



# Capítulo 1

## La atención social en la comunidad

### REDACTORES:

Manuel Aguilar Hendrickson

Concepción Corera Oroz

Miguel Laparra Navarro

Balbina Liberal Artaiz

Begoña Pérez Eransus

## Sumario

Página	
19	<b>1. La atención primaria de servicios sociales como modelo. Del modelo de internamiento a la integración comunitaria de los servicios.</b>
19	1.1. DEL MODELO DE INTERNAMIENTO A LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA DE LOS SERVICIOS
20	1.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES COMO MODELO
26	<b>2. Un sistema no tan joven. Un poco de historia</b>
26	2.1. EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA
27	2.2. EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA
29	<b>3. El nivel primario de los servicios sociales en Navarra:</b>
29	3.1. CONFIGURACIÓN DE LA RED ACTUAL DE SERVICIOS SOCIALES DE BASE
66	3.2. EL IMPACTO SOCIAL
70	<b>4. La atención comunitaria hoy. Algunas dificultades que remediar.</b>
71	4.1. FRAGMENTACIÓN DE LA RED
71	4.2. FALTA DE ESPECIALIZACIÓN
72	4.3. DEPENDENCIA DE LA DEMANDA
73	4.4. DESIGUAL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA
74	4.5. Poca PARTICIPACIÓN DE LAS ENTIDADES SOCIALES
74	4.6. CONCLUSIONES

## Tablas

Página	
29	[ <a href="#">Tabla 1</a> ] Implantación de los Servicios Sociales en las zonas básicas de municipios de menos de 20.000 habitantes en Navarra
29	[ <a href="#">Tabla 2</a> ] Implantación de los programas de los Servicios Sociales de Base en Navarra (incluye Pamplona y Tudela)
31	[ <a href="#">Tabla 3</a> ] Funciones de los Servicios Sociales de Base en Navarra, de acuerdo en el Decreto Foral 11/1987
32-33	[ <a href="#">Tabla 4</a> ] N° de habitantes y n° de hogares en Zonas Básicas de Navarra
36	[ <a href="#">Tabla 5</a> ] Coste de los programas de SSB en Navarra. Año 1997
36	[ <a href="#">Tabla 6</a> ] Personal de los Servicios Sociales de Base subvencionado por el INBS 1997/98 (medido en jornadas de trabajo)

## Tablas

---

Página	
38-41	Area 1. Noroeste
42-44	Area 2. Noreste
45-49	Area 3. Estella
50-52	Area 4. Tafalla
53-55	Area 5. Tudela
56-61	Area 6. Pamplona
62-65	Area 7. Comarca de Pamplona
67	[ Tabla 7 ] Razones por las que las personas excluidas no acudieron a los SSB
67	[ Tabla 8 ] Razones por las que las personas excluidas dejaron de ir a los SSB
69	[ Tabla 9 ] Valoración de las personas usuarias sobre la atención recibida de los SAD municipales (Porcentajes sobre el total de usuarios del SAD)
69	[ Tabla 10 ] Valoración de las personas usuarias de diferentes aspectos de la atención recibida mediante Ayuda económica
69	[ Tabla 11 ] Distribución de los hogares con cuidador por el grado de alivio de los problemas que ha

# 1. La atención primaria de servicios sociales como modelo. Del modelo de internamiento a la integración comunitaria de los servicios

## 1.1. DEL MODELO DE INTERNAMIENTO A LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA DE LOS SERVICIOS.

La atención primaria de servicios sociales se ha desarrollado durante el último medio siglo bajo el efecto de diversas tendencias. Estas tendencias, de muy diverso origen, han confluído en favorecer una reducción de la importancia central atribuida tradicionalmente a la institución cerrada (llámese asilo, casa de trabajo, manicomio, orfanato, hospicio, cárcel, etc.) como forma de respuesta a las necesidades de diversos grupos sociales en dificultad (paralelamente, viejos, locos, inválidos, subnormales, pobres, vagos, etc.).

La institución cerrada pretendía en esencia separar de la vida ordinaria (segregar) a las personas con problemas, con el fin, por un lado, de curarlas, cuidarlas, reeducarlas, corregirlas o asistirles, y por otro de proteger a la sociedad de su posible peligrosidad física o moral. Ya desde los años 50, y con fuerza renovada desde finales de los años 60, se han puesto en entredicho las virtudes de la institución cerrada para la atención a estos grupos sociales. La separación del resto de la sociedad, el encierro en un universo institucional total crea nuevos problemas. La adaptación a la institución y no a las reglas de la sociedad, la incapacidad progresiva para la vuelta al mundo exterior, la estigmatización y la inducción al temor de la población exterior hacia personas desconocidas y presuntamente peligrosas son efectos de la institución que anulan en buena medida sus virtudes terapéuticas.

La primera de las tendencias, por tanto, es la progresiva implantación de **servicios destinados a atender a las personas en dificultad sin recurrir al internamiento**, es decir, en su propio medio habitual de vida. Se trata de servicios con frecuencia especializados en determinadas poblaciones (atención de ancianos, centros de salud mental, programas de formación, programas de educación y tratamiento familiar, o de libertad vigilada) que tienen en común la atención extrainstitucional en la comunidad. Buena parte de estos servicios (fundamentalmente los orientados hacia las personas mayores, las discapacitadas y las enfermas mentales) se viene conociendo en el mundo anglosajón con el término Community Care desde los años 60. El desarrollo de estos servicios aparece en forma de procesos de desinstitucionalización (ofrecer servicios de atención intensiva para que las personas institucionalizadas puedan salir a la comunidad) y en forma de una oferta de servicios menos intensos hacia poblaciones en situación menos grave con el fin de prevenir o evitar el internamiento.

Una segunda tendencia trata de superar una excesiva fragmentación de estos nuevos servicios mediante su **integración**. En los países donde estos nuevos servicios comunitarios se fueron desarrollando, pronto se apreciaron problemas derivados de la visión especializada restrictiva de cada uno de ellos (sólo se intervenía, ineficazmente, sobre una parte de una situación problemática más compleja) o del solapamiento de diferentes servicios que intervenían sobre los distintos problemas de una persona o familia de forma descoordinada y en ocasiones contradictoria. La reforma de los servicios sociales ingleses prevista en la Local Authorities Social Services Act 1970 y diseñada en el informe Seebohm<sup>1</sup> tuvo como uno de sus principales objetivos la integración de los servicios comunitarios que se habían ido desarrollando dirigidos a las personas mayores, las discapacitadas, los menores desatendidos, los enfermos mentales y los delincuentes. El párrafo inicial del informe puede considerarse un manifiesto de la atención social primaria:

### Notas

1. Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services (The Seebohm Report), Londres, HMSO 1968.

*Recomendamos la creación de un nuevo departamento de la administración local que provea de un servicio basado en la comunidad y orientado hacia las familias accesible a todos. Este nuevo departamento, en nuestra opinión, llegará mucho más allá de la localización y el rescate de las víctimas sociales: permitirá al mayor número posible de individuos actuar recíprocamente dando y recibiendo servicios por el bienestar de toda la comunidad.*

Para entender en sus justos términos este texto es preciso situarlo en el contexto inglés, en el que el nuevo departamento es el resultado de una serie de departamentos preexistentes que ponen en común sus recursos, su clientela, su saber y su experiencia, con el fin de superar una excesiva compartimentación.

Una tercera tendencia empuja hacia la **descentralización de los servicios**. La necesidad de descentralizar los servicios está de algún modo implícita (aunque no del todo) en el proceso que lleva de la institución al medio abierto. La atención en la comunidad supone también atención con la comunidad y, en parte, por la comunidad. No se trata de un mero paso de la atención en internamiento a la atención ambulatoria, sino de adecuar los servicios a las características del territorio y la comunidad, del tejido social local en y con el que deben actuar. Si es así, su funcionamiento y sus características serán diferentes en cada lugar. La descentralización aparece como parte de un reconocimiento de que son necesarias respuestas más flexibles, menos estandarizadas a los problemas. De ahí la conveniencia de dejar en manos de autoridades locales o regionales las decisiones sobre los servicios, aunque sea dentro de exigencias de cobertura y derechos asegurados en el plano nacional. Que todos los ciudadanos tengan derecho a ver atendidas ciertas necesidades no supone que tengan que ser atendidas del mismo modo en todos los territorios.

En todo este proceso las consideraciones relativas a la idoneidad técnica o la eficacia de una respuesta institucional o comunitaria no han sido las únicas que han pesado. Las consideraciones económicas han tenido un peso muy importante. Los costes de la atención residencial son elevados, tanto en términos de gasto corriente como de inversión. Uno de los determinantes del impulso de la atención comunitaria en la Inglaterra de principios de los años 60 fue el elevado coste de renovación de las numerosísimas plazas hospitalarias creadas cien años antes. La comparación de los costes de la atención médica, psiquiátrica, geriátrica o infantil en centros residenciales o en la comunidad siempre han mostrado diferencias muy fuertes, con la única excepción de casos de extrema necesidad.

En conjunto, podemos hablar de la aparición de la atención primaria de servicios sociales como un proceso complejo de creación de servicios locales, descentralizados, progresivamente integrados, que tratan de responder a las situaciones de dificultad social sin internar a las personas que los padecen en centros de tipo residencial y en el marco de un territorio o comunidad local, adaptándose y valiéndose de las especificidades de dicha comunidad.

---

## 1.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES COMO MODELO

### La atención primaria de salud como modelo de referencia

El modelo y el discurso de la atención primaria de servicios sociales ha tomado como una de sus referencias el desarrollo de la atención primaria de salud. Sin embargo, las analogías entre ambos sistemas son limitadas y es preciso evitar una asimilación simplista.

El desarrollo de la atención primaria de salud se estructura en torno a varios elementos.

En primer lugar, un cambio en la concepción del objeto de la atención sanitaria de la mera curación de la enfermedad hacia una visión más amplia de la protección de la salud. La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad. Ello abre la perspectiva de una atención no sólo curativa y a remolque de la demanda de asistencia, sino que incluya un importante componente de prevención de la enfermedad y educación para la salud.

En segundo lugar, el modelo de atención sanitaria se ha caracterizado por una creciente tecnificación, una sobreespecialización y un fuerte predominio del hos-

pital como institución básica. La constatación de que factores externos al objeto directo de la ciencia médica (la enfermedad), como las condiciones ambientales, económicas y sociales, los estilos de vida y hábitos de la población, tienen un papel importante en la producción de la salud y de la enfermedad hacen aconsejable una corrección del modelo. El recurso a formas de atención más blandas, menos institucionales y tecnificadas puede tener un efecto considerable en la mejora de la salud de la población. En ese contexto, la profesión médica puede seguir siendo central, pero puede dejar un espacio mayor a la enfermería y al trabajo social y comunitario.

La declaración de Alma Ata definió del siguiente modo la atención primaria de salud:

*...la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando la atención de salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria<sup>2</sup>.*

La idea de una atención de primer nivel, más próxima a los ciudadanos, menos institucional, más implicada en la comunidad y con una corresponsabilización por parte de la misma, con la incorporación de un fuerte componente preventivo es perfectamente aplicable al campo de los servicios sociales. Es más, la evolución que hemos descrito en el apartado anterior encaja bien en este modelo.

Sin embargo, es preciso recordar que ni el nivel de tecnificación y sobreespecialización es comparable en el campo de los servicios sociales, ni la atención primaria pretende eliminar el saber especializado de la medicina capaz de diagnosticar y prescribir tratamientos con un alto grado de formalización científica. El riesgo de trasladar sin más la visión de la atención primaria de salud a un sistema menos formalizado como el de los servicios sociales es el de eliminar la conciencia de la necesidad de una atención que defina con precisión su objeto, sus métodos y estrategias, sus formas de trabajo, anegada en un canto al bienestar en general y el desarrollo indefinido de la comunidad.

## Los elementos centrales del modelo

Sí es posible establecer algunos elementos centrales del modelo que pueden ser compartidos entre los dos sistemas.

### La atención primaria como nivel de atención

La idea de atención primaria hace referencia, en primer lugar, a la idea de un primer punto de contacto con el sistema, de puerta de entrada habitual del mismo. Un sistema complejo, como el de servicios sociales o el de salud, pueden ganar en eficacia si disponen de un sistema de puerta de entrada única, de ventanilla única. Es un punto de acceso que debe estar cerca de las personas usuarias, debe ser claramente identificable, y debe permitir el acceso a todas (o la gran mayoría) las prestaciones del sistema. Al mismo tiempo permite a los operadores de base del sistema (médico de cabecera, trabajador social de referencia) conocer de forma muy directa las anteriores demandas de la persona y su historia (clínica o social) de relación con el sistema.

La existencia de este nivel de acceso primario único no excluye la existencia de vías especiales para situaciones determinadas, como los servicios de urgencias.

Pero la idea de primer nivel no se agota en el papel de puerta de acceso, de punto de contacto formal, administrativo, con el sistema. Es igualmente importante

## Notas

2. OMS, Atención primaria de salud. Conferencia Internacional de Alma Ata, Ginebra, OMS 1978

la idea de que una parte importante de las atenciones/prestaciones del sistema, de las respuestas que puede ofrecer el sistema a la demanda deben poder ofrecerse allí mismo. Un centro de salud no es una mera oficina de despistaje de demandas y derivación al hospital adecuado, sino un centro de tratamiento. El nivel primario debe estar en condiciones de ofrecer todas las respuestas que necesite la persona usuaria, salvo aquellas que resulten inviables en ese nivel. Por ejemplo, pueden ser inviables en el nivel primario las atenciones que requieran del internamiento de la persona (en un hospital, en una residencia, en un centro de tratamiento específico), o aquellas que requieran de dispositivos de atención que por su muy alta especialización resultan difíciles de descentralizar.

La atención primaria tiene además que mantener relaciones fluidas con los demás niveles de atención. Esta relación debe basarse en el principio de centralidad de la atención primaria. Centralidad no quiere decir superioridad en la jerarquía administrativa o profesional, ni acumulación de la gran mayoría de los recursos, ni marginalización de los niveles secundario o terciario. Centralidad quiere decir que el nivel primario es el que atiende en primer lugar, el que actúa al nivel secundario cuando lo considera necesario (es decir, cuando no puede resolver por sí mismo el problema), el que continúa con la atención una vez finalizada la de los demás niveles. Se trata de una especie de principio de subsidiariedad interna del sistema de servicios sociales (o de salud).

### **La atención primaria como atención en y con la comunidad**

La atención primaria de servicios sociales debe entenderse siempre, tiene su justificación en última instancia, precisamente como atención comunitaria. Lo comunitario no se circunscribe a un determinado programa de los SSB sino que se configura a la vez como un contexto habitual, un objetivo estratégico y un método privilegiado de intervención social en el ámbito de la atención primaria.

Los términos **promoción, desarrollo, intervención, atención, trabajo, comunitario/a** aparecen utilizados de formas muy distintas y dan lugar en ocasiones a una cierta confusión en el debate profesional, en la discusión académica y en los documentos administrativos. Es precisa por tanto una cierta aclaración sobre la forma (las formas) en la que se entiende "lo comunitario" en este proceso de reordenación de la atención primaria. La concepción comunitaria nos introduce además dentro de un terreno ideológicamente delicado en el que trata de dar pautas para la relación entre el ámbito público de unos servicios municipales y el ámbito privado de las asociaciones y grupos de ciudadanos. Aclaremos por tanto de qué estamos hablando.

Cuando decimos que la atención primaria es comunitaria entendemos que es una estructura para la intervención **en la comunidad**. Es éste un uso descriptivo y aún redundante del término. Nos dice simplemente en qué ámbito territorial nos movemos. Especifica que debe ser un territorio suficientemente reducido como para que pueda considerarse local, cercano, en relación con el medio habitual en el que se desarrolla la vida cotidiana de los individuos. En este territorio, por tanto, la estructura de atención primaria podrá desarrollar atenciones de tipo individual, familiar, grupal o general para toda la comunidad, pero siempre serán atenciones a las que pueda accederse sin necesidad de salir de ese medio inmediato de vida. Lo comunitario aquí se opone a lo institucional. No se agota aquí, sin embargo, el significado de este concepto.

En segundo lugar, la concepción comunitaria de la atención primaria nos indica una opción estratégica, una finalidad y un objetivo del proceso de intervención social en este nivel: **es para la comunidad**. Su objetivo último es el reforzamiento de la comunidad local, el aumento de la densidad de los lazos sociales. Se trata, en línea con la filosofía del *empowerment*, de aumentar progresivamente la capacidad de una comunidad local de enfrentarse a sus propios problemas y contradicciones, en un proceso de maduración y desarrollo como tal comunidad. En la medida en que los ciudadanos aumentan su implicación en los problemas colectivos y se desarrollan actitudes solidarias se hace patente a nivel local la existencia de unos intereses comunes, una comunidad real. Para la consecución de este objetivo pueden y deben utilizarse distintos métodos de intervención: el desarrollo de los derechos sociales, el aumento en la oferta de servicios y de equipamientos, públicos y privados, la potenciación de

las capacidades individuales, caso a caso, etc. Por supuesto, también caben métodos de concepción eminentemente comunitaria.

El tercer sentido del carácter comunitario de la atención primaria se refiere justamente a esta opción metodológica. Nos indica cómo y con quién han de perseguirse aquellos fines: la intervención social ha de desarrollarse **con la comunidad**. Los grupos y asociaciones de ciudadanos han de ser agentes activos en el proceso de respuesta a los problemas sociales. Sin suplantar las funciones y la responsabilidad última de la administración pública, han de ser coprotagonistas en todo el proceso de intervención. Esta opción metodológica, posiblemente la más coherente con el objetivo de reforzamiento de la comunidad, no significa simplemente que hay que pedir la implicación y el esfuerzo de los ciudadanos, individualmente o agrupados, más o menos organizados. Hay al menos dos cuestiones que es preciso aclarar:

- a) La implicación de los ciudadanos en la solución de sus propios problemas y de los de su entorno social más inmediato no debe suponer ni un desentendimiento de los servicios públicos, ni tampoco una sobrecarga para las personas afectadas, sean éstas cuidadoras, voluntarias o activistas. La sobrecarga no supone sino un desgaste excesivo de recursos humanos que necesariamente tendrá sus efectos perversos; el más inmediato, su propio agotamiento. No es necesario decir que en este tema aparece claramente la cuestión de la asimetría respecto del género.
- b) El trabajo con la comunidad, con los grupos y asociaciones de ciudadanos (o con personas individuales) supone la aceptación de la pluralidad de intereses presentes en una comunidad, de sensibilidades y perspectivas distintas. Es más, se requiere necesariamente esta aceptación para ser viable un trabajo conjunto. La solicitud que se haga a la ciudadanía de una implicación y de un esfuerzo en el ámbito de la atención primaria de servicios sociales tendrá que ir paralela a la oferta de negociación y al desarrollo de cauces de participación en el proceso de toma de decisiones. La participación ciudadana, aquí, no es tan sólo un requisito democrático, es una necesidad metodológica coherente con la finalidad de la intervención social.

En suma, la atención primaria en servicios sociales habrá de realizarse teniendo como referencia comunidades locales concretas, irá dirigida al fortalecimiento de los lazos comunitarios y actuará conjuntamente con los propios ciudadanos y las entidades sociales.

### La atención primaria como atención integral

Uno de los rasgos centrales de la atención primaria es la idea de globalidad o integralidad de la atención. Una de las ventajas de que un mismo servicio atienda todas las demandas de una persona es la (presunta) capacidad del servicio de tratarlas en conjunto, poniendo en relación unas con otras, siendo capaz de comprender mejor lo que se oculta detrás de los diversos síntomas que configuran la demanda. Evita que la persona se vea obligada a presentar diferentes demandas en diferentes dispositivos separados por su especialización, y reciba atenciones paralelas, que se ignoran mutuamente. Si además se trata de un dispositivo descentralizado, capaz de conocer el entorno de vida de la persona, su capacidad de actuar además sobre factores ambientales añade una nueva dimensión de globalidad.

Sin embargo, esta idea de globalidad no debe hacer olvidar que las personas no tienen problemas genéricos (enfermedad, malestar) sino concretos (enfermedades concretas, carencias o dificultades sociales específicas). El punto de partida es siempre específico, hace referencia a algún aspecto concreto de la vida social (o la salud) de la persona, y la respuesta debe partir de esa especificidad. La capacidad de ver más allá no debe reducir la capacidad de entender bien lo que se tiene delante.

A la luz de esta interpretación de la idea de atención global o integral debe abordarse la cuestión de la especialización de los profesionales y de los dispositivos y programas. Toda especialización corre el riesgo de fragmentar la atención, y más cuanto mayor sea. Pero la no especialización puede llevar a la ofer-

ta de respuestas demasiado genéricas, inadecuadas a los problemas concretos, y a una pérdida de la capacidad de acumular conocimiento y experiencia, de hacer avanzar el saber en la intervención. Por ello, la propia atención integral requiere de una cierta especialización, suficiente como para comprender y dar respuestas adecuadas a los problemas que se presentan, y no tanta como para perderse en una maraña de compartimentos estancos.

### Las actividades propias de la atención primaria

La atención primaria abarca una serie de actividades típicas:

- Información y sensibilización de las poblaciones, tanto de forma individualizada como colectiva, tanto a demanda de la comunidad como por iniciativa propia.
- La atención y tratamiento de los problemas en medio abierto o de forma ambulatoria, es decir sin recurrir al internamiento. Esta atención o tratamiento puede agotarse en sí misma, puede preceder a una atención o tratamiento residencial y puede seguir a ese tipo de tratamiento. La atención de vuelta al entorno habitual, de reinserción, desinstitucionalización o incorporación son típicas de la atención primaria.
- La acción sobre el entorno, el trabajo conjunto con los grupos e instituciones que configuran la comunidad, el territorio de su acción.
- La detección de problemas mediante diversos mecanismos de observación y el codiseño de respuestas a tales problemas.

### El sentido de algunos conceptos centrales

En el proceso de renovación de los servicios sociales iniciado en los años 70 (y que en España coincide con el nacimiento de los servicios sociales en sentido moderno) los conceptos de universalidad, normalización y generalismo (o no especialización) han tenido un papel importante. Sin embargo, estos conceptos o principios no siempre han sido entendidos del mismo modo y han creado ciertos problemas. En algunas ocasiones una interpretación rígida de los mismos ha servido para justificar algunas opciones organizativas y de trabajo que han resultado desafortunadas. En este apartado se pretende esbozar una interpretación de tales principios acorde con el modelo de atención primaria que se propone.

#### Universalidad

El principio de universalidad (llamado en la Ley Foral de Servicios Sociales principio de "igualdad-universalidad") aparece formulado en términos de actuar "dirigiendo los servicios y actuaciones a todos los ciudadanos, sin discriminación ninguna"<sup>3</sup>.

Este principio obtiene su impulso de un rechazo ideológico de la tradición de la beneficencia y la asistencia social de orientarse exclusivamente hacia los sectores más desfavorecidos. La tradición de la asistencia social anterior al Estado de bienestar se ubicaba en una concepción residual de la política social, únicamente dirigida hacia los más pobres y que construía mecanismos segregados de atención no sólo social, sino sanitaria, educativa, etc., en los que sólo los pobres se movían. Este sistema de protección social sólo para pobres estigmatiza a sus usuarios y les condena a un proceso separado y subordinado de desarrollo personal. También configura una serie de identidades profesionales benéficas, vocacionales, poco técnicas y "profesionales".

El principio de universalidad se opone también al principio contributivo que inspiró desde los años 60 el nacimiento del Estado de bienestar español, especialmente en el terreno de la garantía de ingresos, la sanidad y los servicios sociales. El principio contributivo es especialmente ineficaz en el campo de los servicios sociales, en el que con frecuencia son los no cotizantes los más necesitados. Este principio empezó a configurar un sistema dual de servicios sociales desde principios de los 70: residencias para pensionistas de la Seguridad social, residencias de la beneficencia local para los mayores pobres, etc.

#### Notas

3. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 2, e).

En la defensa del principio de universalidad se mezclan pues razones de crítica a la ineficacia de un sistema dual (contributivo/ asistencial) en los servicios sociales, y a los efectos perversos de la tradición benéfico-asistencial de tratar por separado a los pobres, con una transformación de la identidad profesional marcada por la tecnificación y la profesionalización.

Esta mezcla de razones ha llevado a una insistencia a veces exagerada en la definición del principio de universalidad en términos de que los servicios sociales son servicios para toda la población. Evidentemente tiene sentido que sean servicios universales en el sentido de que no excluyen a los que no han contribuido previamente (como los seguros sociales) ni a los que tienen medios económicos suficientes (como la asistencia social). Pero carece de todo sentido negar que por su propia naturaleza de servicios sociales se dirigen a determinadas poblaciones que padecen ciertas dificultades sociales relacionadas bien con la exclusión social en sus diversas formas, bien con la falta de autovalimiento derivada de diversas causas, bien con conflictos que ponen en riesgo los procesos de desarrollo personal de los menores.

En ocasiones el principio de universalidad ha derivado hacia dos tipos de orientaciones perniciosas:

- La indefinición de las poblaciones objeto de la atención de los servicios sociales, con la consecuencia de una débil capacidad de focalizar la atención, conocer los problemas sobre los que se trabaja, desarrollar estrategias eficaces.
- La reticencia a intervenir con los grupos en mayor dificultad, que cuestionan en mayor medida la eficacia de la propia acción y parecen despertar el fantasma de unos servicios demasiado marcados por la miseria y la marginación. En ocasiones esta reticencia se expresa culpabilizando a otras ramas de la protección social (educación, vivienda, empleo) de los problemas que padecen estas poblaciones y con la consiguiente inhibición de los servicios sociales en algo que "no es de su competencia".

Una adecuada interpretación de este principio para el desarrollo futuro de los servicios sociales requiere combinar la afirmación de que cualquier persona tiene derecho a recurrir a los servicios sociales (con independencia de sus cotización previa o sus recursos económicos), con una clara consciencia de que se deben identificar los problemas de dificultad social prioritarios en cada territorio, los grupos de población afectados por dichos problemas y concentrar el esfuerzo en torno a objetivos, problemas y grupos de población identificables.

### **Generalismo y especialización**

Hablar de especialización en la atención primaria ha sido durante muchos años tabú. La esencia de la atención primaria parecía ser el carácter generalista, no especializado de la atención. Tanto es así que en diversas comunidades se ha denominado a los servicios sociales de atención primaria como generales, por oposición a especializados.

Sin embargo, en ocasiones se olvida que en los países en los que se inició el desarrollo de la atención primaria, éste se produjo como resultado de un proceso de integrar a nivel local servicios anteriormente especializados. Es decir, se partía de servicios que por su especialización tenían el inconveniente de una visión parcial de los problemas (servicios de menores que sólo se preocupaban de la parte de la situación que afectaba a los menores y no del desempleo o la salud mental de los padres), pero que tenían como activo la acumulación de un saber especializado en los problemas con los que trataban. El proceso de integración local de servicios permitió ir rompiendo barreras entre la acción de lo que antiguamente eran diferentes servicios que se ignoraban mutuamente, reduciendo la compartimentación de la atención (por ejemplo, intervenir simultánea e integradamente sobre los problemas de salud mental, de empleo y de educación de los niños que se producían en una misma familia), procurando no perder el saber acumulado especializado.

En nuestro país se ha partido del generalismo, de la no especialización, sin tener la experiencia acumulada previa de la especialidad. Y cuando esta ha existido, no es raro que programas que por su naturaleza son típicamente primarios, se mantengan separados como programas especializados (piénsese en los programas de educación familiar y de menores en varias comunidades).

El reconocimiento de que la integralidad de la atención es importante, de que no deben crearse compartimentos estancos desde los que se interviene sobre los mismos casos de forma descoordinada, de que una cierta polivalencia de los profesionales es positiva, no debe hacer olvidar que la base del desarrollo del conocimiento es la especialización y que la base de la eficacia en el trabajo es la división del mismo. Sólo un espacio de trabajo en el que se actúa sobre cierto tipo de situaciones con algunos elementos comunes (tipos de problemas, tipos de personas) y en el que los elementos centrales de dichas situaciones son identificables, se llaman por un nombre, se puede hablar y pensar sobre ellos, permite una intervención eficaz y una cualificación creciente de quienes la realizan por medio de la acumulación de y la reflexión sobre la experiencia.

## 2. Un sistema no tan joven. Un poco de historia

### 2.1. EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

En el caso español, la historia de los servicios sociales presenta varios rasgos específicos que han dado lugar a una peculiar configuración de la atención primaria.

En el lento arranque del Estado de bienestar español en los años 60, el campo de los servicios sociales no será considerado uno de los prioritarios. La sanidad, las pensiones y la educación absorberán los escasos recursos del sistema de protección social, dejando un estrechísimo margen para el desarrollo de servicios sociales. El modelo de los 60 reproducirá, como hemos señalado, en el campo de los servicios sociales la dualidad entre seguridad social contributiva para los trabajadores y sus familias y asistencia social para los pobres que recorre el conjunto del sistema. Así se crearán en el marco de la seguridad social algunos servicios para la tercera edad y para los minusválidos (en lo que luego constituiría el INSERSO) y algunos servicios de asistencia social en el marco del INAS y de la beneficencia provincial y local. Los servicios creados tienen una fuerte orientación residencial y sólo aparecerán algunas pequeñas incursiones en el campo de lo que podría llamarse atención primaria, como los centros sociales asistenciales del INAS y los servicios de información y orientación del SEREM, antecedentes de los Centros Base de atención a minusválidos.

Los servicios sociales se verán sometidos a un fuerte proceso de cambio y expansión desde mediados de los 70. La reforma constitucional y legal de los servicios sociales y la expansión desde abajo de los servicios municipales marcarán este cambio. Este proceso, que muchos han visto como el de la creación de los servicios sociales en España, marcará el destino hasta la fecha de los servicios sociales de atención primaria.

El impulso más fuerte vendrá desde abajo, desde lo local. En algunos casos ya desde la primera mitad de los 70, y con una fuerza renovada tras las elecciones municipales de 1979, se crearán una serie de servicios que claramente se encuentran en el campo de la atención primaria. Con antecedentes en la atención directa que se desarrolla desde entidades como Cáritas, y con una estrecha vinculación con los movimientos vecinales en pleno auge en la época, los ayuntamientos irán creando servicios en el espacio en el que pueden hacerlo y con los limitados medios con que cuentan. Se tratará sobre todo de servicios de información y orientación a los ciudadanos, en algunos casos de atención domiciliaria, en general de apoyo y encauzamiento de las demandas ciudadanas insatisfechas en un momento de escaso desarrollo del Estado de bienes-

tar. Este impulso irá extendiendo, durante los dos primeros mandatos municipales democráticos, una red de servicios que cubrirá buena parte de las ciudades.

Estos servicios nacen al margen de los servicios sociales institucionales que existían, dependientes del INSERSO, del INAS o de las diputaciones provinciales y que progresivamente irán concentrándose en las manos de las comunidades autónomas durante los años 80. No nacen pues como fruto de una progresiva desinstitucionalización de esos servicios. Más aún, cuando la desinstitucionalización se produzca, sobre todo en el terreno de los menores y los enfermos mentales, se hará en buena medida ignorando a los nacientes servicios sociales locales, que por otra parte eran demasiado débiles para asumir esa tarea. Significativamente, los programas de apoyo a menores y educación familiar (la alternativa al orfanato o centro de menores) y los servicios de salud mental comunitarios no se han integrado en la mayor parte de los casos con los servicios sociales locales.

Hay que señalar además que la cultura técnica y profesional de los nacientes servicios sociales locales se ha caracterizado por una ideología de la modernización que ha tendido a ignorar lo preexistente y rechazar la tradición de los servicios anteriores tachados de benéficos y asistencialistas. Los servicios sociales locales se conciben en muchos casos como puntos de acceso a una cartera de prestaciones del Estado de bienestar. Esta idea aparecerá formulada en términos del llamado "binomio necesidades-recursos" como objeto fundamental de la acción de los servicios sociales. La función de los servicios sociales locales, y de los trabajadores sociales que trabajan en ellos sería, según esta visión, la de informar acerca de y tramitar el acceso (incluyendo una valoración profesional de la idoneidad) a una serie de prestaciones que satisficieran las necesidades de los usuarios.

En este contexto, los años 80 verán configurarse una red de servicios locales llamados servicios sociales de base, comunitarios, generales o en algunos casos de atención primaria. Se trata de una red de servicios locales, descentralizados, cuya actividad se centra muy fuertemente en la información, orientación y acceso a prestaciones sociales generalistas y en la atención a domicilio de personas ancianas. Se trata de servicios que en muy escasa medida desarrollan una intervención de trabajo social en profundidad, continuada en el tiempo. En general sufren un proceso de burocratización importante y adolecen de una falta de definición de objetivos y de estrategia. Están fuertemente dirigidos por la demanda puntual y administrativa que reciben. Son servicios que no abarcan el conjunto de la atención primaria, en el sentido en el que se ha descrito en el apartado anterior, sino que se limitan a una de sus funciones más básicas. De hecho, muchos de los mecanismos típicamente primarios de desinstitucionalización o de tratamiento alternativo a la institución (el caso más típico es el de los menores) no suelen formar parte de esta red.

En la segunda mitad de los años 80, el Plan Concertado trata de implantar un modelo modificado de servicios primarios (los llamados centros de servicios sociales) de mayor dimensión y complejidad, así como extender al conjunto del país la red. Mientras que en la segunda de sus funciones los resultados son más positivos, el modelo de los centros de servicios sociales no se ha generalizado en la práctica. Además, en los casos en los que se ha implantado, tiende a reproducir la lógica burocratizada de los servicios sociales de base en forma más compleja.

## 2.2. EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA

Los servicios sociales de atención primaria tienen en Navarra algunos de sus antecedentes en los pequeños servicios de atención social que se desarrollaron en algunos lugares. En el poblado de Potasas vinculado a la empresa, en entidades como Cáritas o el Teléfono de la Esperanza y en los ayuntamientos de Pamplona (desde 1975) y posteriormente de Burlada nacieron servicios de atención, en muchas ocasiones sociosanitaria, orientados hacia un espacio local<sup>4</sup>. En la segunda mitad de los años 70 estas iniciativas cobran cierto impulso y a principios de los 80 Pamplona, Burlada y Villava cuentan con el embrión de unos servicios sociales de atención primaria.

En 1982 la LORAFNA reconoce al Gobierno de Navarra competencias exclusivas en materia de Asistencia Social, desarrollo comunitario, condición femenina, política infantil y juvenil y tercera edad y esto permitirá desarrollar la legislación sobre Servicios Sociales en la Comunidad Foral.

La Ley Foral de Servicios Sociales de 1983 muestra una clara orientación hacia el desarrollo del nivel primario. En primer lugar establece entre los principios generales del sistema de servicios sociales el de descentralización, "a través de los Ayuntamientos y Mancomunidades, para conseguir un acercamiento y participación de los usuarios". Los principios de prevención y globalidad apuntan en el mismo sentido. La Ley define también el área de actuación de Familia y Comunidad como uno de sus ejes de actuación prioritarios. La Ley menciona y describe, al precisar las actuaciones en el área de Familia y Comunidad y al establecer las funciones de los ayuntamientos, los servicios sociales de base.

En los años siguientes se irán elaborando diversas propuestas para el desarrollo de estos servicios y en 1987 se aprueba el Decreto Foral que regula los Servicios Sociales de Base.

El Decreto prevé la implantación obligatoria del programa general (información y orientación social y acceso a prestaciones) en todas las zonas, y el establecimiento voluntario de los programas de atención a domicilio, prevención e intervención, incorporación y desarrollo comunitario como programas específicos.

Desde entonces, los servicios se irán implantando progresivamente en las 52 zonas básicas en que se divide Navarra, a las que nos referiremos más adelante.

En 1989 se modifica el Decreto de creación de estos servicios en el sentido de incluir las llamadas Zonas Básicas de Especial Actuación, considerando bajo este concepto a algunas zonas que por motivo de aislamiento o dispersión territorial no llegaban al módulo de habitantes establecido en el Decreto inicial (10.000) para una plantilla mínima de personal. Así a partir de esta fecha, varias zonas de Navarra pueden incorporarse al proceso de implantación de Servicios Sociales de Base con independencia del número de habitantes. Por otra parte, dado el pequeño tamaño de muchos municipios de Navarra, se recurre a las Mancomunidades de servicios y otros tipos de agrupación supramunicipal, según lo previsto en la Ley Foral de Administración Local y por la propia Ley Foral de Servicios Sociales<sup>5</sup>.

La implantación en las 40 zonas que no pertenecen a los municipios de Pamplona y Tudela (ambos mayores de veinte mil habitantes) aparece en la [Tabla 1].

A partir de 1991 la red básica queda completa en cuanto a la implantación del programa general. En esa fecha son 31 las zonas en las que se ha implantado el programa de atención a domicilio, que llegará a ser el único programa específico implantado en todas las zonas a partir de 1993. Los servicios de atención a domicilio del INBS en Tudela y Pamplona serán transferidos a sus ayuntamientos en 1990 y 1997, respectivamente.

Los demás programas se irán implantando de forma mucho más irregular [Tabla 2], financiados en parte por el INBS, pero también desde el Plan Foral de Drogodependencias y en algunos casos desde el Instituto Navarro de la Mujer.

## Notas

4. (Página 13)  
Véase Hualde Urralburu, Gabriel (dir.), El sistema de servicios sociales en Navarra. Análisis de su evolución y situación actual, Pamplona, Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Navarra, 1995, páginas 63 y siguientes.
5. Véase Hualde Urralburu, Gabriel (dir.), obra citada.

**Tabla 1**  
Implantación de los Servicios Sociales en las zonas básicas de municipios de menos de 20.000 habitantes en Navarra

Año	Zonas básicas con Servicio Social de Base
1985	17
1986	18
1987	29
1988	34
1989	36
1990	36
1991	40

**Tabla 2**  
Implantación de los programas de los Servicios Sociales de Base en Navarra (incluye Pamplona y Tudela)

Programas	Zonas básicas con programa	
	1998	1999
General	42	42
Atención a domicilio	42	42
Prevención / incorporación	9	12
Prevención PFD	14	14
Promoción / cooperación	15	16
Mujer / familia	8	10
Alojamiento alternativo	5	4
Otros	2	2

## 3. El nivel primario de los servicios sociales en Navarra

### 3.1. CONFIGURACIÓN DE LA RED ACTUAL DE SERVICIOS SOCIALES DE BASE

#### Diseño y regulación legal

Los Servicios Sociales de Base están regulados legalmente, como hemos señalado, por la Ley Foral de Servicios Sociales y el Decreto Foral de Servicios Sociales de Base.

La Ley Foral de Servicios Sociales de 1983 menciona en varios lugares y define el área de actuación de Familia y Comunidad como uno de sus ejes de actuación prioritarios en los siguientes términos:

*Como consecuencia de que las soluciones que deben plantearse desde los servicios sociales deben dirigirse y son competencia de toda la sociedad, se considera imprescindible la creación de servicios sociales de base con la función de proteger, informar, concienciar, orientar y asesorar a las familias y comunidades locales tanto sobre los derechos y obligaciones que ampara esta Ley como sobre los recursos existentes o posibles para su ejercicio. A tal finalidad dentro de la correspondiente sectorización administrativa, se dispondrá de equipos multidisciplinares que aborden con competencia y profesionalidad los problemas que se deriven de las facetas del bienestar social no vinculadas directamente ni a la educación docente ni a la sanidad<sup>6</sup>.*

Al referirse al ejercicio de los servicios y actuaciones sociales correspondientes a los ayuntamientos, se indica "entre las prioridades a considerar como función y gestión municipalizada":

#### Notas

6. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, e).

- a) Los Servicios Sociales de Base con funciones de información, concienciación, asesoramiento y orientación a las personas, familias y colectivos locales, sobre los derechos obligaciones y recursos en materia de servicios sociales<sup>7</sup>.

Es significativo que a lo largo de la Ley se mencionan una serie de actuaciones y funciones típicamente primarias pero que no se atribuyen explícitamente a los servicios sociales de base. Entre otras cabe mencionar:

En el área de infancia y juventud:

- "...actuaciones tendentes a paliar las situaciones carenciales familiares, o de tutela y protección cuando su situación familiar así lo demande, o de reeducación cuando los modelos de su comportamiento resulten inadaptados, evitando, siempre que sea posible los internamientos y el desarraigo de su medio familiar"<sup>8</sup>.
- "Se crearán servicios de prevención..."<sup>9</sup>.
- "La atención psicosocial y sanitaria de las madres, durante el embarazo y después del parto, que por cualquier razón precisen de una especial consideración conducente a su aceptación e inserción social"<sup>10</sup>.
- Se citan entre las actuaciones prioritarias del área "...el apoyo económico y familiar cuando así sea posible para el mantenimiento del niño en su hogar, evitando el desarraigo familiar"<sup>11</sup>.

En el área de tercera edad, con la orientación general de mantener al anciano en su medio,

- "Potenciación del servicio de asistencia a domicilio..."<sup>12</sup>.
- "Se fomentará la adecuada ocupación de aquellos jubilados que por sus condiciones personales puedan aportar un servicio a la comunidad"<sup>13</sup>.

En el área de minusválidas, con la orientación general de no desarraigar a los minusválidos de su medio familiar,

- "Atención domiciliaria..."<sup>13</sup>.
- "...programas adecuados para la reinserción laboral de minusválidos..."<sup>15</sup>.

En el área de reinserción,

- "El desarrollo de actuaciones tendentes a la reinserción laboral de los marginados como medida de prevención..."<sup>16</sup>.
- "Apoyo a las minorías étnicas marginadas..."<sup>17</sup>.

No parece demasiado arriesgado interpretar, tanto a partir de la lectura de la ley como de la realidad de su desarrollo posterior, que los Servicios Sociales de Base se conciben como un servicio que no agota el nivel primario, sino que se circunscribe a algunas de sus funciones más básicas de información, orientación y sensibilización generales. En la Ley ni siquiera aparece claramente como función de los Servicios Sociales de Base la atención a domicilio, aunque el desarrollo posterior ha hecho que la asumieran como tal. Muchas de las funciones primarias que acabamos de enumerar nunca han sido atribuidas a los Servicios Sociales de Base y han permanecido en manos del INBS. Sin negar que esta diferenciación de las funciones primarias pueda haber tenido su justificación, está en el origen de uno de los problemas de fragmentación vertical de la atención primaria al que nos referiremos posteriormente.

El contenido del Decreto Foral 11/1987 por el que se regulan los Servicios Sociales de Base muestra esta tensión, al atribuirles funciones de gran amplitud. Esta norma, modificada en 1989 por el Decreto Foral 98/1989, define los Servicios Sociales de Base con varios elementos clave:

## Notas

7. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 6, a).
8. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, a), 1. . Los subrayados son nuestros.
9. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, a), 2. . Los subrayados son nuestros.
10. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, a), 3. .La referencia a la atención sanitaria desde los servicios sociales queda superada con el desarrollo posterior del sistema de salud.
11. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, a), 5.
12. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, b), 3.
13. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, b), 5.
14. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, c), 5.
15. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, c), 6.
16. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, d), 2.
17. Ley Foral 14/83 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales, artículo 3, d), 2.

- Su carácter global y polivalente.
- Sus funciones son las propias del nivel primario o no especializado del sistema.
- Su finalidad es el desarrollo del Bienestar Social de una determinada población delimitada territorialmente y dotada de una cierta homogeneidad social.

Esta definición deja abierta la puerta a una interpretación muy amplia de las funciones y servicios que podrían atribuirse a los Servicios Sociales de Base. Es de destacar la asimilación que se hace entre primario y no especializado, sobre todo cuando se atribuye una finalidad tan vasta como el desarrollo del Bienestar Social de una población. Es lógico pensar que una finalidad tan amplia puede requerir de servicios especializados, y de hecho algunos de los programas específicos que se prevén en el Decreto son en buena parte especializados.

El Decreto establece las funciones generales (obligatorias para todos) y específicas (complementarias y no obligatorias) de los servicios.

**Tabla 3**  
Funciones de los Servicios Sociales de Base en Navarra, de acuerdo en el Decreto Foral 11/1987

<b>Funciones generales</b>	
	Informar , asesorar y orientar a las personas , familias y colectivos sociales sobre los derechos, obligaciones y recursos en materia de servicios sociales.
	Intervenir en la resolución de las problemáticas o situaciones conflictivas que se les planteen y sean propias del ámbito de su función y capacitación.
	Orientar y en su caso derivar al nivel especializado aquellos casos que así lo requieran.
	Dar la cobertura propia del trabajo social a los servicios sanitarios públicos de la Zona Básica de salud a la que estén adscritos, coordinando su actuación con el resto de los servicios sociales existentes en la zona, y participar activamente en la programación, ejecución y evaluación de las actividades de los equipos de atención primaria desde la perspectiva del trabajo social.
	Colaborar en el desarrollo de sus funciones con los servicios sociales y sanitarios públicos de los restantes niveles.
	Valorar e informar la tramitación de todas las ayudas a conceder por el Servicio Regional de Bienestar Social, así como realizar su seguimiento.
	Colaborar en las tareas de desinstitucionalización con las Administraciones Públicas que estén llevando a cabo este proceso, para lograr la reinserción en su propio medio.
	Detectar las necesidades y recursos sociales existentes, coordinando la mejor utilización de los mismos.
	Promoción del asociacionismo impulsando el desarrollo de la solidaridad y la convivencia ciudadana.
	Promoción del voluntariado social
<b>Funciones específicas</b>	
	Las propias del sector de la familia y comunidad, incluida la ayuda a domicilio
	Las propias del sector de la infancia y la juventud, incluida la prevención de la inadaptación psicosocial de la delincuencia y la drogadicción y la adopción y acogimiento familiar.
	En general, aquellas que afronten una problemática específica de la zona.

A la definición inicial tan ambiciosa de los Servicios Sociales de Base como el nivel primario de los servicios sociales, le siguen unas funciones que ya incluyen una cierta ambigüedad. Mientras que las funciones generales aparecen bastante precisadas, pero se limitan a las funciones básicas de la atención primaria, las funciones con mayor contenido de la atención primaria quedan definidas de manera mucho más imprecisa y en el campo de los programas voluntarios y complementarios.

La razón principal de esta limitación de los Servicios Sociales de Base debe hallarse en el ámbito territorial de los mismos, correcto en líneas generales para una primera atención al ciudadano (a veces incluso sometido a presiones en favor de una mayor descentralización) pero claramente demasiado pequeño para la implantación de muchos programas primarios que por sus necesidades de personal y por su población destinataria potencial, nunca podrían implantarse en cada zona. Piénsese, por ejemplo, en la mención que se hace de la adopción y el acogimiento familiar. Esta tensión halla una limitada válvula de escape en la geometría variable de los servicios, es decir, en la posibilidad de implantar programas específicos en aquellas zonas en las que la presión de la demanda y la iniciativa municipal lo hagan necesario. Pero ello lleva a fragmentar en exceso este tipo de actuaciones específicas, que se desarrollan en unas pocas zonas, dejando sin atender los mismos problemas en otras donde no son viables con esta fórmula, y diferenciando en exceso la composición de los servicios. En la otra parte de la atención primaria, varios de los programas primarios por contenido (educación familiar, atención a domicilio indirecta, etc.) se mantienen centralizados (su descentralización a cada zona sería inviable), con lo que pierden la imbricación en el territorio y en la acción global de la atención primaria que necesitarían.

### Las zonas básicas de servicios sociales.

En la actualidad la Comunidad Foral cuenta con una red de Servicios Sociales de Base importante en volumen de recursos.

Funcionan 52 Servicios Sociales de Base (llamados Unidades de Barrio en Pamplona) en otras tantas zonas básicas (ver tabla 4). Ello supone que existe un Servicio Social de Base por cada 10.207 habitantes o por cada 3.230 hogares. Existen importantes diferencias de volumen de población: la zona con mayor población cuenta con 28.469 habitantes (8.900 hogares), mientras que la que cuenta con menor población apenas llega a los 1.924 habitantes (629 hogares). Sólo 7 zonas superan los 20.000 habitantes, y un total de 15 tienen entre diez y veinte mil.

**Tabla 4**  
Nº de habitantes y nº de hogares en Zonas Básicas de Navarra

Zona	Nº habitantes	Nº hogares
Alsasua-Altsasu	8.998	2.924
Santesteban-Donztebe	5.253	1.440
Elizondo	8.473	2.422
Etxarri-Aranatz	6.142	1.805
Irurtzun	7.230	2.146
Leitza	4.499	1.253
Lesaka	9.036	2.638
Ultzama	2.546	669
Aoiz-Agoitz	3.688	1.196
Burguete-Auritz	2.804	855
Isaba	1.924	629
Salazar	2.066	658
Sangüesa	10.184	3.154
Allo	5.805	2.018
Ancín-Amescoa	4.670	1.572
Puente la Reina	6.075	1.966
Estella	15.414	5.021
Lodosa	11.157	3.780
Arcos (Los)	3.053	1.113

**Tabla 4**  
(Continuación)  
Nº de habitantes y nº de hogares en Zonas Básicas de Navarra (datos de población de 1996)

Zona	Nº habitantes	Nº hogares
San Adrián	12.505	3.942
Viana	4.132	1.371
Villatuerta	3.042	980
Artajona	5.268	1.773
Carcastillo	5.343	1.764
Olite	7.817	2.630
Peralta	11.825	3.836
Tafalla	11.644	3.755
Buñuel	13.161	4.263
Cascante	10.285	3.319
Corella	9.502	3.149
Tudela	26.857	8.613
Valtierra	11.653	3.875
Cintruenigo	7.513	2.437
Casco Viejo	9.972	4.091
Chantrea	19.409	6.084
Etxabakoitz	3.218	1.049
Ensanche-S Lezkairu	21.441	7.010
Ermitagaña	10.352	3.118
Iturrama	26.328	7.482
Milagrosa	21.240	7.013
Errotxapea	16.166	5.076
San Jorge	9.684	2.890
San Juan	28.469	8.900
Barañain	18.936	5.574
Berriozar	13.290	3.924
Burlada	15.366	4.770
Huarte	15.478	5.186
Noain	8.618	2.608
Orcoyen	3.866	1.160
Villava	9.824	2.944
Cizur	9.353	2.877

### Los programas

Debe tenerse en cuenta que la consideración de la atención primaria como formada únicamente por los Servicios Sociales de Base es bastante restrictiva. En sentido más propio, deberían añadirse algunos otros programas y servicios que se prestan fuera de los Servicios Sociales de Base, pero que tienen un carácter claramente primario. Entre ellos cabe señalar el de educación familiar o determinados programas de apoyo a familias cuidadoras de personas dependientes.

Como ya hemos señalado el Decreto Foral 11/1987 que regula los Servicios Sociales de Base establece las funciones generales (obligatorias para todos) y específicas (complementarias y no obligatorias) de los servicios.

El Decreto establece que la realización de las funciones generales se lleve a cabo a través de programas de información y orientación, convivencia y reinserción, y desarrollo comunitario, y además considera programas específicos:

- Los propios del sector de la Familia y Comunidad, incluida la ayuda a domicilio.
- Los propios del sector de Infancia y Juventud, incluida la prevención de la inadaptación psicosocial de la delincuencia y la drogadicción y la adopción y acogimiento familiar.
- En general, aquellos que afronten una problemática específica de la zona.

Las funciones generales serán ejercidas por todos los Servicios Sociales de Base. Las específicas lo serán según las características sociales de la población de la demarcación territorial a la que esté adscrito el Servicio Social de Base. Entre los programas específicos tendrán carácter prioritario los de ayuda a domicilio y adopción y acogimiento familiar.

Basándose en lo establecido en el Decreto, a lo largo de estos años se han creado diferentes programas en la red de Servicios Sociales de Base, que en la actualidad realizan los siguientes:

#### **Programa general**

El programa general es una prestación técnica de Información y Orientación al ciudadano. Este programa está implantado en toda la red de atención primaria excepto en el ayuntamiento de Olabarri, de 170 habitantes, perteneciente a la zona básica de Villava/Atarrabia, que queda al margen de la Red. Los programas específicos son diferentes según las características y problemática de cada zona, siendo el único común en todas las zonas básicas el Servicio de Atención a Domicilio.

#### **Programa de Atención a Domicilio.**

Este programa está dirigido al conjunto de la población aunque en su mayor parte sus usuarios son personas mayores.

El programa de atención a domicilio es, probablemente, el más antiguo de los programas de atención primaria de los servicios sociales en Navarra. Sus orígenes se remontan a la creación, en 1974, del Servicio de atención a ancianos necesitados en su domicilio, creado por Cáritas, la Cruz Roja y el Ayuntamiento de Pamplona. Fue asumido en 1979 por la Diputación Foral, que lo mantuvo restringido al municipio de Pamplona y orientado hacia ancianos beneficiarios de pensiones (ayudas individualizadas periódicas) del FAS y de la asistencia médico-farmacéutica municipal, extendiéndolo posteriormente a Tudela. En 1990 el Servicio de Atención a Domicilio de Tudela es transferido a su Ayuntamiento, y en 1998 se transfiere el Servicio en la capital al Ayuntamiento de Pamplona.

En 1985, la primera convocatoria del Gobierno de Navarra para la implantación de Servicios Sociales de Base en los ayuntamientos permite el establecimiento de programas de atención a domicilio en 6 de los 17 municipios que la suscriben.

En las sucesivas convocatorias para la implantación de los Servicios Sociales de Base el número de zonas básicas con programa de atención a domicilio crece. Desde 1991 está implantado en todas las zonas básicas de Navarra y es gestionado por el Gobierno de Navarra y las Entidades Locales.

Presenta dos modalidades de atención diferentes:

- Los Servicios Sociales de Base, de titularidad municipal, desarrollan el llamado Servicio de Atención a Domicilio (SAD) dirigido a personas con difi-

cultades de autovalimiento cuyas necesidades de atención son iguales o inferiores a 2 horas diarias. Este servicio se presta en la mayor parte de los casos por medio de personal propio de los Servicios Sociales de Base.

- El Instituto Navarro de Bienestar Social del Gobierno de Navarra mantiene un programa de Ayudas Económicas para la Atención a Domicilio, destinado a facilitar que personas con dificultades de autovalimiento cuyas necesidades de atención son superiores a 2 horas diarias puedan contratar a personas que les presten los cuidados necesarios.

El programa de atención a domicilio ofrece en sus dos modalidades una atención de contenido doméstico, personal y social.

#### **Programa de Prevención e Incorporación Social**

Comprende un conjunto de actuaciones dirigidas a prevenir posibles situaciones de inadaptación social, promoviendo vías alternativas que posibiliten la incorporación a la convivencia social normalizada y a dotar de recursos a aquellos sectores de la población que encuentran mayores dificultades de integración y valoración social, dificultades que les colocan en una situación de riesgo.

El conjunto de los programas implantados comparten objetivos y algunas actividades, mientras que las programaciones son específicas para adecuarse a las necesidades y peculiaridades de cada territorio.

Este programa se halla implantado en 9 zonas básicas: Allo, Los Arcos, Barañain, Corella, Olite, Orcoyen, Pamplona, Puente la Reina, Zizur.

#### **Programa de Promoción y Cooperación Social.**

Está destinado a promover la participación social de la población y a dinamizar social y culturalmente a la comunidad, mediante la promoción de recursos comunitarios y el fomento de la solidaridad.

Este programa se halla implantado en 16 zonas básicas: Allo, Ancin-Amescoa, Artajona, Buñuel, Carcastillo, Cascante, Corella, Huarte, Pamplona, Peralta, Salazar, Tafalla, Ultzama, Valtierra, Villatuerta, Villava.

#### **Programa de Mujer y Familia.**

Está orientado por un lado a la mujer como colectivo, promoviendo actividades de orientación laboral y prelaboral, formación ocupacional, habilidades sociales, impulso del asociacionismo, etc. Atiende, por otro lado, a la mujer de manera individual en problemas de maltrato, separaciones/divorcios, mujeres solas con cargas familiares, etc., prestándoles apoyo social y asesoramiento jurídico y psicológico.

Por lo que se refiere a la familia, atiende situaciones multiproblemáticas y de alto riesgo caracterizadas por fuerte desarraigo familiar y social, tratando de apoyar aquellos procesos en los que la familia, por determinadas causas, internas o externas, se sienta incapaz por sí misma de dar respuesta adecuada a sus problemas.

El programa se halla implantado en 8 zonas básicas: Burlada Carcastillo, Noain, Orcoyen, Pamplona, Tafalla, Villava.

#### **Programa de Alojamiento Alternativo**

Orientado a facilitar alojamiento con carácter temporal en recursos de la red de Servicios Sociales: albergues para transeúntes, alojamiento para personas sin domicilio. Algunos recursos incorporan además, de la prestación de alojamiento, servicio de comedor y la posibilidad de iniciar un proceso de incorporación sociolaboral. Son 5 las zonas básicas que tienen implantado este recurso: Alsua, Burlada, Estella, Pamplona, Tudela.

De acuerdo a los datos que se extraen de las Memorias técnicas elaboradas por las zonas básicas de los Servicios Sociales de Base, el Servicio de Asistencia Domiciliaria supone el 48% del gasto total en programas de atención primaria en Navarra y es el programa al que se destina mayor porcentaje de recursos económicos. En segundo lugar se encuentra el Programa General que supone un 27% del gasto, le siguen el resto de los programas, Prevención (12%), Promoción (7%), Familia y Mujer (4%), y Transeúntes (2%).

**Tabla 5**  
Coste de los programas de SSB en Navarra. Año 1997

	Pesetas	%Total
Prog. General	275.372.583	27.0
SAD	487.732.121	47.8
Prevención	119.326.490	11.7
Promoción	70.770.250	6.9
Familia y Mujer	44.504.159	4.4
Transeúntes	22.261.739	2.2
<b>Total</b>	<b>1.019.967.342</b>	<b>100.0</b>

### Los profesionales

La red de Servicios Sociales de Base cuenta con un número de empleados nada despreciable. Los datos ofrecidos por el INBS para 1997-99, y que hacen referencia a los puestos de trabajo subvencionados (en parte) por el Instituto, indican que existen el equivalente de 308 jornadas completas de trabajo en la red. Estas subvenciones suponen de hecho la contratación de unas 500 personas diferentes. Faltaría incluir otros puestos de trabajo subvencionados por otros departamentos y financiados por las propias administraciones locales. Ello supone que en la actualidad trabajan más de 500 personas en los Servicios Sociales de Base y otros servicios primarios conexos.

**Tabla 6**  
Personal de los Servicios Sociales de Base subvencionado por el INBS 1997/98 (medido en jornadas de trabajo)

Profesión	Jornadas completas subvencionadas		
	1997	1998	1999
Trabajadores sociales	81	81,5	83,25
Educadores	7,75	10,75	15
Trabajadores familiares	133,5	137,5	150,5
Animadores socioculturales	8,75	10,75	9,75
Psicólogos	3	3	3
Otros	4	4	5
Auxiliares administrativos	38,5	39	41,5
<b>Total</b>	<b>278,5</b>	<b>288,5</b>	<b>308</b>

Estas cifras suponen que en Navarra los Servicios Sociales de Base cuentan con un empleado (equivalente a jornada completa) por cada 1.700 habitantes (o cada 534 hogares), y un diplomado en trabajo social (equivalente a jornada completa) por cada 6.300 habitantes (o cada 1.978 hogares).

Sin embargo, es destacable la escasa multidisciplinariedad de la red de servicios sociales. El 27% de los profesionales de la Red está formado por trabajadores sociales, el 5% por educadores y los psicólogos solamente suponen un 1% del total.

Específicamente, en el área de protección infantil la mayoría de los profesionales de los Servicios Sociales de Base considera que la investigación y evaluación de los casos debe ser llevada a cabo por equipos multidisciplinares formados por trabajadores sociales, educadores y psicólogos con formación especializada. No obstante, la realidad actual no responde a esta pretensión. En un 53% de los Servicios Sociales de Base la investigación y evaluación la realizan exclusivamente trabajadoras sociales, y en un 33% por equipos formados por trabajadores socia-

les y educadores. Solo en tres Servicios Sociales de Base cuentan para esta tarea con psicólogos <sup>18</sup>.

En las tablas que siguen se recogen los medios humanos con que cuenta cada servicio social de base, expresados en jornadas de trabajo. Los medios humanos aparecen clasificados por tipo de profesión y el programa de los cuatro propuestos en el que parecería más lógico ubicarlo en función de su actual actividad.

Las personas (jornadas) correspondientes a funciones equivalentes a los gestores de casos y trabajadores sociales de primera acogida (en los términos que más adelante se explican) aparecen sumadas en el cuadro al pie de las cifras iniciales.

Igualmente se recogen en la parte inferior los programas actualmente implantados y su posible ubicación en el futuro diseño.

Los datos correspondientes a Pamplona presentan algunas inexactitudes derivadas de cambios recientes que no han podido ser fielmente recogidos. En dos municipios (Zizur y Barañain) se recoge la plantilla que el Instituto Navarro de Bienestar Social subvenciona. La plantilla real es más amplia en lo referido al programa de infancia, porque los Ayuntamientos la completan con cargo a sus propios presupuestos.

## Notas

- 18.** Informe sobre el funcionamiento del Sistema de Protección Infantil en la Comunidad Foral de Navarra. Joaquín de Paul e Ignacio Arrubarrena.

		101 Alsasua-Altasu					102 Santesteban-Donostea				
		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
Personal	TS	0,6		0,25	0,4		0,6			0,6	
	Ed		1	0,75				0,25			
	Monitor			0,25							
	Oficial ESP										
	TF				3,5					2,5	
	ASC										
	Psicólogo										
	Pedagogo										
	Otros (tec.)										
	Aux. Adm.	0,5					0,5				
	Ord.										
	Otros (Adm.)										
<b>Gestores casos</b>		<b>0,6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,25</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>
Programas	General	•					•				
	Intervención familiar										
	Mujer										
	Prevención / incorporación										
	Prevención PF drogas		•	•							
	Empleo social			•					•		
	Atención a domicilio									•	
	Alojamiento alternativo					•					
	Promoción / cooperación										
	Otros										

103 Elizondo		104 Ebarri Arantz			
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
TS	0,6		TS	0,4	
Ed			Ed	0,5	
Monitor			Monitor		
Oficial ESP			Oficial ESP		
TF		2,25	TF		2
ASC			ASC		
Psicólogo			Psicólogo		
Pedagogo			Pedagogo		
Otros (tec.)			Otros (tec.)		
Aux. Adm.	0,5		Aux. Adm.	0,5	
Ord.			Ord.		
Otros (Adm.)			Otros (Adm.)		
<b>Gestores casos</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>
<b>Programas</b>	<b>•</b>		<b>General</b>	<b>•</b>	
Intervención familiar			Intervención familiar	•	
Mujer			Mujer		
Prevención / incorporación			Prevención / incorporación		
Prevención PF drogas			Prevención PF drogas		
Empleo social			Empleo social	•	
Atención a domicilio			Atención a domicilio	•	
Alojamiento alternativo			Alojamiento alternativo		
Promoción / cooperación			Promoción / cooperación		
Otros			Otros		

105 Iruztzun							106 Leiza								
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
TS	1			0,5		TS					0,5			0,5	
Ed		1				Ed	0,5								
Monitor						Monitor									
Oficial ESP						Oficial ESP									
TF				3		TF				4					
ASC						ASC									
Psicólogo						Psicólogo									
Pedagogo						Pedagogo									
Otros (tec.)						Otros (tec.)									
Aux. Adm.	0,5					Aux. Adm.					0,5				
Ord.						Ord.									
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)									
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	
Programas	•					General					•				
Intervención familiar						Intervención familiar									
Mujer						Mujer									
Prevención / incorporación						Prevención / incorporación									
Prevención PF drogas		•				Prevención PF drogas					•				
Empleo social						Empleo social						•			
Atención a domicilio						Atención a domicilio								•	
Alojamiento alternativo						Alojamiento alternativo									
Promoción / cooperación						Promoción / cooperación									
Otros						Otros									

107 Lesaka		108 Ultzama								
	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
Personal	TS	0.5	0.5	0.5		TS	0.6		0.4	
	Ed		0.5			Ed				
	Monitor		0.25			Monitor				
	Oficial ESP					Oficial ESP				
	TF			5		TF			3	
	ASC					ASC				
	Psicólogo					Psicólogo				0.5
	Pedagogo					Pedagogo				
	Otros (tec.)					Otros (tec.)				
	Aux. Adm.	0.5				Aux. Adm.	1			
	Ord.					Ord.				
	Otros (Adm.)					Otros (Adm.)				
<b>Gestores casos</b>		<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0.6</b>	<b>0</b>	<b>0.4</b>	<b>0</b>
Programas	General	•				General	•			
	Intervención familiar					Intervención familiar				
	Mujer					Mujer				
	Prevención / incorporación					Prevención / incorporación				
	Prevención PF drogas		•			Prevención PF drogas				
	Empleo social			•		Empleo social				
	Atención a domicilio				•	Atención a domicilio			•	
	Alojamiento alternativo					Alojamiento alternativo				
	Promoción / cooperación					Promoción / cooperación				•
	Otros					Otros				

		201 Aoiz-Agoitz					202 Burguete-Auritz				
Personal		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
	TS	0,6			0,4		0,6			0,4	
	Ed					Ed					
	Monitor					Monitor		0,25			
	Oficial ESP					Oficial ESP					
	TF				2,75	TF			4,25		
	ASC					ASC					
	Psicólogo					Psicólogo					
	Pedagogo					Pedagogo					
	Otros (tec.)					Otros (tec.)					
	Aux. Adm.	0,5				Aux. Adm.	0,5				
	Ord.					Ord.					
	Otros (Adm.)					Otros (Adm.)					
	<b>Gestores casos</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>
Programas	General	•				General	•				
	Intervención familiar					Intervención familiar					
	Mujer					Mujer					
	Prevención / incorporación					Prevención / incorporación					
	Prevención PF drogas					Prevención PF drogas					
	Empleo social					Empleo social		•			
	Atención a domicilio					Atención a domicilio			•		
	Alojamiento alternativo					Alojamiento alternativo					
	Promoción / cooperación					Promoción / cooperación					
	Otros					Otros					

204 Isaba							205 Salazar						
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		
TS	0.6			0.4			0.6			0.4			
Ed													
Monitor													
Oficial ESP													
TF				1.25						2.75			
ASC													
Psicólogo												0.5	
Pedagogo													
Otros (tec.)													
Aux. Adm.	0.5						0.5						
Ord.													
Otros (Adm.)													
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.4</b>	<b>0</b>		<b>0.6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.4</b>	<b>0</b>		
<b>Programas</b>													
General	•						•						
Intervención familiar													
Mujer													
Prevención / incorporación													
Prevención PF drogas													
Empleo social													
Atención a domicilio													
Alojamiento alternativo													
Promoción / cooperación													
Otros												•	

206 Sangüesa						
	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	
<b>Personal</b>	TS	1		0,5		
	Ed		0,5			
	Monitor		0,25			
	Oficial ESP					
	TF			4,5		
	ASC					
	Psicólogo					
	Pedagogo					
	Otros (tec.)					
	Aux. Adm.	0,5				
	Ord.					
	Otros (Adm.)					
<b>Gestores casos</b>		1	0	0,5	0,5	0
<b>Programas</b>	General	•				
	Intervención familiar					
	Mujer					
	Prevención / incorporación		•			
	Prevención PF drogas					
	Empleo social					
	Atención a domicilio				•	
	Alojamiento alternativo					
	Promoción / cooperación					
	Otros					

301 Allo							302 Ancín Améscoa						
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		
TS	0,6			0,4			1			0,5			
Ed			0,5										
Monitor													
Oficial ESP													
TF				3						4,75			
ASC					0,5						0,5		
Psicólogo													
Pedagogo													
Otros (tec.)													
Aux. Adm.	0,75						0,5						
Ord.													
Otros (Adm.)													
<b>Gestores casos</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>		
<b>Programas</b>													
General	•						•						
Intervención familiar													
Mujer													
Prevención / incorporación			•										
Prevención PF drogas													
Empleo social													
Atención a domicilio				•						•			
Alojamiento alternativo													
Promoción / cooperación					•						•		
Otros													

303 Puente la Reina							304 Estella									
Personal	TS	0,6	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
TS					0,4		TS			0,75		1		0,25		
Ed		0,5					Ed	1								
Monitor			0,25				Monitor		0,5							
Oficial ESP							Oficial ESP									
TF					3		TF			3,5						
ASC							ASC									
Psicólogo							Psicólogo									
Pedagogo							Pedagogo									
Otros (tec.)							Otros (tec.)				1					1
Aux. Adm.		0,5					Aux. Adm.									0,5
Ord.							Ord.									1
Otros (Adm.)							Otros (Adm.)									
<b>Gestores casos</b>		<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,25</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,25</b>	<b>0,75</b>	<b>0</b>
Programas							General									
Intervención familiar		•					Intervención familiar					•				
Mujer							Mujer									•
Prevención / incorporación							Prevención / incorporación									
Prevención PF drogas			•				Prevención PF drogas						•			
Empleo social							Empleo social							•		
Atención a domicilio							Atención a domicilio									•
Alojamiento alternativo							Alojamiento alternativo									•
Promoción / cooperación							Promoción / cooperación									
Otros							Otros									

305 Lotosa		306 Los Arcos				
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	
TS	0.9			0.5	0.5	
Ed						
Monitor						
Oficial ESP						
TF		4.5		3.5		
ASC			0.5			
Psicólogo						
Pedagogo						
Otros (tec.)						
Aux. Adm.	0.5			0.5		
Ord.						
Otros (Adm.)						
<b>Gestores casos</b>	<b>0.9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	
Programas	•			•		
General				General		
Intervención familiar				Intervención familiar		
Mujer				Mujer		
Prevención / incorporación				Prevención / incorporación		
Prevención PF drogas				Prevención PF drogas	•	
Empleo social			(sin pers.)	Empleo social		
Atención a domicilio				Atención a domicilio	•	
Alojamiento alternativo				Alojamiento alternativo	•	
Promoción / cooperación				Promoción / cooperación		
Otros				Otros		

307 San Adrián							308 Viana				
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	
TS	1,5			0,5		0,6			0,4		
Ed		1									
Monitor											
Oficial ESP			0,25								
TF				3					1,25		
ASC											
Psicólogo											
Pedagogo											
Otros (tec.)											
Aux. Adm.	1										
Ord.											
Otros (Adm.)											
<b>Gestores casos</b>	<b>1,5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	
Programas	•					•					
Intervención familiar						General					
Mujer						Intervención familiar					
Prevención / incorporación						Mujer					
Prevención PF drogas		•				Prevención / incorporación					
Empleo social			•			Prevención PF drogas					
Atención a domicilio				•		Empleo social			•		
Alojamiento alternativo						Atención a domicilio					
Promoción / cooperación						Alojamiento alternativo					
Otros						Promoción / cooperación					
						Otros					

309 Villaverde

	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
Personal					
TS	0.6			0.4	
Ed					
Monitor					
Oficial ESP					
TF				3	
ASC					0.5
Psicólogo					
Pedagogo					
Otros (tec.)					
Aux. Adm.	0.5				
Ord.					
Otros (Adm.)					
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.4</b>	<b>0</b>
Programas					
General	•				
Intervención familiar					
Mujer					
Prevención / incorporación					
Prevención PF drogas					
Empleo social					
Atención a domicilio					•
Alojamiento alternativo					
Promoción / cooperación					•
Otros					

401 Artajona										402 Carcastillo				
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros				
TS	0,5			0,5		TS			0,5					
Ed						Ed	0,5							
Monitor			0,25			Monitor		0,25						
Oficial ESP						Oficial ESP								
TF				2,25		TF			2					
ASC					0,5	ASC				0,5				
Psicólogo						Psicólogo								
Pedagogo						Pedagogo								
Otros (tec.)						Otros (tec.)								
Aux. Adm.	0,75					Aux. Adm.			0,75					
Ord.						Ord.								
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)								
<b>Gestores casos</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>				
Programas						General								
Intervención familiar	•					Intervención familiar	•							
Mujer						Mujer								
Prevención / incorporación						Prevención / incorporación								
Prevención PF drogas						Prevención PF drogas								
Empleo social			•			Empleo social		•						
Atención a domicilio				•		Atención a domicilio			•					
Alojamiento alternativo						Alojamiento alternativo								
Promoción / cooperación					•	Promoción / cooperación				•				
Otros						Otros								

403 Olite										404 Peralta									
Personal	TS	0.6	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	TS	1.5	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros					
	Ed			0.5		0.4		Ed			1								
	Monitor				0.25			Monitor											
	Oficial ESP							Oficial ESP											
	TF					3.5		TF					7						
	ASC							ASC						1					
	Psicólogo							Psicólogo											
	Pedagogo							Pedagogo											
	Otros (tec.)							Otros (tec.)											
	Aux. Adm.	0.5						Aux. Adm.	1										
	Ord.							Ord.											
	Otros (Adm.)							Otros (Adm.)											
<b>Gestores casos</b>		<b>0.6</b>		<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0.4</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>					
<b>Programas</b>	General		•					General		•									
	Intervención familiar							Intervención familiar											
	Mujer							Mujer											
	Prevención / incorporación			•				Prevención / incorporación											
	Prevención PF drogas							Prevención PF drogas		•									
	Empleo social				•			Empleo social											
	Atención a domicilio					•		Atención a domicilio					•						
	Alojamiento alternativo							Alojamiento alternativo											
	Promoción / cooperación							Promoción / cooperación						•					
	Otros							Otros											

405 Tafalla					
	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
Personal	TS	1	0,5	0,5	
	Ed		0,5		
	Monitor				
	Oficial ESP				
	TF			3,5	
	ASC				0,25
	Psicólogo				
	Pedagogo				
	Otros (tec.)				
	Aux. Adm.	1			
	Ord.				
	Otros (Adm.)				
Gestores casos		1	1	0	0,5
Programas	General	•			
	Intervención familiar		•		
	Mujer				
	Prevención / incorporación				
	Prevención PF drogas				
	Empleo social		•		
	Atención a domicilio			•	
	Alojamiento alternativo				
	Promoción / cooperación				•
	Otros				

501 Buñuel										502 Cascaite									
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros				
TS	1		0,5	1		TS					1		0,25	0,75					
Ed		0,5	0,5			Ed													
Monitor						Monitor													
Oficial ESP						Oficial ESP													
TF				5		TF								5,25					
ASC					1	ASC									1				
Psicólogo						Psicólogo													
Pedagogo						Pedagogo													
Otros (tec.)						Otros (tec.)													
Aux. Adm.	1					Aux. Adm.					1								
Ord.						Ord.													
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)													
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,25</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>								
Programas						General													
	•					Intervención familiar					•								
						Mujer													
						Prevencción / incorporación													
		•				Prevencción PF drogas													
			•			Empleo social							•						
				•		Atención a domicilio								•					
						Alojamiento alternativo													
						Promoción / cooperación									•				
Otros					•	Otros													

503 Corella

	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
Personal					
TS	1		0,25	0,5	TS
Ed		1	1/2		Ed
Monitor					Monitor
Oficial ESP					Oficial ESP
TF				3,5	TF
ASC					ASC
Psicólogo					1
Pedagogo					Psicólogo
Otros (tec.)					Pedagogo
Aux. Adm.	1/2				Otros (tec.)
Ord.					Aux. Adm.
Otros (Adm.)					Ord.
					Otros (Adm.)
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,75</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>
Programas					
General	•				General
Intervención familiar					Intervención familiar
Mujer					Mujer
Prevención / incorporación		•			Prevención / incorporación
Prevención PF drogas		•			Prevención PF drogas
Empleo social			•		Empleo social
Atención a domicilio				•	Atención a domicilio
Alojamiento alternativo					Alojamiento alternativo
Promoción / cooperación				•	Promoción / cooperación
Otros					Otros

504 Tudela

	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
Personal					
TS	2	1		1	TS
Ed		2			Ed
Monitor			2		Monitor
Oficial ESP			0,5		Oficial ESP
TF				12	TF
ASC					ASC
Psicólogo		1			Psicólogo
Pedagogo					Pedagogo
Otros (tec.)	0,5				Otros (tec.)
Aux. Adm.	4			1	Aux. Adm.
Ord.	3				Ord.
Otros (Adm.)					Otros (Adm.)
<b>Gestores casos</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Programas					
General	•				General
Intervención familiar		•			Intervención familiar
Mujer					Mujer
Prevención / incorporación					Prevención / incorporación
Prevención PF drogas			•		Prevención PF drogas
Empleo social			•		Empleo social
Atención a domicilio				•	Atención a domicilio
Alojamiento alternativo					Alojamiento alternativo
Promoción / cooperación				•	Promoción / cooperación
Otros					Otros

505 Valtierra		506 Cintruénigo								
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
TS	1,5			0,5		TS	1		1	
Ed						Ed	0,5			
Monitor			0,5			Monitor				
Oficial ESP						Oficial ESP				
TF				4,5		TF			4	
ASC					1	ASC				
Psicólogo						Psicólogo				
Pedagogo						Pedagogo				
Otros (tec.)						Otros (tec.)				
Aux. Adm.	1					Aux. Adm.	0,7			
Ord.						Ord.				
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)				
<b>Gestores casos</b>	<b>1,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Programas						General				
General	•					Intervención familiar	•			
Intervención familiar						Mujer				
Mujer						Prevencción / incorporación				
Prevencción / incorporación						Prevencción PF drogas	•			
Prevencción PF drogas						Empleo social		•		
Empleo social			•			Atención a domicilio			•	
Atención a domicilio						Alojamiento alternativo				
Alojamiento alternativo						Promoción / cooperación				
Promoción / cooperación						Otros				
Otros					•					

601 Casco Viejo							602 Chantrea				
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	
TS	1			1		2			1		
Ed		3									
Monitor											
Oficial ESP											
TF											
ASC											
Psicólogo											
Pedagogo											
Otros (tec.)											
Aux. Adm.	1					1					
Ord.											
Otros (Adm.)											
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	
Programas											
General	•					•					
Intervención familiar											
Mujer											
Prevención / incorporación											
Prevención PF drogas		•									
Empleo social			•					•			
Atención a domicilio				•					•		
Alojamiento alternativo											
Promoción / cooperación											
Otros											



605 Ermitagaña						606 Iurrrama					
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	
TS	1	1		1	TS	1			0,5		
Ed					Ed						
Monitor					Monitor						
Oficial ESP					Oficial ESP						
TF					TF						
ASC					ASC						
Psicólogo					Psicólogo						
Pedagogo		1			Pedagogo						
Otros (tec.)					Otros (tec.)						
Aux. Adm.	1				Aux. Adm.	1					
Ord.					Ord.						
Otros (Adm.)					Otros (Adm.)						
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	
General	•				General	•					
Intervención familiar					Intervención familiar						
Mujer					Mujer						
Prevención / incorporación					Prevención / incorporación						
Prevención PF drogas		•			Prevención PF drogas						
Empleo social			•		Empleo social			•			
Atención a domicilio				•	Atención a domicilio				•		
Alojamiento alternativo					Alojamiento alternativo						
Promoción / cooperación					Promoción / cooperación						
Otros					Otros						

607 Milagrosa		608 Errotxapea								
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
TS	2			1		TS	1		1	
Ed						Ed	1			
Monitor						Monitor				
Oficial ESP						Oficial ESP				
TF						TF				
ASC						ASC				
Psicólogo						Psicólogo				
Pedagogo						Pedagogo				
Otros (tec.)						Otros (tec.)				
Aux. Adm.	1					Aux. Adm.	1			
Ord.						Ord.				
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)				
<b>Gestores casos</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Programas						General				
	•					Intervención familiar				
						Mujer				
						Prevencción / incorporación				
						Prevencción PF drogas			•	
						Empleo social			•	
						Atención a domicilio				•
						Alojamiento alternativo				
						Promoción / cooperación				
Otros						Otros				

609 San Jorge							610 San Juan								
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
TS	1			0.5		1					1			1	
Ed		2													
Monitor															
Oficial ESP															
TF															
ASC															
Psicólogo															
Pedagogo		0.5													
Otros (tec.)															
Aux. Adm.	1										1				
Ord.															
Otros (Adm.)															
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Programas	•					•					•				
General						General									
Intervención familiar						Intervención familiar									
Mujer						Mujer									
Prevención / incorporación						Prevención / incorporación									
Prevención PF drogas		•				Prevención PF drogas									
Empleo social			•			Empleo social		•							
Atención a domicilio				•		Atención a domicilio					•				
Alojamiento alternativo						Alojamiento alternativo									
Promoción / cooperación						Promoción / cooperación									
Otros						Otros									

611 Mendillorri					
	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros
Personal	TS	1		0,5	
	Ed	1			
	Monitor				
	Oficial ESP				
	TF				
	ASC				
	Psicólogo				
	Pedagogo				
	Otros (tec.)				
	Aux. Adm.				
	Ord.				
	Otros (Adm.)				
<b>Gestores casos</b>		1	1	0	0,5
Programas	General	•			
	Intervención familiar				
	Mujer				
	Prevención / incorporación				
	Prevención PF drogas	•			
	Empleo social		•		
	Atención a domicilio			•	
	Alojamiento alternativo				
	Promoción / cooperación				
	Otros				

		701 Barañáin						702 Berriozar					
Personal		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		
TS		1	1	0,5	0,5		1	TS		1			
Ed				1				Ed	1	1			
Monitor								Monitor		3			
Oficial ESP								Oficial ESP					
TF					2,25			TF		6			
ASC								ASC					
Psicólogo								Psicólogo		1			
Pedagogo								Pedagogo					
Otros (tec.)								Otros (tec.)			1		
Aux. Adm.		1					1	Aux. Adm.					
Ord.								Ord.					
Otros (Adm.)								Otros (Adm.)					
<b>Gestores casos</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Programas								General					
Intervención familiar		•					•	Intervención familiar					
Mujer			•					Mujer				•	
Prevención / incorporación			•	•				Prevención / incorporación					
Prevención PF drogas			•					Prevención PF drogas		•	•		
Empleo social				•				Empleo social			•		
Atención a domicilio								Atención a domicilio				•	
Alojamiento alternativo								Alojamiento alternativo					
Promoción / cooperación								Promoción / cooperación					
Otros								Otros					

703 Burlada							704 Huarte						
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		
TS	1	1	1,4	1			1		0,25				
Ed		1						1	0,25				
Monitor									0,4				
Oficial ESP													
TF				4						4,5			
ASC											1		
Psicólogo		1			0,5								
Pedagogo													
Otros (tec.)													
Aux. Adm.	1						1						
Ord.	1												
Otros (Adm.)													
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1,4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>Programas</b>													
General	•						•						
Intervención familiar		•						•					
Mujer		•											
Prevención / incorporación													
Prevención PF drogas								•					
Empleo social			•						•				
Atención a domicilio				•						•			
Alojamiento alternativo													
Promoción / cooperación											•		
Otros													

705 Noain							706 Orcoyen						
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		
TS	0,6			0,4		TS	0,5			0,5			
Ed			0,5			Ed		0,5	0,5				
Monitor						Monitor							
Oficial ESP						Oficial ESP							
TF				1		TF				3			
ASC						ASC							
Psicólogo		1				Psicólogo							
Pedagogo						Pedagogo							
Otros (tec.)						Otros (tec.)							
Aux. Adm.	1,5					Aux. Adm.	0,5						
Ord.						Ord.							
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)							
<b>Gestores casos</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>		
Programas						General	•						
Intervención familiar		•				Intervención familiar		•					
Mujer						Mujer							
Prevención / incorporación			•			Prevención / incorporación			•				
Prevención PF drogas		•	•			Prevención PF drogas							
Empleo social			•			Empleo social			(sin pers.)				
Atención a domicilio				•		Atención a domicilio				•			
Alojamiento alternativo						Alojamiento alternativo							
Promoción / cooperación						Promoción / cooperación							
Otros						Otros							

707 Villava										708 Cizur				
Personal	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros	Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros				
TS	1	0.5	0.25	0.5	0.4	TS	0.5	0.5	0.5					
Ed		0.5				Ed	1							
Monitor			0.25			Monitor								
Oficial ESP						Oficial ESP								
TF				4.5		TF			3					
ASC					0.5	ASC								
Psicólogo						Psicólogo								
Pedagogo						Pedagogo								
Otros (tec.)		1				Otros (tec.)								
Aux. Adm.	0.5					Aux. Adm.	1							
Ord.						Ord.								
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)								
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0.25</b>	<b>0.5</b>	<b>0.4</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>0.5</b>	<b>1.5</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>				
Programas						General								
Intervención familiar	•					Intervención familiar	•							
Mujer		•				Mujer								
Prevención / incorporación						Prevención / incorporación								
Prevención PF drogas		•				Prevención PF drogas	•							
Empleo social			•			Empleo social		•						
Atención a domicilio				•		Atención a domicilio			•					
Alojamiento alternativo						Alojamiento alternativo								
Promoción / cooperación						Promoción / cooperación								
Otros						Otros								

## 3.2. EL IMPACTO SOCIAL

Como ya hemos señalado en el apartado 1.2, una adecuada interpretación del principio de universalidad para el desarrollo futuro de los servicios sociales requiere combinar la afirmación de que cualquier persona tiene derecho a recurrir a los servicios sociales (con independencia de su cotización previa o sus recursos económicos), con una clara consciencia de que se deben identificar los problemas de dificultad social prioritarios en cada territorio, los grupos de población afectados por dichos problemas y concentrar el esfuerzo en torno a objetivos, problemas y grupos de población identificables.

De acuerdo con este planteamiento podemos identificar tres colectivos, fundamentalmente, a los que va dirigida la atención de los servicios sociales: las personas que tienen dificultades sociales relacionadas con la exclusión social, las personas con problemas de autovalimiento y los menores en situación de dificultad social y sus familias.

En los últimos años se ha llevado a cabo una serie de estudios que permiten aproximarnos al conocimiento del impacto que los servicios sociales tienen sobre los problemas de, al menos, dos colectivos.

A lo largo de 1997 se llevó a cabo una investigación sobre la exclusión social en Navarra<sup>19</sup>. Basándonos en ésta, podemos considerar a Navarra como una sociedad básicamente integrada y que tiene niveles reducidos de exclusión social. Sin embargo, unos 5.500 hogares detectados por la encuesta sobre necesidades sociales y unos 6.500 si se incluyen los transeúntes y los inmigrantes extracomunitarios en situación de exclusión, están afectados por esta situación. Es decir, entre un 3,4 % y un 3,8 % de los hogares navarros.

Estos hogares constituirían esa población destinataria principal de los servicios y prestaciones, población diana de un trabajo de incorporación social. Evidentemente no son los únicos que padecen dificultades y en ellos no se agota la función de los servicios, pero son los que en peor situación se encuentran y los primeros a atender.

Cada año los Servicios Sociales de Base dan acceso, entre otras prestaciones, a la Renta básica a algo más de 1.600 de estos hogares. Este acceso supone la llegada a estos hogares de algo más de 500 millones de pesetas en forma de prestación económica. Además, dan acceso a unos 446 puestos de trabajo mediante contratación temporal en los proyectos de empleo social protegido, con un coste cercano a los 450 millones de pesetas<sup>20</sup>.

A este colectivo se le ha pedido, en el estudio referido, hacer una valoración acerca del conocimiento, uso y relación mantenida con los Servicios Sociales, especialmente con los de Atención Primaria.

A nivel estatal se ha comprobado que los pobres de las Comunidades Autónomas más ricas conocen y acuden en mayor medida a los servicios sociales de carácter público<sup>21</sup>. Las razones pueden ser claras: mayor desarrollo del sistema, más información, más recursos y prestaciones de mayor alcance y cobertura para las necesidades de este tipo de población. También suele coincidir con un mayor nivel de conciencia de la población general en materia de pobreza y exclusión social.

Esta es una tendencia que se confirma en el caso de Navarra. La población que desconoce la existencia de los Servicios Sociales de Base es mucho menor que en el resto de Comunidades Autónomas. Así, por ejemplo, el 92,7% de los hogares en situación de exclusión conocen los Servicios Sociales de Base; el 92% conocen Cáritas y el 88,4% conocen la Cruz Roja.

Navarra es, según el estudio a que venimos refiriéndonos, una de las Comunidades con mayor cobertura de servicios sociales hacia la población excluida. Algo más del 80% de los hogares en situación de exclusión han acudido alguna vez a un Servicio Social de Base en su trayectoria vital, mientras que la media de cobertura del resto de España es del 50%.

La lectura negativa de estos datos es que casi un 20% de la población excluida de Navarra no accede a la red de Atención Primaria de Servicios Sociales. Esto a pri-

### Notas

19. Miguel Laparra y otros. La exclusión social en Navarra. Un análisis de conjunto a partir de la encuesta a población asistida 1997. Estudio realizado para el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra en 1998.
20. Datos procedentes de la Memoria del Instituto Navarro de Bienestar Social para 1998.
21. Gregorio Rodríguez Cabrero. Servicios Sociales y Exclusión Social. 1997.

mera vista parece grave, ya que se trata de situaciones de gran dificultad y sufrimiento para quienes las padecen y se supone que se trata de los destinatarios principales y preferentes de los Servicios Sociales de Base.

Las razones alegadas por estos hogares para no haber entrado nunca en contacto con los Servicios Sociales de Base se recogen en la siguiente tabla:

**Tabla 7**  
Razones por las que las personas excluidas no acudieron a los SSB

Razón por la que no acudió	Nº	Porcentaje %
Conoce los SSB pero no los necesita	332	33,1
No conoce los SSB y no los necesita	131	13,1
No conocía los SSB	218	21,8
Los conocía pero prefería otros servicios	27	2,7
No sabe/No contesta	295	29,3
<b>Total</b>	<b>1003</b>	<b>100</b>

Son hogares que según los indicadores utilizados están en situación de exclusión social<sup>22</sup> y, sin embargo, casi la mitad de ellos dicen que no acuden porque no necesitan los servicios (los conozcan o no). No es fácil explicar esta posición, pero puede tener que ver con la no asunción de la propia situación de exclusión, con la imagen que puedan tener de los servicios (estigmatizante, asistencialista), y también con la no identificación de sus necesidades con las prestaciones que estiman se ofrecen desde los servicios sociales.

Se detecta también un elevado desconocimiento de los servicios en una parte importante de la población excluida (34,9%).

En general los 1.003 hogares excluidos que no han acudido nunca a la Red Primaria son un colectivo identificable y diferenciado en cierto modo del resto de excluidos. Son hogares que, a pesar de estar en situación de exclusión, quizás presentan una situación menos deteriorada. Una gran proporción de ellos está en situación de pobreza económica extrema, pero no están excluidos de muchos más ámbitos. Entre los hogares que no acuden a los Servicios Sociales de Base casi se dobla la proporción de hogares de personas solas y además disminuye considerablemente en este tipo de hogares la proporción de minorías étnicas.

Por último, es necesario destacar que algunos de estos hogares que no han acudido nunca a un Servicio Social de Base, sí que lo han hecho a alguna entidad de Iniciativa Social como Cáritas, Cruz Roja o entidades de la Red Navarra de Lucha contra la Pobreza, aunque casi el 60% tampoco ha acudido a ninguno de estos dispositivos.

De los 4.536 hogares que han tenido acceso a los Servicios Sociales de Base, alrededor de un 45%, han dejado de ir (es decir no iban en el momento del estudio), por razones que recoge la siguiente tabla:

**Tabla 8**  
Razones por las que las personas excluidas dejaron de ir a los SSB

Razón por la cual dejaron de ir al SSB	Nº	Porcentaje %
Se resolvió el problema	1149	58
No le daban solución	628	31,6
Dejaron de atenderle	45	2,3
No le atendieron bien	114	1,8
Dificultad de acudir a la hora	36	0,5
Cambio de residencia	10	5,8
<b>Total</b>	<b>1982</b>	<b>100</b>

## Notas

22. Informe La exclusión Social en Navarra. (1997).

Así podemos decir que del total de hogares excluidos de Navarra (5.539) un 37% (2.062 hogares) está también excluido de la red de Atención Primaria de Servicios Sociales. Los que están en contacto manifiestan tener una imagen de eficacia bastante positiva de estos servicios: casi un 63,3% contestaron que eran muy o bastante eficaces. Es una cifra bastante elevada teniendo en cuenta, como decimos, la situación de dificultad grave del colectivo de población encuestada. Por otro lado, un 14,2 % los valora de forma negativa. El porcentaje de hogares que no contestan o tienen una valoración neutra también es elevado (20,5%).

Aunque más de la mitad de los hogares excluidos manifiestan una valoración positiva acerca de los servicios sociales, es necesario profundizar en diversos aspectos de la atención de cara a una valoración que nos sea más útil para ver qué cosas están funcionando bien y qué cosas se podrían mejorar.

Se pidió, por tanto, a los usuarios que valoraran algunos de los aspectos de los servicios en la actualidad en torno a tres ámbitos diferentes: el relativo a las prestaciones y procedimientos, el ámbito profesional de los servicios y lo que hemos denominado la "calidad humana en el trabajo social".

En cuanto a problemas relativos a la prestación del servicio y procedimientos, las quejas más frecuentes eran: las colas y listas de espera que deben realizar en su acceso a los servicios (26'7%); la carencia de medios materiales y profesionales suficientes para ayudarle (36'5%); la lentitud en los trámites (38'3%) y la excesiva burocracia (46%).

Por otra parte, los hogares atendidos por los Servicios Sociales de Base tienen una elevada valoración de los profesionales de los mismos, considerando que están bien preparados para desarrollar sus funciones (91'9%) y que están interesados en su trabajo (82%).

Por calidad humana entendemos todos aquellos aspectos de la intervención que tengan que ver con la percepción de los usuarios de cómo se han sentido tratados, cómo ha sido la relación, si han participado en el proceso, etc. Los resultados en este caso son en general bastante positivos, aunque destacan algunos aspectos que deberían cuidarse especialmente.

El 93% de los encuestados se considera tratado con amabilidad y respeto, el 82% se ha sentido bien acogido y en tres cuartas partes de los casos consideran que han sido efectivamente ayudados.

Por otro lado, la participación del usuario en las decisiones de la intervención no se percibe elevada: solo en un 63% de los casos se considera que la decisión fue fruto del acuerdo entre el profesional y la persona usuaria.

Durante el año 1998 se llevó a cabo un estudio sobre el programa de atención a domicilio <sup>23</sup>, que, si bien sólo tiene en cuenta la población efectivamente atendida, proporciona algunos datos sobre la presencia de los servicios sociales en los hogares con personas con dificultades de autovalimiento y, sobre todo, acerca del impacto de dicha presencia. Casi un 5% de los hogares navarros en los que vive una persona mayor de 65 años es atendido por el programa de atención a domicilio. Esta proporción se eleva al 7% sobre los hogares en los que viven sólo personas mayores de 65 años.

En Navarra el programa de atención a domicilio atiende a lo largo del año a unas 4.200 personas que viven en unos 3.100 hogares <sup>24</sup>. En 1997, 2.517 de estas personas fueron atendidas directamente por el personal de los Servicios Sociales de Base, mientras que 1.739 recibieron una ayuda económica del Instituto Navarro de Bienestar Social para costearse la atención en el mercado.

En el mes de junio de 1998 ( fecha de referencia para el estudio), los hogares atendidos fueron 2.983 (1.643 en atención directa y 1.340 con ayuda económica), que recibieron unas 6.000 horas semanales de atención directa y permitieron la compra por las personas atendidas de 21.000 horas semanales de atención.

La gran mayoría estos hogares estima muy satisfactorio el servicio recibido, según el estudio. Las quejas se refieren a la insuficiencia en el tiempo. Las dos ta-

## Notas

23. Manuel Aguilar, Concepción Corera, Miguel Laparra. La atención a domicilio en Navarra 1998. Estudio realizado para el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra en 1998
24. En 1997 fueron atendidas 4.256 personas distintas, que se puede estimar que vivían en unos 3.115 hogares. Datos del INBS recogidos en [Aguilar, 1999 #1256].

blas siguientes muestran esta valoración de forma más pormenorizada y referida a distintos elementos del servicio:

**Tabla 9**  
Valoración de las personas usuarias sobre la atención recibida de los SAD municipales  
(Porcentajes sobre el total de usuarios del SAD)

Aspecto valorado	Buena	Regular	Mala	Total
Tareas domésticas	88,6	6,8	4,6	100
Atenciones personales	95,8	3,3	0,9	100
Trato humano	96,9	2,7	0,5	100
Tiempo que le dedican	50,2	22,9	26,8	100

**Tabla 10**  
Valoración de las personas usuarias de diferentes aspectos de la atención recibida mediante Ayuda económica

Aspecto valorado	Buena	Regular	Mala	Total
Tareas domésticas	95,2	4,0	0,9	100
Atenciones personales	98,9	0,7	0,4	100
Trato humano	99,7	0,3		100
Tiempo que le dedican	52,4	20,6	26,9	100

Esta elevada valoración es compartida en parte (78,7%) por los/as cuidadores/as informales de las personas atendidas por el programa.

En cuanto a la incidencia de la intervención en los diferentes aspectos de su vida, se obtienen estas respuestas:

- Casi la mitad de los hogares opina que la atención no ha tenido efectos en su estado de salud, aunque se perciben mejoras importantes en este aspecto (entre un 32% y una 41% según la modalidad del servicio recibida)
- La mejora en las condiciones de vida es el aspecto de cambio más valorado dentro del programa: ha habido mejora en este terreno en un 68% de los hogares usuarios de atención directa y un 63,3% de los que reciben ayuda económica.
- Para las personas cuidadoras los principales aspectos en los que se centra la incidencia del programa son su propia salud mental y física, la adaptación a la situación de exigencia de cuidados y el cumplimiento de sus obligaciones laborales.

**Tabla 11**  
Distribución de los hogares con cuidador por el grado de alivio de los problemas que ha supuesto el Programa de atención a domicilio

	Grado de alivio			Total
	Grande bastante	Algo	Nada	
Reducción de actividades de ocio	25	24,6	50,4	100
Dificultad para irse de vacaciones	14	12,3	73,7	100
Dificultad para adaptarse a la situación	38,9	31,9	29,2	100
Dificultades para cumplir obligaciones laborales	37	26,8	36,2	100
Reducción jornada/período trabajo	25	23	52	100
Abandono del trabajo	25,9	10,9	63,2	100
Renuncia a tener un trabajo	29,5	13,6	56,9	100
Incidencia en las relaciones sociales	17,7	25,6	56,7	100
Conflictos con otros familiares	28,7	22,6	48,7	100
Incidencia sobre la salud física	38,4	29,9	31,7	100
Incidencia sobre la salud mental	43	25,8	31,2	100

En ambos grupos sociales (personas excluidas y personas mayores dependientes) el alcance de los Servicios Sociales de Base es mayor aún de lo que las cifras presentadas pueden hacer pensar. Entre la población excluida no solo la práctica totalidad conoce los servicios, incluidos quienes no los usan, sino que los servicios conocen indirectamente a buena parte de esa población necesitada no usuaria. Igualmente, el contacto con la población mayor es mucho más amplio que la población atendida por el programa de atención a domicilio, a través del acceso a prestaciones como pensiones, termalismo social, residencias y actividades sociales para mayores.

Otro de los ámbitos en que el impacto de la red de atención primaria de servicios sociales es incuestionable ha sido en el surgimiento y desarrollo de un gran número de asociaciones que conforman una red de entidades muy extensa en toda Navarra, incluidas las zonas menos pobladas y de ámbito rural.

Se trata, en su mayoría, de asociaciones de jóvenes, personas mayores y mujeres (en el ámbito rural predominan los dos últimos). Casi la mitad de las asociaciones con las que trabajan los Servicios Sociales de Base han surgido en relación con el trabajo de éstos. El trabajo con esas entidades se centra fundamentalmente en colaborar con su funcionamiento, gestión y organización de actividades.

Conforme más se desarrollan las asociaciones en acciones de voluntariado y prestación de servicios, mayor relación y contacto tienen con los Servicios Sociales, mientras que las asociaciones más generalistas de grupos de mayores, mujeres, jóvenes, vecinos, etc. apenas tienen contacto con los Servicios Sociales de Base a no ser que sea de forma puntual para la solicitud de subvenciones, etc.

A pesar de que la mayoría de las asociaciones se ven como un recurso que podría ser utilizado por los servicios, todavía parece que no se ha dado en suficiente medida este segundo paso de utilización de la red comunitaria como recurso para el trabajo de intervención social (a excepción de las entidades de prestación de servicios).

En cuanto a la valoración que tienen las entidades de iniciativa social, en calidad de observadores de la acción general de los Servicios Sociales, podemos diferenciar dos tipos de entidades. Aquellas que no tienen relación con el Servicio Social de Base, o que la tienen en muy escasa medida, tienen una valoración más negativa de los servicios. Se trata fundamentalmente de asociaciones de vecinos, de padres y madres de alumnos y las de mayores en el ámbito urbano. En su discurso se observa confusión y desconocimiento acerca de las labores que realizan los servicios, lo que da lugar a una valoración más negativa. Por otro lado, aquellos que tienen mayor relación, debido a su labor y trabajo en la prestación de servicios sociales o voluntariado, echan de menos una mayor capacidad de los servicios para llevar a cabo trabajo de intervención social y acompañamiento de casos.

## 4. La atención comunitaria hoy. Algunas dificultades que remediar

---

Hemos visto cómo la Red de Servicios Sociales de Base está extendida por toda la Comunidad Foral, cuenta con un importante número de empleados y, mediante sus programas, atiende a una parte considerable de los ciudadanos con más necesidades, al tiempo que el nivel de satisfacción de éstos es bastante aceptable. Sin embargo, es preciso detenerse en algunas de las principales limitaciones e insuficiencias de la actual red de Servicios Sociales de Base que señalan la dirección a seguir por una reordenación de la red.

## 4.1. FRAGMENTACIÓN DE LA RED

En primer lugar, se trata de una red con un grado bastante elevado de fragmentación. Esta fragmentación se aprecia en el plano horizontal (entre servicios demasiado pequeños al mismo nivel) y en el plano vertical (parte de la atención primaria se desarrolla en cada zona, parte a nivel central y por separado).

En 22 de los 52 Servicios Sociales de Base sólo hay un diplomado en trabajo social, y en otros doce más no se alcanzan las dos jornadas completas. Más de la mitad de las zonas carecen de educadores y sólo en unas pocas zonas (Pamplona, Tudela y tres más) cuentan con técnicos superiores o agentes de desarrollo local.

El problema no es tanto de insuficiencia de personal en general, sino de la debilidad técnica de unos equipos muy reducidos y poco variados en su composición en la mayor parte de los casos. Cuando una sola persona debe ser al mismo tiempo responsable del servicio, encargarse de la primera acogida de todos los casos y pensar y diseñar respuestas a todos ellos sean del tipo que sean, sin la posibilidad de consultar a un colega o de pedir apoyo a un técnico más especializado (más allá de puntuales consultas a técnicos del Instituto Navarro de Bienestar Social), la capacidad de atención se debilita aunque la población asignada sea relativamente pequeña. Además debe hacer de mediadora del servicio con los responsables políticos municipales (a menudo más de uno).

Esta fragmentación se ha intentado paliar en parte mediante la creación de una estructura de coordinación. Sin embargo, hay que señalar que se trata simplemente de la existencia de una serie de reuniones periódicas de trabajadores sociales de cada área y de la elección de entre ellos de una persona encargada de centralizar los intercambios de información con el Instituto Navarro de Bienestar Social. Este esfuerzo, uno de los pocos ejemplos de coordinación a nivel de Comunidad Autónoma, en el que no solo participan los Servicios Sociales de Base sino las dos direcciones técnicas del Instituto Navarro de Bienestar Social, es sin duda muy positivo. No obstante, no puede suplir la falta de una estructura de cooperación más intensa entre las zonas pequeñas, y de apoyo técnico.

La fragmentación de la atención primaria no sólo se produce en el plano horizontal, en unidades de acción muy pequeñas, sino también en el vertical. Algunas de las funciones típicas de la atención primaria se han venido desarrollando desde el Instituto Navarro de Bienestar Social de manera centralizada, mientras que otras han correspondido a los Servicios Sociales de Base. Entre las tareas centralizadas y gestionadas de manera claramente separada de los Servicios Sociales de Base pueden mencionarse los programas de educación familiar, la atención a domicilio en su modalidad de ayuda económica, o las medidas llamadas de incorporación social (empleo social y otras medidas de inserción para colectivos específicos).

Esta separación hace difícil una adecuada colaboración y el aprovechamiento de los recursos que sobre el terreno tiene el Servicio Social de Base y hace que las intervenciones, algunas de ellas muy centralizadas, carezcan del enraizamiento territorial y comunitario que como acciones primarias necesitarían.

## 4.2. FALTA DE ESPECIALIZACIÓN

Las posibilidades de una cierta especialización dentro de la atención primaria, dada la diversidad de situaciones que se presentan, son nulas cuando sólo existe un trabajador social en un servicio. Sin embargo, la diversidad de situaciones a las que se debe hacer frente hacen difícil un proceso de formación y aumento de la cualificación de los profesionales que es absolutamente necesario. En todo caso cabría la especialización en primera acogida generalista (una especialización tan valiosa como cualquier otra), pero ello requeriría que otros profesionales se hicieran cargo de fases posteriores de la intervención en función del tipo de problema.

Esta situación coloca a los profesionales ante una dificultad de concentrar su esfuerzo en acciones eficaces, y lleva a una situación en la que se realizan muchas acciones, mucho trabajo, de una manera muy puntual y poco trabada, obteniendo resultados muy escasos. La sensación de desbordamiento de muchos trabajadores sociales no se debe tanto a un exceso de demanda en relación con los

medios profesionales disponibles, sino a una fuerte dificultad para ser eficaces que deriva de la propia estructura organizativa.

### 4.3. DEPENDENCIA DE LA DEMANDA

El diseño de los Servicios Sociales de Base en Navarra ha tenido como uno de sus ejes orientadores prioritarios la creación de una red de ventanillas descentralizadas del Instituto Navarro de Bienestar Social. Se trataba de que cuando un ciudadano tuviera que solicitar una prestación del Instituto (pensión no contributiva, renta básica, residencia, etc.) pudiera hacerlo desde su municipio o al menos desde uno muy cercano, y que las solicitudes vinieran informadas por un funcionario conocedor cercano de la situación del solicitante. Este ha sido en buena parte el contenido del llamado programa general de los Servicios Sociales de Base.

Hay que decir ante todo que este papel de los servicios es muy positivo. Es positivo para los ciudadanos, que no tienen que desplazarse hasta Pamplona para solicitar determinadas prestaciones. Es positivo para el Instituto Navarro de Bienestar Social, que puede ver filtradas las solicitudes al tener una antena en el territorio, que permite conocer de forma más precisa las situaciones que dan origen a la solicitud, transmitir a los ciudadanos una sensación de mayor control de las prestaciones, etc. Y es positivo para los Servicios Sociales de Base, que se ven legitimados ante los ciudadanos por su utilidad práctica, y que de este modo tienen acceso a numerosas situaciones de dificultad que acuden al servicio porque buscan algo concreto, y así pueden ser detectadas y proponérseles una intervención más en profundidad.

Sin embargo, esta función, unida a la falta de especialización que acabamos de señalar en el punto anterior, ha distorsionado el desarrollo de los Servicios Sociales de Base. La gestión del acceso a las prestaciones ha reforzado la presión de una demanda formulada en términos muy parciales y administrativos. Esta demanda requiere de un esfuerzo de trabajo importante, en ocasiones recargado por problemas en la organización administrativa (formulación de requisitos y su justificación, exceso de discrecionalidad de algunas prestaciones, problemas logísticos, etc.). El limitado soporte administrativo recarga a muchos trabajadores sociales con tareas administrativas.

Sobre todo, ha reforzado hasta extremos peligrosos la tendencia a actuar a remolque de la demanda, haciendo muy difícil para los trabajadores sociales proponer estrategias a medio plazo de respuesta al problema real que dicha demanda expresa. Cuando tramitar solicitudes de renta básica y sus respectivas renovaciones, solicitudes de pensiones, de programas de termalismo social, de atención a domicilio, de residencia, etc. consume una parte muy importante del tiempo, es casi imposible que el trabajador social pueda dedicar tiempo a detectar otros problemas que se hallan tras la demanda, a conocer en profundidad las posibilidades y dificultades de la persona o familia, y pensar en una estrategia de respuesta adecuada. Mucho menos aún de ponerla en práctica y acompañarla. Este bloqueo no deriva sólo del volumen de demanda, sino de la ausencia de un espacio de trabajo bien concebido (especialización, procedimientos de atención, etc.). Ambos factores se refuerzan mutuamente.

Paradójicamente el dejarse llevar por la demanda puede ser una válvula de escape ante la imposibilidad de poner en marcha una estrategia de intervención en cada caso, dando lugar a un síndrome de hiperactividad y desbordamiento profesionales. Además la decisión sobre el acceso a muchas prestaciones se toma en el Instituto Navarro de Bienestar Social, y no siempre con criterios lo suficientemente claros para los trabajadores sociales de atención directa como para que puedan asumir ante el usuario el resultado, a pesar de las mejoras que se han venido produciendo. Ello coloca a los trabajadores de los Servicios Sociales de Base ante una típica fuente de tensión en el trabajo: tener la responsabilidad (es quien debe dar la respuesta a la persona y seguir viéndola en el territorio) sin tener los medios para hacer frente a la necesidad (la capacidad de decisión es ajena).

Esta situación tiene consecuencias muy importantes. Los servicios pueden evolucionar hacia máquinas de tramitación de prestaciones y perder buena parte de su capacidad de prestar un trabajo social de calidad (bien concebido, continuado, negociado, etc.) a las personas. Su capacidad de programar su ac-

ción, de diagnosticar no sólo los problemas de sus usuarios inmediatos, sino los problemas sociales locales más profundos que los determinan, y de desarrollar estrategias de acción comunitarias se ve reducida muy fuertemente.

#### 4.4. DESIGUAL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La implantación de los programas de promoción y cooperación y de prevención social es desigual en las zonas dependiendo de las características sociales de cada una y de la disponibilidad o sensibilidad de sus responsables políticos. En el 97 tan sólo 13 zonas habían desarrollado el programa de promoción y 9 el de prevención. Hay zonas que han implantado los dos programas, otras que han implantado uno de los dos con contenidos diferenciados de promoción o de prevención, otras que han desarrollado un programa que engloba acciones de los dos y zonas que no han desarrollado ningún programa comunitario. Cuando no existen estos programas con dotación específica, las intervenciones comunitarias desarrolladas desde el programa general son notablemente más reducidas.

La falta de definición de un programa marco hace que en cada zona básica realice su interpretación de lo que debe hacerse bajo el mismo. De ahí que se realicen acciones diferentes bajo los mismos programas así como acciones parecidas en programas diferentes. La propia denominación de las acciones es confusa y no es transferible a menudo de unos sitios a otros. Así el repertorio de programas va desde la prevención, promoción, inserción, incorporación social, animación, desarrollo comunitario y cooperación social.

A pesar de que se ha desarrollado un tejido social importante en la mayoría de las zonas, los profesionales manifiestan su desorientación acerca de la finalidad de estas acciones y no se sabe cual es el siguiente paso a dar dentro de la estrategia comunitaria. Podría decirse que el apoyo a la aparición de nuevas entidades y el desarrollo de las actividades que éstas realizan se han convertido en un fin en sí mismo y no en un método de trabajo o en un recurso orientado a la consecución de la integración social de los sectores desfavorecidos en la comunidad.

Por lo general no se da una planificación estratégica de la intervención en función de las necesidades sociales detectadas en los diferentes colectivos o personas de la zona y en coordinación con el resto de programas. Por el contrario los colectivos a los que se dirigen las acciones del programa de promoción o prevención: charlas, cursos, promoción del asociacionismo, no son los mismos usuarios del programa general. El perfil de usuarios del programa de promoción podría considerarse como población integrada, mientras que las personas en situación de exclusión no participan ni forman parte de estas asociaciones ni han creado sus propias entidades.

La situación de los programas de promoción y cooperación y de prevención social es, a menudo, secundaria dentro del conjunto de los Servicios Sociales de Base. La acción del programa no está suficientemente integrada en la lógica y funcionamiento ordinario del servicio y por lo tanto se da una falta de coordinación de la acción llevada a cabo con el resto de programas. Es decir no se utiliza la perspectiva comunitaria como un refuerzo o apoyo al trabajo general del Servicio Social de Base en sus distintas actuaciones, sino que se ha establecido como una línea diferenciada que desarrolla acciones independientes del resto del servicio. En el ámbito de relación entre los profesionales esta fragmentación del programa se traduce en que las personas del programa de promoción o prevención no se sienten a menudo integradas en el equipo, y no cuentan con el apoyo de recursos del servicio.

La necesidad de justificar constantemente la existencia del programa ante los Ayuntamientos y ante los respectivos entes financiadores (Instituto Navarro de Bienestar Social, Salud, Instituto Navarro de Deporte y Juventud) pone al programa en una situación de inestabilidad. Los profesionales manifiestan su descontento ante la necesidad constante de demostrar la utilidad del programa, ya que los responsables políticos no ven clara su necesidad. Esta inestabilidad y la dependencia de recursos ajenos a los servicios sociales (Cultura,...) para desarrollar su actividad provoca dificultades para la planificación de las acciones y su financiación, que ha menudo deben concentrarse al final del año.

---

## 4.5. POCA PARTICIPACIÓN DE LAS ENTIDADES SOCIALES

A pesar de los objetivos explícitos del programa de promoción y cooperación social y a pesar del imperativo de la participación reiteradamente presente en la legislación de servicios sociales (Ley Foral de Servicios Sociales, Ley de Autorizaciones, Infracciones y Sanciones,...) no se ha desarrollado un proceso de participación real en el plano local. Las juntas o consejos de servicios sociales eran los órganos previstos para que las asociaciones de un mismo ámbito pudieran tomar parte en las decisiones que tuvieran que ver con la política social del entorno en relación a los servicios sociales, planificación, detección de necesidades, recursos, acciones, actividades, etc. Sin embargo estos órganos no han sido creados y la participación de las asociaciones se reduce a su relación individual con el servicio social sin ninguna capacidad de incidencia en el resto de acciones o entidades del conjunto de la zona.

Es cierto que hay experiencias como Consejos de la Mujer, de la Juventud o culturales que funcionan sobre todo en Pamplona, Tudela, y en otras grandes poblaciones. Sin embargo, su funcionamiento todavía dista mucho de convertirse en un foro permanente de intercambio, negociación y consenso sobre las estrategias de intervención social en el plano local.

---

## 4.6. CONCLUSIONES

La situación actual de los servicios sociales de atención primaria puede sintetizarse de la siguiente manera:

- Navarra cuenta con una red de Servicios Sociales de Base ampliamente distribuida en el territorio, dotada de un volumen importante de recursos humanos, que llega a una parte muy importante de las poblaciones necesitadas de su atención y que da acceso a un volumen nada despreciable de prestaciones.
- Esta red, sin embargo, está muy fragmentada en pequeñas unidades, como consecuencia de la estructura geográfica, demográfica y administrativa de Navarra. Como consecuencia, se trata de una estructura débil, con fuertes dificultades para desarrollar un trabajo social eficaz. El aislamiento de muchos de sus profesionales, la falta de una cierta especialización y la presión de la demanda hacen que su acción sea mucho menos eficaz de lo que cabría esperar de los medios con los que cuenta. Esta situación favorece la burocratización de los servicios.
- La red de Servicios Sociales de Base desarrolla en todas las zonas los programas general y de atención a domicilio. Sin embargo, una parte de la atención a domicilio se desarrolla desde el Instituto Navarro de Bienestar Social de forma separada y mal coordinada con los Servicios Sociales de Base. En varias zonas se han implantado programas específicos (prevención, intervención familiar, desarrollo comunitario) y otras acciones (empleo social protegido). Sus experiencias en las zonas donde se han implantado han sido con frecuencia muy positivas. Sin embargo, la cobertura de estas acciones es más irregular y fragmentaria, ya que su estabilidad (salvo en el caso del empleo social protegido) es menor, sus fuentes de financiación son diversas y no suficientemente coordinadas, su integración en la acción del servicio no siempre es la adecuada y no están implantadas en todas las zonas que lo necesitarían.
- Algunas de las acciones que corresponden al nivel primario se desarrollan desde el Instituto Navarro de Bienestar Social de forma centralizada. En algunos casos se trata de programas que serían más eficaces si se desarrollaran desde las zonas (ayudas para atención domiciliaria, educación familiar, etc.). Se trata en otros casos de acciones cuya descentralización a cada una de las zonas sería inviable, pero que requerirían de un mayor enraizamiento territorial y de una acción más integrada con los Servicios Sociales de Base.
- Los Servicios Sociales de Base no cuentan con una orientación estratégica clara. Su definición como servicios no especializados y polivalentes, dirigidos a toda la población ha contribuido a que (si bien se ha conseguido llegar a una parte sustancial de la población necesitada) no se hayan identificado grupos de población o tipos de problemática sobre los cuales focalizar la atención y concentrar los esfuerzos. Además, la estructura de coordinación de los Servicios Sociales de Base es aún muy débil e incipiente.

- Los Servicios Sociales de Base cumplen una importante función de acceso a las prestaciones del Instituto Navarro de Bienestar Social (y de otros sistemas). Esta función es positiva para los ciudadanos, para el Instituto Navarro de Bienestar Social y para los propios servicios. Sin embargo, esta función coloca a los servicios en una posición en la que tienen ante los ciudadanos toda la responsabilidad de la atención y no el poder de decidir sobre los medios para ofrecerla, o al menos la claridad y proximidad al lugar de la decisión suficientes para asumirla conjuntamente.