

EL DEBATE SOBRE EL PAPEL DE LOS MUNICIPIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES. EL EJEMPLO DE ALEMANIA Y ESPAÑA.

MIGUEL MONTERO LANGE
Sociólogo.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. LAS POLÍTICAS SOCIALES MUNICIPALES EN ALEMANIA.

2.1. El sistema público de cuidados de larga duración.

2.2. Los municipios y el seguro público de cuidados de larga duración.

3. LA DESMUNICIPALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EL EJEMPLO ESPAÑOL.

3.1. Los municipios y el SAAD.

3.2. La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL).

3.3. La oposición a la LRSAL.

3.4. La sentencia de la Tribunal Constitucional.

3.5. Los motivos de la reforma.

4. CONCLUSIONES.

5. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de larga duración; Municipios; Administración local; Ley 27/2013; Alemania; España.

RESUMEN

El artículo analiza la remunicipalización de la gestión y prestación de los servicios de cuidados de larga duración en Alemania y el (fallido) intento de desmunicipalización de los servicios sociales en España. Se trata de procesos simultáneos pero con objetivos contrarios. En Alemania, la puesta en marcha del seguro de cuidados implicó una marginalización de los entes locales no solo de la prestación de servicios sino también de los procesos de planificación y diseño de las estructuras locales. El rol de los municipios fue transferido a otros actores, en especial a los seguros de cuidados y a los gobiernos regionales. Los efectos negativos de este proceso de centralización sobre los servicios y la atención que reciben las personas que necesitan de estos cuidados ha llevado a un replanteamiento de la distribución de competencias y a una tímida remunicipalización de las competencias. Por otra parte, el controvertido intento de arrebatar a los municipios españoles las competencias de los servicios sociales a través de la LRSAL, decía ser una respuesta a la necesidad de estabilizar y consolidar las finanzas municipales. Sin embargo, pretendía recortar competencias municipales sobre todo en el ámbito de los servicios sociales y reforzar el ámbito provincial y la empresa privada.

KEYWORDS

Long-term care; Municipalities; Local Management; Law 27/2013; Germany; Spain.

ABSTRACT

The article analyses remunicipalization in the management and provision of long-term care services in Germany and the (failed) attempt to demunicipalize social services in Spain. These are simultaneous processes but with opposing aims. In Germany, the introduction of care insurance implied a marginalization of local bodies, not only in the provision of services but also in the planning and design processes for local structures. The role of municipalities was transferred to other actors; especially care insurance and regional governments. The negative effects of this centralization process on the services and care received by the people who need this care has led to a rethink in the distribution of powers and a timid remunicipalization of powers. Moreover, the controversial attempt to wrest social service powers from Spanish municipalities through the LRSAL (Law on the Rationalization and Sustainability of Local Government) was said to be a response to the need to stabilize and consolidate municipal finances. It aimed to cut municipal powers, especially in the area of social services, and to strengthen the provincial area and the private sector.

¹ Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local.

1. INTRODUCCIÓN.

La crisis de los años 70 obligó a los estados industrializados a recalibrar el diseño de sus políticas sociales, incorporando a actores trans- o supranacionales (p. ej. la Unión Europea) y subnacionales (las regiones y los municipios) (Kazepov, 2008). Este proceso, denominado “rescaling” (Kazepov, 2010), se produjo en un contexto de consolidación de la “gobernanza multinivel” (Moreno, 2014) (Kazepov y Barberis, 2011). A pesar de que algunos autores opinan que la lógica dominante fue la ideología neoliberal, la municipalización abrió espacios nuevos para corregir o complementar políticas estatales (Jørgensen, 2012). La municipalización de los servicios sociales reforzó el principio de la subsidiariedad territorial y el de la rendición de cuentas, elementos centrales para legitimar las políticas públicas (Moreno, 2014). En el contexto europeo la remunicipalización cuenta con el apoyo expreso de la Comisión Europea, que ha impulsado iniciativas como el Pacto de Amsterdam para profundizar la dimensión local de las políticas públicas (Comisión Europea, 2016).

En el pasado reciente se ha producido una municipalización de las políticas de integración de las personas inmigrantes (Gebhardt, 2015) (Scholten y Penninx, 2016) (Aumüller et al., 2016) y de las políticas activas de empleo (Künzel, 2012) (Aurich-Beerheide, 2015), renunciando a estructuras verticales y jerarquizadas entre los diferentes niveles administrativos y apostando por la coordinación de los actores locales y regionales (Kazepov, 2008).

La primera parte de este artículo analiza la tímida remunicipalización de los servicios de cuidados de larga duración en Alemania. El sistema alemán de cuidados de larga duración es de reciente creación y ha supuesto un importante avance en el desarrollo del estado de bienestar, incorporando a la Seguridad Social uno de los riesgos que antes no estaba cubierto de forma sistemática. Este artículo presenta de forma sucinta las principales características del sistema, a continuación, detalla el papel de los municipios en la gobernanza de los cuidados de larga duración (CLD) en Alemania. La puesta en marcha del seguro público de cuidados de larga duración en 1995 supuso una rápida desmunicipalización. Centro los últimos apartados en describir la tímida remunicipalización que se produce a partir de 2008 en Alemania y que culmina con la entrada en vigor el 1 de enero de 2017 de la Tercera Ley para reforzar los CLD (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) y que vuelve a conceder cierto protagonismo de los municipios en la prestación y planificación de los servicios.

La segunda parte está dedicada a un proceso de signo contrario: el intento de desmunicipalización impulsado en España por el Gobierno en 2013 con la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL). Comienzo con una breve descripción de las competencias municipales en la prestación de servicios sociales y el papel de los municipios en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia SAAD. Continúo esbozando brevemente los principales puntos de la ley así como las estrategias de diversos

actores – sobre todo de las Comunidades Autónomas – para impedir su implementación. Finalizo mencionando brevemente la sentencia del Tribunal Constitucional que anula algunas partes claves para suprimir las competencias municipales en este ámbito y presento algunos de los motivos que posiblemente fueron decisivos para impulsar la LRSAL.

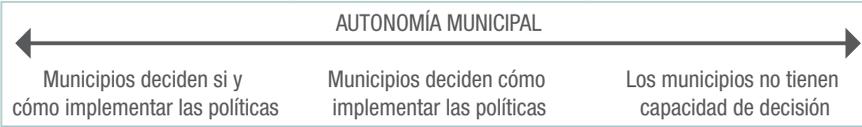
2. LAS POLÍTICAS SOCIALES MUNICIPALES EN ALEMANIA.

Los municipios alemanes cubren riesgos que no caen en el ámbito de actuación de la Seguridad Social alemana (seguros de pensiones, desempleo, sanidad, cuidados de larga duración y accidentes) (Grohs y Rei-

ter, 2014), asumiendo a menudo la función de “*garante de última instancia*” (Benz et al, 2015).

El Estado de Bienestar alemán distingue tres tipos de políticas sociales municipales: las voluntarias, las transferidas (que suelen complementar los grandes sistemas de protección) y, por último, aquellas que los municipios ejecutan por delegación (Benz et al., 2015). El margen de decisión varía en función del tipo de políticas. En las voluntarias los municipios tienen capacidad plena para decidir si ofrecen un servicio y cómo lo ofrecen, en las transferidas solo pueden decidir cómo ofrecerlo y en las delegadas no tienen margen de decisión.

Los ámbitos de actuación de las políticas sociales de los municipios.

Competencias municipales o transferidas		Competencias por delegación
POLÍTICAS VOLUNTARIAS	POLÍTICAS TRANSFERIDAS	POLÍTICAS POR DELEGACIÓN
SUPERVISIÓN JURÍDICA GENERAL ESTATAL	SUPERVISIÓN JURÍDICA ESTATAL ESPECÍFICA	SUPERVISIÓN JURÍDICA Y TÉCNICA ESTATAL
FINANCIACIÓN A TRAVÉS DE FONDOS MUNICIPALES	FINANCIACIÓN A TRAVÉS DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES MUNICIPALES	FONDOS ESTATALES O DE LOS GOBIERNOS REGIONALES
Ejemplos: Financiación de centros para mayores o de ocio. Creación de centros municipales para los CLD. Apoyo a grupos de autoayuda, centros de asesoría. Políticas municipales de empleo. Viviendas públicas.	Ejemplos: Ayuda social. Gasto en alojamiento y calefacción para los perceptores de la prestación no contributiva por desempleo. Apoyo para menores y jóvenes. Servicios sociales.	Ejemplos: Tramitación y pago de la ayuda para la vivienda. Control de la salud, combate brotes epidémicos.
		

Fuente: Grohs y Reiter 2014: 9

Las políticas sociales tienen un enorme peso en el gasto municipal. El 18% de los trabajadores y trabajadoras de los municipios pertenecen al ámbito de los servicios sociales, las políticas laborales y la atención a jóvenes, un porcentaje superior al de los otros niveles administrativos (Statistisches Bundesamt, 2015), y los municipios destinan el 24,5% de sus presupuestos a las políticas sociales (Statistisches Bundesamt, 2017). Pero la mayor parte del gasto social de los municipios se destina a las políticas transferidas, por ello los fondos disponibles para desarrollar las políticas sociales voluntarias son mínimos (Grohs y Reiter, 2014).

Los políticas sociales municipales se encuentran ante la disyuntiva de querer y tener que impulsar políticas sociales de cercanía, participar en los múltiples gremios y foros colaborativos de políticas sociales que se han creado en diversos ámbitos como el de la integración o las políticas activas de empleo, pero a la vez disponen de poco margen económico debido a las restricciones presupuestarias (Grohs, 2015) resultantes del techo de gasto que entró en vigor el 1.1.2011 y que será de plena aplicación a partir de 2020 (Benz et al., 2015). Existe una polarización entre aquellos municipios que tienen suficientes fondos para desarrollar políticas y otros que, por encontrarse en zonas económicamente deprimidas, sencillamente no cuentan con la necesaria disponibilidad financiera (Grohs, 2015).

2.1. El sistema público de cuidados de larga duración.²

El 11 de marzo de 1994 el Parlamento Federal aprobó la ley que regula el seguro público de cuidados, poniendo fin a un debate que duró más de veinte años. La Ley entró en vigor el 1 de enero de 1995, introduciendo de forma gradual las diferentes prestaciones. El principal motivo para la creación de este sistema fue la grave situación financiera a la que muchos municipios se vieron abocados por tener que asumir parte de los gastos que generaba la atención a los CLD a través del subsidio social, una ayuda contributiva a la que muchos dependientes tenían que recurrir por no disponer de ingresos o patrimonio suficiente para costear los cuidados.

El seguro público de cuidados es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a los seguros de enfermedad, pensiones, desempleo y accidentes. Los seguros de cuidados que gestionan el sistema pertenecen orgánicamente a las cajas de enfermedad. Una de las peculiaridades del sistema alemán es la coexistencia de seguros privados y públicos.

El sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados. Las federaciones regionales de los seguros de cuidados de larga duración negocian con las organizaciones regionales de proveedores los precios de los servicios y firman convenios que detallan las condiciones. Si el proveedor cumple ciertos criterios de calidad, los seguros de cuidados

² Para más información sobre el seguro público de cuidados en Alemania: Montero Lange 2017, 2015 y 2014.

de larga duración están obligados a negociar con él. La estructura de precios presenta considerables diferencias regionales, el Estado delega la planificación de la red de servicios en el mercado y confía en el efecto de la demanda y la oferta, lo que ha producido considerables disfunciones.

El 33,5% de los servicios de atención domiciliaria (SAD) pertenecen al Tercer Sector y el 65,1% al sector mercantil. En el ámbito residencial el Tercer Sector tiene un peso superior con un 53% de los centros, seguido del sector empresarial con un 42,1% de los centros y un 37% de las plazas. El sector público, en concreto los municipios, se ha retirado de la prestación de servicios. Solamente el 1,4% de los SAD y el 4,8% de los centros son de titularidad pública.

El seguro público de cuidados alemán creó estructuras de mercado y abrió ese mercado a la empresa privada. El Tercer Sector perdió su papel protagonista en la prestación de servicios mientras que la prestación pública de servicios pasó a ser marginal. La creación de un mercado de la atención a la CLD se ha traducido en una creciente aplicación de criterios empresariales y en la irrupción de las empresas privadas con ánimo de lucro en un ámbito de las políticas sociales, cuestionando el papel privilegiado que hasta ese momento ostentaban las organizaciones no lucrativas. La persona con necesidad de CLD se constituye como “cliente”, en teoría un actor más en ese mercado de los CLD pero en realidad se encuentra en una situación débil frente al resto debido a la falta de transparencia del mercado.

2.2. Los municipios y el seguro público de cuidados de larga duración.

La puesta en marcha del seguro público de cuidados supuso una profunda reestructuración del entramado de competencias y, en concreto, una pérdida del poder que los municipios tenían en este ámbito. (Bundesrat, 2015). A diferencia de los sistemas de CLD de los países nórdicos, que se caracterizan por una regulación central y la gestión municipal, en el sistema alemán la regulación está centralizada por el estado federal y la gestión es regional, lo municipal tiene una importancia residual (Rodríguez, 2015).

Hasta la introducción del seguro público de cuidados en 1995/1996 la competencia de los municipios en esta materia era prioritaria. Asumían, al igual que continúan haciendo ahora, parte del gasto de los cuidados para aquellas personas que no cuentan con recursos económicos suficientes a través de la ayuda social. Pero además recaía en los municipios la planificación, sobre todo, de la infraestructura de los centros de CLD. Hasta finales de 1994 el sector privado no contaba con residencias y los cuidados domiciliarios mayoritariamente se organizaban de forma conjunta entre el Tercer Sector y los servicios municipales (Deutscher Städtetag, 2015). Las estructuras de gestión y el reparto de competencias previos a la puesta en marcha del seguro público de cuidados permitieron a los municipios y al Tercer Sector mantener fuera del mercado a los proveedores privados sobre todo en los cuidados residenciales (Pabst, 2002).

Una vez que el seguro público de cuida-

dos se puso en marcha, el principal soporte legal de las políticas municipales en este ámbito es el artículo 71 del Código Social XII, que regula la ayuda social. Este artículo define las tareas de las políticas municipales voluntarias de apoyo a los mayores. Éstas deberán *“servir de aportación para prevenir, superar o mitigar las dificultades que puedan surgir en la vejez y posibilitar a las personas mayores su participación en la sociedad.”* Como señalan Backes y Arnheim (2011), este artículo abre un abanico de políticas dirigidas a los mayores como el apoyo, asesoría y fomento de la participación y el tiempo libre, pero también en la creación de viviendas adaptadas para mayores, la búsqueda de centros de cuidados de larga duración, la creación y el acceso a servicios adaptados a las necesidades de las personas mayores. Uno de los argumentos aducidos por los defensores de la remunicipalización de los cuidados es la autonomía local, regulada por el artículo 28 de la Ley Fundamental de la República Federal (Naegele, 2014). Además, el artículo 8 del Tomo XI del Código Social que regula el seguro público de cuidados define la prestación de servicios de cuidados como una responsabilidad para el conjunto de la sociedad y las instituciones.

Los municipios no supieron o no quisieron aprovechar la descarga económica que supuso el seguro público de cuidados y la consiguiente contracción del gasto en ayuda social para realizar inversiones en la infraestructura de cuidados. Se retiraron de este ámbito, renunciando en la mayoría de los casos a hacer uso de las competencias restantes para realizar una planificación municipal de la infraestructura local (Naege-

le, 2014). Una prueba de ello es la práctica desaparición de los servicios de cuidados domiciliarios o residenciales en titularidad municipal. Pero como señala Pabst (2002) tampoco aprovecharon los márgenes económicos que les brindó la introducción del seguro público de cuidados para ampliar la ofertas voluntarias. La mayoría de los municipios sencillamente congeló o incluso redujo los fondos destinados a este fin.

Los grandes ganadores de las desmunicipalización de las políticas de cuidados fueron los gobiernos regionales y los seguros de cuidados (Bertelsmann Stiftung, 2016). Este proceso de desmunicipalización ha supuesto la pérdida de la dimensión local de los CLD. Una serie de fusiones de los seguros de enfermedad y, por ende, de los seguros de cuidados de larga duración, que pasaron de 960 en 1995 a 113 en 2017, se han traducido en una pérdida no solo de los conocimientos de las realidades locales sino también del interés de intervenir en lo local, p. ej. regulando la oferta (Hoberg y Klie, 2015).

El mercado diseña *“de facto”* la infraestructura de cuidados, por lo que ésta no suele responder a un proceso de planificación consensuado y cooperativo entre los seguros de cuidados y los municipios (Naegele, 2014). Como señala la Federación Alemana de Ciudades y Municipios (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2016) el seguro público de cuidados introdujo *“la provisión de servicios de cuidados siguiendo los principios del mercado. Se esperaba que las leyes de la oferta y la demanda resultarían en una atención óptima. La realidad es que hoy en día encontramos*

situaciones de infraoferta y de oferta inadecuada. El mercado no puede corregir la sobre- e infraoferta ni una oferta inadecuada.” (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2016).

La falta de instrumentos de planificación de la infraestructura ha llevado a una enorme disparidad de las estructuras locales y del mix de servicios, de su accesibilidad y coste (Bertelsmann Stiftung 2016) así como de los servicios de baja intensidad (asesoría, acompañamiento, etc.) que caen en el ámbito de las políticas sociales voluntarias de los municipios (Bode y Chartrand, 2011).

El cambio demográfico y el aumento paulatino del gasto municipal en la ayuda a los cuidados obligan a los municipios a desarrollar estrategias que logren moderar el gasto e introducir elementos de gestión local que permitan reforzar los cuidados en el entorno domiciliario frente a los cuidados en centros, dado que éstos generan un gasto muy superior (Grohs y Reiter, 2014). Al ser un sistema de cobertura parcial, el copago por parte de los usuarios es considerable. Los beneficiarios de las prestaciones aportaron en 1999 un 21% del coste de la atención, en 2007 un 27%, en 2011 un 33% (Zuchandke, 2011) y en 2013 un 32% (Comisión Europea, 2016). La introducción del seguro público de cuidados supuso una importante reducción del gasto en esta prestación que pasó de 9.000 millones de euros en 1994 a 3.500 millones en 1997 (Bundesregierung, 2004). Sin embargo, el gasto total generado por la prestación asistencial para personas en situación de CLD

que corre a cargo de los municipios vuelve a subir pasando de 3.152 millones de euros en 2005 a 4.080 millones euros en 2015 (Bundesamt für Statistik, 2017).

2.2.1. El debate sobre la (re-) municipalización de los cuidados de larga duración.

A partir de 2006 diversas organizaciones y federaciones de municipios (Deutscher Landkreistag, 2010) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, 2015), organizaciones de servicios sociales (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2006) y diversas fundaciones (Platzek y Schnitger, 2015) (Schnitger et al., 2016) (Bertelsmann Stiftung, 2016) (FES / KDA, 2013) (Hoberg et al., 2016) han intentado situar la remunicipalización de los CLD en la agenda política.

Varias regiones han aprovechado sus normativas regionales para implicar a los municipios en la planificación de los cuidados. Renania-Palatinado ha transferido a los municipios la planificación de la estructura de cuidados³. Renania del Norte-Westfalia, la mayor región alemana en cuanto a población, cuenta desde 2014 con una ley que regula la planificación municipal de los cuidados, dándole un carácter más vinculante que normativas anteriores. Opta por la coordinación como un instrumento central, de manera que p.ej. únicamente serán autorizados aquellos centros residenciales nuevos que hayan obtenido el visto bueno de una conferencia local de cuidados. Pero existe una enorme diversidad en cuanto a la asignación de competencias a los municipios.

³ <https://www.lzg-rlp.de/de/pflegestrukturplanung.html>

El mapa de servicios municipales para los cuidados presenta una enorme variedad debido en muchos casos a la situación financiera de los municipios, al reparto de poder regional y a la disposición para utilizar fondos y programas de financiación estatales (Deutscher Städtetag, 2015).

Un primer intento de cambio de rumbo fue la Ley para el perfeccionamiento de la atención a la dependencia (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) aprobada el 14 de marzo de 2008 que creaba los puntos de asesoría para la atención a la dependencia. Éstos pretenden centralizar en una sola institución la asesoría, la gestión de casos y el mayor número posible de servicios dirigidos a personas dependientes.

La coordinación gruesa forma parte de las competencias de los puntos de coordinación, regulados por artículo 92c Tomo XI del Código Social. Éstos tienen las siguientes funciones:

- Ofrecer asesoría e información acerca de los derechos y obligaciones de acuerdo a la normativa social así como acerca de las prestaciones y ayudas.
- Coordinar los servicios locales de atención y cuidados locales.
- Crear una red que coordine todas las ofertas de apoyo y atención a los CLD.

Algunos gobiernos regionales han frenado esta iniciativa. En estas regiones ha fracasado el intento de mejorar la asesoría municipalizando las estructuras (Deutscher Städtetag, 2015). En los últimos años diversas organizaciones han lanzado propuestas para convertir los puntos de coordinación

“en centros locales de servicios y de coordinación para mayores que tengan como objetivo garantizar el mix de cuidados de recursos propios y ajenos, cuidados formales e informales, sanidad, cuidados y apoyo a las personas mayores (FES / KDA, 2013). Hoberg y Klie (2015) señalan que estos puntos de coordinación gruesa podrían funcionar incluso como bisagra o puente entre el sistema de salud y el de los CLD, coordinando por ejemplo los procesos de alta hospitalaria.

Resulta llamativo que el modelo de referencia para el debate alemán no sea el nórdico, sino el japonés. A partir de los años 90 Alemania y Japón prácticamente iniciaron de forma simultánea una profunda reforma de los CLD, introduciendo sistemas homogéneos y centralizados (Campbell et al., 2016) Las similitudes de los retos que afrontan ambos países son evidentes: un rápido envejecimiento de la población, una fuerte erosión de la capacidad de las redes familiares para asumir los cuidados y una presión económica considerable. Sin embargo, los dos países han emprendido rutas diferentes. Japón ha municipalizado los servicios de cuidados, dotando a los entes locales de competencias y fondos suficientes para asumir estas tareas (Nakanishi et al., 2015, 2014), mientras que Alemania se ha mostrado reticente a volver a situar a los municipios en el centro del sistema.

2.2.2. El grupo de trabajo gobierno central/ gobiernos regionales.

Este debate, el incremento del gasto en la ayuda social y un amplio consenso de que *“los cuidados de larga duración son más que el seguro público de cuidados y una atención que se rige por los minutos. La renuncia a las competencias y la retirada de las competencias de los municipios fue una evolución errónea. Debido a ello no fue posible centrar los cuidados en la cohesión social y buscar nuevos modelos de prestación de servicios”* (Gohde, 2013) llevaron a los dos partidos democristianos, CDU y CSU, y al socialdemócrata SPD a incluir en su acuerdo de gobierno de 2013 el compromiso de ampliar las competencias municipales en el ámbito de los CLD en la actual legislatura.

El Ministerio de Sanidad lideró el proceso puesto en marcha para dar cumplimiento

Propuestas del grupo de trabajo.

Garantizar la disponibilidad de los cuidados

- 1.1 Crear las condiciones para institucionalizar la cooperación regional.
- 1.2. Definir las competencias municipales y mejorar su coordinación con los ámbitos de los CLD y la sanidad.
- 1.3. Crear un gremio para la analizar la situación de los CLD.
- 1.4. Obligar a los seguros de cuidados a implementar las recomendaciones de este gremio.
- 1.5. Mejorar los datos disponibles sobre la distribución regional de la necesidad de cuidados.
- 1.6. Los gobiernos regionales tendrán en cuenta las necesidades de colectivos necesitados de cuidados especialmente vulnerables (demencia, extranjeros) a la hora de diseñar sus instrumentos de ayudas.
- 1.7. Mejorar los datos sobre el voluntariado en los CLD.

a lo acordado en el acuerdo de gobierno. En septiembre de 2014 un grupo de trabajo conjunto de los gobiernos regionales y el gobierno federal inició su trabajo. Formaban parte de este grupo cuatro ministerios federales, once ministerios regionales y las tres principales organizaciones del ámbito municipal. El grupo de trabajo tenía tres encargos: reforzar la capacidad de los municipios para planificar y gestionar la estructura regional de los cuidados, ampliar la implicación de los municipios en la estructura de los cuidados y diseñar los espacios sociales de tal manera que las personas necesitadas de cuidados puedan permanecer el máximo tiempo posible en su entorno habitual (Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen, 2015).

El 12.5.2015 el grupo de trabajo presentó las propuestas consensuadas en diversos ámbitos⁵ comprometiéndose a implementar las siguientes 26 medidas:

⁵ Proyectos piloto de nuevas formas de asesoría, derecho de los municipios a poner en marcha puntos de apoyo a los cuidados, opción a crear consejos asesores para los cuidados, participación en la puesta en marcha o ampliación de ofertas de baja intensidad, facilitar la creación de gremios transversales, reforzar el papel de los municipios en la gestión de estructura de cuidados en los espacios sociales locales, acuerdos marco en materia de asesoría de personas necesitadas de cuidados, mejorar la disponibilidad

Ofertas apoyo de baja intensidad

- 2.1. Mejorar el conocimiento impulsando proyectos de investigación.
- 2.2. Facilitar el intercambio de información.
- 2.3. Facilitar el acceso a las ofertas de apoyo de baja intensidad, crear nuevos programas regionales para fomentar esta oferta.
- 2.4. Mejorar el uso de los fondos previstos por el Tomo XI para este tipo de apoyos.
- 2.5. Flexibilizar la cofinanciación municipal para este tipo de apoyos.
- 2.6. Los gobiernos regionales implicarán a los municipios en los trámites de evaluación y concesión de estos apoyos.
- 2.7. Los municipios y los gobiernos regionales impulsarán la colaboración entre ofertas formales e informales, implicando en especial a los puntos de apoyo a los cuidados y las casas multigeneracionales.
- 2.8. Fomentar el voluntariado en los CLD.

Asesoría

- 3.1. Mejorar la cooperación entre seguros y las estructuras regionales y locales. El gobierno federal encargará un estudio sobre la situación de los puntos de apoyo a los cuidados.
- 3.2. Mejorar la cualificación de las personas encargadas de asesorar a las personas necesitadas de cuidados y sus familiares.
- 3.3. Reforzar estructuras municipales de asesoría, creando vías de financiación.
- 3.4. Poner en marcha proyectos pilotos para probar nuevas formas de asesoría.
- 3.5. Mejorar los datos disponibles sobre las diferentes modalidades de asesoría y la formación impartida a familiares cuidadores.

Viviendas adecuadas para la vejez

- 4.1. Crear vías de financiación pública para fomentar la creación de viviendas adecuadas y adaptadas para personas mayores.
- 4.2. Gestionar la planificación de viviendas en los espacios sociales locales.
- 4.3. Fomentar la diversidad de los tipos de vivienda.
- 4.4. Mejorar el fomento de las medidas encaminadas a mejorar el entorno vivencial reguladas por el artículo 40 del Tomo XI.
- 4.5. El gobierno federal y los gobiernos regionales se comprometen a facilitar a los municipios información sobre programas y ayudas
- 4.6. Mejorar los datos disponibles sobre las formas de vivienda de las personas necesitadas de cuidados.

Las propuestas lanzadas por la comisión fueron criticadas por la Federación Alemana de Ciudades (Deutscher Städtetag, 2015) que las consideraba poco ambiciosas, sobre todo en lo que se refiere a la planificación y gestión de la estructura local de cuidados. Como aportación al grupo de trabajo dicha Federación (Deutscher Städtetag, 2015) elaboró una propuesta que pretendía anclar en el Tomo XI del Código Social la planificación municipal de los cuidados. Un año después de la presentación de las conclusiones del grupo de trabajo, el gobierno publicó el Séptimo Informe sobre la vejez elaborado por un equipo independiente que afirma que la falta de calado de las propuestas refleja la negativa de los seguros de cuidados y del Ministerio de Sanidad a ceder competencias a los entes locales (Deutscher Bundestag, 2016).

2.3.3. La Tercera Ley para reforzar la atención de los cuidados de larga duración: Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III).

El 5.9.2016 el Consejo de Ministros remitió al Parlamento el proyecto de la Tercera Ley para reforzar la atención a los cuidados de larga duración (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III), que finalmente fue aprobado el 23.12.2016 y entró en vigor el 1.1.2017. El Gobierno quiso con esta Ley trasponer al menos parte de las recomendaciones del grupo de trabajo y dar un paso hacia una remunicipalización de los CLD. Los cuatro puntos centrales de la PSG III son los siguientes:

- Los seguros de cuidados deberán participar en las comisiones locales para los CLD creados por las normativas regio-

nales. Deberán tomar en consideración todas las recomendaciones de estas comisiones en sus negociaciones con los proveedores de servicios y deberán dar los pasos necesarios para evitar situaciones de déficit de servicios.

- El Gobierno Federal facilitará durante cinco años que los municipios puedan crear puntos de asesoría (gestión gruesa de los CLD), siempre y cuando garanticen una cofinanciación adecuada. Además, estos puntos de asesoría municipales podrán recibir y canjear los talones de asesoría que concede el seguro público de cuidados.
- El Ministerio de Sanidad financiará un proyecto piloto que tiene como objetivo poner a prueba una asesoría integral en 60 municipios. Durante este periodo estos municipios podrán crear centros de asesoría unificados, la competencia pasa de los seguros de cuidados a los municipios y los seguros de cuidados además reembolsarán el coste correspondiente.
- Los seguros públicos de cuidados de larga duración pondrán a disposición 25 millones de euros anuales para mejorar el apoyo a las personas necesitadas de CLD y otros 10 millones para crear las redes locales de apoyo a este colectivo y sus familiares, siempre y cuando los municipios y/o los gobiernos regionales hagan una aportación económica idéntica.

El proyecto de ley suscitó reacciones muy encontradas en el sector y los agentes sociales. Los grandes seguros de cuidados de larga duración y los proveedores

de servicios criticaron lo que consideraban una excesiva transferencia de competencias a los municipios sobre todo en materia de asesoría. Los sindicatos creen necesario reforzar el papel de los municipios y, sobre todo, garantizar la coordinación entre todos los actores del sistema. Dos de las grandes organizaciones de los municipios y las mancomunidades criticaron el proyecto de ley al considerarlo poco ambicioso y por quedarse muy por detrás de las propuestas del grupo de trabajo creado por el Ministerio de Sanidad. Advertían que la ley abre a los seguros de cuidados diversas vías para bloquear la puesta en marcha de los proyectos piloto. La Federación de los seguros de cuidados es sumamente beligerante con un reforzamiento del papel de los municipios. Afirma que la normativa actual garantiza la participación de los municipios en la planificación, critica lo que considera una falta de interés municipal por asumir responsabilidades en esta materia y la falta de financiación por parte de los gobiernos regionales.⁶

La oposición parlamentaria manifestó sus críticas a la Ley, considerando insuficiente que ésta amplíe las competencias municipales en la asesoría mientras que no avanza en la municipalización de la planificación de los cuidados (Die Grünen, 2016). En el trámite parlamentario de la Ley, las comisiones de la Cámara Alta – órgano en el que están representados los gobiernos regionales propusieron al plenario comunicar al Parlamento Federal *“lamentar, que las propuestas del grupo de trabajo federal y regional no hayan sido recogidas en su totalidad”* (Bundesrat, 2015).

3. LA DESMUNICIPALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EL EJEMPLO ESPAÑOL.

Los servicios sociales han constituido una competencia propia de los municipios españoles desde la Constitución Española de 1812. En líneas generales, hoy en día los municipios españoles asumen un primer nivel de atención comunitaria mientras que el segundo nivel funcional especializado recae en las CCAA (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2013).

En la primera fase de la descentralización después de 1975 y una vez aprobados los primeros estatutos de autonomía y la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) se produjo una *“consolidación del poder autonómico a expensas del poder local, en un esquema territorial más competitivo que cooperativo entre niveles de gobierno.”* (Pedraja y Pandiello, 2015). En la denominada “segunda descentralización” (Carbonell, 2014) normas como la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del Régimen Local (LBRL) de 1985, que establecía la obligatoriedad de que los municipios con más de 20.000 habitantes presten los servicios sociales, así como la mayoría de los Estatutos de Autonomía (Aymerich, 2014) anclaron los servicios sociales en el ámbito local.

Los Estatutos de Autonomía denominados de segunda generación, como el andaluz y el catalán, otorgan expresamente las competencias en materia de servicios sociales a los municipios (Arias, 2014). Así,

⁶ Compendio de las opiniones de las diferentes organizaciones: <http://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoerungen/stellungnahmen-psg3/474280>

por ejemplo, la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía define la gestión de los servicios sociales comunitarios como competencia propia de los municipios.

El gasto municipal supone el 12% del gasto público. Los municipios destinan el 40% de sus fondos a los servicios públicos básicos, el 11% a los servicios sociales y el 18% a la sanidad, educación, cultura y deportes (Villar, 2014). En 2015 la gestión local de los servicios sociales supuso un gasto de 5.300 millones de euros, los municipios financian 3.834 millones y las CCAA otros 1.461 millones. Esto supone un recorte del 16% frente a la legislatura anterior (Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España, 2016).

Los municipios generan aproximadamente la mitad de sus recursos a través de impuestos propios si bien, al igual que en el caso alemán muchos de ellos no cuentan por su tamaño con la “*masa crítica*” (Pedraja y Pandiello 2015) necesaria para garantizar la provisión de servicios adecuados. Pedraja y Pandiello (2015) identifican diversas disfunciones en la gestión municipal: su enorme vulnerabilidad a la influencia de grupos de presión, la disparidad de realidades locales que ha redundado en una enorme diversidad de servicios, las duplicidades competenciales, la falta de un sistema de financiación adecuado para que los municipios realmente puedan proveer los servicios que demanda la ciudadanía y, por último, el papel de las diputaciones, instituciones que adolecen de una falta de legitimación democrática. El modelo de financiación que se ha ido creando en estos

años claramente infrafinancia a los municipios y además se caracteriza por su falta de transparencia, lo que ha llevado a muchos municipios a caer en lo que Bosch y Suárez califican de “*fiscal illusion*” (2015: 56) En cuanto a la asunción de competencias, muchos municipios asumieron por la vía de los hechos competencias que en realidad estaban localizadas en el ámbito de las comunidades autónomas (Pedraja y Pandiello, 2015).

3.1. Los municipios y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en España.

Los Estatutos de Autonomía, la Ley reguladora de las Bases del Régimen Local y las diferentes Leyes de Servicios Sociales de las CCAA designan a los Municipios como responsables de los Servicios Sociales. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia contempla la participación de los municipios en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia. Además, el artículo 12 prevé que puedan “*participar en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga*”.

La realidad de las CCAA difiere considerablemente tanto en sus opciones de colaboración, la amplitud de las competencias, el fomento de Mancomunidades y la posibilidad de que los propios municipios puedan establecer carteras de servicios (Fundación Caser, 2015). En lo relativo a los servicios de ayuda a domicilio (SAD) los municipios

pueden, si así lo establece la propia normativa de la CCAA, determinar la forma de gestión (directa, indirecta, a través de entidades de derecho público o del sector empresarial). Esta normativa suele regular la posibilidad de firmar convenios entre la Consejería competente y los entes locales. A diferencia de lo detallado para el caso alemán, en España, *“las Corporaciones Locales en su ámbito territorial disponen de las funciones de información, valoración, diagnóstico, prescripción, coordinación, supervisión, planificación y evaluación, así como el personal que las desarrolle, dentro del marco de la planificación autonómica”*. (Fundación Caser, 2015).

El papel de las Diputaciones ha sido determinante para garantizar la provisión adecuada de servicios en los municipios con menos de 20.000 habitantes, sin embargo, han perdido en importancia en la medida en que se han ido implementando las Mancomunidades de Municipios.

Como señala la Fundación Caser (2015) resulta difícil identificar una característica de las mancomunidades ya que las diferencias son considerables debido a las divergencias entre la legislación estatal y la de las comunidades autónomas, siendo especialmente activas las del País Vasco y Cataluña.

La Fundación Caser (2015) señala que todas las Diputaciones asumen las siguientes tareas:

- Ofrecen información sobre los SAD,
- Firman convenios de colaboración con las CCAA y con los municipios,

- Redactan pliegos para la contratación del SAD para municipios pequeños,
- Coordinan las instituciones y las empresas privadas,
- Mantienen la comunicación con las empresas proveedoras y
- Garantizan la provisión homogénea en la gestión y prestación del SAD.

3.2. LA LEY 27/2013, DE 27 DE DICIEMBRE, DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL (LRSAL) EN ESPAÑA.

La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL) pretende ajustar la administración local a la situación de crisis y modifica sustancialmente la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del Régimen Local (LBRL) y el Texto Refundido de la Ley de Haciendas Locales. La Exposición de Motivos detalla los objetivos de LRSAL (Montoya, 2014):

- clarificar las competencias municipales para eliminar posibles duplicidades,
- racionalizar la estructura organizativa aplicando los principios de la eficiencia, estabilidad y sostenibilidad,
- control financiero y presupuestario y
- favorecer la iniciativa privada.

En líneas generales, la LRSAL pretende poner orden en un sistema de financiación desajustado, detallando un listado de materias en su artículo 25.2 que se supone son las que deberán asumir los municipios, condicionando la delegación de otras competencias desde las CCAA a los municipios a diversos requisitos e introduciendo principios nuevos y poco pragmáticos como el

de “*una administración, una competencia*” (Navarro y Zafra, 2014).

La LRSAL centraliza las competencias (sanidad, educación y servicios sociales) en las comunidades, desentendiéndose de la financiación de estos servicios. El Gobierno cifra en más de 3.500 millones de euros el ahorro que generará este traspaso de competencias en el período 2014 a 2017, una estimación que parece excesivamente optimista (Pedraja y Pandiello, 2015), sobre todo teniendo que, según el Informe del ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, el ahorro neto total de 7.129 millones de euros.

El papel de las diputaciones se ve reforzado por la LRSAL dado que asumen un papel supramunicipal de coordinación e incluso de prestación de servicios para los municipios de menos de 20.000 habitantes, el 96,19 % del total. Las Diputaciones tienen como competencias propias de acuerdo al artículo 36 de la LRBR la coordinación de los servicios municipales entre sí, la provisión de servicios supramunicipales y el seguimiento de los costes efectivos. La LRSAL determina como competencias propias de las Diputaciones el fomento o la coordinación de la prestación unificada, la contratación centralizada en los municipios con menos de 20.000 habitantes y el seguimiento de los costes. Un mayor protagonismo de las Diputaciones encierra el riesgo de que se pierda el efecto legitimador de la prestación de cercanía de los servicios públicos. “*Si se priva a los ayuntamientos del ejercicio de sus competencias, las elecciones carecerán de sentido ya que, mientras la Diputación ejerce las competencias, los*

municipios pasan el examen de las elecciones y cobran los impuestos. Será entonces imposible que se produzcan ganancias en eficiencia por ajustes con las preferencias de los ciudadanos en la prestación de los servicios.” (Pedraja y Pandiello, 2015). Esta asunción de funciones por las Diputaciones “*desnaturaliza*” (Villar, 2014) lo municipal y confunde lo provincial con lo local, si bien, como hemos visto en el apartado anterior, las Diputaciones ya asumen funciones similares en el ámbito del SAAD.

En lo relativo a las competencias, la LRSAL distingue entre las **propias** (art. 7.1. y 25 LRBL), las **delegadas** (art. 27 LRBL) y las **distintas de las propias y delegadas**. Además, suprime las **actividades complementarias** reguladas por el artículo 28 de la LRB.

En el listado de **competencias propias**, la prestación de servicios sociales pasa de “*prestación de servicios sociales, promoción y rehabilitación*” (antiguo artículo 25.2.k LRBL) a “*evaluación e informe de situaciones de necesidad social y atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social*” (actual artículo 25.2.e LRBL) en las poblaciones de más de 20.000 habitantes. La nueva redacción de este artículo es una “*clara muestra de los tintes limitadores de la reforma respecto a la asunción competencial municipal (...) y permite poner en cuestión si, tras la aprobación de esta norma, el precepto continúa encerrando una cláusula general de competencia municipal, esto es, si el ayuntamiento puede satisfacer el interés general de los vecinos, en todos aquellos ámbitos de actuación que no están reservados a otra*

Administración". (Arias 2014: 386).

Son **competencias delegadas** de acuerdo al artículo 27 de la LRBRL las que el Estado o las CCAA trasladan a los municipios a través de un convenio, están sujetas a reglas, a técnicas de control y supervisión y cuya financiación esté garantizada (Fundación Caser, 2015). El artículo 27.3 de la LRBRL recoge las competencias en las que el Estado y las CCAA pueden delegar en los municipios entre los que están la *"prestación de los servicios sociales, promoción de la igualdad de oportunidades y la prevención de la violencia contra la mujer"*, posibilidad prevista también por la disposición transitoria segunda de la LRSAL. La delegación es la vía para el *"restablecimiento del nivel competencial"* (Santamaría, 2014) pero solo podrá efectuarse si viene acompañada de la financiación, mejora la eficiencia de la gestión pública, elimina duplicidades y se ajusta a los criterios de estabilidad presupuestaria y estabilidad financiera. Esto supone una ruptura con el espíritu que hasta entonces había regulado la delegación, que era siempre y cuando supusiera una mejora de la *"eficacia de la gestión pública"* y de la *"participación ciudadana"*. Por lo tanto, después de la reforma en las delegaciones los *"objetivos de estabilidad presupuestaria y la sostenibilidad financiera se sobreponen al interés local, la participación vecinal y la eficacia en la gestión."* (Arias, 2014). Pero es que, además, en caso de producirse la delegación, la titularidad de los servicios ya no será municipal, sino que pasaría a ser de las CCAA. Aymerich (2014) señala que los efectos inmediatos serían dos: la pérdida de la autonomía local y un recorte del gasto social.

Las competencias distintas de las propias y de las delegadas están reguladas por el artículo 27 de la LRBRL y están supeditadas a que no pongan en peligro la estabilidad financiera municipal y que no exista una duplicidad. Según el informe de la Fundación Caser (2015) los municipios podrán desarrollar servicios distintos a los ajenos por la vía de la delegación o asumiendo competencias distintas a las propias y a las delegadas. Para ello deberían cumplir con lo establecido por el artículo 7.4 de la LRBRL, promoviendo un expediente al que habrá que adjuntar un informe competente para la financiación y otro del organismo competente de la materia, en este caso la Consejería correspondiente.

Por último, la **disposición transitoria segunda de la LRSAL** transfiere a las CCAA las competencias en materia de servicios sociales con fecha 31 de diciembre de 2015, quedando en suspenso si el traspaso realmente se podía producir en dicho plazo a la vista de los cambios sustanciales que debía hacerse en diversas normativas.

Desde hace tiempo la competencia del Estado para regular las competencias municipales p.ej. en materia de servicios sociales ha sido motivo de debate y de una jurisprudencia constitucional con un *"sentido claramente recentralizador"* (Aymerich, 2014). Incluso el Informe del Consejo de Estado sobre el anteproyecto de la LRSAL da por bueno que el legislador estatal pueda establecer máximos competenciales *"pues siempre que respete el núcleo básico e intangible que define la autonomía local como tal, puede en el ejercicio de dicha competencia ampliar o estrechar la esfera"*

de actuación de las Corporaciones Locales. (...) Puede éste, en definitiva, efectuar una redefinición del ámbito competencial municipal, por más que ello obligue al legislador autonómico a introducir en su ordenamiento los ajustes necesarios.” Según señala Aymerich (2014) este criterio del Consejo de Estado fue decisivo para que el traslado del conjunto de competencias a las CCAA se mantuviera en texto.

La LRSAL sustituye el principio de *“máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos”* por el *“principio de proximidad”*, el artículo 25.1 de la LRBL reformado reduce considerablemente el margen de actuación de los municipios que ya solo podrán prestar las *“actividades y prestar los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal en los términos previstos en este artículo”* y no ya de *“toda clase”* como decía en su redacción anterior a la reforma.

Limita considerablemente la libertad de elección del modelo de gestión previsto por el artículo 30 del Reglamento de Servicios a las Corporaciones Locales, que pasa a regirse por el principio del *“modo de gestión más sostenible y eficiente”* (Villar, 2016). La Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España (2016) afirma que el gasto en riesgo por la LRSAL podría alcanzar los 2.600 millones de euros y señala que Anteproyecto de Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local suponía *“un grave atentado al municipalismo en nuestro país. El municipalismo es una de las señas de identidad del Sistema Público de los Servicios Sociales por lo*

que tiene de cercanía y proximidad a la expresión de las necesidades sociales de los ciudadanos y por lo que las comunidades locales y de barrio tienen de ámbito básico de la intervención comunitaria que les son consustanciales.” (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2013).

3.3. La oposición a la LRSAL.

La LRSAL fue acogida en sus distintas fases con escepticismo tanto por expertos como por las propias administraciones locales (Boix, 2014). *“La valoración general sobre la reforma administrativa que de este proceso se deduce es, por ello, más bien pobre en sus contenidos y ambiciones, poco original y recentralizadora sin más en cuanto a su orientación política y por todo ello es escasamente satisfactoria desde la perspectiva tanto del ahorro como de la eficiencia”* (Boix, 2014).

Martínez de la Casa (2016) identifica tres ejes de resistencia a esta Ley con sus respectivas ideas fuerza:

ACTORES DEL CONFLICTO	ARGUMENTOS DE OPOSICIÓN
Izquierda - derecha	Recorta competencias, atenta contra la autonomía local, privatiza servicios, será motivo de despidos, es antidemocrática va contra la Carta Europea de Autonomía Local.
Centro – periferia	No mejora la situación de los municipios, invade competencias de los Estatutos de Autonomía, abre un proceso de recentralización.
Partido Popular – Partido Popular	Conflicto entre élites del Gobierno Central y de las Comunidades Autónomas. Reafirmación de la primacía de la legislación autonómica en materia local, rechazo a asumir competencias sin financiación.

Fuente: Martínez de la Casa 2016: 11 s.

La LRSAL planteaba serias dificultades para su aplicación debido a las dudas interpretativas, la complejidad del régimen transitorio, las diferencias en su aplicación territorial y, por último, el “rechazo generalizado” (Nuñez, 2015) que suscitó.

Como señalan Navarro y Zafra (2014) diversas comunidades autónomas inmediatamente blindaron las competencias municipales a través de normas de diverso rango (Carbonell, 2014), no reconociendo la capacidad del Estado para limitarlas, aun dando a entender que estaban de acuerdo en la necesidad de recortarlas (Almeida, 2015). Estas normas mantienen el estatus quo al menos para aquellas competencias que los municipios venían ejerciendo antes de la entrada en vigor de la ley como para aquellas otras que han quedado excluidas del catálogo de competencias propias recogidas por el artículo 25.2. (Carbonell, 2014).

También han optado por esta vía las Comunidades Autónomas gobernadas por el Partido Popular (Martínez de la Casa, 2016). La Junta de Extremadura blindó las entidades locales menores, la Xunta de Galicia aprobó la Ley 5/2014, de 27 de mayo, de medidas urgentes derivadas de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local que tiene como objetivo evitar tener que asumir competencias derivadas a los municipios. La Ley 1/2014, de Adaptación del Régimen Local de la Comunidad de Madrid a la Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local supedita esa asunción de competencias a la aprobación de un nuevo sistema de financiación.

La segunda vía para frenar la aplicación de la LRSAL fue la presentación de recursos contra la reforma al Tribunal Constitucional, que admitió los presentados por los

Gobiernos de Andalucía, Cataluña, Canarias y Asturias así como los presentados por los Parlamentos de Extremadura, Cataluña, Andalucía y Navarra así como el recurso conjunto de 130 diputados y diputadas de Izquierda Plural, PSOE, Grupo Mixto y UPyD y, por último el de cerca de 3.000 Ayuntamientos.⁷

3.4. La sentencia de la Tribunal Constitucional.

Navarro y Zafra (2014) advertían de la falta de encaje constitucional de la Ley, criterio que hace suyo Arias (2014) cuando pregunta “¿puede el legislador estatal alterar el reparto competencial Comunidades Autónomas/entes locales en materias, como la asistencia social, de competencia exclusiva autonómica?” (Arias, 2014). Almeida (2015) ponía en duda que, a la vista del reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, la norma más incisiva, la disposición transitoria segunda de la LRSAL podía producir “como mucho, hipotéticamente, una mínima alteración del ámbito competencial de municipios y Administraciones autonómicas en el campo de los servicios sociales.” (Almeida, 2014).

El 8 de marzo de 2016 el Tribunal Constitucional dictó una sentencia estimando parcialmente el recurso de inconstitucionalidad presentado por la Asamblea de Extremadura contra la LRSAL. Anula la disposición transitoria 2ª de la LRSAL que imponía a las Comunidades Autónomas la obligación de asumir las competencias de municipales en materia de servicios sociales.

Los servicios de asistencia social y aten-

ción primaria a la salud, explica el Tribunal, son competencias de las Comunidades Autónomas que “el nivel municipal venía prestando porque así lo decidieron (o permitieron) las Comunidades Autónomas (al amparo de los Estatutos) o el Estado” (en aplicación del art. 149.1.18 CE), o, simplemente, porque fueron desarrollados de hecho por los Ayuntamientos”. El Tribunal determina que “El Estado solo podrá atribuir competencias locales específicas, o prohibir que éstas se desarrollen en el nivel local, cuando tenga la competencia en la materia o sector de que se trate. En materias de competencia autonómica, solo las Comunidades Autónomas pueden atribuir competencias locales o prohibir que el nivel local las desarrolle; sujetándose en todo caso a las exigencias derivadas de la Constitución (singularmente, arts. 103.1, 135, 137, 140 y 141 CE), las bases del régimen local ex art. 149.1.18 CE y, en su caso, los Estatutos de Autonomía. Ciertamente, las bases pueden llegar a prefigurar específicamente el poder local en materias de competencia autonómica, pero, de acuerdo con lo razonado en el fundamento jurídico 9 de esta Sentencia, solo para garantizar un núcleo homogéneo de derechos prestacionales del vecino; o para atribuir directamente competencias locales, si ello no supone -un obstáculo a las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas (STC 214/1989, FJ 12).”

El TC considera por ello que, entre otras la disposición adicional 2ª ha “superado el ámbito que la Constitución asigna a una regulación básica sobre atribuciones locales (art. 149.1.18 CE) y, con ello, han invadido

⁷ El País del 17.8.2014 http://politica.elpais.com/politica/2014/08/17/actualidad/1408304126_035627.html

las competencias autonómicas de asistencia social y sanidad, recogidas en los apartados 24 y 27, respectivamente, del art. 9 del Estatuto de Autonomía de Extremadura”.

3.5. Los motivos de la reforma.

Como señalan Pedraja y Pandiello (2015), remitiendo al texto ya clásico de Peacock y Wiseman (1961), esta reformulación de las reglas del juego institucional y la recentralización son el resultado de la crisis económica, algunos autores incluso hablan de un “derecho de la crisis” (Villar, 2016). La LRSAL da continuidad a una serie de medidas encaminadas a racionalizar la administración (Montoya, 2014) que arrancan con el Plan de Estabilidad y Crecimiento 2010 – 2013, aprobado por el Consejo de Ministros de 29 de enero de 2010, sustanciado en la reforma del artículo 135 de la CE en 2011 y la consiguiente incorporación de las reglas (estabilidad presupuestaria, sostenibilidad financiera y regla de gasto) en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (LOEPSF) y en el Informe de la Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas (Informe CORA) (Nuñez, 2015). La LRSAL es un ejemplo más del “efecto que sobre el orden constitucional está propiciando ya la introducción en este del nuevo artículo 135, en el contexto de la crisis económica que nos azota y los consecuentes apuros económicos-financieros del Estado en su conjunto, que (...) parece poder librarse del papel de asunción de los desarreglos y desauferos de dicho sistema gracias al traslado forzoso de sus consecuencias a la ciudadanía llana.” (Parejo, 2014).

Se trata de una medida encuadrada en un programa de actuación “*impuesto por compromisos políticos y obligaciones jurídicas contraídas con Europa, constitucionalmente integradas en nuestro ordenamiento, al menos en lo referido a la necesidad de contener el gasto público y el déficit y de mejorar la eficiencia administrativa.*” (Navarro y Zafra). Y, como señala el Consejo General de Trabajo Social “*La concepción economista del anteproyecto aleja a los servicios sociales de las concepciones garantistas del estado del bienestar que se habían conseguido alcanzar en España y regresan a formas benéficas y asistencialistas.*” (Consejo General de Trabajo Social, 2013).

Pero cabe preguntarse si la LRSAL realmente responde a la necesidad de contener el gasto de los municipios, ya que su contribución a la deuda pública en el momento de aprobarse la Ley era solamente del 4,6% sobre el conjunto, y la mayor parte de la deuda correspondía a las grandes ciudades. Además, en el período 2013 a 2015 estaba previsto que el conjunto de los municipios tuviera un déficit del 0% (Villar, 2014). Como señala Núñez (2015) para legitimar la LRSAL los promotores de la Ley remiten a un informe del Instituto de Estudios Fiscales no publicado y que maneja datos no contrastables y altamente cuestionables.

La reforma refleja una profunda desconfianza hacia las administraciones locales y regionales, motivos que tienen que ver con “*los equilibrios institucionales básicos del Estado constitucional*” (Villar, 2014), y “*merman la autonomía local en su vertiente competencial*” (Arias, 2014).

Una de las finalidades explícitas de la LRSAL es la de abrir este ámbito a la empresa privada, tal como sucedió con Ley de Dependencia. *“En este punto la LRSAL atiende a las demandas de un sector empresarial, que supo anticiparse y sacar partido de las oportunidades de negocio de la Ley de Dependencia y que ahora procura nuevos campos para expandirse y más recursos públicos para compensar las pérdidas provocadas por la crisis.”* (Aymerich, 2014). Una de las intenciones de la LRSAL sería la de crear *“mercados de ámbito provincial para la prestación de muchos servicios públicos.”* (Boix, 2014). Precisamente en el ámbito de SAAD hay que poner en cuestión el que una privatización de los servicios garantiza una mejora de la atención. *“La evidencia parece apuntar en sentido contrario, al indicar que la planificación privada de la protección social privilegia las actividades más rentables y más caras – atención residencial – en detrimento de otras como la atención a domicilio que siendo más intensivas en empleo y respondiendo mejor a las demandas de los usuarios (que, en general, quieren permanecer en su entorno familiar y social), resultan además menos costosas.”* (Aymerich, 2014).

Si bien, como señala Almeida (2014), el recorte de las competencias municipales en materia de los servicios sociales no parece haber prosperado de iure, si es posible que lo haga de facto *“en la medida en la que parece probable que no pocas Comunidades Autónomas, a través de sus futuras normas en materia de educación, salud, sanidad y servicios sociales, termine asumiendo como propios los fundamentos y postulados de esta última modificación de la LBRL”* (Almeida, 2015).

4. CONCLUSIONES.

Los procesos de re- y desmunicipalización descritos en este artículo reflejan la complejidad de las reformas de sistemas de Bienestar Social como el alemán y el español, basados en un reparto del poder específico entre los diferentes actores. En cierta manera ésta y otras reformas retratan la capacidad de veto y de bloqueo que el sistema concede a diversos actores, creando una asimetría de poder. En Alemania los municipios son actores débiles frente a los seguros de cuidados, en España el nivel regional y el estatal tienen una capacidad de maniobra mucho mayor.

El reparto territorial de las competencias en la gobernanza es uno de los temas emergentes en el análisis de los sistemas sociales por la creciente conciencia de que un desequilibrio en la estructura interna puede generar desigualdades territoriales en el acceso y mermar considerablemente la capacidad del sistema en su conjunto para prestar los servicios que la ciudadanía reclama. En caso de prescindir de alguno de los actores centrales, pueden darse desajustes entre la oferta y estructura de los servicios y la demanda por parte de las personas que requieren cuidados y/o de sus familiares. Pero el diseño del reparto de competencias en las políticas sociales no es nunca un mero ejercicio técnico. Siempre refleja la relación de fuerzas entre actores políticos, que a veces representan modelos antagónicos o al menos diferentes de cómo debe ser el Estado de Bienestar.

Pero las políticas municipales no tienen que ser las más eficaces en todos los

ámbitos. Son especialmente adecuadas si se trata de ajustar las políticas sociales a las realidades locales y legitimar dichas políticas involucrando a las personas afectadas en su diseño, pero encierran el riesgo de acentuar las diferencias regionales. Las políticas municipales son sumamente dispares tanto en su contenido, como en la voluntad política que las orienta y en su margen financiero para desarrollar políticas. Además, pueden responder a motivaciones muy diferentes y posiblemente contradictorias, como la de imponer una moderación del gasto de los CLD y la de mejorar la atención y los cuidados movilizando el potencial de la sociedad civil local, la empresa privada, las instituciones y el Tercer Sector. Apostar por la municipalización supone enfrentarse al reto de consensuar parámetros unitarios para las políticas municipales que mantengan la autonomía local, fomenten la diversidad de políticas y experiencias pero que también sirvan de marco común para evitar diferencias territoriales en la intensidad de los servicios sociales que se ofrecen a los ciudadanos, en los criterios de acceso y en la calidad de los mismos.

La municipalización de los servicios sociales podría ser un instrumento para recalibrar la infraestructura de los CLD y crear un contrapeso al mercado, ajustando la oferta de servicios a las necesidades reales, centrandose su diseño en los espacios sociales y creando sinergias y redes con todos los proveedores de servicios (formales e informales, empresas, voluntariado, ONGs, instituciones). La remunicipalización abre el ámbito de los CLD a un sinfín de actores locales, marginados por el sistema actual. Implica la creación de espacios colaborati-

vos y podría ser la alternativa a un modelo que apuesta por una coordinación vertical y jerarquizada entre los diferentes niveles administrativos y actores y que, en casos como el español, se caracteriza por una enorme deslealtad de algunas instituciones con el sistema en su conjunto, pero sobre todo con la ciudadanía, que es la que en definitiva sufre estas políticas.

La disfuncionalidad de los CLD en Alemania fue uno de los motivos para plantear la necesidad de volver a anclar en lo local la planificación, el diseño e incluso la provisión de los servicios. A los pocos años de ponerse en marcha el seguro público de cuidados ha quedado claro que el mercado como ente regulador no garantiza una atención de cercanía e integral, cuyo objetivo principal sea lograr la autonomía de las personas con una necesidad de CLD. Pero el empuje inicial del debate ha perdido su fuerza y la reforma impulsada en esta legislatura solo ha sido de corto alcance, quedando muy por detrás de lo que exigían los principales actores. Se han impuesto los actores contrarios a dar a los municipios mayores competencias, en especial el sector empresarial y los seguros de CLD.

El caso español es bien diferente. El Gobierno legitimó el intento de recalibrar el reparto de competencias en materia de servicios sociales a través de la LRSAL remitiéndose a la insuficiente financiación de los entes locales, a supuestos desajustes y duplicidades competenciales. La Ley se topó con un considerable rechazo que logró formar una masa crítica suficiente para frenarla, pero demasiado débil para plantear una alternativa a un modelo de

servicios sociales municipales deficitario y con enormes disparidades regionales.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Almeida Cerredá, M. (2015) El impacto de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, en la distribución de competencias en materia de educación, salud, sanidad y servicios sociales, *Revista d'Estudis Autònòmics i Federals* (REAF), 22, 219 – 263.

Almonacid Lamelas, V. (2014) Balance de los primeros meses tras la LRSAL: ir “pa ná”...
<https://nosoloaytos.wordpress.com/2014/04/11/balance-de-los-primeros-meses-tras-la-lrsal-ir-pa-na/>

Arias Martínez, M. A. (2014) Las competencias locales en materia de Servicios Sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, *Revista de Administración Pública*, 194, 373 – 410.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España (2013) *El valor de la proximidad*, Madrid: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España (2016) *El gasto local en Servicios Sociales y la amenaza e incertidumbre de la reforma local*, nota de prensa de enero de 2016.
<http://www.directoressociales.com/prensa/379-el-gasto-local-en-servicios-sociales-y-la-amenaza-e-incertidumbre-de-la-reforma-local-un-avance-del-indice-dec-2015-que-se-presentara-a-finales-de-enero-2016.html>

Aumüller, J.; Daphi, P.; Biesenkamp, C. (2016) *Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen*, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Aurich-Berheide, P.; Catalano, S.; Graziano, P.; Zimmermann, K. (2015) Stakeholder participation and policy integration in local social employment policies: Germany and Italy compared, *Journal of European Social Policy*, vol. 25 (4), 379 – 392.

Aymerich Cano, C. (2014) Los servicios sociales tras la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la administración local (LRSAL), *Revista Andaluza de Administración Pública*, 88, 333 – 365.

Backes, G. M.; Amrhein, L. (2011) Kommunale Alten- und Seniorenpolitik, en Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (eds.) *Handbuch Kommunale Sozialpolitik*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 243 – 253.

Benz, B.; Huster, E.-U.; Schütte, J.; Boeckh, J. (2015) Sozialpolitische Akteure und Prozesse im Mehrebenensystem. <http://www.bpb.de/izpb/214366/sozialpolitische-akteure-und-prozesse-im-mehrebenensystem?p=all>

Bertelsmann Stiftung (2016) *Demographie konkret – Pflege kommunal gestalten*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Bode, I.; Chartrand, S. (2011) *Home care provision in Germany. The state of things and recent developments*, Kassel: Universität Kassel.

Boix Palop, A. (2014) Sentido y orientación de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local: autonomía local, recentralización y provisión de servicios públicos locales, *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* (REALA), 2.

Bosch Roca, N.; Suárez Pandiello, J. (2015) Politics and Finance in Spanish Municipalities, *Hacienda Pública Española / Review of Public Economics*, 212, 51 – 66.

Bundesamt für Statistik (2014) Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe: Deutschland. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=5F8D26C840864CAC1AC8FD3B15F8A337.tomcat_GO_2_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1389348180346&step=2

Bundesrat (2015) Drucksache 354/1/15 Empfehlungen der Ausschüsse zu Punkter 936. Sitzung des Bundesrates am 25. September 2015, Berlin: Bundesrat.

Bundesregierung (2004) *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, Berlin.

Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände (2015) *Sozialraumorientierte Pflege stärken durch wirkungsvolle Einbeziehung der Kommunen*, Berlin. Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen (2015) *Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf

Campbell, J.; Ikegami, N.; Gori, C./ Barbabella, F.; Chomik, R.; D'Amico, F.; Holder, H.; Ishibashi, T.; Johansson, L.; Ring, M.; Theobald, H. (2016): How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot, en: Fernandez, J-L./, Gori, C. (eds.). *Long-Term Care Reforms In OECD Countries: Successes and Failures*, Bristol: Policy Press, 47-76.

Carbonell Porrás, E. (2014) Sobre la reforma local y las competencias municipales propias, *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. especial 99 – 100, 765 – 781.

Comisión Europea (2016a) Urban agenda for the EU. Pact of Amsterdam, Bruselas, Comisión Europea. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/policy/themes/urban-development/agenda/pact-of-amsterdam.pdf

Comisión Europea (2016b) *Die Städteagenda für die EU: Die europäischen Städte erhalten Mitspracherecht bei der Politikgestaltung der EU*, nota de prensa del 30.5.2016. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-1924_de.htm

Consejo General de Trabajo Social (2013) *El Trabajo Social ante la reforma de la Administración Local*, Madrid: Consejo General de Trabajo Social.

Deutscher Bundestag (2009) *Ley Fundamental de la República Federal de Alemania*. Berlín: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2016a) *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlín: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2016b) *Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen*, 18/9668, Berlín: Deutscher Bundestag.

Deutscher Landkreistag (2010) *Unterstützung und Hilfe im Alter. Themenpapier des Deutschen Landkreistages*, Berlín: Deutscher Landkreistag.

Deutscher Städte- und Gemeindebund (2016) *Kommunale Senioren- und Pflegepolitik*, Berlín: Deutscher Städte- und Gemeindebund.

Deutscher Städtetag (2015a): *Deutscher Städtetag zu Ergebnissen der Bund-Länder-AG. Pflegebedürftige Menschen besser versorgen – Rolle der Kommunen in der Pflege stärken*, nota de prensa del 12.5.2015.

Deutscher Städtetag (2015b) *Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege. Positionspapier des Deutschen Städtetages*, Berlín: Deutscher Städtetag.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2006) *Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung*, Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Die Grünen (2016): *Pflegestärkungsgesetz III. Kommunen und Pflegebedürftigkeit*.

Federación Española de Municipios (2016) *El Tribunal Constitucional enmienda la reforma local*, Carta Local, marzo 2016, 7 – 10.

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) *Las competencias de los ayuntamientos en Materia de Servicios Sociales tras la entrada en vigor de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local*, Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias. <http://femp.femp.es/files/3580-836-fichero/LAS%20COMPETENCIAS%20EN%20MATERIA%20DE%20SERVICIOS%20SOCIALES%20TRAS%20LA%20ENTRADA%20EN%20VIGOR%20DE%20LA%20LRSAL.pdf>

FES/KDA, Friedrich-Ebert-Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (2013) *Gute Pflege vor Ort. WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 8/13*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Finn, D. (2000) Welfare to Work: the local dimension, *Journal of European Social Policy*, 10 (1) 43 – 57.

Fundación Caser (2015) *La situación del servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*, Madrid: Fundación Caser.

Gebhardt, D. (2015) *Cities and immigrant citizenship. A comparison of local citizenship policies in Barcelona and Munich*. GRITIM Working Paper Series. Nr. 26, Winter 2015, Barcelona: GRITIM.

GKV Spitzenverband (2015) *Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege. Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Länder*, Berlin: GKV-Spitzenverband.

Gohde, J. (2013) Herausforderung für das Zusammenleben: In Würde alt werden, *Der Landkreis*, 9, 563 – 565.

Grohs, S. (2015a) Verwalten oder gestalten? – Kommunale Entscheidungsstrukturen und Verwaltungsmodernisierungen in der kommunalen Sozialpolitik, *Sozialer Fortschritt*, 5, 122 – 129.

Grohs, S.; Reiter, R. (2014) *Kommunale Sozialpolitik. Handlungsoptionen bei engen Spielräumen*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Grohs, S.; Schneiders, K.; Heinze, R. G. (2015): Social Entrepreneurship Versus Intrapreneurship in the German Social Welfare State: A Study of Old-Age Care and Youth Services, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 44 (1), 163 – 180.

Hoberg, R.; Klie, T. (2015): *Strukturreform Pflege und Teilhabe*. Erster Teil: Zwischen Cure und Care, Kommunen und Sozialversicherung, *Sozialer Fortschritt*, 1-2, 27 – 33.

Hoberg, R.; Klie, Th., Künzel, G. (2016a) *Pflege in Sozialräumen. Was muss eine Strukturreform Pflege und Teilhabe leisten?*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Hoberg, R.; Klie, Th., Künzel, G. (2016b): *Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/librojornadas_paravirbienencasa_web_miguelmontero.pdf

Jørgensen, M. B. (2012) The Diverging Logics of Integration Policy Making at National and City Level, *International Migration Review*, 46 (1), 244-278.

Kazepov, Y. (2008) The subsidiarization of social policies: actors, processes and impacts. Some reflections on the Italian case from a European perspective, *European Societies*, 10 (2), 247 – 273.

Kazepov, Y. (2010) Rescaling Social Policies towards Multilevel Governance in Europe: Some Reflections on Processes at Stake and Actors Involved, en Kazepov, Y. (2010): *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*, Farnham: Ashgate, 35 – 72.

Kazepov, Y.; Barberis, E. (2011) *Social assistance governance in Europe. Towards a multi-level perspective*, ponencia presentada en “GINI WP6 Workshop, 14 al 15.11.2011, Amberes.

Künzel, S. (2012) The local dimension of active inclusion policy, *Journal of European Social Policy*, 22 (1), 3 – 16.

Marbán Gallego, V. (2011) Los actores sociales en el sistema de dependencia español, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 69 – 91.

Martínez de la Casa Rodríguez, E. (2016) Vetos y resistencias en el fracaso de la reforma de la planta local en España, *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* (REALA), 5, 1 – 18.

Montero Lange, M. (2014) Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España, *Actas de la Dependencia* 9, 47 – 74. http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/miguelmontero_analisiscomparados_web_ok.pdf

Montero Lange, M. (2015) Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. La gestión de casos, en: *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*, Madrid: Fundación CASER, Fundación Pílares, 35 – 52.

Montero Lange, M. (2016) Kommunale Integrationsstrategien: Entwurf eines Communityzentrierten Ansatzes, en Pfeffer-Hoffmann, Chr. (ed.) *Gestaltung der europäischen Arbeitsmigration. Analysen, Strategien und Praxismethoden*, Berlín: Mensch und Buch Verlag, 36 – 88.

Montero Lange, M. (2017): *Los cuidados de larga duración en Alemania: situación y reforma*, ponencia presentada el 21 de abril de 2017 en el Real Patronato sobre Discapacidad. http://www.siposo.com/IMG/pdf/ponencia_miguel_montero-2.pdf

Montoya Martín, E. (2014) *Ordenación del Sector Público Local después de la LRSAL*, Seminari de Dret Local, Federació de Municipis de Catalunya.

Moreno, L. (2014) Reseña de Michael Keating. Rescaling the European State. The Making of Territory and the Rise of the Meso, *RIS*, 72 (2), 492 – 494.

Naegele, G. (2014) *20 Jahre Verabschiedung der gesetzlichen Pflegeversicherung: eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Nakanishi, M.; Chen, L.-M. (2014) Balancing Long-Term Care in Japan, *Journal of Gerontological Social Work*, 55 (7), 659-672.

Nakanishi, M.; Shimizu, S.; Murai, T.; Yamaoka, A. (2015) “Ageing in Place” Policy in Japan: Association Between the Development of an Integrated Community Care System and the Number of Nursing Home Placements Under the Public Long-Term Care Insurance Among Municipal Governments, *Ageing International*, 40, 248-261.

Navarro Rodríguez, P.; Zafra Victor, M. (2014) El pretendido blindaje autonómico de competencias municipales tras la reforma de la Administración local, *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* REALA, 2.

Núñez Jiménez, J. M. (2015) La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL), *Gabilex*, número extraordinario mayo de 2015, 1 – 40.

Pabst, S. (2002) Implementation sozial-politischer Programme im Föderalismus. Pflegepolitischer Wandel in Ländern und Kommunen mit Einführung der Pflegeversicherung, Berlín: Logos Verlag

Parejo Alonso, L. (2014), Algunas reflexiones sobre el impacto de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, 34, 11 – 20.

Peacock, A.; Wiseman, J. (1961) *The Growth of Public Expenditure in the United Kingdom*, Londres: Oxford University Press.

Pedraja Chaparro, F.; Suárez Pandiello, J. (2015) La arquitectura del sistema descentralizado en España: Comunidades autónomas y corporaciones locales, *Papeles de Economía Española*, 143, 15 – 271.

Pfaffenholz, D. (2015) Damit aus Fremden Nachbarn werden, *Pro Alter*, 47 (6), 38 – 41.

Plazek, M. y Schnitger, M. (2015) Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Altenpflegestrukturen. Vorläufiger Abschlussbericht, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Rodríguez Cabrero, G. (2011) Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea, Cuadernos de Relaciones Laborales, 29 (1), 13 – 42.

Santamaría Pastor, J. A. (2014) El régimen de competencias locales y el dilema de la esfinge, en: Santamaría Pastor, J. A. (coord.) (2014) *La reforma de 2013 del régimen local español*, Madrid; Barcelona: Fundación Democracia y Gobierno Local, 139 – 156.

Schnitger, M., Plazek, M.; Rothe, H.-J. (2016) Pflege kommunal gestalten. Potsdam: Potsdam Centrum für Politik und Management.

Scholten, P. / Penninx, R. (2016) The Multilevel Governance of Migration and Integration, en Garcés-Mascareñas, B. / Penninx, R., *Integration Processes and Policies in Europe. Context, Levels and Actors*, Cham: Springer, 91-108.

Schulz-Nieswandt, F. (2015) Kommunale Daseinsvorsorge und demographische Schrumpfung. Ein Problemaufriss am Beispiel der Gesundheits- und Pflegedienste im Kontext des Wohnens, *Kommunalwirtschaft*, número especial 2015, 16 – 20.

Secretario General del Ayuntamiento de Sevilla (2014) *Informe de 27.5.2014*. <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/transparencia/pdf/leydependencia>

Statistisches Bundesamt (2010) *Statistik der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015) *Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Dienstes*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017) *Kommunale Finanzen 2016 mit einem Überschuss von 5,4 Milliarden Euro*, nota de prensa del 28.3.2017 https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/03/PD17_107_71137.html

Villar Rojas, F. J. (2014): Razones y contradicciones de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, *La Administración al día*, 18.7.2014. <http://laadministraciondia.inap.es/noticia.asp?id=1503637>

Villar Rojas, F. J. (2016) Implicaciones de los principios de sostenibilidad y estabilidad presupuestaria en los modos de gestión de los servicios públicos locales, *La Administración al día*, 6.5.2016. <http://laadministraciondia.inap.es/noticia.asp?id=1506095>

Zuchandke, A.; Reddermann, S.; Krumaker, S. (2011) Financing Long-Term Care in Germany, en Costa-Font, J. y Courbage, Chr. (eds.)e (2011). *Financing long-term care in Europe. Institutions, markets and models*, New York: Palgrave Macmillan, 214 – 235.