proporcionará el servicio.

6.2.3 Antigüedad de la entidad

La fecha de fundación nos indica el tiempo que pudiera llevar realizando la actividad, la solidez de la entidad y la pervivencia en el sector. En entidades como Caritas y Cruz Roja, se ha considerado, la fecha de implantación en España como fecha de su fundación a pesar de conocer que la entidad ya estaba actuando en otros países europeos.

Gráfico 23 Fecha de fundación de las entidades



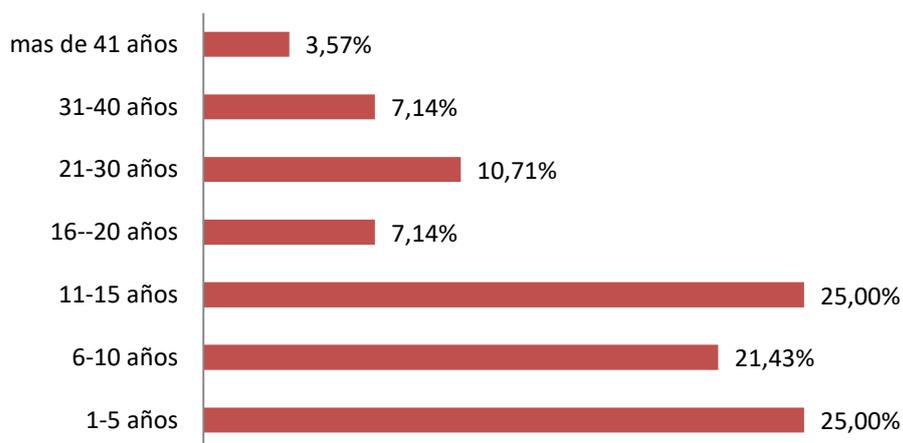
Fuente: Elaboración propia

El gráfico 25 nos muestra entre 1971 y 1980 durante el primer periodo de la democracia hubo un incremento de este tipo de entidades, probablemente con las reformas y la paulatina reestructuración de las administraciones locales. Hay que tener en cuenta que durante este período se empezó a plantear la colaboración de entidades civiles con la Administración empezándose a desarrollar el Tercer Sector en

Cataluña. Durante el periodo de 1981- 1990 el crecimiento volvió al crecimiento estándar que se tenía antes de 1971, pero a partir de 1991 el número de entidades empezó a crecer llegando a un incremento de un 25% durante el periodo 2001 al 2010 debido al aumento de necesidades sobre todo por la crisis económica del 2008.

6.2.4 Antigüedad del servicio

Gráfico 24 Tiempo que llevan realizando la actividad las entidades



Fuente: Elaboración propia

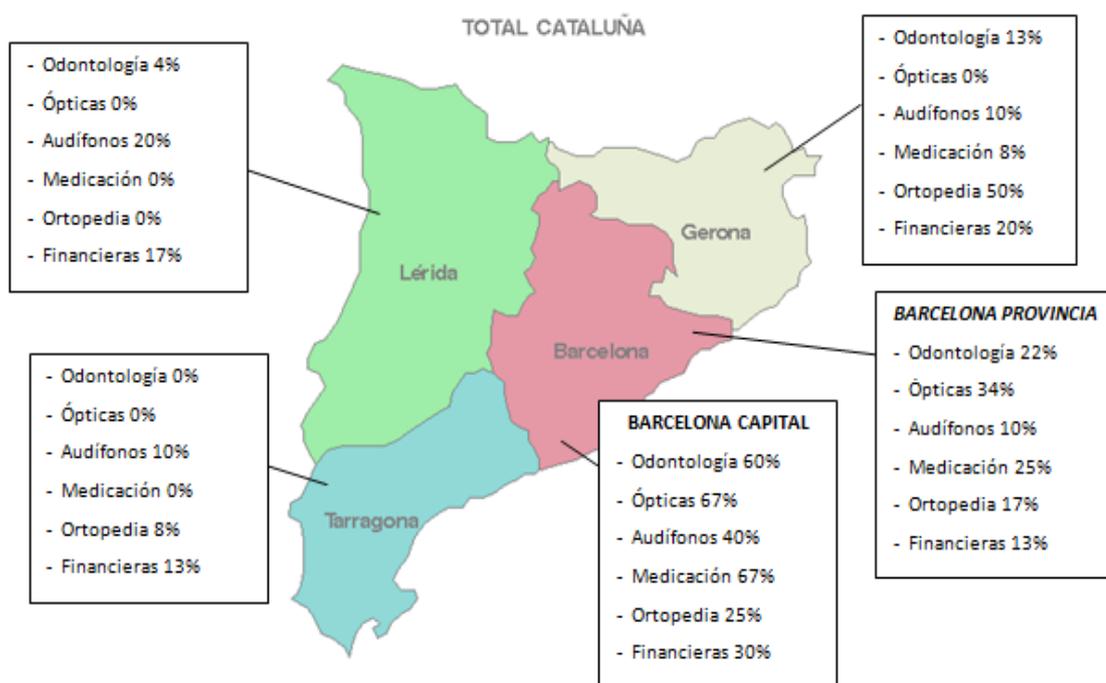
De las 28 entidades estudiadas, llevan desarrollando la actividad entre 11 y 15 años, un 25% (7) que por lo tanto podríamos decir que estas actividades adquieren una mayor relevancia con el despliegue de la ley de sanidad y se ha vuelto incrementar la actividad en la misma proporción coincidiendo con la última crisis económica. (Teniendo en cuenta que las entrevistas se realizaron en el 2014-15)

6.2.5. Ubicación de las sedes

Se han contabilizado 31 entidades en todo el territorio catalán, la mayoría de ellas con sede en Barcelona aunque algunas con delegaciones en diferentes partes del territorio según tengan diseñada su distribución, por ejemplo: Cruz Roja dispone de 4 oficinas provinciales con 57 asambleas locales, 31 asambleas comarcales, 5 delegaciones y 11 oficinas territoriales en Barcelona ciudad. Caritas tiene el territorio formado por 10

demarcaciones arciprestales en Barcelona Girona, Lleida, Tarragona, Vic, Urgell, Solsona, Tortosa Sant Feliu de Llobregat y Terrassa, también alguna otra entidad tenía alguna delegación en alguna provincia en todos estos casos, el estudio solo ha contabilizado una de las entidades como representante del resto, teniendo en cuenta el hecho de que la provisión o financiación de estos servicios no ofrecía diferencias significativas entre la entidad entrevistada y las otras entidades delegadas. 6.2.6. Fecha de la fundación de las entidades.

Mapa 1 Sedes de las entidades en Cataluña

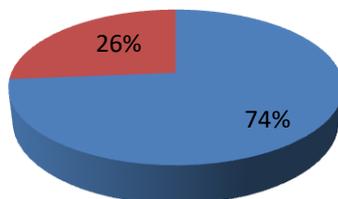


Fuente: elaboración propia.

A pesar del amplio espectro de cobertura territorial y exceptuando Caritas y Cruz Roja por su idiosincrasia, un 67,85% (19) de las entidades tienen sede en Barcelona capital, solo 26,31% (5) de las que están en Barcelona tienen delegaciones territoriales y las otras 2 entidades tienen delegaciones en el resto de capitales de provincia y no en todas. Por lo tanto podemos ver que existe una gran concentración de estas entidades en Barcelona Capital y su provincia y con pocas delegaciones territoriales.

Gráfico 25 Entidades en Ciudad de Barcelona

■ Barcelona sin delegaciones ■ Barcelona con delegaciones



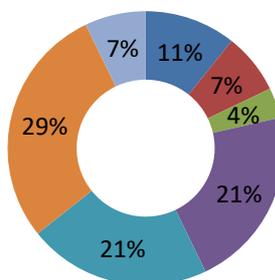
Fuente: Elaboración propia

6.2.6 Territorio de cobertura

Algunas de estas entidades no solo trabajan a nivel local sino que también trabajan a nivel autonómico o estatal.

Gráfico 26 Territorio de cobertura

■ Distrito de la ciudad de Barcelona
■ Barcelona capital
■ Comarcal
■ Provincial



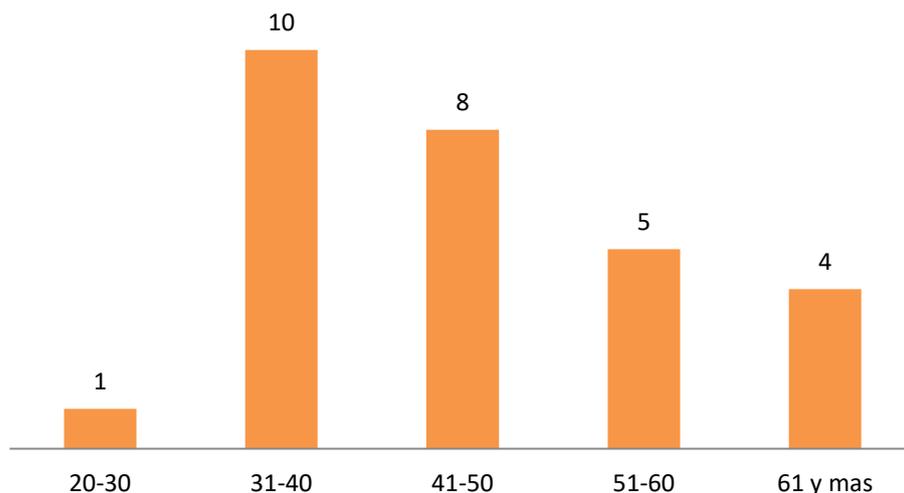
Fuente: Elaboración propia

Un 29% (8) de las mismas tienen cobertura nacional (aunque para las sedes de Cataluña suponga solo cobertura para el territorio catalán). Un 21% (6) el territorio de cobertura solo es autonómico y el mismo porcentaje se da para la cobertura provincial, un 17,86% (5) entidades dan cobertura solamente a Barcelona capital teniendo en cuenta que 3 de las mismas solamente cubren algunos distritos de la ciudad y un 4% (3) entidades tienen cobertura comarcal.

6.2.7 Perfil de las personas entrevistadas en las entidades

Se han entrevistado a 28 personas, 57,14% (16) eran mujeres y 42,85% (12) hombres, en edades comprendidas entre 20 y 65 años.

Gráfico 27 Edades de los entrevistados



Fuente: Elaboración propia

De los 28 entrevistados, 92,86% (26) eran profesionales y 7,14% (2) voluntarios. Un 53,57% (15) tenían estudios superiores y 46,42% (13) tenían estudios de grado medio entre los cuales 11 estaban relacionados con profesiones sanitarias. Un 71,42% (20) de las personas entrevistadas eran los máximos responsables de la entidad y 28,57% (8) eran responsables técnicos.

6.3. Estructura interna

En este apartado analizaremos el proceso que siguen las organizaciones en su estructura interna, para llevar a cabo el análisis debemos estudiar en primer lugar la composición de su estructura organizativa, su actividad y su cultura corporativa.

6.3.1 Estructura organizativa

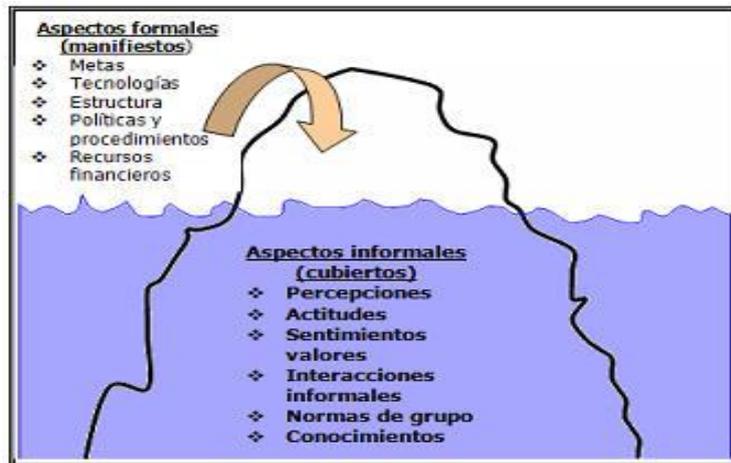
Según la definición de la Enciclopedia Financiera digital, *“La estructura organizacional de una empresa u de otro tipo de organización es un concepto fundamentalmente jerárquico dentro de las entidades que colaboran y contribuyen a servir a un objetivo común”* en www.encyclopedia.financiera.com. La estructura de una organización determina los modos en la que esta opera en el mercado y los objetivos que podrá alcanzar, por lo tanto la estructura organizativa es la que permite la asignación expresa de responsabilidades de las diferentes funciones y procesos a las diferentes personas departamentos o filiales.

Para conocer el funcionamiento y la organización interna de las entidades ha sido necesario tener en cuenta su cohesión interna, así como su forma de articulación específica de normas formales e informales. Las organizaciones formales suelen ser entendidas como los sistemas de actividades coordinadas y controladas que surgen cuando el trabajo se inserta en complejas redes de relaciones humanas, pero en la experiencia práctica ninguna organización está completamente sujeta a reglas ya que existen valores creencias en los individuos que forman parte de su conducta y pueden actuar de forma independiente a las normas pre-establecidas por lo tanto, todas las organizaciones reales representan una mezcla de formal e informal.

Por consiguiente, cuando se trata de legislar para una organización y crear una estructura formal, es necesario reconocer la organización informal a fin de crear estructuras viables. Sin embargo, la organización informal puede fallar, pero si está en orden, puede llegar a trabajar para disminuir las posibilidades de mala gestión.

En este trabajo se trata de conocer las formas de organización, estrategias, toma de decisiones, existencia, organización, funciones del personal voluntario y del personal asalariado para conocer la regularidad de su funcionamiento y la estabilidad de los servicios que presta.

Figura 8 Aspectos formales e informales de una organización



Fuente: www.encyclopedia financiera.com

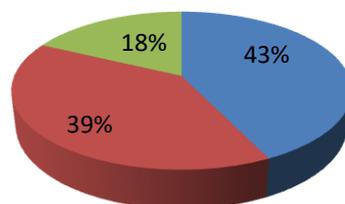
Régimen Jurídico

El registro jurídico de las entidades nos ayuda a conocer su funcionamiento y en estas entidades en algunos casos nos configura el tipo de actividad a la cual se dedican.

En este estudio descriptivo se ha observado que las entidades estudiadas están formadas mayoritariamente por fundaciones y asociaciones.

Gráfico 28 Registro jurídico

■ Fundación ■ Asociación ■ Otro



Fuente: *Elaboración propia*

Un 43% (13) de las entidades estudiadas tienen el registro jurídico de fundación. Las Fundaciones son entidades donde existe un capital privado que se ha ido acumulando a lo largo del tiempo mediante donaciones o a través de beneficios de rentas etc., en él que su misión es ser destinado a la financiación de proyectos sociales. Las fundaciones se gestionan a través de un patronato y sus aportaciones suelen ser en su totalidad de capital privado. Una fundación con carácter excepcional a nivel jurídico es Caritas ya que es una fundación con fines asistenciales creada por la Iglesia Católica pero está inscrita en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia.

El 36% (12) tiene en régimen jurídico de asociación. Las asociaciones están formadas por grupos de personas dispuestas a trabajar para cambiar aspectos de la sociedad, existe necesidad de buscar o generar fondos para llevar a cabo las acciones por las que trabajan. Las forma en la que se organizan es a través de asambleas, lo que supone una forma compleja de gestionar la participación, a veces, la poca participación puede dar problemas a nivel de relevo personas en la representación de la misma. La financiación de las asociaciones es de forma mixta: capital público y privado, aunque en algunos casos se autofinancian como proveedores de servicios. La excepcionalidad en las asociaciones se encuentra en Cruz Roja es una asociación voluntaria de utilidad pública pero tutelada por el estado, lo que implica realizar actividades bajo su protección e intervención.

Las demás entidades: un 11% (3) pertenecen al ámbito de la docencia en este caso a universidades y una es una escuela de formación profesional.

6.3.2 El capital social

Se entiende por capital social los órganos de gobierno, donantes-socios, Voluntariado, y personas remuneradas. Una característica especial del Tercer Sector Social es la implicación social de las personas que intervienen y trabajan en ella. Las entidades suelen estar constituidas por socios/as y donantes que aportan recursos económicos en forma de donaciones puntuales o de forma periódica, las personas voluntarias trabajan en la entidad aportando su tiempo, realizando actividades para conseguir los

objetivos, la actividad voluntaria puede ser puntual para el desarrollo de un evento determinado o prolongado en el tiempo con la finalidad de dar un servicio o realizar una actividad de forma continuada y las personas contratadas por la entidad que suelen realizar trabajos de organización o administrativos a veces también suelen ser socios/as o personas afines la entidad.

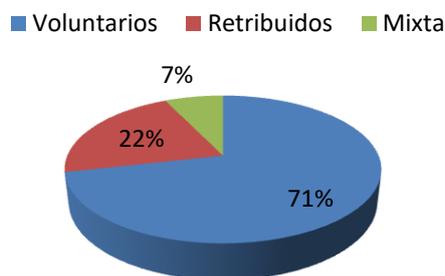
A.- Órganos directivos

En fundaciones: Las fundaciones objeto de estudio están formadas por un patronato con un mínimo de seis personas y un máximo de doce. Las fundaciones con mayor capacidad económica exceptuando Caritas, tienen un gerente y entre una y tres personas remuneradas como máximo. Los miembros de los patronatos suelen ser personas del entorno del fundador/a, herederos, amigos o gestores vinculados a estos entornos. Las fundaciones que financian servicios no suelen disponer de voluntarios, puede darse en algún caso puntual el disponer de algún voluntario para realizar alguna prestación ocasional, exceptuando Caritas, en cambio las fundaciones que son proveedoras de servicios si disponen de voluntarios.

En asociaciones: Las asociaciones exceptuando Cruz Roja, las han formado un grupo de personas en torno a un proyecto común, tienen una junta directiva formada con un mínimo de 4 personas y un máximo de 15 dependiendo del tamaño de la organización. Algunas asociaciones pueden tener un gerente y uno a tres asalariados como máximo.

En entidades educativas: Las entidades educativas son centros formativos dedicados a la enseñanza de una determinada profesión o a la realización de una especialidad de la misma. Tienen un director de proyecto y unos técnicos promotores que están vinculados a la Universidad, en caso de ofrecer formación profesional quedan vinculados a los departamentos de Educación y Ocupación. Los alumnos de cursos avanzados necesitan realizar unas prácticas que tutorizadas por profesionales permiten dar un servicio a precios más económicos ya que solo se financian el material y los gastos de infraestructura.

Gráfico 29 Situación de los representantes de las juntas directivas y patronatos



Fuente: Elaboración propia

En el 71,42% (20) de las entidades estudiadas las personas que pertenecen al patronato o a la junta directiva son cargos voluntarios, solo en el 21,43% (6) los cargos son retribuidos y en un 7,14% (2) la situación es mixta. La mayoría de los altos cargos de estas entidades 57,14% (16) son mujeres y 42,85% (12) hombres. Según Vidal, P y Fernández, M. *“La tendencia predominante es que en los órganos de gobierno más jerarquizados continua la prevalencia de los hombres con respecto a las mujeres, situación que no se da en órganos de tipo más asambleario o de tipo asesor”*. (Vidal, P y Fernández, M.2014). En estos casos hay una ligera proporción de mujeres como responsables máximas de las entidades con respecto a hombres, pero hay que tener en cuenta que las proporciones son muy bajas y no podríamos decir que en realidad fuera así ya que la mayoría de entidades tienen una organización jerarquizadas sean fundaciones.

Toma de decisiones de los órganos directivos

La toma de decisiones de una Organización puede simbolizarse a una pirámide donde la jerarquía está formada normalmente por un grupo singular y de poder en la parte superior con los niveles posteriores por debajo de ellos. Los miembros de las estructuras jerárquicas de organización, principalmente se comunican con su superior inmediato y con sus subordinados inmediatos. La estructuración de las organizaciones

de este modo es útil en parte porque puede reducir la sobrecarga de comunicación, limitando el flujo de información, lo que es también su principal limitación.

Una jerarquía suele visualizarse como una pirámide, los más cercanos a la parte superior tienen más poder que los más cercanos a la parte baja. Como resultado, los superiores de una jerarquía en general, tienen un estatus superior, las grandes organizaciones disponen de pirámides verticales con diversos estamentos que van desde el vértice de mando hasta los trabajadores. En las entidades pequeñas la pirámide es mucho más horizontal ya que la jerarquía de mando está mucho más próxima a los trabajadores o ejecutores de la labor encomendada, debido a que hay pocos mandos intermedios o simplemente no existen.

De las 28 entidades entrevistadas un 71,42% (20) las decisiones mayoritariamente se toman de forma jerárquica ya que vienen dirigidas por los patronatos o las juntas directivas de las entidades.

“Una Organización plana (también conocida como organización horizontal) se refiere a una estructura organizativa, con pocos o ningún nivel de intervención de gestión entre el personal y los directivos”. Fuente: www.encyclopedia-financiera.com

Esta estructura general es posible sólo en organizaciones más pequeñas o unidades individuales dentro de organizaciones más grandes. El modelo de organización horizontal promueve la participación de los trabajadores a través de un proceso de toma de decisiones descentralizada. Al elevar el nivel de responsabilidad de los empleados de base, y por la eliminación de las capas de la gerencia media, comentarios y sugerencias llegan a todo el personal involucrado en las decisiones más rápidamente. Dado que la interacción entre los trabajadores es más frecuente, esta estructura de organización en general depende de una relación mucho más personal entre los trabajadores y directivos. Por lo tanto, la estructura puede necesitar más tiempo para construirse que en un modelo jerárquico tradicional.

Figura 9 Comparativa entre una Organización piramidal grande y una pequeña.



Fuente: Elaboración propia

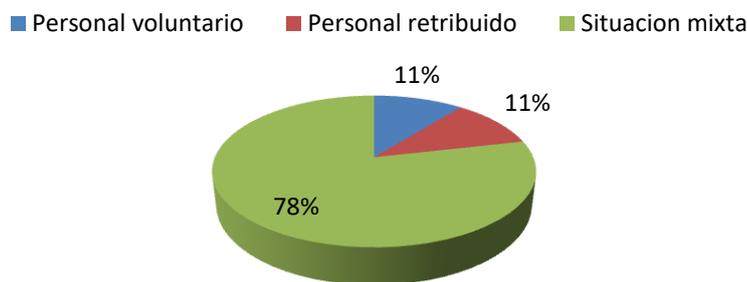
Un 28,57% (8) dicen que toman las decisiones de forma asamblearia, pero aunque las entidades tengan carácter asambleario, en algunos casos las propuestas vienen por parte de la junta directiva aunque posteriormente sean aprobadas por la asamblea.

En 24 entidades con voluntarios, un 62,50%(15) de las entidades no tienen en cuenta a los voluntarios en la toma de decisiones debido a que son pocos voluntarios. En una entidad grande pueden estar poco vinculados a la entidad o porque la entidad está organizada de forma jerárquica. Las entidades que disponen de pocos voluntarios 37,50% (9) si los tienen en cuenta, en estos casos las entidades más pequeñas tienen una tendencia a tener una organización plana y a funcionar de forma más asamblearia.

B.- Perfil de los trabajadores: Voluntarios y contratados

La mayoría de entidades estudiadas, un 78% (22), suelen tener personal voluntario y personal contratado.). Solo un 11% (3) solamente disponen de todo el personal voluntario y en un 11% (3) solo disponen personal contratado.

Gráfico 30 Vinculación del personal a la entidad



Fuente: elaboración propia

A.- Perfil del personal voluntario

La ley 25/2015 de 31 de julio de voluntariado y fomento del asociacionismo define a los voluntarios, como personas que, sin ningún tipo de remuneración a cambio, participan en proyectos en el marco de una actividad asociativa o bien en programas específicos de voluntariado de una entidad sin ánimo de lucro". (Capítulo I artículo 3 de la ley 25/2015).

La mayoría de las entidades estudiadas disponen de personal voluntario para realizar sus actividades ya que las entidades los necesitan para su supervivencia.

Personal voluntario

De las 28 entidades estudiadas un 89,28% (25) tienen personal voluntario.

Requisitos para ser voluntario

La normativa para entrar como voluntario en alguna de las entidades es diversa y en algunas ocasiones viene condicionada por el tipo de actividad o proyecto a realizar. En las 25 respuestas obtenidas por las entidades, en un 44% (11) demandan tener la titulación requerida, permiso de trabajo y residencia para el caso de que fueran extranjeros. Hay que tener en cuenta que este perfil de voluntario es el de un profesional de salud (medico odontólogo, profesional o farmacéutico) que aunque

ejerza como voluntario no podría prestar sus servicios sin la titulación requerida. Algunas entidades que a su vez realizan cooperación sanitaria internacional solicitan requisitos especiales como tener una edad entre 20 y 45 años estar dispuesto a realizar cooperación y tiempo mínimo de permanencia en la entidad.

Un 68% (17) de las entidades solicitan a sus voluntarios tener conocimientos previos sobre el tipo de usuario a tratar, haber trabajado de voluntario en alguna otra entidad o haber sido alumno de prácticas del centro lo que en la mayoría de los casos se presupone que ya conocen las actividades de la entidad.

El 32% (8) de las entidades nos manifiestan que necesitan vínculos de otras características como, ser socios de la entidad, ser estudiante del centro educativo, correspondiente o pertenecer a las empresas que están vinculadas a algunas de las organizaciones estudiadas y por último algunas de ellas necesitan de sus miembros vínculos de una mayor confianza, a veces de tipo más ideológico, como pertenecer a la iglesia católica o algún tipo de grupo vinculado a una determinada ideología.

En un 12% (3) no hay una normativa específica, en algún otro caso se escoge en función del proyecto, se rigen por la edad en que pueden ejercer como voluntarios (mayores de 16 años) y en algunos casos son voluntarios cedidos por una entidad grande a otra más pequeña o cedidos para un servicio técnico específico.

Los estudiantes de las entidades docentes incluidas en el estudio han sido contabilizados como voluntarios al ejercer prácticas en servicios y no recibir ninguna compensación remunerada por ello.

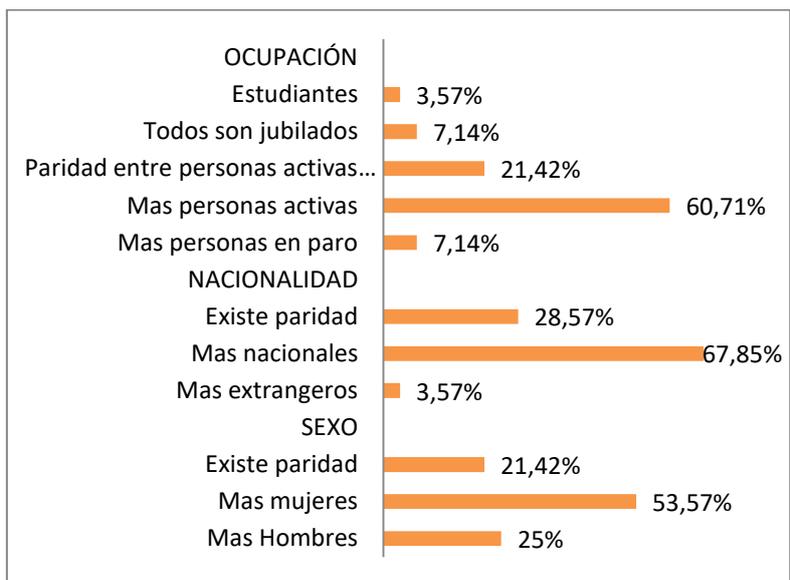
Tabla 28 Normativa para la admisión como voluntario

Normativa para admisión como voluntario	%	Nº de respuestas
Titulación y permiso de trabajo y residencia	44%	11
Compromiso con la entidad	32%	8
No hay Normativa	12%	3
Otros	12%	3
Total	100%	25

Fuente: elaboración propia

La selección del personal voluntario para entidades grandes, se suele realizar siguiendo la normativa de selección de la que disponga cada entidad y para entidades pequeñas mediante una entrevista con el responsable de recursos humanos, el gerente o el director de la entidad, en entidades pequeñas la selección de personal viene determinada por tener referencias o ser persona de confianza de la entidad, generalmente la selección se suele dar a través relaciones personales. El perfil del voluntario que trabaja en estas entidades es el de mujeres nacionales y están en activo aunque no se han podido determinar las edades de los voluntarios el perfil mayoritario se podría encontrar entre los treinta y los sesenta años ya que sería la edad donde a nivel laboral se puede empezar a gozar de cierta estabilidad. Se ha buscado el perfil del tipo de personas que realizan voluntariado en estas entidades basándome en las siguientes categorías: sexo, nacionalidad y ocupación.

Gráfico 31 Perfil del voluntario



Fuente: elaboración propia

Tiempo de dedicación del voluntario/a a la entidad

El trabajo de los voluntarios/as de estas entidades es muy variable y queda definido por el cometido de la entidad en concreto, hay profesionales voluntarios que dan su tiempo de forma periódica para atender a usuarios, al igual que estudiantes en prácticas, voluntarios que trabajan de forma continuada en temas logísticos y voluntarios que trabajan en campañas de forma puntual.

Tabla 29 Tiempo de dedicación de los voluntarios a la entidad

Tiempo de dedicación de los voluntarios a la entidad	%	Número de entidades que sus voluntarios dedican el tiempo marcado a la entidad
Máximo un 25% de su tiempo semanal	60%	15
Más de un 25% hasta un 50%	24%	6
Más de un 50% hasta un 75%	4%	1
Más de un 75%	12%	3
Total	100%	25

Fuente: elaboración propia

Las 25 organizaciones que disponen de voluntarios, en un 60% (15) sus voluntarios le dedican como máximo un 25% de su tiempo semanal, si el perfil del voluntario es femenino y está en activo hay que pensar que no dispondrá de mucho tiempo para realizar este tipo de actividades. También cabe destacar que los voluntarios/as que realizan actividad profesional en odontología dedican de forma continuada una o dos tardes por semana a esta actividad.

Hay 24% (6) entidades que sus voluntarios le dedican más un 26% de su tiempo semanal, estas suelen ser organizaciones pequeñas que no disponen de técnicos y que le funcionamiento de la misma recae prácticamente en el voluntariado. En las entidades docentes un 12% (3) al contabilizar a los estudiantes en prácticas como voluntarios, estos, cuando están prácticamente a final de carrera, dedican más de un 75% de su tiempo semanal a la atención de pacientes realizando prestaciones. No se ha podido demostrar ninguna relación entre el tiempo de dedicación de las personas voluntarias con respecto a la antigüedad, al tamaño de la organización, o al tipo de colectivo de destinatarios.

De las 25 entidades estudiadas con personal voluntario, un 64% (16) los voluntarios dependen del personal técnico, en un 28% (7) suelen estar a las ordenes del personal directivo y en 8% (2) suelen estar dependiendo de otros voluntarios. Esto también tiene una relación directa con el tamaño de la entidad, las entidades pequeñas el personal voluntario depende de otros voluntarios o de la dirección de la entidad, en las entidades medianas o grandes el voluntariado depende siempre del personal técnico.

Tabla 30 Dependencia jerárquica del personal voluntario

Dependencia jerárquica del personal voluntario	%	Nº de entidades que presentan este supuesto.
Personal técnico	64%	16
Personal directivo	28	7
De otros voluntarios	8%	2
Total	100%	25

Fuente: elaboración propia

Un 52% (13) de las 25 entidades que disponen voluntarios, no están inscritos en el Instituto Nacional del voluntariado INCAVOL, solo 24%(6) entidades tienen sus voluntarios inscritos en este instituto y también un 24%(6) de las entidades desconocen si están o no inscritos sus voluntarios a esta entidad. Aunque el Instituto Catalán del Voluntariado INCAVOL es una entidad a la que pueden inscribirse todas las personas que desarrollan actividades de voluntariado. Las entidades que tienen inscritos sus voluntarios en INCAVOL son entidades que entre sus actividades están actividades de inserción social.

En la mayoría de entidades que disponen de voluntarios un 80% (20) estos disponen de un seguro y un 20% (5) no disponen de esta información, esto significa que la entidad desconoce si el voluntario esta o no asegurado.

Motivación para ser voluntario

La motivación para hacerse voluntario/a viene determinada por el trabajo vocacional ya que el origen de muchas ONGs surge por este componente de autorrealización, que permite a la entidad su creación y pervivencia.

En este análisis se busca conocer las motivaciones por las cuales una persona desea trabajar como voluntario en este tipo de entidades y a su vez conocer lo que las entidades ofrecen como atractivo para querer trabajar como voluntario/a en ellas.

Tabla 31 Motivación para ser voluntario

Motivación para ser voluntario	%	Nº respuestas
Incremento de demanda por la crisis	30,55%	11
Experiencia profesional	25%	9
Aprendizaje y formación	19,44%	7
Necesidad de hacer algo por los demás	25%	9
Total	99,99%	36

Fuente: elaboración propia

Un 30,55% (11) los voluntarios se han ofrecido a trabajar en las entidades por el aumento de demanda o financiación de estos servicios como consecuencia del

aumento de las necesidades por la crisis. Un 25% (9) respuestas nos dicen que los voluntarios (profesionales) lo hacen para ir adquiriendo más experiencia mientras están en paro y también en el mismo porcentaje por la necesidad de hacer algo por los demás y un 19,44% para poder realizar aprendizaje y formación, es importante tener en cuenta que este último resultado viene condicionado por las respuestas de las unidades docentes que han intervenido en el estudio.

Tabla 32 Oferta de las entidades para captar voluntarios

Oferta de las entidades para captar voluntarios	%	Nº respuestas
Aprendizaje	45,16%	14
Experiencia profesional	35,48%	11
No recibe ninguna compensación	19,35%	6
Total	99,99%	31

Fuente: elaboración propia

Respecto a las 31 respuestas obtenidas a la pregunta sobre que creen que las entidades puedan ofrecer a los voluntarios como reclamo para su captación, un 45,16% (14) nos dicen que les ofrecen aprendizaje y formación (en este caso se tendía que tener en cuenta, que posiblemente la respuesta no sería tan alta si no estuviesen incluidas las entidades que facilitan formación a estudiantes) en un 35,48% (11) respuestas ofrecen experiencia profesional ya que bastantes de las entidades ofrecen los servicios técnicos especializados de voluntarios para dar una prestación y estos, aunque titulados en sus profesiones, realizar este tipo de voluntariado les aporta más experiencia profesional sobre todo si son de reciente titulación, si ya tienen experiencia pueden tener la posibilidad de trabajar en casos complejos que en una consulta normal quizás no tuvieran ocasión de tratar.

Un 19,35% (6) no reciben ningún compensación, en algunos casos se les abonan los transportes y la comida para que no perciban ningún gasto adicional.

Compromiso de los voluntarios con la entidad.

Un 48,78%(20) de los entrevistados/as creen que los voluntarios tienen un compromiso individual laico, un 24,39% (10) creen que sus voluntarios están profesionalmente interesados en ejercer de voluntario en la entidad. Un 14,63% (10) afirman tienen un compromiso individual religioso y por ello realizan su voluntariado en instituciones religiosas y por último existe un 12,19% (5) que creen que algunas personas se ofrecen como voluntarias para ocupar su tiempo mientras están en paro.

Tabla 33 Compromiso de los voluntarios con la entidad

Compromiso de los voluntarios con la entidad	Porcentaje %	Nº de respuestas
Compromiso individual laico	48,78%	20
Profesionalmente interesados	24,39%	10
Compromiso individual religioso	14,63%	6
Ocupar su tiempo mientras están en paro	12,19%	5
Total	99,99%	41

Fuente: elaboración propia

Entre todas las entidades estudiadas solo existe una organización que disponga de un programa de gestión del voluntariado de forma organizada y formal.

Personal remunerado

En 25 entidades existe personal remunerado en 22 de las mismas se comparte el personal remunerado con el personal voluntario y solo en tres entidades existe el personal totalmente remunerado.

Tabla 34 Selección de personal requisitos

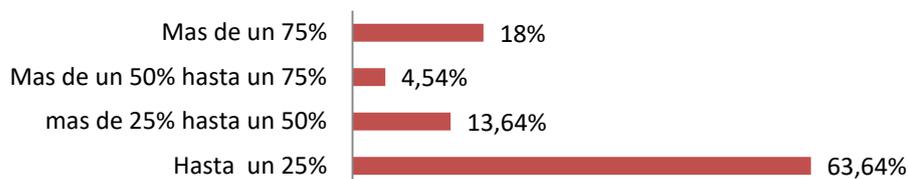
Selección de personal requisitos	Porcentaje %	Nº de respuestas
Ser persona de confianza	62,50%	15
Concurso público	37,50%	10
Total	100,00%	25

Fuente: elaboración propia

La búsqueda y selección de personal para poder entrar a trabajar en una de estas entidades viene determinada en un 62,50% (15) por ser persona de confianza, traer referencias de otra entidad o haber sido alumno/a de prácticas y realizar una entrevista personalizada con el seleccionador. En un 37,50% (10) la selección del personal se realiza por medios externos, anuncio en prensa, oferta pública, bolsa de trabajo de colegios profesionales etc., y posteriormente el protocolo de selección de personal (en caso de que lo hubiere) con la entrevista personalizada.

La proporción del personal contratado respecto al personal voluntario, sin tener en cuenta los miembros de los Patronatos o de las Juntas directivas, nos indica el tamaño, las formas de funcionamiento y la capacidad de respuesta estas entidades.

Gráfico 32 Proporción del personal voluntario con respecto al contratado



Fuente: elaboración propia

En las 22 entidades de tipo mixto, la relación de personal voluntario con respecto al personal contratado es de un 63,64% (14) por lo tanto, la mayoría de entidades de tipo mixto disponen de pocas personas remuneradas con respecto al número de voluntarios de los que disponen. Estas entidades suelen ser asociaciones y fundaciones que prestan servicios. En cambio un 18% (4) entidades disponen prácticamente del mismo número de personas contratadas que voluntarias estas entidades suelen ser fundaciones que financian servicios.

6.4. La actividad

6.4.1. Origen de la actividad

Un 60,71%(17) de las entidades alegan, que el motivo de empezar a trabajar en la prestación o en dedicar recursos en ella, es por la necesidad emergente de ofrecer cobertura de este tipo servicios sanitarios a las personas con bajos recursos ya que estas prestaciones no están cubiertas por ninguna Administración.

En 5 de las entidades, sus fundadores ya realizaban o tenían vínculos con el tipo de actividad que ahora se desarrolla, debido a que estaban vinculadas a órdenes religiosas que disponían de hospitales, centros sanitarios de la antigua beneficencia, en algunos casos la actividad se origina mediante aportaciones benéficas de instituciones religiosas o vinculadas a la iglesia que trabajan mayoritariamente en proyectos para personas con exclusión social y que entre sus muchas de las necesidades aparecen este tipo de necesidades sanitarias. Las entidades vinculadas a la iglesia pueden aportar financiación y también servicios mediante su red de hospitales. Para un 25% (7) de estas entidades, esta actividad forma parte de un plan para la inserción social del usuario.

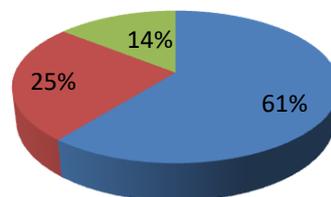
Existen otras entidades vinculadas a la industria dedicadas a la fabricación de prótesis auditivas y gafas que disponen de fundaciones para poder ofrecer los aparatos a muy bajo coste o coste cero en función de la situación de la persona.

Algunas de las entidades que ofrecen servicios de odontología o facilitan medicación se originaron a raíz de sus trabajos como cooperantes en proyectos sanitarios en el Tercer Mundo. Las necesidades en el país de origen dieron paso a implementar proyectos en el territorio a los que nombraron proyectos sanitarios de cuarto mundo. Un 14,28% (4). Algunas de estas entidades, sobre todo las de mayor envergadura, comentaron en las entrevistas que hubo un tiempo que para poder recibir ayudas de la Administración para sus proyectos en el Tercer Mundo les pedían que organizaran algún proyecto en el territorio para cuarto mundo y de aquí que empezaran a organizar asistencia o financiación de alguna de las necesidades sanitarias que no

quedaban cubiertas por la Administración. Se ha buscado legislación al respecto pero ni las entidades me la han facilitado, ni se ha encontrado ningún documento que avalara este comentario. Lo que sí es cierto es que la mayoría de personas que no están vinculadas a órdenes religiosas que están llevando a cabo proyectos de odontología solidaria, gafas, medicación para personas con bajos recursos, son personas que han pertenecido o pertenecen a entidades que llevan a cabo acciones sanitarias en el Tercer Mundo. Esta parte entraría en la afirmación que hacen Codina y Albareda “un 20% de las entidades del tercer sector Social Catalán desarrollan alguna actividad internacional” (Codina, T.; Albareda, A. 2016).

Gráfico 33 Motivación para la elección de este tipo de actividad

- Necesidad de cobertura de estos servicios de salud a las personas que no pueden financiarlos
- Para complementar la integración social de personas defavorecidas
- Por necesidad desde la cooperacion sanitaria internacional de dar soporte a necesidades internas del país



Fuente: Elaboración propia.

Una última línea es la de las escuelas profesionales, sobre todo para odontología, podología y gafas. Las escuelas profesionales dedicadas a la formación de odontólogos, higienistas bucales optometristas y ortopédicos. Los alumnos necesitaban realizar prácticas con personas reales que necesitasen unas gafas, un arreglo bucodental o unas plantillas y la mejor manera de poder realizar sus prácticas era disponer de un usuario/a que necesitara el tratamiento o la prestación y pudiera aprovechar el material que deben usar los alumnos para la práctica. Esto supone poder realizar un

servicio a bajo coste para las personas que no lo puedan financiar ya que la financiación, la mayoría de veces suele ser de material.

Por lo tanto el origen de la actividad viene determinado por la parte benéfica ante la necesidad, pero también se observan aspectos simbióticos entre la necesidad de realizar esta actividad y los beneficios indirectos que le podría aportar a las entidades que la desarrollan.

Importancia de la actividad dentro de la entidad

La importancia que dan a la actividad las entidades entrevistadas, en un 53,57% (15) es que la actividad que realizan es sanitaria y un 32,14% (9) entidades la considerarían que la actividad realizada es sanitaria - social. Un 92,86% (26) creen que la actividad la debería llevar a cabo el Departamento de Salud.

6.4.2. Tipología de actividad.

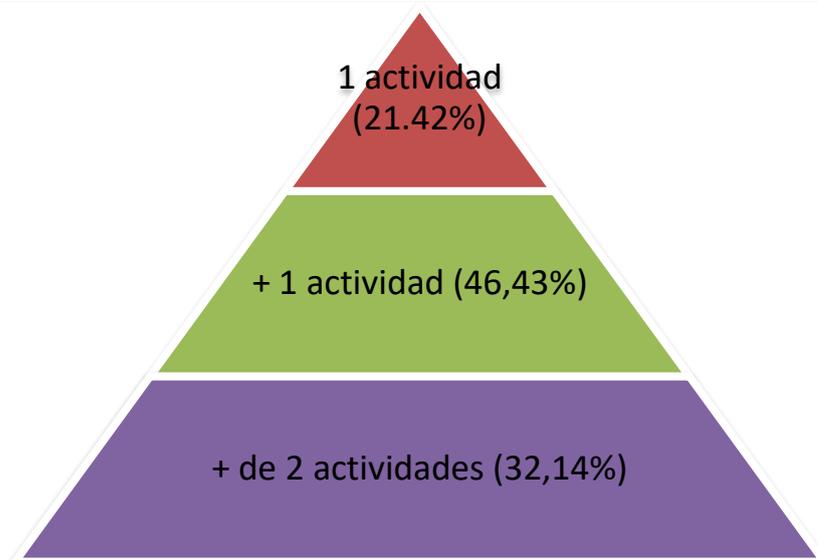
Actualmente las entidades ofrecen prestaciones directas o financiación de las mismas. La mayoría de entidades que ofrecen prestaciones son asociaciones y las que financian son fundaciones. El acceso a estas prestaciones no dispone de unos criterios socioeconómicos unificados, pero si existe un consenso unificado de que las personas que tengan acceso tengan unos ingresos económicos bajos pero existen otras valoraciones sobre su situación social que pueden acabar siendo determinantes para su acceso a la prestación. También tiene importancia estar dentro de algún programa de reinserción social.

6.4.3. Volumen de actividades

Un 21,42% (6) entidades se dedican íntegramente a la actividad o a su financiación por la cual son objeto de este estudio. Un 78,57% (22), además de las actividades que ya realizan y por las que son objeto de este estudio, realizan otro tipo actividades. De las 22 entidades que realizan o financian otras actividades además de la que nos ocupa, un 46,43% (13) realizan o financian una actividad más que la que nos ocupa y un 32,14% (9) realizan o financian más de 2 actividades.

De las 22 entidades que ofrecen o financian más actividades un 27,27% (6) realizan otras actividades relacionadas con la salud (hospitales y cooperación sanitaria internacional, actividad colegial, industria relacionada con la sanidad), un 59,09% (13) entidades realizan otras actividades de carácter social (ayuda a los pobres alimentación inserción social para discapacitados etc.), un 13,64% (3) entidades ejercen docencia e investigación. Algunas de las entidades además combinan estas actividades o su financiación con actividades de gestión (auditorías) u otras actividades (centros culturales del barrio).

Figura 10 Otras actividades



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 34 Otras actividades que realizan las entidades



Fuente: Elaboración propia.

En los casos en que entidades desarrollan más de una actividad, un 59,90% (13), son entidades de reinserción social y un 13,64 % (3), realizan docencia por lo tanto la actividad tendrá una importancia residual frente a las otras actividades de la organización y su posible desaparición no afectara a la pervivencia de la entidad.

6.4.4 Importancia de la actividad

Tabla 35 Importancia de la actividad objeto de estudio con respecto al conjunto de actividades que realiza la entidad

Nivel	Baremo	%	Núm. Absoluto
Alta	1-0,50	50%	13
Media alta	0,49-0,25	30,77%	8
Media baja	Menos de 0,25-0,10	11,54%	3
Baja	Menos de 0,10	7,69%	2
Total		100%	26

Fuente: Elaboración propia.

De las 26 entidades en las que se ha podido estudiar este parámetro, un 50% (13) la actividad o la financiación objeto de estudio tienen una importancia alta dentro de la dinámica de la organización y en un 30, 77% (8) de las entidades una importancia media alta, por lo tanto podríamos decir que la actividad que realizan tiene un peso importante dentro de la mayoría de entidades estudiadas.

Tabla 36 Visibilidad de la actividad

Visibilidad	%	
Óptima	34,61%	9
Media	34,61%	9
Difícil o nula	30,77%	8
Total	100%	26

Fuente: Elaboración propia.

En la mayoría de las 26 entidades que poseen página web, se da una visibilidad óptima de las actividades por las que son objeto de este estudio, un 34,61% (9) es normal porque se dedican en exclusividad a la actividad y el otro 34,61% (9) aunque no es su actividad principal, sí es una actividad importante dentro de las actividades que realiza. Un 30,77% (8) de estas entidades la actividad tenga muy poca o nula visibilidad en sus web, esto puede ser debido a que la entidad tenga poca capacidad de absorción de la demanda y no quiera publicitarse, pero también nos indica que la actividad pueda tener poca consistencia dentro de la organización y que incluso podría llegar a desaparecer.

De las 28 entidades estudiadas 56, 14% (16) financian el servicio al 100% o prestan el servicio de forma gratuita, algunas de las entidades prestadoras de servicios suelen establecer un precio simbólico para la primera visita. Las 42,85% (12) entidades restantes el servicio se financia, aunque ofrecen un precio más económico que el precio de mercado. En caso de entidades financiadoras éstas solo financian una parte del servicio. Por lo tanto más de la mitad de las entidades ofrecen su servicio o de forma gratuita o financian al 100% la actividad. Las páginas web i los documentos escritos estudiados no ofrecen información sobre este tema.

Aunque en el análisis documental la prestación o financiación consta como un servicio más que ofrece la entidad, en un 50% las entidades se le da al servicio o su financiación una importancia alta y su visibilidad en la web en un 34% es optima, esto no quiere decir que la actividad este exenta de cierta vulnerabilidad ya que al no ser prioritaria en la entidad, la actividad podría dejar de ser importante y llegar a la desaparecer.

El análisis de estos apartados nos permite entrar en la discusión sobre la hipótesis del objetivo cuatro de esta tesis

6.4.5 Calidad del servicio

Actualmente todas las empresas y entidades ya sean públicas como privadas están sujetas a unas normativas en las que se exigen unos estándares de calidad, se entiende que las empresas privadas y las entidades ya sean públicas o privadas que ofrecen un servicio, deben adecuarse a estas normativas y no solo por el tipo de servicio que ofrezcan, sino porque cumplir estos estándares significa cumplir unos parámetros que garanticen un buen servicio.

El tener un plan de calidad significa tener que evaluar y modificar aspectos en los que el servicio pueda ser mejorado y a su vez conocer el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a este servicio permite implementar acciones para mejorarlo.

Para poder obtener algunos parámetros de la calidad con que ofrecen sus servicios las entidades estudiadas se han determinado cuatro factores:

- A) *Certificado de calidad*: Un 78,57% (22) opinan que si tienen algún tipo de control sobre su eficacia y eficiencia del trabajo realizado, pero solo cuatro de ellas tienen un certificado de la ISO y tres lo están preparando. Un 68,18% (15) entidades manifiestan disponer de estadísticas evolutivas de los procesos sobre todo cuando son procesos de tratamientos con pacientes o de seguimiento de la medicación, otras disponen de estadísticas de incidencias y controles internos tales como encuestas a los colaboradores, control financiero de la gestión, memorias y otros no especificados, y 21,78% (6) entidades no disponen de ningún control.
- B) *Identificación de los trabajadores* (remunerados y voluntarios): De todas las entidades estudiadas, el 53,57 % (15) cree que sus colaboradores deben ir perfectamente identificados y existe otro 48,48% (13) que cree que no es necesario. Estas afirmaciones vienen determinadas por las características de las

entidades. Un 42,84% (12) de las entidades que creen que sus colaboradores deben ir perfectamente identificados son las entidades que prestan servicios de odontología argumentan que por la necesidad de diferenciarse de los usuarios y por higiene. También las Obras Sociales de empresas privadas tiene como premisa en cualquier acto benéfico el que los voluntarios o el personal contratado vaya debidamente identificado, otras entidades también argumentan la necesidad de diferenciarse del público sobre todo en campañas puntuales. Las entidades que argumentan que no es necesaria la identificación de sus colaboradores son entidades que financian las prestaciones (fundaciones) que quieren pasar inadvertidas y no darse a conocer o entidades que realizan actividades sociales en las que una identificación significaría un alejamiento del usuario y la pérdida de su confianza.

- C) *Eficacia y eficiencia en el servicio:* Las 28 entidades estudiadas creen que son eficientes en la admisión y la resolución de los problemas que se les plantean, aunque de las 19 respuestas a esta pregunta, hemos obtenido 63,12% (12) respuestas en que las entidades creen que no son tan eficientes sobretodo en el tiempo de demora debido a que tienen demasiada demanda por la capacidad de atención de la que disponen (falta de voluntarios), a veces no disponen de la prestación al momento tarda varios días en poderse hacer efectiva, o el no poder disponer de un financiador que pueda hacer efectiva la parte de prestación que se necesita en un momento o determinado.
- D) *Satisfacción de los usuarios:* Un 61,71% (17) entidades no disponen de ninguna herramienta para valorar la satisfacción de los usuarios. La mayoría de las entidades que financian servicios no se lo plantean, las que producen servicios manifiestan que en algunos casos no disponen de personal para realizar la encuesta y explotar los datos.

Este apartado nos indica que las entidades están planteándose cuestiones sobre la calidad de sus servicios pero la realidad es que exceptuando las dos entidades

mayoritarias (Caritas o Cruz Roja), las demás entidades aún están lejos de planteamientos para la obtención de la acreditación en temas de calidad.

6.5. Cultura corporativa

El sistema cultural de símbolos y creencias viene expresado a nivel social en términos de relaciones causa efecto y son comunes a todos los sectores, los símbolos en particular, la religión y cultura en general, nos son neutrales pueden ser creados y difundidos por grupos en función de sus intereses y las entidades pueden pervivir o desaparecer en función de las relaciones de afinidad que puedan tener a nivel ideológico. Las diferencias y similitudes entre símbolos y creencias nos pueden ayudar a explicar la realidad de lo que ofrece la entidad y porque la mayoría de veces estas organizaciones se consideran útiles al margen de su rendimiento.

Gráfico 35 Ideología de las entidades



Fuente: Elaboración propia

Un 68% (19) de las entidades estudiadas se consideran de origen laico y un 18% (5) son religiosas o están vinculadas a órdenes religiosas católicas y solo el 14%(4) se autodefinen como cristianos pero sin vinculación con la iglesia católica.

En cambio cuando se pregunta si se cree que los voluntarios de la entidad realizan o no beneficencia, un 46,43% (13) de los entrevistados creen que realizan beneficencia por

la necesidad de ayudar a personas necesitadas, en cambio un 53,57% (15) de estas entidades manifiestan que no creen que realizan beneficencia ya que su actuación va encaminada a dar soporte a unos derechos no cubiertos. Las entidades docentes tampoco creen que hagan beneficencia porque su relación es simbiótica, estudiantes y usuarios se benefician. En algunas empresas consideran su actuación como responsabilidad social corporativa. Por las respuestas obtenidas podríamos deducir que la filosofía de las entidades es de origen más filantrópico que religioso esto no implica que una parte de esta filantropía no provenga de personas de cultura i origen cristiano.

6.5.1 Anagramas e imagen corporativa

Los anagramas son una forma simbólica de los valores ideológicos creencias y también pueden mostrar los objetivos por los cuales la entidad tiene su razón de ser. La sobriedad o el boato con que se puedan mostrar y los colores que se puedan emplear en su diseño le dan una seña de identidad, individual pudiendo a su vez clasificarse dentro de grupos o círculos determinados con una identidad común. Los anagramas son la marca de la imagen corporativa con que se muestran al mundo las entidades.

Las asociaciones que ofrecen servicios de odontología suelen poner en sus anagramas figuras referentes a su actividad (dientes, cepillos de dientes o dibujos que simulan sonrisas integradas dentro del mismo anagrama), su objetivo es concienciar de la necesidad del cuidado de los dientes. Las entidades que realizan cooperación sanitaria internacional suelen poner algún distintivo que indique que también realizan este cometido (globo terráqueo, una pieza dental en forma de elefante etc.). Las fundaciones que tienen carácter religioso sus anagramas suelen ser cruces en forma de un niño con los brazos extendidos, cruces dobles en forma de 4 rallas muy finas que reflejan paz y discreción, en general los símbolos religiosos suelen estar presentes pero en anagramas discretos y bastante subliminales. Las escuelas de formación que ofrecen estos servicios tienen anagramas distintivos de las propias entidades, la única entidad que pertenece a la Universidad lleva el distintivo de la misma sin hacer

referencia a la prestación que realiza. No ocurre lo mismo con las entidades que facilitan audífonos aunque siendo todas fundaciones tienen distintivos más relacionados con su cometido, anagramas con ondas simulando el sonido y con orejas simulando escuchar el sonido son anagramas que tienen una doble función y que sirven como marca empresarial y como marca de la fundación.

Dentro de las entidades financieras tenemos que considerar Caritas y Cruz Roja como entidades especiales, con distintivos marcadamente religiosos, Caritas con un anagrama de 4 corazones de distintos tamaños formando un cruz, simbolizando la solidaridad y Cruz Roja con una cruz roja, que da nombre a la entidad, sobre fondo blanco simulando nieve, simbolizando la ayuda sanitaria a personas en entornos hostiles. El resto de entidades independientemente sean fundaciones o asociaciones su distintivos son sus siglas, algunas con diseños muy modernos, otras con formatos más clásicos, sin dar información sobre su actividad y otras con formatos de más difícil distinción o que se confunden con otras actividades que lleva a cabo la misma fundación.

Los colores que predominan son el blanco, el azul, el verde y el color rojo matizado a veces como color tierra rojiza que en algunos casos se convierte en magenta y también para resaltar las figuras se emplean a veces tonos sepia. Los colores blanco y azul son los colores más usados en sanidad para sus anagramas, los colores verde y blancos son muy usados para los distintivos de farmacia y los colores rojo, tierra rojiza y magenta son colores muy utilizados en entidades que proporcionan ayudas sociales, el color tierra rojiza es usado principalmente por entidades que realizan cooperación sanitaria internacional ya que el color emula la tierra de países africanos, de América central y del sur que es donde España participa en más proyectos.

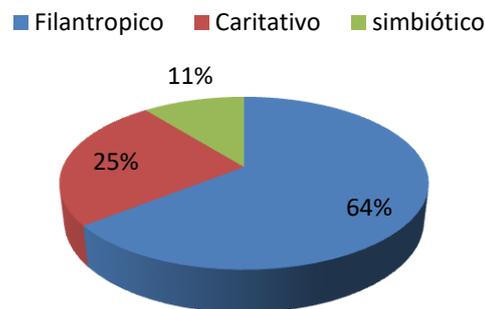
La señalización externa de la mayoría de estas entidades no hace referencia a la actividad que están llevando a cabo, en un grupo de estas entidades la actividad queda diluida dentro de actividades más amplias y por lo que realmente se las conocen ya sean servicios hospitalarios, cooperación sanitaria internacional o empresas privadas.

Para las entidades, creadas específicamente para dar estos servicios, su ubicación se encuentra más opaca ya que la mayoría no disponen de señalización, las que están identificadas su señalización es muy poco visible o solamente se señala con su anagrama, esta situación produce que muchas veces sea complicado encontrar la ubicación de la entidad sobre todo para los usuarios de Servicios Sociales o personas de tercera edad que precisan tratamiento.

6.5.2 Significado ideológico

Las respuestas abiertas a la pregunta sobre el significado simbólico de la entidad, se han agrupado bajo los conceptos filantrópico, caritativo y simbiótico. Teniendo en cuenta el concepto utilizado para definir *“la filantropía como una manera positiva para hacer referencia a la “ayuda” que se ofrece al prójimo sin requerir una respuesta o algo a cambio desarrollando proyectos solidarios”* (Pérez Porto, A.; Gardey ,A. 2013).El de *“caridad que consiste en el amor al prójimo y sobre todo a Dios en cumplimiento de cuya misión se instrumentaliza el dar ayuda a los demás sintiendo el cariño de Dios en la satisfacción que uno siente cuando ha realizado algo que ha llegado a buen fin”* (Pérez Porto, A.; Gardey, A. 2014) y la definición de *“Asociación de personas organismos sociales de los que, cada uno con sus cualidades o circunstancias propia ayuda al otro favoreciéndose mutuamente en el desarrollo”*. Moliner, M. (1982).

Gráfico 36 Significado simbólico



Fuente: Elaboración propia

Un 64,28% (18) de las entidades creían que el significado de su entidad era filantrópico, un 25% (7) tenían un significado más ajustado a la caridad, por lo tanto dentro del concepto caridad entraría la religión y aquí entrarían las entidades que habían pertenecido a la antigua beneficencia y tenían o continúan teniendo lazos con organizaciones religiosas formando parte de sus patronatos o juntas directivas y por último 10,71% (3) de estas entidades creían que, aunque el significado de su entidad fuera la docencia, la actividad que llevaban a cabo producía una situación simbiótica en la que las dos partes se verían beneficiadas.

En las 26 entidades que disponían de web, en los apartados en los que se habla del servicio o su financiación por la cual se ha seleccionado, se ha buscado cuantas veces permanecía la palabra ayuda y si no parecía, cuáles eran las palabras que aparecían en su sustitución. Un 73,08 (19) entidades no aparece en el discurso la palabra ayuda la palabra que prevalece más en 6 entidades es dar servicio, 3 entidades dar asistencia y 3 en entidades en ofrecer tratamiento. Un 26,92% (7) si aparece en el discurso la palabra ayuda. Se ha vinculado la palabra con la entidad y se ha observado que en todas las entidades que aparece la palabra ayuda había una vinculación religiosa.

Se puede resumir que las entidades estudiadas tienen una ideología mayoritariamente filantrópica aunque con rasgos culturales cristianos. Las entidades cristianas no se muestran abiertamente religiosas.

6.5.3 Estado versus beneficencia

La posición de las entidades sobre si las actividades que realizan son de carácter benéfico. Un 60,71% (17) consideran que es el Estado quien tiene que intentar cubrir las necesidades básicas con el reparto de riqueza y un 53,57% (15) cree que la beneficencia siempre ha existido y siempre existirá porque es imposible que el Estado pueda cubrir todas las necesidades básicas. El 46,47% (13) entidades creen que el voluntariado es necesario porque el Estado no puede cubrir todas las necesidades

básicas aunque un 39,28% (11) solo estaría parcialmente de acuerdo con esta afirmación.

De las 28 entidades estudiadas un 96,43% (27) creen que no realizan competencia desleal con otros profesionales del sector debido a que no hay entidades que realicen estos servicios y porque cubren una necesidad que los usuarios que no pueden costear. Por lo tanto se puede afirmar que las entidades no sienten en ningún momento que estén realizando competencia desleal con respecto a otras entidades del mismo sector. Un 60,71% (17) que creen que son las necesidades de los usuarios las que definen a la entidad y por lo tanto, si estas necesidades estuvieran cubiertas, estas entidades no tendrían razón de existir, este tipo de respuesta se encuentra más localizada en entidades prestadoras de servicios, por otra parte un 39,29% (11) de los entrevistados cree que la entidad es la que define la necesidad de los usuarios debido a son entidades que de por si tienen una entidad propia y son financiadoras de servicios, la entidad como tal podría financiar cualquier servicio y por lo tanto no está vinculada concretamente a estas prestaciones.

El registro jurídico de las entidades nos ayuda a conocer su funcionamiento y en algunos casos nos configura el tipo de actividad a la cual se dedican. Existen a nivel jurídico tres tipos de organizaciones, mayoritariamente fundaciones y asociaciones con poca diferencia porcentual, en situación minoritaria encontramos a las entidades educativas, por lo tanto se puede decir que a nivel de registro jurídico si existe cierta variabilidad.

La composición interna de la mayoría de entidades a nivel de su personal colaborador suele ser mixta (personal voluntario y personal contratado) existiendo la mayoría de las veces un número más elevado de voluntarios con respecto a personal contratado. El perfil de los voluntarios suele ser mayoritariamente de mujeres nacionales y que están en activo, en la mayoría de las entidades los voluntarios tienen seguro de

accidentes y responsabilidad civil. También cabe destacar la existencia de diferentes perfiles en voluntarios, el más característico se da en las entidades que solicitan como requisito una titulación profesional (para extranjeros permiso de trabajo y residencia), perfil que más bien parecería que se está buscando un profesional a contratar que no un voluntario, esto es debido a que son entidades que proporcionan servicios profesionales de salud y por lo tanto es necesario que el servicio lo facilite o lo gestione una persona profesionalmente conocedora de la materia. Las entidades que prestan servicios suelen tener más voluntarios que las entidades que financian servicios.

La organización interna es muy parecida entre entidades, la mayoría de ellas son jerárquicas, solo son asamblearias entidades muy pequeñas y los voluntarios suelen siempre depender de personal técnico o personal directivo, solo dependen de otros voluntarios cuando la entidad es muy pequeña.

Solamente las entidades grandes, entidades más vinculadas a las empresas o a la universidad disponen de algún certificado de calidad (ISO) también hay algunas entidades que están preparando su acreditación esto nos indicaría que existe una cierta tendencia a mejorar el nivel organizativo y la profesionalización de los servicios. La mayoría de las entidades no disponen de ningún certificado de calidad y una parte de ellas tampoco se ha planteado la posibilidad. La mayoría de las entidades controlan su actividad mediante registros internos esto nos indica que la entidad no está lo suficientemente afianzada dentro de la entidad o que la entidad es muy pequeña. Algunas de estas entidades han manifestado no disponer de ningún control sobre la calidad de su servicio exceptuando los controles de higiene para casos de odontología.

La mayoría de entidades creen que son eficientes en su actividad aunque las que facilitan servicios creen que tienen un punto de ineficiencia en la demora del servicio por la presión de la demanda y por no disponer de suficientes voluntarios para atenderla. Más de la mitad de las entidades no disponen de ninguna herramienta para valorar la satisfacción de los usuarios. La mayoría de las entidades que financian

servicios no se lo plantean, las que producen servicios manifiestan que en algunos casos no disponen de personal para realizar la encuesta y explotar los datos.

A nivel ideológico más de la mitad de las entidades se consideran laicas, en su simbología no aparecen elementos religiosos y en sus discursos se habla más de servicio que de ayuda esto nos indica el avance hacia la secularización de este tipo de entidades.

A pesar de lo distintas que son las entidades no podemos afirmar que tengan una gran variabilidad organizativa, ya que todas se organizan bajo parámetros parecidos aunque vengan marcadas por estructuras diferentes y esta situación nos dé el espejismo sobre la posibilidad de que se organicen de forma distinta en cambio a variabilidad organizativa si viene determinada por la dimensión de la entidad. Si las comparamos solo por la actividad estudiada vemos que prácticamente todas se organizan de la misma manera.

CAPITULO VII: RELACIONES EXTERNAS DE LAS ENTIDADES

7.1 Introducción

Las relaciones externas de las organizaciones constituyen una actividad esencial por medio de las cuales las entidades se comunican con los diversos estamentos de la sociedad para poder intercambiar bienes, financiarse y relacionarse para constituir núcleos de influencia y de poder.

En el caso de las entidades que nos ocupan sus relaciones están basadas en:

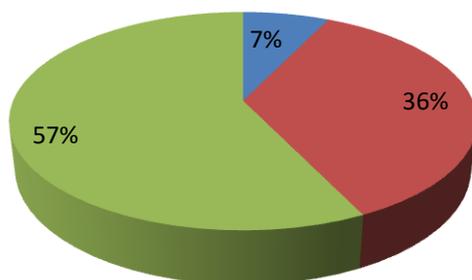
- Relaciones con entradas públicas y privadas que financian la actividad.
- Relaciones entre entidades con actividades u objetivos parecidos.
- Relaciones con la sociedad a través de su imagen corporativa.

7.2 Relaciones externas: Financiación

Las entidades estudiadas, para llevar a cabo sus actividades, pueden financiarse con capital de origen público, capital de origen privado o con la combinación de los dos.

Gráfico 37 Financiación de las entidades

■ capital público ■ capital privado ■ capital mixto

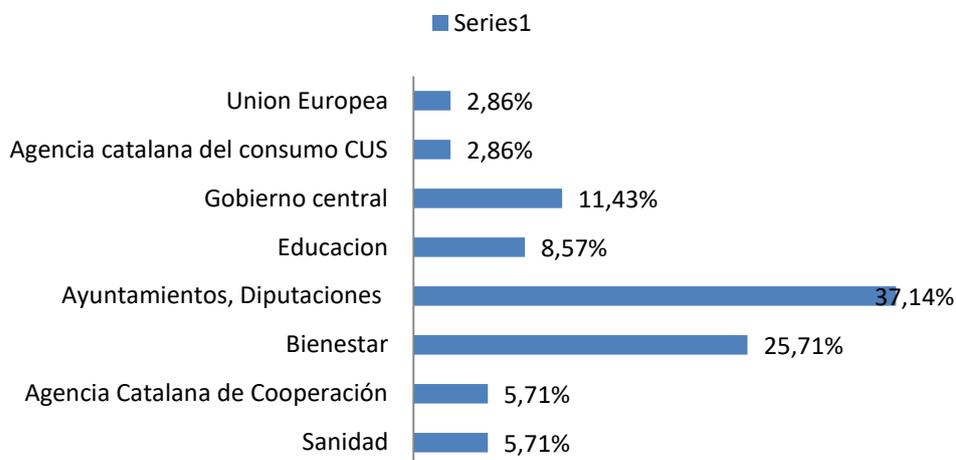


Fuente: Elaboración propia

Un 57% (16) se financian con capital mixto público - privado, un 36% (10) de las entidades solo se financian con capital privado y solo un 7% (2) con capital exclusivamente público.

7.2.1. Capital público

Gráfico 38 Relaciones económicas de las entidades con las administraciones



Fuente: Elaboración propia

De las 35 respuestas obtenidas por las 18 entidades que mantienen relaciones económicas con la Administración, podemos concluir que la mayoría de entidades perciben una subvención anual por parte de más de una Administración. Las Administraciones que facilitan más subvenciones a este tipo de entidades son: un 37,14% (13) la Administración local (Ayuntamientos, Diputaciones y Consejos Comarcales), un 25,71% (9) el Departamento de Bienestar y Familia, un 8,57% (3) reciben financiación por parte del Departamento de Educación, una de ellas también recibe ayuda económica del Departamento d' Ocupación y Empleo, un 5,71% (2) el Departamento de Salud, un 5,71% (2) Agencia Catalana de Cooperación y un 2,86% (1) la Agencia Catalana del Consumo.

Un 11,43%, (4) se financian con parte del IRPF que les facilitan los diversos ministerios del Gobierno Central y 2,86% (1) recibe ayuda de la Unión Europea.

Gráfico 39 Vínculos contractuales con la Administración



Fuente: Elaboración propia

Un 26 respuestas que nos han proporcionado las 18 entidades que tienen relación con la Administración tenemos que un 50% (13) de ellas reciben subvenciones, 30,77% (8) tienen convenios con la Administración, un 11,54% (3) reciben fondos que provienen del IRPF directamente del Ministerio y 7,69% (2) son contratos.

7.2.2. Variabilidad de la financiación pública

Las ayudas recibidas por sanidad se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 37 Ayudas de la Administración Sanitaria

Ayudas de la Administración sanitaria.	Porcentaje %	Número de entidades beneficiadas
Departamento de Salud	5,71%	2
Fondo social de Medicamentos del Ministerio Sanidad	5,71%	2
Total	11,42%	4

Fuente: Elaboración propia

De las 35 respuestas obtenidas por las 18 entidades que mantienen relaciones económicas con la Administración tenemos que solo un 11,42% (4) entidades reciben ayudas de sanidad, un 5,71% (2) entidades reciben una ayuda directamente del Departamento de Salud de la Generalitat siendo una de las entidades financiada a su

vez por la Agencia Catalana del Consumo y la otra entidad recibe también ayuda de algunas corporaciones locales.

De las 11,43% (4) de las entidades que se financian directamente sobre un porcentaje del impuesto sobre la renta de las personas físicas IRPF, dos de ellas tienen un convenio con el Fondo Social de Medicamentos del Ministerio de Sanidad pero no se ha podido obtener información sobre el porcentaje de la financiación que destina la entidad a la actividad.

Porcentajes de las ayudas que las entidades reciben de otras administraciones:

Tabla 38 Ayudas del Departamento de Bienestar Social

Ayudas del Departamento de Bienestar Social	Porcentaje %	Nº de entidades beneficiadas
Un 50% de presupuesto y mas	11,11%	1
Menos de un 50% hasta un 10%	44,44%	4
Menos de un 10%	33,33%	3
No lo saben	11,11%	1
Total	99,99%	9

Fuente: Elaboración propia

Nueve de estas entidades perciben ayudas de Bienestar Social con una mayor variabilidad porcentual que van desde un 50% del presupuesto de las entidades hasta el 5% de las mismas.

Tabla 39 Ayudas de la Administración local

Ayudas de Ayuntamientos Diputaciones y Consells Comarcals	Porcentaje %	Nº de entidades beneficiadas
Menos de un 50% hasta un 10%	38,46%	5
Menos de un 10%	23,08%	3
Subvención de locales y mantenimiento	15,38%	2
No lo saben	23,08%	3
Total	100%	13

Fuente: Elaboración propia

Existen 8 de las entidades que reciben ayudas de los Ayuntamientos de forma exclusiva o compartiendo otras ayudas de otras Administraciones, también se reciben ayudas en especie mediante cesión del local y mantenimiento por parte de los

distintos Ayuntamientos en los que estén ubicadas, por último 4 entidades reciben ayudas por parte de las Diputaciones y Consejos Comarcales.

Tabla 40 Ayudas de Educación

Ayudas de Educación	Porcentaje %	Nº de entidades beneficiadas
Más de un 50%	33,33%	1
Menos de un 50% hasta un 10%	66,66%	2
Total	99,99%	3

Fuente: Elaboración propia

Una de las entidades está prácticamente financiada por la universidad porque está integrada en ella, las otras dos son conciertos establecidos por Educación, la universidad y la entidad concreta para la realización de prácticas pre grado, post grado y máster en porcentajes que oscilan entre el 25% y el 50% del presupuesto que la entidad tiene destinado a la actividad. Existe una de las entidades que tiene un 5% del presupuesto destinado a la actividad financiado por el Departamento d' Empresa y Ocupación.

Otras situaciones excepcionales en temas de financiación pública son: 4 entidades que se financian directamente sobre un porcentaje del impuesto sobre la renta de las personas físicas IRPF y no se ha podido obtener información sobre el porcentaje de la financiación que destina la entidad a la actividad. También existe una entidad que tiene financiación directa de la Unión Europea para desarrollar estudios en temas de igualdad y migración. Esto le permite conjuntamente con ayudas de la Administración local financiar la actividad en salud que desarrolla.

7.2.3. Capital privado

El capital privado de las entidades suele originarse a partir de los fondos propios derivados de las cuotas de socios, actividades que pueda realizar la entidad para recaudar fondos o servicios que puedan prestar. Esta fórmula se suele dar con mayor frecuencia en las asociaciones aunque también en algunas fundaciones. En la mayoría de fundaciones el capital privado se origina de las donaciones, de rentas y los Intereses

que puedan generar las inversiones del capital del patrimonio privado de estas entidades. El capital privado se ha clasificado en función de sus orígenes dentro de tres conceptos:

- A. El capital de servicios: proviene de entidades que ofrecen prestaciones retribuidas, venden material necesario para este tipo de actividad o facilitan servicios a la entidad gratuitamente o a precio de coste.
- B. El capital financiero: tiene su origen en los intereses del capital del que dispone la entidad ya sea en capital monetario o rentas diversas. También por subvenciones de entidades financieras dirigidas a la actividad que realiza la entidad.
- C. Capital industrial: el capital que en forma monetaria o de prestaciones dona la industria a las entidades para llevar a cabo su actividad.

Las entidades también pueden recibir donaciones puntuales de particulares y herencias testadas e intestadas.

Tabla 41 Origen del capital privado

Origen del capital privado	Porcentaje	Nº de repuestas
Capital de Servicios	32,69%	17
Capital financiero	25%	13
Capital industrial	21,15%	11
Herencias o donaciones	21,15%	11
Total	99,99%	52

Fuente: Elaboración propia

El origen del capital privado suele ser diverso, ya que esto supone a la entidad una mayor pervivencia.

La mayoría de capital se obtiene en un 32,69% (17), de las actividades que realiza la entidad recaudando fondos prestando servicios a terceros, también se han incluido en este apartado, las cuotas de sus asociados en caso de que las haya.

Un 25% (13) es capital financiero, suelen ser inversiones o financiación recibida por obras sociales de entidades financieras o de financiación de otras entidades vinculadas

con ellas. Para un 21,15% (11) el capital es de origen industrial, laboratorios, casas comerciales, industria que fabrica material específico que las entidades necesitan para su cometido (Las entidades que realizan docencia también reciben donaciones de material de la industria). En un mismo porcentaje tenemos el capital origen de herencias o donaciones de más difícil cuantificación.

Dado que se podía responder de manera múltiple las 55 respuestas que se han obtenido sobre el motivo principal de las donaciones derivadas a estas entidades tenemos que un 27,27% (15) son para desgravaciones fiscales, seguidas de 25% (14) que son donaciones que se realizan por afinidad a algún miembro de la organización, un 20% (11) se realizan por el prestigio que pueda tener la entidad y por último solo un 13% (7) son donaciones por motivos religiosos. La mayoría de entidades no reciben capital privado en forma monetaria, servicios, materiales, cesión de inmuebles etc., esto permite formar un entramado que garantiza una mayor supervivencia para la organización.

Los motivos por los cuales las entidades alegan no percibir ayudas de la Administración (10 entidades) en primer lugar un 60% (6) se las han denegado entre ellas 3 de estas entidades las habían pedido al Departamento de Salud. El 40% (4) de las entidades no se lo han planteado o creen que no procede ya que tienen capital propio para financiar las prestaciones y tienen más libertad en administrarlo. También hay 2 entidades que no piden ayudas a la Administración porque argumentan no poder disponer de personal para hacer el trámite y el seguimiento de la ayuda, esto nos indicaría que son entidades pequeñas con poco personal o que todo el personal es voluntario, con poco tiempo para dedicar a la parte organizativa de la entidad.

para la ayuda en la financiación de algún usuario en especial o usuarios que pertenecen a colectivos especiales.

Las entidades que facilitan medicación se financian mediante capital industrial (donaciones de la industria farmacéutica) y Capital financiero.

Los recursos económicos de las entidades que financian servicios provienen de capital financiero (rentas del capital invertido en activos financieros), capital generado por la productividad de servicios y capital industrial generado de activos industriales. La mayoría de estas entidades son fundaciones patrimoniales con la salvedad que se dedican a financiar este tipo de servicios entre otros.

7.3. Relaciones no económicas con la Administración

Uno de los parámetros que se ha estudiado son las relaciones que estas entidades mantienen con la Administración y en particular con la Administración Sanitaria, para poder tener en cuenta, si estas entidades son concertadas o delegadas para realizar o financiar este tipo servicios sanitarios, o si por el contrario solo son fruto de las necesidades emergentes y las entidades que las realizan pertenecen a otros sectores.

Un 64% (18) afirman mantener relaciones con la Administración, la mayoría de estas entidades reciben más de una ayuda económica para su mantenimiento, ya sea en modo de convenios, subvenciones, contratos o con ayuda patrimonial mediante la financiación o cesión de los locales con o sin su mantenimiento.

Un 36% (10) de las entidades estudiadas no perciben ninguna ayuda de la Administración, ni tienen relación con ella en estos términos, pero todas ellas, si tienen relación en lo que se refiere a provisión de servicios o su financiación para un tipo de usuarios con pocos recursos.

Las relaciones de las entidades con la Administración no solo deberían ser económicas sino también deberían ser consultivas para asesorar en la planificación y la evaluación de la gestión del sistema sanitario público. Las entidades que desarrollan y financian

estas actividades disponen de datos reales de las situaciones a las que se enfrentan y pueden llegar a ser para la Administración una oportunidad para planificar servicios de forma más acorde con las necesidades y valorar planes de mejora para sus cometidos.

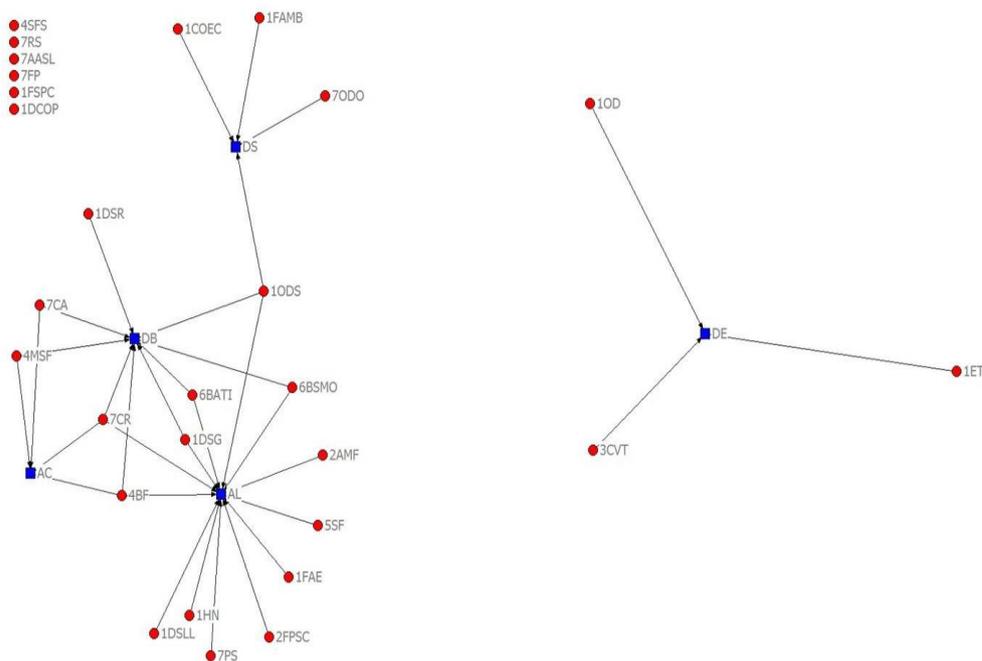
De las 28 entidades estudiadas, solo un 46,42% (13) de ellas, la Administración las tiene en cuenta como asesores. Sobre las respuestas obtenidas a la pregunta sobre el ámbito en que estaban de asesores en la Administración, hemos obtenido que 46,15% (6) estaban de asesores o pertenecían a mesas de Salud o de Bienestar de sus respectivos ayuntamientos, con una periodicidad de reuniones entre uno y dos meses, un 30,77% (4) tenían algún tipo de reuniones como asesores en el Departamento de Bienestar de la Generalitat, pero no disponían de calendario fijo sino solo cuando les llamaban y solo 15,38% (2) tenían contacto con el Departamento de salud como asesores principalmente en Consejos de Salud y 7,69% (1) una entidad por su especificidad tenía relación con la Consejería de la Mujer e Igualdad.

7.4. Relacion y vínculos con las Administraciones públicas.

Administración pública: (AC): Administración central, (DS): Departamento de salud de la Generalitat de Cataluña, (DB): Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Cataluña, (AL): Administración Local (Ayuntamientos, Diputaciones, Consejos Comarcales). Ha sido de interés realizar la separación departamental autonómica para poder conocer los vínculos de las entidades con el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar de forma separada para poder posteriormente corroborar las hipótesis.

Se confirman las relaciones con las Administraciones locales y con el Departamento de bienestar. Las entidades con vínculos con la Administración central tienen también vínculos con el departamento de Bienestar, solo hay tres entidades que tengan vínculos con la Administración central, la Autonómica (Bienestar Social) y la Administración local. El Departamento de Salud queda en una red marginal de relación con estas entidades. El Departamento d' Educación queda desvinculado de la red formando red propia con tres entidades educativas.

Figura 12 Relacion y vínculos con las Administraciones públicas



Fuente: Elaboración propia

7.5 Relaciones entre las entidades

Uno de los parámetros estudiados es la relación existente entre estas entidades, para poder conocer el grado de interrelación que tienen entre se ha empleado la técnica del análisis de redes sociales ARS, con esta técnica se pretende explicar el comportamiento de estas entidades como resultado de su participación en relaciones sociales estructuradas que nos permitan conocer su grado de cohesión en sus relaciones con las entidades con papeles más relevantes, su papel en relación con las demás y las entidades que realizan intermediación y posiciones y roles de las entidades en las diversas relaciones que se establezcan.

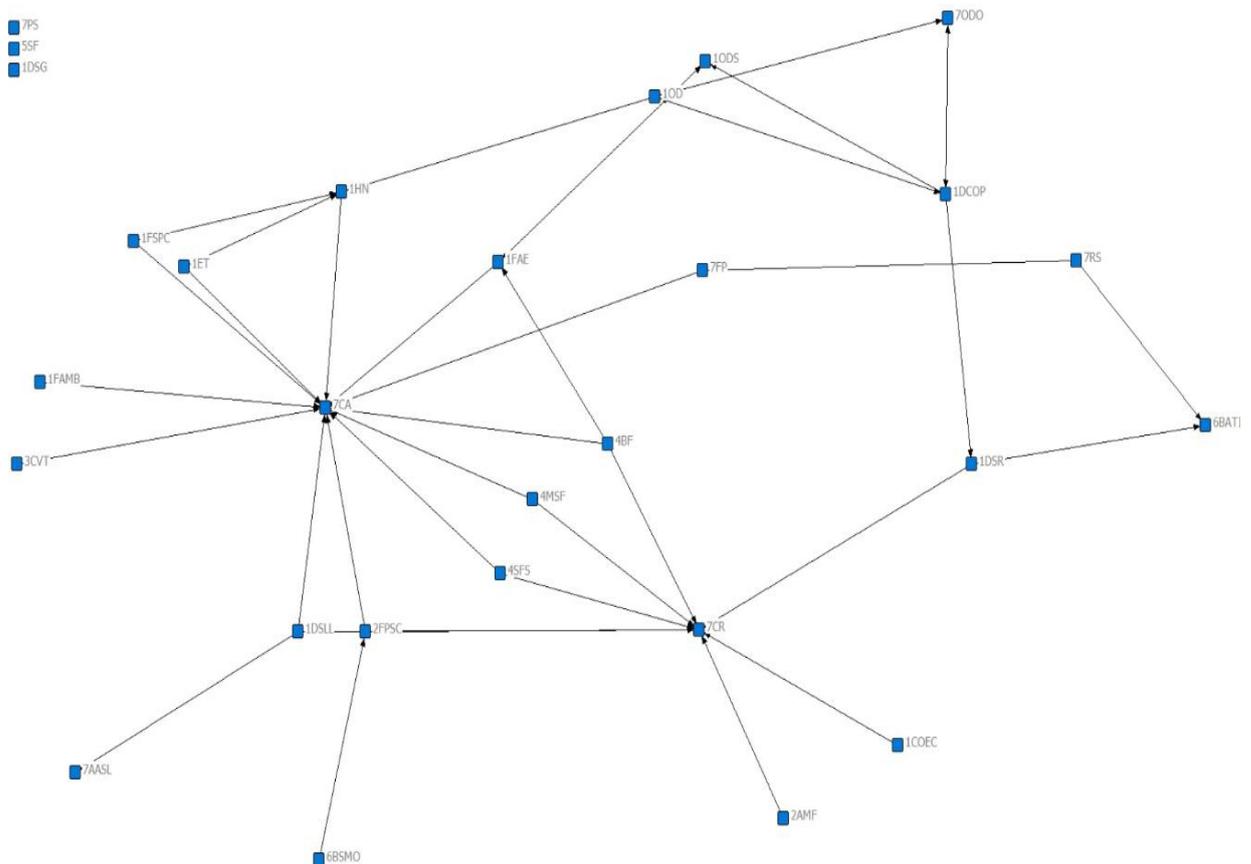
Los datos recolectados provienen de dos fuentes:

- *Fuentes documentales:* la búsqueda de las páginas web de las 28 entidades estudiadas y en documentos a los que las entidades me han permitido acceder. En la documentación escrita revisada se ha buscado si había alguna aportación en

que se hiciera referencia a relaciones entre las entidades estudiadas y referencias de relaciones con otras entidades externas.

- *Entrevista:* En la entrevista efectuada mediante cuestionario a los máximos responsables de las entidades estudiadas las preguntas E5 y E6 hacían referencia a la relación entre entidades con la finalidad de corroborar si existía o no relación o también si la persona entrevistada afirmaba que hubiera una relación con alguna de las entidades que no estuviera reflejada en la documentación estudiada anteriormente.

Figura 13 Relaciones entre entidades



Fuente: Elaboración propia

La visualización de la red nos configura unas posiciones con ligámenes asimétricos exceptuando el posicionamiento de las dos grandes entidades (7CA): Caritas y (7CR) Cruz Roja. La simetría en las relaciones nos da información sobre la conectividad entre entidades y las mayores o menores diferencias en el acceso a recursos. La figura 13 visualiza que los puntos (7CA): Caritas con 12,00 indegree y (7CR): Cruz Roja con 8,00 indegree como dos nodos principales que reciben muchas conexiones en cambio no emiten prácticamente ninguna. Existen cuatro nodos, (4BF): Banco Farmacéutico, (4MSF): Médicos sin Fronteras (4FSF): Farmacéuticos sin Fronteras y (2FPSC): Fundación Pedro Salesa que tienen conexión simultánea con los nodos de (7CA): Caritas y (7CR): Cruz Roja, en este caso las primeras son entidades que prestan o financian servicios y las segundas realizan una labor de intermediación entre la entidad y el usuario. En el caso de la entidad (2FPSC): Fundación Pedro Salesa con (7CA): Caritas, existe un vínculo más estrecho porque la segunda pertenece al consejo de administración de la primera. En menor grado se visualizan conexiones entre (1DCOP): Voluntarios para la salud bucodental (1DSR): Dentistas sobre ruedas, (1ODS): Odontología Solidaria y (1OD): Odontología DV.

La Coordinadora de usuarios para la sanidad :(7ODO) realiza las funciones de entidad gestora para odontología, esta entidad recibe fondos del Departamento de Salud para financiar servicios de odontología para personas sin recursos y se relaciona con dos entidades que dan ese tipo de servicios (1DCOP): voluntarios para la salud bucodental que realizan arreglos bucodentales y (1OD): Odontología DV realizan ortodoncias.

Existen seis entidades con un solo vínculo en la red (1COEC): Colegio de Odontólogos que tiene vínculo con (7CR): Cruz Roja que gestiona la subvención del Departament de Salut para este servicio. (2AMF): Fundación Amplifon, (6BSMO): Banco Solidario de material ortopédico ASENDI, (7AASL): Asociación Anti sida de Lleida, (3CVT): Centro Universitario de la Visió de Terrassa, (1FAMB): Fundación Angelina Macia de Borrell. Todas entidades prestan servicios con necesidad de conveniar con alguna entidad que financie la parte de precio solidario y por último tres nodos, (7PS): Petits Somriures,

(7SF): Salud y Familia, (1DSG): Dentistas Solidaris de Girona que no participan en la red aunque esta última tiene vinculación con el Colegio de Odontólogos de Girona que indirectamente esta en relación con el Colegio de Odontólogos de Cataluña.

Tabla 42. Densidad

Densidad
<ul style="list-style-type: none"> • La densidad de una red describe el nivel general de su cohesión como red. (Kadushin,C. 2013) • Se calcula a partir de las relaciones existentes 32 con respecto a las relaciones posibles 756 • Calculo de las relaciones posibles $28 \times (28-1) = 756$. • Resultado: $32 : 756 = 0,042 \times 100 = 4,23$ por lo tanto es una red que tiene baja densidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en UCINET

Hemos obtenido una red de baja densidad con pocas conexiones. A nivel de centralidad tenemos a los nodos (7CA): Caritas y (7CR): Cruz Roja con muchas entradas por lo tanto podríamos decir que serian las entidades con prestigio dentro de la red, aunque ellas no tengan prácticamente relaciones de salida con otras entidades su posición estructural determina el acceso a recursos ya sean económicos o de poder como intermediarios entre otros recursos. Coincide que las dos entidades son financieras y realizan labores de gestión o intermediación en el proceso. A nivel de salidas tenemos a (4BF): Banco Farmacéutico, (1DCOP): voluntarios para la salud bucodental como entidades con más fuerza, aunque más débiles en relación con la potencia de entradas de las anteriores entidades estudiadas. Las tres entidades con más alto grado de intermediación son: (1DCOP): voluntarios para la salud bucodental con 12,00; (1DSR): Dentistas sobre Ruedas con 6.00 y (1ODS): Odontología Solidaria de Granollers con 4,500., todas entidades que prestan servicios de odontología. Las entidades más numerosas en la red son las entidades de odontología.

7.6 Imagen corporativa con la sociedad

La organización cuando ha adquirido un estatus se convierte en una institución, este estatus es en parte, el resultado de la imagen cultural que la organización ha sabido transmitir al conjunto de la población y la que se distribuye a través de los medios de

comunicación, acontecimientos sociales etc. La legitimidad es también una función de la fiabilidad de la organización capaz de dar cuenta de sus acciones de forma racional. La legitimidad y el Estatus se incrementan con la edad de la organización.

Del grupo de entidades estudiadas las más conocidas y con más legitimidad y estatus son Caritas y Cruz Roja debido a su antigüedad, su largo recorrido en acción social y los convenios especiales con la Administración.

7.7 Visibilidad

De las 28 entidades estudiadas un 85,71% (24) creen que es una entidad conocida a nivel de su área de influencia pero se desconoce el tipo de actividad sanitaria que realiza en algunos casos debido a que son entidades conocidas tradicionalmente por realizar otras actividades . Un 14,28% (4) creen que es una entidad poco conocida en su área de influencia porque es pequeña o porque la actividad que realizan es nueva. En algunos casos no quieren dar a conocer la actividad por miedo a no poder atender toda la demanda que se podría generar y por ultimo porque simplemente no les interesa.

7.8 Prestigio

Un 92,86% (26) las entidades creen que tienen prestigio en el sector porque son promotoras de los servicios sanitarios que prestan y por la calidad de sus servicios, algunas de las entidades que tienen ámbito estatal, perciben tienen más prestigio en el resto del Estado Español que en Cataluña.

Un 57,14% (16) reconoce que son entidades poco conocidas por la invisibilidad de la producción o financiación de actividades sanitarias. Las que afirman ser conocidas 28,57% (8) son entidades que llevan bastantes años realizando o financiando la actividad sanitaria concreta, suelen ser entidades que solamente están dedicadas a esta actividad.

7.9 Impacto de la crisis 2008

De las 28 entidades estudiadas, un 53,57% (15) creen que el número de entidades que se dedican a estas actividades se ha incrementado debido a la fuerte demanda ocasionada por la crisis ya que creen que la crisis ha impactado en su desarrollo y les ha hecho plantear cambios organizativos internos para su supervivencia.

La variabilidad de necesidades ha hecho emerger entidades que ofrecen servicios más especializados. También ha hecho expandir algunas de estas entidades creando delegaciones en algunas provincias. Solo un 14,28% (4) entidades financian servicios a entidades más pequeñas mediante financiación de material y/o cesión de personal.

Un 25% (7) creen que las entidades que ofrecen estos servicios han disminuido por las dificultades económicas.

A nivel financiero un 60,71% (15) de estas entidades creen que han salido perjudicadas a nivel de financiación porque tienen que atender a más usuarios con los mismos ingresos y se dan más retrasos en los pagos por parte de la tesorería de la Generalitat. El personal voluntario y el personal contratado no se han modificado. Las empresas a pesar de la crisis siguen colaborando pero han disminuido las prestaciones económicas y han aumentado las donaciones en especie. En algunas entidades ha sido necesario externalizar servicios para poder mantener la organización.

A nivel de usuarios, un 92, 85% (26) entidades creen que se ha incrementado de forma importante el número de usuarios y la variabilidad de sus necesidades esto ha provocado la necesidad de que las entidades tengan que ofrecer servicios más especializados. También ha hecho expandir algunas de estas entidades creando delegaciones en algunas provincias. Las entidades creen que no aparecen más entidades ofreciendo este tipo de servicios porque son proyectos de salud, poco prioritarios, poco rentables y por la complejidad logística del proyecto. También creen que este tipo de pobreza es muy desconocida por la Administración y quizás sea más

impactante hablar de hambre o de los sin techo, que de falta de cobertura de estos aspectos básicos de salud que estamos tratando en este estudio.

La mayoría de entidades se financian con capital mixto debido a que al realizar un servicio público la Administración colabora con su aportación aunque no deja de ser curioso que siendo entidades que facilitan o financian un servicio de salud tengan tan poca vinculación con la Administración de sanidad, en cambio las administraciones que mas colaboran con este tipo de entidades son las relacionadas con lo social o benéfico, por lo tanto estas entidades desde el punto de vista de la Administración pública se encontrarían insertadas en el campo de lo social. En lo referente al capital privado la mayoría se financia con las actividades que realiza para su sostenimiento, también reciben ayudas por parte de la industria debido a la necesidad de material o los productos que se fabrican en la misma y del capital financiero para el soporte de la financiación de instalaciones y mantenimiento de las mismas debido a que las subvenciones de la Administración u otras entidades suelen llegar con demora a la necesidad de llevar a cabo o financiar la actividad. De esta generalización se desmarcan las entidades educativas ya que el servicio prestado está en función de las prácticas del alumnado y su financiación viene determinada por la recaudación en la matriculación y las ayudas que se perciben de la comunidad educativa (departamento de educación y universidad).

Con respecto a las relaciones entre entidades se ha observado que son relaciones poco cohesionadas, las entidades tienen más relaciones con entidades grandes que entre si esto es debido a que las entidades grandes disponen de una extensa red de filiales en todo el territorio catalán y por esta razón en algunos casos ejercen como intermediarias y en otras como financiadoras, según las características del caso. También se han observado más vínculos de relación entre entidades con ideologías afines. Las entidades medianas y pequeñas son conocidas por su actividad y tienen prestigio dentro de su mismo círculo, pero son desconocidas a nivel del gran público en

general, esto determina dificultades para acceder al recurso por parte de usuarios que lo necesitan, pero esta invisibilidad en algunas ocasiones, sobre todo en entidades pequeñas, supone una protección a su extinción ya que permite continuar ofreciendo la misma calidad, disponer de una menor demora y permitir que no se colapse el servicio.

La crisis del 2008 incremento la demanda de este tipo de servicios debido al aumento de la pobreza en España, aunque han aparecido algunas entidades nuevas, es difícil la implantación a nivel territorial de este tipo de entidades debido a la invisibilidad del problema de salud y por la complejidad logística del proyecto. Actualmente el problema se expresa mediante el incremento de demanda y la necesidad de ofrecer servicio con los mismos recursos. La crisis también afecta a menores donaciones por parte de la industria y a la puntualidad en el cobro de las subvenciones y por lo tanto las entidades se encuentran más asfixiadas por las entidades financieras a la hora de tener que renegociar sus créditos.

CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN

8.1 Introducción

La definición de salud de la Conferencia Internacional de *Alma Ata* de 1978 marco un antes y un después en la evolución conceptual de la salud como ausencia de enfermedad o incapacidad física y se ratificó como uno de los derechos fundamentales del hombre, también se puso en énfasis, las desigualdades en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados, y la necesidad de que esta situación sea una preocupación común de la comunidad internacional. La OMS en 1978 ya propuso tener en cuenta el fenómeno salud en todos los entornos, por tanto el concepto salud ha dejado de ser solamente la ausencia de enfermedad del individuo, sino que el tener mas o menos salud viene determinado por otros factores tales como la conducta del individuo, sus condiciones de vida y entorno, y por último las políticas sanitarias y sociales que se desarrollen en el mismo.

Los aspectos político legales han condicionado a lo largo de la historia las políticas sanitarias del Estado español, con la implantación de la seguridad social se fue determinando una cartera de servicios específica que dio una amplia cobertura asistencial. Los servicios específicos de la seguridad social se fueron amoldando al entorno socioeconómico de cada época oscilando la entrada o expulsión de servicios no vitales para la persona con la idea de que el trabajador/a ya disponía de unos ingresos y por lo tanto podría hacer frente a estos gastos sanitarios. Por otra parte existían los servicios sanitarios de beneficencia que eran los que financiaban las prestaciones sanitarias a las personas sin recursos siempre regidos por la lógica asistencial de la prueba de medios. El reconocimiento de la Salud como derecho universal en España determino la desaparición de las prestaciones de salud a nivel de beneficencia sin tener en cuenta que algunas de estas prestaciones al no estar incluidas dentro de la cobertura universal quedaban netamente en manos del mercado privado y las personas en situaciones de precariedad no dispondrían de ningún mecanismo de acceso a ellas.

Las prestaciones consideradas menores dentro de sanidad como: odontología, audífonos, ayudas, técnicas gafas y algunos medicamentos fueron prestaciones que quedaron en esta situación dando lugar a la aparición de entidades que se han ido dedicando a cubrir o a financiar este tipo de servicios. En el imaginario ha estado el pensar que eran entidades de origen muy diverso, con poca vinculación entre ellas y sobre todo con poca vinculación con el sistema de salud. El nexo íntimo que existía entre la sanidad y la beneficencia hasta hace prácticamente dos décadas me hacía pensar en entidades que habían quedado enclavadas en una beneficencia opaca, pero existente e “intrusas” para el Sistema de salud. La curiosidad por conocer mejor el sector fue lo que me empujó a realizar el estudio y en este apartado final donde se describen las diferentes informaciones que nos aportan la discusión para conocer mejor el sector y su funcionamiento.

El estudio analiza y relaciona las variables que nos indican la existencia de relación entre entidades entre sí, también se exploran sus relaciones con las Administraciones públicas y con otras entidades privadas para verificar sus dependencias externas y determinar el origen fruto de su pervivencia. (Perrow 1991), a su vez se estudian los aspectos internos de la organización y su variabilidad con la finalidad de comprender su consistencia y si existe o no el riesgo de la desaparición del servicio dentro de su organización. La discusión pasaría por si sería al final la Administración quien debería hacerse cargo directamente de estas prestaciones o por el contrario debería continuar el tercer sector, en tal caso si esta es la tendencia, debería plantearse la sostenibilidad de la que disponen las entidades para continuar con este tipo de actividad.

A nivel macro social el estudio nos haría entrar en el debate de un nuevo planteamiento del Estado del Bienestar ya que si su significado actual es el que los gobiernos aseguren unos niveles mínimos de renta alimentación y salud entre otros como parte de los derechos de los ciudadanos y no como caridad, también es posible pensar que no solo haría falta que las prestaciones a asegurar sean realizadas o sufragadas únicamente por las administraciones públicas sino que instituciones privadas de iniciativa social podrían participar en contribuir a este bienestar. La

pregunta en el debate nos es tanto si público o privado, sino en que condiciones se cubre el déficit sanitario planteado anteriormente y la necesidad de incorporar a estas entidades dentro de las políticas sociales para realmente sumen sinergias y desmitifiquen la apreciación de que la tendencia sea solamente a que el Estado se ocupe de las prestaciones sociales para personas con capacidad de producción y de voto y que queden olvidadas las personas con más dificultades e incapacidades desapareciendo así las políticas sociales redistributivas objeto de la esencia del Estado de Bienestar.

8.2 Discusión sobre el objetivo 1. Estudiar la relación entre las entidades y la administración pública.

Hipótesis 1: No existe relación o la relación es muy leve entre la organización y la Administración Sanitaria u otras administraciones.

Las variables estudiadas han sido: ayudas anuales recibidas por sanidad respecto al total de ingresos de la organización. Subvenciones anuales recibidas por otras administraciones. Nº de reuniones de trabajo con la Administración sanitaria y nº de reuniones de trabajo con Administración de Bienestar.

El estudio nos demuestra que más de la mitad entidades reciben ayudas por parte de la Administración y que la mayoría de ellas recibe más de una ayuda en forma de subvención o convenio de diferentes Administraciones públicas. Si hacemos referencia al Departamento de salud, se ha constatado que solo un 5,71% de las entidades estudiadas han recibido algún tipo de ayuda y la cuantía siempre ha sido inferior a un 7% del presupuesto que anualmente las entidades dedican a la actividad que presentan servicio. Las ayudas del Departamento de Salud no van directamente a las entidades proveedoras del servicio en algunos casos esta cuantía se utiliza para que una entidad se dedique a la intermediación entre la recepción de usuarios y las entidades prestadoras de servicios. Existe una entidad que tiene directamente convenio con el Departamento de Salud, pero solo es para cubrir el área de odontología para un centro

de atención primaria de de Salud del propio sistema, en cambio no tiene convenio para la parte de la entidad que se dedica a la prestación de los servicios objeto de estudio. En otras ocasiones la ayuda financiera ha sido para finalidades colaterales a la actividad que nos ocupa por ejemplo, becas de la Agencia de salud Pública para investigación. Solo un 15,32% de las entidades tienen contactos esporádicos con el Departamento de Salud a nivel asesor pero para temas muy genéricos, no se les convoca de forma regular para tratar los problemas de salud de sus áreas, ni tampoco son llamados para estudiar los posibles problemas de salud pública y riesgo para el usuario que pudieran generar la falta de estas prestaciones.

La Administración local (Ayuntamientos, Diputaciones y Consejos Comarcales), es la que financia en forma de subvenciones, de forma parcial un 37,14% de estas entidades. La explicación podría tener dos orígenes, el primero podría ser, *la cobertura territorial*, si las entidades dan servicios a una población de un territorio determinado es lógico que la administración de este territorio contribuya con alguna ayuda para la pervivencia de la entidad, el segundo origen podría ser *el tipo de población* a la que va destinado el servicio, al ser una población con escasos recursos y en origen ser las corporaciones locales las encargadas antiguamente de cubrir la beneficencia, se propicia desde estas, el dar ayudas a las entidades para el mantenimiento de este tipo servicios, los derechos que generan las prestaciones ofrecidas por estos servicios no son subjetivas ya que tal como nos dice Rodríguez Cabrero (2000), las prestaciones sociales se siguen rigiendo por la lógica asistencial (prueba de medios) en vez de criterios universales de ciudadanía esto implica que este tipo de prestaciones no son un derecho sino que solo se perciben bajo unas condiciones socioeconómicas determinadas, lo que se convierte de forma subliminal en financiar un servicio con prestaciones de beneficencia.

En el aspecto de la financiación, sobre todo en las entidades que ofrecen servicios, cabe tener en cuenta que algunas ellas demandan un precio mínimo de contribución por parte del usuario para los gastos de material, si el usuario no dispone de esta

cantidad acaba financiándola los Servicios Sociales por lo tanto la entidad queda financiada por dos vías, la vía de la ayuda económica que ofrece la Administración y la ayuda que facilitan los Servicios Sociales al usuario que necesita la prestación. La proximidad territorial y las competencias en salud pública de las que disponen las corporaciones locales facilitan una vinculación permanente con las entidades, en la mayoría de los casos son tenidas en cuenta como asesoras en mesas de salud y bienestar de forma permanente existiendo un calendario de reuniones con un trabajo sistemático, seis de las entidades estudiadas mantienen una reunión mensual en las mesas de salud y bienestar para tratar aspectos de salud comunitaria relacionados con las prestaciones que nos ocupan. Esto explicaría la poca vinculación de las entidades como asesoras con el Departamento de salud ya que este obtiene la información via salud pública de las corporaciones locales.

El Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia, facilita ayudas a un 25,71% de estas entidades, pero con un perfil determinado, son entidades que se dedican a la integración social de discapacitados o personas con exclusión social por lo tanto la finalidad no es tanto la prestación del recurso sanitario en si mismo, sino las prestaciones sociales que realizan estas entidades, el recurso sanitario en si, no es una finalidad sino que es un complemento a la labor social que realizan con sus usuarios para su inserción social. Un 30,77% (4) de estas entidades (la mayoría entidades que facilitan ayudas técnicas) mantienen reuniones con el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia una o dos veces al año, aunque con escasa vinculación ya que no disponen de un calendario de reuniones ni un plan de trabajo sistemático para poder realizar cambios y mejoras en este campo. En este caso, las ayudas técnicas no están pensadas para usuarios de forma general, solamente están pensadas como ayuda para la inserción social de discapacitados, que no es competencia de sanidad sino de competencia de Asuntos Sociales. Esta discusión nos devuelve a la idea expuesta en capítulos anteriores del concepto de curar o cuidar cuando se trata de una enfermedad o falta de salud, el sector sanitario se continua considerando sanador y no cuidador, los problemas de salud preventivos (salud bucodental) y crónicos

(problemas de salud crónicos o discapacitados) no entrarían en este apartado y por lo tanto serían expulsados del Sistema de Salud así como sus prestaciones sanitarias.

El último grupo de ayudas de la Administración son las que pertenecen al campo educativo, son subvenciones del Departamento de Educación que van dirigidas íntegramente a sus centros educativos especializados para las prácticas de los estudiantes, que con esta actividad facilitan la prestación de salud que necesita el usuario/a y su objetivo no es ofrecer el servicio, sino que es el de formar a personas que en un futuro puedan ofrecer estas prestaciones, como profesionales del sector correspondiente. Por lo tanto tenemos la oferta de unas prestaciones pero vinculadas a los objetivos de la entidad no como servicio público para cubrir la necesidad de los usuarios.

Las entidades grandes algunas de ellas con relaciones jurídicas especiales con la Administración del Estado o que realizan Cooperación Sanitaria Internacional reciben ayudas directamente de diversos ministerios del Gobierno Central (IRPF) de la Agencia Catalana de Cooperación y de la Agencia Catalana del Consumo. Una pequeña parte de estas subvenciones la dedican a la actividad ya que la subvención o el convenio van destinados íntegramente a todas las actividades que realiza la entidad.

Para este caso se confirma la hipótesis de la existencia de escasa relación que tienen las entidades con la Administración sobre todo con la Administración de Sanidad. Se confirma una mayor relación con la Administración local con el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia para entidades con actividades sociales especializadas y en algunos casos con el Departamento de Educación, esto implicaría que este tipo de prestaciones no esten catalogadas como prestaciones sanitarias dedicadas a las personas con bajos recurso sino que estarían dentro de las prestaciones sociales (aunque de hecho no lo sean) y que en muchos casos son ofrecidas por entidades vinculadas a lo social. La desaparición de una manera formal de la sanidad de beneficencia no implica que queden prestaciones en que la sanidad pública no de cobertura universal, la necesidad no cubierta obliga a buscar la solución

a la necesidad por otras vías , esto implica la movilización de recursos dentro de la sociedad civil para que esta se haga cargo de la necesidad ya sea por una vía parcial (solo para sus usuarios) o por la vía mas general ofreciendo el servicio en abierto para la población en general que reúna los criterios socioeconómicos precisos para poder tener accesibilidad al servicio. La aparición de estas entidades y su proximidad al territorio implica la posibilidad de poder tener una mayor accesibilidad a las ayudas municipales que a las macro ayudas estatales o de la comunidad autónoma. Las ayudas macro estatales vienen condicionadas a la dimensión de la entidad y a la capacidad de sus miembros de establecer contactos a estos niveles. La Administración sanitaria queda lejos y desvinculada de las acciones de estas entidades porque a pesar de ofrecer servicios sanitarios no las considera dentro de su sistema por el concepto expuesto en diversas ocasiones en este trabajo de considerarse sanador y no cuidador y excluye a estas entidades por considerarlas sociales y por lo tanto que no son objeto de su intervención.

8.3 Discusión sobre el Objetivo 2 Conocer la organización interna de las entidades

Este apartado nos permite sintetizar los conocimientos sobre la organización interna de estas entidades y conocer la posible existencia de una gran variabilidad organizativa para determinar la consistencia de la actividad y de la entidad.

Hipótesis 2: Existe una gran variabilidad organizativa

El planteamiento de esta hipótesis se ha basado en el imaginario de que las entidades estudiadas podían estar organizadas internamente de forma distinta las unas de las otras para ello se ha tenido en cuenta como modelo la descripción del Perrow (1991) sobre los aspectos internos de las organizaciones principalmente su estructura, los procesos de toma de decisiones y control mediante supervisión directa o a través de reglamentos y experiencia profesional.

Indicadores de estudio.

Tipología de su registro jurídico. La toma de decisiones, personal y calidad de los servicios, los tipos de ideología, simbología y discurso de la organización. Importancia dentro de la entidad de las actividades objeto de estudio. Accesibilidad de la información en sus páginas web. Gratuidad en la financiación o servicio prestado.

La organización interna de las entidades viene determinada por las características de su identidad a nivel jurídico, en el caso de las entidades estudiadas se ha podido constatar prácticamente una paridad entre fundaciones y asociaciones exceptuando tres entidades que realizan docencia y por lo tanto tienen un régimen jurídico vinculado a educación. En este aspecto no hay coincidencia con los datos de Codina, T. y Alvareda, A., que en su informe de resultados de junio de 2016 expuesto en la revista Barómetro del Tercer Sector Social nos dicen que la mayoría de entidades son asociaciones. Respecto al perfil de estas entidades, nos encontramos con: universidades, escuelas asociaciones cívicas y fundaciones hospitalarias excluidas de la definición de entidad de tercer sector Social que se describe en el Anuario 2013 de Tercer Sector Social en Cataluña como: *“el conjunto de entidades privadas sin ánimo de lucro, mutualistas o prestadoras de servicios que trabajan para la inclusión y cohesión social con especial atención a los colectivos más vulnerables de la sociedad”* (Vidal, P.; Fernández, M.,2014). No se consideran Tercer Sector social según el citado anuario, las entidades siguientes: asociaciones cívicas (asociaciones de vecinos, de consumidores etc.) colegios profesionales, entidades de cooperación para el desarrollo, culturales, medioambientales, deportivas, fundaciones hospitalarias, instituciones educativas (universidades, escuelas), obras sociales de las cajas de ahorro y organizaciones de promoción de la vivienda (Vidal, P.; Fernández, M., 2014). Por lo tanto podríamos decir que no todas las entidades que del Tercer Sector que trabajan aspectos sociales o sanitarios entrarían dentro del llamado Tercer Sector Social.

A pesar de la paridad jurídica y suponiendo el imaginario de que la toma de decisiones en asociaciones viene determinada por su forma asamblearia y en fundaciones por una

forma más jerárquica, se ha constatado que en la mayoría de entidades la toma de decisiones se realiza de forma jerárquica, ya que solo un 28,57% es de forma asamblearia, la investigación nos revela que en este caso el modelo de toma de decisiones no viene vinculado de forma tan directa a la forma jurídica de la organización sino que tiene una relación más estrecha con su tamaño, en la medida que la organización es más grande la toma de decisiones es más jerárquica, en cambio es más fácil tomar decisiones de forma asamblearia en organizaciones más pequeñas con pocos miembros.

Existe personal voluntario colaborando en más de la mitad de las entidades aunque también disponen de algunas personas contratadas sobre todo en la medida en que la entidad crece ya que hay que gestionar el funcionamiento y para ello se precisa de personas que trabajen de forma permanente para su buen rendimiento. La proporción de personal voluntario con respecto al personal contratado es de un 63,64% por lo tanto se puede decir que la mayoría de estas entidades funciona con personal voluntario y son principalmente las entidades que prestan servicios. El perfil del voluntario/a en estas organizaciones es el de personal femenino que está en activo y que dedica máximo un 25% de su tiempo semanal, coincidente con el perfil que muestran en sus estudios sobre el Tercer sector Social Vidal P. y Fernández, M (2014). Este perfil se podría relacionar con el hecho de que el voluntario/a es profesional y que la labor que realizan estas entidades tiene relación con los cuidados y la atención a las personas. La dependencia de la prestación del servicio por parte de los voluntarios profesionales de forma continuada puede traer problemas a las entidades ya que no es fácil encontrar voluntarios con estos perfiles, que puedan y quieran asumir este tipo de voluntariado, debido a que las personas que realizan este tipo de labor no disponen de mucho tiempo para hacerlo y existen dificultades en el compromiso de una acción continuada en el tiempo, sobretodo si los voluntarios/as son gente joven que esta en búsqueda de empleo. Esta situación conlleva que haya temporadas que se dispongan de menos voluntarios y por lo tanto se produzca más demora en el servicio, trayendo como consecuencia el incremento o el agravar los problemas de salud de las personas

que están pendientes de recibir el tratamiento en el plazo adecuado. Por último cabe mencionar que la gestión de la participación de las personas voluntarias no es fácil debido a la aparición de nuevas características y perfiles que requieren cada vez más de la aplicación de sistemas de gestión específicos para voluntariado. En conclusión se podría decir que estas entidades al prestar servicios con voluntarios, no son garantía de cubrir los derechos de este tipo de cuidados de salud que necesitan las personas desfavorecidas quedando estas sumidas en una situación de ciudadanos de segundo orden.

La calidad se entiende como un conjunto de características de un producto o de un servicio que tiene la capacidad de satisfacer las necesidades y las expectativas de un usuario o cliente. En este sentido las certificaciones de calidad están relacionadas con el establecimiento previo de una norma o referencia establecida entre todas las partes que tienen interés (proveedores, compradores y usuarios, o gobiernos, entre otros) sobre un producto o servicio, de esta manera, una vez alcanzado un consenso sobre las características básicas y mínimas que tiene que tener un producto o servicio, se llega a la certificación. Así la certificación de calidad es el resultado de un proceso en el que una serie de auditores calificados de una entidad de certificación acreditada para ello garantiza que un producto, un servicio o un sistema de gestión se ajustan a las características de la norma que se ha tomado como referencia. La mayoría de las entidades que prestan servicios relacionados con la salud incluidas las entidades de la propia Administración obtienen estas certificaciones para garantizar la calidad de sus servicios. La acreditación cada vez es más demandada para subvenciones y conciertos con la Administración pública.

En los casos que nos ocupa la investigación, solamente se han encontrado dos entidades que disponían de certificado de calidad, aunque hay algunas que la están preparando, esto hace pensar que las entidades tienen preocupación por el tema y se están preparando para mejorar sus servicios. Aunque se pre-suponía que muchas de estas entidades no dispondrían de esta acreditación, se pensó sobre algunos

estándares de calidad claves para poder obtener de una forma global unos mínimos sobre la calidad del servicio.

La apreciación que tienen la mayoría de las entidades de su eficiencia con respecto a la financiación o prestación de servicios, es buena en general, pero la mayoría de ellas, aunque consideran que son eficientes en su servicio, tienen problemas con la lista de espera debido a que no disponen de suficientes voluntarios para ofrecer el servicio demandado, en algunos casos no se disponen de los suficientes estudiantes para dar salida a la demanda o en algunas de las entidades financiadoras no se disponen de los suficientes recursos económicos a corto plazo para financiar el servicio demandado o por criterios de la entidad se tiene que buscar un segundo financiador debido a que la cantidad dedicada a la financiación era inferior al coste de la prestación sobre todo cuando las entidades financiadoras pagan servicios a entidades privadas. El problema pasa porque la necesidad de salud en algunos casos no se puede cubrir en el plazo que correspondería esto puede llegar a invalidar la eficiencia de la entidad ya que puede acarrear más maleficencia que beneficencia y por último ninguna entidad sobre todo las entidades prestadoras de servicios disponen de encuestas de satisfacción de usuarios para conocer mejor el funcionamiento y poder adoptar acciones para mejorar los servicios en caso de que sean necesarias. Esta situación produce una diferencia importante en los cuidados de salud entre la persona que se ve en la necesidad de recurrir a estos servicios con respecto a la persona que puede financiarlos.

La última parte de este apartado ha sido el intentar conocer la parte de visibilidad ideológica de las entidades para comprender sus orígenes y porque se mantienen en funcionamiento a pesar de que puedan no ser rentables.

Según Habermas *“detrás de un conocimiento hay un interés que lo limita y lo posibilita”*(Habermas,1981).La ideología es una línea de pensamiento y cosmovisión de grupos sobre la vida y sus formas de proceder, de la ideología nace la simbología y el discurso de las personas identificadas con unas ideas determinadas, la ideología puede referirse a una cultura entera o simplemente formar una parte de la misma pero los

condicionantes sociales y las ideologías pueden hacer que estas entidades no siempre tengan la neutralidad que aparentan. La mayoría de organizaciones manifiestan que su ideología es laica, consideran que sus voluntarios tienen un compromiso individual laico con la organización y en su simbología no aparecen elementos religiosos, aunque algunas de ellas tienen raíces cristianas que se han ido diluyendo con el tiempo pasando a ser más de carácter filantrópico. Las entidades más vinculadas a cooperación sanitaria internacional tienen simbología relacionada con la actividad que realizan en los países del Tercer Mundo. En épocas pasadas, en nuestro país, el cuidado sanitario de las personas con bajos recursos estaba a cargo mayoritariamente de órdenes religiosas, aunque en este caso la mayoría de organizaciones que confirman su ideología cristiana, sean más minoritarias y su simbología sea más discreta, ellas se distinguen como tales cuando se profundiza en labor que llevan a cabo y los vínculos que tienen unas con otras.

Un 50% de las entidades manifiesta que la actividad tiene una importancia alta dentro de la dinámica de la organización, teniendo en cuenta que dentro del porcentaje se encuentran las entidades que se dedican en exclusividad a ofrecer la prestación y para un 30,77% de las entidades la actividad tiene una importancia media. Estos datos también los corroboran su accesibilidad a la información sobre la prestación requerida en las paginas web ya que más de la mitad de ellas disponen de la información en zonas web fácilmente asequibles.

Por lo tanto podemos considerar que la actividad específica objeto de estudio es importante dentro de la actividad global que realizan o financian. No se ha considerado a nivel metodológico, sí la diferenciación en la apreciación de la importancia de esta actividad por parte de las entidades, viene dada por la importancia que requiere el tratamiento del problema de salud o por el volumen de demandas que reciben para su consecución, pero si se ha apreciado en los comentarios con los entrevistados que el criterio por el concepto de “tratamiento del problema de salud “ es más importante en las entidades que ofrecen el servicio y en

cambio las entidades que lo financian la importancia de la actividad está en relación al volumen de peticiones que reciben.

Un 56,14% (16) de las entidades se financian o prestan los servicios con una gratuidad del 100% y 42,85% (12) entidades restantes aunque no los financian en su totalidad ofrecen un precio más económico que en algún caso puede ser prácticamente simbólico. Cuando la entidad es financiadora, la mayoría de las veces suele subvencionar el servicio en un 100%. Las entidades que prestan servicios son las que exigen algún tipo de aporte económico, las entidades religiosas suelen tener obra social que financia el tratamiento, si la petición proviene de otra entidad religiosa, la obra social de la primera suele hacerse cargo del 100% de la financiación, cuando la petición viene por parte de Servicios Sociales u otros organismos públicos se suele demandar una parte de la financiación del servicio. Los Servicios Sociales suelen ser quienes afrontan el pago o parte del mismo de los servicios que proporcionan las entidades laicas y que demandan una parte en pago (no simbólico) por ellos, por lo tanto se continúa financiando el servicio dentro de la Administración local.

En resumen tenemos que no existe una gran variabilidad organizativa entre las entidades estudiadas ya que el régimen jurídico no influye de forma decisiva en la forma jerárquica de su organización interna, los regímenes asamblearios son más minoritarios y van más relacionados con el tamaño de la entidad que con el régimen jurídico con el que se sustentan aunque este pueda tener cierta influencia. La mayoría de las entidades funciona con personal voluntario esta situación en algunos momentos impide o retrasa la continuidad del servicio mermando su calidad, tampoco disponen de certificado de calidad que les acredite en sus buenas prácticas organizativas, solo disponen de unos mínimos básicos organizativos para su funcionamiento, esta situación los deja en desventaja con los centros públicos que ofrecen servicios de salud a los que se les exige unos estándares de calidad para sus contratos con la Administración. Con respecto a la ideología, la mayoría de organizaciones se manifiesta de ideología laica aún existen vínculos con la Iglesia Católica debido a la cultura de

muchas de las personas que forman parte de la entidad. Por lo tanto no se puede confirmar la hipótesis de la existencia de una gran variabilidad organizativa debido a que su organización interna y su comportamiento es muy similar.

8.4 Discusión sobre el Objetivo3. Conocer la regulación externa de las entidades.

Hipótesis 3: Existe dependencia financiera y poca conectividad entre entidades, aunque algunas pervivan a través del mito

Las variables estudiadas han sido: Número de entidades que solo se dedican a la financiación o a las prestaciones de los supuestos de salud mencionados. La Tipología del capital que se invierte en estos servicios El mito ayuda a la pervivencia de estas entidades independientemente de los resultados.

Para entrar en la discusión de este apartado se parte de la base de la teoría de la dependencia de recursos en que se pone de relieve “*la importancia de la dependencia del entorno para el funcionamiento de la organización*” (Thompson, J. 1967). El entorno esta compuesto por el conjunto de recursos a los que tiene que acceder la organización para su funcionamiento normal, en este caso Información, financiación ayudas entre entidades etc. Estos recursos no circulan libremente en el entorno sino que hay otras organizaciones que los poseen, controlan su acceso y disponibilidad y regulan su uso y control.

Se puede decir que existe dependencia financiera de las entidades hacia la Administración Pública y el capital privado ya que la mayoría de estas entidades 64,28% (18) se financian con capital mixto (público-privado), por la parte pública pueden recibir varias subvenciones anuales de diferentes Administraciones públicas, las subvenciones no suelen ser cuantiosas y se perciben con vencimiento a la actividad realizada, para ello necesitan financiarse con capital privado para subsistir, este capital suele venir, en parte de la producción que estas entidades generan con sus actividades y de las cuotas de sus asociados en caso de que los tengan, también algunas de las entidades reciben

ayudas en especies de empresas vinculadas al sector (material, servicios) y en algunos casos pueden recibir donaciones. El contacto con el capital financiero puede ser de dos formas, la obra social de la entidad financiera puede ayudar a la organización mediante una subvención por la actividad realizada o en el caso de falta de liquidez, las entidades financieras pueden facilitar créditos a precio de mercado, en este último apartado la discusión actual planteada en la mesa del Tercer Sector Social está pasando por la posibilidad de estudiar el obtener condiciones más ventajosas en créditos para las entidades que realizan este tipo de actividades. En este apartado se incluyen también las grandes entidades que se financian con parte del impuesto sobre la renta como Caritas y Cruz Roja donde su financiación esta directamente condicionada por la Administración.

Las entidades que solo se financian con capital privado, (todas ellas fundaciones) tienen dos orígenes distintos, un grupo están vinculadas empresas privadas que fabrican la prestación y trabajan en este sector social por responsabilidad social corporativa, otras son fundaciones con origen en el capital financiero o de servicios que tienen en sus estatutos ayudar a sectores desfavorecidos en la financiación de necesidades básicas en general.

Se puede corroborar la hipótesis sobre existencia de una cierta dependencia de la mayoría de las entidades estudiadas por parte de entidades externas, ya sea públicas como privadas, es cierto que la mayoría de entidades para su supervivencia necesitan de capital público y privado, pero se observa sobretudo en las entidades prestadoras de servicios una cierta tendencia a buscar la independencia económica con las cuotas de los asociados, recaudar fondos con servicios que se ofrecen a terceros y la obtención de dividendos con inversiones de capital para ir alejándose de la dependencia económica pública y privada.

Las organizaciones se convierten en entidades interdependientes en la medida que se intercambian recursos productos información y conocimientos. La premisa básica de esta teoría sería que *“La supervivencia de una organización depende de que esta sea*

efectiva en la adquisición y mantenimiento de los recursos que son críticos para su funcionamiento” (Pfeffer, J. Y Salancik, G. 1978).

Cuando hay relaciones de dependencia entre organizaciones, algunas de ellas siempre son más vulnerables. *“La dependencia de una organización respecto a otra implica una relación de poder asimétrica que limita el comportamiento de la primera” (Pfeffer, J. Y Salancik, G. 1978).*

En el análisis de redes se ha visto que las entidades que prestan servicios tienen poca interdependencia entre ellas, en algunos casos hay más interdependencia entre entidades que realizan la misma actividad (odontología) aunque la mayoría de las entidades tienen mucha dependencia de las entidades financiadoras, principalmente con las dos entidades mayoritarias que financian los servicios o realizan el enlace entre el financiador y el receptor (Caritas y Cruz Roja), sobretodo en los territorios donde no están implantados este tipo de recursos tan específicos debido a que estas dos entidades a parte de financiar servicios, disponen de una red de delegaciones o representaciones por todo el territorio catalán.

En este apartado se verificará si se cumple lo que nos dice Maslow, A. (1983) *“el impacto del mito produce más o menos rentabilidad en la organización”*. Lo cierto es que el capital origen de las donaciones parte de la motivación del donante hacia la entidad y los vínculos que tenga con ella es por estos motivos por los cuales las entidades reciben donaciones. Se podría presuponer que las donaciones que vendrían sobre todo por parte de la industria podrían ser las que tuvieran más peso en los temas de incentivos fiscales o por motivos de prestigio y márketing del sector, pero se confirma que en muchas de estas entidades la afinidad o la amistad, con una persona que pertenece a alguna de estas organizaciones, realiza un efecto llamada hacia otras personas no involucradas que por afinidad se podrían prestar a colaborar de forma continuada o puntual ya que si no existiera este vínculo no lo harían. También se verifica el efecto llamada de las grandes organizaciones que mediante los medios de comunicación y su prestigio social invitan a colaborar a muchas personas de

forma anónima que de otra forma no lo harían. Las donaciones por motivos religiosos aunque antiguamente estaban más enraizadas actualmente no parecen ser tan prioritarias para este tipo de entidades. Las donaciones ya sean por el efecto llamada que puedan ejercer las grandes organizaciones, como por las entidades religiosas quedan enmarcadas en un contexto más amplio y no van directos a los proyectos que realizan, sino que van directos a la entidad por lo que se supone es y realiza a nivel general, en cambio la oferta de prestación voluntaria aunque pueda seguir los mismos parámetros que para las donaciones, está más vinculada al proyecto, ya que el voluntario en la mayoría de los casos es el que presta el servicio especializado. Por lo tanto si podemos verificar que el mito de la entidad en sí ayuda a su supervivencia.

A modo de resumen se podría decir que se puede aceptar la hipótesis sobre la existencia de dependencia financiera y poca conectividad entre entidades, aunque algunas pervivan a través del mito. Dejando al margen las grandes entidades el grado de vulnerabilidad del resto de entidades viene determinado por el grado de dependencia y la poca conectividad entre ellas, si que en algunos casos se ha observado que el prestigio de la entidad ayuda a su conectividad con otras entidades y al aumento de ingresos por donaciones, cuando se producen estas circunstancias se observa una disminución de su vulnerabilidad y también a la posible desaparición.

La importancia del conjunto de las entidades que se relacionan con la sanidad y con los Servicios Sociales radica en el entorno debido a que la cultura y la dependencia moldean a la entidad que se relaciona con los dos ámbitos ejerciendo siempre uno de ellos más fuerza sobre la entidad y quedando esta catalogada donde la fuerza es mayor.

8.5 Discusión sobre el Objetivo 4 Pervivencia de las entidades

Hipótesis 4: Las entidades perviven gracias a la diversificación de sus actividades. Sus otras actividades no son sanitarias.

Nº de actividades de la organización. Tipología de estas actividades. Otro tipo de actividad sanitaria. Nº de actividad/es objeto de estudio con respecto al nº de actividades totales de la entidad.

Otra de las preguntas que se plantean es la creencia de las entidades realizan mucha diversidad de actividades y si esta característica tiene o no influencia en su supervivencia como organización.

Del total de entidades estudiadas solo seis (21,42%) entidades se dedican íntegramente a la actividad o a la financiación objeto de estudio siendo cuatro de ellas las que se dedican íntegramente a dar servicios de odontología, las veintidós (78,57%) entidades restantes realizan además otro tipo de actividades. De las 22 entidades que realizan más de una actividad un 27,7% (6) entidades sus otras actividades son prestaciones de salud (hospitales, cooperación sanitaria internacional, actividad colegial e industria relacionada con la sanidad) por lo tanto la diversificación de actividades entraría dentro del mismo sector y en cierta parte es lógico debido a la existencia de más facilidad de contactos con profesionales proveedores e incluso por el tipo de gestión de la organización, en cambio vemos que continúan siendo menos de la mitad las entidades que su actividad total consiste en facilitar o financiar prestaciones de salud íntegramente.

El mayor número de entidades 13 (59,09%) que tiene incorporado o dentro de la cartera de servicios interna la financiación de este tipo de servicios son las que realizan o financian otras actividades de carácter social (ayuda a los pobres alimentación inserción social para discapacitados etc.) esto tendría relación con el hecho de que su vinculación financiera provenga mayoritariamente de las Administraciones Locales

debido a que la misión principal de estas entidades es de acción social, y la mayoría de estas prestaciones de salud están incorporadas al proyecto global de reinserción social que están llevando a cabo o financiando, en este caso se cumpliría el hecho de que al quedar la prestación sanitaria dentro del entorno de la Acción Social aquella quedaría diluida en su esencia como prestación sanitaria en si misma. Por último tenemos las tres entidades que además realizan docencia, en este caso su vinculación con la oferta de este tipo de servicios es simbiótica debido a la necesidad de que los estudiantes de grado avanzado puedan realizar sus prácticas con personas reales y estas puedan a su vez aprovechar el material que se utiliza para cubrir determinadas necesidades de salud.

En el apartado de la diversificación de actividades, más de la mitad de las entidades 59,09% (13), solamente realizan una sola actividad además de la actividad objeto de estudio y solo un 40,91% (9) realizan 3 o más actividades. Algunas de las entidades además combinan estas actividades o su financiación con actividades de gestión (auditorías principalmente en fundaciones) u otras actividades (centros culturales del barrio), en ambos casos es por la otra u otras actividades por la que la entidad tiene prestigio y es conocida socialmente. En este último caso la prestación sanitaria quedaría escondida y por lo tanto desconocida por el público debido a que la entidad es conocida por otro tipo de actividades.

Aunque a primera instancia pareciera que se pudiera corroborar la hipótesis de que la diversificación de las actividades ayuda a la pervivencia de estas entidades se ha comprobado que alguna de las entidades que se dedica íntegramente a la prestación objeto de estudio tiene más de diez años de antigüedad, por lo cual nos indicaría que la entidad dispone de cierta solidez y que no existe la necesidad de la diversificación para mantener la pervivencia. El hecho de que las entidades que prestan o financien este tipo de prestaciones sean sanitarias (hospitales o ambulatorios), obviamente ayuda a la pervivencia de la entidad pero no es garantía de la pervivencia de la prestación o de la continuidad en su financiación ya que en el momento de determinar

la población objeto de este estudio nos hemos encontrado con algunas entidades que realizaban estas prestaciones que no han podido ser incluidas en la población a estudiar debido a que la prestación que ofrecen ha dejado de reunir los requisitos establecidos para el estudio ya que ha pasado a ser una prestación con carácter privado a precio de mercado, por lo tanto la entidad puede pervivir aunque la prestación objeto de estudio desaparezca porque ya no reúne los requisitos.

Cuando las entidades tienen una marcada actividad dentro del campo de lo social, aunque la actividad o su financiación objeto de estudio no estén dentro de sus actividades principales, continua siendo importante el mantener-la en el catálogo de prestaciones ya que la actividad o su financiación forma parte de un todo que es la inserción social de la persona objetivo principal de estas entidades y por lo tanto la entidad permanece aunque realice múltiples actividades y la prestación también. Por último en las entidades docentes la actividad se mantiene durante el curso escolar en la temporalidad establecida para las prácticas de pre y post grado de la formación de los estudiantes, por lo tanto la entidad permanece pero la actividad aparece y desaparece en función de la temporalidad del curso académico.

Aunque la mayoría de entidades que se dedican a este tipo de actividades, ya sea en las modalidades de prestación de servicios o de financiación, realicen otras actividades, no se podría corroborar de forma exacta de que todas las entidades estudiadas perviven gracias a esta diversificación. La pervivencia de la actividad dentro de la entidad no depende de la pervivencia de entidad, sino de los objetivos e intereses que tenga esta entidad en relación con la actividad objeto de estudio. Si la entidad o la actividad desaparecen las personas necesitadas de estas prestaciones pueden encontrar muchas dificultades o simplemente quedar desatendido su problema de salud.

A nivel de resumen final podemos decir que si los Servicios de Salud y de Bienestar no están bien configurados en relación a lo público y se sustentan con más fuerza en las entidades del Tercer sector nos podemos encontrar con la aparición de aspectos

frágiles en la calidad en el caso de que estos servicios sean de continuidad. Las iniciativas para la creación de este tipo de entidades parte de la sociedad civil voluntaria esto puede dificultar la permanencia de una forma continuada de servicios sanitarios para personas vulnerables que se requieren como tales. El hecho de que la procedencia de las entidades sea diversa y desvinculada de los circuitos de salud oficiales también puede provocar confusión, dificultando el buen entendimiento entre los sectores que estén trabajando en un contexto determinado ya sea en la Administración sanitaria, de Servicios Sociales o en los usuarios, además de impedir que se pueda conocer con claridad cuál es el papel y espacio social que pueden y deben ocupar estas entidades sin incurrir en una competencia desleal con otros sectores económicos y sociales.

CONCLUSIONES

A partir de los objetivos e hipótesis y posterior análisis de investigación se formulan las siguientes conclusiones:

1.-Existen pocas entidades en Cataluña que ofrezcan o financien los servicios de salud en atención primaria determinados en este estudio, la mayoría de ellas se encuentran concentrados en Barcelona Capital o Área Metropolitana, también hay un grupo importante en Girona capital, pero el resto de territorio no disponen de este tipo recursos salvo contadas excepciones en que pueda estar implantada la sede de alguna entidad de las estudiadas. Se ha observado que las grandes entidades como Caritas o Cruz Roja al tener sedes por todo el territorio catalán, son las que la financian estas prestaciones en las localidades donde no existen otros recursos para poder hacer frente a ellas, en general se financian con pactos con entidades privadas que son las que proporcionan el recurso o la prestación.

2.- El impacto de la crisis económica del 2008 hizo crecer en un 25% el número de entidades que se dedican a estas actividades debido al empobrecimiento general de la población y al no existir una regulación específica dentro del Estado para hacer frente a estas demandas de salud. El servicio emerge por la necesidad pero no existe una obligatoriedad reglamentada de provisión.

3.- Las entidades estudiadas prestan o financian servicios y no tienen prácticamente relación con el Departament de Salut de la Generalitat en cambio tienen una mayor relación con la Administración local y con el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia, en ambos casos, administraciones con tipologías marcadamente sociales, que antaño se dedicaron a la beneficencia y actualmente a los Servicios Sociales que sin tener partidas presupuestarias dedicadas específicamente para este cometido, subvencionan a la entidad por sus actividades a nivel global, donde parte de la subvención ya incluye la prestación o financiación de estos servicios y es la entidad la que determinará el presupuesto específico para la actividad concreta de su cartera de servicios o para su financiación. La misma situación se produce con las grandes entidades (Caritas o Cruz Roja) ya que debido a que reciben las subvenciones estatales

del IRPF y tienen acuerdos con el Gobierno de España para que se dediquen a fines de interés social desmarca las prestaciones sanitarias como necesidades de salud y las enmarca como necesidad social. Por lo tanto las prestaciones continúan estando dentro de “lo Social” y no de “lo sanitario”, quedando más diluidas dentro de los proyectos sociales de cada entidad y perdiendo la definición de “sanidad de beneficencia” regulada antaño en un marco legal por la Administración en donde existía una cierta obligatoriedad de cobertura.

4.-Algunas de las entidades participan de forma regular en los Consejos de Salud y Bienestar de las distintas Administraciones Locales, al estar estas vinculadas con la Agencia de Salud Pública, El Departamento de Salud ya no precisaría de las entidades como consultoras ya que mediante este procedimiento podría conocer posibles problemas epidemiológicos y necesidades sanitarias emergentes produciendo la imposibilidad de que las entidades puedan tener una relación directa con el Departamento de Salud para tratar los problemas específicos relacionados con el tipo de actividad sanitaria que nos ocupa ya que prácticamente todas las entidades coinciden en que las prestaciones que realizan o financian son sanitarias y desarían un contacto más directo con el Departamento de Salud.

5.-Las entidades son relativamente jóvenes, dejando al margen las dos entidades mayoritarias (Caritas y Cruz Roja) las demás tienen una dimensión pequeña, su forma organizativa es muy similar en todas ellas. El régimen jurídico no determina su forma organizativa, si en cambio el tamaño de la entidad. El personal voluntario que la mayoría de entidades precisa es distinto al de la mayoría de ONGs ya que el voluntariado en la mayoría de las entidades que prestan servicios es profesional, esta característica las distingue de las entidades de acción social que en la mayoría de los casos los voluntarios no necesitan una titulación específica para llevar a cabo su cometido. La necesidad de ofrecer un servicio continuado, falta de personal voluntario profesional y la falta de infraestructuras para poder llevar a cabo alguna de las actividades de forma directa en los territorios, limitan la actividad de la entidad y

producen retrasos en las prestaciones provocando listas de espera que podrían agravar el problema de salud del usuario.

6.- Las entidades docentes facilitan estos servicios a precios de coste, cuando el usuario no puede financiar los precios mínimos impuestos por la entidad prestadora del servicio, son los Servicios Sociales, Caritas o Cruz Roja quienes acaban financiándolo, por lo tanto el servicio se podría decir que queda prácticamente financiado por la Administración Pública mediante intermediación. La oferta de servicio en las entidades docentes está siempre dentro del curso lectivo, por lo tanto la entidad no está en función del usuario sino que el usuario está en función de la entidad, esto ocasiona dificultades en la accesibilidad por listas de espera y a su vez el concepto de la prestación continua estando dentro de la concepción benéfica.

7.-No existe una obligatoriedad reglamentada de provisión o financiación del servicio, esto explicaría el que solo dispongan de unos mínimos básicos organizativos para su funcionamiento y no dispongan de un certificado de calidad que les acredite en sus buenas prácticas organizativas para ofrecer el servicio, aunque si existe alguna entidad que lo posee y otras entidades estén trabajando en ello. La calidad del servicio prestado en algunos casos también vendrá condicionada a lo experto que sea el profesional voluntario y la calidad de los materiales empleados o facilitados al usuario. Las entidades financiadoras pueden estar o no especializadas en la financiación de este tipo de servicios, existen entidades que por su vinculación con la industria específica (odontológica, farmacia, aparatos auditivos) pueden financiar estas prestaciones en exclusividad y esta financiación entraría dentro de su responsabilidad social corporativa. También existen otro tipo de entidades que financian prestaciones para colectivos concretos (discapacitados, Tercera edad) y entre las prestaciones a financiar se encuentran las prestaciones por las que son objeto de estudio por lo tanto la financiación en estos casos es para un proyecto global no para un servicio concreto.

8.-La mayoría de organizaciones se manifiesta de ideología laica debido a que sus orígenes están en la Cooperación Sanitaria Internacional o en fundaciones promovidas

por la industria o servicios, pero si existen algunas entidades que sin considerarse vinculadas a la iglesia tienen sus orígenes en ella, esto tiene vinculación a veces con los orígenes fundacionales de la entidad y el grado de implicación que sus miembros tengan como practicantes de la religión. Las entidades de origen religioso, son más minoritarias con estructuras integradas en el sistema social actual pero con una herencia de propiedad o gestión de antiguos hospitales o entidades de beneficencia. Las entidades religiosas tienen vínculos más estrechos y se ayudan entre sí, no se prodigan abiertamente y esto se refleja en su simbología externa. La existencia de una mayor cohesión entre entidades de origen religioso implica en algunos momentos el tener una red más restringida para la accesibilidad a sus servicios o a su financiación.

9.-Las grandes entidades tienen más fuerza y prestigio social que se le presupone derivada de la relación existente con la Administración, la iglesia Católica o entidades internacionales, además de sus ingresos propios también perviven a través del mito de esta influencia, ya que les permite recaudar más en número de socios y donaciones debido a la posibilidad de hacer publicidad de sus acciones.

10.-Las entidades medianas y pequeñas tienen más dependencia financiera y se ven en la necesidad de realizar actividades o prestar servicios para poder financiar parte de la actividad benéfica que realizan. La conexión entre las entidades para estos casos, es baja debido a que son entidades muy distintas, se observan más conexiones entre entidades por especialidad, también existen un mayor número de conexiones entre las entidades que solo son prestadoras de servicios y las financiadoras debido a que esta unión permite la materialización de la prestación o servicio. Las entidades si tienen prestigio dentro de su sector o especialidad les ayuda a tener más conexión, pero la mayoría al no ser conocidas a nivel general o no ser conocida específicamente por la actividad que nos ocupa, no pueden generar más ingresos por este concepto.

11.-Las entidades más grandes tienen un gran poder de influencia sobre las pequeñas como suministradoras de usuarios y financiadoras de las prestaciones. Se ha observado la tendencia a que las grandes entidades vayan dejando sus primeras funciones para

posicionarse como gestoras entre la Administración y entidades más pequeñas que financian o prestan servicios.

12.-Existen pocas entidades que se dedican en exclusividad a la actividad por las que son objeto de este estudio, la mayoría se dedican a otras actividades por las que son más conocidas. La configuración de las entidades es más homogénea en organización y es distinta por el tipo de actividades que desarrollan. No se puede afirmar de forma exacta que las entidades estudiadas pervivan gracias a la diversificación de actividades, de hecho no se han constatado muchas entidades con gran diversificación de actividades y si en cambio entidades que llevan más de quince años de antigüedad dedicándose a una única actividad. La pervivencia de la actividad dentro de la entidad no depende tanto de la pervivencia de entidad en sí, sino de los objetivos e intereses que tenga la entidad en relación con la actividad.

Consideraciones finales con respecto a la política social

La aparición de las entidades estudiadas confirma la ausencia de programas de la Administración adecuados para la cobertura de estas necesidades sanitarias hacia los colectivos más excluidos y vulnerables. La aparición de estas entidades es debida a la reacción por parte de la sociedad civil de cubrir unas necesidades sanitarias no cubiertas y con su corresponsabilidad el hacer sostenible el Estado del Bienestar, sin olvidar el hecho de que las personas que participan en las mismas se mueven por valores y sentimientos interiorizados, además de sus propios intereses individuales.

Estas entidades siguen fuera del sistema sanitario y ancladas como las entidades que en su día se ocupaban de la parte de salud de beneficencia, desplazando funciones que debieran ser propias de la Administración. Al no existir una obligatoriedad reglamentada de provisión o financiación del servicio, aparecen aspectos frágiles en la calidad, la continuidad de los servicios y a veces hasta en su financiación, por lo tanto aunque parcialmente financiadas por la Administración, los servicios sanitarios otorgados por estas entidades no serían equivalentes a un servicio sanitario público y

esto se podría llegar a traducir en una calidad de vida menor para las personas afectadas con necesidad de estos servicios de salud.

Aunque actualmente la capacidad de producir bienestar no pase solamente por la regulación del Estado sino por la esfera económica de la cual dependen los recursos disponibles para ello y la colaboración de la sociedad civil con sus redes para el mantenimiento y cuidado de este bienestar, me hace pensar en la necesidad de crear sistemas organizativos que permitan integrar los servicios insituacionales con los servicios que puedan aportar estas entidades, dándoles un espacio dentro de sanidad en el que se pudiera dar un cauce formal a este tipo de prestaciones y a su continuidad, teniendo en cuenta los requisitos que deba cumplir el usuario para tener acceso a ellas, minimizando así un problema de desigualdad en salud existente en la actualidad en este campo.

BIBLIOGRAFIA

- Adelantado, J. (Coord.).** (2000). *Cambios en el Estado del Bienestar*. Barcelona: Icària.
- Aguado Cudola, V.** (2008). La ley Catalana de Servicios Sociales: ¿nuevos derechos de ciudadanía en el estado autonómico? *Revista d' Estudis Autonòmics i Federals*. E.A.F. 7, 196-235. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ajuntament de Barcelona.** (2013). *Fitxer General d' Entitats Ciutadanes*. Recuperado el 2 de marzo de 2014 en: <http://www.bcnparticipa.net/fitxer/>.
- Alemán, C. y García Serrano, M.** (1999). *Fundamentos de Bienestar Social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Alfonso X el Sabio Rey de Castilla.** (1252). *Código de las siete partidas*. Recuperado el 12 de mayo de 2015 en [ficus.pntic.mec.es/jals0026/documentos/textos/sietepartidas](http://www.ficus.pntic.mec.es/jals0026/documentos/textos/sietepartidas).
- Alfonso X el Sabio Rey de Castilla.** (1255). *Fuero Real*. Madrid 1990: Lex Nova.
- Alonso Olea, M.** 2000 La ley de Accidentes de Trabajo como origen de la Seguridad Social. *Cuadernos de Información Económica*, 159, 145-151. Madrid. Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS).
- Alonso, R. (redacción).** (2010). *Que es el Tercer Sector Social*. Taula del Tercer Sector Social. Barcelona. Recuperado el 3 de mayo de 2016 en www.tercersector.cat.
- Álvarez de Miranda Delgado, M.** (1984). Los servicios sociales dependientes de la Seguridad Social: situación actual. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, 21, 125-157.. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Recuperado el 24 de octubre 2014 en <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/116343>
- Alvira Martin, F.** (2004). La Encuesta una perspectiva general metodológica. *Cuadernos Metodológicos* 35. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Amezcu, Manuel, & Gálvez Toro, Alberto.** (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 423-436. Recuperado el 4 de febrero de 2017 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&tlng=es
- AnderEgg, E.** (1998). *Técnicas de investigación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Arjullon i Murgades, E., Font i Llovet T. i altres** (2011) *La Comissió Jurídica de la Generalitat de Catalunya 75 anys d' historia*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales** (2012). *Informe sobre la valoración de los Servicios Sociales en España: Índice D.E.C.* Madrid. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperado el 17 de mayo de 2015. www.directoressociales.com/documentos/indices-dec.html.
- Artola, M.** (1985). *Textos fundamentales para la historia.* Madrid: Alianza Universidad textos.
- Aznar, M.** (1996). En torno a la beneficencia y su régimen jurídico. Madrid. *Revista de Derecho Administrativo*, 92, 555-565. Madrid: CIVITAS
- Badenes Gasset, R.** (1977). *Fundaciones de Derecho Privado, Doctrina y Textos legales.* Barcelona: Acevo.
- Balagué, M., Pujol, J. (coord.)** (2009) *Guia per desenvolupar i presentar un projecte de recerca.* Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC)
- Bando Casado, H.C.** (1986). Evolución Histórica de la protección de la Salud en España: desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad (1986). *Revista Estudios sobre el Consumo*, 8, 51-60. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación Dialnet.
- Bando Casado, H.** (2012 octubre). *La Sanidad Génesis y Evolución.* La Construcción del Servicio Nacional de salud. Discurso de toma de posesión como académico. *Anales de la real Academia de Farmacia*, 78 (4). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia. Recuperado el 7 de abril de 2015 en www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1383/1414
- Baum, J. A.C.** (1999). *Organizational Ecology en Clerg ST. Y Hardy C: Theory and Method.* London: Sage.
- Barba, R. Codina.** (2011). L' IVA i les entitats no lucratives. *Dossiers del Tercer Sector* nº 5. Monográfico. Barcelona. Taula d' Entitats del Tercer Sector. Recuperado el 16 de mayo de 2016 en: www.tercersector.cat.
- Barba, R. Codina.** (2011). Les entitats financeres i el Tercer Sector. *Dossiers del Tercer Sector* nº6. Barcelona Taula d' Entitats del Tercer Sector. Recuperado el 16 de mayo de 2016 en: www.tercersector.cat.
- Becue, M** (1997). *Análisis estadístico de datos textuales en Metodologías informáticas aplicadas a la filosofía.* Barcelona: Universidad Politécnica.
- Bell, D.** (1976). *Las contradicciones culturales del capitalismo.* Madrid: Alianza.

- Bell, D.**(1989). *El advenimiento de la sociedad post-industrial*. Madrid: Alianza Universidad.
- Bellavista, J., Guardiola, E. y otros** (1997). Evaluación de la Investigación. *Cuadernos Metodológicos*,23, monográfico .Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Benach, J.** (1997). La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gaceta sanitaria*, 11 (6) 255-8. Madrid: Gaceta Sanitaria.
- Benach, J., Muntaner, C.** (2005).*Aprender a mirar la salud*. Barcelona: El viejo topo.
- Benach, J., Muntaner, C. Tarafa, G. y Valverde, C.** (2012). *La sanidad está en venta y también nuestra salud*. Barcelona: Icaria-Asaco.
- Bergen, P.,Luckmann, T.** (1986).*La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Bilbao, A.** (1990). La lógica del Estado del Bienestar y la lógica de su crítica: Keynes y Misses. *Revista de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona Papers*, 34, 13-29. .Barcelona: Península.
- Blane, M.R., Marmot, M. Wilkinson, R.G.** (1999). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.
- Borgatti, S.P., Everett, M. G., y Freeman, I. C.** (1992). *UCINET IV Network Analysis Software*.Connections 15, 12-15. Manchester UK: Social Networks.
- Bonazzi, G.** (1991). *Storia del Pensiero Organizzativo*. Milano: Franco Angeli.
- Borrell, C.** (1996). *Les desigualtats socials en Salut*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut de l' Ajuntament de Barcelona.
- Borrell, C., Benach,J.** (2003). *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, S.L.
- Borrell C, Benach. J, Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill.** (2006). Evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20, 396-406. Madrid: Gaceta Sanitaria.
- Borrell C., Díez E., Morrisson J., Camprubí LL.** (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona: Proyecto INEQ-CITIES.
- Borgatti, S. P., Everett, M. G.** (1992). The notion of position in social network analysis.*In P. Marsden (Ed.), Sociological Methodology*. 22, 1-35.London: Basil Blackwell.

- Boudon, R., Lazarsfeld P. (comps.)** (1973). *Metodología de las ciencias sociales, Conceptos e índices*. Barcelona: Laia.
- Boulding, K.E.** (1976). *La Economía del Amor y del Temor*. Madrid: Alianza Universidad.
- Braveman, P.** (2006). Health disparities and Health Equity. *Rev. Public Health*. California. California University. Recuperado el 10 de febrero del 2015 en http://www.iseqh.org/workdef_sp.htm
- Cabeza Sánchez-Albornoz, S.** (1985). Legislación protectora de la maternidad en la época de la Restauración Española. *Cuadernos de Historia contemporánea* 6, 147-162. Madrid. Departamento de Historia Contemporánea. Universidad Complutense. Recuperado el 24 de abril de 2015 en: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/textos/social1931b.htm>.
- Cabra de Luna, M.A.** (1987). El Protectorado sobre las fundaciones benéfico-asistenciales en: *Cuadernos de acción Social*. 4, monográfico. Madrid: Cuadernos de Acción Social.
- Cabra de Luna, M.A., De Lorenzo et al** (1991). *Las entidades no lucrativas de carácter humanitario* obra colectiva. Colección solidaridad de la Fundación ONCE 1. Madrid: Fundación ONCE.
- Cabra de Luna, M.A.** (2001). *La regulación y el funcionamiento de las fundaciones de titularidad pública. Especial referencia a las fundaciones públicas sanitarias*. Revista española de Control externo 8 (3) 29-137. Madrid: El tribunal de Cuentas.
- Caffarena Laporte, J.** (1989). *Competencia de Comunidades Autónomas en materia de fundaciones en competencia en materia civil de las Comunidades Autónomas*. Madrid: Técno.
- Caffarena Laporte, J.** (1995). La constitución de fundaciones y su régimen jurídico general, ponencia dictada en el encuentro. *Nuevo marco jurídico de las fundaciones y mecenazgo en España*. Universidad Internacional Menéndez y Pelayo julio de 1995. Santander.
- Calderon, C.** (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. Apuntes para un debate necesario. *Revista española de salud Pública*. 76 (5). Madrid. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 28 de abril de 2015 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009

- Calderón, C.** (2003). El artículo original en la investigación cualitativa: aspectos a tener en cuenta en su elaboración. *Revista Matronas Profesión*, 4 (12), 7-21 Madrid: Federación de Asociaciones de Matronas de España. Recuperado el 28 de febrero de 2015 en <http://www.federacion-matronas.org>
- Callejo, J.** (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista española de Salud Pública*. 76 (5), 409-422. Madrid. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 28 de abril de 2015 en <http://scielo.isciii.es>.
- Canal, R.; Vilà, A.** (2015). Cap una integració social i Sanitaria per un nou model centrat en les persones. *Debats Catalunya Social propostes del Tercer Sector* 43, monografico. Barcelona: Taula d' Entitats del Tercer Sector Social.
- Caritas Diocesana.** (2012). *Historia de Caritas*. Zaragoza: Servicio de gestión de la información de Cáritas Diocesana. Recuperado el 6 de junio de 2015 en: <https://www.caritas-zaragoza.org/biblio/ficheros/0429723001326127396.pdf>
- Caritas Diocesana.** (2014) *Memoria Anual de Caritas 2014*. Recuperada el 7 de noviembre de 2015 en: <http://www.caritas.es>
- Casado, D.** (1994). Acción social y servicios sociales en: *V informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Casado, D.** (1977). *Cambio de las instituciones de Bienestar Social en España*. Madrid: Marova.
- Casado, D.** (1994). *Introducción a los Servicios Sociales*. Madrid: Popular, S.A.
- Caïs, J.** (1997). Metodología del análisis comparativo. *Cuadernos Metodológicos* 21.monografico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Castells, M.** (1977). *Crisis económica mundial y capitalismo americano*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Castells, M. (director equipo investigación).** (2007). Modernització Tecnològica, canvi organitzatiu i Servei als usuaris en el Sistema de Salut de Catalunya. *Capítulo 2,17-30. El Sistema de Salut a Catalunya: Estructura Dinàmica*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado el 21 de marzo de 2015 en http://www.uoc.edu/in3/pic/esp/pdf/pic_salud.
- Castilla, J.** (1997). *Els límits de les ONGs*. Barcelona: Centro Internacional de Documentación de Barcelona (CIDOB).
- Castiñeira, A. (cord.); Vidal, P. (Dir); Iglesias, M.; Miroso, O.; Vila, A.** (2003). *Llibre Blanc del Tercer Sector Cívic Social- Document de síntesis*. Barcelona: CETEC-

EADOC. Recuperado el 9 de mayo 2016 en http://www.observatoritercersector.org/publicacions/pdf/lilibre_blanco/pdf/01_document-síntesis/

Cea D' Ancona, MA. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Cenaro Lagunas, A. (2010). Historia y memoria del Auxilio Social de Falange en *Pliegos de Yuste 11-12*. Recuperado el 3 septiembre 2015 en www.pliegosdeyuste.eu/n1112pliegos

Centro de Estudios del Discurso. Recuperado 26 de julio de 2014 en <http://www.discurs.org/>

Cerdeira Gutierrez, I. (1987). Los Servicios Sociales: del franquismo a la Constitución *Cuadernos de Trabajo Social*. 135-158. Madrid: Universidad Complutense. Recuperado el 26 de julio de 2015 En <http://revistas.ucm.es>

Clark, L. (.2006). *Manual para el manejo de redes como herramienta de diagnóstico*. La Paz (Bolivia): Centro Internacional de Agricultura Tropical CIAT.

Clemente, J.C. (1990). *Historia de la Cruz Roja Española*. Madrid: Cruz Roja Española.

Codina, N. (1997). *Análisis de la realidad social*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Codina, T., Albareda, A. (2016). *Baròmetre del Tercer Sector Social .informe de resultats juny 2016*. El Baròmetre del Tercer Sector Social Barcelona. Taula d' entitats de Tercer Sector Social a Catalunya. Recuperado el 21 de junio de 2015 en: [www V Congreso entidades del Tercer Sector 2016](http://www.vcongreso.org/entidades-del-tercer-sector-2016).

Coller, X. Garvia, R. (2004). Análisis de las organizaciones. *Centro de Investigaciones Sociológicas* 212, monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Comin, A. (2012). *Vencer las crisis socialdemocracia i más Europa*. Barcelona: Impuls.

Comín, A. (2011). Como ser juez y parte y no morir en el intento. El paper del tercer Sector en les polítiques socials. *Revista de Treball Social* 193, 9-21. Barcelona. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2009) *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior; Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Consejo de Europa (1961).** *La Carta social Europea*. Turín 1961. Firmada en Estrasburgo en 1978. Ratificada en España 29 de abril de 1980. BOE 153. 14533-14540 (1982).
- Consejo de Europa (1980).** *Les Services Sociaux*. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Constitución de Cádiz [Const.].** (1812). [Derogada]. Constitución política de la monarquía española. 1er ed. Recuperado el 6 de diciembre de 2014 en: http://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/ce1812_cd.
- Constitución de la Monarquía española de 1845.** En Recuperado el 18 de diciembre de 2014 en http://www.senado.es/web/wcm/idc/groups/public/@cta_senhis/documents/document/mdaw/mde5/~edisp/senpre_018544.
- Constitución Española (1931).** Constitución de la república Española. 1er ed. Recuperado el 18 de diciembre de 2014 en: http://www.congreso.es/docu/constituciones/1931/1931_cd.
- Constitución Española.** (1978). Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. En: BOE núm 311 (1978). Recuperado el 2 de febrero de 2015 <https://www.boe.es>
- Cookk, K.S.** (2001). Exchange and Power in Networks of interorganizational relations In Power critical concepts in section 2: Rational action exchange and social networks 363-387. London: John Scott
- Cookk, K.S.** (1997). Exchange and Power in Networks of interorganizational Networks. *The Sociological Quarterly* 18, 62-82. Washington: Universidad de Washington.
- Corbetta, P.** (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Corts, S., Montaña, O. Torra, R.** (2012). *2n Congrés d'Associacions de Barcelona*. Memòria 2010-2011. Barcelona: Consell d'Associacions de Barcelona, edición 2016 del Barómetro del Tercer Sector Social.
- Crespo, T.** (2001). El Tercer sector sectorial un sector emergent. *Revista de Treball Social* 193,45-58. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Cuervo, J. I.** (1998). El Estado del Bienestar y las Reformas del Sistema Sanitario Español. *Quaderns CAPS* 25,9-25. Barcelona Centre d' Anàlisis de Programes Sanitaris (CAPS).

Dante-Fachin, A. y Sibina, M. (2012).*El mayor robatori de la Historia de Catalunya* Recuperado el 20 de octubre de 2012 en: <http://albanodante.blogspot.com.es/2012/02/el-mayor-robatori-de-la-historia-de.html>

Decretos y Órdenes Generales 1822 expedidos por las Cortes (Comprende desde el 22 de septiembre de 1821 hasta 4 de febrero 1822). Tomo VIII. Madrid. Imprenta Nacional. Recuperado el 24 de octubre de 2014 En <http://fama2.us.es/>

Decreto Ley del 11 de marzo de 1919 de Organización y Administración del Retiro Obrero Obligatorio. Recuperado el 24 de octubre de 2014 en <http://bvingesa.mspsi.es>

Decreto Ley de 26 de mayo de 1931 implantación del Seguro Obligatorio de Maternidad. Madrid Instituto Nacional de Previsión. Recuperado el 13 de abril de 2015 en www.boe.es

Decreto 12-6-1931 de Accidentes de Trabajo 1932. Madrid Instituto Nacional de Previsión. Recuperado el 13 de abril de 2015 en www.boe.es

Decreto de 19 de noviembre de 1936, disponiendo que el Ministerio de Sanidad se denomine Sanidad y Asistencia Social BOE núm.324 (1936).

El Decreto de 28 de mayo de 1938, se creó el Consejo de Beneficencia y Obras Sociales. BOE núm. 586.(1938). Recuperado el 29 de octubre de 2014 en <https://books.google.es>

Decreto de 17 de mayo de 1940, de la Jefatura del Estado por el que se dictan nuevas normas para el Auxilio Social. BOE núm.29 (1940) (Derogado con la Constitución).

Decreto de 20 de junio de 1958, por el que se reorganiza el Consejo Superior de Beneficencia y obras sociales. BOE núm.(1958).

Decreto 931/1.959, de 4 de junio, sobre Seguros Sociales Unificados. BOE núm. 72 (1962).

Decreto 907/1966 de 21 de abril aprobado el texto articulado primero de la ley 193/1963 de 28 de diciembre sobre Bases de la Seguridad Social. BOE núm. 96 (1966).

Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, BOE núm. 284 (1967) Deroga la ley Orgánica de sanidad de 1855.

Decreto 2764 de 27 de noviembre de 1967 que reorganiza la Dirección General de Beneficencia. BOE núm.284 (1967)

Decreto 986/1974 de 5 de abril por el que se reorganiza el Ministerio de Gobernación. BOE núm. 91 (1974).

Decreto 2065/1974 de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE núm. 173 (1974).

Decreto 1558/77 de 4 de julio por el que se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. BOE núm.159 (1977)

Decreto 2162/1973 de 17 de agosto por le que se modifica la estructura orgánica de la Dirección General de política interior y asistencia social y de la entidad estatal autónoma de auxilio social. BOE núm. 225 (1973)

Decreto 114/1984 de 15 de marzo de la Generalitat de Cataluña por el que se aprueba la constitución del Consorcio hospitalario de Cataluña .DOGC núm. 431 (1984).(actualmente Consorcio de Salud y Social de Cataluña).

Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1983, de 14 de julio; 26/1985, de 27 de diciembre, y 4/1994, de 20 de abril, en materia de Asistencia y Servicios sociales en Cataluña (Vigente hasta el 01 de enero de 2008).DOGC. núm.1997 (1995).

Decreto 907/1996 de 21 de abril. Aprobado el texto articulado primero de la ley de Bases de la Seguridad Social se promulgada el 28 de diciembre 1963y modificada en el 1966. BOE núm. 96 (1996).

Departament de Sanitat i Seguretat Social. (1999). *Legislació sobre Ordenació Sanitaria de Catalunya* .Barcelona. Quaderns de legislació 23, monográfico. Generalitat de Catalunya.

Diez Medrano, J. (1992). Métodos de análisis causal. *Cuadernos Metodológicos 3*, monográfico.Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

De la Calle Velasco, M.D. (1989) *La Comisión de Reformas Sociales de 1883-1903 política Social y conflicto de intereses en la España de la Restauración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

De Miguel, J. (1990). *El mito de la sociedad organizada*. Barcelona: Península.

De Robles, J. (Juan de Medina). (1545).*De la orden que en algunos pueblo de España se ha puesto en la limosna para el remedio de los verdaderos pobres*. Salamanca. Universidad de Salamanca.Recuperado el 18 de marzo de 2015en <http://www.cervantesvirtual>

- De Soto, D.** (1545). *Deliberado in causa pauperum. De non inhibendo secundum misericordiae prescriptum público mendicabulo*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado el 18 de marzo de 2015 <http://www.cervantesvirtual>
- De Vega, M.E.** (1992). *Historia Social: La asistencia liberal española, beneficencia pública y previsión particular*. Valencia: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Díaz Casanova, M.** (2000). *El cambio social planificado y la cultura*. Madrid: Universidad Complutense.
- Diputación de Alicante** (2007). *Estudio de la documentación de la Beneficencia*. Alicante: Archivo de la Diputación de Alicante Recuperado el 7 de marzo de 2015 en <http://www.archivo.diputacionalicante.es>
- Domínguez, M., Coco, A.** (2000). *Tècniques de Investigació Social*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Donate Sanglas, I., Martí Ambel, F., Balta Llopart, P.** (1999). *ONG Organitzacions no gubernamentals a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya
- Donati, P.** (1983). *Welfare State: Problemi e alternative*. Milan: F. Angeli.
- Donati, P.** (1984). *Risposte all acris de llo Stato Sociale*. Milan: F. Angeli.
- Donati, P.** (1985). *La politiche sociali nella società complessa*. Milan: F. Angeli.
- Donati, P., Lucas, A.** (1987). La Política social en el Estado del Bienestar: El desafío de los sistemas complejos. *Revista de Investigaciones Sociológicas*. REIS 37.57-68. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Donati, P.** (1997). *El desarrollo de las organizaciones del III sector en el proceso de modernización y mas allá*. REIS 79, 113-141. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Durán Heras, M.A.** (2006). *El trabajo no remunerado de la economía global*. Madrid: Fundación BBVA, Instituto de Economía y Geografía, CSIC.
- Durkheim, E.** (1974). *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Morata.
- Equipo de Investigaciones Sociológicas (EDIS)** (2010). *Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España: Resumen ejecutivo*. Madrid: Fundación Luis Vives.
- El País.** *La beneficencia debe estar al margen de la Constitución*, El País, 4 julio de 1978 Recuperado el 2 de marzo de 2016 en http://elpais.com/diario/1978/07/04/sociedad/268351204_850215.html

- Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE)** de 2003/04. Recuperado el 20 de febrero de 2015 en www.ine.es/inoine
- Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE)** de 2011/12. Recuperado el 20 de febrero de 2015 www.ine.es/inoine
- Entitats Catalanes d' Acció Social** (2016 julio). *Document de consens de la jornada de treball sobre governança rol i incidència del tercer Sector en el context actual 8 de julio de 2016* Barcelona.
- Espring-Andersen, G.** (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- Esping-Andersen, G.** (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Esping-Andersen, G.** (1990). *the three worlds of welfare capitalism*. New Jersey: Princeton University Press.
- Estatut de Núria de 1931, Estatut d' Autonomia de 1932 i el Estatut interior de Catalunya de 25 de maig de 1933 de la Generalitat de Catalunya comparats.** Documento elaborado por la Fundación Centre de Documentació Política. Recuperado el 25 de mayo de 2015 en www.cdp.es
- Estefania, J.** (2011). *La economía del miedo*. Barcelona: Galaxia Guttenberg.
- Estramiana J.L., Garrido A.** (1995). Análisis de datos con SPSS/PC+. *Cuadernos metodológicos* nº 14, monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Etxeberria, J. García, E. Gil, J. Rodríguez.** (1995). *Análisis de datos y textos*. Madrid: RA-MA.
- Fee, E., Porter, D.** (1991). Public Health, preventive medicine, and professionalization: Britain and the U.S. In: *Elizabeth Fee y Roy M. Acheson, A history of education in Public Health*, Oxford: O.U.P.
- Feijoo, J.** (1998). *Edición digital de las Obras de Benito Jerónimo Feijoo 1676-1764*. Oviedo: Biblioteca Feijoniana de la Fundación Gustavo Bueno. Recuperado e marzo de 2915 en wwwfilosofia.org/bjf/
- Feu, J., Codina, T.** (2013). *Dossiers del Tercer Sector: hacia un nuevo modelo de financiación del Tercer Sector*: 18.monografico. Barcelona: Taula d' Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya.

- Feria Lorenzo, J.D.** (2016). *La sanidad en el Liberalismo Isabelino*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Fernández, M., Vidal, P.** (2015). *Panoràmic de les Associacions de Barcelona 2014. Fotografia d' un compromís amb la ciutat*. Barcelona: Torre Jussana centre de serveis i associacions. Recuperado el 2 de mayo de 2016 en www.elpanoramic.org
- Fernández, M., Vidal, P.** (2016). *Panoràmic de les Associacions de Barcelona 2015. Recull inicial de dades*. Barcelona: Torre Jussana centre de serveis i associacions. Recuperado el 2 de mayo 2016 en: www.elpanoramic.org.
- Francés, F.** (2013). Datos primarios y datos secundarios en *Técnicas de investigación social para Trabajo Social Tema 2: Fuentes secundarias y documentación*. Alicante. Departamento de Sociología II Universidad de Alicante. Recuperado el 8 de enero de 2015 en <http://www.Personal.ua.es/esfrancisco-frances/materiales/tema2/datos-primarios-y-datos secundarios>.
- Freeman, L. C.** (2000). Visualizing Social Networks, *Journal of Social Structure* 1, 1. Recuperado el 10 de octubre de 2016 en <http://www.cmu.edu/joss/content/articles/volume1/Freeman.html>.
- Freire, J. M.** (1993). Cobertura Sanitaria y Equidad en España, vol.8. *I Simposio sobre igualdad y distribución de la riqueza*. Fundación Argentaria, Febrero 1993: Madrid.
- Galbraith, J.** (1973). *Designing Complex Organizations*, Editado y compendiado por Ramió, C. y Ballart, X. ed., (1993) *Lecturas de teoría de la organización vol.2*. Pp.623-638. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Gallego, R.** (2000). *Tipus d' agències y estructures pressupostaries: anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l' administració sanitària catalana*. Barcelona: Agència de l' Avaluació, la Tecnologia i Recerca Mèdiques, Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- García, E.** (1990). Sociologia del desenvolupament i límits ecològics. *Revista de Sociologia de la Universitat Autònoma de Barcelona Papers* 34,97-114. Barcelona: Península.
- García González, G.** (2007). *Orígenes y Fundamentos de los Riegos Laborales en España: 1873-1907* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

- García Herrero, G., RamírezNavarro,J.M.** (2012).*Índice de desarrollo de los Servicios Sociales 2012*. Madrid: Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.
- García Ferrando, M.,Ibañez,J., Alvira,F.**(1992). *Análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza Universidad.
- García Mandaria, J.M.**(1985).*Teoría de las Organizaciones y Sociedad Contemporánea*. Barcelona: Ariel.
- García Murcia, J., Castro Arguelles, M. A.,** (2007). *La Previsión Social en España del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de la Seguridad Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- García Pelayo, M.** (1977). *Las transformaciones del Estado Contemporáneo*. Madrid: Alianza.
- García Roca, J.** (1996). El Tercer Sector Documentación Social. *Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*.103, 11-35. Madrid: Caritas española.
- Garran Martínez, J.M.** (2004). *La prohibición de la mendicidad: La controversia entre Domingo de Soto y Juan Robles en Salamanca de 1545*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado el 7 de marzo de 2015 en: www.bibliotecadigitaluniversidaddesevilla
- Gavilán, Iglesias., Beitia, P.** (2013). *La captación de recursos en el Tercer Sector*.Bilbao. Equipo del Observatorio del Tercer Sector. Recuperado el 20 de junio de 2016 en www.3sbizkaia.org
- Generalitat de Catalunya.** Coneix el CatSalut. El model sanitari catala, historia del model_ Recuperado el 20 de marzo de 2015 en http://www10.gencat.net/catsalut/esp/coneix_models_his.htm
- Generalitat de Catalunya i Universitat oberta de Catalunya**(2007).*Modernització, tecnologia, canvi organitzatiu i servei a l' usuari en el Sistema de Salut a Catalunya*. Barcelona Cap II. Recuperado el 8 de febrero de 2015 en <http://www.uoc.edu/in3/pic>
- Giddens, A.** (1989). *La estructura de clases en las sociedades avanzadas*. Madrid: Alianza.
- Gilbert, N.** (1993). *Researching social life*. London: Sage publications Ltd.
- Giménez, A.** (Dir. Equipo de investigación sociológico EDIS) (2012). *Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España*. Madrid: Fundación Luis Vives.

- Giner del Grado, C.** (1996). La solidaridad como fundamento ético del Tercer Sector. *Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*. nº 103,54-68. Documentación Social. Madrid: Caritas española.
- Gobierno de España.** (1977). *Los Pactos de la Moncloa: Texto completo del acuerdo económico y el acuerdo político*. Madrid: Presidencia del Gobierno.
- González. E., Mates, A. Barco, J. M. (Coord.)**(2006).*Historia Económica de España* Madrid: Ariel.
- González Fernández, A.** (1995). *La Comisión de Reformas Sociales. Reformismo y Clases Trabajadoras en la Sevilla a finales del siglo XIX*. Sevilla: Universidad de Sevilla
- González Rio, M.J.** (1997). *Metodología de la investigación social: técnicas de recolección de datos*. Alicante: Aguaclara.
- Gouldner, A.W.** (1954). *Patterns of Industrial Bureaucracy: A Case Study Of Modern Factory Administration*. Nueva York: Macmillan Publishing Co.
- Granovetter, M.S.** (1973) la fuerza de los vínculos débiles en *American Journal of Sociology*.78 (6),1360-1380. Baltimore. Johns Hopkins University.
- Grupo de Investigación Metodología Cualitativa**
<http://psicologiasocial.uab.es/gimc/es> Consultado 12 -8-2014
- Guasch, O.** (1997). Observación participante *Cuadernos Metodológicos* nº 20 monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gutiérrez-Fisac, J.L.** (2002). Desigualdades sociales en salud subjetiva y en varios trastornos crónicos en salud en España, en Regidor, E. Coord. *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, (pp.59-74). Murcia: Universidad de Alicante.
- Gutiérrez Resa, A.** (2001). El Plan Concertado de Servicios Sociales Básicos en España. (Once años de Plan Concertado) *REIS 93*, 83-139.Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas Recuperado el 7 de mayo de 2015 en www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_093_06.pdf
- Gutiérrez Resa, A. y Jordi Garcés, J.** coord. (2000). *Los Servicios Sociales en las Comunidades y Ciudades Autónomas*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gutiérrez Resa, A.** (1997). *Acción Social no gubernamental: análisis y reflexiones sobre las organizaciones*. Valencia: Tirant lo Blanc.

- Gutiérrez Resa, A.** (1993). *Caritas Española en la Sociedad del Bienestar 1942-1990*. Barcelona: Hacer.
- Habermas, J.** (1981). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J., Baudrillard, J., Said, E., Jamerson, S. et al.** (1985). *La Postmodernidad*. Barcelona: Kairós.
- Hannan, MT., Carrol GR.** (1995). Theory Building and cheap talk about Legitimizing reply to baum and Power. *American Sociological Review*, 60, 539-544. Chicago: American sociological association.
- Hannan, MT.Y., Freeman, J.** (1989). *Organizational Ecology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hanneman, R. A.** (2005). *Introducción a los métodos de análisis de redes sociales* traducido de Hanneman, R. & Riddle, M. (2005). *Introduction to social network methods*. California. Universidad de California Riverside, Recuperado el 13 de noviembre de 2016 en <http://www.faculty.ucr.edu/~hanneman/>
- Hatzfeld, H.** (1965). *La Crisis de la Medicina Liberal*. Barcelona: Ariel.
- Hayek, F. von.** (1960). *The Constitution of Liberty*. New York: John Wiley.
- Heller, A.** (1996). *Una Revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós.
- Herrera, H.** (1998). *El Tercer Sector en los Sistemas de Bienestar*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Huber E, Stephens J.** (2001). *Development and crisis of the Welfare State*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Huertas, R.** (1998). *Neoliberalismo y Políticas de Salud*. Madrid: El Viejo Topo.
- Huertas, R.** (1995). *Organización sanitaria y Crisis Social en España: la discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*. Madrid: FIM.
- Icard, M.T, Pulpon, A. M. Coord.** (2012). *Como elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- International Institute for Qualitative Methodology (IIQM)**. Recuperado el 8 de junio de 2014 en www.ualberta.ca/~iiqm/
- Instituto Catalán de la Salud** Recuperado el 28 de marzo de 2014 en www.gencat.cat/ics/infocorp/index_organitzacio.htm

Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT). Recuperado el 13 de mayo de 2016 en www.idescat.cat

Instituto Nacional de Previsión (1923). *¿Qué es el Instituto Nacional de Previsión?* Madrid: Documentos del Instituto Nacional de Previsión.

Instituto Nacional de Previsión (1924). *Reglamento General Obligatorio del Retiro Obrero aprobado el 21 de enero de 1921.* Madrid. Gaceta núm. 23 (1921)

Instituto de Salud Pública de Madrid. (2005). *Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid (2004-2005)*. Recuperado el 24 de noviembre de 2012 en <http://www.madridsalud.es/publicaciones/otraspublicaciones/encuesta-salud-2005>.

Instrucción 1904 General de Sanidad Pública. Gaceta de Madrid nº 23 de (1904). Ministerio de la Gobernación. Recuperado el 12 de septiembre de 2015 en www.boe.es

Kadushin, C. (2013). *Comprender las redes sociales* nº 11. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Kliksberg, B. (1992). *El Pensamiento Organizativo.* Buenos Aires: Tesis.

La Farga, J. L. (1994). El consorcio: un instrumento al servicio del consenso en la gestión de los servicios sanitarios. *Una experiencia en Cataluña.* D.S. 2. Recuperado el 17 de abril de 2015 en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3180011>

Lalonde, A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians a working document.* Ottawa: Minister of National Health and welfare.

Lapassade, G., Loureau, R., Hess, R., Lobrot, M., Guattani, F., et al. (1977). *El Análisis Institucional.* Madrid: Campo Abierto.

Las Heras, P. Cortajarena, E. (1986). *Introducción al Bienestar Social.* Madrid: Siglo XXI.

Lazarsfeld, P., Rosenberg, R. (EDS) (1955.). *The Language of Social Research.* Nueva York: Free Press.

Lazarsfeld, P. (1971). *Planificación sociológica de los problemas sociales.* Buenos Aires: Paidós.

Le Grand, J. (1991). *Equity and Choice.* London: Harper Collins.

Le Grand, J. (1993). Economía, igualdad y justicia social. En La igualdad en las ideas y en el pensamiento político. *I Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza.* Madrid: Fundación Argentaria.

Ley de 23 de enero - 6 de febrero de 1822, sobre Establecimiento General de Beneficencia.*Colección de Leyes y Decretos de las cortes Tomo XX.* Madrid:Imprenta Nacional. Recuperado el 24 de mayo de 2015 en www.bibliotecavirtualdeandalucia.es

Ley sancionadora sobre establecimientos de beneficencia de 20 de junio 1849.BOE núm.5398 (1849). Recuperado el 6 de diciembre de 2014 en [www.boe.es/datos/pdfs/BOE 1849/5398/A00001-00002](http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE_1849/5398/A00001-00002).

Ley General de Sanidad (1855). Gaceta de Madrid (1855).Biblioteca Virtual del Patrimonio Bibliográfico. Recuperado el 5 de junio de 2015 en <http://www.bvpb.mcu.es>

Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1873 de la creación de las Juntas Provinciales de Beneficencia. Recuperado el 5 de junio de 2015 en [www.Archivo.dival.es/es/fondo-documental/fondo-junta-provincial-de-beneficencia](http://www.archivo.dival.es/es/fondo-documental/fondo-junta-provincial-de-beneficencia)

Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1892.Gaceta de Madrid núm. 167 (1892). Biblioteca Virtual del Patrimonio Bibliográfico Recuperado el 5 de junio de 2015 en <http://www.bvpb.mcu.es>

Ley de 30 de enero de 1900 a cerca de los accidentes de trabajo. Gaceta de Madrid. núm.211. (1900). Recuperado el 25 de mayo de 2014 en www.boe.es.

Ley de Instrucción General de Sanidad Pública de 22 de enero de 1904. Gaceta de Madrid. núm.23 (1904). Recuperado el 25 de mayo de 2014 en www.boe.es.

Ley de 27 de febrero de 1908 de la creación del Instituto Nacional de Previsión. Gaceta de Madrid núm.60 (1908). Recuperado el 16 de enero de 2015 en <http://fama2.us.es/fde/ocr/2007/institutoNacionalDePrevisionQueEs>

Ley sobre el Seguro de Maternidad 1929. BOE núm. 83, (1929).Recuperado el 13 de abril de 2015 en <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1929/083/A02202-02206>

Ley sobre el seguro de accidentes de Trabajo 1932 de 4 de julio de 1932.Gaceta de Madrid núm.1897 (1932). Recuperado el 13 de abril de 2015 en www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1932/189/A00179-00180

Ley de Bases per a l' organització dels Serveis de Sanitat i Asistencia Social de març de 1934.Publicada el DOGC núm. 96 (1934).*Discussions sobre temes*

de dret públic. Editado en Barcelona en, 1935. Barcelona: Academia de Justicia y Legislación de Catalunya.

La Ley Municipal de 5 de enero de 1934 de la Generalitat de Catalunya para la organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social del 22 de marzo de 1934. *Discussions sobre temes de dret públic.* Barcelona: Academia de Justicia y Legislación de Catalunya.

Ley del seguro de enfermedades profesionales de 1936. Gaceta de Madrid núm.197 (1936).

Ley de Régimen Obligatorio de Subsidios Familiares 1938 en *Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión: Caja Nacional de subsidios Familiares.* Biblioteca INSALUD núm.00805.Madrid. Ministerio del Trabajo. Recuperado el 3 de junio de 2015 en <http://bvingesa.mspsi.es>

Ley del subsidio de vejez y el seguro de vejez e invalidez de 1939. *Instituto Nacional de Previsión publicación núm. 820.* Servicio exterior y cultural del Instituto Nacional de Previsión.Madrid. Ministerio del Trabajo. Recuperado el 3 de junio de 2015 en <http://bvingesa.mspsi.es>

Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el Seguro obligatorio de Enfermedad. BOE núm. 361 (1942). Recuperado 15 de abril 2015 en <https://www.boe.es>

Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de sanidad Nacional. BOE núm. 331 (1944). Recuperado el 15 de febrero de 2015 en <https://www.boe.es>

Ley de principios del movimiento Nacional de 17/5/1958.BOE núm.95 (1967). Recuperado 15 de febrero de 2015 en <https://www.boe.es>

Ley 45/1960 de 21 de julio por la que se crean determinados Fondos Nacionales para la aplicación social del Impuesto y del Ahorro. BOE núm. 176 (1960).

Ley 37/1962 de 21 de julio sobre hospitales. BOE núm. 175 (1962).

Ley 193/1963 de 28 de diciembre, Ley de Bases de la Seguridad Social.BOE núm.312 (1963).

Ley 191/1964 de 24 de diciembre de Asociaciones. BOE núm. 311 (1964) (derogada).

Ley orgánica 4/1979 de 18 de diciembre del Estatuto de Autonomía de Cataluña. BOE núm.306 (1979).

Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de Minusválidos. BOE núm. 103. (1982).

Ley 6/1982 del Parlamento Vasco sobre Servicios Sociales de 20-5-1982. BOE núm. 100 5535 (1982). Recuperado 15 de setiembre de 2015 en WWW.silis.net/documento/legislativos/003611

Ley 193/1983 d 28 de diciembre sobre las Bases de la Seguridad Social .BOE 312, (1983).

La Llei 12/1983, del 14 de juliol, d' Administració institucional de la Sanitat, l'assistència i els Serveis Socials de Catalunya. DOGC núm. 353 (1983). Derogada por Ley 8/2007 del Instituto Catalán de la Salud.

Ley 7/1985 de 2 de abril que regula Las Bases del Régimen Local y establece nuevas competencias municipales en sanidad. BOE núm. 80 (1985).

Ley 26/1985 de 27 de diciembre de Servicios Sociales. BOE núm. 57 (1986). DOGC núm. 634 (1986).

Ley 14/1986 de 25 abril General de Sanidad BOE núm.102 (1986).

Ley 9/1987 de 11 de febrero de Acción Social de Baleares. BOIB núm.53 (1987). BOE núm.119 (1987).

Ley 4/1987 de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social de Aragón. BOA núm. 36 (1987). BOE núm. 86 (1987).(Vigente hasta el 11 de julio de 2009).

Ley 5/1987, de 4 de abril, de régimen provisional de las competencias de las Diputaciones Provinciales. DOGC núm. 826, (1987).

Ley 6/1987 de 4 de abril de la Organización Comarcal de Cataluña. DOGC núm. 826 (1987).

Ley 18/1988 de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León .BOLC núm. 5 (1989).

Ley 15/1990 de Ordenació sanitària de Cataluña. DOGC núm. 1324 (1990); BOE núm. 197 (1990).

Ley 26/1990 de 20 de diciembre por la cual se establecen en la Seguridad Social las prestaciones no contributivas.BOE núm.69 (1991).

Ley de Acción Social de Cantabria 5/1992 de 27 de mayo (vigente hasta 3 de julio de 2007. BOC núm. 113 1992; BOE núm. 181 (1992).

- Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de transferencia de competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución.**BOE núm. 308 (1992).
- Ley 30/1994 de 24 de noviembre** de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general. BOE núm.282 (1994).(Modificada 2015 por la ley de Voluntariado).
- Ley 11/1995 de 29 de septiembre** de modificación parcial de la ley 15/1990 de 9 de julio de Ordenación Sanitaria de Cataluña. DOGC. núm. 2116 (1995).
- Ley 7/2001 de 12 de julio** del Voluntariado. BOE núm. 188 (2001). (La Junta de Andalucía)
- Ley 49/2002 de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo.** BOE núm. 307 (2002). Recuperado el 9 de mayo de 2016 en <http://www.boe.es>
- Ley Orgánica 1/2002 reguladora del derecho de asociación.** BOE núm.73,5852 (2002). Recuperado el 9 de mayo de 2016 en <http://www.boe.es>
- Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud.**BOE núm. 128 (2003).
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.** BOE núm. 299, 44142-44156 (2009).
- Ley 8/2007 de 30 de julio de la creación del Instituto Catalán de la Salud.** DOGC núm. 4940 (2007), BOE núm. 197 (2007).
- Ley 12/2007 de 11 de octubre de Servicios Sociales en Cataluña.** DOGC núm.4990, (2007). BOE núm.266 (2007).
- Ley 5/2011 de Economía Social.** BOE núm.76 (2011).
- Ley 33/2011 de 4 de octubre. General de Salud Pública.** BOE núm. 240 (2011).
- Ley Omnibus 11/2011 de 29 de diciembre de reestructuración del sector público para agilizar la actividad administrativa.** DOGC núm. 6035 (2011).
- Ley 17/2012 de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013.** BOE núm. 312 15651 (2012). Recuperado el 9 de mayo de 2016 en <http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/28/pdfs/BOE-A-2012-15651>.

Ley 19/2013, de 9 de diciembre de acceso la información pública y buen Gobierno. BOE núm. 295 (2013). Recuperado el 9 de mayo de 2016 en: http://www.boe.es/boe_catalan/2012/12/10pdf/

Ley 12/2015 de 9 de juliol de Cooperatives a Catalunya. DOGC núm. 6914 (2015).

Ley 25/2015 del 30 de juliol, del voluntariat i del foment de l'associacionisme. DOGC núm. 6930 (2015). Recuperado el 9 de mayo de 2016 en: <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6930/1438814>

Ley 45/2015 de 14 de octubre de voluntariado. BOE núm.247 (2015).

LIC Laboratorio de Investigación Cualitativa. Recuperado el 13 de agosto de 2014 en <http://www.index-f.com/cuali/lic.php>

Lichteim, G. (1977). *Breve historia del socialismo.* Madrid: Alianza editorial

López Nieto, F. (1992) .*Manual de Asociaciones: Doctrina, legislación y jurisprudencia.* Madrid: Técno.

López Casanovas, G. (1997). *Desigualdad Social y Desigualdad sanitaria. Algunas reflexiones sobre la financiación autonómica de la sanidad.* Barcelona: Mimeo CRES.

Lores Agüin, L. (2013). Alternativas a la opresión de la privatización sobre el Sistema Nacional de salud cap. 10, 188-204, en Sánchez Bayle M. coord. (2013) *La Contra Reforma Sanitaria* (pp. 188-204). Madrid: Libros de la Catarata.

Lucas Marín, A., García Ruiz, P. (2002). *Sociología de las Organizaciones.* Madrid: McGraw- Hill.

Maluquer de Motes, C.J. (1983). *La Fundación como persona jurídica en la codificación civil de vinculación a la persona (estudio de un proceso).* Barcelona: Universidad de Barcelona.

Marmot, M. Y Wilkinson, RG.(1999). *Social determinants of health.* Oxford: University press.

Marshall, T.H. (1976). *Cittadinanza e classe sociale.* Turin: Utet.

Marset, P., Sáez, J. Martínez, F. (1994). La Salud Pública durante el franquismo. Madrid. Recuperado el 31 de marzo de 2015 en :www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/.../165451.

Martínez, M. Albaiges, B. (coord.) (2013). L'Estat de l'Educació a Catalunya Anuari 2011 *Col·lecció Polítiques* nº 80 monográfico..Barcelona: Fundació Bofill.

- Martínez Navarro, F.** (1994). Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68 monográfico. Madrid: Encuentro Marcelino Pascua, junio de 1992.
- Marx, K. Engels, F.** (1975). *Obras escogidas I y II*. Madrid: Akal.
- Maslow, A.** (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Maslow, A., Ram, D., Capra, F., Wilber, K., et al.** (1982). *Más allá del ego*. Barcelona: Kairós.
- Maslow, A.** (1983). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.
- May, P. J. et al.** (2005). Policy Coherence and Component-Driven Policymaking Article Policy in Canada and the United States in *The Policy Studies Journal* 33, 37-63. Washington: The Policy Studies Journal.
- Mays, N. Pope, C.** (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320 (7226), 50-52. London: British Medical Journal.
- Maxwell, J. A.** (1996). *Qualitative research design. An Interactive Approach*. London: Sage London Publications.
- Meil, G.** (2011). *Individualización y solidaridad familiar*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Miguel, F.; García T.; Rebollo O.; Sánchez C.; Romero A.** (1996). *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*. Barcelona: Proa UAB.
- Ministerio de Gobernación** (1975). El Decreto de 28 de mayo de 1938, que crea el Consejo de Beneficencia y Obras Sociales en *Legislación básica parte general .1*, 54. Madrid. Ministerio de Gobernación Recuperado el 29 de octubre de 2014 en <https://books.google.es>
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad** (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Socio sanitaria en España*. Madrid: Dirección General del IMSERSO. Dirección General de la Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 2 de mayo de 2016 en: http://www.imsersomayore.csic.es/documentos/documentos/mspsi_libroblancosanidad-01
- Ministerio de Trabajo, Subsecretaría de la Seguridad Social** (1977). *Libro Blanco de la Seguridad Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo.
- Mintzberg, H.** (1988). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- Mintzberg, H.** (1992). *El poder en la organización* Barcelona: Ariel.

- Molho, M.** (1964). *El fuero de Jaca*. Zaragoza: Crítica.
- Molina. (dir.) Moreno, A., Corcoy, M., Rius, N. y otros** (2014). *Transparencia calidad e información de las entidades sin ánimo de lucro*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Moliner, M.** (1982). *Diccionario del uso del español*. Madrid: Gredos.
- Montagut, T.** (2008). *Política Social una introducción*. Barcelona: Ariel Sociología.
- Montalvo Correa, J.** (1988). El Instituto de Reformas Sociales como precedente del Consejo Económico Social *Revista de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Número extraordinario* (pp.115-118). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montserrat, J.** (1996). Hacia un enfoque multidisciplinar del Tercer Sector no lucrativo. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* 103, 37-51. Madrid: Caritas española.
- Montserrat, J.** (2011). Els reptes de les organitzacions del Tercer Sector Social en el context de la crisi econòmica. *Revista de Treball Social* 193, 22-31. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Mora Rosado, S.** (2010). Tercer Sector, participación y ciudadanía. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* 159, 105-119. Madrid: Caritas española.
- Moragas, R.** (1976). Enfoque sociológico de las diversas concepciones de salud. *Papers: revista de sociología* 5, 31-54. Monográfico de sociología de la medicina Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Moreno, J.A.** (1972). *Como realizar una investigación social*. Madrid: Masiega S.A.
- Morgan, G.** (1990). *Imagen de la Organización*. Madrid: Rama.
- Mouzelis, N. P.** (1989). *Organización y Burocracia*. Barcelona: Península.
- Muñoz del Bustillo, R.** (1989). *Crisis y futuro del Estado del Bienestar*. Madrid: Alianza.
- Muñoz Justicia, J., Sahagún Padilla, M.** (2017). *Hacer análisis cualitativo en Atlas.ti.7. Manual de uso*. Recuperado el 28 de enero 2017 en: manualatlas/psicologiasocial.eu/atlati7.html
- Muñoz Machado, S.** (1975). *La Sanidad Pública en España evolución histórica y situación actual*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos.
- Muñoz Machado, S.** (1995). *Formación y Crisis de los Servicios Sanitarios Públicos*. Madrid: Alianza.

- Muñoz R.M., Redon, M.R. Aguilar A.J. García M. J.G** (2004). *Redes de innovación: un acercamiento a su identificación análisis y gestión para el desarrollo rural*. Michoacán (México): Universidad Autónoma de Chapingo. Fundación PRODUCE.
- Murillo, S.** (1996). *El Mito de la Vida Privada*. Madrid: Siglo XXI.
- Mustard, J.F., y McCain, M.N.** (1999). *Early years study-reversal the real bargain drain*. Toronto: Ontario Publications.
- Navarro V.** (1978). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.
- Navarro, V.** (1984). *Lucha de clases, Estado y medicina*. México: Nueva Imagen.
- Navarro V., Benach, J. y La Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España** (1996). *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU).
- Navarro, V., Shi, L.** (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science and Medicine* 52,481-491. Baltimore: Social Science and Medicine.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Águeda, Q., Rodríguez-Sanz, M., et al** (2006) Politics and health outcomes. *Lancet*. 368,(9540),1003-7. London. Recuperado el 15 de octubre de 2014 en: www.nacbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980120
- Navarro, V. Martin Zurro, A. coord.** (2009). *La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas*. Barcelona: UPF y SEMFYC.
- Nebot, M., García, AM.** (2004). La investigación cualitativa en Gaceta Sanitaria: bienvenida y mejor valorada, *en Gaceta Sanitaria* 18 (1), 5-6. Madrid: Gaceta Sanitaria.
- Niño, V., Jiménez, J.L.** (2015). *Administración y Gestión de Servicios de Enfermería: La gestión de los servicios sanitarios Marco Actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Recuperado el 22 de febrero de 2015 en www.uva.es
- Nozick, R.** (1988). *Anarquía, Estado y utopía (Edición original: Anarchy, State, and Utopia. Basic Books. Nueva York. 1974)*. Traducción de Eduardo Tamayo. México: Fondo de Cultura Económica.
- Obra Social de la Caixa de Catalunya.** (1999). *Les organitzacions no governamentals per el desenvolupament de Catalunya*. Barcelona: La Caixa de Catalunya.
- Orden:** Mantenimiento en vigor de la ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934. BOE 58 (1936).

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE** (1998). Modelos de cobertura sanitaria 1987 en *Lamata, F. 1998 Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. 81-91. Madrid: Diaz de Santos.
- O'Connor, J.** (1973). *The Corporation and the State: Essays in the Theory of Capitalism and Imperialism*. Santa Mónica California: Harper Collins.
- Orduña Prada, M.** (1996). *El Auxilio Social (1936-1940) La etapa fundacional y los primeros años*. Madrid: Escuela Libre.
- Organización Internacional del Trabajo.** (1970). *Introducción a la Seguridad Social*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud.** (1946). *Conferencia Internacional de la Salud en Nueva York*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud.** (1948). *Declaración de derechos humanos 1948*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud.** (1963). *Informe técnico nº 261*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud.** (1978). *Salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud.** (1990). *Conceptos y principios de desigualdad en salud*. Ginebra: Programa de Políticas de Salud y Planificación de la Oficina Regional para Europa de la OMS.
- Organización Naciones Unidas.** (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Paris. Asamblea General de Naciones Unidas.
- Organización Naciones Unidas.** (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata (URSS): O.N.U.
- Organización Naciones Unidas.** (2010). *State of the world's cities 2010/2011-cities for all: bridging the urban divide*. Geneva: United Nations Human Settlements Programme /UN-HABITAT).
- Organización Mundial de la Salud.** (2010). *WHO/UN-HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva: World Health Organization
- Ortún, V.** (1990). *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. Barcelona. Euge.

- Pactos de Toledo.** Recuperado el 22 de noviembre de 2014 en <http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/110963>.
- Pactos de la Moncloa** Firmados el 25 de octubre de 1977. Recuperado el 22 de noviembre de 2014 en: <http://vespito.net/historia/transi/pactos.html>
- Palanca, J. A.** (1958). Discurso de apertura del curso académico 1958-1959, Madrid: Estades.
- Palanca Martínez Fortún, J. A.** (1965). Los errores iniciales del Seguro Obligatorio de Enfermedad en: *Solé, Sabaris, F. Apunte critico del funcionamiento de la Seguridad Social en España, a su vez en Hatzfeld, (1966). La crisis de la medicina liberal.*(pp.116-117).Barcelona: Ariel.
- Palomar Baro, E.** *La Obra Nacional del Auxilio social Madrid Fundación Nacional Francisco Franco.* Recuperado el 22 de noviembre de 2014, en www.fnff.es/La_obra_nacional_de_Auxilio_Social_997_c.htm
- Parcio, A., Blasco R.y otros** (1989). Sociología de la salud: Teorías básicas. San Sebastián libro de ponencias y comunicaciones del Congreso de Sociología.*III Congreso de Sociología noviembre 1989.* San Sebastián.
- Parsons, T.** (1951).*The Social System:Patients, Physicians and Illness*, E. G. Jaco (ed.), (1972) *Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure*,(pp.110-111).Nueva York:Free Press.
- Perrow, C.** (1991). *Sociología de las Organizaciones.* Madrid: McGraw-Hill.
- Pfeffer, J., Salandick, G.** (1978). *The External Control of Organizations.*New York: Harper and Row.
- Pfeffer, J.** (1981). *Power in Organizations.*Boston: Pitman Publishing.
- Pfeffer, J.** (1989). *Organizaciones y Teoría de la Organización.* Buenos Aires: El Ateneo.
- Pérez Porto, J., Gardey,A.** Definición de filantropía. Recuperado el 26 de noviembre de 2016 en <http://definición de filantropía>.
- Piñar Mañas, J.L.** (2000). Las Fundaciones sanitarias. De la perplejidad a la confusión pasando por la demagogia *en Revista de legislación y jurisprudencia* 1, 73-100. Madrid: Época.
- Pons, I.** (1993) Programación de la investigación Social.*Cuadernos metodológicos nº 8,* monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Poveda, C.** (2013). *Estudi sobre la presència de les dones en els consells d' administració de les empreses a Catalunya*. Barcelona: Observatori Dona, Empresa i Economia. Cambra de Comerç de Barcelona y INFORMA.
- Power, C., Matthews.S.**(1997). Origins of health inequalities in national population sample. *Lancet* 350 (9091) 1584-9. London: Lancet.
- Puyol, A.** (2001). *El discurso de la igualdad*. Barcelona: Crítica.
- Quivy, R. Van Campenhoudt,L.** (1997). *Manual de recerca en Ciències Socials*. Barcelona: Herder.
- Rawls, J.** (2002). *La justicia como equidad*. Barcelona: Paidós.
- Real Carta y Real Instrucción de Carlos I, de 24 de agosto de 1540.** Recuperado el 15 de febrero de 2015 en http://www27.us.archive.org/stream/diccionariodelaa02mart/diccionariodelaa02mart_djvu.txt
- Real Decreto de 10 de marzo 1847** que crea la Dirección General de Beneficencia y la de Corrección y Sanidad. Gaceta de Madrid núm.4563 (1847). Recuperado el 2 de junio de 2015 en <http://www.interior.gob.es>
- Real Decreto de 10 de julio de 1853** reorganiza el Ministerio y establece la Dirección General de Beneficencia y Sanidad. Gaceta de Madrid núm. 195 (1847). Recuperado el 2 de mayo de 2015 en <http://www.interior.gob.es>
- Real Decreto de 5 de Diciembre de 1883** de la creación de la Comisión de Reformas Sociales. Gaceta de Madrid núm. 344 (1883). Recuperado el 21 de febrero de 2015 En <http://www.ub.edu>
- Real decreto 14/3/1899 sobre la Reorganización de los servicios de beneficencia** Gaceta de Madrid núm. 4763 (1899). Recuperado el 12 de marzo de 2015 en [ww.boe.es](http://www.boe.es) (Derogada)
- Real Decreto de 23 de abril de 1903 de creación del Instituto de Reformas Sociales y sus normas básicas.** Madrid. Gaceta de Madrid núm.120 (1903). Recuperado el 8 de diciembre de 2014 en http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/ExtraDTrab03/docu2.
- Real Decreto Ley de 11 de marzo de 1919 del Seguro del Retiro Obrero Obligatorio.** Gaceta de Madrid núm.23 (1919). Recuperado el 24 de abril de 2015 En <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/textos/social1919.htm>

- Real Decreto Ley de 22 de noviembre 1929 estableciendo en España el Seguro de Maternidad.** Gaceta de Madrid núm.83. (1929).
- Real Decreto 198/1977 de 29 de julio sobre la estructuración del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.** BOE núm. 181 (1977). (Derogada)
- Real Decreto ley 36/1978 de 16 de noviembre por el que desaparecen las estructuras del Instituto Nacional de Previsión y las Mutualidades.** BOE núm.276 (1978).
- Real Decreto Ley 38/1978 de 18 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo,** por el que se crea el organismo autónomo del Instituto Nacional de Asistencia Social. BOE núm. 276 (1978) (Derogada).
- Real Decreto 2620/1981, de 24 de julio, por el que se regula la concesión de ayudas del Fondo Nacional de Asistencia Social a ancianos y enfermos o inválidos incapacitados para el trabajo** BOE núm. 266 (1981).
- Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre las estructuras básicas de salud** BOE núm. 27 (1984).
- Real Decreto Ley 791/1988 de 20 de julio por el que se determina la estructura orgánica inicial del Ministerio de Asuntos Sociales.** BOE núm. 176. (1988).
- Real Decreto 1088/1989 de 8 de septiembre** de extensión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social a personas sin recursos económicos. BOE núm. 206 (1989). Derogada 5-8-2012.
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.** BOE núm. 154 (1994).
- Real Decreto 63/1995 de 20 de enero de prestaciones del Servicio Nacional de Salud.** BOE núm.35 (1995).
- Real Decreto Ley de nuevas formas de gestión del INSALUD.** BOE núm.21 (2000).
- Real Decreto 200/2006, de 17 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 625/1985, de 2 de abril, que desarrolla la Ley 31/1984, de 2 de agosto, de protección por desempleo.** BOE núm.53 (2006).
- Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones.** BOE núm. 98 (2012),
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, que regula la condición de asegurado y beneficiario de la Seguridad Social.** BOE núm.186 (2012).

- Red de Investigación Cualitativa en Salud (REDICS).** Recuperado el 12 de julio de 2014 en http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/investigacion_redicsquees.jsp
- Regidor, E.** (1995). Las desigualdades sociales y la salud en España. *En la salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995*, V. Navarro, J. M. Cabases and J. E. Tormo. Barcelona: SG Editores.
- Regidor, E.** (2002). *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX* Alicante: Universidad de Alicante.
- Reglá, J.** (1969). *Historia de Catalunya*. Barcelona: Aedos.
- Reglamento General para el régimen obligatorio del Retiro Obrero 1921.** Gaceta de Madrid núm. 23. (1921). En Recuperado el 15 de enero de 2015 en <http://fama2.us.es/fde/ocr/2007/reglamentoGeneralParaElRegimenObligatorio>
- Reglamento 9 de febrero de 1925 de Sanidad Municipal y Provincial.** Colección legislativa de España. Recuperado el 18 de septiembre de 2014 en <https://legishca.edu.umb.es>
- Requena, F.** (2003). Análisis de redes sociales. *Orígenes, teorías y aplicaciones* nº 198, monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Requena, F.** (1996). Redes sociales y cuestionarios. *Cuadernos Metodológicos* nº 18, monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Resolución** de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el SNS art 4.3. BOE núm. 197 (2012).
- Rico Avello, C.** (1969). *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*. Madrid: Dirección General de sanidad.
- Rico Avello, C., Rico C.** (1969). *Notas para la Historia de la Sanidad española* Madrid: Dirección General de sanidad.
- Roca Roca, F.** (1996). *Fundación mecenazgo y Derecho*. Granada: Real Academia de Jurisprudencia y Derecho.
- Roca, N., Uribe, J., Pérez, A., Vega, C.** (2011). *Disfunció entre els àmbits de salut i social. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència*. Barcelona: Taula d'Entitats del Tercer Sector Social a Catalunya. Recuperado el 3 de mayo de 2016 en <http://www.tercersector.cat/admin/repositori/file/INFORME-DISFUNCIONS-AMBIT-SALUT-I-SOCIAL>

- Rodríguez, J.** (1993). Método de Muestreo. Casos prácticos. *Cuadernos metodológicos* nº 6, monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rodríguez, J. A.** (1995). Análisis estructural y de redes. *Cuadernos metodológicos* nº 16, monográfico. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas
- Rodríguez Cabrero, G., Robertson, A., Subirats, J. Moreno, L., Artells, R., Laporte, F., et al** (1992). *Política Social y Estado del Bienestar*. n 9. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Rodríguez Cabrero, G.** (2000). La reestructuración del Estado del Bienestar en España y la Estructura de la desigualdad. En *J. Adelantado (Coord.). 2000. Cambios en el Estado del Bienestar*, (pp.7-23). Barcelona: Icaria.
- Rodríguez Cabrero, G.** (2004). *El estado del Bienestar en España: Debate desarrollo y retos*. Madrid: Fundamentos.
- Rodríguez Cabrero, G.** (2005). Los retos del Tercer Sector en España en el espacio social europeo. Especial referencia a las organizaciones de acción social. *Revista del Tercer Sector* 1, 63-91. Madrid: Revista del Tercer Sector.
- Rodríguez de Campomanes, P.** "Obras completas 1703-1803". Recuperado el 18 de marzo de 2015 en <http://www.eumed.net>
- Rodríguez Ocaña, E.** (1992). *Por la salud de las Naciones: Higiene, Macrobiología y Medicina Social*. Granada: Universidad de Granada.
- Gala Vallejo, C.** (1970). El régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. *Revista de estudios Agrosociales* 73, 7-54. Madrid Ministerio de Agricultura Alimentación y Medioambiente (no se edita actualmente)
- Romeu de Armas, A.** (1944). *Historia de la previsión social española*. Madrid: Revista de Derecho Privado.
- Rose, G.** (1994). *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A.
- Rousseau, J., J.** (1987). *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres y otros escritos*. Madrid: Tecnos.
- Rubio Nombela, G.** (1967). *Problemas fundamentales de beneficencia y Asistencia Social*. Madrid: Ministerio de Gobernación.
- Rubiol, G.** (1980). *Els Serveis Socials: organització i funcionament*. Barcelona: Blume.
- Rubiol, G. Vilà, A.** (2003). *Marc històric dels Serveis Socials a Catalunya*. Barcelona: Diputació, Àrea de Benestar Social.

- Rull Sabater, A.**(1971).*La Seguridad Social en España Vol. I y II.*Madrid: Euroamerica.
- Rull Sabater, A.** (1974). *Instituciones y economía de la Seguridad Social española.* Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros.
- Rull Sabater, A.** (1983). *Política económica de España: Aproximación histórica.* Madrid: ISTMO.
- Ruiz, J. L. ,Ispizcua, M^a A.**(1989). *La descodificación de la vida cotidiana.* Bilbao: Universidad de Deusto
- Ruiz Villafranca, E. (Director); Ramírez del Rio, A., Delgado Torres, B., Gómez González, E.** (2015). *El Tercer Sector Social en el 2015, Impacto de la crisis.* 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.
- Sánchez Agesta, L.** *Orígenes de la Política Social en España.* Recuperado el 4 de febrero de 2015 en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/683/21>.
- Sánchez Bayle, M.** coord. (2013). *La Contra Reforma Sanitaria.* Madrid: Libros de la Catarata.
- Sánchez Ruano, J.** (1870).*El Fuero de Salamanca.* Biblioteca de la facultad de Derecho de Sevilla. Sevilla. Recuperado el 11 de enero de 2015 en: <http://www.Biblioteca digital jurídica>
- Sans, C.** (2000). *Terminología de Serveis Socials i Treball social.* Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Sanz Hernández, A.**(2006). *Herramientas para la investigación de lo social en las organizaciones.* Zaragoza: Mira.
- Schmidtz, D., Goodin Robert, E.** (2000). *El Bienestar Social y la responsabilidad individual.* Madrid: Cambridge University Press.
- Schrijvers, C.T.M. et al.**(1999). Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors.*American Journal Public Health* 89 (4) 535-540).Washington: Public Health.
- Scott, J.** (2000). *Social Network Analysis: A Handbook. Seconde edition.* London: Sage
- Segarra, J.**(2016 junio).*El Tercer Sector Social como generador de ocupación.* V Congreso del Tercer Sector Social (pp.14-17). Junio de 2016. Barcelona.
- Serna, R.** (2010). *El proceso de privatización en Cataluña. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán,* en *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios.* Madrid: Traficantes de sueños.

- Serra, A.** (2015). *Conferencia Inaugural Post grado en peritaje en Trabajo Social. Col.legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya*. Vic: Universidad de Vic.
- Sierra Bravo, R.** (1998). *Técnicas de Investigación Social: Teoría y Ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Sigerist, H. E.** (1985). *De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social*. In: Erna Lesky (ed.), *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*, (p.40). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Simón. L., Martín I.** (2000). Los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco. en: Gutiérrez Resa, A. y Garcés, J. coords. 2000. *Los Servicios Sociales en las Comunidades y Ciudades Autónomas*. 23, 821-839. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Sitja, M.** (1989). Terminología de los Asistentes Sociales. *Materiales de Trabajo Social nº 5*, monográfico. Barcelona. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social i Asistentes Sociales de Cataluña.
- Sociedad Internacional para la Equidad en Salud.** Recuperado el 18 de enero de 2015 en [Http://www.iseqh.org/workdef_sp.htm](http://www.iseqh.org/workdef_sp.htm)
- Solar O., Irwin A.** (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *En Discussion Paper 2 who A conceptual Framework for action on the social determinants of health*. Geneva: O.M.S.
- Sole S y Sabari, F.** (1965). *Apunte crítico del funcionamiento de la Seguridad Social en España*. En: Henn Hatzfeld, 1966 *La crisis de la medicina liberal*. pg.271. Barcelona: Ariel.
- Subirats, J.** (1989). *Análisis de las Políticas Públicas y Eficacia de la Administración*. Madrid: INAP.
- Taula del Tercer Sector Social a Catalunya** (2009). *El valor afegit del Tercer Sector en la prestació de Serveis públics*. Barcelona: Taula del Tercer Sector Social a Catalunya.
- Taula de Tercer Sector a Catalunya** (2011). *Dossiers de Tercer Sector nº 1: que es el Tercer Sector Social juny 2010*. Barcelona: Taula del tercer Sector social.
- Taula del Tercer Sector Social a Catalunya** (2016). *Memòria 2015*. Barcelona: Taula del Tercer Sector Social a Catalunya.
- Thompson, G.** (1967) *Organizations in Action*. New York: McGraw. Hill.
- Townson, N.** (2002). *La república que no pudo ser: La política de centro en España (1931-1936)*. Madrid: Taurus.

- Titmuss, R. M.** (1971). *Commitment to welfare*. London: Un win University Books.
- Titmuss, R.M.** (1981). *Política Social*. Barcelona:Ariel.
- Tomàs Vilaltella, J.**(1998).*Evolució de l'Assistència Social al nen a Catalunya*. Barcelona: J. Tomàs.
- Truñón de Lara, M.** (1999).*La historia de España*. Valladolid: Ámbito.
- Uña, O. y Hernández, A. Coord.** (2004). *Diccionario de Sociología*. Madrid: ESIC.
- Valles, M.** (1999).*Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Valls, N., Grabulosa, L.**(2010).Reflexions i propostes per a la millora dels òrgans de govern al tercer sector. *Col·lecció Debats nº 19* monogràfic. Barcelona: Observatori del Tercer Sector.
- Van Muijen, J. y otros** (1999).Organizational Culture: The focus Questionnaire. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 4 (8) 497-504; 551-568; 583-595. Londres: European Journal of Work and Organizational Psychology.
- Velázquez Álvarez, O.A., Aguilar Gallego, N.** (2004).*Manual introductorio al análisis de redes sociales*.México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Verd, J. M., Lozares, C.** (2000). La teoria de xarxes socials aplicada a la interpretació d'entrevistes narratives. Una proposta, *Revista Catalana de Sociologia*, 11, 191-6. Barcelona:Associació Catalana de Sociologia
- Verd, J.M., Lozares C., Martí J., López P.** (2000). Aplicació de les xarxes socials a l'anàlisi de la formació invisible en l'empresa, *Revista Catalana de Sociologia*, 11, 87-104.Barcelona:Associació Catalana de Sociologia.
- Vergés, J.** (1976). *La Seguridad Social Española y sus cuentas*. Barcelona: Ariel.
- Vidal, P. (Cord), Guixé, I. Sureda, M.** (2005).Com es genera la legitimitat de les entitats no lucratives? Resultats del treball de camp. *Projecte de reflexions sobre el Tercer Sector*.OTS nº 5, monogràfic. Barcelona: Col·lecció Papers de Recerca.
- Vidal, P. Valls, N., Villa,A.**(2009).*Anuari 2009 del Tercer Sector de Catalunya*. Barcelona. Observatori del Tercer Sector. Recuperado en 23 de mayo de 2016 en www.observatoritercersector.org Taula d' entitats del Tercer Sector Social a Catalunya. www.tercersector.cat
- Vidal, P. Villa, A.** (2009).Els Rols de les organitzacions de segon nivell al Tercer Sector. Observatori del Tercer Sector.OTS 8 monografia. Barcelona: Colección Papers de Recerca.

- Vidal, P. Valls, N.** (2010). *L'ocupació del Tercer Sector Social a Catalunya*. Barcelona: Fundació Caixa de Catalunya.
- Vidal, P. Güell, S.** (Cord, Dir.) (2011). *Anuari 2011 del Tercer Sector Social a Catalunya*. Barcelona. Taula d'entitats del Tercer Sector Social. Recuperado el 2 de mayo de 2016 en www.tercersector.cat Observatori del Tercer Sector www.observatoritercersector.org
- Vidal, P.** (2013). *Cambio de época en el Tercer Sector*. Revista Española del Tercer Sector 23. Enero-Abril 2013. Madrid: Fundación Luis Vives.
- Vidal, P. (Director, Cord.) Fernández, M.** (2014) *Anuari 2013 del Tercer Sector Social a Catalunya*. Barcelona Taula d'entitats del tercer Sector Social. Recuperado el 2 de mayo 2016 en www.tercersector.cat. Observatori del Tercer Sector en www.observatoritercersector.org
- Vidal, P. (Director, Cord.) Fernández, M.** (2014). *Anuari 2013 del Tercer Sector Social a Catalunya: Document de síntesis*. Barcelona: Taula d'entitats del tercer Sector Social. Recuperado el 3 de mayo de 2016 en www.tercersector.cat. Observatori del Tercer Sector en www.observatoritercersector.org
- Vilar, P.** (1975). *Historia de España*. Paris. Librairie Espagnole.
- Villar Macias, M.** (1877). *Fuero de Salamanca*. Salamanca: Excelentísima Diputación Provincial.
- Viñes Rueda, J.** (2006). *La Sanidad Española en la segunda mitad del siglo XIX*. Recuperado el 10 de marzo de 2014 En www.navarra.es
- Visauta, B.** (1989). *Técnicas de Investigación Social: Recogida de datos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Viver Pi-Suñer, C.** (1984) *La Constitució*. Barcelona: Vicens-Vives
- Vives, J.L.** (2007). *El Socorro de los pobres, la Comunicación de Bienes*. Madrid: Tecnos.
- Vives, J.L.** (1526). *De subvencione Pauperibus (el socorro de los pobres)*. Valencia Recuperado 7 de marzo de 2015 www.bibliotecadigitalvalenciana
- Wasserman, S., y Faust, K.** (1994). *Social network analysis: Methods and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Whitehead, M.** (2000). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Weber, M.** (1969). *Economía y Sociedad*, segunda edición. México: Fondo de Cultura Económica.

Weber, M. (1992). *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*. Barcelona: Península.

Páginas web

http://www.caritas.org/es/about/history_gallery_1.html Consultado 6-6 2015

http://enciclopedia.us.es/index.php/fuero_juzgo Consultado 12-3-2014

<http://www.once.es> Consultado 7-11-2015

<http://www.cruzroja.es> Consultado 7-11-2015

<http://deconceptos.com/general/caridad#ixzz4NiEWtHx1> Consultado 4-4-2016.

<http://conceptodefinición.de/observación> Consultado 28-12-2014

<http://definicion.de/simbiosis/#ixzz4NiFnBze8> Consultado 4-4-2016.

<http://www.tercersector.cat/noticias/frente-comun-para-evitarque-las-entidades-pequenas-tengan-que-presentar-el-impuesto-desociedades> Consultado el 20-5-2016

Páginas web de las entidades estudiadas consultadas a lo largo del estudio

Farmaceuticos sin Fronteras <http://www.farmaceuticossinfronteras.org/noticias.php>
Banco Farmaceutico <https://www.bancofarmaceutico.es/ca/>
<https://www.msf.es/>
<http://www.amplifon.com/web/es/>
<http://www.fundacionsalesa.org/>
<http://www.asendinb.com/materialortopedic/index.html>
<http://www.cuv.upc.es/>
<http://petitssomriures.org/>
<http://ravalolidari.org/>
<http://www.caritas.es/>
<http://www.cus-usuaris.org/>
<http://www.creuroja.org/>
<https://www.antisidalleida.org/>
<http://www.ccfundacions.cat/fundacions/fundacio-patronato-ponsich-pro-enfermos-y-ancianos>
<http://www.saludyfamilia.es/>
<http://www.dentistassobreruedas.org/barcelona/>
http://guia.barcelona.cat/detall/clinica-dental-fundacio-angelina-macia-de-borrell_99400245785.html
<http://www.acollida.org/>
<http://www.projectesol.com/index.php/home-items/item/7-qui-som>
<http://orthodonticworld.com/>
<http://www.coec.cat/ca/area-privada-col%c2%b7legial>
<http://www.spcsalut.org/pdf/Dossier-clinica-dental-SOID.pdf>
<http://escolaturbula.com/es/sanidad/102-practiques-de-blanquejament-a-higiene-bucodental.html>
<http://hospitaldenens.com/especialitats/area-dental/>
<http://www.dentalcoop.org/>
<http://www.coecgirona.com/ca/dentistes-solidaris-girona/>
<http://odsolidaria.org/ca/>

Difusión de la investigación

Artículos

Canet Ponsa, M., Rodríguez Avila, N. (2015) La intervención de las entidades de Tercer Sector en prestaciones de salud en Cataluña. Revista de Trabajo Social y Salud 81:149-159. Zaragoza. Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

Comunicaciones

Canet Ponsa, M., Rodríguez Avila, N. (2015) La intervención de las entidades de Tercer Sector en prestaciones de salud en Cataluña. XII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Madrid mayo de 2015.

Canet Ponsa, M., Rodríguez Ávila, N. (2015) Las entidades de Tercer Sector y su incidencia en las prestaciones de atención primaria de salud en Cataluña en el XII Congreso Español de Sociología Gijón Junio-julio 2016

Canet Ponsa, M. (2016) incidencia en las prestaciones de atención primaria de salud en Cataluña en la Jornada de Trabajo Pobreza cero "12 fuente, 12 meses después se reducen las desigualdades. Barcelona octubre 2016.

Canet Ponsa, M. (2016) Presentación en el Máster de Sociología de la facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Diciembre 2016.

ANEXOS

ANEXO I Cuestionario.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

ANÁLISIS DE ENTIDADES DEL TERCER SECTOR QUE OFRECEN SERVICIOS DE APOYO A SANIDAD EN CATALUÑA

Investigadores:

Lda. M^a Mercè Canet Ponsa.

Candidata a Doctora en Sociología.

Universidad de Barcelona.

Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología.

Directora de Tesis.

Dra. Nuria Rodríguez Ávila

Profesora del Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones.

Universidad de Barcelona

Avda. Diagonal 690.

08034 Barcelona.

DATOS DE CONTROL

Institución: _____

Fecha de la entrevista: _____

Población: _____

Perfil del entrevistado:

Directivo de la entidad

Asalariado

Voluntario

Presentación:

Buenos días/buenas tardes.

El motivo carta es presentarles el estudio las entidades de tercer sector que ofrecen servicios sanitarios en atención primaria de salud de forma gratuita o semi-gratuita sin ser específicas para realizar estos servicios. El objetivo de este estudio es la realización de una Tesis Doctoral titulada: "*Entidades de tercer sector y el sistema catalán de salud*".

Según la OMS, la salud es "*un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la falta de enfermedad*". Uno de los principales determinantes que nos indica la calidad de vida de las personas es su estado de salud y la capacidad de acceso a los servicios sanitarios. Cuando se tiene acceso al diagnóstico pero no se pueden pagar los tratamientos odontológicos, gafas, plantillas, algunas ayudas técnicas o determinada medicación porque está fuera del sistema supone siempre un gasto importante en la economía familiar sobre todo cuando las familias tienen escasos recursos económicos. La cobertura de estas necesidades casi siempre requiere de la solidaridad de la sociedad civil y por este motivo aparecen entidades las cuales, en forma de prestaciones o de financiación, cubren de forma total o parcial este déficit.

Las entidades con estas características, ubicadas en Cataluña, son el objeto de estudio de esta tesis. Se desea conocer sus características, su funcionamiento y su vinculación al sistema sanitario y también con otras Administraciones públicas.

Por este motivo solicitamos su colaboración. Le garantizamos absoluto anonimato y secreto en sus respuestas que serán tratadas de manera agregada para que no pueda existir identificación con las personas o actores.

Apartados del cuestionario:

El cuestionario que marcará esta entrevista está estructurado en los apartados siguientes: En el apartado **A** se identifican datos socio demográficos. En el apartado **B** se valora la relación de la entidad con la Administración. El apartado **C** se valora la organización interna de la entidad y determina su posición frente a la actividad que realiza. El apartado **D** valora las posiciones ideológicas y determina su influencia en las relaciones internas y externas. y por último el apartado **E** valora las relaciones que tiene la entidad con otras entidades vinculadas o no a la actividad que realiza la entidad estudiada que son las que le aportaran su supervivencia.

APARTADO A: DATOS GENERALES DE LA ENTIDAD

En estas cuatro preguntas que forman parte de este apartado introductorio se desea conocer unos datos generales sobre su entidad para hacer una mejor ubicación dentro del contexto.

Para empezar me gustaría que me contestara las siguientes preguntas:

A.1. ¿Cuál es el nombre completo de la entidad? _____

A.2. ¿Cuál es la fecha de su fundación? Día__ Mes__ Año__

A.3. ¿Quién o quienes la fundaron? _____

A.4. ¿Por qué fundaron esta entidad? _____

A.5. ¿Cuál es el territorio de cobertura?

Distrito de la ciudad: _____

Local: _____

Provincial: _____

Autonómica: Cataluña

Nacional: España

A.6. ¿tipo de registro jurídico de la entidad?

Cooperativa

Fundación

Asociación

Otros _____

A.7. ¿Cual o cuales de las actividades que les nombraré prestan Ustedes servicios o financian? (Puede darse más de una respuesta)

Servicio de odontología.

Financiación de odontología.

Servicio de gafas.

Financiación de gafas.

Servicio de plantillas.

Financiación de Plantillas.

Servicio de ayudas técnicas.

Financiación de Ayudas técnicas.

Financiación de medicación.

A.8. A parte de las actividades anteriormente citadas ¿realizan Ustedes otro tipo de actividades? No y Si ¿Cuáles? _____

APARTADO B: RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

En este apartado se desea conocer si su entidad recibe algún tipo de reconocimiento por parte de la Administración por prestar este servicio

B.1. ¿Tienen Ustedes vínculos con la Administración Pública? Si No

En caso afirmativo

B.2. ¿Con qué Administración o Administraciones tienen ustedes relación?

A. de Sanidad.

A. de Bienestar y familia.

Otras: _____

B.3. ¿Qué vínculos contractuales tienen con las Administraciones Públicas?:

Contratación directa.

Contratos por concurso público realizados por instituciones públicas.

Contratos por empresas públicas intermediarias.

Convenios.

Subvenciones.

Otros _____

B.4 En caso de recibir ayuda económica por parte de la Administración, ¿Qué porcentaje económico aproximado recibe como subvención del Departamento de Salud con respecto al total de ingresos de la entidad para su sostenimiento?

B.5 En casos de recibir subvención de otras Administraciones públicas. ¿Qué porcentaje económico aproximado recibe como subvención de estas administraciones con respecto al total de ingresos de la entidad para su sostenimiento?

B.6. ¿Realizan otras actividades subvencionadas por la administración además de las actividades sanitarias indicadas anteriormente?

Si. No. ¿En cuáles? : _____

B.7. ¿La Administración pública les tiene en cuenta como asesores para proyectos o programas impulsados por las mismas?

Si. No. ¿En cuáles? : _____

B.8. En el caso de que no tengan ninguna vinculación financiera con entidades públicas porque motivo no han pedido ninguna subvención?

B.9. ¿Han pensado en algún momento en pedirla?

APARTADO C: CARACTERÍSTICAS INTERNAS DE LA ORGANIZACIÓN

Para el estudio de las entidades que ofrecen estos servicios necesitaría conocer un poco más las características internas de su organización

Financiación.

C.1. ¿Cuáles son las formas de financiación de su entidad?

- Capital Público
- Capital privado

C.2. ¿Cuál es el origen del capital privado que financia su entidad?:

- Capital financiero
- Capital industrial
- Capital de servicios
 - Herencias o donaciones de difícil identificación
 - Otros: _____

Organización interna

C.3. ¿Cuál es la composición de los miembros de la organización?

C.4. En su entidad, ¿las funciones de los cargos del consejo de administración son voluntarios o retribuidos?

C.5. ¿Qué proporción de personal contratado tienen en su organización con respecto del personal voluntario?

C.6. En su entidad, ¿las decisiones importantes se toman desde:

- La cúpula de la organización?.
- A nivel asambleario?

Justifique la respuesta: _____

C.7. En la toma de decisiones importantes para la entidad se tienen en cuenta también a los trabajadores voluntarios?

C.8. ¿ Como es la configuración demográfica del personal voluntario de su entidad?

- Mayor porcentaje de hombres.
- Mayor porcentaje de Mujeres.
- Mayor porcentaje de personas extranjeras.
- Mayor porcentaje de personas nacionales.
- Mayor porcentaje de personas en paro.
- Mayor porcentaje de personas activas.

Existe paridad en _____

C.9 ¿Como tienen ustedes organizado el trabajo voluntario para que sea lo suficientemente productivo y poder llevar a cabo su objetivo?

C.10.¿Que porcentaje de tiempo semanal cree usted que dedican los voluntarios a su organización?

C.11.El personal voluntario que presta sus servicios en la organización ¿está sometido a una determinada autoridad dentro de las estructuras organizativas donde desarrolla su actividad?

Si. No.

Por parte de:

Del personal directivo.

Del personal técnico.

De otros voluntarios.

C.12 Los voluntarios de su organización:

¿Están inscritos en el Instituto Catalán del Voluntariado?. (INCAVOL)

Si. No.

¿Disponen de algún seguro que los proteja en caso de accidente en sus funciones?.

Si. No.

. No disponen de los dos anteriores.

C.13.¿Que normativa mínima se requiere para entrar a trabajar de forma remunerada en su entidad?

C.14.¿Que normativa mínima se requiere para entrar a trabajar de voluntario/a en su entidad?

C.15. ¿Cree que el voluntario o la persona remunerada de su entidad debe ir perfectamente identificado para que se conozca que es una persona que pertenece a su organización?.

Si. No. ¿Por qué? : _____

C.16. ¿El voluntariado recibe de su entidad como compensación?:

Experiencia profesional.

Aprendizaje o formación.

No recibe ninguna compensación.

Calidad

C.17. ¿Tienen algún tipo de control para poder conocer la eficiencia de su trabajo, si alguien les solicitara resultados?

Sí. No. ¿De qué tipo? : _____

C.18. ¿Cree que su organización es eficiente, es decir, llega a resolver los problemas de salud por los que ustedes están trabajando dentro de los parámetros de:

- Admisión.
- Tiempo de demora.
- Resolución.

C.19. En caso de que no fuera así ¿en cuales de los parámetros nombrados anteriormente cree que podrían darse estos puntos de ineficiencia?

- Admisión.
- Tiempo de demora.
- Resolución.

¿Por qué? _____

C.20. ¿Tienen Ustedes alguna herramienta para valorar la satisfacción de sus usuarios? (Encuestas de satisfacción)

Sí. No. ¿Por qué? : _____

APARTADO D: IDEOLOGIA Y MITOS

Para poder explicar la parte cultural o religiosa en que se sustenta la entidad y la relación entre los símbolos y la realidad que ofrecen.

D.1. ¿Cómo definiría usted ideológicamente a su entidad?

- Religiosa.
- Con valores cristianos pero sin vinculación con la iglesia católica.
- Con valores religiosos pero sin vinculación a los centros de culto.
- Laica.

D.2. ¿Qué significa el anagrama o logo de su entidad? _____

D.3. ¿Cuál es el significado del nombre de la entidad? _____

D.4. ¿Cuándo y porque su entidad ha elegido este tipo de actividad? _____

D.5. ¿Se necesita algún requisito especial para formar parte de su entidad?

- Si. No. ¿Cuáles? : _____
- Tener alguna afinidad religiosa.
- Pertener a un determinado partido político.
- Pertener a alguna entidad con alguna ideología concreta.
- Otros. Cuales: _____.

D.6. ¿Se necesita algún requisito especial para ser benefactor de su entidad? _____

D.7. ¿Cuál es la relación que tienen con sus benefactores?

- El benefactor de la donación no conocerá la entidad benefactora.
- El benefactor de la donación conocerá la entidad benefactora
- El benefactor de la donación conocerá a miembros de la entidad
- El benefactor de la donación tendrá una relación más estrecha con la entidad.

D.8. Si tuviera que definir algunas características de las personas voluntarias que realizan actividad en su organización, dentro de que conceptos los clasificaría:

- Compromiso Individual religioso. (Dar como elemento de caridad).
- Compromiso individual laico.(desde el compromiso de reparto de riqueza.)
- Profesionalmente interesados (hacer prácticas o recibir formación).
- Ocupación de su tiempo mientras se está en paro.

D.9. ¿Tiene Usted las sensaciones de que los voluntarios de su entidad realizan beneficencia?

- Si. No. ¿Por qué? : _____

D.10 ¿Cómo se posicionaría usted ante estas cuatro afirmaciones?

	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
El voluntariado es necesario porque el estado no puede cubrir todas las necesidades básicas de las personas.			
El voluntariado no debería existir porque quita puestos de trabajo.			
El estado es quien tiene que cubrir las necesidades básicas de los individuos mediante el reparto de riqueza			
La beneficencia siempre ha existido y siempre existirá debido a que no se pueden cubrir todas las necesidades			

D.11. Como clasificaría usted la prestación o financiación económica que realiza su entidad realiza?:

- Sanitaria
 Social

D.12. ¿Conoce los motivos por los cuales las organizaciones o personas les dan soporte económico a nivel privado?

- Motivos religiosos.
 Ideológicos de afinidad con algún miembro de la entidad.
 Fiscales.
 Prestigio institucional.

Otros: _____

D.13. ¿Cree que la actividad de la entidad realiza competencia desleal con otros profesionales del sector?

- Si. No. ¿Por qué? : _____

D.14. ¿Cree que la actividad a nivel sanitario que realiza su entidad debería estar a cargo del Departament de Salut de la Generalitat?

- Si. No. ¿Por qué? : _____

D.15 ¿Cree que la necesidad de los usuarios es la que define a su entidad o es su entidad la que define la necesidad de los usuarios?

APARTADO E: PERVIVENCIA E INTERCONEXIONES ENTRE ENTIDADES.

Conocer el soporte y la posible dependencia que puedan tener unas entidades de las otras o de otras entidades menos conocidas.

E.1. ¿Cuándo se fundó su entidad?

E.2.¿Cuanto tiempo lleva realizando su entidad este tipo de actividad sanitaria?

E.3 ¿Cómo cree usted que se identifica la entidad dentro de la comunidad?

¿Es una entidad conocida a nivel de su área de influencia?

Si. No. ¿Por qué? : _____

¿Es una entidad conocida pero se desconoce que realice esta actividad.

Si. No. ¿Por qué? : _____

¿Es una entidad poco conocida?

Si. No. ¿Por qué? : _____

¿Tiene prestigio dentro de la Comunidad?

Si. No. ¿Por qué? : _____

E.4 ¿Cómo cree usted que se identifica la entidad dentro de otras entidades con actividades parecidas? _____

¿Es una entidad con prestigio? _____

¿Es una entidad poco conocida? _____

E.5 ¿Que entidades privadas les dan apoyo en su actividad?

E.6 ¿Con cuales de estas entidades tienen una relación mayor, con vínculos más estrechos?

E.7 ¿En cuales de estos cuatro ámbitos cree que la crisis actual les ha perjudicado o les ha beneficiado como entidad?

Ámbito	Aumentado	Disminuido	Igual
Ámbito de la financiación.			
Ámbito del personal contratado.			
Ámbito de voluntariado			
Ámbito de los usuarios.			

En que otros aspectos han habido cambios:_____

E.8. ¿Cree usted que últimamente las entidades que se dedican a lo mismo que la suya han:

Aumentado?

Disminuido?

Argumete la respuesta:_____

E.9 Su entidad facilita financiación o servicios a entidades más pequeñas?

No. Si. ¿Cuáles?:_____

E.10 Porque cree que no hay más entidades que financien o presten servicios sanitarios como la suya.

DATOS DEL PROFESIONAL ENTREVISTADO

Solamente se solicitan datos generales a efectos de poder vincular las respuestas al tipo de cargo o posición en la organización.

Sexo: H M

Edad:_____

Titulación:_____

Cargo en la entidad:_____

Vinculación: Professional Voluntario

Observaciones

Muchas gracias por sus aportaciones y participación en el estudio.

ANEXO II Consentimiento informado

A: Consentimiento informado

Esta entrevista forma parte de una investigación doctoral que se desarrolla en el Departamento de Sociología y análisis de las Organizaciones de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona. La investigadora M^a Mercè Canet es la doctoranda que está llevando a cabo la investigación.

DOCTORANDA

M^a Mercè Canet Ponsa

Correo electrónico: canetm@gmail.com

DIRECTORA DE TESIS

Nuria Rodríguez Ávila

Departamento de Sociología nrodriguez@ub.edu

Mi participación es voluntaria y totalmente anónima y puedo realizar cualquier pregunta sobre la misma en cualquier ocasión. Los datos obtenidos serán utilizados solamente para la elaboración de esta tesis garantizando su confidencialidad en todo momento.

La colaboración no supone ninguna compensación económica

He recibido una copia de este consentimiento.

Firma de la persona informante.

Fecha:

Firma de la investigadora.

Fecha:

Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones.

Facultad de Ciencias Jurídicas Económicas y Empresariales.

Universidad de Barcelona

ANEXO III Entidades participantes en el estudio

AUDIFONOS

AMPLIFON ESPAÑA

Fundación Pedro Salesa Cabo

AYUDAS TECNICAS

Banco Solidario de Material Ortopédico ASENDI

Fundación privada Auria:Centro Josep Orgué

ENTIDADES FINANCIADORAS

Asociación Antisida de Lleida

Caritas (Secretaria Nacional de la Caridad)

Coordinadora de Usuarios de Sanidad CUS

Cruz Roja Cataluña

Fundación Patronato Ponsich para enfermos y ancianos

Petits Somriures

Raval Solidario

Salud y Familia

FARMACIA

Banco Farmacéutico

Farmacéuticos sin Fronteras de España

Médicos sin Fronteras

ODONTOLOGIA

Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña COEC

Dentistas sobre rudas

Fundación acogida y Esperanza SOPS servicio odontológico para pacientes sociales

Fundación Angelina Macia de Borrell

Fundación Pere Claver

Odontología Duran Von Aix

Odontología Solidaria de Lleida SOL

Escuela Turbula

Hospital de niños

Dental COOP Asociación de voluntarios para la salud bucodental

Dentistas solidarios de Girona

Odontología Solidaria de Granollers

OPTICOS

Centro Universitario de la Visión

TOTAL DE ENTIDADES

28

Índice de Gráficos, Figuras y Tablas

Gráficos

GRÁFICO 1 ELEMENTOS A ANALIZAR DE LAS ORGANIZACIONES SEGÚN C.PERROW.	33
GRÁFICO 2 ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DEL TERCER SECTOR EN CATALUÑA Y EN BARCELONA.....	150
GRÁFICO 3 PERIODO DE CONSTITUCIÓN DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR (EN PORCENTAJE).....	151
GRÁFICO 4 FORMAS JURÍDICAS.	153
GRÁFICO 5 ENTIDADES SEGÚN TRAMO PRESUPUESTARIO (EN PORCENTAJE)	154
GRÁFICO 6 INGRESOS ECONÓMICOS REALES DE LAS ASOCIACIONES DE BARCELONA 2013.	154
GRÁFICO 7 EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO PÚBLICO PRIVADO.	156
GRÁFICO 8 EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN PRIVADA.	157
GRÁFICO 9 DONANTES A ENTIDADES.....	161
GRÁFICO 10 MEDIA DE NÚMERO DE PERSONAS VOLUNTARIAS POR ENTIDAD	162
GRÁFICO 11 ANTIGÜEDAD DE PERMANENCIA DE LAS PERSONAS VOLUNTARIAS EN LAS ENTIDADES HASTA 2011.....	163
GRÁFICO 12 HORAS SEMANA DE DEDICACIÓN DE LOS VOLUNTARIOS /AS.....	164
GRÁFICO 13 MEDIA DE NÚMERO DE TRABAJADORES POR TIPO DE ENTIDAD	167
GRÁFICO 14 ANTIGÜEDAD DE LAS PERSONAS CONTRATADAS EN EL 2013.....	167
GRÁFICO 15 CONTRATO SEGÚN HORARIO	168
GRÁFICO 16 TIPO DE CONTRATACIÓN.	169
GRÁFICO 17 NIVEL FORMATIVO DE LAS PERSONAS CONTRATADAS 2011.....	169
GRÁFICO 18 EVOLUCIÓN DEL CAPITAL SOCIAL.....	171
GRÁFICO 19 NÚMERO DE PERSONAS QUE COMPONEN LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO DE LAS ORGANIZACIONES SEGÚN FORMA JURÍDICA.	172
GRÁFICO 20 PORCENTAJE DE PERSONAS POR SEXO QUE COMPONEN LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO SEGÚN FORMA JURÍDICA DE LAS ORGANIZACIONES	172
GRÁFICO 21 CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN	201
GRÁFICO 22 NÚMERO DE ENTIDADES QUE REALIZAN ESTAS ACTIVIDADES	214
GRÁFICO 23 FECHA DE FUNDACIÓN DE LAS ENTIDADES	215
GRÁFICO 24 TIEMPO QUE LLEVAN REALIZANDO LA ACTIVIDAD LAS ENTIDADES	216
GRÁFICO 25 ENTIDADES EN CIUDAD DE BARCELONA.....	218
GRÁFICO 26 TERRITORIO DE COBERTURA	218
GRÁFICO 27 EDADES DE LOS ENTREVISTADOS	219
GRÁFICO 28 REGISTRO JURÍDICO.....	221
GRÁFICO 29 SITUACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS Y PATRONATOS.....	224
GRÁFICO 30 VINCULACIÓN DEL PERSONAL A LA ENTIDAD	227

GRÁFICO 31	PERFIL DEL VOLUNTARIO	230
GRÁFICO 32	PROPORCIÓN DEL PERSONAL VOLUNTARIO CON RESPECTO AL CONTRATADO	235
GRÁFICO 33	MOTIVACIÓN PARA LA ELECCIÓN DE ESTE TIPO DE ACTIVIDAD.....	237
GRÁFICO 34	OTRAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS ENTIDADES	240
GRÁFICO 35	IDEOLOGÍA DE LAS ENTIDADES	244
GRÁFICO 36	SIGNIFICADO SIMBÓLICO	247
GRÁFICO 37	FINANCIACIÓN DE LAS ENTIDADES	255
GRÁFICO 38	RELACIONES ECONÓMICAS DE LAS ENTIDADES CON LAS ADMINISTRACIONES.....	256
GRÁFICO 39	VÍNCULOS CONTRACTUALES CON LA ADMINISTRACIÓN	257

Tablas

TABLA 1	SATISFACIÓN SEGUN MASLOW.....	29
TABLA 2	ESQUEMA DE LAS CONCEPCIONES DE SALUD	42
TABLA 3	MODELOS DE COBERTURA SANITARIA	46
TABLA 4	SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL S. XIX.....	49
TABLA 5	SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL S. XX	52
TABLA 6	RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA DESDE LA INSTAURACIÓN DE LA DEMOCRACIA HASTA FINALES DEL SIGLO XX.....	57
TABLA 7	EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA EN EL SIGLO XXI.....	61
TABLA 8	ANTECEDENTES DE LA SANIDAD EN CATALUÑA	62
TABLA 9	ESTRUCTURA DEL SISTEMA CATALÁN DE SALUD AL INICIO DE LA TRANSICIÓN.	63
TABLA 10	EVOLUCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO CATALÁN DURANTE LA DEMOCRACIA	66
TABLA 11	INCIDENCIA DE LA SALUD EN LAS PERSONAS CON POCOS RECURSOS.....	72
TABLA 12	COMPARATIVA ENTRE LAS LEYES DE BENEFICENCIA DE 1822 Y 1849	96
TABLA 13	RELACIÓN DE LOS SISTEMAS DE BIENESTAR EN DISTINTOS PAÍSES.	104
TABLA 14	COMPARATIVA DE PRESTACIONES OTORGADAS POR LA OBRA NACIONAL DEL AUXILIO SOCIAL Y EL INSTITUTO NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL	114
TABLA 15	CONCLUSIONES DE LA APLICACIÓN DEL ÍNDICE DEC EN ESPAÑA PARA LA VALORACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES EN 2012.	132
TABLA 16	VÍAS POR LAS CUALES SE FORMAN MOVIMIENTOS DE VOLUNTARIADO.	134
TABLA 17	NÚMERO DE PERSONAS ASOCIADAS POR AÑO DE CONSTITUCIÓN (EN PORCENTAJES).....	152
TABLA 18	LAS DESVIACIONES PRESUPUESTARIAS ENTRE INGRESOS Y GASTOS VARÍAN EN FUNCIÓN DEL TAMAÑO DE LA ENTIDAD (EN EUROS).	155
TABLA 19	DISTRIBUCIÓN TOTAL DE INGRESOS DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR SOCIAL EN CATALUÑA.....	157

TABLA 20	ANTIGÜEDAD DE LAS PERSONAS VOLUNTARIAS/ HORAS-SEMANA	164
TABLA 21	EVOLUCIÓN DE LAS PERSONAS VOLUNTARIAS POR TRAMOS DE EDAD: LIBRO BLANCO (DATOS 2001); ANUARIO 2009 DATOS 2007); ANUARIO 2013 (DATOS 2011).	165
TABLA 22	EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS VOLUNTARIAS.	165
TABLA 23	COMPARATIVA ENTRE LA ANTIGÜEDAD DE LAS PERSONAS VOLUNTARIAS Y CONTRATADAS.	168
TABLA 24	COMPARATIVA ENTRE LA FORMACIÓN DE LAS PERSONAS VOLUNTARIAS Y CONTRATADAS	170
TABLA 25	COMPARATIVA DE PERSONAS VOLUNTARIAS O CONTRATADAS POR SEXO.....	170
TABLA 26	REGLAS METODOLÓGICAS	182
TABLA 27	ASPECTOS METODOLÓGICOS.	196
TABLA 28	NORMATIVA PARA LA ADMISIÓN COMO VOLUNTARIO	229
TABLA 29	TIEMPO DE DEDICACIÓN DE LOS VOLUNTARIOS A LA ENTIDAD	230
TABLA 30	DEPENDENCIA JERÁRQUICA DEL PERSONAL VOLUNTARIO	231
TABLA 31	MOTIVACIÓN PARA SER VOLUNTARIO	232
TABLA 32	OFERTA DE LAS ENTIDADES PARA CAPTAR VOLUNTARIOS	233
TABLA 33	COMPROMISO DE LOS VOLUNTARIOS CON LA ENTIDAD.....	234
TABLA 34	SELECCIÓN DE PERSONAL REQUISITOS.....	234
TABLA 35	IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD OBJETO DE ESTUDIO CON RESPECTO AL CONJUNTO DE ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ENTIDAD.....	240
TABLA 36	VISIBILIDAD DE LA ACTIVIDAD.....	241
TABLA 37	AYUDAS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.....	257
TABLA 38	AYUDAS DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL	258
TABLA 39	AYUDAS DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL.....	258
TABLA 40	AYUDAS DE EDUCACIÓN	259
TABLA 41	ORIGEN DEL CAPITAL PRIVADO	260
TABLA 42.	DENSIDAD.....	268

Figuras

FIGURA 1 ESTRUCTURA SANITARIA	59
FIGURA 2 SISTEMA DE INDICADORES PARA CATALOGAR UN ESTADO DEL BIENESTAR.	106
FIGURA 3 MODIFICACIÓN DE ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS PARA EL PASO DE LA BENEFICENCIA A LA ASISTENCIA SOCIAL.	113
FIGURA 4 COMPONENTES BÁSICOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES SEGÚN LA CARTA SOCIAL EUROPEA.	121
FIGURA 5 EL TERCER SECTOR SOCIAL	145
FIGURA 6. CLASIFICACIÓN DE ASOCIACIONES	146
FIGURA 7 DISEÑO METODOLÓGICO	193
FIGURA 8 ASPECTOS FORMALES E INFORMALES DE UNA ORGANIZACIÓN	221
FIGURA 9 COMPARATIVA ENTRE UNA ORGANIZACIÓN PIRAMIDAL GRANDE Y UNA PEQUEÑA	226
FIGURA 10 OTRAS ACTIVIDADES	239
FIGURA 12 RELACIÓN DE LAS ENTIDADES CON DISTINTAS TIPOLOGÍAS DEL CAPITAL	262
FIGURA 11 RELACION Y VÍNCULOS CON LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	265
FIGURA 13 RELACIONES ENTRE ENTIDADES	266

Mapas

Mapa 1 Sede de las entidades en Cataluña
--

217

Glosario de siglas y acrónimos

ARS	Análisis de Redes Sociales.
CAB	Consejo de Asociaciones de Barcelona.
CAMFIC	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria.
CAPS	Centre d'Anàlisi de Programans Sanitaris.
CATSALUT	Servicio Catalán de la Salud.
CHC	Consortio Hospitalario de Cataluña.
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.
CETC	Cento de Estudios de Temas Contemporaneos.
CIDOB	Centre Internacional de Documentacio ce Barcelona.
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas.
CSSC	Consortio de Salud y Social de Cataluña.
DEC	Índice de desarrollo de los Servicios Sociales.
EAF	Estudios Autonómicos y Federales.
EAPN-ES	Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en el Estado Español.
EDIS	Equipo de Investigaciones Sociológicas.
EE.UU.	Estados Unidos de América.
ENESE	Encuesta Nacional de Salud Española.
FONAS	Fondo Nacional de Asistencia Social.
FUNCAS	Fundación de Cajas de Ahorros.
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico.
ICS	Instituto Catalán de la Salud.
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.(Actualmente Instituto de Mayores y Servicios Sociales)
INCAVOL	Instituto Catalán del Voluntariado.
INP	Instituto Nacional de Previsión.
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud.
INSERSO	Instituto Nacional de Asistencia Social.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social.
ISM	Instituto Social de la Marina.
IVA	Impuesto sobre el valor añadido.
LGS	Ley General de Sanidad.
LGSP	Ley General de Salud Pública.
LISMI	Ley de integración social del minusválido.
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
OCT	Organización Científica del Trabajo.
OMS	Organización Mundial de la Salud.

ONCE	Organización Nacional de Ciegos de España.
ONG	Organización No Gubernamental.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
POAS	Plataforma de ONG de Acción Social.
R.	Resolución.
RD	Real Decreto.
RDL	Real Decreto Ley.
REDICS	Red de Investigación cualitativa en Salud.
REIS	Revista Española de Investigaciones Sociológicas.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad.
SORO	Seguro Obligatorio de Retiro Obrero.
SS	Seguridad Social.
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación.
UCD	Unión de Centro Democrático.
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia.
UN-HABITAT	Programa de Asentamientos Humanos de las Naciones Unidas.

