

FUNDAMENTOS Y ORGANIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES EN FRANCIA

FOUNDATIONS AND ORGANIZATION OF SOCIAL POLICIES IN FRANCE

EGUZKI URTEAGA

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

El presente artículo da cuenta de las perspectivas universales, categoriales, territoriales y transversales de las políticas de acción social en Francia. A partir de una representación de la arquitectura del dispositivo, de sus fundamentos y de sus instrumentos, analiza las políticas sociales a través de la historia de su construcción y de sus retos. Precisamente, las políticas sociales galas se inscriben en unos marcos jurídicos, determinados en función de los campos de actuación de los diferentes actores que tienen la responsabilidad de elaborarlas y de llevarlas a cabo. Su finalidad es la puesta en marcha de una política de protección social coherente y que responda a la diversidad de las necesidades y de las problemáticas. No obstante, la difícil articulación entre Seguridad social, ayuda social y acción social complica este objetivo definido a partir de 1945 y que no ha dejado de evolucionar desde entonces, especialmente con la descentralización político-administrativa y la construcción europea que crean y fortalecen las administraciones locales, por una parte, y las instituciones comunitarias, por otra parte.

PALABRAS CLAVES

Política social, Francia, marco jurídico, fundamentos, estructuración.

ABSTRACT

The present article presents the universal, category-specific, territorial and transversal perspectives of the politics of social action in France. From a representation of the architecture of its mechanism, its foundations and its means, this article analyzes social policies across the history of their construction and challenges. Indeed, French social policies are registered in a legal frame that is determined according to the fields of performance of the different actors who have the responsibility of preparing them and of carrying them out. Its objective is to start a coherent policy of social protection that meets a diversity of needs and problems. Nevertheless, the difficult coordination between social security, social protection and social action complicates this target as defined in 1945 and in continuous development since then, especially with political-administrative decentralization and the European construction that create and strengthen local administrations on the one hand, and the European institutions on the other hand.

KEYWORDS

Social policies, France, legal frame, foundations, organization.

Recibido: 2009.05.12 . Revisado: 2009.05.09. Aceptado: 2009.07.13. Publicado: 2009.09.21.

Correspondencia: Eguzki Urteaga. Universidad del País Vasco. Departamento de Sociología 1. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Los Apraiz, 2. E 01006 Vitoria. Tel: (0034) 945 01 42 60. Fax: (0034) 945 01 33 08. eguzki.urteaga@ehu.es

1. INTRODUCCIÓN

En evolución constante, las políticas sociales galas nacen de la voluntad del Estado de responder a los problemas sociales hasta entonces asumidos, parcialmente, por la iniciativa privada. Constituyen un ámbito particular de las políticas públicas, definidas como la puesta en marcha por las administraciones de unos dispositivos destinados a responder a un problema o a una situación social, económica o política que necesita una intervención sinónimo de fomento, de apoyo, de regulación, de control, de prevención o de protección. Las políticas sociales reflejan y contribuyen a hacer evolucionar las relaciones entre las administraciones públicas y la sociedad civil, es decir entre la autoridad pública, los grupos sociales y los individuos. Distinguen unos colectivos o unos problemas determinados antes de dar unas respuestas que se traducen por unas prestaciones y unas acciones de prevención. Nacen, se desarrollan y se adaptan a la evolución de las necesidades o caen en desuso. Nuevas necesidades sociales son regularmente reconocidas y solicitan la solidaridad pública y, por lo tanto, la intervención de las administraciones públicas.

En Francia, las políticas sociales se construyen a partir del siglo XIX. Se fundamentan sobre las anteriores intervenciones estatales, en el ámbito de la asistencia a los indigentes y de la represión de los colectivos considerados como peligrosos (vagabundos, indigentes válidos, etc.), y sobre las intervenciones de la Iglesia que responde desde hace varios siglos a su deber de caridad, acogiendo a los huérfanos, enfermos y ancianos. El análisis de las primeras grandes leyes sociales del siglo XIX muestra que su aprobación ha sido precedida de un debate entre los partidarios del liberalismo y los defensores del intervencionismo. A lo largo del siglo XX, semejantes debates han tenido lugar para determinar el grado deseable de intervención pública a la hora de responder a tal problema considerado como crucial, sin perjudicar las relaciones sociales y económicas, el derecho de las personas y la esfera privada.

Las políticas sociales galas están atravesadas por numerosas corrientes, conflictos ideológicos, debates teóricos, luchas de influencia, lógicas dominantes, retos políticos y económicos. Como resultado de estas múltiples y contradictorias influencias, no constituyen jamás una evidencia ni un conjunto homogéneo totalmente coherente. Son el producto de su época y de las evoluciones sucesivas que han modificado su estructura, adaptado sus finalidades a

las necesidades del tiempo o definido de nuevo sus recursos, corriendo el riesgo de perder su sentido y de crear una acumulación desordenada e incluso caótica. Asimismo, nunca dan totalmente cuenta de la complejidad de la realidad social que pretenden resolver, utilizando una esquematización y una simplificación necesarias para construir los marcos en los cuales se inscriben las acciones sociales.

La génesis de una política social se valora a través de la identificación de una cuestión social y de una respuesta posible, de presiones, debates y relaciones múltiples y, por último, vía la decisión de intervención del Estado. La acción pública es visible a partir del momento en el cual se aprueba una ley que afirma un derecho y, posteriormente, una normativa que consta de leyes, decretos, órdenes y circulares que contemplan unas acciones, prestaciones, servicios y unas modalidades de control. El dispositivo es completado por: 1) una organización administrativa, que puede ser un ministerio o una administración pública regional o local, 2) un funcionamiento codificado, con sus objetivos, sus públicos destinatarios, sus problemáticas, sus prestaciones, sus ayudas y sus condiciones de acceso, 3) una financiación, que se traduce por una fuente de financiación, unos criterios y unos mecanismos de atribución para los beneficiarios y los operadores, y 4) unos actores claramente identificados.

Todas las políticas sociales se dirigen a un colectivo o a un territorio, en nombre de la prevención y de la lucha contra la “miseria social” y en torno a las consecuencias de unos riesgos vinculados a las etapas de la vida, a los comportamientos personales, culturales y sociales, al desarrollo socioeconómico. Pueden ser universales o especializadas:

- Fundado sobre un principio de universalidad, el sistema de protección social concierne a cualquier persona que reside en Francia y que se enfrenta a uno de los riesgos cubiertos: enfermedad, maternidad, vejez, accidente laboral, discapacidad y dependencia. Está destinado, a partir de un principio fundador de reparto de la riqueza, a mejorar las condiciones de vida del conjunto de la población. Se traduce fundamentalmente por unas ayudas y prestaciones y es completado por unos dispositivos sanitarios y sociales, tales como los mecanismos de prevención que se dirigen a todos los ciudadanos y que contribuyen a asegurar cierta universalidad.

- Las políticas sociales especializadas están destinadas a un sector de la población o a una prob-

lemática determinada, bien por el número de las personas concernidas, bien por el alcance de la problemática considerada. Pretenden asumir los riesgos específicos que corren ciertos colectivos considerados como frágiles o insuficientemente armados, de manera temporal o duradera, para poder participar en la vida económica y social del país. Este sistema de compensación de las desigualdades traduce una concepción de la acción positiva favorable a unos sectores de población identificados. Constan de ayudas sociales definidas por un marco legal y de unas acciones sociales voluntarias decididas por la administración pública.

Desde los años 1980, unas políticas transversales se desarrollan, fundamentalmente a través de las políticas territoriales y de unas problemáticas que pueden ser comunes a varios sectores de población: la dependencia y su corolario: la autonomía. Permiten superar unas separaciones que muestran sus límites cuando se trata de enfrentarse a unos problemas complejos. Si desprenden la acción social de una categorización de los ciudadanos, que constituye igualmente una estigmatización, estas evoluciones siguen siendo marginales. Las perspectivas sectoriales, fundamentadas en un enfoque por colectivos, estructuran los dispositivos de acción social.

En este panorama, el presente artículo pretende dar cuenta de las perspectivas universales, categoriales, territoriales y transversales de las políticas de acción social en Francia. A partir de una representación de la arquitectura del dispositivo, de sus fundamentos y de sus instrumentos, analiza las políticas sociales a través de la historia de su construcción y de sus retos. Precisamente, las políticas sociales galas se inscriben en unos marcos jurídicos, determinados en función de los campos de actuación de los diferentes actores que tienen la responsabilidad de elaborarlas y de llevarlas a cabo. La finalidad es la puesta en marcha de una política de protección social coherente y que responda a la diversidad de las necesidades y de las problemáticas. No obstante, la difícil articulación entre Seguridad social, ayuda social y acción social complica este objetivo definido a partir de 1945 y que no ha dejado de evolucionar desde entonces, especialmente con la descentralización y la construcción europea que crean y fortalecen tanto las administraciones locales como las instituciones comunitarias.

2. LOS PILARES DEL MODELO SOCIAL FRANCÉS

El modelo social francés se fundamenta sobre dos pilares básicos: la Seguridad social (solidaridad social) y la acción y la ayuda social (asistencia social).

2.1. LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad social es un sistema complejo cuyos retos son múltiples. Considerada como una de las principales conquistas sociales del siglo XX, ha acompañado la evolución de la sociedad francesa desde 1945. Fundamentada sobre los valores de justicia social y de reducción de las desigualdades, constituye el pilar del sistema de protección social. No obstante, entre déficits y reformas, la Seguridad social aborda el siglo XXI con numerosas incertidumbres.

2.1.1. LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL

Hasta el siglo XIX, la acción social es ejercida fundamentalmente por la Iglesia y, en menor medida, por el Estado. Después de la Revolución francesa de 1789, el Estado desempeña un papel cada vez más importante hasta la mitad de los años 1980. En un siglo XIX marcado por la revolución industrial, aparecen numerosos actores privados, sociedades de beneficencia creadas por filántropos y la patronal social así como sociedades de socorro mutuo creadas por las organizaciones obreras que prefiguran a la vez las mutuas y los sindicatos actuales. Tras unos debates apasionados, el Estado interviene finalmente en las relaciones sociales a través de las primeras políticas sociales de protección del menor.

La ley de 1898 sobre los accidentes laborales marca un giro en la intervención del Estado, instaurando el principio de seguro social. Por primera vez, una ley contempla los accidentes y las demás dificultades como unos avatares de la vida en lugar de buscar a unos culpables. De la búsqueda de la falta se pasa a la cobertura del riesgo. La noción de previsión obligatoria interviene posteriormente con la aprobación de la ley de 1910 sobre las jubilaciones obreras y campesinas, aunque no surta importantes efectos. El final de la Primera Guerra mundial (1918) está marcado por una acumulación de medidas. Años de debate conducen a la aprobación de las leyes sociales de los años 1930, que se refieren a los seguros de enfermedad y de vejez y a las ayudas familiares. Instauran un sistema híbrido entre la capitalización

y el reparto. El problema es que solo conciernen a ciertas categorías de trabajadores.

A partir de 1945, la Seguridad social juega un papel relevante en las políticas sanitarias, sociales y familiares, al lado del Estado, que se encarga de una acción social destinada a desaparecer. En esta estructuración, el sector sanitario, simbolizado por el hospital, ocupa el primer lugar, muy influenciado por el sector social y un sector médico-social en fase emergente. El sector social y médico-social está entre las manos de los actores asociativos que elaboran nuevas respuestas para hacer frente a las necesidades, abren varios centros y servicios, y practican el *lobbying* para hacer reconocer sus necesidades por los poderes públicos. Hasta el inicio de los años 1980, su principal interlocutor es el Estado y, lo más a menudo, el Estado desconcentrado representado por los delegados del gobierno y las DDASS (Dirección Departamental de los Asuntos Sanitarios y Sociales).

La instauración de la Seguridad social constituye un acto sin precedentes en la historia de la protección social y sanitaria. Inscrita en el programa del Consejo nacional de la resistencia, es puesta en marcha muy rápidamente. El régimen de Vichy se sitúa en una tendencia a la vez paternalista y corporativa, creando una serie de dispositivos y aprobando unas medidas que serán confirmadas a la Liberación y, aunque reformadas a lo largo del tiempo, siguen vigentes (la protección materna e infantil, la tutela de las prestaciones familiares, etc.). En 1942, en Gran Bretaña, William Beveridge presenta un informe sobre los seguros sociales que servirá de base a la puesta en marcha del sistema británico e influirá sobre el modelo francés de Seguridad social. Se fundamenta sobre dos principios: la generalidad, puesto que el seguro nacional cubre a toda la población, y la uniformidad, ya que cuando acontece el riesgo, el seguro vierte unas prestaciones independientemente de la situación profesional de la víctima.

Pierre Laroque, encargado a la Liberación de reorganizar la protección social, se inspira a la vez del plan Beveridge y del sistema alemán puesto en marcha por Bismarck en el siglo XIX y que sigue en vigor en los departamentos de Alsacia y Mosela. Está considerado como el padre de la Seguridad social: “la seguridad social es la garantía dada a cada uno según la cual, ante cualquier circunstancia, dispondrá de los recursos necesarios para asegurar su subsistencia y la de su familia en condiciones decentes. Obedeciendo a una voluntad básica de justicia social, responde a la preocupación de deshacer los

trabajadores de la incertidumbre del futuro que crea un sentimiento de inferioridad y que es la base real y profunda de la distinción de las clases sociales entre unos poseedores, seguros de sí mismos y de su futuro, y unos trabajadores sobre los cuales pesa en cada momento la amenaza de la miseria”.

La creación de la Seguridad social constituye, en este sentido, un nuevo contrato social. El preámbulo de la Constitución francesa de 1946 se inscribe en la misma lógica y afirma ciertos derechos sociales: derecho a la existencia, derecho a la seguridad, garantía de la protección de la salud, etc. No obstante, en la práctica, las decisiones del nuevo sistema son el objeto de debates apasionados. Los iniciadores del proyecto defienden la idea de un sistema unificado. Si la situación de deterioro económico del país no permite contemplar su puesta en marcha inmediata, su implementación será progresiva, aun conservando la lógica global en vista a una cobertura social del conjunto de la población. Se trata, por lo tanto, de unificar las diferentes sociedades de socorro mutuo y de extender la protección a las personas que no estaban cubiertas. La Seguridad social es promulgada por las ordenanzas de los 4 y 19 de octubre de 1945.

En 1946, la generalización de un sistema único y la puesta en marcha de una caja común se enfrentan a la oposición de los autónomos que no quieren cotizar al régimen general. Este posicionamiento así como la persistencia del régimen agrícola significan el primer cuestionamiento de la idea de protección social universal. Otros colectivos no desean integrar el régimen general. Una ley del 17 de enero de 1948 asume este fracaso creando unos regímenes de vejez para los autónomos. Además, las cajas de ayuda familiar, anteriores a 1945, se mantienen al lado de las cajas primarias y regionales de la Seguridad social. Así, desde el inicio, la Seguridad social se caracteriza por su complejidad en torno a una multitud de regímenes particulares. Además, la ayuda social que tenía vocación a desaparecer con la puesta en marcha de una solidaridad universal, se mantiene para las personas que no se benefician de las solidaridades profesionales. El sistema galo de protección social conserva todavía hoy en día este doble aspecto: seguro social y ayuda social.

Poco a poco, entre 1946 y 1975, la generalización de la Seguridad social se realiza para la población activa a través del régimen general y de los regímenes específicos. Una primera reforma de la Seguridad social data de 1967. El 21 de agosto, cuatro ordenanzas modifican el sistema del régimen general que está

dividida desde entonces en tres cajas autónomas: la CNSV (Caja Nacional de Seguro de Vejez) para el seguro de vejez, la CNSE (Caja Nacional de Seguro de Enfermedad) para el seguro de enfermedad y la CNSF (Caja Nacional de Seguro Familiar) para las prestaciones familiares. Su gestión es autónoma y funciona según un modelo de gestión paritaria. Una segunda reforma es iniciada por la ley del 24 de diciembre de 1974 que concluye a la universalización de la rama familiar a través de la supresión de la condición de actividad profesional para la obtención de prestaciones. El seguro de vejez se convierte en obligatorio para todas las personas que ejercen una actividad profesional. El objetivo de afiliación de toda la población a un régimen de seguro-enfermedad-maternidad obligatorio es finalmente abandonado. La ley del 2 de enero de 1978 crea en su lugar un seguro personal cuyas cotizaciones están progresivamente asumidas por los beneficiarios de la renta básica (1988) y de la atención médica (1992). La ley sobre la cobertura médica universal (CMU) de 1999 acaba cumpliendo el objetivo de 1974.

Al final del siglo XX, el seguro médico cubre el conjunto de la población, la rama familiar ha sido universalizada en 1978 y toda la población activa se encuentra sometida a un régimen de seguro de vejez. La Seguridad social ha puesto más de 40 años a ponerse en marcha. Fundada para asegurar la seguridad material de los trabajadores y de sus familias, se enfrenta en los años 1980 y 1990 a la cuestión del desempleo y del empleo precario.

2.1.2. EL FUTURO INCIERTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El déficit considerable de la Seguridad social marca los años 1990 y 2000. Vuelve cada año y recuerda la fragilidad de un sistema concebido durante un periodo de crecimiento económico. Una vuelta al crecimiento permitiría contemplar con más serenidad la toma en consideración de nuevos riesgos. Pero, numerosos tareas quedan por hacer, especialmente las evoluciones del régimen de jubilación y del seguro de enfermedad. Detrás de estas reformas, el reto principal es el del paso de unas políticas de prestaciones a unas políticas sociales globales a favor de la familia, de la salud y de la vejez, que articulen prestaciones y servicios. En 1995 y 1996, una nueva reforma, el plan Juppé, se traduce por la aprobación de numerosas leyes y ordenanzas organizadas en torno a tres ejes: a) las ordenanzas de enero de 1996, que pretenden reducir el déficit acumulado de la Seguridad social, b) las leyes de 1995 y 1996, a propósito del nuevo rol del Parlamento en materia

de financiación de la Seguridad social, y c) las ordenanzas de abril de 1996, que reorganizan la Seguridad social, la medicina urbana y el sistema hospitalario. Se fundamenta sobre unas referencias técnicas a propósito del control de la atención médica y del gasto sanitario, de los convenios de objetivos y de la gestión compartida entre el Estado y la Seguridad social, de la acreditación y de la evaluación, de las redes y modalidades de atención y del objetivo nacional de evolución del gasto de seguro de enfermedad (ONGSE)¹.

En los años 2000, el contexto financiero se deteriora, con los déficits record de la Seguridad social, que se producen año tras año. En 2004, el déficit del seguro de enfermedad asciende a 12 billones de euros, es decir a cerca del 10% del gasto del sector. La realización de un diagnóstico es confiada en octubre de 2003 al Alto consejo sobre el futuro del seguro de enfermedad. Este entrega un informe que preconiza fundamentalmente la asociación de tres acciones para hacer frente a la gravedad de la situación financiera y a las perspectivas de incremento del gasto: mejorar el funcionamiento del sistema de atención médica y del sistema de protección social, ajustar las condiciones de atención y actuar sobre los ingresos. La ley del 13 de agosto de 2004 sobre el seguro de enfermedad pone en forma esta reforma. Está organizada alrededor de tres ejes: la mejora de la oferta de atención, la nueva gobernanza del seguro médico y el control del gasto sanitario. El impacto financiero de la reforma es valorado en 15 billones de euros al horizonte 2007, de los cuales 10 billones provienen del ahorro del gasto y 5 billones de los ingresos adicionales. La reforma consta de medidas de restricción financiera y de medidas estructurales cuyo objeto consiste en modificar la organización del sistema de atención y el comportamiento de los actores en el sentido de una mejor calidad y de un mayor ahorro del dinero público. Para alcanzar este objetivo, la reforma se da como prioridad la responsabilización del conjunto de los actores: el Estado, los gestores del seguro de enfermedad, los profesionales de la sanidad y los pacientes.

Es precedida de una ley del 9 de agosto de 2004 sobre la política de la sanidad pública que prevé diferentes dispositivos de dirección y de coordinación que son puestos en marcha en los niveles nacionales y regionales durante los años siguientes: conferencias nacionales y regionales de sanidad, Alto consejo de sanidad pública, Comité nacional de sanidad pública, planes regionales de sanidad pública, agrupaciones regionales de sanidad pública. No obstan-

te, estas reformas solo producen avances parciales, especialmente en materia de control del gasto sanitario a través de una penalización financiera de los pacientes. Desde 2005, las numerosas medidas tomadas contribuyen a la puesta en marcha progresiva pero inexorable de un sistema sanitario a dos velocidades, en el cual el seguro se impone a la protección social, incrementando la distinción de la calidad de la atención en función de los recursos de los pacientes. Numerosas medidas pretenden responsabilizar a los pacientes aumentando su participación en la financiación de su atención médica y actuando sobre su comportamiento y sobre el de los médicos, que estarían en el origen de una parte importante del déficit de la Seguridad social, a través del consumo excesivo de medicamentos, la consulta insuficiente de los médicos de cabecera y el nomadismo médico.

2.1.3. DISPOSITIVOS ELABORADOS Y ACCIONES IMPLEMENTADAS

El sistema de protección social está dividido en tres grandes ramas: a) el seguro de enfermedad-maternidad, que cubre igualmente los riesgos de invalidez, accidentes laborales y enfermedades profesionales, b) el seguro de vejez, y c) las prestaciones familiares, universales o condicionadas. El régimen general, que concierne a la mayoría de los trabajadores, está organizado en unas cajas nacionales, regionales y departamentales. En 1996, además del régimen general, existen 122 regímenes especiales, de los cuales 81 se hallan en Alsacia y Mosela, los regímenes de agricultores y asalariados agrícolas y el de los autónomos así como los 68 regímenes obligatorios de jubilación complementaria. La gestión de las cajas está asegurada de manera paritaria por los agentes sociales. Sin embargo, desde la reforma de 1996, el rol del Parlamento ha crecido con la aprobación anual de la ley de financiación de la Seguridad social. El sistema de Seguridad social está basado en la realización de los riesgos sociales que permiten ofrecer nuevos derechos y prestaciones. Poco a poco, las cajas, especialmente la CAF (Caja de Seguro Familiar), han puesto en marcha unas prestaciones sometidas a la obtención de recursos, destinadas a las personas que disponen de ingresos limitados. Participan igualmente a la acción social en función de sus misiones.

Además, 8 mínimos sociales aseguran un umbral de protección social. Han sido puestos en marcha con el desarrollo del sistema de protección social y la evolución de las necesidades:

- El mínimo de invalidez (1930),
- El mínimo de vejez (1941-1963),
- La ayuda adulto discapacitado (1975),
- La ayuda padre aislado (1976),
- La ayuda de viudedad (1980),
- La ayuda de inserción (1984),
- La ayuda de solidaridad específica (1984),
- La renta básica (1988),
- La cobertura médica universal (1999).

2.2. AYUDA SOCIAL Y ACCIÓN SOCIAL

La ayuda social es definida como el conjunto de las prestaciones que constituyen una obligación asumida por las administraciones públicas y destinadas a hacer frente a una situación de necesidad de los beneficiarios que se hallan ante la imposibilidad de hacer frente a sus obligaciones. Cubre unas ayudas y unos servicios concedidos a unos sectores de población considerados como desfavorecidos y que no se benefician del sistema de Seguridad social. Se ha convertido, desde la descentralización, en el ámbito central de la acción de los Consejos generales. La acción social designa el conjunto de los servicios y equipamientos destinados a las personas y familias en una perspectiva de prevención o de toma en consideración de las dificultades. Es complementaria a la acción social y a la protección social. Esta acción no obligatoria toma en consideración a la vez la ayuda social extralegal, es decir unas prestaciones pagadas bajo ciertas condiciones o por unas cuantías más favorables que aquellas previstas por las leyes y reglamentos aplicables a la ayuda social legal, y otras formas de acción social con carácter facultativo que constan tanto de las prestaciones financieras como de las acciones puestas en marcha en dirección de los colectivos frágiles.

2.2.1. DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA AYUDA PÚBLICA

La creación de la Seguridad social constituye en 1945 la crónica de una muerte anunciada de la asistencia pública. La Seguridad social debía, efectivamente, cubrir el conjunto de los riesgos para asegurar poco a poco a toda la población una protección social universal. No obstante, la totalidad de las necesidades de protección social y sanitaria de la población no podía estar cubierta por la Seguridad social, quedando perdurar la asistencia pública, en un sistema mixto que se complejiza conforme avanza el tiempo. La Seguridad social aseguraba los grandes riesgos, la asistencia pública respondía a los problemas de categorías específicas con el fin

de ofrecer una protección mínima a los individuos en situación de necesidad. Lejos de desaparecer, la asistencia pública se desarrolla teniendo en cuenta el debilitamiento de las solidaridades familiares y sociales. Con el transcurso del tiempo, aparece que la pobreza y la inadaptación que debían extinguirse con el advenimiento del progreso social y del crecimiento económico, se mantienen e incluso aumentan a partir de la crisis de los años 1970, poniendo de manifiesto los límites de un sistema de protección concebido en un periodo de prosperidad. La necesaria complementariedad del seguro y de la asistencia es reafirmada.

En 1953, una reforma de la asistencia pública conduce a aprobar un nuevo término: la ayuda social. Esta denominación pretende indicar una humanización de las condiciones de acceso. Ya no se habla de caridad sino de un derecho concedido en nombre de la solidaridad a unas personas en dificultad que escapan a la red de protección social. Con esta reforma se crea la ayuda social al alojamiento y a la readaptación social para los adultos que concierne a un público tradicionalmente ayudado por la comunidad, especialmente por los ayuntamientos o las organizaciones caritativas. Se trata de los vagabundos, de las prostitutas y de los excarcelados. Los beneficiarios de la ayuda social al alojamiento serán extendidos en 1974 a un sector de la población que se halla excluido.

2.2.2. LA ACCIÓN SOCIAL DE LOS AÑOS 1970 Y 1980

A partir de los años 1970, se habla de la acción social global, pensada en torno a un territorio, en una perspectiva de prevención que integra el conjunto de la población local. Se habla de participación de los habitantes y de desarrollo de la vida asociativa. Las experiencias llevadas a cabo carecen de continuidad en un dispositivo dividido en colectivos. Pero, el pensamiento que se construye servirá de fundamento a las nuevas políticas territoriales de los años 1980. Se trata, por lo tanto, de un campo multiforme que se extiende progresivamente a lo largo de los años 1960 y 1970, antes de conocer un nuevo auge para hacer frente a las cuestiones que se plantean durante los años 1980. El reto de la acción social es doble: la prevención y el vínculo social. Supone unas respuestas combinadas para hacer frente al fenómeno de la exclusión masiva.

Se enfrenta a las tradiciones de los servicios sociales fundadas, en primer lugar, sobre una perspectiva individualizada, en dirección de una persona o de una familia en dificultad. A esta concepción dual

del trabajo social responden unas organizaciones que conceden una gran autonomía y se caracterizan por la debilidad del trabajo en equipo. La propia idea de las políticas de acción social genera numerosas resistencias en un sector centrado sobre la demanda del usuario. La puesta en marcha de numerosos dispositivos de inserción que incrementan las tareas administrativas en detrimento del acompañamiento social de las personas, produce una crisis identitaria entre los asistentes de los servicios sociales y una búsqueda de sentido. El trabajo en colaboración crea aperturas que aprovechan los profesionales más dinámicos, conduciendo a una redefinición de sus misiones. A lo largo de los años 1990, las nociones de red, de oferta de servicios, de coordinación y de acción colectiva prosperan.

A través de la puesta en marcha de la renta básica y de las políticas urbanas, la transversalidad se convierte en un factor esencial de la acción social. A las visiones clásicas de la asistencia y de la tutela se sustituyen las nociones de proyecto y de contrato. La sustitución de un trabajo social de mediación por un trabajo social reparador ha acompañado la aparición de nuevas políticas sociales, políticas urbanas o de lucha contra la pobreza. En esta óptica, el desarrollo local supera la sola acción social para integrar los sectores de la pequeña infancia, de la infancia, de la acción preescolar y de la política urbana. La coordinación de estos dispositivos se convierte en el reto central a través de una puesta en coherencia que sigue pendiente. La multiplicación de los espacios de coordinación es actualmente la nueva característica de la acción social. Esquemas, planes de acción, contratos de todo tipo son elaborados para coordinar unas intervenciones especializadas y generalistas.

2.2.3. LA ACCIÓN SOCIAL DE LOS DEPARTAMENTOS

La responsabilidad principal de la acción social incumbe al Consejo general, tras las dos leyes de descentralización, sobre todo en dos ámbitos fundamentales: la ayuda social a la infancia y la ayuda social generalizada que consta a su vez de la ayuda a las personas mayores, la ayuda a las personas discapacitadas y la ayuda médica. El Estado conserva la ayuda a las personas sin hogar y ciertos gastos médicos no cubiertos por el seguro médico. La ayuda social no está fijada de manera definitiva. Es complementaria a la lógica de seguro y oscila en función de la identificación de nuevas cuestiones sociales. Es el caso del desempleo, excluye unos riesgos cubiertos por la Seguridad social y que pertenecen a la acción social hasta 1958, fecha en la cual se crea el primer

régimen de seguro del desempleo. Asimismo es el caso para las personas discapacitadas cuya ayuda dependía principalmente de la familia. En 1975, se les reconoce un derecho a la solidaridad nacional. Más recientemente, los debates a propósito de la ayuda a la dependencia se articulan en torno a la elección entre el seguro (el quinto riesgo) o la ayuda social (ayuda personalizada de autonomía APA).

La ayuda social departamental constituye el puesto más importante de los presupuestos de funcionamiento de los Consejos generales. Varias etapas han sido identificadas: de 1984 a 1989, la progresión es moderada. Se registra una disminución de las colocaciones de menores y del alojamiento de las personas mayores ya que las políticas a favor del mantenimiento a domicilio empiezan a surtir efectos. A partir de 1988, la renta básica ilustra una nueva orientación de la acción social, introduciendo un principio de transversalidad y de cooperación de los diferentes actores públicos, especialmente entre el Estado y los Consejos generales. Además, introduce la articulación entre un derecho, una ayuda y un compromiso de inserción contenido en un contrato. Ocupa una posición intermedia entre un mínimo social y una prestación de ayuda social. De 1990 a 1995, el notable aumento del gasto está vinculado a la puesta en marcha de la renta básica y a la demanda creciente a propósito de los adultos discapacitados.

La ley del 18 de diciembre de 2003 sobre la descentralización de la renta básica y la creación de una renta mínima de actividad (RMA) ha ampliado las competencias de los departamentos al pago de la renta básica. Así, desde el 1 de enero de 2004, los Consejos generales son los únicos responsables de la concesión de la renta básica, de su pago y de la puesta en marcha de la política de inserción asociada a este dispositivo.

Según un estudio de la DIEES (Dirección de la investigación, de los estudios, de la evaluación y de las estadísticas), al final de 2006, más de 1,7 millones de personas estaban concernidas por la ayuda social departamental derivada de las leyes de descentralización que agrupa las ayudas dirigidas a las personas mayores, a las personas discapacitadas y a la infancia. Añadiendo los beneficiarios de la renta básica (1,1 millones de personas), cuya gestión es de la competencia de los Consejos generales desde 2004, el número total de estas ayudas se establece en cerca de 2,8 millones de individuos. En constante progresión, los beneficiarios de la ayuda social a las personas mayores constituyen la mayoría y representan a cerca de 1,2 millones de individuos. El

año ha estado marcado por la puesta en marcha de la nueva prestación de compensación de la discapacidad que ha sido concedida a cerca de 7000 personas al final del año 2006. Teniendo en cuenta la reforma del dispositivo, 242 000 personas discapacitadas se benefician de la ayuda social, es decir una progresión del 3% en un año. Por último, los jóvenes se han beneficiado de cerca de 287 000 medidas de ayuda social a la infancia. La diferencia entre las medidas educativas (137 500) y las medidas de colocación (140 500) ha continuado disminuyendo ligeramente en 2006.

Las políticas transversales se caracterizan por la diversidad de los actores movilizados y especialmente de los actores locales. A este propósito, la descentralización debía permitir una aproximación de la acción pública al ciudadano, favoreciendo una mayor flexibilidad en la puesta en marcha de las políticas territoriales. El temor de tener que someter la ayuda social a los avatares de la política local y la preocupación en torno al respeto del principio de igualdad de derechos sobre el conjunto del territorio nacional han conducido los promotores de la descentralización a cerrar con cerrojo un cierto número de competencias delegadas. La ayuda social está relativamente enmarcada por el nivel nacional. Las administraciones locales, es decir los Consejos generales y los ayuntamientos, pueden intervenir en las prestaciones de ayuda social y aumentarlas, aunque no puedan situarse nunca por debajo del mínimo fijado por la ley. Esta medida permite limitar las disparidades observadas entre los departamentos. Más allá de los temores iniciales y a pesar de algunos contra-ejemplos, los departamentos se han convertido en unos actores reconocidos de las políticas sociales, capaces de definir las prioridades y las modalidades de aplicación en sus ámbitos de competencia así como de exigir unos resultados y de medir sus efectos. Después de haber estado en el origen de un cuestionamiento crítico sobre los efectos de la ayuda social, se han convertido en los artífices de una nueva exigencia. La ayuda social es actualmente el instrumento central de una solidaridad de proximidad en dirección de las personas en dificultad.

2.2.4. LA ACCIÓN SOCIAL DE LOS ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA ACCIÓN SOCIAL ESTATAL

Las grandes instituciones de la Seguridad social han desarrollado poco a poco unas políticas de acción social que se sitúan en la frontera entre la ayuda social y el seguro. La complejidad de los dispositivos así creados y acumulados a lo largo del tiempo

y la evolución de las políticas sociales contribuye a dificultar la comprensión del conjunto del sistema y a complejizar su gestión. Esta complejidad se encuentra de nuevo a través del cruce que se ha producido desde los años 1980 entre las tradicionales políticas sectoriales y las nuevas políticas transversales (inserción, pobreza, urbanismo), que suponen unas movilizaciones y a veces unas financiaciones cruzadas. El desarrollo de las delegaciones y de las comisiones interministeriales es el mejor ejemplo de ello. Así, diversas políticas sociales específicas responden a unos fenómenos transversales que están parcialmente tratados por la ayuda social, la acción social o la Seguridad social, pero que sobrepasan el ámbito de la protección social. Se trata de políticas globales, curativas o preventivas, cuyo objetivo es evitar que ciertos colectivos afectados por estas problemáticas específicas sean excluidos de la sociedad. La lucha contra todas las formas de exclusión tiene una vocación más amplia.

La ayuda social del Estado se mantiene hoy en día esencialmente en dos ámbitos: los adultos en dificultad social y los adultos discapacitados. Esta ayuda social del Estado es concedida por las Direcciones departamentales de los asuntos sanitarios y sociales (DDASS) cuya existencia es cuestionada por la creación de las agencias regionales de sanidad (ARS). Estas agencias sustituirán en 2009 a las agencias regionales de la hospitalización (ARH). Se contempla que sus responsabilidades en dirección del hospital y de la medicina urbana sean extendidas a la sanidad pública, la vigilancia y la seguridad sanitaria, así como el sector médico-social. Las DDASS solo conservarían el sector de la exclusión, lo que parece ser insuficiente para justificar su mantenimiento.

2.2.5. LA AYUDA SOCIAL LEGAL

Según el Código de la acción social y de las familias, las intervenciones de acción social obligatoria reúnen a las diferentes formas de la ayuda social legal (ayuda social a las familias, a la infancia, a las personas mayores o los discapacitados), pero también a otras prestaciones obligatorias (APA, renta básica, dispositivo departamental de inserción, Fondo solidaridad vivienda o Fondo de ayuda a los jóvenes). La ayuda social consiste principalmente en: 1) las ayudas financieras, 2) los apoyos, ayudas y cuidados a domicilio, 3) la financiación de los centros y servicios, y 4) las acciones de prevención, de educación y de inserción. La ayuda social interviene a título subsidiario cuando una persona no está capacitada para satisfacer ella-misma sus necesidades, especial-

mente financiando una ayuda a domicilio o unos gastos de estancia en institución. Se ejerce cuando la solidaridad familiar es inoperante, es decir cuando la ayuda alimenticia que incumbe a los ascendentes o descendientes no puede ser activada. Es igualmente subsidiaria con respecto a los derechos obtenidos ante los diferentes regímenes de Seguridad social.

Estos principios conocen dos excepciones: la ayuda alimenticia no se aplica a propósito de las personas discapacitadas y de sus familias, en razón de la ausencia previsible de reciprocidad en dirección de los ascendientes. Tampoco interviene en materia de ayuda social a la infancia que está sometida a ciertas condiciones. La ayuda social es un derecho definido por el Código de la familia y de la ayuda social. Constituye un conjunto de prestaciones necesariamente concedidas a partir del momento en que se cumplen las condiciones, especialmente de recursos. Es un derecho subjetivo que depende de la situación de la persona, a la diferencia de un derecho universal que es automático. Los centros comunes de acción social se encargan de recibir y de instruir las demandas. Una comisión analiza la demanda, averigua la existencia de recursos personales o familiares, y la realidad de la necesidad. La ayuda social tiene vocación a ser temporal y a asegurar un mínimo de recursos para permitir la desaparición de la necesidad.

Si la ayuda social es un derecho para las personas, es una obligación para las administraciones encargadas de organizarla. Se habla de gasto obligatorio, cuya cuantía está fijada por la ley. Que provenga del Estado o del departamento, es financiado por el impuesto, a la diferencia de la Seguridad social que está financiada por las cotizaciones. Considerada como un avance, puede ser recuperada sobre la herencia en caso de fallecimiento de la persona beneficiaria. Las prestaciones que dan derecho a recuperación están previstas por el Código de la familia y de la ayuda social (ayuda compensatoria, gastos de alojamiento, etc.) en unas situaciones precisadas y unas proporciones limitadas. La ayuda social departamental concierne principalmente a cinco ámbitos que corresponden globalmente a los riesgos cubiertos por la Seguridad social: la ayuda social a la infancia, la ayuda médica, la ayuda a las personas mayores, la ayuda a las personas discapacitadas, la ayuda al alojamiento y a la readaptación social.

2.2.6. LA ACCIÓN SOCIAL

La acción social agrupa a todas las acciones sociales destinadas a facilitar las condiciones de con-

vivencia, a través de las acciones de prevención, de acompañamiento y de solidaridad. Es cuestión de unas acciones con carácter facultativo, llevadas a cabo por unas instituciones públicas, unas asociaciones y unas fundaciones, cuya finalidad es aportar una ayuda adaptada a cualquier persona o grupo que se halla en situación de precariedad, en gran dificultad o que necesita un apoyo particular. Las formas de intervención de la acción social se caracterizan por una gran diversidad, adecuada a la variedad de los públicos concernidos. La acción social se diferencia de la ayuda social por el hecho de que no es obligatoria para los financiadores. Se ha desarrollado en torno a varias nociones: desarrollo social, acción global y, más recientemente, acción social territorial. Más allá de las modas, el factor relevante de las evoluciones en materia de acción social concierne a las acciones colectivas. Son colectivas porque concierne a unas personas que tienen en común su lugar de residencia o su dificultad y porque se implican a diferentes actores.

La acción social facultativa tiene dos justificaciones principales: favorecer la innovación y la experimentación y aportar unas soluciones de sustitución o complementarias a los dispositivos o estructuras de acogida existentes. Varios ámbitos, que dependen de la acción social facultativa, han sido innovadores, especialmente en el marco de la puesta en marcha de soluciones alternativas al alojamiento de las personas discapacitadas o mayores: acogida de día, alojamiento temporal, acogida familiar, ayuda a los ayudantes. Lo más a menudo, estas innovaciones se fundamentan en una experimentación y se inician a nivel de un municipio o de una aglomeración antes de ser extendidas a otros territorios. La acción social agrupa a la totalidad de las acciones llevadas a cabo por los servicios sociales, las asociaciones gestoras de centros o de servicios sociales y, más ampliamente, las asociaciones caritativas o humanitarias. Se ha construido en torno a dos ejes principales: la acción con las personas, familias o grupos sociales, por una parte, y los equipamientos y servicios de proximidad, por otra parte.

Los trabajadores sociales son los principales actores de esta acción social. Ejercen esta misión en las diferentes instituciones y principalmente en: a) los consejos municipales de acción social de los ayuntamientos, b) los servicios sociales departamentales de los Consejos generales, y c) los servicios sociales de la MSA (Mutua Social Agrícola) y de la CSF (Caja de Seguro Familiar). Las asociaciones también juegan un papel central en la acción social. La primera fun-

ción es de estar a la escucha de la evolución de las necesidades, de ser capaz de actuar rápidamente y de buscar unas respuestas nuevas o complementarias a las ya existentes. Una capacidad de experimentación y de innovación es necesaria para la adaptación de las políticas sociales. Desempeñan además un rol fundamental en la puesta en marcha de la acción social a través de los numerosos centros y servicios que han creado. La dimensión gestora que concierne el funcionamiento y la vuelta de lo político en la definición de las orientaciones departamentales y locales, contribuyen a hacer evolucionar su lugar en la palestra de los actores sociales. Su legitimidad, que proviene de su carácter democrático y de su competencia, se ve a veces afectada por unos departamentos o municipios que intentan transformarlos en prestatarios de servicios. Deben también responder al desafío de una mercantilización de los servicios que se dirigían hasta entonces a una "clientela cautiva". El final de los monopolios abre el camino a una búsqueda de una mayor calidad de los servicios propuestos.

3. LOS NIVELES DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

La descentralización político-administrativa y la construcción europea han multiplicado el número de actores institucionales implicados en las políticas sociales, con la irrupción de los Consejos generales y de la Comisión europea, y han modificado profundamente el reparto de competencias.

3.1. EL ROL FUNDAMENTAL DE LOS CONSEJOS GENERALES

A partir de los años 1980, los Consejos generales se convierten en los jefes de fila de la solidaridad, de la ayuda y de la acción social.

3.1.1. LA PRIMERA FASE DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Francia, presentada generalmente como un modelo de Estado jacobino y centralizador, conoce, en los años 1980, una reforma importante con la descentralización que marca una evolución en las relaciones entre el Estado y las administraciones locales. La descentralización es efectiva desde la ley del 2 de marzo de 1982 relativa a los derechos y a las libertades de las regiones, de los departamentos y de los ayuntamientos, votada a la iniciativa de Gaston Defferre. Esta ley deroga las tutelas administrativas y financieras que regulaban las relaciones entre el Estado y las administraciones locales. La descentralización persigue varios objetivos principales:

aproximar la decisión al ciudadano, fortaleciendo el rol de las administraciones territoriales, mejorar el funcionamiento del servicio público, a través de una mejor adaptación de las decisiones a las necesidades locales, una mayor eficacia de la gestión y un control de los efectos de las decisiones. En un primer momento, la descentralización sigue limitándose a la transferencia de bloques de competencia. Pero ha generado una dinámica que ha superado las expectativas iniciales, puesto que el Estado se ha comprometido además a emprender una desconcentración de sus propios servicios.

En el esquema inicial, el ayuntamiento se encargaba del urbanismo y del mundo rural, el departamento de la acción social y de la sanidad, y la región de la ordenación del territorio, de la formación profesional y del aprendizaje. En materia de acción social y sanitaria, el reparto se hacía en función de los públicos destinatarios. El Estado, se encargaba de las personas discapacitadas y de los adultos en dificultad (toxicómanos, prostitutas, sin domicilio), y, el departamento, de las personas mayores y de las familias. Al final, el reparto de las competencias se ha complejizado por las resistencias de unos y de otros que pretendían conservar sus antiguas competencias. La descentralización empieza por unas decisiones incomprensibles y unos retrocesos, respetando los ámbitos históricos de intervención. El ejemplo del sector de la discapacidad ilustra la ausencia de lógica aparente: el departamento se encarga de los pisos de alojamiento para adultos, de los servicios de acompañamiento y de la ayuda compensatoria para un tercio. El Estado ha conservado el trabajo protegido y los complementos salariales. La Seguridad social asegura la financiación de los centros para menores, de los pisos de acogida especializados para adultos y del precio de la atención sanitaria en los centros de acogida medicalizados. Estos últimos, están también financiados por los Consejos generales. No obstante, poco a poco, las nuevas organizaciones se ponen en marcha, acompañadas por la transferencia del personal. La función pública territorial se desarrolla y se constituye en un grupo específico, diferente de la función pública estatal.

El movimiento de descentralización se termina, en su fase de construcción, en 1986 con la ley particular del 6 de enero. Redactada bajo el impulso de Georgina Dufois, ministra de la Solidaridad nacional y de los Asuntos sociales, es aprobada a la unanimidad. Precisa los efectos de las leyes de descentralización sobre la acción social, adaptando la legislación sanitaria y social a las transferencias de competen-

cias. Aporta así unas modificaciones a la ley del 30 de junio de 1975 sobre las instituciones sociales y médico-sociales, al Código de la familia y de la ayuda social, al Código de la sanidad pública y al de la Seguridad social. Está considerada como la ley de estructuración del sector social y médico-social posterior a la descentralización.

Las leyes de descentralización confieren a los Consejos generales una responsabilidad de primer orden en la aplicación de las políticas de acción social. Las responsabilidades transferidas a los departamentos conciernen, en primer lugar, a las prestaciones de ayuda social. El Estado conserva diferentes competencias, lo que contribuye a complejizar más aún un sistema que parecía ya de por sí complejo. Esta reorganización, que presenta numerosos aspectos positivos, especialmente en términos de dinámica local, incrementa la dificultad de coordinación de las intervenciones, ya presente en la sectorización de la acción social. Los ayuntamientos no han recibido ninguna nueva atribución en una misión global de prevención y de desarrollo social a través de los centros municipales de acción social.

Poco a poco, a pesar de los temores de una acción social controlada por unos Consejos generales insuficientemente al corriente de la realidad y guiados por una voluntad de reducir el gasto y por unas consideraciones electorales, la acción social territorial toma forma. Responde a una fuerte demanda de políticas fundamentadas sobre una lógica de proximidad. El balance de la descentralización de la acción social es positivo en su conjunto, aunque se le reproche una interferencia de competencias. En la práctica, la puesta en marcha de unas competencias compartidas se produce con dificultad. La descentralización, que constituye una mutación fundamental para el sistema político galo, es criticada en varios aspectos: 1) el lugar central de los departamentos está desfasado con el rol de las regiones en la construcción europea, 2) la insuficiente toma en cuenta de la inter-municipalidad, desarrollada posteriormente, 3) las transferencias de competencias insuficientemente compensadas por unas transferencias de recursos, 4) el mantenimiento de una fuerte presencia del Estado en ciertos ámbitos, y 5) la complejidad de los dispositivos y la existencia de intersticios no previstos por la ley.

3.1.2. LA SEGUNDA FASE DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Si los departamentos se han convertido en actores centrales de las políticas sociales, la cuestión de la elección entre la solidaridad nacional y las solidari-

dades de proximidad se plantea a partir del momento en el que aparece una nueva problemática social. La disparidad entre departamentos es regularmente subrayada con, como corolario, unas diferencias de tratamiento de los ciudadanos enfrentados a unas dificultades sociales o familiares. Además, la descentralización ha fortalecido el principio “el que paga decide” que insta una nueva relaciones con las asociaciones de acción social y médico-social que temen ser instrumentalizadas. Socios o prestatarios, deben entrar más que nunca en las orientaciones departamentales formalizadas en unos esquemas. La aclaración de las orientaciones en materia de acción social aparece, por el contrario, como una evolución favorable que permite construir unas perspectivas más coherentes. La segunda fase de la descentralización de los años 2000 marca el reconocimiento de la legitimidad de los departamentos en materia de políticas sociales, concediéndoles unas competencias más amplias. Pretende prolongar el movimiento de descentralización iniciado y aportar unas respuestas a los disfuncionamientos observados.

A partir de 2003, varias leyes aprobadas constituyen la segunda fase de la descentralización:

- La ley constitucional del 28 de marzo de 2003 marca un giro en la historia del sistema de financiación de las administraciones locales, precisando el principio de libre administración enunciado en el artículo 72 de la Constitución. Las administraciones locales pueden, en las condiciones previstas por la ley, disponer libremente de los recursos que perciben. La legislación actual que prevé, que las transferencias de competencias entre el Estado y dichas administraciones se acompañan de la transferencia de los recursos necesarios, figura en la Constitución.

- La ley del 18 de diciembre de 2003 contribuye a reducir la confusión entre las competencias del Estado y las de los departamentos, confiando a estos últimos la gestión integral de la renta básica.

- La ley orgánica del 29 de julio de 2004 define los recursos propios de las administraciones locales y fija un umbral por debajo del cual el nivel de autonomía financiera de estas administraciones no puede descender.

- La ley del 13 de agosto de 2004 relativa a las libertades y responsabilidades locales enumera el conjunto de las nuevas competencias transferidas por el Estado a las administraciones locales. Define los principios que permiten la compensación financiera de las diferentes competencias transferidas y organiza las modalidades de transferencia del personal

estatal hacia las administraciones locales así como las garantías aportadas a los funcionarios transferidos. A cada tipo de administración son concedidas nuevas competencias. En total, la región y sobre todo el departamento se ven conceder lo esencial de las nuevas responsabilidades. El ayuntamiento y la agrupación de ayuntamientos siguen siendo unos niveles relativamente poco preocupados por esta segunda oleada de descentralización. La ley le reconoce así al departamento un papel clave en materia social y médico-social. Incumbe efectivamente al departamento definir y poner en marcha la política de acción social: elaborar el esquema departamental de la organización social y médico-social, financiar y gestionar los fondos de ayuda a los jóvenes en dificultad y los fondos de solidaridad para la vivienda, autorizar y financiar los centros locales de información y de coordinación.

Progresivamente, conforme van adquiriendo experiencia para poner en marcha esta nueva competencia, los departamentos se convierten en los jefes de fila reconocidos y legítimos en el ámbito de la acción social. No obstante, la capacidad real de dirección de la acción social por los departamentos es relativo: por una parte, una gran parte de su acción está enmarcada por numerosas leyes, y, por otra parte, la influencia del sector sanitario, esencialmente dirigida por la Seguridad Social y el Estado sigue siendo importante sobre el sector social y médico-social. Las reformas y cambios introducidos en estos sectores son a menudo la consecuencia o la adaptación de los cambios acontecidos en el sector sanitario. Además, la departamentalización se ha acompañado de una sectorización que tiende a dar a los habitantes de un departamento la prioridad de acceso a los equipamientos sociales y médico-sociales. Este enfoque, que parece coherente puesto que permite un trabajo más importante con el entorno, plantea sin embargo dificultades para “los nuevos fronterizos”, que viven a proximidad del departamento vecino. Más aún, la cuestión de las evoluciones de la acción social sigue abierta. El paso de una lógica de reparación a una lógica de prevención, se traduce por la asociación de las intervenciones, la toma en consideración de las evoluciones demográficas y sociales, y la construcción de nuevas solidaridades.

3.1.3. ¿HACIA UNA TERCERA FASE DE LA DESCENTRALIZACIÓN?

Tras la aprobación de la ley del 13 de agosto de 2004, el gobierno anuncia claramente una pausa en la transferencia de competencias. Pero, desde 2006, al-

gunos departamentos desean apoderarse del conjunto de la acción social. En 2007, durante el Congreso de la Asamblea de los departamentos de Francia, los departamentos expresan su rechazo unánime ante el hecho de ser considerados como unos servicios exteriores al Estado a pesar de aplicar unas políticas definidas por él, sin controlar ni las incidencias financieras, ni las condiciones de su implementación. Sus reivindicaciones son las siguientes: poner fin a la gestión autónoma de las residencias departamentales de las personas discapacitadas para integrarlas en los servicios departamentales, y dar a los esquemas departamentales de programación de equipamientos y servicios un carácter oponible, en dirección especialmente del Estado. Este mismo año, el gobierno lanza y preside una conferencia de los ejecutivos que permite reunir alrededor de una misma mesa a los representantes de las regiones, de los departamentos y de los ayuntamientos, sabiendo que cada uno está federado a un nivel nacional por unas asociaciones *ad hoc*. Semejante conferencia debe permitir reflexionar sobre la tercera fase de la descentralización y vincular esta perspectiva a la reforma más global del Estado que se pone en marcha.

En 2007, el senador Alain Lambert preside un grupo de trabajo encargado, en el marco de la revisión general de las políticas públicas, de realizar propuestas de mejora entre el Estado y las administraciones locales a través de tres temas: la aclaración de las competencias, el aligeramiento de las coacciones normativas y las relaciones financieras. Este grupo de trabajo hace un diagnóstico más bien severo de una descentralización no terminada que conduce a una mezcla de las competencias y de las financiaciones. Según el marco jurídico aplicable y la capacidad colectiva a definir precisamente las competencias de cada uno, las competencias pueden ser conjuntas (co-detenidas por varios titulares), compartidas (fraccionadas entre varios titulares), paralelas (reconocidas a varios titulares) o concurrentes (reivindicadas por varios titulares). La cooperación se ha convertido en una necesidad, la codecisión es a menudo la regla con, como corolario, un uso masivo del contrato y de las cofinanciaciones, hasta el punto de que se ha podido hablar de la “dictadura de la cooperación”. Realiza propuestas de simplificación y de armonización que pretenden aclarar y mejorar las relaciones entre el Estado y las administraciones locales, y la eficiencia de los servicios prestados a los ciudadanos por los diferentes niveles de la administración.

Entre las pistas exploradas, propone aclarar las competencias sobre unas políticas bien identificadas por el legislador, especialmente en materia de solidaridad y de acción social. “Los departamentos, para la acción social y la inserción, y las regiones, para la formación profesional, son los niveles de competencia históricos y cualquier cuestionamiento de esta situación generaría unos costes de reorganización significativos. Las pistas de reflexión pretenden, por lo tanto, unificar y consolidar las competencias: supresión de los dispositivos estatales redundantes, transferencia de las financiaciones adicionales (red de acogida), transferencia de competencias residuales al provecho del poseedor de la competencia principal, aplicación del principio decisor-pagador”. Estas propuestas reciben una acogida prudente en la Asamblea de los departamentos de Francia deseosa de mantener la cláusula general de competencia que autoriza los departamentos a intervenir en todas las políticas que conciernen su territorio y que permite “desarrollar una verdadera política de solidaridad territorial, en un momento en el cual el Estado carece de los medios necesarios”².

El informe Lambert subraya igualmente la necesidad para las administraciones locales de participar en el esfuerzo de control del gasto público, más aún sabiendo que las finanzas del Estado y de las administraciones territoriales están imbricadas. Cita igualmente el establecimiento de normas indicativas del gasto; proyecto que se opone al principio de libre gestión de las administraciones locales. Si este aspecto es criticado, se trata fundamentalmente de mejorar la orientación del gasto público de las administraciones locales. La puesta en marcha de referencias es citada en ciertos ámbitos. El contrato de estabilidad instaurado en 2008 aporta una primera traducción a esta voluntad de limitación de las transferencias del Estado hacia las administraciones locales, mientras que estas colectividades ponen de manifiesto las carencias en las transferencias de los recursos que acompañan presuntamente la transferencia de dichas competencias. El contrato de estabilidad se fundamenta en una estabilización de las aportaciones del Estado y el mantenimiento de la indexación de la dotación global.

El informe Attali, titulado “Para la liberación del crecimiento francés” y presentado al inicio del año 2008, contempla, entre sus 350 propuestas, la desaparición progresiva de los departamentos. Una propuesta que ha desatado una viva polémica y que ha sido inmediatamente rechazada porque considerada como inapropiada y contra-productiva ante el

inicio de la reforma del Estado. Entre las reacciones, la de Claudy Lebreton, presidente de la Asamblea de los departamentos de Francia, se pregunta sobre dos cuestiones:

- El conjunto del presupuesto de los Consejos generales asciende a 56 billones de euros, de los cuales 27 billones conciernen acciones y prestaciones de seguridad social. Los departamentos financian un tercio de las inversiones públicas civiles y emplean a 200 000 agentes públicos. Las prestaciones sociales que los departamentos asumen se traducen por cerca de 500 000 empleos inducidos en el sector Servicios a la persona. Los departamentos han demostrado ampliamente su capacidad a actuar eficazmente y a proximidad de los ciudadanos.

- ¿En la hipótesis de una desaparición del departamento, qué administraciones locales asumirían las amplias competencias que ejercen hoy en día los departamentos? Las regiones y las estructuras intermunicipales, sugiere el informe Attali. Pero, las regiones son unas administraciones de misión y de proyecto y no unas colectividades de gestión como son los departamentos. Las intermunicipales se han extendido pero se caracterizan por su heterogeneidad en cuanto a su superficie, su población, su capacidad presupuestaria y sus recursos humanos. No se trata de unas administraciones de pleno ejercicio y solo asumen las competencias que les han sido libremente transferidas.

3.2. LA ACCIÓN SOCIAL DE LOS AYUNTAMIENTOS

Las políticas urbanas, las políticas de pequeña infancia, las políticas de animación de la infancia y de la juventud, y las políticas de apoyo a las personas mayores son los principales aspectos de la acción social en los ayuntamientos. Los municipios llevan a cabo tradicionalmente una acción social de proximidad, directamente o a través de los centros municipales de acción social (CMAS). Estos CMAS constituyen la forma moderna de las oficinas de ayuda social, creadas por decreto el 29 de noviembre de 1953, que reforman las leyes de asistencia y que conducen a la fusión de las antiguas oficinas de beneficencia y de las oficinas de asistencia, creadas respectivamente en 1796 y 1823. En 1978, la oficina de ayuda social toma el nombre de centro municipal de acción social, una denominación que será creada a través de las leyes de descentralización y, especialmente, a través de la ley del 6 de enero de 1986. Hay que esperar 1995 para que sean precisadas las misiones y la organización de los CMAS. De pleno derecho a nivel local, el CMAS es una persona moral

de derecho público. Cuando varios municipios se agrupan en establecimiento público de cooperación, los CMAS se convierten en un solo centro intermunicipal de acción social (CIAS). Las competencias de los CMAS o CIAS en materia de acción social conciernen fundamentalmente dos ámbitos: la ayuda social legal y la acción social facultativa.

La acción social de los municipios, que sea directa o indirecta a través de los CMAS, es a menudo identificada a una acción de proximidad, legitimada por un profundo conocimiento de la población y del territorio municipal. Desde este punto de vista, el decreto de 1995 prevé que cada año el CMAS realice un análisis de las necesidades sociales de la población. Esta competencia de observación y de diagnóstico de las necesidades locales aparece como una especificidad de la acción municipal. La acción social de los ayuntamientos se dirige tradicionalmente a cuatro colectivos: 1) las personas mayores, a través de la gestión de los servicios de distribución de la comida, de ayuda doméstica, de tele-asistencia y de pisos de acogida; 2) las personas en dificultad social, a través de la ayuda en naturaleza (bonos alimenticios, distribución de ropa, etc.) o en metálico, un acompañamiento social, unas acciones colectivas; 3) los niños y los jóvenes vía las multi-acogidas para la pequeña infancia y, para los más grandes, la organización de actividades de ocio durante las vacaciones y los días festivos; 4) las personas discapacitadas, de manera menos importante, a través de los servicios, tales como la organización de los transportes.

Los ayuntamientos, especialmente vía los CMAS, juegan un rol de acogida de primer nivel de los públicos en dificultad, entre otros, para los Consejos generales, a través de diferentes misiones: por una parte, la domiciliación de las personas sin hogar, que viven en viviendas móviles o precarias, con el fin de permitirles tener una dirección para hacer valer sus derechos sociales, sobre la base de un reconocimiento prefectoral, y, por otra parte, la instrucción administrativa de las demandas de ayuda social legal, sabiendo que esta ayuda depende del ayuntamiento, del Consejo general o del Estado. El ayuntamiento puede igualmente ser delegataria de las competencias y así intervenir en el marco de un convenio para realizar unas acciones que incumben al Consejo general. Por ejemplo, ciertos municipios ejercen para la cuenta del Consejo general unas misiones de protección materna e infantil a escala municipal.

No obstante, la política social de un ayuntamiento se puede traducir fundamentalmente a través de la ayuda social facultativa. La ayuda social faculta-

tiva es definida de manera general en el Código de la acción social y de las familias: el CMAS anima una acción general de prevención y de desarrollo social en el municipio, vinculada a las instituciones públicas y privadas. Un decreto de 1995 precisa que los CMAS pueden intervenir bajo la forma de prestaciones en naturaleza o en metálico, reembolsables o no: ayudas financieras, acciones de prevención y de animación. Pueden también gestionar unos centros sociales y médico-sociales (servicios de ayuda a domicilio, estructuras de acogida para la pequeña infancia, pisos de acogida, centros para personas mayores o personas discapacitadas), unos servicios de animación (centros de ocio), estructuras de coordinación y de concertación, servicios logísticos, tales como la restauración colectiva o a domicilio. De manera general, en la implementación de estas acciones e intervenciones en nombre de la acción social facultativa, el CMAS debe conformarse a tres principios fundamentales: a) la especialidad territorial, según la cual el CMAS solo puede intervenir en beneficio de las personas residentes en el municipio, b) la especialidad material, para la cual el CMAS únicamente puede intervenir en unas acciones de carácter social, y c) la igualdad de tratamiento, según el cual todas las personas que se encuentran en una situación objetivamente idéntica tienen derecho a la misma ayuda de la comunidad.

Los ayuntamientos juegan igualmente un papel fundamental en las políticas urbanas a través de las cuales contractualizan con el Estado, para una acción voluntaria en dirección de tal barrio en dificultad. Desde entonces, se han implicado en la puesta en marcha de políticas de derecho común en estos lugares y en unas acciones específicas destinadas a una renovación urbana, a un desenclave, a un acceso facilitado a los servicios públicos, a una acción social más densa. Este apartado “política urbana” es confiado generalmente a una dirección o a un servicio *ad hoc*, independiente del CMAS, porque goza de competencias más transversales.

Los CMAS ocupan un lugar creciente en términos de impulso y de coordinación de las intervenciones locales, departamentales y nacionales. Detrás de la acción social municipal se perfila la idea de las taquillas únicas y de las plataformas multi-servicios. Pone de manifiesto un principio de polivalencia que era hasta entonces la exclusividad de los servicios sociales departamentales. Simultáneamente, la territorialización de la acción de los Consejos generales, a través de la implantación en los diferentes lugares del departamento de equipos que llevan a

cabo misiones de solidaridad, hace evolucionar esta concepción de los actores municipales que serían los únicos capaces de responder a estas necesidades de proximidad. Las diferentes fases de descentralización han producido unos cruces de competencias a los cuales se han añadido unas misiones delegadas por los Consejos generales o el Estado a los ayuntamientos. El reparto de los ámbitos de competencia se convierte en una cuestión central que oscila entre la cooperación y la descentralización. La voluntad de aproximar las decisiones a la realidad local, idea básica de la descentralización, conduce hoy en día a valorizar el nivel municipal en la puesta en marcha de una acción social de solidaridad. La inter-municipalidad, que se halla en pleno desarrollo, es un nuevo actor que se incorpora igualmente al juego. No obstante, hoy por hoy, la competencia social no figura entre las competencias obligatorias u optativas de las estructuras intermunicipales.

Sin embargo, unas cuestiones son planteadas en torno a la autonomía y de la neutralidad de los CMAS y, más ampliamente, de su anclaje en la política municipal. ¿Deben integrar y poner en marcha una política municipal y continuar siendo un polo de coordinación técnico, al margen de los retos electorales? La implicación de lo político en la acción social, si es legítima y necesaria, aparece como un factor de incertidumbre con respecto a la acción estatal, más neutral, más estable, supuestamente alejada de los escollos del corto plazo impuesto por el calendario político. Los numerosos cambios de orientación en materia de política urbana o de inserción han mostrado, sin embargo, la sensibilidad política que atraviesa también las políticas sociales nacionales.

3.3. EL NUEVO PAPEL DEL ESTADO

Después de haber sido, con la Iglesia y las organizaciones caritativas, el único actor de las políticas sociales, el Estado de bienestar se ha alejado progresivamente de esta misión descentralizando hacia las administraciones locales algunas de sus competencias, sin renunciar por ello a intervenir en tres ámbitos: 1) las políticas urbanas, que constituyen a la vez un ámbito reservado del Estado y un tema sensible políticamente, han sido puestas en marcha con los ayuntamientos y las estructuras intermunicipales; 2) las políticas a favor de los adultos en dificultad social, a pesar de la transferencia completa del dispositivo de la renta básica a los departamentos, y 3) las políticas en dirección de las personas en situación de discapacidad, vía el trabajo protegido. A través de la descentralización, el Estado ha deja-

do a las administraciones locales la responsabilidad de organizar y de poner en marcha una solidaridad de proximidad. No ha renunciado por ello a un rol de dirección y de animación, que ejerce a través de una actividad legislativa y reglamentaria que se ha intensificado, sobre todo en nombre de la garantía de una igualdad de tratamiento de los habitantes del conjunto del territorio y de una neutralidad de la autoridad pública en las ayudas legales aportadas a los colectivos en dificultad.

Las articulaciones entre las administraciones públicas, especialmente entre el Estado, los departamentos y los ayuntamientos, en materia de acción social, son a menudo criticadas. La dirección nacional aparece como poco eficiente. Los dispositivos se acumulan sin verdadera coordinación, lo que limita su eficacia. El Estado respeta poco las obligaciones que impone a los demás. Las orientaciones decididas por el Estado en materia de políticas públicas se desprenden poco a poco de la realidad concreta. Por ejemplo, las transferencias de las competencias que no están cubiertas por unas transferencias equivalentes de recursos. Por el contrario, las obligaciones de control del gasto público que impone el marco europeo no están verdaderamente tomadas en consideración por las administraciones locales que dejan demasiado a menudo el Estado responder solo a los desfases existentes entre sus compromisos hacia la Unión europea y la realidad francesa en materia de déficits y de gasto público.

Los diferentes actores de las políticas sociales están a la búsqueda de nuevas formas de gobernanza, adaptadas a las evoluciones rápidas que han tenido lugar a partir de los años 1980 y mejor adecuadas a los nuevos retos. Estos retos son numerosos con respecto a un sistema de protección social que parece a la vez amenazado en sus fundamentos y agotado en sus mecanismos. Los años 2000 serán, desde este punto de vista, unos años de reforma, en la búsqueda de una nueva eficacia para un dispositivo económico y social actualmente criticado a la vez por la persistencia de las desigualdades, de la pobreza y de la exclusión y por los obstáculos que plantea a la libre competencia en un espacio globalizado.

3.4. LA INFLUENCIA EUROPEA

La Unión europea juega un papel poco visible pero real a propósito de las políticas sociales y del marco en el que se sitúan, ya que se producen unas interacciones permanentes entre las políticas comunitarias y las políticas sociales nacionales. La Unión europea ha sido fundada en los años 1950 sobre la

base de unos intereses económicos y políticos que permiten construir un mercado común y una paz duradera entre los Estados. Todavía hoy, las competencias reconocidas a la Unión europea en el ámbito social son limitadas, puesto que los Estados miembros conservan la primacía de las competencias en esta materia. La intervención comunitaria es fundamentalmente subsidiaria con respecto a la de los Estados miembros y normativa a través de la definición de unos estándares mínimos comunes que constituyen “el logro comunitario”. Este logro consta de un conjunto de normas legales y jurisprudenciales que se escalonan sobre más de 30 años y que se basan sobre una cláusula de “no-regresión social”, especialmente importante en el contexto de ampliación de la Unión a los países de la antigua Europa del Este, que se comprometen a aceptar y a alcanzar el nivel de este logro comunitario.

Francia ha estado siempre a favor de la construcción de una Europa social. Se ha opuesto sobre este tema a los países que tienen una visión más liberal y soberanista de sus sistemas de protección social y ha defendido un equilibrio entre los diferentes componentes de la integración. Se ha basado sobre la idea de un modelo social europeo. La propia existencia de este modelo es cuestionada hoy en día bajo la doble influencia de la ampliación de la Unión a los nuevos Estados miembros y de la globalización de la economía y del comercio. La influencia respectiva de las perspectivas social-demócratas y liberales constituirá el punto de equilibrio de una Europa social actualmente criticada.

3.4.1. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y MODOS DE ACCIÓN

Los principales ámbitos de intervención comunitaria son la sanidad pública, la Seguridad social y la protección social de los trabajadores, la lucha contra la exclusión social y las discriminaciones, la igualdad entre hombres y mujeres, el empleo, la integración de las personas excluidas del mercado laboral, el derecho laboral y la negociación colectiva. En estos ámbitos, se pueden distinguir tres grandes modos de intervención comunitaria: 1) la armonización, que conduce a la definición de normas mínimas comunes, 2) la convergencia, que conduce a aproximar las políticas nacionales sobre la base de unos objetivos comunes, y 3) el apoyo comunitario, a través de las intervenciones financieras o de coordinación.

Los primeros textos comunitarios se refieren fundamentalmente a la protección de los trabajadores

para luchar contra los efectos negativos de las crisis económicas de los años 1970 y, posteriormente, para hacer frente a un contexto de desempleo masivo que afecta a todos los países en los años 1980 y 1990. Así, el Fondo social europeo (FSE) ha sido creado para facilitar la movilidad y la reconversión de los asalariados pertenecientes a los sectores económicos y geográficos en proceso de reestructuración. Esta ayuda financiera ha sido progresivamente acompañada de unas reglas que fijan el marco mínimo de protección de los trabajadores. Conviene subrayar la creación en 2005 de un fondo de ajuste a la globalización destinado a los asalariados afectados por unos despidos que resultan de la evolución del comercio mundial y especialmente de las deslocalizaciones. De manera más activa, la estrategia europea para el empleo conduce Francia a poner el énfasis en la activación de las políticas de empleo, reorientando las políticas de indemnización del desempleo o de la prejubilación en dirección de unas medidas más incitativas de reintegración del mercado laboral. Los debates actuales sobre la edad de la jubilación y el empleo de los mayores provienen así de las perspectivas comunitarias influenciadas por las experiencias alemanas y escandinavas.

Desde el tratado de Amsterdam, la lucha contra las exclusiones se ha convertido en una de las prioridades de las políticas europeas. Se fundamenta sobre el concepto de inclusión social, definido como un proceso que protege a las personas en peligro de pobreza y de exclusión para que tengan los recursos necesarios para poder participar plenamente en la vida económica, social y cultural, y para que gocen de un nivel de vida y de bienestar considerado como normal para la sociedad en la que viven. En los años 2000, unos objetivos de convergencia de las políticas sociales nacionales han sido definidos, estando vinculados a las orientaciones económicas de la Unión, principalmente en los ámbitos del empleo, de las jubilaciones y de la lucha contra las exclusiones. La lucha contra las exclusiones ha sido completada por la lucha contra las discriminaciones y especialmente las discriminaciones en el ámbito laboral y contra las minorías. Así, las directrices aprobadas entre 1997 y 2004 conducen a la creación en Francia de la Alta autoridad de lucha contra las discriminaciones (AALCD) en diciembre de 2004. Estas orientaciones se acompañan del desarrollo de unas políticas de igualdad de oportunidades.

Entre las principales orientaciones, la convergencia de los sistemas de pensiones ocupa un lugar importante en la Unión europea, ampliamente marcada

por el envejecimiento de su población y el declive demográfico. Se fundamenta en tres orientaciones: preservar la capacidad de los sistemas a alcanzar sus objetivos sociales, mantener su visibilidad financiera y responder a la evolución de las necesidades de la sociedad. Más allá de una convergencia de los sistemas europeos que contribuyen a hacer efectiva el principio de libre circulación de las personas, los Estados miembros confían a la Unión europea el ámbito especialmente sensible de la reforma de las pensiones de jubilación porque prefieren que les imponga un marco normativo en lugar de iniciar las acciones oportunas. El ámbito de la sanidad pública ha sido el objeto de una política de animación y de coordinación, fortalecida por la experiencia de las crisis sanitarias. Así, a lo largo de los años 1980, han sido puestas en marcha unos programas de acción comunitaria, tales como los planes de lucha contra el cáncer, de prevención del SIDA o de la toxicomanía. Tras la crisis de las “vacas locas”, los años 1990 se han caracterizado por la constitución de unas redes de observación y de alerta sobre los riesgos y la gestión de las crisis sanitarias.

3.4.2. POLÍTICAS SOCIALES NACIONALES Y REGLAS EUROPEAS

En teoría, la Unión europea apoya y completa la acción de los Estados miembros, sin exceder nunca lo que es necesario a la consecución de los objetivos asignados. No obstante, la mayoría de las políticas comunitarias tienen repercusiones sobre las políticas sociales nacionales, especialmente a través de la puesta en marcha de los principios de libre circulación de las personas y de la libre prestación de servicios, y los criterios presupuestarios que imponen unas fuertes obligaciones a los Estados en la financiación de los sistemas de protección social. A propósito de este último punto, el pacto de estabilidad y de crecimiento impone unas reglas y unos objetivos que supondrán una mejora significativa de las cuentas sociales de Francia cuyo peso es considerable. Así, los gastos de los organismos de Seguridad social o los gastos sociales de los Consejos generales representan una parte notable del gasto público que debería ser ampliamente reducido para respetar el pacto de estabilidad aceptado por el Hexágono. Es preciso subrayar que la reducción de los déficits sociales constituye en sí mismo un objetivo nacional para garantizar la viabilidad del sistema francés de protección social, independientemente de las reglas europeas. El principio de libre prestación de servicios es el objeto de debates entre los partidarios de la

libre competencia y los defensores de una especificidad de los servicios en el ámbito social. Actualmente, la naturaleza específica del sector social es reconocida a través de una no aplicación del derecho de la competencia para sectores tales como los seguros sociales básicos que no obedecen a una lógica económica y de una aplicación restrictiva para los servicios sociales de interés general. Han sido excluidos del ámbito de aplicación de la directriz Bolkenstein sobre los servicios.

Estos servicios sociales de interés general están identificados a través de los principios de organización común fundados sobre la solidaridad (no selección del riesgo, ausencia de equivalencia entre cotizaciones y prestaciones), el carácter personalizado de la prestación y la ausencia de objetivo lucrativo. La Unión europea no los ha sustraído a las reglas del derecho comunitario de la competencia para orientarlos hacia una mayor transparencia y una mayor eficacia en el uso de sus recursos. Ha precisado sus condiciones de aplicación en tres ámbitos principales:

- Las misiones de interés general, definidas por los Estados que pueden ejercerlos directamente o recurrir a un tercio que se convierte entonces en el poseedor de una misión social de interés general que respeta los principios de transparencia, de igualdad de tratamiento y de proporcionalidad.

- Las ayudas sociales para el ejercicio de estas misiones por un tercio que deben ser consideradas de oficio, en referencia a los umbrales y a los criterios fijados, que deben ser compatibles con las reglas de la competencia.

- La aplicación de las reglas relativas a la libertad de establecimiento y a la libre prestación de servicios que pueden conducir a la instalación en un país de un prestatario social proveniente de otro país. No obstante, los poderes públicos tienen la posibilidad de alegar “unas razones imperiosas de interés general”, fundadas sobre unos criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, para derogar estas reglas.

En total, todos los procedimientos de autorización, de reconocimiento y de ayuda aplicables en Francia a los servicios sociales y médico-sociales o a los servicios a la persona, deben ser analizadas en referencia a su compatibilidad con el derecho comunitario.

4. DISCUSIÓN

Recordemos que el presente artículo ha dado cuenta de las perspectivas universales, categoriales, territoriales y transversales de las políticas de acción social. A partir de una representación de la arquitectura del dispositivo, de sus fundamentos, de sus actores y de sus instrumentos, ha analizado las políticas sociales a través de la historia de su construcción y de sus retos. Precisamente, ha demostrado cómo las políticas sociales se inscriben en unos marcos jurídicos, determinados en función de los campos de actuación de los diferentes actores que tienen la responsabilidad de elaborarlas y de llevarlas a cabo. Su finalidad es la puesta en marcha de una política de protección social coherente y que responda a la diversidad de las necesidades y de las problemáticas. No obstante, la difícil articulación entre Seguridad social, ayuda social y acción social complica este objetivo definido a partir de 1945 y que no ha dejado de evolucionar desde entonces, especialmente con la descentralización y la construcción europea que crean y fortalecen las administraciones locales, por una parte, y las instituciones comunitarias, por otra parte.

Más allá, si comparamos las políticas sociales francesas con las políticas públicas llevadas a cabo en España en materia de acción social nos encontramos con cuatro diferencias fundamentales. El modelo español se caracteriza por: 1) una trayectoria histórica propia marcada por 45 años de franquismo, mientras que Francia conoce los “Treinta Gloriosos” (1945-1975) caracterizados por el desarrollo del Estado de bienestar, 2) una organización político-administrativa que se distingue por su alto nivel de descentralización a favor tanto de las comunidades autónomas como de los ayuntamientos, 3) unas especificidades socioculturales sinónimos, entre otros aspectos, de la importancia de la familia y de las solidaridades familiares, y 4) un peso preponderante del Tercer Sector y del sector privado.

Como lo subraya Luis Moreno³, en España, la génesis y el desarrollo del Estado de bienestar en el siglo XIX busco articular una respuesta institucional a la “cuestión social”, posibilitando una cobertura de riesgos vitales a los ciudadanos mediante un sostenimiento financiero general a través de los impuestos y de las cotizaciones laborales, o una combinación de ambos procedimientos. La larga trayectoria en la instauración del Estado de bienestar en España durante el siglo XX refleja las profundas tensiones y fracturas políticas vividas en su historia contempo-

ránea. En 1903, se establece el Instituto de Reformas Sociales de donde surge la propuesta de crear, cinco años más tarde, el Instituto Nacional de Previsión. En 1932, el gobierno insta a dicho Instituto que realice un estudio para crear unos seguros de invalidez, enfermedad y muerte, y unificarlos con los seguros de vejez, retiro obrero y maternidad existentes. El proyecto de ley está listo en 1936 cuando el golpe de estado del General Franco imposibilita su aplicación.

Tras la Guerra Civil, se crea en 1939 el SOVI (Seguro obligatorio para la Vejez y la Invalidez). El sistema se basa en un reparto de cotizaciones que cubre solo a un sector de los trabajadores: los industriales con ingresos bajos. Los seguros públicos se combinan con el mutualismo laboral voluntario de capitalización, el cual se colapsa al no poder asumir las responsabilidades contraídas. Después de la derrota de 1945 de los fascismos en Europa, el franquismo varía sus pretensiones de amparar un capitalismo de Estado con un control absoluto sobre las relaciones capital-trabajo. Así, durante los años 1940 y 1950 se retoman algunas de las iniciativas que habían sido diseñadas por el Instituto Nacional de Previsión durante la Segunda República. No obstante, la inversión de recursos para la reconstrucción del país y el carácter represivo del régimen franquista hacen que la política social de estos años sea una combinación entre la magra previsión social y el profuso recurso a las acciones caritativas y de beneficencia.

Tal y como lo indica Luis Moreno, con la aplicación del Plan de Estabilización de 1959 se implementa el seguro obligatorio de desempleo en 1961. En 1963 se establece el Salario Mínimo Interprofesional y se promulga la ley de Bases de la Seguridad social, con pretensiones universalistas. Desde finales de los años 1960 hasta 1977, año de las primeras elecciones democráticas postfranquistas, se promulgan las leyes de Educación y de Seguridad social de 1970 y 1972, y se profundiza en la generalización del sistema sanitario español⁴. Sostenidos en un gran acuerdo económico, social y político (Pacto de la Moncloa), los primeros gobiernos democráticos tras la dictadura franquista se comprometen en una reforma del sistema fiscal. La política social posterior a 1977 pretende un mayor grado de universalización (subsidios de paro, pensiones de vejez, seguros de enfermedad) y no tanto la reestructuración radical del sistema. A pesar de su incremento, el gasto social en España asciende al 8,6% del PIB, mientras que Francia supera el 23%.

Se pueden identificar cuatro grandes etapas de desarrollo en materia de política social durante los últimos 50 años: 1) modernización social y económica del tardo-franquismo (1963-1978), 2) consolidación de la democracia política (1979-1985), 3) integración de España en la Unión europea (1986-1995), y 4) plena institucionalización del Estado de bienestar en España (1996-2007)⁵.

Los temas cruciales de la última etapa han sido, por una parte, la desigualdad, la pobreza y la exclusión social, y, por otra parte, el análisis del envejecimiento, de la dependencia y de la integración de los inmigrantes. “Al mismo tiempo, la problemática de la gestión del Estado de bienestar ha cobrado progresivo impulso tanto en lo que se refiere a la coordinación territorial en materia de derechos sociales, como también a la construcción de un modelo mixto de gestión en el que tienen una participación creciente el Tercer Sector y el sector mercantil como colaboradores del sector público en un contexto de freno a la expansión del gasto social”⁶.

El modelo social español incorpora elementos de las lógicas de bienestar bismarckiana por el mantenimiento de las rentas ocupacionales y beveridgeana de cobertura universal, y está sustentado en cuatro grandes pilares. Se caracteriza por una combinación de prestaciones y servicios sociales tanto generales como selectivas, y se configura como una “vía media” respecto a otros sistemas avanzados de protección social⁷. Cabe observar que, a una mayor universalización de los derechos sociales en España, ha correspondido una menor intensidad de algunas prestaciones económicas. Así, el gasto social español en porcentaje del PIB es en 2006 del 21% frente al 27% de promedio en la Unión europea de los 25. El aumento de los servicios provistos por los sectores mercantil y asociativo es el hecho novedoso que está configurando de forma determinante el carácter mixto de su modelo de bienestar. Otro factor relevante que afecta al desarrollo de los servicios de bienestar en España es la descentralización a nivel tanto de la elaboración como de la implementación de las políticas sociales.

Para terminar, como sucede en Grecia, Italia y Portugal, el rasgo estructurante del modelo social español es el papel desarrollado por la familia y su interpenetración en todas las áreas de desarrollo de las políticas sociales⁸. El modo de interacción de la familia con los poderes públicos, por una parte, y las organizaciones de la sociedad civil, por otra parte, distinguen el funcionamiento de los sistemas de bienestar de la Europa del Sur. Una fuerte micro-

solidaridad en el seno de las familias, manifestada en un apoyo material y afectivo entre sus miembros, es responsable en gran medida de un alto nivel de satisfacción vital entre sus ciudadanos. Tradicionalmente, los gobiernos de los países mediterráneos de la Unión europea han dado por descontado la autosuficiencia de los hogares en lo relativo a cuidados personales y apoyo material⁹. Además, la familiarización de derechos sociales se ha reflejado en sus ordenamientos jurídicos, con referencias a las obligaciones legales respecto a los familiares incluso fuera del ámbito del hogar. Todo ello ha reforzado un modelo basado en la sobreexplotación de los recursos familiares.

5. REFERENCIAS JURÍDICAS

5.1. SEGURIDAD SOCIAL

- Ley hospitalaria del 31 de julio de 1991.
- Ley constitucional del 22 de febrero de 1996 que instaura unas leyes de financiación de la Seguridad social.
- Ordenanzas del 24 de abril de 1996 sobre la organización de la Seguridad social, el control médico del gasto sanitario y la reforma de la hospitalización pública y privada.
- Ley del 9 de agosto de 2004 relativa a la política de sanidad pública.
- Ley del 13 de agosto de 2004 sobre la reforma del seguro de enfermedad.

5.2. AYUDA Y ACCIÓN SOCIAL

- Leyes de descentralización del 7 y 23 de julio de 1983.
- Ley específica de descentralización del 6 de enero de 1986.
- Leyes de 1988 y de 1992 sobre la Renta Mínima de Inserción (RMI).
- Ley de orientación del 29 de julio de 1998 relativa a la lucha contra las exclusiones.

5.3. CONSEJOS GENERALES

- Ley del 2 de marzo de 1982 sobre los derechos y las libertades de las regiones, de los departamentos y de los ayuntamientos.
- Leyes de reparto de las competencias del 7 de enero, del 22 de julio y del 19 de diciembre de 1982.
- Ley particular del 6 de enero de 1986.

- Ley del 13 de agosto de 2004 sobre las libertades y responsabilidades locales.

5.4. AYUNTAMIENTOS

- Ley particular del 6 de enero de 1986.
- Decreto del 6 de mayo relativa a las CMAS modificado por el decreto 2000-6 del 4 de enero de 2000.
- Ley del 29 de julio de 1998 de lucha contra las exclusiones.
- Ley del 17 de agosto de 2004 sobre las libertades y responsabilidades locales.

5.5. ESTADO

- Ley orgánica relativa a las leyes de finanzas del 1 de agosto de 2003.
- Leyes orgánicas del 24 de diciembre y del 12 de julio de 2005 que modifica la LOLF
- Decisión del Consejo constitucional del 25 de julio de 2001 sobre la LOLF

6. BIBLIOGRAFÍA

- Barreyere, J.Y. y Bouquet, B. (2006). *Nouveau Dictionnaire critique d'action sociale*. Paris: Bayard.
- Berlorgey, J-M., Chauviere, M. y Ladsous, J. (2006). *Reconstruire l'action sociale*. Paris: Dunod.
- Bœuf, J.L. y Magnan, M. (2007). *Collectivités territoriales et la décentralisation*. Paris: La Documentation française.
- Castel, R. (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- Centre D'analyse Strategique, (2007). *Quelle dimension sociale pour le projet politique européen ? Contribution et pistes*. Paris: La Documentation française.
- Collectif (1991). *L'action sociale en marche*, 1^{er} colloque national de l'action sociale des départements. Rennes: ENSP.
- Comiti, V.P. (2002). *Textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale. Sept siècles d'histoire des institutions, des droits de l'Homme, de la santé, du travail et du social 1331-2000*. Paris: ESF.
- Ferrera. M. (1995). Los Estados de bienestar del Sur en la Europa social. En Sarasa, S. y Moreno, L. *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. Madrid: CSIC, 85-111.
- Flaquer, L. (2000). *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundación La Caixa.

- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Guillem, A.M. (2000). *La construcción política del sistema sanitario español. De la postguerra a la democracia*. Madrid: Exlibris.
- Hardy, J-P, Lhuillier, J.M., *L'aide sociale aujourd'hui*. Paris : ESF
- IGAS. (2006). *La Dimension européenne des politiques sociales*. Rapport annuel.
- Jaeger, M., (2007). *Guide du secteur social et médico-social*. Paris: Dunod.
- Jegu, J., Laforcade, M. y Rayssiguier, Y. (2008). *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*. Rennes: Editions EHESP
- Join Lambert, M-Y., et al. (1997). *Politiques sociales*. Paris: Presses de Sciences Po et Dalloz.
- Ladsous, J. (2004). *L'action sociale aujourd'hui*. Toulouse: Erès.
- Majnoni D'untignano, B. (1993). *La protection sociale*. Paris: Le Livre de poche.
- Mercier, M. (2000). *Rapport. Bilan de la décentralisation de l'aide sociale*. Sénat, Mai 2005.
- Naves, P y Defalvard, H. (2006). *Economie politique de l'action sociale*. Paris: Dunod.
- ODAS, (2003). La Décentralisation de l'action sociale: bilan et perspectives.
- Moreno, L. (2001) La vía media española del modelo de bienestar mediterránea. *Papers*, 63-64, 67-82.
- MORENO, L. (2009), *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid : Siglo XXI.
- Moreno, L. (2009). Presentación, contexto del bienestar y nuevos riesgos sociales. Moreno, L. *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, L. y Rodriguez CabrerO. G. (2007). Política social y Estado de bienestar. Perez Yruela, M., *Sociología en España*. Madrid: CIS/FES.,645-666.
- Padieu, C. y Sanchez, J.L. (1994). *L'action sociale, dix ans de décentralisation, 1984-1994*. Paris: ODAS Editeur.
- Pallier, B. (2005). *Gouverner la Sécurité sociale*. Paris: PUF
- Pallier, B. (2008). *La Réforme des systèmes de santé*. Paris: PUF
- Thevenet, A. (2002). *L'aide sociale aujourd'hui*. Paris: ESF
- UNIOPSS, (2007). Europe, la dimension sociale du projet politique européen. Dossier documentaire, Congrès 2007 de l'UNIOPSS « Cohésion sociale et solidarités: changeons-nous de cap ? », novembre 2007.

NOTAS

- 1 Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie.
- 2 LEBRETON, C. (2007). In Départements, n°93, décembre 2007, p.5.
- 3 MORENO, L. (2009), *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- 4 GUILLEN, A.M. (2000), *La construcción política del sistema sanitario español. De la postguerra a la democracia*. Madrid: Exlibris.
- 5 MORENO, L., RODRIGUEZ CABRERO. G. (2007), « Política social y Estado de bienestar », en PEREZ YRUELA, M., *Sociología en España*. Madrid: CIS/FES, P.645-666.
- 6 MORENO, L., « Presentación, contexto del bienestar y nuevos riesgos sociales », en MORENO, L., *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI, p.7.
- 7 MORENO, L. (2001), « La vía media española del modelo de bienestar mediterránea », *Papers*, n°63-64, p.67-82.
- 8 FERRERA. M. (1995), « Los Estados de bienestar del Sur en la Europa social », SARASA, S., MORENO, L., *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. Madrid: CSIC, p.85-111.
- 9 FLAQUER, L. (2000), *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundación La Caixa.

