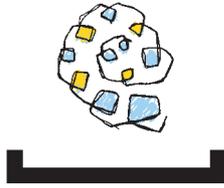
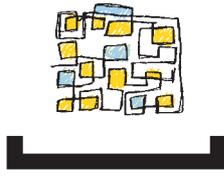




# DOCUMENTO BASE PARA UN PLAN DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE SERVICIOS SOCIALES



Gobierno de Navarra  
Departamento de Bienestar  
Social, Deporte y Juventud



# DOCUMENTO BASE PARA UN PLAN DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE SERVICIOS SOCIALES



Gobierno de Navarra  
Departamento de Bienestar  
Social, Deporte y Juventud

Por Orden Foral 26/1997, de 7 de marzo, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud se creó la Comisión Directora del Proyecto de Reordenación de la Atención Primaria de Servicios Sociales

A lo largo de la elaboración de este documento base han participado en esta Comisión Directora las siguientes personas:

**Luis Ciriza Ariztegui.** Presidente de la Comisión. Ex Director del Servicio de Planificación. Dirección General de Bienestar Social  
**Kattalin Ibañez Basterrica.** Ex Subdirectora de Atención Primaria e Incorporación Social. Instituto Navarro de Bienestar Social.  
**Carmen Ferrer Cajal.** Concejala de Bienestar social. Ayuntamiento de Tudela.  
**Mª del Mar Liroz Ansa.** Concejala de Bienestar Social. Ayuntamiento de Corella.  
**Mª José Laguna Sarria.** Alcaldesa del Ayuntamiento de Tiebas Muruarte de Reta.  
**Ángel Serrano Azcona.** Ex Secretario Técnico. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.  
**Mª Luz Munárriz Desojo.** Secretaria Técnica. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.  
**Blanca Pérez de San Román Echavarría.** Directora del Servicio de Planificación.  
**Isabel Aramburu Bergua.** Ex Jefa de la Sección de Atención Primaria. Instituto Navarro de Bienestar Social.  
**Katty Eskubi Larráz.** Jefa de la Sección de Atención Primaria. Instituto Navarro de Bienestar Social.  
**Marisol Arguiñano Sánchez.** Pedagoga de la Sección de Programación. Servicio de Planificación.  
**Belén Guillén Gil.** Trabajadora Social de la Sección de Atención Primaria. Instituto Navarro de Bienestar Social.  
**Concepción Corera Oroz.** Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.  
**Manuel Aguilar Hendrickson.** Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.  
**Miguel Laparra Navarro.** Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.

Han colaborado en los Grupos de trabajo creados para articular la participación de los profesionales de servicios sociales en la elaboración de los documentos técnicos las siguientes personas:

Grupo de trabajo sobre Garantía de Acceso a Prestaciones

Servicios Sociales de Atención Primaria

**Virginia Eraso.** Leitza  
**Mª Carmen Garraza.** San Adrián  
**Lourdes Iturri.** Burguete  
**Mª Angeles León.** Cintruénigo  
**Patricia Lorente.** Castejón  
**Joaquina Martín-Gil.** Pamplona  
**Inma Olcoz.** Tafalla  
**Enrique Otal.** Pamplona  
**J. Ignacio Pardo.** Valtierra  
**Juana Pérez de Ciriza.** Estella  
**Lourdes Zubiri.** Pamplona  
**Sagrario Zueco.** Cascante

Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Juventud

**Blanca Pérez de San Román.** D.G. Bienestar Social  
**Isabel Aramburu.** I.N.B.S.  
**Katti Eskubi.** I.N.B.S.

Universidad Pública de Navarra

**Manuel Aguilar.** Dpto. Trabajo Social  
**Begoña Pérez.** Dpto. Trabajo Social

Grupo de trabajo sobre Apoyo a Personas con Dificultades de Autovalimiento

Servicios Sociales de Atención Primaria

**Elena Algarrá.** Tafalla  
**Eva Andueza.** Ancín-Amescoa  
**Mª Jesús Arellano.** Corella  
**Olga Cornago.** Buñuel  
**Mª José Etxarri.** Villava  
**Ana Fernández.** Pamplona  
**Maite García Areso.** Pamplona  
**Mª Carmen Gómez.** Los Arcos  
**Mª Mar Lorente.** San Adrián  
**Mª Jesús Mandacen.** Isaba  
**Maite Mercero.** Allo  
**Francis Maeztu.** Artajona  
**Ana Nicolás.** Noain  
**Yolanda Ormazábal.** Irurtzun  
**Ascen Samanes.** Cascante

Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Juventud

**Blanca Pérez de San Román.** D.G. Bienestar Social  
**Carmen Aguirre.** I.N.B.S.  
**Milagros Urzainqui.** I.N.B.S.

Universidad Pública de Navarra

**Manuel Aguilar.** Dpto. Trabajo Social  
**Begoña Pérez.** Dpto. Trabajo Social

Grupo de Trabajo sobre Atención a Infancia y Familia

Servicios Sociales de Atención Primaria

**Ester Aramendia.** San Adrián  
**Pili Areso.** Carcastillo  
**Conchi Beltrán.** Buñuel  
**Gloria Díaz.** Tudela  
**Amaya González.** Sangüesa  
**Jesús Laguardia.** Pamplona  
**María Loyola.** Pamplona  
**Carmen Maeztu.** Valtierra  
**Mª Antonia Ramiro.** Zizur  
**Eduarne Razkin.** Irurtzun  
**Belén Sancho.** Noain  
**Carmen Santodomingo.** Noain  
**Elena Urtasun.** Elizondo  
**Puri Zabalza.** Corella

Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Juventud

**Marisol Arguiñano.** D. G. Bienestar Social  
**J. Miguel Izquieta.** I.N.B.S.

Universidad Pública de Navarra

**Begoña Pérez.** Dpto. de Trabajo Social

Grupo de Trabajo sobre Desarrollo de Relaciones Comunitarias

Servicios Sociales de Atención Primaria

**Ana Carmen Almingol.** Buñuel  
**Alicia Aznárez.** Ancín Amescoa  
**Pablo Bretos.** Valtierra  
**Ana Cadarso.** Los Arcos  
**Enric Etxeberria.** Villatuerta  
**Carmentxu Garcés.** Ultzama  
**Marta Goñi.** Aoiz  
**Ana Goya.** Pamplona  
**Pilar Guerendiain.** Tudela  
**Soraya Jarauta.** Cascante  
**Richi Lizarraga.** Pamplona  
**Amaya López.** Peralta  
**Maribel Palacios.** Allo  
**Luisa Pérez Ayerra.** Alsasua  
**Enrique Recalde.** Noain

Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Juventud

**Belén Guillén.** I.N.B.S.

Universidad Pública de Navarra

**Miguel Laparra.** Dpto. Trabajo Social  
**Begoña Pérez.** Dpto. Trabajo Social

Grupo de Trabajo sobre Incorporación Social de Excluidos

Servicios Sociales de Atención Primaria

**Fermin Armendáriz.** Berriozar  
**Juli Castellano.** Noain  
**Ana Garro.** Sangüesa  
**Yolanda García.** Peralta  
**Lourdes Iráizoz.** Estella  
**Juana Jaca.** Alsasua  
**Carmen Juanmartiñena.** Pamplona  
**M. Ángel Laplana Gil.** Buñuel  
**Javier Sada.** Pamplona  
**Mikel Saralegui.** Etxalar

Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Juventud

**Mª Santos Pérez.** I.N.B.S.

Universidad Pública de Navarra

**Concepción Corera.** Dpto. Trabajo Social  
**Begoña Pérez.** Dpto. Trabajo Social

Grupo de Trabajo sobre Alojamiento Alternativo

Servicios Sociales de Atención Primaria

**Begoña Alberro.** Santesteban  
**Marisol Galain.** Ulzama  
**Guadalupe González.** Lodosa  
**Eduarne Juanarena.** Tudela  
**Carmen Juanmartiñena.** Pamplona  
**Paula Martínez.** Pamplona  
**Marta Moler.** Salazar  
**Mª Luz Napal.** Carcastillo  
**Araceli Yoldi.** Puente la Reina

Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Juventud

**Marisol Arguiñano.** D.G. Bienestar Social  
**Isabel Aramburu.** I.N.B.S.

Universidad Pública de Navarra

**Begoña Pérez.** Dpto. Trabajo Social

Equipo redactor:

Dpto. Bienestar Social, Deporte y Juventud.

**Marisol Arguiñano Sánchez**  
**Belén Guillén Gil**  
**Kattalin Ibañez Basterrica**  
**Dora Mainer Pérez**  
**Arantxa Munárriz Desojo**  
**Blanca Pérez de San Román**  
**Echavarría**  
**Fermin Sáez Erro**  
**Mª Jesús Gutiérrez Álvarez**

Universidad Pública Navarra. Dpto. Trabajo Social

**Manuel Aguilar Hendrickson**  
**Concepción Corera Oroz**  
**Miguel Laparra Navarro**  
**Balbina Liberal Artaiz**  
**Begoña Pérez Eransus**

Universidad del País Vasco

**Iñasi Arruabarrena Madariaga**  
**Joaquín de Paul Ochotorena**

Servicios Sociales Municipales

**Joaquina Martín Gil Chamizoa**  
**María Loyola Flamarique**  
**Carmen Maestu Villafranca**  
**José Ignacio Pardo Blanco**  
**Belén Sancho Bacaicoa**

Edita:

Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud

Diseño y maquetación:

Heda Comunicación



# Presentación



La red de Servicios Sociales de Base tiene en Navarra una historia que, aunque no larga, ha permitido un importante crecimiento y un incuestionable anclaje en nuestra Comunidad.

Con antecedentes desde los años 70 y comienzos de los 80 (en Burlada, Pamplona, Villava...) la Ley Foral de Servicios Sociales, en 1984, y, más tarde, el Decreto Foral que los desarrolla, de 1987, han servido de soporte legal para su desarrollo por todo el territorio.

Los servicios sociales dependientes de los Entes Locales (Ayuntamientos y Mancomunidades) han pasado de 17 en 1985 a 53 en los años 90. Navarra cuenta con un Servicio Social de Base por cada 10.200 habitantes o por cada 3.230 hogares. La red integra, a jornada completa o parcial, a 500 profesionales (trabajadores sociales, trabajadores familiares, educadores, psicólogos, animadores socioculturales, administrativos...). La peculiar distribución de la población navarra, con un sin fin de pequeños pueblos y concejos ha exigido un esfuerzo especial para conseguir que todos ellos se sitúen cerca de los ciudadanos, haciendo innecesarios los desplazamientos para acceder a los servicios.

Aunque relativamente joven (estamos hablando de no más de 20 años), esta red maneja un importante volumen de recursos, que ha ido desarrollándose a medida que se consolidaba el Estado del Bienestar.

A través de los Servicios Sociales de Base más de 1.700 familias acceden cada año a la renta básica (lo que supone una entrada de casi 700 millones de pesetas en forma de transferencias de rentas mediante ayudas distintas). Y a través de esta red se da empleo cada año a casi medio millar de personas con contratos temporales en los proyectos de empleo social protegido, con un importe cercano a los 600 millones de pesetas.

Quizá el programa más conocido para la población en general sea el de atención a domicilio, que presta ayuda a 3.000 personas al año y canaliza prestaciones económicas para la contratación de trabajadores a más de 1.500 familias.

Los Servicios Sociales de Base llegan con su trabajo a una parte importante de la población más precisada de ayuda. El 80% de las familias excluidas han tenido o tienen regular contacto con sus profesionales. Y a través del servicio de atención a domicilio se llega a un 5% de los hogares en los que vive alguna persona mayor de 65 años.

El contacto con la población mayor es mucho más amplio a través del acceso a otras prestaciones como pensiones no contributivas, termalismo social, residencias o actividades sociales para mayores.

Desde los Servicios Sociales se ha apoyado, además, el surgimiento de una red muy extensa de asociaciones en toda la Comunidad, incluyendo las zonas rurales con menos población, que ha contribuido a consolidar y vivificar el tejido social. Se trata en su mayoría de asociaciones de personas mayores, jóvenes o mujeres. Tan solo en el ámbito de las personas mayores la población implicada en asociaciones y clubes se estima que supera el 50%. Se han propiciado, por otra parte, interesantes experiencias de colaboración entre las entidades para el desarrollo social a nivel local y de barrio.

Si los servicios sociales de atención primaria se han consolidado, si llegan a una importante parte de la población que los necesita, si han colaborado y colaboran en el desarrollo local ¿Por qué queremos reordenar esta red? ¿Por qué consideramos que necesitan un nuevo impulso?

Fundamentalmente por dos tipos de factores:

Primero, porque los problemas sociales a los que deben hacer frente han cambiado.

La sociedad occidental en los últimos años se caracteriza por su movilidad. El cambio social, que en general significa progreso, hace emerger, a su vez, nuevos problemas que exigen una rápida capacidad de reacción para neutralizarlos y, en la medida de lo posible, adelantarse a ellos. Nos detendremos en algunos de ellos:

El envejecimiento de la población, junto con los cambios sociales y la reducción de la natalidad, han determinado una nueva necesidad social cuyo volumen se amplía día a día. Las situaciones de dependencia, en especial en personas mayores, han acercado a la población socialmente integrada a los servicios sociales, cuya población diana no está constituida únicamente por personas excluidas o pobres. Una importante parte del trabajo de los servicios sociales se destina, como hemos visto, a las personas mayores, en la medida en que las familias, por su reducido ta-

maño y su actividad laboral, ven reducirse su capacidad de prestar ayuda a una población en aumento. Este es un problema que ya se nos presenta hoy, pero que no hará sino crecer en los próximos años.

La inmigración es un fenómeno reciente en nuestra Comunidad para el que no es exagerado decir que no estábamos preparados. Nuestra sociedad ha afrontado situaciones de inmigración en el pasado, pero la actual contiene elementos que sin duda generan más dificultades. La inmigración actual aporta elementos culturales, lingüísticos, religiosos y aún legales nuevos que exigen de nuestra comunidad una muy dinámica capacidad de acogida e integración. Solo una buena respuesta por parte de la comunidad receptora puede extraer toda la riqueza que la diversidad proporciona minimizando los conflictos y la fragmentación social.

En modo alguno la fragmentación social es una amenaza que derive únicamente de la inmigración. Cuanto más rápido es el cambio social, mayor es la exigencia a cada individuo para adaptarse y más vulnerables quedan las personas que, por diversas circunstancias, a veces muy puntuales, no pueden hacerlo. La soledad, la falta de preparación, la carencia de apoyo familiar o social en un determinado momento pueden configurar nuevas formas de exclusión social que constituyen un desafío cada vez mayor para una sociedad que aspira a mantenerse integrada.

Un importante desafío en la sociedad actual y para la futura es el cuidado y educación de los niños y niñas. La variabilidad de los modelos familiares, que traducen el respeto a la libertad individual a la hora de elegir y mantener los modos de convivencia, plantea a menudo nuevas situaciones de riesgo para los más jóvenes. Un número creciente de ellos no cuenta con una estructura familiar suficientemente sólida y estable. No nos encontramos ante una situación alarmante, pero son más frecuentes que en el pasado situaciones de soledad, aislamiento, falta de supervisión o de normas que exigen una intervención de apoyo a la familia y a los menores.

No sólo han surgido nuevos problemas. También nos encontramos con nuevas oportunidades:

El desarrollo socio-económico permite a la Comunidad Foral plantearse de modo razonable y realista objetivos como la eliminación de la pobreza, la reducción de la exclusión social, el fomento de la participación social o la mejor atención a niños y ancianos.

Junto al desarrollo económico y social, hemos asistido en los últimos 20 años a un desarrollo de las ciencias sociales aplicadas, con nuevas experiencias de intervención y nuevos protocolos de actuación más contrastados que permiten aspirar a una más eficaz actuación de los servicios.

Para responder a estos desafíos, y hacerlo con el nivel de cualificación profesional que hoy es posible, nuestra red precisa superar algunas dificultades. Cuestiones que en un primer momento han constituido una ventaja, pueden convertirse en ciertos aspectos en desventajas:

La extensión de los servicios por todo el territorio, indudable ventaja de la red, confiere a ésta una fragmentación en equipos excesivamente reducidos en los que un trabajador/a social debe abordar en solitario problemas muy diversos en sus distintas fases y en pocas ocasiones se garantiza un trabajo en equipo ni multidisciplinar.

Estas limitaciones determinan una menor capacidad de acción. Junto a un acercamiento generalista, que permita una comprensión del conjunto de los problemas que afectan a un individuo o una familia, es necesaria una especialización que aproveche el conocimiento acumulado por la comunidad científica y por los profesionales en las últimas décadas. Trabajar por la integración de personas con graves problemas de exclusión social (como exreclusos, ex toxicómanos o transeúntes...) exige habilidades y conocimientos diversos de los requeridos para el tratamiento de familias maltratantes o la educación en habilidades parentales o de los necesarios para valorar adecuadamente una situación de dependencia física o mental y proponer un paquete integrado de atención a la persona afectada.

Se requiere trabajo en equipo, especialización en diferentes campos y formación continua de los profesionales que, de otro modo, se ven enfrentados en solitario y sin medios técnicos suficientes a los problemas más graves que la sociedad ha de afrontar.

Por otra parte, podemos y debemos avanzar en el ajuste de los recursos a las necesidades individuales. Los recursos estandarizados sirven cada vez menos. Las necesidades de cada persona mayor, de cada niño desprotegido, de cada familia en crisis son diversas y cambian, además, en cada etapa de sus procesos de recuperación o de incorporación. Es preciso, por tanto, un conocimiento detallado de cada caso y adaptar a éste los recursos existentes. Esto exige acercar más a los ciudadanos los centros de decisión e implantar la gestión de casos como un mo-

do habitual de actuación, unificando la responsabilidad del caso en un solo equipo con una continuidad temporal y una importante asignación de capacidad de decisión.

Y es necesario, por último, profundizar en el desarrollo comunitario potenciando la participación de la amplia red de asociaciones y entidades con que cuenta Navarra en un doble sentido:

- colaborando en la incorporación social y la atención de las personas más necesitadas: aportando ayuda, mediante el voluntariado, a las personas más dependientes o a las familias con menores en riesgo y favoreciendo la incorporación de los más excluidos o aislados en las distintas entidades y en sus actividades.
- como conocedores directos e inmediatos de la realidad social de sus propios pueblos o barrios, detectando los problemas desde su mismo inicio, proponiendo a las instituciones públicas medidas para paliarlos y colaborando en su ejecución. Hablamos aquí de la participación de la comunidad en la resolución de sus propios problemas y en el diseño de la sociedad que desea. Hablamos de profundización de la democracia, porque participar en la solución de los problemas implica también participar en la toma de las decisiones que afectan a la comunidad.

Este documento, que propone las bases para una reordenación de la atención primaria de servicios sociales, ha sido elaborado mediante las aportaciones de una gran cantidad de profesionales de los servicios sociales. Han participado en los debates que han dado lugar a los distintos capítulos profesionales de los servicios sociales de base (trabajadores/as sociales, educadores/as, animadores/as socioculturales, psicólogos/as...) y del Instituto Navarro de Bienestar Social. Estos mismos profesionales han colaborado en no pocos estudios: sobre los recursos para la atención a personas dependientes o a familias y menores en riesgo de desprotección, sobre la atención prestada en relación con el acceso a otros sistemas, por citar algunos de ellos.

Pero los documentos también se han basado en datos proporcionados por los propios usuarios, a través de distintos métodos: se han pasado encuestas a personas en situación de exclusión, a personas que reciben atención a domicilio, a sus cuidadores informales y a las trabajadoras familiares que les atienden. Se han recopilado historias de vida de personas que de uno u otro modo representan a los y las usuarios tipo de los servicios de atención primaria. Se han mantenido grupos de discusión con entidades de iniciativa social que de alguna manera representan, bien a los usuarios habituales de los servicios sociales, bien a la ciudadanía en general y que han expresado lo que desean y esperan de esos servicios.

Es, por tanto, un documento conocedor de la realidad sobre la que pretende actuar. No es, sin embargo, un documento dueño de toda esa realidad.

En efecto, quedan aún bastantes elementos que deben ser valorados y han de entrar en juego en una efectiva puesta en marcha del modelo de atención comunitaria que propone. Se han de ajustar los recursos humanos necesarios para llevarlo a cabo, se ha de definir la distribución competencial en los niveles propuestos, se han de valorar los recursos económicos necesarios y se ha de llegar a una nueva regulación que fundamente todo el sistema. Para todo ello es igualmente necesario un diálogo entre las administraciones implicadas, Gobierno de Navarra y Entidades Locales.

Todos estos elementos matizarán, sin duda, las propuestas para llevarlas a su definitiva implantación. El Gobierno de Navarra acordó encomendar al Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud la realización de una experiencia piloto que permita definir y ajustar todos ellos.

El documento que se presenta tiene, por tanto, un valor provisional en tanto que documento base. No dudamos que su valor será más que provisional en tanto que, con más o menos matizaciones, sin duda ha de marcar el futuro de la atención primaria de servicios sociales en la Comunidad Foral.

**El Director General de  
Bienestar Social, Deporte y Juventud**







# Indice general



Índice general

Página 11

Capítulo 1. La atención social en la comunidad

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

Página 73

Capítulo 2. Una respuesta de hoy para el futuro. La reordenación de la atención comunitaria de servicios sociales

81	<b>Introducción</b>
81	<b>1. Dar una orientación estratégica</b>
81	1.1. ORGANIZAR LA ACCIÓN EN TORNO A TRES FOCOS
82	1.2. REDEFINIR EL PROGRAMA GENERAL
82	1.3. LO COMUNITARIO COMO DIMENSIÓN DE LOS PROGRAMAS
83	1.4. ESQUEMA DEL CONTENIDO DE LOS PROGRAMAS
88	<b>2. Renovar formas y métodos de trabajo: el reto de la calidad en el trabajo social</b>
88	2.1. GESTIÓN DE CASOS
90	2.2. CUATRO CONCEPTOS ORGANIZADORES
93	2.3. UNA CIERTA ESPECIALIZACIÓN
93	2.4. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN
93	<b>3. Reforzar la estructura</b>
94	3.1. DEFINIR UN CONTENIDO OBLIGATORIO
94	3.2. ORGANIZAR LA RED DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN TRES NIVELES
95	3.3. LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA LA REORDENACIÓN
96	<b>4. Un organigrama de la atención primaria</b>
96	4.1. DEFINICIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
97	4.2. ESTRUCTURAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Página 95



## Capítulo 3. Programa de Acogida y Orientación Social

Página	
103	<b>1. Un programa central en la atención primaria de servicios sociales</b>
104	<b>2. Intervención con individuos y familias</b>
104	2.1. ACOGIDA Y ORIENTACIÓN SOCIAL
106	2.2. ACCESO A PRESTACIONES
105	2.3. DERIVACIÓN A OTROS PROGRAMAS
110	2.4. SEGUIMIENTO POSTINTERVENCIÓN
110	<b>3. Intervención con colectivos. El trabajo comunitario del programa</b>
111	3.1. INFORMACIÓN
111	3.2. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL
111	3.3. COOPERACIÓN
112	<b>4. El Programa de acogida y orientación social en el Servicio Social de Base</b>
113	<b>5. Los recursos del programa</b>

Página 111



## Capítulo 4. Programa de atención comunitaria a las personas con dificultades de autovalimiento

119	<b>1. La atención a domicilio en Navarra</b>
120	1.1. EL PROGRAMA MÁS ANTIGUO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA
125	1.2. LAS PREVISIONES DEL PLAN GERONTOLÓGICO
127	1.3. LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
127	1.4. DE LA AYUDA DOMÉSTICA A LA ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD
128	<b>2. Objetivos y contenido del Programa</b>
128	2.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA
129	2.2. CONTENIDOS DEL PROGRAMA
130	<b>3. La regulación del acceso</b>
130	3.1. CRITERIOS PARA REGULAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN
133	3.2. UNA PROPUESTA
134	<b>4. Integrar la gestión de los recursos</b>
134	4.1. RAZONES PARA LA GESTIÓN INTEGRADA
135	4.2. UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRADA
140	4.3. ALGUNAS CUESTIONES PENDIENTES DE PRECISAR
142	4.4. EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS

## Índice general

Página 141

### Capítulo 5. Programa de incorporación social en la atención comunitaria



Página

149	<b>Introducción: La incorporación social en la atención primaria</b>
150	<b>1. Funciones de la Atención Primaria en la Incorporación Sociolaboral</b>
161	<b>2. La colaboración entre Servicios Sociales de Base y el Centro de Servicios Sociales</b>
162	<b>3. Recursos con que debe contar el Programa de Incorporación Sociolaboral</b>
162	3.1. RECURSOS HUMANOS:
163	3.2. RECURSOS MATERIALES:
164	3.3. RECURSOS TÉCNICOS:
165	<b>4. El Programa de Incorporación Social y otros recursos comunitarios</b>
166	4.1. COORDINACIÓN CON SERVICIOS Y RECURSOS DE LA ZONA DEL ÁMBITO DE TRABAJO.
166	4.2. COORDINACIÓN CON SALUD MENTAL
167	4.3. RELACIÓN CON JUSTICIA
167	4.4. RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL
168	<b>5. Diseño de la red</b>
168	5.1. UBICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS
169	5.2. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS
171	<b>6. La equidad y la homogeneidad.</b>

Página 169

### Capítulo 6. Programa de atención a la infancia y familia



177	<b>1. El Programa de Infancia y Familia en Atención Primaria como desarrollo del Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social.</b>
178	<b>2. La Protección infantil en atención primaria: un breve diagnóstico.</b>
179	<b>3. Los destinatarios del Programa</b>
181	<b>4. La atención a la Infancia en Dificultad y la estructura del sistema de protección.</b>
183	<b>5. Contenido del Programa de Infancia y Familia:</b>
184	SUBPROGRAMA 1: ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DIFICULTAD SOCIAL EN EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA
185	SUBPROGRAMA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALIZADOS DE PROTECCIÓN INFANTIL EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES
187	SUBPROGRAMA 3: INTERVENCIÓN COMUNITARIA
188	SUBPROGRAMA 4: SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA
189	SUBPROGRAMA 5 DETECCIÓN DE NIÑOS/AS Y JÓVENES EN SITUACIÓN DE DIFICULTAD SOCIAL
190	SUBPROGRAMA 6: INVESTIGACIÓN, VALORACIÓN Y TOMA DE DECISIÓN EN SITUACIONES DE DIFICULTAD SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES
191	SUBPROGRAMA 7: PREVENCIÓN SECUNDARIA E INTERVENCIÓN FAMILIAR TEMPRANA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES
193	SUBPROGRAMA 8: COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE, CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES E INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL



# 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 cotizaciones previas 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-Donostebate						
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		0,25	0,4		TS	0,6			0,6			
Ed		1	0,75			Ed			0,25				
Monitor			0,25			Monitor							
Oficial ESP						Oficial ESP							
TF				3,5		TF				2,5			
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>1</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,25</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Programas</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							

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.									
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									
	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			0,4		TS			0,5	
	Ed		0,5			Ed					
	Monitor					Monitor					
	Oficial ESP					Oficial ESP					
	TF			3		TF			4,75		
	ASC				0,5	ASC				0,5	
	Psicólogo					Psicólogo					
	Pedagogo					Pedagogo					
	Otros (tec.)					Otros (tec.)					
	Aux. Adm.	0,75				Aux. Adm.	0,5				
	Ord.					Ord.					
	Otros (Adm.)					Otros (Adm.)					
<b>Gestores casos</b>		<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1</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					Empleo social					
	Atención a domicilio			•		Atención a domicilio			•		
	Alojamiento alternativo					Alojamiento alternativo					
	Promoción / cooperación					Promoción / cooperación				•	
	Otros					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		Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes	Otros		
TS	0.9			0.6			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>0.6</b>	<b>0</b>		<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>		
Programas													
General	•						•						
Intervención familiar													
Mujer													
Prevención / incorporación													
Prevención PF drogas										•			
Empleo social									(sin pers.)				
Atención a domicilio													
Alojamiento alternativo										•			
Promoción / cooperación												•	
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											
Mujer											
Prevención / incorporación											
Prevención PF drogas		•									
Empleo social			•								
Atención a domicilio				•					•		
Alojamiento alternativo											
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	Gestores casos	Personal	Gestores casos
Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social y laboral	Atención a personas dependientes
Otros	Atención a personas dependientes	Otros	Otros
TS	0.6	TS	1.5
Ed	0.5	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>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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	•
<b>Gestores casos</b>	<b>0.6</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1.5</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 Cascañe								
	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	1	0,5	1	TS	1		0,25	0,75	
	Ed		0,5		Ed					
	Monitor				Monitor					
	Oficial ESP				Oficial ESP					
	TF			5	TF				5,25	
	ASC				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>1</b>	<b>1</b>	<b>0,25</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					

503 Corella								504 Tudela							
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		0,25	0,5		TS	1		1	1	2	1		1	1
Ed		1	1/2			Ed	2								
Monitor						Monitor		2					2		
Oficial ESP						Oficial ESP		0,5					0,5		
TF				3,5		TF			12						
ASC					1	ASC				1					1
Psicólogo						Psicólogo	1								
Pedagogo						Pedagogo									
Otros (tec.)						Otros (tec.)					0,5			1	
Aux. Adm.	1/2					Aux. Adm.					4				
Ord.						Ord.					3				
Otros (Adm.)						Otros (Adm.)									
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,75</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</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									

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				
	•					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											

603 Etxabakotz		604 Ensanche-Soto de Lezkaiuru								
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		1			1.5	
Ed						TS				
Monitor						Ed				
Oficial ESP						Monitor				
TF						Oficial ESP				
ASC						TF				
Psicólogo						ASC				
Pedagogo						Psicólogo				
Otros (tec.)						Pedagogo				
Aux. Adm.	1					Otros (tec.)				
Ord.						Aux. Adm.				
Otros (Adm.)						Ord.				
						Otros (Adm.)				
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1.5</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				

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	Otros	1			0,5		
Ed											
Monitor											
Oficial ESP											
TF											
ASC											
Psicólogo											
Pedagogo		1									
Otros (tec.)											
Aux. Adm.	1					1					
Ord.											
Otros (Adm.)											
<b>Gestores casos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	
Programas											
General	•					•					
Intervención familiar											
Mujer											
Prevención / incorporación											
Prevención PF drogas		•									
Empleo social			•					•			
Atención a domicilio				•					•		
Alojamiento alternativo											
Promoción / cooperación											
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		•					•	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>		
General	•					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	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.



# Capítulo 2

## Una respuesta de hoy para el futuro. La reordenación de la atención comunitaria de servicios sociales

### REDACTORES:

Manuel Aguilar Hendrickson  
Concepción Corera Oroz  
Miguel Laparra Navarro  
Balbina Liberal Art aiz  
Begoña Pérez Eransus



## Sumario

Página	
81	<b>Introducción</b>
81	<b>1. Dar una orientación estratégica</b>
81	1.1. ORGANIZAR LA ACCIÓN EN TORNO A TRES FOCOS
82	1.2. REDEFINIR EL PROGRAMA GENERAL
82	1.3. LO COMUNITARIO COMO DIMENSIÓN DE LOS PROGRAMAS
83	1.4. ESQUEMA DEL CONTENIDO DE LOS PROGRAMAS
88	<b>2. Renovar formas y métodos de trabajo: el reto de la calidad en el trabajo social</b>
88	2.1. GESTIÓN DE CASOS
90	2.2. CUATRO CONCEPTOS ORGANIZADORES
93	2.3. UNA CIERTA ESPECIALIZACIÓN
93	2.4. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN
93	<b>3. Reforzar la estructura</b>
94	3.1. DEFINIR UN CONTENIDO OBLIGATORIO
94	3.2. ORGANIZAR LA RED DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN TRES NIVELES
95	3.3. LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA LA REORDENACIÓN
96	<b>4. Un organigrama de la atención primaria</b>
96	4.1. DEFINICIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
97	4.2. ESTRUCTURAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

## Tablas

Página	
84-87	Objetivos y contenidos de los cuatro programas
95	[ <a href="#">Tabla 1</a> ]
98	[ <a href="#">Anexo 1</a> ] Un esbozo de organigrama de la atención primaria



## Introducción

El hilo conductor de la reordenación de la atención primaria de los servicios sociales en Navarra debe ser la mejora de la eficacia de los recursos humanos y materiales con los que se cuenta mediante un esfuerzo por clarificar objetivos y estrategias, una mejora de los métodos de trabajo y la adecuación y reorganización de los medios disponibles. Se trata de dar un salto cualitativo en los contenidos, más que de un aumento del volumen de la red, sin descartar algunos incrementos necesarios para la reorganización.

## 1. Dar una orientación estratégica

Es necesario sacar a los servicios sociales primarios de su actuación a remolque de la demanda para hacer que funcionen fundamentalmente en torno a una estrategia clara, con objetivos definidos y precisos, que permitan evaluar a medio y largo plazo su efectividad. La definición demasiado generalista de su función y lo ambicioso e impreciso de sus objetivos (atender a toda la población y promover el bienestar social) están en buena medida en el origen de la falta de objetivos claros y de estrategia de los servicios sociales primarios.

Con este fin, es necesario redefinir los programas que se desarrollan en el marco de la atención primaria, de forma que sirvan de ejes vertebradores de su actuación. Forzosamente supondrá dejar en un segundo plano (no en el abandono) otros posible objetivos legítimos de los servicios. Los Planes Gerontológico y de Lucha contra la Exclusión Social establecen de hecho algunos de los objetivos estratégicos que deben guiar a la atención primaria.

Esta orientación estratégica debería seguir las siguientes líneas.

### 1.1. ORGANIZAR LA ACCIÓN EN TORNO A TRES FOCOS

Tres son los grandes focos de atención que deberán concentrar la acción de los servicios sociales de atención primaria:

#### La atención a la familia, la infancia y la adolescencia

Las personas menores de edad son un grupo social frente a los cuales las instituciones tienen la obligación de asegurar la existencia de un entorno que permita su desarrollo personal. La responsabilidad de los servicios sociales de atención primaria es ofrecer apoyos a las familias y a los propios menores para que su proceso de desarrollo se produzca de la mejor forma posible. Estos apoyos se centran fundamentalmente en el espacio familiar y del tiempo libre, y deben articularse con el otro gran espacio de desarrollo de los menores, la escuela, mediante los oportunos mecanismos de cooperación. El eje central de esta acción es, por tanto el apoyo a la familia (con menores a cargo).

La atención primaria de servicios sociales puede abarcar un amplio abanico de acciones en este campo: acciones encaminadas a la sensibilización de la comunidad acerca de las necesidades de niños y niñas; detección y valoración de las situaciones de desprotección o de riesgo de que ésta se produzca; programas de prevención primaria dirigidos al conjunto de niños y niñas de un territorio; programas de prevención secundaria y de intervención familiar cuando se evidencien situaciones de desprotección leve y moderada... Su labor incluye la coordinación con otros servicios primarios (salud, educación, policía municipal...) en la detección, valoración y atención a los menores en dificultad social. Así mismo, deben colaborar de modo coordinado con los servicios de nivel más especializado, que incluyen la separación del menor de su familia, con el fin de lograr la reunificación familiar cuando ésta sea posible.

#### Incorporación social y laboral

Los servicios sociales de atención primaria tienen una importante función de apo-

yar y acompañar a las personas en sus procesos de incorporación social y laboral. Las personas con dificultades de incorporación social de cualquier tipo suelen tener necesidad de apoyos para orientar y abordar sus procesos de incorporación, para acceder a dispositivos tendentes a compensar sus dificultades, de un acompañamiento que vaya ayudando a cada persona a pilotar su propio proceso.

Este tipo de procesos no sólo afectan a las poblaciones en situación de exclusión, aunque sean éstas quienes los padezcan con mayor intensidad. Personas con discapacidad, personas procedentes de tratamientos especiales (salud mental, drogodependencias) o de internamientos (cárcel, centros de menores, etc.), jóvenes con dificultades especiales para acceder al empleo, etc. sufren también dificultades de incorporación.

La atención social primaria tiene un papel central en este campo, que precisamente se produce en la comunidad, en el territorio.

### **Atención a personas dependientes**

El tercer eje de la acción propuesta es la atención a personas con problemas de dependencia, es decir, con limitaciones en su autovalimiento para la vida cotidiana. Se trata de una población en buena parte de edad avanzada (aunque no únicamente) y con grados de dependencia que van desde los muy ligeros hasta los niveles que aconsejan el internamiento.

La acción de los servicios sociales de atención primaria abarca todos los grados de atención que no requieren internamiento.

---

## **1.2. REDEFINIR EL PROGRAMA GENERAL**

El programa hoy llamado general, de información y orientación a los ciudadanos debería redefinirse en torno a dos ejes:

- Configurar un programa de primera acogida social capaz de recibir las demandas de los ciudadanos, ofrecer una primera respuesta a las mismas y dar acceso a los otros tres grandes programas cuando sea oportuno.
- Potenciar su capacidad de ofrecer acceso a una amplia gama de prestaciones sociales mediante la simplificación de los procesos administrativos entre los servicios primarios y el Instituto Navarro de Bienestar Social y el establecimiento de marcos estables de colaboración con otras agencias públicas (INSS, servicios de empleo, salud, etc.). Se trata de hacer viable, práctica y ágil la idea de una ventanilla única social.

---

## **1.3. LO COMUNITARIO COMO DIMENSIÓN DE LOS PROGRAMAS**

Decíamos antes que la atención primaria en servicios sociales tiene un contenido eminentemente comunitario, entendiéndolo en su triple sentido de tomar como referencia comunidades locales concretas, dirigirse al fortalecimiento de los lazos comunitarios y actuar conjuntamente con los propios ciudadanos y las entidades sociales.

En esta concepción, la intervención con grupos de ciudadanos organizados, la propia promoción de asociaciones ciudadanas no es un fin en sí mismo, sino que tiene sentido en la medida que eso aumenta las posibilidades de dar respuesta a problemas sociales concretos. El trabajo comunitario es un método de intervención social, un método del trabajo social, complementario de otros tipo de intervenciones y métodos.

La intervención comunitaria no debe ser por tanto un programa específico de la atención primaria, paralelo a otros programas y con sus objetivos específicos. Debe estar presente en todos y cada uno de los programas contemplados aquí. Debe concebirse al servicio de los otros programas, con una orientación claramente utilitarista. La intervención comunitaria debe ser como una herramienta al servicio de los objetivos específicos de los programas puestos en marcha en la atención primaria de servicios sociales: o para mejorar el nivel de información de los ciudadanos y su acceso a los recursos sociales, o para reducir los procesos de exclusión social, o para cuidar de las personas dependientes, o para proteger a

la infancia, etc. Se entiende por tanto como un método complementario, al servicio de las intervenciones con personas, con familias y con colectivos en situación de necesidad. La intervención comunitaria estará plenamente articulada y responderá totalmente a la lógica de la intervención de los servicios sociales de atención primaria. Incluso en trabajo de sensibilización y transmisión de valores y actitudes positivas, más solidarias al conjunto de la población, cuando se haga, deberá estar directamente relacionado con las necesidades y las circunstancias concretas de la intervención social en esa comunidad.

A través de la intervención comunitaria podrá lograrse:

- Transmitir una información más efectiva y de más amplio alcance a través de los grupos y las asociaciones ciudadanas.
- Desarrollar el apoyo mutuo de personas con problemas comunes, como recurso complementario de las prestaciones e intervenciones de los profesionales del servicio.
- Mejorar la implicación social de las entidades ciudadanas.
- Incorporar a los sectores socialmente más débiles, por problemas de exclusión social o de dependencia, a las organizaciones y entidades ciudadanas, así como a las actividades desarrolladas por ellas.
- Desarrollar el voluntariado.
- Potenciar la autoorganización de personas afectadas para dar respuesta a un determinado problema.
- Desarrollar la capacidad de interlocución, de negociación, con los agentes implicados como mecanismo prioritario de participación en la marcha de los servicios sociales.

Todo ello tiene interés en el proceso de intervención social de cualquiera de los programas de atención primaria en servicios sociales. Por ello, la intervención comunitaria habrá de desarrollarse desde todos ellos. Por ello, la intervención comunitaria no tendría que reflejarse directamente en el organigrama de los servicios, en su estructura administrativa. La responsabilidad de su desarrollo concierne, posiblemente con distinta intensidad en cada momento, a todos los profesionales de los Servicios Sociales de Base y de los equipos territoriales, independientemente de su cualificación previa (trabajadores sociales, educadores, psicólogos, trabajadores familiares,...) como de los programas que desarrollen (acogida, incorporación, atención a domicilio, atención al menor,...).

Cuando en el Servicio Social de Base haya un profesional contratado como animador sociocultural podrá reforzar y especializarse en este tipo de tareas, pero siempre interviniendo conjuntamente con el resto de profesionales de los distintos programas.

La acción comunitaria de los servicios sociales de atención primaria, en los niveles de área y zona debería tender en la medida de lo posible a enmarcarse en acuerdos estables de cooperación con las entidades e instituciones del tejido social del territorio. Estos acuerdos estables de cooperación, en la línea de los contratos comunitarios canadienses o los planes locales de inserción franceses, deberían configurarse como un mecanismo negociado de trabajo conjunto de los servicios públicos (sociales, educativos, sanitarios, de empleo) y las entidades privadas pertinentes (asociaciones y entidades, empresas en las cuestiones de incorporación, voluntariado, etc.). Una tarea fundamental de los servicios sociales de atención primaria es el impulso y la negociación de este tipo de acuerdos.

## 1.4. ESQUEMA DEL CONTENIDO DE LOS PROGRAMAS

En las páginas que siguen se ha recogido de forma sinóptica una primera definición de objetivos y contenidos de los cuatro programas, así como los elementos que configurarían sus dimensiones individual/familiar y comunitaria.

Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social	Atención a personas dependientes
<b>OBJETO</b> Ofrecer a los ciudadanos una primera respuesta a sus problemas sociales. Favorecer el acceso a las prestaciones de los diferentes sistemas de protección social.	Favorecer el desarrollo de los menores en dificultad social compensando las carencias familiares y del entorno cotidiano que puedan obstaculizarlo mediante mecanismos de apoyo familiar y personal.	Favorecer el acceso a los mecanismos de integración social (empleo, formación, vivienda, las relaciones y participación sociales) de personas que presentan dificultades especiales para su incorporación a los mismos.	Procurar a las personas con autovalimiento limitado y a quienes cuidan de ellas apoyos que favorezcan la mejor calidad de vida y autonomía posibles.
<b>POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDO</b> Personas que sufren problemas sociales de cierta importancia y necesitan del apoyo de los servicios sociales.	Padres/madres con dificultades o carencias que impiden un adecuado ejercicio de su rol parental.	Personas que padecen exclusión asociada a insuficiencia de ingresos (ej.: perceptores de la Renta Básica).	Personas con limitaciones importantes y duraderas de su capacidad de autovalimiento que requieren del apoyo de una tercera persona para desarrollar las actividades de la vida diaria.
Personas que necesitan acceder a prestaciones sociales de diferentes sistemas.	Niños/as en situación de desprotección o en riesgo de estarlo.	Personas que padecen exclusión asociada a dificultades sociales específicas objeto de otros tratamientos ("reinserción"). Excluidos. Personas con problemas de drogas. Personas con problemas de salud mental.	Personas con limitaciones de su capacidad de autovalimiento menores o de corta duración, para evitar deterioros.
Población en general.	Niños/as y jóvenes que presentan conductas socialmente inadecuadas o inadaptadas.	Personas que se encuentran en situaciones de riesgo de exclusión social. Jóvenes con dificultades de incorporación.	
<b>TAREAS PRINCIPALES</b> <b>ACCIONES ORIENTADAS HACIA INDIVIDUOS Y FAMILIAS (1)</b> Acogida y orientación social. Atender a las personas que presentan demandas de cualquier tipo ante los servicios sociales con el fin de ofrecer una primera respuesta, detectar situaciones de dificultad y encaminarlos, si procede, hacia uno de los programas de atención primaria.	Acogida y orientación social. Atender a las personas que tienen problemas que afectan a menores, de forma que obtengan una primera respuesta a sus demandas, que puedan ser detectados sus principales problemas y se pueda ofrecer una perspectiva de respuesta más en profundidad.	Acogida y orientación social. Atender a las personas que padecen problemas relacionados con su incorporación social, de forma que obtengan una primera respuesta a sus demandas, que puedan ser detectados sus principales problemas y se pueda ofrecer una perspectiva de respuesta más en profundidad.	Acogida y orientación social. Atender a las personas que padecen problemas relacionados con su autovalimiento, de forma que obtengan una primera respuesta a sus demandas, que puedan ser detectados sus principales problemas y se pueda ofrecer una perspectiva de respuesta más en profundidad.

Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social	Atención a personas dependientes
<p><b>TAREAS PRINCIPALES</b> ACCIONES ORIENTADAS HACIA INDIVIDUOS Y FAMILIAS (y 2)</p>	<p>Detección investigación y valoración: Verificar la existencia de la situación de desprotección. Evaluar su gravedad y las secuelas provocadas en el niño/a. Identificar los factores que inciden en la desprotección Identificar las habilidades y factores que pueden ayudar a superarla. Valorar las posibilidades de cambio. Valorar la necesidad de apoyo a la familia para conseguir el cambio.</p>	<p>Diagnóstico/seguimiento Conectar y conocer a la persona/familia de forma que se puedan detectar sus capacidades y limitaciones en el terreno del acceso al empleo, al ejercicio de sus derechos sociales (vivienda, salud, educación, etc.) y a las relaciones sociales. Diseñar conjuntamente un acuerdo de incorporación social con un plazo, y revisar periódicamente su desarrollo.</p>	<p>Diagnóstico/seguimiento Conectar y conocer a la persona/familia de forma que se puedan detectar sus capacidades y evaluar sus limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, así como el apoyo informal del que puede disponer. Diseñar conjuntamente un plan de atención social, y revisar periódicamente su desarrollo.</p>
<p>Gestión de prestaciones. Facilitar el acceso de los ciudadanos a las prestaciones económicas y técnicas del sistema de servicios sociales, en primer lugar, y de los diferentes sistemas de protección social (pensiones, desempleo, formación, etc.).</p>	<p>Diseñar y llevar a cabo un Plan de intervención consensuado, en la medida de lo posible, con la familia y revisarlo periódicamente. El plan incorporará distintos recursos de prevención secundaria e intervención familiar temprana (programas de preservación familiar, centros de atención diurna, programas de capacitación parental...).</p>	<p>Acceso con apoyos a procesos de incorporación Facilitar el acceso a procesos de incorporación en diversos ámbitos: Procesos de formación y educación orientados a la adquisición de habilidades sociales, niveles educativos básicos y cualificación para el empleo. Experiencias de trabajo en mecanismos de empleo de inserción (empleo social, centros ocupacionales, centros de inserción laboral). Viviendas de integración social.</p>	<p>Apoyo social. Ofrecer apoyos para el desarrollo de la vida cotidiana en el terreno de las tareas domésticas, el apoyo personal, el seguimiento preventivo.</p>
<p>Seguimiento. Mantenimiento de contactos cuando sea necesario con las personas atendidas desde este programa y que no hayan pasado a ser atendidas desde otro, con el fin de detectar posibles dificultades posteriores.</p>	<p>Acompañamiento social. Ofrecer un apoyo y acompañamiento sociales continuados que permitan el desarrollo del plan de intervención hasta conseguir la adquisición y afianzamiento de las habilidades parentales y/o el bienestar de los niños/as.</p>	<p>Acompañamiento social. Ofrecer un apoyo y acompañamiento sociales continuados que permitan el desarrollo sostenido del proceso de incorporación social, y contribuya a eliminar los obstáculos al mismo en los planos individual/familiar, grupal y comunitario.</p>	<p>Acompañamiento social. Ofrecer un apoyo y acompañamiento sociales continuados que permitan el desarrollo sostenido del proceso de incorporación social, y contribuya a eliminar los obstáculos al mismo en los planos individual/familiar, grupal y comunitario.</p>

Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social	Atención a personas dependientes
<p><b>ACCIONES ORIENTADAS HACIA LA COMUNIDAD</b></p> <p>Detección. Detección de las situaciones de riesgo, conflicto y dificultad social en la comunidad.</p>	<p>Detección. Establecimiento de un sistema de trabajo en red con los recursos de atención primaria (centros escolares, centros de salud y salud mental, policía local...) para la detección temprana de casos de desprotección o de inadaptación social.</p>	<p>Detección. Detección de las situaciones de exclusión y dificultad social relacionada con la incorporación social que se produzcan en la comunidad.</p>	<p>Detección. Detección de las situaciones de dificultad relacionada con el autovalimiento que se produzcan en la comunidad.</p>
<p>Información. Información a la comunidad y sus instituciones sobre las respuestas que el sistema de servicios sociales puede ofrecer y las prestaciones de este y otros sistemas a las que puede dar acceso.</p>	<p>Sensibilización social. Sensibilización de la comunidad y sus instituciones (escuelas, asociaciones de padres, entidades de tiempo libre, etc.) sobre los problemas que afectan al desarrollo de los menores, orientada hacia la promoción de actitudes sociales positivas, la prevención, y la disposición a colaborar en la resolución de los problemas.</p>	<p>Sensibilización social. Sensibilización de la comunidad y sus instituciones (empresas, sindicatos, administraciones, asociaciones, etc.) sobre los problemas de exclusión e integración social, orientada hacia la promoción de actitudes sociales positivas, la prevención, y la disposición a colaborar en la resolución de los problemas.</p>	<p>Sensibilización social. Sensibilización de la comunidad y sus instituciones sobre los problemas que afectan a las personas mayores y discapacitadas, en especial a las dependientes, orientada hacia la promoción de actitudes sociales positivas, la prevención, y la disposición a colaborar en la resolución de los problemas.</p>
<p>Cooperación. Colaboración con las entidades e instituciones de la comunidad para la difusión de información sobre los servicios sociales. Contacto continuado con las entidades e instituciones de la comunidad para conocer sus problemas y demandas, y la percepción de los mismos.</p>	<p>Promoción del apoyo social. Impulso de la aparición, desarrollo y organización de formas de apoyo social que favorezcan el desarrollo de los menores y la prevención de los problemas que les afectan, así como que colaboren en la resolución de los mismos (voluntariado, grupos de autoayuda, redes de apoyo social, etc.).</p>	<p>Promoción del apoyo social. Impulso de la aparición, desarrollo y organización de formas de apoyo social que favorezcan la integración social, prevengan la exclusión, la marginación y la discriminación, y contribuyan a la incorporación social y laboral de las personas en dificultad, así como que colaboren en la resolución de los mismos (voluntariado, grupos de autoayuda, redes de apoyo social, etc.).</p>	<p>Promoción del apoyo social. Impulso de la aparición, desarrollo y organización de formas de apoyo social que favorezcan el apoyo a las personas mayores y discapacitadas dependientes y prevengan su aislamiento social (voluntariado, grupos de autoayuda, redes de apoyo social, etc.).</p>
<p>Cooperación. Colaboración con las entidades e instituciones de la comunidad para la difusión de información sobre los servicios sociales. Contacto continuado con las entidades e instituciones de la comunidad para conocer sus problemas y demandas, y la percepción de los mismos.</p>	<p>Cooperación. Colaboración con las escuelas y centros educativos para intervenir conjuntamente en los ámbitos escolar y familiar/social. Colaboración con entidades que desarrollen actividades de tiempo libre y relacionadas con la infancia en general.</p>	<p>Cooperación. Colaboración con dispositivos y programas de formación y empleo para asegurar el apoyo social necesario durante el paso por los mismos de las personas en proceso de incorporación. Colaboración con las empresas que incorporen a personas en dificultad en su acompañamiento social.</p>	<p>Cooperación. Coordinación local con los centros de salud que incluye: Diagnóstico conjunto de la dependencia. Información recíproca sobre la acción de cada uno Colaboración en los casos en los que ambos deban intervenir. Diseño a medio plazo de formas de colaboración más en profundidad.</p>

Acogida y orientación social	Atención a la infancia y adolescencia	Incorporación social	Atención a personas dependientes
<p><b>EJEMPLOS DE ACTUACIONES</b></p> <p>1. Individuales/familiares Atención de información y orientación a los ciudadanos Gestión del acceso a prestaciones.</p> <p>2. Grupales Sesiones informativas en grupo (personas interesadas en una cuestión, entidades/instituciones, etc.</p> <p>3. Comunitarias Los grupos y asociaciones son portadores de información valiosa ya que su acción sobre el terreno y su conocimiento del entorno puede ayudar a la detección de casos. Los grupos sociales tienen capacidad de agentes transmisores de información, ya que a través de ellos se puede llegar a la sensibilización o comunicación de los colectivos a los que representan (podría ser el caso de informaciones para el colectivo de tercera edad transmitida a través de los clubes, o para el sector juvenil, minorías, etc.). También el trabajo en el nivel comunitario puede ser valioso de cara a informar sobre la acción de los servicios sociales, a que se dedican, con quién se trabaja, qué logros se consiguen, etc. ya que los grupos son generadores de opinión y pueden contribuir a forjar en la comunidad una imagen de los SSB que, en ocasiones, puede estar distorsionada.</p>	<p>Trabajo social de casos. Educación familiar. Acompañamiento individual.</p> <p>Grupos de madres y padres con carencias de habilidades parentales. Apoyo a la superación de conflictos en la adolescencia a través del trabajo con los grupos informales.</p> <p>Promoción de redes sociales de apoyo para situaciones de dificultad o conflicto familiar. Detección de situaciones de riesgo mediante el contacto con asociaciones, colegios, entidades, etc. Apoyo a las entidades que organizan actividades apoyo escolar. Creación de redes de coordinación en torno al ámbito familiar que abarquen centros educativos, asociaciones juveniles, etc. Redes de apoyo y cuidado para la atención de los menores. Prevención de conflictos mediante la información y el trabajo de sensibilización de padres e hijos acerca del conflicto familiar, las relaciones familiares, la adolescencia, etc. Actividades de prevención sobre temas específicos como educación sexual, alcohol, etc. Promover el asociacionismo y apoyar a las entidades juveniles e infantiles existentes potenciando su capacidad de organización, su propia responsabilidad, en sus proyectos y de sus decisiones. Fomentar las actividades de ocio y tiempo libre para la infancia y la adolescencia, directamente o a través de las asociaciones. Incorporar al tejido asociativo infantil y juvenil, y a sus actividades, a los menores con mayores dificultades sociales, bien por los procesos de exclusión social que puedan afectar a sus hogares, bien por los posibles conflictos familiares existentes en su entorno, bien por la existencia de alguna minusvalía. Facilitar espacios propios y de encuentro para la infancia y la adolescencia donde puedan organizar y desarrollar sus actividades.</p>	<p>Trabajo social de casos. Diagnósticos de empleabilidad. Acompañamiento individual.</p> <p>Empleo social protegido. Actividades de formación. Creación de grupos de apoyo emocional o psicológica a familiares de personas con determinadas problemáticas: toxicomanías, enfermedad, conflicto.</p> <p>Mediación en conflictos vecinales relacionados con la exclusión Promoción de redes sociales de apoyo para la incorporación social de personas en situación de exclusión social Fomentar su incorporación a asociaciones, promover su asociacionismo, su participación en la vida y en el entorno local, fomentar redes de amistad, vecinales etc. Favorecer la receptividad de diferentes ámbitos sociales (escuela, empresa, vecindario, comercio, ayuntamientos) a la incorporación social de los colectivos con dificultades sociales transmitiendo una información adecuada, visión positiva de los mismos y fomentando los valores de solidaridad y cooperación social. Conseguir la coordinación con entidades de iniciativa social que trabajen con sectores excluidos, evitando la simple derivación y avanzando en la línea del trabajo conjunto y la coordinación entre profesionales aprovechando la especialización y los recursos de los ámbitos público y de iniciativa social. Sensibilización de la sociedad en general en torno a situaciones sociales concretas relacionadas con procesos de exclusión, inmigración, toxicomanías, conflicto familiar, etc. Codena de actitudes o hechos discriminatorios. Fomentar el desarrollo de acciones comunitarias que fomenten la integración social en un entorno local, a través de actividades de ocio, cultura, formación, . . . . Puesta en marcha de acciones orientadas a sectores concretos de población con mayores dificultades, conjuntamente con las entidades ciudadanas, consiguiendo espacios de encuentro intergrupales e intergeneracionales a nivel comunitario.</p>	<p>Trabajo social de casos. Atención domiciliaria.</p> <p>Grupos de cuidadores. Proyectos de formación de cuidadores.</p> <p>Organización de voluntarios para acompañamiento. Sensibilización sobre problemas de las personas dependientes. Movilización de recursos como voluntariado o apoyo informal (familia extensa, vecinos, amistades, asociaciones) orientándolos a cubrir atenciones que la familia no cubre o con el objetivo de liberar la sobrecarga de los cuidadores. Hablamos de tareas como la vigilancia, el acompañamiento, los paseos, gestiones de compras, bancos, farmacia, etc. Transmisión de información y procesos de aprendizaje de buenos hábitos en salud, alimentación, relaciones personales, etc. Fomento del asociacionismo de las personas mayores mediante la creación y el apoyo de asociaciones que realicen actividades culturales y de ocio dirigidas a su colectivo, con el objetivo de evitar problemáticas como el sedentarismo, el aislamiento, la soledad, etc. Lograr la incorporación en el tejido asociativo y en las actividades organizadas en él, también de las personas con mayores problemas de autovalimiento y con mayores dificultades sociales. Fomentar la creación de recursos orientados al cuidador informal: cursos sobre la atención y los cuidados, apoyo emocional mediante el trabajo comunitario en grupos, fomento del ocio y de las relaciones sociales, etc.</p>

## 2. Renovar formas y métodos de trabajo: el reto de la calidad en el trabajo social

---

### 2.1. GESTIÓN DE CASOS

#### Qué se entiende por gestión de casos

El concepto de gestión de casos tiene ya una cierta tradición en el mundo de los servicios sociales. En el sentido en el que aquí lo empleamos, se entiende por gestión de casos la unificación de las responsabilidades sobre cada caso atendido en un mismo profesional o equipo, responsable de la gestión del mismo, de la coordinación de las respuestas diversas que deban ofrecerse, con una continuidad temporal y una asignación importante de capacidades de decisión (y las correspondientes responsabilidades) al profesional o equipo. Se trata en definitiva de crear una relación de referente o de cabecera entre el caso (persona o familia) y el profesional o equipo que se encarga de su gestión. Significa invertir el esquema, que se produce en ocasiones, del profesional que atiende cada demanda y la remite a la instancia correspondiente que decidirá, para afianzar un modelo en el que el profesional atiende el caso y asume la decisión y la consiguiente responsabilidad.

#### Condiciones organizativas para la gestión de casos

El desarrollo de un trabajo de gestión de casos requiere de la existencia de una serie de condiciones organizativas para ser viable. Estas condiciones, con las correspondientes peculiaridades, son aplicables a los tres programas de intervención social que se proponen.

En primer lugar, los gestores de casos deben tener asignado un número abaricable de casos en cada momento. Es difícil determinar de forma clara cuál es el número idóneo o máximo de casos de los que puede responsabilizarse un gestor. Cifras muy elevadas pueden no ser asumibles si todos se tratan de situaciones de gravísima dificultad, pero, a la inversa, no todos los casos requieren una intensa atención de forma permanente. En general se podrán establecer cifras más elevadas para el programa de atención a personas con dificultades de autovalimiento que para los otros dos programas que precisan, sin duda, de una intervención social muy intensa.

Por ello, creemos que se debe ir desarrollando en la práctica una graduación de la intensidad de atención (tipos de casos) y de la forma de combinarlos hasta un número que sea al mismo tiempo eficaz (no degrade la calidad de la atención) y eficiente (no suponga un despilfarro de recursos).

En segundo lugar, los gestores tienen que saber con rapidez con qué recursos pueden contar y acceder a los mismos con agilidad. En ocasiones es más importante saber con qué se cuenta (aunque sea limitado) que disponer de una gama amplísima e ilimitada de recursos. Ello requiere de una descentralización en las decisiones, de forma que el gestor pueda dar respuestas a medida con agilidad. Evidentemente, existen múltiples formas de descentralización del control sobre los recursos. En el sistema sanitario nos encontramos con un grado máximo de descentralización (a pesar del carácter administrativamente centralizado del sistema de salud) en el cual el técnico gestor del caso (el médico) decide de forma autónoma sobre los recursos de forma absoluta: puede prescribir casi cualquier intervención o prestación sin tener en cuenta ningún límite en cuanto a su coste, ni está obligado a demostrar que era la respuesta única posible, o la más razonable. No hay que decir que este modelo es impensable en el sistema de servicios sociales. Sin embargo, existe un amplio espacio para la mejora sin llegar a esos extremos. Se puede pensar en varias estrategias:

- Dotar a los gestores de casos de ciertos recursos que pueden aplicar directamente, sin necesidad de ningún tipo de trámite o autorización, siempre dentro de las disponibilidades. Por ejemplo, un gestor de casos que cuenta en su plantilla con trabajadores familiares o educadores puede decidir la asignación a un

caso de determinadas horas de atención, evidentemente dentro de la plantilla existente y la jornada laboral de quienes la componen. La verificación del buen uso debe realizarse siempre a posteriori, mediante balances, memorias y evaluaciones sobre períodos de tiempo ya transcurridos.

- Dotar a los gestores de casos de recursos de los que pueden disponer en el marco de unos límites que desbordan su propio ámbito, pero que en todo caso deben ser cercanos. Así, se puede pensar en asignar unos recursos flexibles para la contratación de servicios fuera de horario o fuera de la plantilla (atención a domicilio, educación familiar, etc.) o un volumen de plazas de ciertos servicios (centros de día, empleo social) a un nivel superior al del gestor o la zona (el área o comarca). Los gestores de casos podrían disponer de esas plazas siempre que hubiera disponibilidad y su idoneidad fuera aprobada por un responsable. Este responsable con capacidad de decisión está administrativamente por encima del gestor de casos, pero está cerca del mismo (forma parte del equipo, escucha los argumentos del gestor, responde de forma rápida, hace partícipe al gestor de los límites de los recursos).
- En los casos en los que no sea posible o conveniente la descentralización plena o a un nivel intermedio, donde por tanto la decisión se tendrá que mantener en una instancia central, es imprescindible que la rapidez en la respuesta y la transparencia en los criterios sean máximas. Aunque en esos casos el gestor no decida, debe estar en condiciones de anticipar con una alta probabilidad de acierto cuál será la respuesta y de obtenerla en un plazo muy breve. Muchas de las tensiones actuales entre los Servicios Sociales de Base y el Instituto Navarro de Bienestar Social no derivan de que éste último decida en ocasiones en contra de las propuestas o pretensiones de los Servicios Sociales de Base, sino de la dificultad de saber cuál puede ser la respuesta y en qué plazo se producirá. No hay que olvidar que la relación directa, cara a cara con la persona solicitante la tiene el Servicio de Base, lo que le atribuye una cierta responsabilidad ante el usuario, de la que la posibilidad de echar la culpa al Instituto Navarro de Bienestar Social sólo es una pírrica válvula de escape. Los gestores de casos deben poder saber muy pronto si podrán contar con los recursos centralizados y pensar en respuestas alternativas ágiles en casos de denegación.

En tercer lugar, una gestión eficaz de los casos requiere de una cierta continuidad en la responsabilidad sobre los casos, así cómo de una continuidad en la atención misma. En este sentido, se debe procurar que sean un mismo gestor quien se ocupe de un caso a lo largo de todo su proceso, salvo razones de fuerza mayor (bajas, cambios en la plantilla, etc.) o razones derivadas de la propia dinámica del caso (traslados de residencia, conflictos entre usuario y gestor, etc.). Ello implica que la tarea de gestión debe ser organizada de forma que esta continuidad sea posible, lo cual requiere de la estabilidad del personal y de un sistema de asignación de casos eficaz. Es preferible tomarse un cierto tiempo entre la acogida inicial y la asignación definitiva a un gestor (dar tiempo a conocer mejor el caso, a determinar conjuntamente quien es el gestor idóneo) que tener que cambiar más adelante de gestor. Esta continuidad debe permitir que el gestor pueda prever la evolución del caso e ir evaluando los efectos de la respuesta ofrecida para ir ajustándola a dicha evolución.

En cuarto lugar, la gestión de casos requiere un sistema de información ágil y eficaz. Este sistema debe servir no sólo para un control general de la atención ofrecida (memorias anuales, etc.) sino también y principalmente para que el gestor de casos y sus responsables inmediatos puedan tener una información permanente acerca de sus casos y acerca de los recursos utilizados, utilizables y sus costes. Con este fin, el sistema (cuyo diseño detallado debe hacerse para cada programa) debe contar con dos grandes componentes:

- Un sistema de registro de la intervención que permita conocer para cada caso las características personales (edad, sexo, convivencia), el tipo de problemas sobre los que se trabaja (grado de dependencia y carga de trabajo, tipo de problemática familiar, dificultades y posibilidades para la incorporación), los apoyos informales con que cuenta y los recursos empleados en la atención formal (tipos de servicios y prestaciones, horas, importe, etc.). Este sistema debe permitir a cada gestor y a sus responsables inmediatos acceder en todo momento a la información individual para conocer la marcha del caso, y debe permitir tam-

bién obtener información agregada acerca del número y tipo de usuarios y atención ofrecida.

- Un "catálogo" de recursos utilizables. No se trata de una guía de servicios sociales en el sentido tradicional, que también es necesaria, y de hecho existe y debe mantenerse. Se trata más bien de una información precisa acerca de qué mecanismos existen efectivamente de los cuales puede disponerse (cuántas horas de atención hay disponibles en el servicio o de otros proveedores, plazas de formación o en talleres, etc.) y sobre los costes de cada uno de ellos. Su informatización, aunque probablemente útil, no es tan importante como en el caso del sistema de registro. Es necesario establecer un sistema de costes o precios de referencia que sirva para la medición del esfuerzo de atención, y podría servir de base para la aportación de los usuarios cuando ésta proceda.

En quinto lugar, el sistema de gestión de casos requiere también de mecanismos de rendición de cuentas continuados. No se trata de enjuiciar a los gestores y calificarlos. Se trata de que en un sistema que delega en los gestores el diseño de la atención, el control debe ser realizado a posteriori. Las intervenciones deben ser revisadas periódicamente de diversas formas, y en esa revisión debe evaluarse la idoneidad, eficacia y eficiencia de la intervención. Se trata de controlar los resultados más que el procedimiento. Entre los mecanismos de rendición de cuentas debería darse una especial importancia a los siguientes:

- La revisión entre iguales. La discusión periódica de los casos y las intervenciones entre diversos gestores de casos sirve no sólo para evaluar conjuntamente cada intervención sino también para intercambiar experiencias, difundir buenas prácticas y armonizar criterios de trabajo.
- El control descentralizado. Los responsables de área deben realizar un control de la intervención desarrollada por los gestores de su correspondiente ámbito. Este control cercano debe permitir corregir desviaciones desde una instancia de control cercana al caso.
- El control o evaluación global. Periódicamente es necesario obtener y analizar información sistemática y global que permita conocer las relaciones entre tipos de problemas, atención ofrecida, costes y resultados a escala del conjunto de cada programa.

---

## 2.2. CUATRO CONCEPTOS ORGANIZADORES

En el proceso de atención directa es preciso introducir algunos conceptos clave en relación con las formas y procedimientos de trabajo social. Estos conceptos son transversales a los programas, es decir, son de aplicación en todos ellos con las necesarias adaptaciones a sus peculiaridades. Estos conceptos pretenden favorecer procedimientos de trabajo que no sólo mejoren la calidad del trabajo social sino que sirvan para corregir formas perversas que se han desarrollado en algunos casos en el marco de la deriva burocrática de algunos servicios.

Por otro lado, en la práctica actual de los servicios hay experiencias de aplicación de estos conceptos. No se trata, pues, de introducir desde fuera un diseño completamente nuevo, sino de generalizar de forma sistemática y normativa las mejores prácticas que se vienen desarrollando parcialmente en la actualidad.

### Acogida

Acoger es distinto de recibir la demanda, valorarla y darle curso. La configuración de los Servicios Sociales de Base, su estructura, horarios, etc. tienden a convertir la atención inicial a las personas que acuden a ellos en un proceso de recepción de la demanda y valoración de la misma. Existe el riesgo de que los servicios reciban a personas que presentan una demanda (a veces muy precisa, a veces menos clara), les atiendan, comprueben si la persona solicitante reúne los requisitos para acceder a alguna de las prestaciones relacionadas con la demanda y en todo caso valoren si esa prestación u otra es la más adecuada. En un proceso de este tipo, la intervención se produce a remolque de la demanda (la encausa o desvía en el mejor de los casos) y tiende a interrumpirse cuando el proceso de tramitación finaliza.

La acogida que debe situarse al inicio de los procesos de intervención social es de naturaleza distinta y requiere de estructuras organizativas y formas de trabajo que la hagan posible.

Entendemos por proceso de acogida el que va desde el primer contacto (en general, la recepción de una primera demanda) hasta el establecimiento de una relación estable de trabajo social. Este proceso requiere de tiempos, espacios y formas de comunicación que hagan posible el establecimiento de esa relación estable. Este proceso tiene como objetivos principales:

- Ofrecer una primera respuesta a la demanda, bien satisfaciendo una necesidad urgente, bien haciendo ver a la persona usuaria que su problema va a ser considerado como se merece.
- Crear un clima de confianza que permita que emerjan los problemas y necesidades que se hallen detrás de la demanda expresada inicialmente.
- Establecer un primer diagnóstico acerca del caso.
- Crear una relación de referencia, es decir, una relación entre profesional y persona usuaria que pueda convertirse en el eje de una intervención continuada a medio plazo.

La acogida requiere de espacios (físicos y de comunicación) en los que pueda crearse una relación de comunicación sincera, de confianza. Requiere un contacto cálido que permita un conocimiento mutuo. La acogida comporta una vinculación profesional con la persona (o familia) en su conjunto, no únicamente con uno u otro de sus demandas o problemas.

Por ello, es preciso establecer tiempos razonables y formas de encuentro adecuadas. No es posible completar un proceso de acogida en unos pocos días, como no es razonable esperar un diagnóstico de un caso y una propuesta de intervención en un par de semanas. El proceso de acogida requiere de encuentros entre profesional y persona usuaria que van más allá de la simple entrevista en el despacho oficial. Es preciso, según los casos, utilizar formas más abiertas, menos intimidatorias y más cercanas a la persona como la visita domiciliaria (que no es una inspección ocular de la vivienda), encuentros fuera del despacho, encuentros en grupos o en actividades colectivas, etc.

Ni qué decir tiene que no todas las personas que acuden a los Servicios Sociales de Base necesitan de un proceso de acogida en este sentido. En muchos casos se trata de personas que desean información o acceso a prestaciones que no expresan una necesidad más compleja. En tales casos basta con la respuesta a la demanda. Es de vital importancia que en la recepción inicial de la demanda se puedan detectar aquellas situaciones en las que tras la misma se intuyan problemas o necesidades no expresadas. Es en este tipo de situaciones, y desde luego en aquellas en las que un problema social grave es presentado directamente, en las que es pertinente iniciar un proceso de acogida.

### Diagnóstico

El diagnóstico no es una simple tipificación de los problemas. El hecho de que buena parte del trabajo social se desarrolle desde instancias administrativas ha podido extender una cierta visión del diagnóstico social como un proceso de clasificación, de encaje de la situación presentada en un tipo de demanda al que correspondería una determinada prestación. Se trataría de actuar de forma análoga a como lo hacen los procedimientos jurídicos, que verifican en qué supuesto de los previstos en la legislación se encuentra una situación o una conducta personal y determinan por procedimientos formales a qué tiene derecho o a que penalización es acreedora la persona.

Esta reducción burocrática del diagnóstico social tiene efectos negativos en dos sentidos.

Por un lado, tiende a simplificar en exceso el problema y las respuestas al mismo. Las respuestas tienden a estereotiparse, sin exigir una comprensión correcta del

momento de su proceso personal y vital en que se encuentra esa persona, y qué respuestas pueden ser las que mejor encajen en ese momento de su trayectoria.

Por otro lado, y es casi más grave, esta concepción del diagnóstico pone el énfasis en los aspectos negativos, carenciales de las personas que en sus activos, sus capacidades y potencialidades. Con demasiada frecuencia las preguntas que se plantean permiten averiguar de qué carece la persona, con el bien intencionado fin de ofrecerle aquello que le falta. Sin embargo, este enfoque no sólo proyecta (a veces de manera muy sutil) una visión negativa del usuario que éste acaba por aceptar. Además, concibe el proceso de atención o de intervención como un proceso de consumo de recursos.

El diagnóstico social debe realizarse en todos los casos en los que se prevea una intervención social más o menos prolongada. Debe realizarse con procedimientos y formas de trabajo que permitan poner sobre la mesa las posibilidades y las carencias, los deseos y las prioridades de los usuarios. Evidentemente estos deseos y preferencias no tienen que aceptarse de forma acrítica. Parte del trabajo social en el diagnóstico consiste en poner en evidencia los errores de percepción o de estrategia vital en los que se encuentre la persona atendida. Pero el diagnóstico debe ser codiagnóstico, y en ocasiones la supuesta verdad técnica del profesional deberá promediarse con aquello que la persona atendida esté en condiciones de aceptar.

### **Intervención articulada y contractual**

La actual estructura tiende a poner el trabajo social en una dinámica de intervenciones puntuales sucesivas. Es frecuente oír a los trabajadores sociales expresar sus dificultades para dedicar el tiempo suficiente al diagnóstico y comprensión de la situación, tener que limitarse a tramitar alguna prestación, perder el contacto hasta el momento de la renovación o de la aparición de una nueva demanda. Es frecuente oírlo expresado en términos de la imposibilidad de realizar un seguimiento de los casos.

Es necesario generalizar un modelo de intervención más continuada en el tiempo, más sistemática y con referencias temporales claras. Se trata de planificar conjuntamente con la persona usuaria una intervención al plazo medio que sea posible en cada caso (un mes, tres meses, seis meses). Se trata de poner sobre la mesa el diagnóstico conjunto del que se habla en el apartado anterior, la propuesta de trabajo para un período razonable que tenga en cuenta los recursos del usuario y del servicio que realmente puedan ser utilizados y establecer un compromiso de trabajo conjunto. Este compromiso vincula a ambas partes, y su cumplimiento debe ser verificado periódicamente. La verificación no debe entenderse como un examen punitivo para reprochar al usuario (o al servicio) los posibles incumplimientos, sino un instrumento para rectificar y mejorar la intervención. En muchas experiencias, la obligación de establecer acuerdos de trabajo con una evaluación periódica (semestral, en general) ha tenido un efecto muy positivo sobre la propia práctica de la intervención social, que se ve así obligada a ordenarse y controlarse a sí misma.

Así, el sistema de intervención planificada, negociada y con plazos de revisión es un modelo aplicable, con las necesarias especificidades, tanto a los procesos de incorporación social y laboral como a la atención de personas dependientes o las intervenciones familiares que afectan a menores. En los procesos de incorporación social la reciente normativa prevé el Acuerdo de incorporación como instrumento de plasmación de este modo de trabajo. En la atención a personas dependientes se propone establecer planes de atención negociados. Del mismo modo, el actual programa de educación familiar ha establecido procedimientos de trabajo que pueden ser de aplicación en el programa de atención a la infancia y la adolescencia.

### **Acompañamiento**

Este proceso sostenido de intervención requiere de un acompañamiento profesional. El proceso necesita de un hilo conductor, si se quiere evitar que se reduzca a un mero consumo de recursos. Este hilo conductor debe venir de la propia estrategia de salir adelante de la persona usuaria, pero con frecuencia esta es-

trategia requiere de puntos de apoyo sólidos. La relación estable entre persona usuaria y profesional referente, el acompañamiento de los procesos de incorporación, de atención o de apoyo familiar debe servir como la apoyatura de la estrategia y la responsabilidad de la persona usuaria.

El acompañamiento es algo diferente del seguimiento, aunque a veces se confundan. La idea de seguimiento evoca una relación en la que la persona usuaria es un objeto paciente, sometido a una observación periódica por parte de un profesional. Es el profesional quien sigue, observa, vigila y controla a la persona usuaria. La idea de acompañamiento parte de la responsabilidad de la persona usuaria en intentar organizar su propia estrategia de salir adelante, de utilizar los recursos a su alcance de forma eficaz; pero parte igualmente de la constatación de las dificultades que las personas usuarias tienen con frecuencia para hacerlo.

En la relación de acompañamiento el profesional asume un cierto papel de tutela del proceso. El profesional debe estar al alcance de la persona usuaria en todo momento (en el marco de los horarios y obligaciones laborales, claro está). Debe crear una relación de confianza que permita al usuario recurrir a él cuando algo vaya mal, o cuando tenga dudas sobre como abordar una cuestión. Debe permitir al profesional detectar con rapidez los problemas que puedan surgir y prevenir la evolución del caso a corto y medio plazo.

El acompañamiento debe incluir un importante componente de mediación social. Mediación para tender puentes que ayuden a resolver conflictos familiares o vecinales. Mediación como forma de promover recursos informales para la atención o la incorporación. Mediación como instrumento para el acceso a redes y actividades sociales que ayuden a mejorar la situación de la persona atendida.

### 2.3. UNA CIERTA ESPECIALIZACIÓN

El desarrollo de un trabajo social de calidad requiere de una cierta especialización de los profesionales. Sin perjuicio de que sigan existiendo figuras polivalentes, la naturaleza de los problemas y su complejidad requieren de un esfuerzo por especializar a buena parte de los profesionales.

Los núcleos de especialización, en línea con la estructuración propuesta de la acción de los servicios serían:

- Familia, desarrollo de la infancia y adolescencia, procesos de socialización, escuela.
- Procesos de exclusión e incorporación social, acceso a la formación y el empleo, inserción por lo económico, la vivienda en procesos de incorporación social
- Tercera edad, discapacidad y dependencia

### 2.4. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN

Finalmente, hay que señalar que la puesta en marcha de este modelo requerirá de un importante esfuerzo en la formación y potenciación de los recursos humanos y la extensión de métodos de trabajo en equipo. En este ámbito, será necesario establecer espacios de supervisión que permitan la formación sobre el terreno y la reflexión sobre la práctica de los profesionales, en el marco de una estrategia de mejora de la calidad de los servicios.

## 3. Reforzar la estructura

Desde el punto de vista práctico, la reordenación supondría una serie de medidas concretas de reorganización y ampliación de la actual red, cuyos elementos principales se indican a continuación.

---

### 3.1. DEFINIR UN CONTENIDO OBLIGATORIO

En la actualidad la normativa legal establece como contenido de obligada implantación en toda Navarra únicamente el llamado programa general.

Se propone la implantación en toda la Comunidad Foral de cuatro programas:

- Programa de acogida y orientación social
- Programa de atención a la infancia y adolescencia
- Programa de incorporación social y laboral
- Programa de atención a personas dependientes

La implantación de estos programas se realizará en el conjunto de la Comunidad. Siempre que sea posible (y lo es en la inmensa mayoría de los casos) se implantarán en cada una de las zonas básicas y en las áreas de servicios sociales. Cuando por razones de tamaño no sea posible implantar un programa en algún Servicio Social de Base, se asegurará su oferta a los ciudadanos de la zona desde el área a la que pertenezca.

La responsabilidad de la existencia de estos cuatro programas corresponde al Gobierno de Navarra y a los municipios mayores de 20.000 habitantes. En la medida en que sea viable puede seguir contándose con la colaboración de los municipios menores, aunque corresponde al Gobierno de Navarra asegurar su existencia cuando los municipios no estén en condiciones de asumirla.

---

### 3.2. ORGANIZAR LA RED DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN TRES NIVELES

Con el fin de permitir la implantación eficaz de los cuatro programas, así como de reforzar la acción de los Servicios Sociales de Base y dotarles de una orientación estratégica, el sistema de servicios sociales de atención primaria deberá contar con tres grandes niveles:

**1. La zona básica**, ámbito de actuación del Servicio Social de Base. La zona es el nivel básico de la atención social primaria. En este nivel debe desarrollarse la gran mayoría de las acciones de atención directa a las personas y grupos.

**2. El área**, en la que se sitúa el Centro de Servicios Sociales. Este nivel, prácticamente inexistente en la actualidad, agrupa una serie de zonas contiguas. Se propone la creación de una estructura organizativa en este nivel, cuyas funciones serían:

- El apoyo a la acción de atención directa desarrollada en las zonas.
- La coordinación, armonización de criterios a nivel de área y supervisión del trabajo de los Servicios Sociales de Base en cada área.
- La integración de las acciones a desarrollar en cada uno de los programas desde cada una de sus zonas en un plan de acción sistemático, en que se incluye un acuerdo marco o contrato comunitario con los diversos agentes sociales del territorio.
- La responsabilidad de gestionar, en estrecha coordinación con los Servicios Sociales de Base, los recursos que no sean descentralizables a cada una de las zonas, ni estén regulados como derecho formal.

**3. La Comunidad Foral**, en cuyo ámbito el Instituto Navarro de Bienestar Social es el responsable de la gestión de los servicios sociales. A este nivel, es preciso implantar un sistema de dirección, programación y apoyo técnico al conjunto de la red primaria (Centros de Servicios Sociales y Servicios Sociales de Base). En una red concebida de forma descentralizada es preciso asegurar mecanismos de armonización de criterios que aseguren una atención razonablemente homogénea desde los diferentes niveles y en los distintos territorios. En todo caso, corresponde a este nivel la responsabilidad de aquellos servicios y acciones en que, por su naturaleza, no sea oportuna su gestión descentralizada.

La responsabilidad administrativa de cada uno de los niveles corresponderá a las siguientes instancias de la administración:

Los Servicios Sociales de Base serán gestionados por los ayuntamientos o mancomunidades. Esto es así necesariamente en los mayores de 20.000 habitantes.

Los Centros de Servicios Sociales serán gestionados por:

- El Ayuntamiento en el caso de Pamplona
- En las áreas donde sea posible, por el Ayuntamiento cabecera de área o en su caso, por una Mancomunidad que abarque el área. El modelo del Ayuntamiento cabecera de comarca sería viable claramente en los casos en los que dicho municipio tenga más de 20.000 habitantes (Tudela, por ejemplo. También sería posible en casos como Estella o Tafalla.) Como es lógico, el Gobierno de Navarra debería aportar, mediante el correspondiente Convenio, los recursos necesarios para costear el servicio que dicho ayuntamiento presta a otros municipios. La posibilidad de una Mancomunidad sería concebible en el caso de la Comarca de Pamplona, aunque más difícil en otras áreas.
- En las áreas donde el tamaño y características de los ayuntamientos impida las soluciones anteriores, la gestión correspondería al Instituto Navarro de Bienestar Social. Cabe pensar que, en principio, este sería el caso de las actuales áreas Noroeste y Noreste.

Tabla 1

Nivel	Servicio	Modelo1. Pamplona	Modelo 2	Modelo 3
Zona básica	Servicio Social de Base	Ayuntamiento	Ayuntamiento	Ayuntamiento
Area	Centro de Servicios Sociales	Ayuntamiento	Ayuntamiento de la cabecera o Mancomunidad área	INBS
Navarra	Dirección de Atención Primaria	INBS	INBS	INBS

### 3.3. LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA LA REORDENACIÓN

La implantación de los cuatro programas en los tres niveles requiere de una ampliación y un reajuste de los recursos humanos de la red actual. Esta ampliación se sitúa en el marco de la aplicación del Plan de Lucha contra la Exclusión (implantación de los equipos de incorporación sociolaboral y de atención a la infancia) y del Plan Gerontológico (ampliación y reorganización de la atención domiciliaria).

En líneas generales, la implantación de este modelo supone el establecimiento de varias figuras profesionales:

**Trabajadores sociales de primera acogida:** se trata de trabajadores sociales de orientación generalista, que constituirán la base del programa de acogida y orientación social.

**Gestores de casos.** Se trata de profesionales de la intervención social encargados de la atención directa a las personas en la comunidad según el modelo de gestión de casos. Siempre estarán adscritos a uno de los tres programas (infancia, incorporación, dependencia).

**Técnicos de apoyo/responsables de programa.** Se trata de técnicos de diferentes formaciones y especializaciones (trabajadores sociales, psicólogos, técnicos de empleo, etc.) que forman los equipos de cada programa en los Centros de Servicios Sociales de área.

Estas tres figuras profesionales deben desarrollar su acción en las dimensiones tanto individual/familiar como comunitaria de los programas, dentro de la lógica especialización de cada una.

La dotación de personal de la red en estas tres figuras se realizará por medio de un proceso de reorganización de las actuales plantillas, transformación de algunas figuras actualmente existentes adscritos a otros programas y, cuando sea preciso, la ampliación de los recursos humanos.

Los trabajadores sociales de primera acogida se ubican siempre en los Servicios Sociales de Base. La dotación actual de puestos de trabajador social para el llamado programa general constituye la base de la plantilla.

Los gestores de casos podrían ubicarse en los Servicios Sociales de Base o en el nivel de área. Las dos opciones serían:

- Los gestores de casos deberán ubicarse en los Servicios Sociales de Base siempre que sea posible. Sólo en los casos en los que no sea viable asignar un gestor de casos a una sola zona se ubicarían en los Centros de Servicios Sociales.
- Los gestores de casos se ubicarían prioritariamente en los Centros de Servicios Sociales de área, aunque en algunas ocasiones puedan pasar a los Servicios Sociales de Base.

Esta cuestión no ha sido aún dilucidada. Para hacerlo habrá que tener en cuenta la realidad actual de los servicios (que ya incluyen una parte importante de los futuros gestores de casos), la viabilidad de implantar estructuras amplias en el nivel intermedio (y la administración de la que dependerían), las ventajas e inconvenientes derivadas de una posible separación entre Servicios Sociales de Base y equipos, etc.

Los gestores de casos estarán siempre asignados a uno de los tres programas. El punto de partida de la plantilla de gestores de casos la constituyen los profesionales adscritos actualmente a los programas específicos. Con el fin de completarla hasta la plantilla necesaria, se propone estudiar la reconversión de algunas figuras actuales y la ampliación de los recursos humanos disponibles. En concreto, se propone sustituir las actuales plazas de trabajador social y/o educador del empleo social protegido por gestores de casos de incorporación ubicados de forma permanente en la plantilla de los Servicios Sociales de Base.

Los técnicos responsables de los programas y de apoyo en cada área se ubicarán en los Centros de Servicios Sociales. El Instituto Navarro de Bienestar Social estudiará la forma de reorganizar sus recursos para dotar en parte estos equipos, y ampliar sus recursos o concertar estas prestaciones cuando sea necesario. Esto hace referencia a los casos (probablemente minoritarios) en los que corresponda al Instituto Navarro de Bienestar Social la gestión directa de los Centros de Servicios Sociales. En los casos en los que la gestión sea municipal, puede pensarse en la reconversión de algunos de sus técnicos especializados para estas funciones.

## 4. Un organigrama de la atención primaria

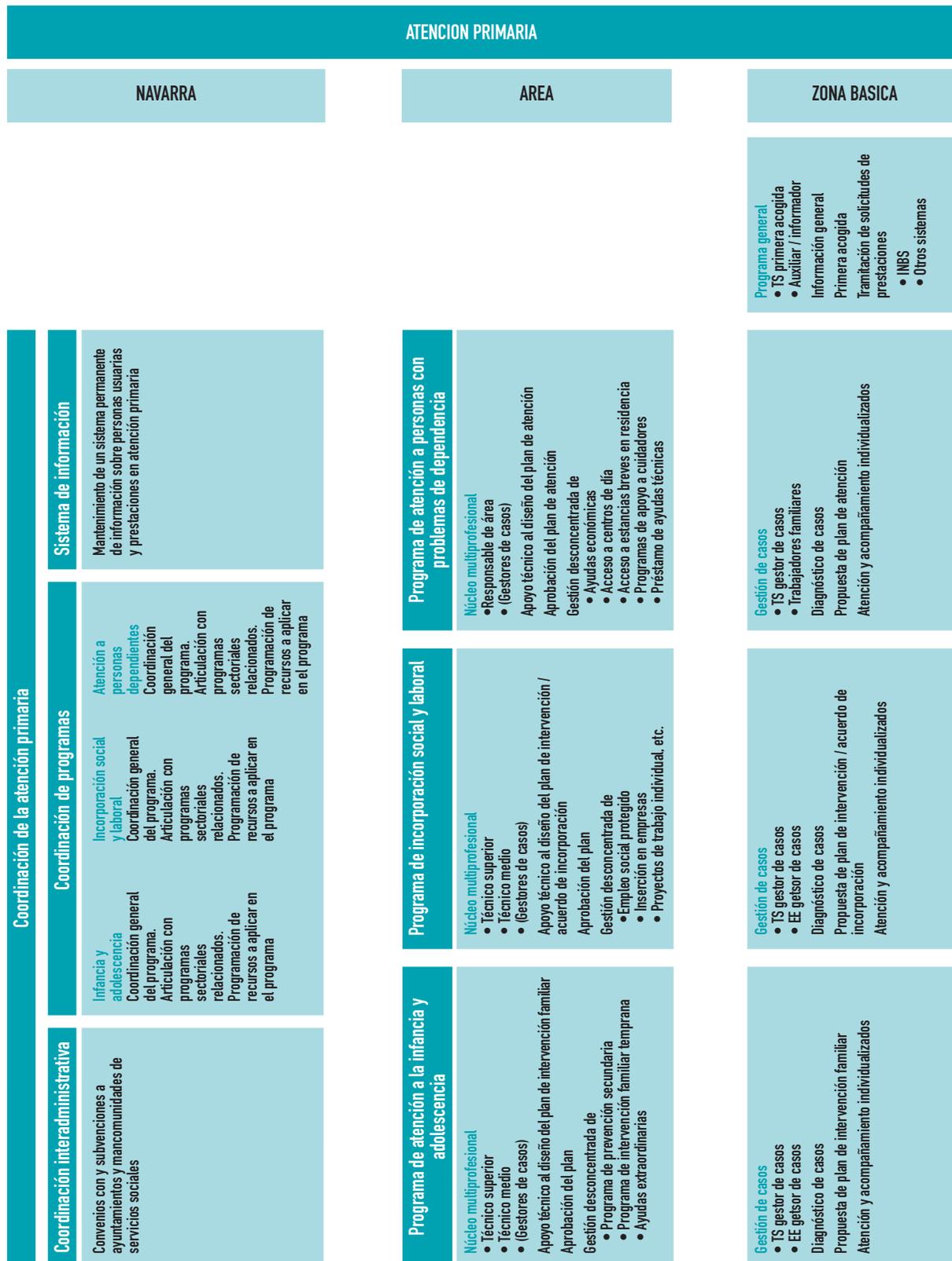
### 4.1. DEFINICIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- La atención primaria engloba los servicios, programas y actuaciones de los servicios que tienen como finalidad atender las situaciones de dificultad social que padecen personas y grupos en su propio medio comunitario sin que supongan su internamiento en centros residenciales o de rehabilitación.
- La atención primaria se desarrolla en el territorio de las comunidades locales y con el concurso y la participación de las personas, grupos e instituciones que las componen.
- La atención primaria se desarrolla con una orientación preventiva tanto en sus actuaciones tendentes a evitar la aparición de problemas sociales como en aquellas que tienen por objetivo paliar tales problemas, compensar carencias e incorporar socialmente a personas en dificultad.

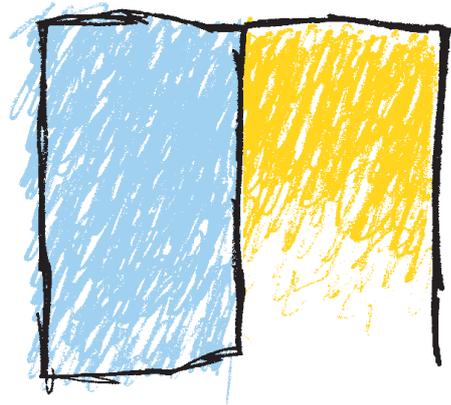
## 4.2. ESTRUCTURAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- La atención primaria se organiza en Navarra en dos ámbitos territoriales: el área y la zona básica. La zona básica se define según los criterios de la Ley Foral de Zonificación Sanitaria y deberá coincidir con la zonificación de salud, salvo en casos excepcionales y muy justificados, que deberán ser aprobadas específicamente. El área es una agrupación de zonas delimitada combinando los criterios de permitir la plena implantación de todas las actuaciones de atención primaria y de asegurar un nivel aceptable de proximidad de acceso a los ciudadanos y de incardinación en el tejido social local de sus servicios.
- En cada área se establecerá un Centro de Servicios Sociales (Algunas Áreas, por su volumen de población o problemática podrán compartir Centro). En cada zona básica se establecerá un Servicio Social de Base.
- La atención primaria se organiza en 4 programas:
  - Programa de acogida y orientación social
  - Programa de atención a la familia, la infancia y la adolescencia
  - Programa de incorporación social y laboral
  - Programa de atención a personas dependientes
- Los programas de atención primaria deberán implantarse en todos los Centros de Servicios Sociales asegurando su acceso a todos los ciudadanos de Navarra. Los programas se implantarán igualmente en los Servicios Sociales de Base, salvo en los casos en los que por la reducida población de la zona no sea viable la implantación de uno o varios de ellos. En tal caso, el Centro de Servicios Sociales de área deberá asegurar el desarrollo de las actuaciones de los programas no implantados en tales zonas. En todo caso, todos los Servicios Sociales de Base deberán implantar el programa de orientación y acogida social.
- Los Centros de Servicios Sociales contarán al menos con un equipo de atención a la infancia, un equipo de incorporación social y laboral y un equipo de atención a personas dependientes. Cada uno de estos equipos se encargará de la coordinación del programa respectivo en su área y de su desarrollo trabajando integradamente con las personas adscritas a cada programa en los Servicios Sociales de Base de su área. Se tenderá a que los técnicos de los servicios sociales encargados de la gestión de los casos formen parte de los Servicios Sociales de Base, salvo cuando la dimensión de la zona no lo haga posible.
- Los Centros de Servicios Sociales estarán organizados bajo responsabilidad de las siguientes administraciones públicas:
  - En los municipios de más de 20.000 habitantes, de su Ayuntamiento.
  - En los municipios de menos de 20.000 habitantes, del Gobierno de Navarra.
  - Cuando los criterios de delimitación de áreas aconsejen englobar en un mismo área municipios mayores y menores de 20.000 habitantes, el Gobierno de Navarra podrá acordar, mediante la firma de un Convenio, con el Ayuntamiento del municipio mayor la prestación por parte del mismo, en colaboración con el Gobierno de Navarra, de los servicios para todos los municipios del área.
  - El Gobierno de Navarra podrá acordar con Agrupaciones o Mancomunidades de Ayuntamientos que abarquen la totalidad o la mayor parte de un área y que en su conjunto superen los 20.000 habitantes, la asunción de la responsabilidad del Centro de Servicios Sociales por parte de dicha mancomunidad.
- Los Servicios Sociales de Base estarán organizados bajo responsabilidad de las siguientes administraciones públicas:
  - En los municipios de más de 20.000 habitantes, de su ayuntamiento.
  - En los municipios de menos de 20.000 habitantes, de sus ayuntamientos solos o mancomunados. En todo caso, el Gobierno de Navarra asegurará la implantación de los servicios sociales de base en todas las zonas en las que los ayuntamientos que por su dimensión no estén obligados a crearlos no lo hagan voluntariamente.

# Anexo 1. Un esbozo de organigrama de la atención primaria



Los recuadros correspondientes al nivel Navarra tratan de indicar funciones a desempeñar y no prejuzgan el modelo organizativo a establecer por el Instituto Navarro de Bienestar Social.



# Capítulo 3

## Programa de Acogida y Orientación Social

### REDACTORES:

Belén Guillén Gil  
Joaquina Martín Chamizo  
Jose I. Pardo Blanco  
Blanca Pérez de San Román Echavarría

## Sumario

Página	
103	1. Un programa central en la atención primaria de servicios sociales
104	2. Intervención con individuos y familias
104	2.1. ACOGIDA Y ORIENTACIÓN SOCIAL
106	2.2. ACCESO A PRESTACIONES
105	2.3. DERIVACIÓN A OTROS PROGRAMAS
110	2.4. SEGUIMIENTO POSTINTERVENCIÓN
110	3. Intervención con colectivos. El trabajo comunitario del programa
111	3.1. INFORMACIÓN
111	3.2. SENSIBILIZACIÓN
111	3.3. COOPERACIÓN
112	4. El Programa de acogida y orientación social en el Servicio Social de Base
113	5. Los recursos del programa

## Tablas

Página	
108	[ Tabla 1 ] Intervenciones de los SSB relacionadas con acceso a prestaciones de otros sistemas



## 1. Un programa central en la atención primaria de servicios sociales

---

En los dos primeros capítulos se abordan aspectos generales que afectan a los Servicios Sociales de Base y que suponen un cambio con respecto a la situación actual. Entre las cuestiones de mayor relevancia abordadas en este documento, podrían citarse: el modelo actual del nivel de atención primaria, algunos datos básicos, logros y limitaciones del modelo vigente, las líneas generales de la reordenación, los programas a desarrollar en el nivel de atención primaria, metodologías de trabajo, un esbozo de regulación, etc.

Dentro del apartado dedicado a los programas, se citan los cuatro que se implantarán en todas las zonas básicas y que constituirán el contenido mínimo común a todas ellas, éstos son:

- Programa de acogida y orientación social
- Programa de atención a la infancia y adolescencia
- Programa de incorporación social y laboral
- Programa de atención comunitaria de personas con dificultades de autovaloramiento

El programa de Acogida y Orientación Social se plantea como la reconversión del hoy llamado Programa General de Información y Orientación a los ciudadanos, cuyo contenido se redefine en torno a dos ejes fundamentales:

- Configurar un programa de primera acogida social capaz de recibir las demandas de la ciudadanía, ofrecer una primera respuesta a las mismas y dar acceso a los otros tres programas básicos cuando sea oportuno
- Potenciar su capacidad de ofrecer acceso a una amplia gama de prestaciones sociales mediante la simplificación de los procedimientos administrativos entre los servicios de atención primaria y el Instituto Navarro de Bienestar Social y el establecimiento de marcos estables de colaboración con otras agencias públicas (INSS, Servicio Navarro de Empleo, Salud, Vivienda, Educación, etc.).

Este documento pretende diseñar el Programa de Acogida y Orientación Social teniendo en cuenta las pautas señaladas en los dos primeros capítulos y las conclusiones de algunos grupos de trabajo que en el proceso de la reordenación abordaron cuestiones directamente relacionadas con el contenido de este programa, entre los que cabe citar el grupo de acceso a prestaciones y el de alojamiento alternativo.

En muchas de las cuestiones que se abordan no se hace sino esbozar aspectos que necesitan un posterior desarrollo. Este solo será posible en algunos de ellos tras un periodo de puesta en práctica del conjunto de los programas; en otros, se trata de cuestiones que se deben acordar en cada zona básica; algunos de ellos pueden abordarse de modo inmediato, pero su grado de concreción escapa al carácter de este documento.

Como el resto de programas, el Programa de acogida y orientación social tiene una doble vertiente: un trabajo comunitario, orientado a los colectivos de la comunidad, y un trabajo "de caso", orientado hacia las familias e individuos que necesitan acceder a prestaciones sociales de distintos sistemas y/o que sufren problemas sociales de cierta importancia y necesitan el apoyo de los servicios sociales.

Y ello con un doble objetivo:

- Ofrecer a los ciudadanos/as una primera respuesta a sus problemas sociales
- Favorecer el acceso a las prestaciones de los diferentes sistemas de protección social

Veremos a continuación los contenidos del programa en su doble vertiente, individual y comunitaria.

## 2. Intervención con individuos y familias

---

Abarca, al menos, cuatro distintos tipos de acciones. Los límites entre algunos de ellos pueden ser difusos en la práctica, pero conviene metodológicamente tenerlos en cuenta de modo diferenciado:

1. Acogida y orientación social
2. Acceso a prestaciones
3. Derivación a otros programas y sistemas
4. Seguimiento tras una intervención determinada

---

### 2.1. ACOGIDA Y ORIENTACIÓN SOCIAL:

El hecho de que se considere este programa como la puerta de entrada al sistema y al propio Servicio Social de Base no implica su concepción como un lugar de paso. Mas bien al contrario: la idea de que las personas potencialmente usuarias de los servicios sociales accedan al sistema en las mejores condiciones posibles nos lleva a diseñar un programa con una atención profesional que reúna todas las características necesarias para que quienes llegan a un Servicio Social de Base puedan sentirse acogidos, al mismo tiempo que obtienen respuestas a sus demandas, orientación a sus problemas y/o atención a sus necesidades;

**La acogida** es un proceso de contacto inicial entre un profesional y un/a usuario/a, entre cuyos objetivos se deben resaltar los siguientes:

- Crear un clima de confianza que permita emerger necesidades y problemas ocultos detrás de la demanda expresada inicialmente.
- Ofrecer una primera respuesta a la demanda
- Establecer una primera valoración de las necesidad/es de la persona acogida
- Crear una relación de referencia entre el profesional y la persona usuaria que pueda convertirse en el eje de una intervención continuada a medio plazo.

Comporta, para cumplir estos objetivos, una vinculación con la persona o familia en su conjunto y no únicamente con un problema o demanda; relación que requiere, para su establecimiento, de un contacto cálido y continuado, así como de tiempos, espacios y formas de comunicación que la hagan posible. La acogida va, por tanto, más allá de la mera recepción y valoración de la demanda y rara vez se interrumpe cuando finaliza una determinada tramitación en relación con una demanda concreta.

Obviamente vinculada a la acogida, la **orientación social** implica un intercambio de información, una primera valoración de la necesidad de la persona que se acerca al servicio y una primera respuesta a esa necesidad. Implica también, en muchas ocasiones, una elaboración de la demanda, haciendo emerger problemas relacionados con el inicialmente expuesto.

De modo muy especial, supone proporcionar a la persona atendida la escucha, el tiempo y la ayuda para que ella misma pueda revisar su demanda y analizarla en el contexto de sus necesidades, que pueden ser más amplias o incluso diferentes de aquella que origina la demanda.

La acogida es la primera fase de toda intervención social y no únicamente del Programa de acogida y orientación social. Pero éste va a ser en muchos casos el primer contacto de la persona usuaria con los servicios y, por tanto, hay algunas cuestiones en relación con la acogida que constituyen elementos cruciales del propio programa:

El primer contacto puede ser fruto de una **detección activa** que el servicio realiza a través de su trabajo con las entidades de la comunidad. De hecho, se debe resaltar este papel de detección de necesidades individuales que justificaría por sí mismo la incardinación de los servicios sociales en el ámbito local más cercano a la persona usuaria.

En muchas ocasiones, sin embargo, el primer contacto con los servicios sociales es una primera petición de cita que se realiza personal o telefónicamente. Precisamente por ello, es necesaria **una suficiente formación de todo el personal en contacto con los usuarios/as**, (incluido el personal administrativo, recepcionistas o conserjes). Formación que debe ir acompañada de unas habilidades sociales básicas que garanticen la mejor calidad de este contacto en términos de escucha cálida y respetuosa o de discreción en el tratamiento de la información que en ese primer contacto se genera... Es obvio que este tipo de atención se debe a cualquier ciudadano que se acerque a un servicio público, pero no se debe olvidar que los servicios sociales tratan con problemas que generan un importante sufrimiento y que la comprensión de éste desde el primer contacto es parte de la calidad de la atención global a prestar.

Parte de esta calidad es también la **celeridad en la respuesta**. La mejora de ésta se puede alcanzar mediante, al menos, dos mecanismos:

- **La protocolización de algunas actuaciones.** Algunas prestaciones no exigen un trabajo social para una adecuada respuesta: la disponibilidad de información escrita sobre algunas de ellas y sobre el procedimiento de tramitación o de los impresos necesarios pueden agilizar la respuesta al ciudadano a la vez que liberar tiempo de los/as trabajadores/as sociales para dedicar a aquellas personas que precisan de una mayor atención. Es necesario establecer cuáles son esas prestaciones y en qué situaciones algunas demandas pueden ser abordadas de modo inmediato sin posponer la respuesta a la posibilidad de una cita con el profesional del trabajo social.

La participación de los trabajadores sociales en la tramitación de prestaciones encuentra su principal razón en garantizar el acceso de la ciudadanía a las mismas. Desde ese punto de vista, la intervención desde los Servicios Sociales de Base puede situarse en una escala según la necesidad de un trabajo social en función de dos variables: la complejidad de tramitación de la propia prestación y las dificultades de comprensión del/a solicitante. En los niveles más bajos de esta escala se situarían aquellas prestaciones para las que se precisa menor intervención profesional. En los niveles más altos se sitúan aquellas que necesitan más la presencia y los criterios de un/a trabajador/a social y pueden ser menos susceptibles de protocolización:

1. En el primer nivel, se situarían prestaciones para las que cualquier ciudadano puede recabar información, ésta es fácilmente comprensible para la mayoría de ellos y el acceso puede no precisar siquiera la intervención del Servicio Social de Base (solicitud de balnearios, carnet de familia numerosa...).

En el mismo nivel se situarían prestaciones relativamente más complejas, pe-

ro a las que el solicitante accede periódicamente y que, por tanto, conoce y no precisa ayuda específica (algunas renovaciones de pensiones no contributivas...).

2. En el segundo nivel se situarían prestaciones de cualquier nivel de dificultad en su tramitación cuyo acceso se facilita a personas con dificultades de comprensión (por avanzada edad, desconocimiento del sistema, escaso nivel cultural...).
  3. Se situarían en un tercer nivel prestaciones que implican una cierta dificultad de tipo general para su comprensión, bien por la propia dificultad de su formulación o por tratarse de prestaciones que se utilizan en escasas ocasiones (prestaciones por partos múltiples, una primera solicitud de PNC...).
  4. En este nivel se situarían todas aquellas prestaciones para cuyo acceso se requiere la valoración de un profesional de trabajo social y un informe de éste.
  5. Por último, se situarían todas aquellas prestaciones a las que el usuario accede si van acompañadas de una propuesta del profesional de los Servicios Sociales de Base.
- La recogida de la información necesaria para orientar la primera entrevista. En un primer contacto es necesario que el personal administrativo recoja determinados datos de identificación, de la historia de relación con el servicio (si ha acudido a éste con anterioridad, fecha aproximada...) y del motivo de la consulta (al menos los datos mínimos que sea posible solicitar en un primer momento). Estos datos facilitan el trabajo del profesional y, a la vez, la percepción del usuario de que se le conoce, si ese es el caso, de que su problema se tiene en cuenta y de que no se le hace repetir informaciones que ya ha proporcionado anteriormente.
  - En la mayoría de las situaciones es precisa una cita con el trabajador social y en buena medida el éxito del Programa depende de la rapidez con que esta se lleve a cabo. Esto exige combinar la sistematización de las citas con la necesaria **flexibilidad cuando se trabaja con problemas** que pueden revestir carácter **de urgencia**, dejando siempre algún tiempo disponible para estas acodidas urgentes.

---

## 2.2. ACCESO A PRESTACIONES

### 2.2.1. Características generales de esta función

Las actuaciones más frecuentes que se asocian a la gestión de prestaciones son las siguientes: informar al usuario/a, tramitar las solicitudes, acompañarlas de informes, hacer propuestas, derivar y, en algunos casos, resolver la solicitud. El Programa de Acogida y Orientación Social puede participar en todas las prestaciones, al menos en la información al usuario. En la medida en que se desarrollen los programas específicos, serán éstos los encargados del resto de las actividades para las prestaciones que les son propias.

El programa debe **garantizar el acceso de todos los ciudadanos/as a las prestaciones del sistema de servicios sociales**, tanto del nivel de atención primaria como de otros niveles (especializados, sectoriales...).

**En el nivel de atención primaria** se gestiona una serie de prestaciones que dependen de los propios Entes Locales y en las que el Servicio Social de Base realiza todas las actividades señaladas. Si el servicio cuenta con profesionales adscritos a los programas específicos, algunas de las prestaciones serán informadas y tramitadas por éstos. Pero cuando el servicio no cuente con profesionales para un determinado programa, será el de Acogida y Orientación Social quien asuma totalmente el acceso a esas prestaciones:

- Prestaciones en especie: alimentos, vales para alimentos, bonos de transporte y alojamiento... (todas ellas dirigidas fundamentalmente al colectivo de transeúntes)

- Prestaciones económicas (ayudas económicas para casos de emergencia complementarias de las del Gobierno de Navarra y otras de carácter extraordinario para conceptos no incluidos en programas de cobertura regional)
- Ayudas técnicas (modalidad de préstamo) para personas dependientes.
- Becas de comedor, bono-taxi
- Subvenciones a entidades de iniciativa social
- etc.

**La gran mayoría de las prestaciones del sistema** (sobre todo las económicas y las que implican recursos con alojamiento) dependen del Gobierno de Navarra. Como en las anteriores, el Programa de Acogida y Orientación Social mantiene un papel importante cuando los usuarios/as del SSB mantienen su referencia en este espacio y no precisan la intervención desde otros programas/equipos. Y, en todo caso, aporta información sobre todas ellas:

- Prestaciones económicas (renta básica, pensiones no contributivas, ayudas extraordinarias, ayudas para la integración social, de apoyo a la familia, por partos múltiples, ...)
- Ingresos en centros
- Calificaciones de minusvalías y otras prestaciones del Centro Base.
- Subvenciones a entidades...

También debe, al menos, **facilitar el acceso a prestaciones de otros sistemas**.

El grado de descentralización que tiene en la actualidad el sistema público de Servicios Sociales es mayor que el que posee ningún otro sistema. En gran parte del territorio de nuestra Comunidad son las/os profesionales del Trabajo Social las/os únicas/os que garantizan una presencia de manera regular. Ello hace a los servicios sociales especialmente disponibles para **facilitar el acceso a los otros sistemas** a algunas personas que presentan dificultades de distinto tipo:

- Problemas de movilidad, bien en relación con sus propias limitaciones o con la ausencia de los dispositivos de otros sistemas en zonas rurales (a este respecto podemos recordar que el 52% de los usuarios de los Servicios Sociales de Base son mayores de 65 años).
- Problemas de comprensión, por un bajo nivel cultural o por desconocimiento del medio (en población inmigrante, por ejemplo). Recuérdese que el número de inmigrantes extracomunitarios en nuestra Comunidad es en la actualidad de casi 15.000 personas, la mayoría de las cuales han llegado en fechas recientes.

La importancia, en cuanto a volumen de trabajo, de las actuaciones en relación con las prestaciones de otros sistemas queda reflejada en las conclusiones del grupo de trabajo referido a acceso a prestaciones y en la información obtenida a través del SIUSS sobre 15 Servicios Sociales de Base y correspondiente al año 1999. Según el informe elaborado con la información de ese año, el 42,58% de las intervenciones relacionadas con acceso a prestaciones se refiere a otros sistemas. La tabla siguiente [ [Tabla 1](#) ] recoge la medida en que cada sistema está representado.

**Tabla 1**  
Intervenciones de los SSB relacionadas con acceso a prestaciones de otros sistemas

Prestaciones y/o sistemas	%intervenciones
Pensiones y prestaciones de la Seguridad Social	32,29%
Prestaciones del sistema educativo	19,35%
Prestaciones del sistema de salud	19,07%
Exenciones/bonificaciones tasas	9,40%
Sistema de vivienda	8,17%
Trámites de carácter jurídico	4,90%
Trámites Administración civil	4,22%
Prestaciones de Empleo	1,22%

En la actualidad, en algunas zonas básicas mal comunicadas y con deficiencias de transporte, esta función está abierta a todos los ciudadanos y ciudadanas, especialmente para aquellos sistemas de protección que menor presencia tienen en las zonas rurales. Cabe preguntarse hasta qué punto es esta una función que deban asumir los servicios sociales, en razón de su mayor presencia en el territorio. En todo caso, es preciso un reconocimiento explícito de la misma, si así se considera, y de los mecanismos para llevarla a cabo.

### 2.2.2. Requisitos para el cumplimiento de esta función:

El cumplimiento de la función de favorecer el acceso a prestaciones tiene que ver con un claro establecimiento de las condiciones requeridas para cada prestación y con un ágil acceso a éstas. Precisa, por tanto,

#### Una regulación de las condiciones de acceso a cada prestación

Tanto por las características del sistema de servicios sociales (cuyas prestaciones no están, hoy por hoy, concebidas como un derecho universal) como por las características de las necesidades que viene a cubrir, este establecimiento rara vez podrá entenderse como una tabla de equivalencias necesidad-recurso. El sistema descansa en la valoración que de muchas de estas necesidades hace un profesional. Pero esto no supone dejar un margen a la arbitrariedad y la ciudadanía debe tener acceso a la regulación que señala qué tipo de ayudas se contemplan, cuáles no se contemplan en ningún caso y en qué condiciones y con qué limitaciones puede obtener una determinada prestación.

En este sentido, se han de introducir modificaciones en la actual regulación de las prestaciones que el sistema de Servicios Sociales ofrece a toda la población de la Comunidad Foral, lo que se ha venido señalando por los profesionales, tanto del grupo de trabajo de acceso a prestaciones, como del Instituto Navarro de Bienestar Social.

En concreto, es urgente modificar el Decreto Foral 168/1990, que regula las prestaciones y ayudas individuales y familiares y la normativa que lo desarrolla. Es especialmente relevante la existencia de baremos conocidos por los usuarios cuando sea posible y, cuando por el carácter extraordinario de la prestación no lo sea, el conocimiento de los trabajadores sociales de los Servicios Sociales de Base de los criterios de valoración. Lo es también la definición de la unidad de convivencia cuyos recursos económicos se tienen en cuenta en los baremos para cada prestación. Esta definición debe quedar clara, no sólo para los profesionales del Programa de Acogida y Orientación Social, sino también para los/as ciudadanos/as cuando solicitan una prestación.

#### Una simplificación y agilización de la tramitación de las prestaciones

Es urgente la simplificación y agilización de la tramitación de prestaciones (lo que ha sido señalado tanto desde los Servicios Sociales de Base como desde el Instituto Navarro de Bienestar Social). Se trata de una necesidad para los usuarios, a los que beneficiará al acortar los plazos de acceso a prestaciones y al reducir sus trámites. Pero lo es también para el propio sistema, al liberar tiempo de sus profesionales que se ha de destinar a las prestaciones técnicas propias del trabajo social.

En concreto, se deben abordar las siguientes acciones:

- Crear una red informática que conecte los Servicios Sociales de Base y el Instituto Navarro de Bienestar Social. Esta red permitirá agilizar la tramitación y facilitará el seguimiento del expediente desde todos los puestos, de modo que se evitarán llamadas de consulta sobre el estado del mismo.
- Simplificar el procedimiento administrativo, limitando el número de resoluciones administrativas precisas para el acceso a prestaciones y haciendo más accesible el lenguaje de éstas a sus destinatarios.
- Simplificar y clarificar los impresos de solicitud de prestaciones con la finalidad de recoger el mínimo de datos precisos, así como todos aquellos datos de los que el solicitante debe hacerse responsable con su firma.
- Clarificar y estandarizar el contenido y formato del informe social requerido para cada prestación, de modo que, por una parte, no se repitan los datos que ya figuran en la solicitud y, por otra, se recojan todos los datos pertinentes para valorar la necesidad de la prestación y sólo éstos.

#### Un reconocimiento en la regulación de los Servicios Sociales de Base de su función de acceso a otros sistemas

Junto a éste, se establecerán acuerdos con otros sistemas que hagan viable esta función otorgando a los profesionales de la atención primaria de servicios sociales el carácter de colaboradores de los sistemas cuyo acceso facilitan y estableciendo cauces adecuados para ello. En concreto, el Instituto Navarro de Bienestar Social establecerá acuerdos con los organismos gestores de los siguientes sistemas: Seguridad Social, Salud, Formación y Empleo, Vivienda y Educación.

## 2.3. DERIVACIÓN

### A los otros programas de atención primaria de servicios sociales

Cuando la valoración determina que la persona o familia puede beneficiarse de los recursos o de la metodología de trabajo de uno de los otros programas, procede la derivación. Esta ha de ser entendida no como un mero traslado de expediente, sino precisamente como un proceso más cualificado de la orientación social.

Es necesario contar también con una **protocolización del proceso de derivación** que debería incluir, al menos, los siguientes elementos:

- Información básica a recoger según el tipo de problemática que, a lo largo del proceso de acogida, se va descubriendo... La existencia de otros programas especializados puede enriquecer la tarea del propio Programa de acogida y orientación social. En efecto, éstos pueden aportar indicaciones sobre el tipo de información a recoger (indicadores de riesgo de maltrato infantil, de dependencia, apoyos sociales, determinados recursos personales que pueden favorecer un proceso de incorporación social...).
- Preparación al ingreso en el otro programa. Esta no consiste únicamente en informar al/a usuario/a de los recursos que cada programa puede ofrecer, sino en trabajar las expectativas ante éstos, incluyendo los compromisos que el programa al que se le deriva puede requerir y en fomentar una actitud positiva hacia la ayuda que se le puede ofrecer.
- Presentación personal a los profesionales que le atenderán en el otro programa
- El plan de intervención que se diseñe en el programa específico incluirá la coordinación y distribución de tareas entre ambos programas que se mantendrá a lo largo del proceso de intervención. Esto es especialmente importante cuando los gestores de caso no sean miembros del Servicio Social de Base, sino de los equipos especializados ubicados a nivel de Área, circunstancia que puede darse en zonas básicas con escaso número de habitantes.

### A otros sistemas:

Cuando se desprende de la valoración realizada que la naturaleza de los problemas del individuo o familia tienen que ver con otros sistemas que cuentan con equipos específicos de valoración e intervención, procederá la derivación a esos sistemas. Esta derivación incluirá un informe, siquiera somero, de las razones que la motivan.

En muchas ocasiones el protocolo de derivación a otro sistema implica que el Programa de Acogida y Orientación Social se mantiene vinculado con el caso, pide información sobre el mismo y se pueden llegar a establecer acuerdos escritos sobre el papel de cada servicio en un seguimiento compartido.

## 2.4. SEGUIMIENTO POSINTERVENCIÓN, CON UNA DOBLE VERTIENTE:

**Personas que no han sido derivados a otro programa:** se mantienen contactos que permitan conocer la evolución de la situación abordada y la detección de nuevas situaciones de necesidad que requieran atención.

Si la intervención precisa de acciones del propio programa, se establecerá la relación necesaria para garantizar la información que la persona requiere para abordar sus problemas, para colaborar con ella en el proceso de toma de decisiones y acompañarle en la resolución de aquellos.

**Personas con las que trabajan los otros tres programas:** Muchos de los casos con los que trabajan los otros tres programas pueden precisar un seguimiento una vez acabada la intervención específica por diversas razones: porque el núcleo familiar puede requerir intervención en otros ámbitos; para asegurar a medio o largo plazo que la intervención ha sido exitosa y que sus efectos se mantienen en el tiempo; para reforzar el trabajo intensivo que se ha llevado cabo o para detectar nuevas dificultades.

Este seguimiento posintervención puede tener su ubicación más adecuada en el Programa de acogida y orientación. Es el programa central del Servicio Social de Base, que mantiene una visión general de los recursos de éste, un conocimiento global de las familias y que canalizará la acogida en caso de una nueva situación de necesidad del núcleo familiar. Por ello, y como una parte de la intervención que se ponga en marcha en los diferentes programas específicos, se debe tener en cuenta la relación a mantener con los profesionales del Programa de Acogida y Orientación Social, relación que ha de dar paso al seguimiento tras la intervención.

La frecuencia e intensidad de este seguimiento deberá establecerse entre ambos programas en el momento del informe de finalización de la intervención del programa específico.

## 3. Intervención con colectivos. El trabajo comunitario del programa

---

Ya se ha señalado en otros documentos que la atención primaria tiene un contenido eminentemente comunitario en un triple sentido:

- Toma como referencia de su acción a comunidades locales concretas
- Persigue el fortalecimiento de los lazos comunitarios
- Actúa conjuntamente con los propios ciudadanos y las entidades sociales implantadas en el territorio

No se trata de un contenido que afecte a un único programa, sino que los cuatro programas que integran la atención primaria de servicios sociales deben abordar una intervención comunitaria.

Por lo que se refiere al *Programa de Acogida y Orientación Social*, su trabajo comunitario abarca las siguientes funciones:

### 3.1. INFORMACIÓN EN UN DOBLE SENTIDO:

#### Hacia la comunidad:

- Informa a la comunidad y sus instituciones sobre las necesidades detectadas desde los Servicios y sobre las respuestas que el sistema de servicios sociales puede ofrecer a las necesidades de la población y acerca de los recursos sociales disponibles,
- Lleva a cabo programas de prevención primaria tanto sobre problemas que pertenecen al campo de intervención del resto de programas como sobre problemas sociales que escapan a aquellos.

#### Desde la comunidad:

- Recibe información de los grupos, entidades y asociaciones comunitarias, como portadores privilegiados desde su acción sobre el terreno y su conocimiento cercano del entorno, lo que puede ayudar a la detección de casos
- Conoce las necesidades de la comunidad, las situaciones de riesgo y de dificultad social y los problemas emergentes y canaliza esta información hacia las instancias responsables de darles respuesta. Se trata también en este caso de una tarea que corresponde al conjunto de los programas de la atención primaria, pero que el Programa de acogida y orientación social aborda en aquellas campos que no corresponden específicamente a los otros tres.

### 3.2. SENSIBILIZACIÓN:

El programa diseña y lleva a cabo:

- Actuaciones de sensibilización dirigidas a la comunidad y sus instituciones sobre los problemas que afectan a las personas y grupos
- Actuaciones dirigidas hacia la promoción de actitudes sociales positivas, la prevención de los problemas y la colaboración en su resolución

### 3.3. COOPERACIÓN:

Como el resto de programas, asume un papel de promoción de la participación social. Este le lleva a trabajar con entidades que podrían caracterizarse por los siguientes rasgos:

- Sus objetivos trascienden de un problema concreto o un sector de población que constituya el campo específico de uno de los otros tres programas (y que, por tanto, hallarían su interlocutor más apropiado dentro de los servicios sociales en el programa correspondiente).
- Se identifican con el territorio que abarca el servicio social de base.

Puede tratarse de asociaciones de vecinos, de mujeres, de carácter religioso o cualquier otra que actúe en el territorio en relación con problemas de la comunidad.

En esta función caben distintos tipos de acción:

- Impulso a formas de apoyo social en la comunidad: (voluntariado, grupos de autoayuda, redes de apoyo social, etc.)
- Propuestas de trabajo en común y colaboración con las entidades en actividades propias de éstas y de los servicios sociales
- Impulso y/o participación en acciones comunitarias que aglutinen distintas entidades de iniciativa social y/o de carácter público.

En definitiva, se trata de potenciar el tejido social del territorio para aumentar la competencia de la comunidad a la hora de afrontar sus propios problemas y de dar respuesta a los problemas individuales de aquellos de sus miembros más desfavorecidos.

Es decir, no solo de poner a los servicios sociales al servicio de la comunidad, sino de conseguir que los recursos comunitarios se pongan al servicio de los objetivos de integración, incorporación y desarrollo personal que son propios de los servicios sociales.

La intervención comunitaria en este programa es además una herramienta al servicio de los objetivos de mejorar el nivel de información de los ciudadanos y su acceso a los recursos o de reducir los procesos de exclusión y, por tanto, fomentar la cohesión social.

A través de la intervención comunitaria podrá lograrse transmitir una información más efectiva y de más alto alcance a través de los grupos y asociaciones ciudadanas, desarrollar el apoyo mutuo como complementario de las prestaciones e intervenciones del servicio, mejorar la implicación general, el voluntariado, la autoorganización y la capacidad de interlocución y de negociación como mecanismo de participación.

## 4. El Programa de acogida y orientación social en el Servicio Social de Base

---

El papel del Programa de *Acogida y Orientación Social* dentro de la organización del Servicio Social de Base viene determinado por ser, en primer lugar, la puerta de acceso al sistema de la mayoría de los usuarios. En esa medida tiene la posibilidad de conocer al conjunto de las personas atendidas y los problemas y necesidades prevalentes en la zona básica.

Por otra parte, las funciones de información y acceso a prestaciones requieren de dos componentes:

Un sistema de registro de las intervenciones con una cierta protocolización de las actuaciones, cuyo mantenimiento corresponde más a este que al resto de los programas, como conecedor de la mayoría de usuarios de la zona básica:

- Confecciona y mantiene al día una base de datos de todos los usuarios/as del sistema introduciendo al menos los datos del SIUSS (sistema común a todos los Servicios Sociales de Base).
- Colabora con el/la responsable del servicio en el tratamiento de estos datos, analizando el tipo de casos y de necesidades que llegan al servicio o la confluencia de distintos programas en problemas afines.

Un catálogo de recursos utilizables permanentemente actualizado que procure una información precisa acerca de qué mecanismos existen efectivamente de los cuales puede disponerse y sus características, requisitos y procedimientos

- El Instituto Navarro de Bienestar Social ha de mantener un catálogo de prestaciones permanentemente actualizado y editado en diferentes soportes (papel, disquette, internet...) para hacerlo accesible a todos los servicios y programas.
- Los Servicios Sociales de Base, y en concreto el Programa de Acogida y Orientación Social deben ser incorporados a los listados de envío de toda información acerca de prestaciones nuevas, actualizaciones, modificaciones, etc., desde los diferentes sistemas de protección cuyo acceso se facilita desde dichos servicios.

Por otro lado, el Programa de Acogida y Orientación Social representa de alguna manera al Servicio Social de Base, si no institucionalmente (papel que corresponde al responsable del servicio), sí en la medida en que la población lo tiene como primera referencia de éste.

Por lo que respecta al ámbito específico del programa en la intervención individual, es difícil establecer en un documento hasta dónde alcanza esta intervención y hasta dónde la del resto de programas.

En la mayoría de las situaciones este límite habrá de ser establecido en cada Servicio sobre la base de los casos reales con los que se trabaje y del conjunto de recursos con que cuente cada programa. Sólo tras un tiempo de puesta en marcha de los programas y, mediante el análisis de los casos reales atendidos por ellos, podrán avanzarse criterios de carácter general que delimiten los respectivos campos.

## 5. Los recursos del Programa

Los recursos humanos de los programas específicos en la actualidad, pertenecen a los Servicios Sociales de Base y dependen de las Entidades Locales titulares de los mismos. La reconversión de algunos programas de los que ahora existen y la implementación de otros exigirá un refuerzo en el equipo del Servicio Social de Base, mediante el incremento de personal en las Zonas Básicas o la adscripción de personal a un territorio más amplio que denominamos "Área de Servicios Sociales de Base".

Para la puesta en marcha del Programa de Acogida y Orientación Social, junto con el resto de programas previstos, se precisaría la configuración de un equipo en el Servicio Social de Base del que ahora se carece en algunas zonas. Existen zonas básicas con una población relativamente amplia y con problemáticas que afectan a los diversos programas, en las que cabe pensar que será necesaria la presencia de más de un/a trabajador/a social, con la amplitud de jornada que se requiera. En las zonas menos pobladas esta necesidad queda justificada por el número tan elevado de núcleos de población que comprenden y la dispersión. De otro modo, no es posible la mínima especialización que defiende el documento marco del Plan.

Por lo que respecta al Programa de Acogida y Orientación Social, las **figuras profesionales** necesarias derivan del tipo de funciones que son propios del programa. De acuerdo con ello, las figuras básicas de éste serían dos:

**Diplomado/a en Trabajo Social**, responsable del conjunto del programa en sus distintas fases y en su vertiente individual y comunitaria.

**Administrativo/a**, responsable de:

- Trabajo administrativo que genere el conjunto del programa,
- Establecimiento de citas y gestión de agenda
- Primer contacto con los/as usuarios/as, en muchas ocasiones.
- Todas aquellas tareas a las que nos hemos referido anteriormente que deben estar protocolizadas para favorecer el acceso a prestaciones para las que no es necesario el trabajo social.

Ya hemos señalado que el ejercicio de estas funciones exige unas habilidades sociales y una formación específica, por lo que no es necesario insistir en ello.

En la puesta en marcha del Plan debe tenerse en cuenta la situación de algunos

y algunas profesionales (animadores/as socioculturales y educadores) que ahora están encuadrados en programas de Promoción y Cooperación, Intervención Comunitaria, Prevención, etc., y cuyas funciones quedarán repartidas en todos los programas: dada su trayectoria de trabajo con asociaciones, entidades, grupos, ... se deberían hacer cargo de la dimensión comunitaria de los diferentes programas y quedar adscritos/as al programa de Acogida y Orientación Social.

Las ratios que se establezcan para las distintas figuras profesionales deben tener en cuenta no únicamente la intervención con familias e individuos, sino, de modo muy especial, el trabajo comunitario con vistas a garantizar éste.

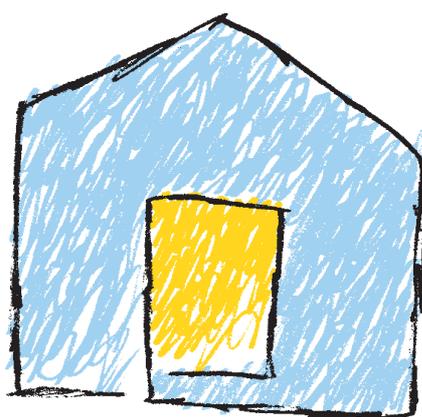
Por lo que respecta a los **recursos materiales**, se debe insistir en todos aquellos elementos que favorezcan el acceso de los/as ciudadanos/as al sistema.

Esto abarca, sin duda, elementos arquitectónicos, con especial atención a dos cuestiones:

- Inexistencia de barreras físicas o sensoriales.
- Disponibilidad de espacios que aseguren una atención de calidad. Esta no es posible en servicios sociales si no se garantiza la suficiente intimidad en un espacio mínimamente acogedor que favorezca la expresión de los problemas que motivan la demanda.
- Identificación y visualización de los espacios destinados a los Servicios Sociales.

Aún a riesgo de abundar en lo que es metodología básica del trabajo social, se debe recordar que éste no tiene lugar únicamente en el marco de la sede del servicio. Un espacio privilegiado de la acogida y orientación puede ser el propio domicilio de la persona usuaria, especialmente cuando ésta tiene dificultades de desplazamiento. Lo es también en otras ocasiones en que la visita domiciliaria puede favorecer un acercamiento del profesional y, en definitiva, una mejor orientación.

Abarca también las nuevas tecnologías al servicio de la comunicación y de la gestión. Se trata de favorecer el mejor acceso de los ciudadanos y esto implica desde un servicio telefónico siempre disponible hasta un tratamiento y una gestión informática de los expedientes que disminuyan hasta donde sea posible los tiempos de espera y tramitación.



# Capítulo 4

## Programa de atención comunitaria a las personas con dificultades de autovaloramiento

### REDACTORES:

Manuel Aguilar Hendrickson  
Concepción Corera Oroz  
Miguel Laparra Navarro  
Balbina Liberal Artaiz  
Begoña Pérez Eransus



## Sumario

Página	
<b>119</b>	<b>1. La atención a domicilio en Navarra</b>
120	1.1. EL PROGRAMA MÁS ANTIGUO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA
125	1.2. LAS PREVISIONES DEL PLAN GERONTOLÓGICO
127	1.3. LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
127	1.4. DE LA AYUDA DOMÉSTICA A LA ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD
<b>128</b>	<b>2. Objetivos y contenido del Programa</b>
128	2.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA
129	2.2. CONTENIDOS DEL PROGRAMA
<b>130</b>	<b>3. La regulación del acceso</b>
130	3.1. CRITERIOS PARA REGULAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN
133	3.2. UNA PROPUESTA
<b>134</b>	<b>4. Integrar la gestión de los recursos</b>
134	4.1. RAZONES PARA LA GESTIÓN INTEGRADA
135	4.2. UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRADA
140	4.3. ALGUNAS CUESTIONES PENDIENTES DE PRECISAR
142	4.4. EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS

### Página

---

120	[ <a href="#">Tabla 1</a> ]	Implantación de la atención a domicilio en los servicios sociales de base (excepto Pamplona)
122	[ <a href="#">Tabla 2</a> ]	Las personas usuarias del SAD por CCAA en 1995
122	[ <a href="#">Tabla 3</a> ]	Las personas usuarias del SAD por CCAA en 1995 según la fuente que proporciona los datos.
123	[ <a href="#">Tabla 4</a> ]	Datos del programa de Atención a Domicilio en Navarra 1995
124	[ <a href="#">Tabla 5</a> ]	Cobertura y coste de los programas de atención a domicilio en algunas comunidades autónomas 1998.
124	[ <a href="#">Tabla 6</a> ]	Intensidad horaria por CCAA en 1995
124	[ <a href="#">Tabla 7</a> ]	Intensidad de la atención domiciliaria en el País Vasco en 1994.
125	[ <a href="#">Tabla 8</a> ]	Objetivos del Plan Gerontológico de Navarra 1997–2000 relativos a la atención a domicilio y la permanencia en la comunidad
131	[ <a href="#">Tabla 9</a> ]	Dimensiones de medida de la dependencia en los diversos tests
134	[ <a href="#">Tabla 10</a> ]	Criterios e instrumentos de regulación de la atención
135	[ <a href="#">Tabla 11</a> ]	Dispositivos a integrar en la gestión de casos para la atención a personas con problemas de dependencia en la comunidad

## 1. La atención a domicilio en Navarra

Los programas de atención a domicilio a personas dependientes nacen como resultado de diferentes factores. En cada país y cada momento histórico de creación de los servicios, el peso de unos u otros ha sido diferente. Entre los principales factores pueden señalarse:

- La intención de extender desde los centros residenciales (hospitales, residencias) hacia el domicilio algunas de las atenciones a pacientes o personas dependientes. Estos centros se encuentran con la necesidad de atender a estas personas cuando abandonan el centro o en casos en los que no es imprescindible su ingreso, pero la capacidad de autocuidado es limitada.
- La crítica de las instituciones de internamiento por los efectos perversos sobre la capacidad social y la calidad de vida de los internos. Esta crítica se tradujo en la propuesta de su sustitución por servicios de atención ambulatoria y en la comunidad, que en la práctica se tradujo, con mayor o menor fortuna, en los procesos de desintitucionalización.
- La preferencia de muchas personas dependientes (y de muchas de sus familias) por la permanencia en el entorno habitual de vida.
- La voluntad de dar una respuesta local a necesidades no cubiertas desde las administraciones responsables (en general centrales o regionales). Esta voluntad explica el origen de muchos programas en la iniciativa de los municipios o las entidades sociales. Explica también una cierta orientación hacia proveer de alguna atención (no siempre toda la necesaria) a sectores desatendidos, como los pensionistas asistenciales en los 70 y 80, o más en general a quienes no obtienen una plaza residencial en momentos de escasez de las mismas.
- La intención de ofrecer una atención menos costosa por medio del ahorro de ciertos gastos fijos (instalaciones, plantilla permanente), de una optimización del uso de recursos de forma más flexible, y de la captación del trabajo no pagado de las personas (en general mujeres) del entorno familiar inmediato.

Esta pluralidad de factores, con un peso diferente en cada momento, ha tenido como consecuencia un desarrollo de los programas sin formar parte de una estrategia coherente de atención en la comunidad. Suelen ser programas en los que se aprecian problemas de:

- Diferencias importantes (de cobertura y atención) entre unos territorios y otros.
- Falta de claridad de criterios acerca de la población que deben atender y de su papel en relación con la atención residencial.
- Separación respecto a los demás servicios que pueden contribuir a la atención en la comunidad (centros de día, estancias breves, servicios de respiro familiar, etc) tanto en la gestión (incompatibilidad de servicios, dependencia de administraciones diferentes, regulación incoherente) como en las poblaciones atendidas.
- Aparición de los efectos perversos de umbral, por los que en ocasiones un incremento de la necesidad puede traducirse en una pérdida de atención al pasar a ser "competencia" de otros servicios saturados o menos protectores.
- Más en general una cierta superposición de objetivos de forma poco coherente. Abaratar costes, conseguir una mejor calidad de vida, atender las preferencias de las personas usuarias y promover el empleo local en los servicios de proximidad pueden ser objetivos armonizables, pero dicha armonización no siempre se ha dado, y la jerarquía de objetivos no siempre ha estado clara.

## 1.1. EL PROGRAMA MÁS ANTIGUO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

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. Este servicio fue creado por Cáritas, la Cruz Roja y el Ayuntamiento de Pamplona, instalándose inicialmente en la Cruz Roja. El servicio de atención a domicilio 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. El servicio se extiende posteriormente a Tudela. En 1990 el servicio de atención a domicilio en Tudela es transferido a su ayuntamiento, y en 1998 se transfiere el servicio en la capital al Ayuntamiento de Pamplona.

La Ley Foral sobre Servicios Sociales de 1983 hace referencia en varios lugares a la atención a domicilio. Entre las actuaciones que anuncia que se fomentarán en el área de la tercera edad se menciona la "potenciación del servicio de asistencia a domicilio, como cédula municipalizada de información de recursos y asistencia a las necesidades" (artículo 3, b, 3 LFSS). También menciona entre las actuaciones prioritarias en el área de minusvalías la "atención domiciliaria y económica" (artículo 3, c, 5 LFSS), y finalmente, atribuye a los ayuntamientos la función de creación, organización y gestión de servicios sociales, entre los cuales se considerarán prioritarios la "atención a la tercera edad, mediante ayuda a domicilio, hogares, clubes y residencias" (artículo 6 LFSS).

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 enero de 1987, el Decreto foral por el que se regulan los servicios sociales de base establece entre los programas específicos "los propios del sector de familia y comunidad, incluida la ayuda a domicilio" (artículo 3, 3, a DFSSB). El decreto establece que los programas específicos son aquellos, de "carácter complementario", que sirven para "hacer frente (...) a problemas sociales propios de la población de su demarcación territorial, definidos por los ayuntamientos y abordables desde los recursos propios del nivel primario" (artículo 3, 3 DFSSB). Por tanto, el decreto prevé que los programas de atención a domicilio, en tanto que programas específicos, no tienen por qué ser prestados en todos los SSB, aunque les da un carácter prioritario.

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. [Tabla 1]

**Tabla 1**  
Implantación de la atención a domicilio en los servicios sociales de base (excepto Pamplona)

Año	Zonas SSB	Zonas SAD	Personas atendidas durante el año
1985	17	6	
1986	18	7	
1987	22	14	140
1988	34	13	
1989	36	14	
1990	36	22	
1991	40	31	728
1992	40		1.214
1993	40		1.505
1994	40	40	1.473
1995	40	40	
1996	40	40	2.062
1997	40	40	2.041
1998	40	40	2.225

En la actualidad, la atención a domicilio en Navarra abarca los siguientes servicios:

**El programa de atención a domicilio público**, gestionado y financiado por las administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales (Gobierno de Navarra y ayuntamientos). Este programa está dirigido al conjunto de la población (no es específico para las personas mayores o con discapacidad) aunque en su mayor parte se dirige a personas mayores. Presenta dos modalidades de atención diferentes:

- Atención directa por parte de los programas de atención a domicilio de los servicios sociales de base. Se dirige a personas con necesidades de atención de hasta 2 horas diarias. Es gestionado por las administraciones responsables de los servicios sociales de base (ayuntamientos y man-comunidades) y financiado por éstas y el Gobierno de Navarra. Están implantados en todo el territorio de Navarra. La atención se presta por medio de personal de los propios servicios sociales de base, aunque en algún caso los ayuntamientos contratan servicios con empresas.
- Ayudas económicas para la atención a domicilio. Se dirige a las personas con necesidades de atención iguales o superiores a 2 horas y media al día. Es gestionado por el Instituto Navarro de Bienestar Social del Gobierno de Navarra. Las ayudas económicas se conceden a las personas beneficiarias, que pagan con ellas a las personas que les atienden.

#### Servicios de atención a domicilio gestionados por asociaciones

#### Servicios de atención a domicilio prestados por empresas comerciales

### La atención a domicilio en Navarra en comparación con otras comunidades

En los últimos años la población atendida por el programa de atención a domicilio público en su conjunto ha venido creciendo hasta alcanzar unas 4.300 personas atendidas a lo largo de un año (1997), unas 3.400 en un mes (septiembre 1998). Las personas atendidas mayores de 65 años vienen a representar un 4,9 por ciento de la población navarra mayor de dicha edad<sup>1</sup>.

Realizar una comparación de la cobertura e intensidad de la atención a domicilio en diferentes comunidades autónomas presenta grandes dificultades. En algunas comunidades el servicio se presta desde diferentes administraciones, lo que hace difícil disponer de datos globales de servicio. Los datos no suelen estar publicados, son difíciles de recopilar y no suelen estar recogidos con los mismos criterios, por lo que resulta complicado realizar un análisis comparativo. Es frecuente que los datos de diversas fuentes no coincidan, por lo que hay que tener cierta precaución a la hora de interpretarlos. Con todas las salvedades que se señalan, se ha realizado un intento de análisis comparativo que nos permita hacernos una idea de la situación en la que se encuentra Navarra en relación con otras comunidades autónomas.

En primer lugar se muestran datos de todas las comunidades autónomas para 1995, obtenidos en una investigación realizada por el IMSERSO, mediante encuesta a las Corporaciones Locales de más de 500 habitantes.

Según los datos de esta fuente se puede observar que en 1995 la cobertura del SAD en Navarra es el doble (1,43) que la media de España. Navarra se sitúa entre las comunidades que ofrecen mejor cobertura, con un nivel muy similar al País Vasco, por encima de la Comunidad de Madrid y superada únicamente por Cataluña, Murcia y Extremadura. En el caso de estas dos últimas Comunidades los datos resultan muy sorprendentes y quizá convendría contrastar con otras fuentes. [Tabla 2]

No obstante son datos que hay que tomar con cierta precaución, ya que contrastados con los datos facilitados por las comunidades, recogidos también por el IMSERSO, puede comprobarse que en una buena parte de los casos son cifras distintas y casi todas ellas superiores a los que esta entidad presenta como resultado de la investigación. [Tabla 3]

#### Notas

1. Estas cifras deben ser actualizadas para tener en cuenta el aumento de la población anciana entre 1996 y 1999

**Tabla 2**  
Usuarios del  
SAD por  
CCAA en  
1995

	Personas atendidas a lo largo del año		Población mayor de 65 años: B (*)	Cobertura total (A/B) x 100
	Totales	Mayores de 65 años: A		
Andalucía	11.398	9.563	6.196.499	0,15
Aragón	3.196	2.854	238.533	1,20
Asturias	1.543	1.438	211.960	0,68
Baleares	1.326	1.140	112.791	1,01
Canarias	2.248	1.842	167.189	1,10
Cantabria	1.161	1.036	92.726	1,12
Castilla-La Mancha	6.705	6.073	318.714	1,91
Castilla-León	6.395	6.023	511.333	1,18
Cataluña (**)	24.455	20.787	987.233	2,11
Extremadura	5.816	5.286	179.186	2,95
Galicia	5.762	4.881	499.812	0,98
La Rioja	707	628	47.436	1,32
Madrid	9.068	8.214	687.867	1,19
Murcia	2.880	2.381	148.683	1,60
Navarra	1.255	926	87.549	1,43
País Vasco	5.469	4.724	321.958	1,47
C.Valenciana	5.348	3.800	604.632	0,63
<b>Total</b>	<b>94.732</b>	<b>81.596</b>	<b>11.414.101</b>	<b>0,71</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del IMSERSO

(\*) Fuente: INE, Padrón de 1996

(\*\*) En Cataluña se ha utilizado el dato proporcionado por la C.A y no el obtenido en la investigación del IMSERSO por la disparidad tan grande que existe entre uno y otro.

**Tabla 3**  
Usuarios del SAD por CCAA en 1995, según la fuente que proporcione los datos

	Personas atendidas a lo largo del año	
	Encuesta IMSERSO	Datos proporcionados por gobiernos autónomos
Andalucía	11.398	14.054
Aragón	3.196	
Asturias	1.543	
Baleares (**)	1.326	
Canarias (***)	2.248	
Cantabria	1.161	
Castilla-La Mancha	6.705	6.909
Castilla-León	6.395	9.616
Cataluña	24.455	24.455
Extremadura	5.816	5.816
Galicia	5.762	5.452
La Rioja	707	
Madrid	9.068	
Murcia	2.880	
Navarra	1.255	
País Vasco	5.469	8.214
C.Valenciana	5.348	3.161
<b>Total</b>	<b>94.732</b>	

Fuente: Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España. IMSERSO.

La propia publicación explica que el hecho de que estas cifras no coincidan es algo que no se considera anormal, ya que la investigación proporciona los datos de los usuarios de los servicios municipales de atención a domicilio y en algunas comunidades otras administraciones u entidades proporcionan el servicio con independencia de la gestión de las corporaciones locales. Así explica el caso de Cataluña donde la discrepancia es muy fuerte.

Si contrastamos los datos de Navarra que aparecen en esta tabla, publicados por el IMSERSO, con los que figuran en el Plan Gerontológico de Navarra 1997-2000, nos encontramos que los datos del IMSERSO están muy por debajo de las cifras reales que aparecen en el Plan Gerontológico de Navarra. En este último aparecen 2.186 personas beneficiarias atendidas por los servicios de atención a domicilio municipales, lo que sitúa a esta Comunidad en una cobertura muy superior a la que refleja la investigación realizada por el IMSERSO. A esto hay que añadir 1.467 personas beneficiarias de ayudas económicas para atención a domicilio del Gobierno de Navarra.

Lo mismo ocurre con los datos del País Vasco, el Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, realizado para el Parlamento Vasco, por la institución del Ararteko en 1995, refleja que en 1994 el número de personas atendidas a domicilio mayores de 65 años era de 8.214 personas, lo que corresponde con una cobertura del 3,05%, el doble de la que aparece en la investigación realizada por el IMSERSO para 1995, y una cifra muy parecida a la que esta institución presenta según datos recopilados directamente de las Comunidades Autónomas.

La diferencia en los datos entre una fuente y otra quizá se explique por que la investigación del IMSERSO tiene en cuenta únicamente las corporaciones locales de más de 500 habitantes. [Tabla 4]

**Tabla 4**  
Datos del Programa de Atención a Domicilio en Navarra en 1995

	Personas beneficiarias	Cobertura(*)	Intensidad (horas/semana)
Total SAD	2.186	2,70%	2,9
Total ayudas económicas	1.467	1,81%	13,36
Total	3.656	4,51%	7,10

(\*) Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben el servicio.  
Fuente: Plan Gerontológico de Navarra 1997-2000.

En todo caso, los datos del Plan Gerontológico sitúan a Navarra entre las Comunidades Autónomas que mejor cobertura ofrece.

Si pasamos a analizar la cobertura de los programas de Atención Domiciliaria en 1998, a través de información recopilada por la Dirección General de Bienestar Social de algunas Comunidades Autónomas [Tabla 5], nos encontramos que Navarra, sumando las dos modalidades de atención, es la que mejor cobertura ofrece entre las comunidades analizadas. Aunque se echa de menos la información de comunidades como Madrid, Cataluña o el País Vasco.

Si nos fijamos en la intensidad de la atención en número de horas semanales, los datos que publica el IMSERSO [Tabla 6], indican que los usuarios reciben una atención media de 4,7 horas semanales. Navarra ofrece una intensidad media de 3,02 horas a la semana, situándose según la investigación del IMSERSO entre la comunidades que menor intensidad ofrecen. En este caso resulta una intensidad muy similar a la que nos proporciona el Plan Gerontológico de Navarra, 1997-2000, que como puede verse en la tabla que se ha mostrado anteriormente es de 2,90 horas a la semana fijándonos únicamente en la modalidad de atención directa.

No obstante, hay que tener en cuenta que en Navarra existe la modalidad de ayudas económicas, que eleva la media de atención a 7,10 horas a la semana, modalidad no considerada en la investigación del IMSERSO. No es sorprendente que la media de atención directa resulte más baja que la media del resto de las comunidades ya que la atención directa atiende los casos que necesitan menos de dos horas a la semana.

**Tabla 5**  
Cobertura y coste de los programas de atención a Domicilio en algunas comunidades autónomas en 1998

	Personas atendidas a lo largo del año		Población mayor de 65 años: B (*)	Cobertura total (A/B) x 100	Coste del programa	
	Totales	Mayores de 65 años: A			Total	Por persona atendida
Aragón	5.985	4.616	238.533	1,94	824.040.280	137.684
Asturias	3.643	3.203	211.960	1,51	797.589.932	218.938
Baleares	3525	3.031	112.791	2,69	584.898.648	165.929
Canarias	7.700	6.622	167.189	3,96	947.434.585	123.043
Cantabria (**)	1.470	1.388	92.726	1,50	160.000.000	108.844
La Rioja (**)	1.181	1.060	47.436	2,23	132.706.000	112.367
Murcia	2.423	2.095	148.683	1,41		
País Vasco (***)	8.214	269.098	269.098	3,05	4.028.283.000	490.417
Navarra / atención directa	3.294	2.832	87.549	3,24	785.991.725	238.613
Navarra / ayuda económica	1.832	1.691	87.549	1,93	630.377.946	344.093

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados por la Dirección General de Bienestar Social.

\* Fuente: INE, Padrón de 1996

\*\* Sin contabilizar aportación municipal en el coste.

\*\*\* Datos para 1994. Fuente Informe extraordinario... Op.cit

**Tabla 6**  
Intensidad horaria por CCAA en 1995

	Horas/semana de atención (media)
Andalucía	4,25
Aragón	3,58
Asturias	2,10
Baleares	4,74
Canarias	5,36
Cantabria	5,69
Castilla-La Mancha	4,67
Castilla-León	4,31
Cataluña	3,73
Extremadura	3,95
Galicia	4,80
La Rioja	5,06
Madrid	4,94
Murcia	5,38
Navarra	3,02
País Vasco	5,53
C.Valenciana	4,65
Total	4,70

Fuente: Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España. IMSERSO, página 50

**Tabla 7**  
Intensidad de la Atención Domiciliaria en el País Vasco en 1994

	Media de horas semanales
Total País Vasco	5,67
Álava	6,77
Bizkaia	5,01
Gipuzkoa	6,37

Fuente: Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz, Ararteko 1995.

Es importante señalar que según datos publicados en el Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco citado anteriormente, que en 1994, alcanzó la cota más alta de atención, con 5,67 horas a la semana, destacando sobre todo la provincia de Alava que alcanza 6,77 horas de atención a la semana. [Tabla 7]

## 1.2. LAS PREVISIONES DEL PLAN GERONTOLÓGICO

El Plan Gerontológico de Navarra 1997–2000 establece como uno de sus ejes prioritarios el favorecimiento de la permanencia en el propio domicilio de las personas mayores. La permanencia en el propio domicilio debe hacerse posible, en el caso de las personas mayores con dificultades de autovalimiento mediante:

- La provisión de los cuidados necesarios en la propia comunidad
- La dotación a las redes naturales de ayuda de los medios necesarios para prestarla
- La participación del voluntariado

**Tabla 8**  
Objetivos del Plan Gerontológico de Navarra 1997–2000 relativos a la atención a domicilio y la permanencia en la comunidad

Objetivo general 5	<p><b>Favorecer la permanencia de las personas mayores en su entorno social mediante la provisión de los cuidados necesarios en la propia Comunidad</b></p> <p>5.1. Potenciar las ayudas para la adecuación de la vivienda a las necesidades de las personas mayores, tanto en lo referido a las condiciones generales de habitabilidad como a la supresión de barreras arquitectónicas.</p> <p>5.2. Desarrollar y consolidar los programas de ayuda a domicilio en el ámbito sanitario y social.</p> <p>5.3. Regular los programas de ayuda a domicilio universalizando su concepción como un derecho social y estableciendo criterios de acceso al mismo.</p> <p>5.4. Promover la creación de servicios de atención diurna, aprovechando, hasta donde sea posible, las infraestructuras ya existentes en la red residencial y de clubes.</p> <p>5.5. Extender a toda Navarra el servicio de teleasistencia y promover la implantación de innovaciones técnicas que favorezcan la comunicación de los mayores con dificultades sensoriales y/o motoras.</p>
Objetivo general 4	<p><b>Potenciar la asunción de la corresponsabilidad social en la atención de los individuos dependientes, dotando a las redes naturales de ayuda de los medios necesarios para ejercer ésta y fomentando la participación del voluntariado</b></p> <p>4.1. Promover el apoyo profesional a las familias que atienden ancianos/as dependientes mediante programas formativos y de orientación a los cuidadores/as que realizan esta importante función social.</p> <p>4.2. Promover las ayudas económicas directas o indirectas a las familias para apoyarles en la atención a los mayores con problemas de incapacidad.</p> <p>4.3. Promover la adaptación de normativas y convenios laborales a las nuevas necesidades sociales, reconociendo permisos especiales para atención a mayores dependientes.</p> <p>4.5. Fomentar el voluntariado en el ámbito de los cuidados destinados a los mayores con problemas de incapacidad.</p> <p>4.4. Promover servicios institucionales flexibles para apoyar a las familias cuidadores (centros de día, ingresos residenciales de corta duración, atención diurna, atención nocturna, fines de semana, etc.).</p>
Objetivo general 7	<p><b>Garantizar a las personas mayores una adecuada atención sanitaria en los niveles preventivos y de atención primaria y especializada, así como la necesaria coordinación entre la provisión de atenciones sanitarias y sociales</b></p> <p>7.1. Promover la salud y la prevención primaria de la enfermedad.</p> <p>7.2. Favorecer la permanencia de las personas mayores enfermas en su domicilio, mediante programas que proporcionen en el mismo la adecuada atención y cuidados, lo cual, paralelamente reducirá las estancias hospitalarias innecesarias.</p> <p>7.4. Conseguir la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales.</p>

Las medidas de actuación concretas acerca de la atención a domicilio previstas por el Plan pueden sintetizarse del siguiente modo:

### **Regulación normativa de la atención a domicilio:**

- Establecimiento del derecho a la atención domiciliar social, sujeta a un sistema de tarifas relacionado con los medios económicos.
- Revisión de los criterios de acceso, módulos de intensidad de atención y tarifas, para la atención directa, la ayuda económica y el servicio de teleasistencia, estableciendo un mínimo homogéneo para toda Navarra. Se delimitará su papel en relación con otros servicios (centros de día, residencias asistidas).
- Competencia de los distintos niveles administrativos en la aplicación de los criterios.
- Ajustar la valoración de los aspectos sociales y sanitarios, y unificar en lo posible el informe sanitario para el acceso a la atención a domicilio y a las residencias asistidas.
- Establecer la titulación y/o preparación mínima exigible a los trabajadores del SAD.

### **Ampliación de la cobertura de la atención a domicilio y reordenación de sus modalidades.**

- Extender la cobertura de la atención directa hasta el 5% de la población mayor de 65 años para el año 2000. Se mantendrá como tope de atención (salvo excepciones) 2 horas diarias.
- La cobertura por medio de ayuda económica será del 1 por ciento. Se dirigirá a personas que necesiten de una atención muy intensa, de una flexibilidad que no pueda ofrecer la atención directa, y la cuantía de las ayudas se acercará a los precios de mercado.
- Se extenderá el servicio de teleasistencia a toda Navarra hasta alcanzar una cobertura del 3 por ciento.

### **Extensión y coordinación de los programas de atención a domicilio sociales y sanitarios al conjunto de las zonas básicas de Navarra (Centros de Salud y Servicios Sociales de Base).**

- El programa será de implantación obligatoria en los SSB.
- Se transferirá el servicio de atención a domicilio al Ayuntamiento de Pamplona
- Se homogeneizará la cobertura en las zonas básicas, regulando un sistema de financiación que tenga en cuenta la población mayor de 65 años y la dispersión geográfica.
- Se implantarán programas de coordinación sociosanitaria.

### **Flexibilización de los servicios de las residencias para que constituyan un servicio de apoyo al los SAD.**

- Utilización de comedor, comida a domicilio
- Atención diurna e higiene personal
- Lavandería.

### **Fomento de la acción del voluntariado para el acompañamiento y la integración social de las personas atendidas por el SAD.**

- Regulación legal
- Formación y coordinación de sus tareas

### 1.3. LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del programa de atención a domicilio presenta los siguientes elementos a tener en cuenta para la reordenación del servicio.

- La cobertura del servicio es aún inferior a la prevista por el Plan Gerontológico, en especial en la atención directa. Por su parte, la atención mediante ayuda económica supone una parte muy importante del programa, muy superior al objetivo previsto por el Plan Gerontológico.
- La delimitación de las dos modalidades del programa presenta numerosos problemas. No existe una aplicación coherente de criterios de acceso e instrumentos de medida de la necesidad para cada una de las modalidades, que siguen siendo formalmente incompatibles. La oportunidad de esta incompatibilidad es puesta en entredicho por una parte de las personas que gestionan el programa. Se aprecian efectos perversos en el paso de una modalidad a otra cuando el agravamiento de la necesidad puede dar origen a una menor atención.
- Las personas usuarias manifiestan una notable satisfacción con la calidad del servicio, pero no así con la cantidad (intensidad en horas de atención).
- Las personas atendidas que cuentan con apoyos de personas cuidadoras informales reciben la mayor parte de la atención de éstas. Sin embargo, el apoyo que reciben en términos de formación, apoyo técnico y psicológico es mínimo. Se aprecian problemas de sobrecarga importantes en una parte de las personas cuidadoras, apreciables en términos de volumen de horas de dedicación, de consecuencias sobre la vida laboral y la salud y de expresión explícita de la sobrecarga por parte de las propias personas o de los servicios que las atienden.
- La intensidad de la atención es especialmente insuficiente en los grandes dependientes. El peso del servicio es muy bajo en estos casos, lo cual es especialmente grave al tratarse en su mayoría de casos de ayuda económica, cuya cuantía es muy inferior al coste de mercado de la atención.

### 1.4. DE LA AYUDA DOMÉSTICA A LA ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD

La evolución de la atención a domicilio en Navarra muestra algunos de los problemas presentados al principio de este apartado. La tendencia general ha sido la de la extensión de la atención al conjunto de la Comunidad Foral, y a la descentralización hacia los ayuntamientos. Ilustrativo de los cambios en la organización administrativa durante el proceso de implantación y consolidación del programa es el nacimiento del servicio de asistencia a domicilio en Pamplona de la mano de la iniciativa social y el ayuntamiento, su transferencia al Gobierno de Navarra y su complicada vuelta al ayuntamiento en un arco de 20 años. En todo caso, este proceso ha permitido alcanzar un volumen de población atendida muy importante.

Junto a esta tendencia general (extensión y descentralización) aparecen elementos de menor coherencia. La atención domiciliar social se entiende como una actividad separada y en la práctica incompatible con el uso de algunos otros recursos clave de apoyo a personas dependientes (centros de día, etc.). A su vez la atención domiciliar está dividida en dos modalidades incompatibles entre sí (atención directa o ayuda económica) dirigidas a dos grupos de población cuyos límites son borrosos cuando no incoherentes. En el límite entre ambas modalidades se producen en ocasiones efectos de umbral (reducción de la atención con el incremento de la necesidad). La atención domiciliar social no está coordinada (salvo por la acción particular de algunos de sus operadores) con la atención sanitaria, lo que está siendo abordado en el marco del Plan de Coordinación Sociosanitaria. Estos problemas se traducen además en una cierta crispación en la relación entre las diferentes administraciones implicadas y sus operadores.

En general puede decirse que el programa de atención domiciliar pasa por una crisis de crecimiento. Su problema principal no es el desbordamiento de la demanda o la ineficacia de su atención. Sus dificultades derivan de problemas organizativos, de la falta de clarificación de objetivos y de la necesidad de resolver incoherencias internas.

En esta línea, el hilo conductor de esta propuesta es la transformación del programa de atención a domicilio hoy existente en un programa articulado de atención comunitaria a las personas con problemas de autovalimiento. Ello significa poner en el mismo espacio todos aquellos dispositivos, programas, servicios y recursos cuya finalidad es atender a personas con problemas de dependencia (exceptuados los que suponen su internamiento permanente en una residencia) y articularlos en un sistema integrado.

Evidentemente ello no implica necesariamente su ubicación en una misma administración. Hay servicios que necesariamente dependerán de diferentes departamentos (sanitarios y sociales) o de diferentes niveles administrativos (entre otras razones por su diferente ámbito territorial). Pero sí significa la puesta en juego conjunta y flexible en torno a objetivos compartidos, de los recursos con independencia de su ubicación administrativa.

Este modelo significa romper con la idea de clasificar a los usuarios de forma clara en diversos tipos (definidos por su nivel de autovalimiento, la presencia o no de familiares, etc.) y asignar a cada tipo un recurso único o casi único, considerado el idóneo para ese tipo de situación e incompatible con otro u otros.

## 2. Objetivos y contenido del programa

### 2.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El programa de atención comunitaria de personas con problemas de autovalimiento se dirige a aquellas personas que en razón de su edad, de su discapacidad o de su estado de salud física o mental vean reducida su capacidad de valerse por sí mismas y requieran de la ayuda de una tercera persona para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

El programa de atención comunitaria de personas con problemas de autovalimiento tiene como objetivo permitir a dichas personas seguir desarrollando su vida en su entorno habitual (domicilio, familia, barrio o pueblo):

- Haciéndose cargo de la atención que necesiten en todo o en parte, complementando el apoyo de la familia o supléndolo cuando falte.
- Facilitando a las personas cuidadoras informales (si las hubiera) la asunción de una parte de los cuidados compatible con su bienestar y su desarrollo personal mediante diversas formas de apoyo (formación y asesoramiento, servicios de respiro, asunción directa de una parte de la atención, etc.)
- Promoviendo formas de apoyo social comunitario de tipo voluntario.

La atención del programa va dirigida tanto a personas que carecen de apoyos familiares como a aquellas que cuentan con ellos, así como a las personas que prestan cuidados.

La atención del programa debe estar orientada por los siguientes criterios:

- Una orientación preventiva que evite o limite los procesos de deterioro de las capacidades personales y la pérdida de apoyos y relaciones sociales de la persona atendida.
- El internamiento en un centro residencial sólo debe producirse cuando sea la forma de asegurar una mayor calidad de vida de la persona atendida a un coste asumible.
- El mantenimiento y fortalecimiento de los apoyos familiares debe obtenerse incentivando y estimulando el compromiso de quienes los prestan, mediante apoyos que los hagan compatibles con el bienestar y el desarrollo personal de las personas cuidadoras.

- La personalización de la atención, aplicando en cada caso y situación la combinación de recursos que permita una mejor atención con el uso más eficaz y eficiente de los recursos disponibles.
- El respeto a las preferencias de las personas atendidas y sus cuidadores.

## 2.2. CONTENIDOS DEL PROGRAMA

El programa de atención comunitaria de personas con problemas de autovalimiento, como todos los programas de atención primaria, incluye acciones de tipo individual y acciones de tipo comunitario o colectivo.

### Atención individualizada

Las acciones de atención individualizada parten de una demanda formulada por una persona necesitada de atención y/o de la persona que presta cuidados.

Las principales acciones de este tipo son:

#### 1. Prestación de cuidados domésticos y personales a la persona con problemas de autovalimiento de los siguientes modos:

- Atención domiciliaria cotidiana (uno o varios días a la semana) durante períodos prolongados de tiempo.
- Atención domiciliaria de respiro, concentrada en momentos determinados que permitan a las personas cuidadoras disfrutar de tiempos de descanso.
- Atención domiciliaria de urgencia, limitada a períodos relativamente breves en los que es necesaria una atención especialmente intensa (regreso al domicilio tras una hospitalización, momentos de crisis, tratamientos alternativos a la hospitalización, etc.)

#### 2. El acceso a ayudas técnicas mediante su préstamo o el apoyo a su adquisición.

#### 3. Formación, orientación y apoyo a las personas cuidadoras.

#### 4. Orientación y apoyo de la acción de personas voluntarias en tareas de acompañamiento de las personas atendidas.

### Atención comunitaria

Las acciones de carácter colectivo o comunitario parten de la necesidad de promover respuestas positivas del entorno social hacia los problemas de las personas con dificultades de autovalimiento.

Las principales acciones de este tipo son:

#### 1. Sensibilizar a la comunidad acerca de los problemas y dificultades de las personas dependientes y difundir la información acerca de las respuestas que pueden ofrecer los servicios sociales.

#### 2. Establecer redes sociales de detección de casos de necesidad de atención y de contacto con los casos atendidos fuera de los tiempos de atención directa.

#### 3. Favorecer el apoyo de redes informales extrafamiliares (vecinos, etc.) a las personas atendidas y facilitar el acceso de las mismas a las actividades de la comunidad.

#### 4. Crear estructuras de apoyo mutuo para las personas cuidadoras.

#### 5. Promover y contribuir a organizar la acción del voluntariado en el acompañamiento de las personas con dificultades de autovalimiento.

## 3. La regulación del acceso

---

El Plan Gerontológico de Navarra prevé la regulación del acceso a la atención domiciliar social como un derecho de tipo universal (es decir, no sometido a requisitos de contribución previa ni de insuficiencia de medios). Al mismo tiempo prevé que los servicios no serán de carácter gratuito, sino que existirán unas tarifas en relación inversa a la capacidad económica de la persona perceptora.

En este sentido no sólo se excluye (como no podía ser de otro modo) la idea del derecho contributivo, sino que parece no optarse por un modelo de asistencia social, es decir limitado a los sectores de menor nivel de ingresos. Se trataría pues de establecer un derecho no condicionado a la carencia de recursos, aunque con un sistema progresivo de tarifas que podría tener efectos similares.

El Plan Gerontológico no es más preciso en cuanto a varias de las opciones a la hora de regular el derecho y que se exponen a continuación.

En el caso de regularse una prestación como derecho, cabe distinguir qué es lo que constituye exactamente el derecho. Se puede tener derecho a un volumen preciso de recursos (dinero, horas de atención, etc.) determinado por requisitos objetivos o se puede tener derecho a la atención de forma genérica, cuyo contenido preciso es determinado por una instancia técnica o administrativa.

Quien ha cotizado a la seguridad social sabe a cuánto dinero tiene derecho (contributivo) como pensión, con independencia de cómo valore su situación un técnico de la seguridad social. Las personas que acreditan una situación de carencia de ingresos tienen derecho (de asistencia social) a la renta básica, cuya cuantía está determinada por ley.

Sin embargo, los ciudadanos tienen derecho a la atención sanitaria, a que el personal sanitario cualificado atienda su demanda, diagnostique su situación de salud y a los medios que a juicio del facultativo sean necesarios para resolver su problema. Tenemos derecho a una operación de apendicitis y la correspondiente hospitalización, alimentación, suministro de fármacos, etc., sólo si un profesional de la medicina lo prescribe. El derecho a la atención sanitaria no se traduce en el derecho a que nos operen porque lo deseemos.

En algunos países (Francia, Alemania) se ha regulado el derecho a la protección de las situaciones de dependencia fijando una serie de cuantías económicas para el pago de cuidados que depende del nivel de autovalimiento (y de los ingresos en el caso francés). Una persona con un nivel de dependencia determinado sabe a qué volumen de recursos tiene derecho, con independencia de cómo piense un técnico que puede atenderse su situación.

---

### 3.1. LOS CRITERIOS PARA REGULAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN

#### Nivel de dependencia

Uno de los criterios reguladores del acceso a la atención en la práctica totalidad de los casos es el nivel de dependencia. Sin embargo, este criterio plantea dos tipos de problemas. Por un lado cómo se mide el grado de dependencia, y por otro, si existe una relación directa entre un determinado grado de dependencia y el volumen de horas de atención necesarias.

En cuanto al primer problema, existe una amplísima gama de tests y escalas de medida. Se estima que superan el millar<sup>2</sup>. En el propio programa de atención a domicilio en Navarra se emplean dos, y los servicios sociales navarros cuentan con una o dos más. En otras comunidades autónomas se utilizan tests ligeramente diferentes. Sin embargo, llama la atención en un repaso somero de algunas de estas escalas su gran similitud. En el trabajo citado en este mismo párrafo se identifican tres o cuatro dimensiones que contienen no más de treinta preguntas diferentes que se repiten en la totalidad de los tests.

Las dimensiones son las siguientes:

#### Notas

2. Alain Colvez, Martine Belin, Michelle Chatelet, Joëlle Durand y Bernard Senault, "Analyser les pratiques pour construire un plan d'aide: une "démarche qualité" pour les services à domicile aux personnes âgées dépendantes", en *Revue Française des Affaires Sociales*.

- La necesidad de la ayuda de una tercera persona para el desarrollo de seis actos básicos de la vida cotidiana, a saber, vestirse, asearse, ir al servicio, movilizarse, ingerir alimentos y cuidado de la incontinencia.
- La ayuda para realizar actividades domésticas indispensables para permanecer en el domicilio, a saber, cocinar, lavar la vajilla, limpieza básica y en profundidad, gestión de medicamentos en su caso y uso del teléfono.
- El confinamiento de la persona en la cama, en un sillón, en su casa, etc.
- Las dificultades de conducta y de comunicación, que dificultan la atención. [Tabla 9]

**Tabla 9**  
Dimensiones de medida de la dependencia en los diversos tests<sup>3</sup>

<p><b>Dependencia de una tercera persona para realizar actividades de la vida cotidiana (AVC)</b>                  Vestirse                  Asearse                  Movilizarse (levantarse de la cama, sentarse, etc.)                  Ingerir alimentos                  Ir al servicio                  Cuidar de la incontinencia</p>
<p><b>Necesidad de ayuda para actividades domésticas necesarias para permanecer en casa (Actividades instrumentales de la vida cotidiana, AIVC)</b>                  Cocinar                  Lavar la vajilla                  Limpieza básica                  Limpieza en profundidad                  Comprar                  Gestión de medicamentos (si son necesarios)                  Uso del teléfono</p>
<p><b>Confinamiento</b>                  En la cama, en sillón, en casa</p>
<p><b>Problemas de comportamiento y comunicación</b></p>
<p><b>Factores adicionales para establecer el plan de atención</b>                  1. Disponibilidad de ayudas informales                  2. Condiciones de vivienda (en cuanto obstáculo o no para la atención y el acceso a servicios)</p>

Estas dimensiones pueden servir de criterio para establecer una jerarquía de situaciones de mayor o menor gravedad, para fijar prioridades o incluso para establecer un umbral de acceso a un derecho. Sin embargo, no siempre se pueden traducir automáticamente en un número de horas o minutos de atención necesaria.

En primer lugar, la mayor parte de los tests tienen un campo de respuesta bastante ambiguo a cada pregunta cuando permiten contestar con un "algo", "ocasionalmente" o "en parte". Estas situaciones intermedias hacen muy difícil fijar una relación directa con el tiempo de atención necesario.

En segundo lugar, una variedad de factores pueden aumentar o reducir significativamente el tiempo necesario para una misma atención en casos distintos. El peso de la persona, la disponibilidad de ayudas técnicas, la necesidad de dos personas para una tarea pueden traducirse en cambios muy sustanciales para atender a quien "no puede" hacer por sí mismo una misma cosa.

En todo caso, la dependencia puede acercarse a determinar el volumen global de ayuda necesario, pero no la forma más eficaz de proveerlo.

**Notas**

3. Alain Colvez et al., op. cit.

## La disponibilidad de apoyos familiares

Un segundo tipo de criterios que se viene utilizando para el acceso a los servicios de apoyo domiciliario es la disponibilidad o no de apoyos familiares. Muchos de los servicios de atención a domicilio nacen dirigidos a personas mayores carentes de apoyos familiares, que constituyen el grupo prioritario de atención en una sociedad donde las familias se ocupan de una parte muy importante de los cuidados. A partir de aquí, la extensión de los servicios se ha visto atrapada entre dos planteamientos contradictorios:

- La idea de que la atención pública debe ser subsidiaria de la responsabilidad familiar. En esta línea, los servicios públicos sólo deberían intervenir cuando no existe familia (o no está disponible), o cuando la familia se vea fuertemente limitada para prestar la atención necesaria.
- La experiencia real de que la capacidad efectiva de atención de las familias es muy diversa y que la asunción de los cuidados por la familia no siempre es compatible con el acceso al empleo, el desarrollo personal y el bienestar y la salud de las personas que deben prestarlos.

Así la atención se ha ido extendiendo a personas que cuentan con apoyos familiares, aunque con una fuerte dificultad para establecer criterios claros de cómo tratarlos.

Uno de los problemas que presentan los apoyos familiares como criterio formal para el acceso al servicio o la determinación del volumen de atención a ofrecer es que la disponibilidad de tales apoyos depende de numerosos comportamientos informales y difíciles de controlar. La presencia de familiares en el mismo domicilio o la misma población puede modificarse, en apariencia al menos, con cambios de empadronamiento. La disponibilidad de tiempo puede depender del acceso o no al empleo, o de la búsqueda o no del mismo, y de otros factores difíciles de determinar de forma precisa y formal. Aspectos como el tipo de relación (positiva o conflictiva) entre los familiares son de aún más difícil determinación. La exigencia del cumplimiento de las obligaciones legales de alimentos siempre ha sido difícil, como lo mostró la experiencia de las pensiones asistenciales, y la correspondiente supresión de la misma en las pensiones no contributivas.

A ello hay que añadir que una posición de estricta subsidiariedad negativa, es decir de defender que los servicios públicos no deben hacer nada que pueda o deba realizar la familia, lleva a entrar en un pulso de efectos negativos con las familias. Las familias perciben una actitud rácana de los servicios públicos, que parecerían más interesados en ahorrar gastos que en el bienestar de los mayores, y que aumentan la presión que experimentan con una actitud de exigencia permanente. En el fondo constituye un desincentivo al apoyo familiar, ya que si la familia se inhibe (cuidando de hacerlo con cierta habilidad) el apoyo público aumenta. Incluso aunque en la mayor parte de los casos no se esté dando esa inhibición, la simple percepción de que si no me hiciera cargo le atenderían más o de que a otros a los que la familia les ha dejado les atienden mejor aumenta la tensión y el malestar de las personas cuidadoras y reduce el valor de su esfuerzo.

La forma en la que puede salirse de esta situación, dentro de la orientación general del Plan Gerontológico de promover el papel de la familia en la atención a las personas dependientes es pasar a un modelo de atención que premie el compromiso familiar (más que castigar su posible descompromiso). Esto puede obtenerse mediante un diseño de la atención que tenga clara y explícitamente en cuenta las necesidades de la persona anciana y también de la cuidadora, que facilite el esfuerzo de ésta y lo haga compatible con su propio bienestar. El premio al esfuerzo no tiene por qué ser siempre más volumen global de atención, sino que en ocasiones la necesidad principal es su ajuste a las necesidades de la persona cuidadora (compatibilidad con horario laboral, momentos de descanso, fines de semana o algunas noches, etc.) lo cual requiere de más flexibilidad y personalización de la atención.

## 3.2. UNA PROPUESTA

La propuesta de regulación se organiza en torno a los siguientes elementos:

**1. Regulación del acceso.** Reconocer el derecho genérico a la atención para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria para aquellas personas que en razón de su edad, de su discapacidad o de su estado de salud física o mental vean reducida sustancialmente y de forma prolongada su capacidad de valerse por sí mismas y requieran de la ayuda de una tercera persona para realizar dichas actividades. Esto requiere:

- Determinar de forma reglada cuando se entiende que la reducción del autovalimiento es sustancial y prolongada. En principio la aplicación del Test Delta tiende a convertirse en una medida legal de dicha situación (a efectos de deducciones fiscales, por ejemplo), y constituye un punto de partida interesante. Faltaría introducir la medida de la duración. La determinación del grado de dependencia a partir del cual se reconoce el derecho tiene consecuencias en términos de volumen de demanda potencial y de costes. Las previsiones del Plan Gerontológico establecen un objetivo de cobertura del 5 + 1 por ciento de la población mayor de 65 años. En este momento no disponemos de datos que permitan ajustar ese objetivo de cobertura con un nivel determinado de dependencia según el Test Delta.
- Dejar abierta la puerta a la atención (no como derecho) de aquellas situaciones en las que la pérdida de autovalimiento sea ligera o de corta duración, pero en las que a juicio de los servicios sociales sea conveniente prestar una atención para evitar un deterioro de la situación.

**2. Regulación del volumen y modalidades de la atención.** Establecer que son los servicios sociales quienes determinan a qué volumen de atención y por qué medios debe prestarse. A este efecto el criterio determinante no sería el Test Delta o el instrumento de medida general de la dependencia, sino un Plan de atención elaborado a partir de una tabla de actividades que necesita la persona y el tiempo que requieren en su caso concreto. No parece muy necesario establecer un tiempo mínimo, ya que puede haber situaciones que requieran de apoyos muy puntuales cada mes o cada dos meses. Sí que es conveniente establecer un nivel máximo. El principal criterio sería que el coste de la atención domiciliaria no sea superior al coste de atención a esa misma persona en una residencia. Dado que el problema del límite se plantea en los casos de atención intensa, la referencia debería ser la del coste de una plaza asistida. Una primera aproximación apuntaría a que el límite máximo debería situarse en torno a las 24 horas semanales de atención.

Este presupuesto de tiempo debe servir para integrar el papel de los diversos proveedores de servicios, incluyendo los apoyos informales. El tratamiento de éstos debe ser cuidadoso, ya que evitar que se reduzcan o desaparezcan requiere no sólo no sustituirlos en exceso, sino también no ponérselo demasiado difícil. En general tienen más éxito las medidas que tienden a incentivar a quien se implica, que a restringir el apoyo a quien no lo hace.

**3. Regulación del precio de la atención.** El acceso a la atención en cualquiera de sus modalidades tendría un precio modulado en función del nivel de ingresos (o de recursos) de la persona atendida y su unidad de convivencia. Para fijar el precio de la atención es necesario establecer una tabla de equivalencias de forma que se pueda traducir un conjunto de atenciones en un nivel de horas (o en una medida) de atención sobre el que establecer el precio público. Alternativamente, se puede poner un precio a la hora de atención en cada modalidad (atención directa, centro de día, etc.) y calcular el valor de la atención en función de la suma de horas de cada modalidad. Cada persona pagaría una parte del precio en función de sus ingresos.

Este sistema de tarifas, como todos los demás elementos de regulación del acceso, serían comunes para toda Navarra y tendrían que ser regulados en la normativa correspondiente.

**Tabla 10**  
Criterios e instrumentos de regulación de la atención

	Acceso	Volumen de atención	Precio
Criterio	1. Grado de dependencia	1. Necesidades específicas de atención 2. Disponibilidad de apoyos familiares e informales 3. Preferencias de la persona usuaria/cuidadora 4. Disponibilidad y límites de los recursos públicos	1. Recursos económicos de la persona atendida y su cónyuge
Instrumento	Test oficial de autovalimiento/dependencia (Test Delta)	Plan de Atención	Sistema de tarifas

## 4. Integrar la gestión de los recursos

### 4.1. RAZONES PARA LA GESTIÓN INTEGRADA

Las razones que apoyan la idea de una gestión integrada de diversos tipos de recursos, frente al modelo de una separación nítida de tipos de usuarios/un único recurso, son varias:

**1. Los dispositivos y servicios más adecuados para atender cada caso en su entorno comunitario dependen de una multiplicidad de factores y circunstancias que se combinan de forma muy diversa:**

- Características personales de la persona atendida, como su grado de dependencia, carga de trabajo que requiere (tipo concreto de tareas en las que necesita apoyo, la frecuencia y horario de las mismas, etc.)
- Características de los apoyos informales de los que pueda disponer: si hay familiares que le apoyen o no, si conviven o no, si trabajan y con qué horarios, si viven con un familiar o con otro núcleo familiar completo, etc. Igualmente puede haber o no, y con diferentes características, apoyos extrafamiliares (amigos, vecinos, etc.)
- Características del entorno social: hay notables diferencias entre zonas urbanas, rurales dispersas y concentradas, etc. en cuanto a la existencia de servicios públicos y privados de muy diverso tipo (centros de día, residencias, cuidadores a quienes se puede contratar, servicios de comida preparada o lavandería, etc.) y a su accesibilidad.
- Preferencias de la persona atendida: hay quienes pueden aceptar mejor ciertos cuidados personales de un tipo u otro de servicios, de una misma persona o de varias, en su casa o en un centro, etc.

**2. El tipo de necesidades y la respuesta más adecuada a las mismas se va modificando a lo largo del tiempo.** Ello se debe a varios factores:

- La aparición de necesidades durante períodos de tiempo limitados, como resultado de convalecencias, problemas agudos de salud, aprendizajes, etc.
- La evolución general del estado de la persona dependiente.
- La mayor o menor disponibilidad de apoyos informales en momentos diferentes del año, al modificarse la situación de la familia (vacaciones de las personas cuidadoras, de sus hijos, períodos de empleo temporal, desplazamientos en verano, etc.)

**3. Cada dispositivo de atención tiene características intrínsecas que le hacen encajar mejor o peor en diferentes momentos y parcelas de las necesidades de la persona usuaria.** Por ejemplo, los cen-

tros de día ofrecen una atención de alta cualificación y en general más eficiente (al atender simultáneamente a varias personas) pero con exigencias importantes de horario y de preparación previa de la persona atendida. La atención a domicilio de los servicios públicos asegura la cualificación del personal de atención y se realiza en el propio domicilio, pero tiene límites en cuanto a sus horarios y una elasticidad limitada ante los cambios en la demanda. El pago de servicios personales tiene una flexibilidad muy alta en lo que respecta a horarios, pero su continuidad y la garantía de preparación son menores, y en algunas zonas es difícil hallar personas a quien encargárselos.

Los recursos y dispositivos que pueden resultar de aplicación en la atención a las personas dependientes en su comunidad, y que por lo tanto deberían ser puestos al alcance de la estructura de gestión de casos se recogen a continuación<sup>4</sup> [Tabla 11]

**Tabla 11**  
Dispositivos a integrar en la gestión de casos para la atención a personas con problemas de dependencia

Dispositivo	Institución pública responsable
<b>Atención doméstica y personal a domicilio</b>	
Atención de trabajadora familiar (SAD)	Servicios sociales de base
Ayudas económicas para atención a domicilio	INBS
Atención domiciliaria de urgencia	(servicios sociales)
<b>Atención institucional temporal</b>	
Centro de día	INBS
Estancias breves en residencia	INBS
<b>Supervisión y seguimiento del caso</b>	
Seguimiento social	Servicios sociales de base
Seguimiento sanitario	Centros de salud
Servicio telefónico de emergencia	INBS
<b>Apoyo a las personas cuidadoras</b>	
Servicios de respiro	(servicios sociales)
Apoyo personal y emocional	(servicios sociales)
Formación y apoyo técnico	(servicios sociales y de salud)
<b>Promoción de apoyos sociales extrafamiliares</b>	
Promoción del voluntariado/apoyos sociales	(servicios sociales)
<b>Acceso a ayudas técnicas</b>	
Servicios de préstamo	(servicios sociales y de salud)
Ayudas para adquisición (a coordinar)	(servicios sociales y de salud)
<b>Atención sanitaria a domicilio</b>	
Programa de atención a domicilio de salud	

Algunas de estos dispositivos pueden estar gestionados por entidades privadas (mercantiles o de iniciativa social). En este cuadro hemos reflejado el nivel o ámbito de la administración competente en la materia.

## 4.2. UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRADA

La gestión de casos en un campo como el que aquí nos ocupa supone hacer frente a una elevada complejidad. Se trata de atender un número importante de casos de personas con necesidades y posibilidades muy diferentes, combinando una serie de recursos diferentes, dependientes de diferentes administraciones y proveedores, en combinaciones diferentes a medida de cada caso. Hacer frente a esta complejidad requiere de un modelo de gestión con mecanismos y procedimientos muy claros. El modelo que se propone a continuación pretende ser un primer esquema para la discusión.

Las dos orientaciones básicas que inspiran el modelo son la unificación de la gestión de la atención social en el nivel primario y su coordinación con la atención sanitaria.

### Notas

4. Esta lista deberá ser discutida y completada.

Entendemos por nivel primario de servicios sociales el que presta servicios que no suponen internamiento de las personas atendidas y/o su salida de su entorno de vida habitual. Estos servicios prestan apoyos técnicos, materiales y/o económicos orientados a mejorar la calidad de vida de las personas promoviendo su incorporación social y/o compensando sus límites de autovalimiento en su entorno habitual. Son servicios que toman como elemento central de su actuación un territorio (una "comunidad"), adaptándose a sus potencialidades y limitaciones, dando una orientación "comunitaria" y "preventiva" a la atención a las personas en dificultad. Ello no quiere decir que su función primordial sea la simple prevención o dinamización comunitaria.

En la actualidad tiende a identificarse en Navarra el nivel primario con los servicios sociales de base. Los servicios sociales de base son sin duda algunos servicios de nivel primario, pero el nivel primario no puede (no debe) limitarse a ellos. Los servicios sociales de base tienen en general una dimensión territorial y organizativa que hace muy difícil la gestión de determinados servicios y programas que encajan plenamente en el concepto de atención primaria. Pensemos, por ejemplo en los programas de educación familiar, algunos servicios diurnos, etc.

El modelo de gestión debe permitir abordar positivamente algunas cuestiones:

- Asegurar que existe una valoración única de cada caso en sus diversos aspectos (nivel de autonomía/dependencia y carga de trabajo que supone, apoyos sociales y familiares, etc.). La valoración debe ser realizada por técnicos cualificados para analizar los aspectos sanitarios y sociales del caso. Esta valoración debe servir para el conjunto del programa y debe ser actualizada periódicamente.
- Diseñar un plan de atención para cada caso adaptándose a sus circunstancias de forma flexible y teniendo en cuenta el conjunto de recursos disponibles y las condiciones locales. Ello significa pasar de la lógica de "clasificar" usuarios (en función de su grado de dependencia, etc.) para asignarles el recurso definido como adecuado a cada tipo, a la de concebir para cada caso la combinación de recursos más adecuada, siempre dentro de los límites de los recursos efectivamente disponibles.
- Permitir una cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales. Esta cooperación (no integración) debe respetar las normas, lógicas y formas de trabajo diferentes de cada uno de los sistemas. Pero esas diferencias no deben impedir un trabajo conjunto, con información recíproca y coordinación cuando se interviene sobre el mismo caso. Esta cooperación deberá tender a enmarcarse en el espacio sociosanitario, aunque no necesita de la completa definición del mismo para empezar a implantarse.

El modelo de gestión se organiza en torno a los siguientes elementos:

**a) La creación de un programa de atención comunitaria a personas con problemas de dependencia cuya estructura técnica la componen:**

- Uno o varios trabajadores sociales gestores de casos ubicados en los servicios sociales de base (zona básica). Como tales gestores de casos tienen la responsabilidad plena en el diseño del plan de atención y su seguimiento.
- Uno o varios trabajadores familiares ubicados en los servicios sociales de base (zona básica).
- Un técnico responsable del programa para cada área de servicios sociales, que podría contar con algún otro personal de apoyo técnico y el apoyo administrativo que se considere necesario. Sus funciones serían la coordinación y el impulso del programa en el área (armonización de criterios y modos de trabajo, etc.), el apoyo técnico a los gestores de casos y la responsabilidad administrativa de las propuestas de utilización de recursos que no hayan sido descentralizados a los servicios sociales de base.

**b) Este programa contaría, como recursos directamente adscritos al mismo, con:**

- La atención de trabajo social necesaria para la valoración del caso y la propuesta de plan de atención, la negociación del mismo con la persona atendida y su acompañamiento social.

- La atención domiciliaria directa mediante trabajador familiar de la plantilla de los servicios sociales de base
- La atención domiciliaria que en su caso las administraciones locales puedan contratar con empresas.
- Unos fondos (adsritos a cada área) destinados a pagar atenciones provistas por medios ajenos a la administración. Estos fondos podrían destinarse al pago de servicios directamente a los proveedores (empresas, particulares, etc.) o a subvencionar dichos pagos que serían realizados por las personas atendidas. La primera opción debería ser prioritaria, sin excluir por completo la segunda. En todo caso debe asegurarse el correcto uso finalista de estos fondos.
- Un servicio de préstamo de ayudas técnicas, en colaboración con los servicios de salud.
- La disposición de un número de plazas de centro de día, con independencia de que su ubicación administrativa sea ajena al programa.
- La disposición de un número de plazas de residencia destinadas a estancias breves, con independencia de que su ubicación administrativa sea ajena al programa.
- El trabajo social para el desarrollo de acciones de apoyo a las personas cuidadoras, mediante la oferta de formación y apoyo técnico en los cuidados, la creación de mecanismos de autoapoyo/apoyo mutuo, etc.
- El trabajo social para la promoción de mecanismos de apoyo social (promoción e integración del voluntariado en tareas de acompañamiento, etc.)

**c) La utilización de estos recursos en cada caso no es incompatible. Antes al contrario, se trata de favorecer la combinación de los mismos. Esta combinación debe atenerse a una serie de criterios:**

- Ofrecer la mejor atención posible con el aprovechamiento más eficiente de los recursos. Ello supone pensar en términos de necesidades de las personas y también de cómo aprovechar al máximo las posibilidades del entorno social.
- Proporcionalidad entre los grados de necesidad y la atención ofrecida. El volumen global de la atención (que en muchos casos no podrá alcanzar un nivel que cubra todas y cada una de las necesidades) debe ser mayor en los casos de mayor necesidad. Ello no prejuzga qué modalidad de atención o qué combinación de recursos corresponde a cada grado de necesidad. Mantener esta proporcionalidad obliga a establecer unos módulos de referencia (en horas de atención, por ejemplo) para contabilizar la atención aportada con independencia de su modalidad.
- Ajuste a los recursos disponibles. Los recursos son siempre por definición limitados. Por lo tanto, es preciso adecuar la atención ofrecida a las disponibilidades en cada momento. Este ajuste debe realizarse en cada área (mediante la aprobación de los planes de atención ateniéndose a las disponibilidades reales) y más globalmente para el conjunto del programa mediante la programación anual de sus recursos y presupuestos.
- Desde hace unos años existe una preocupación acerca del riesgo de que la atención domiciliaria a personas con grandes niveles de dependencia absorba las horas disponibles de atención del personal propio de los servicios sociales de base. Esta absorción relegaría a los casos de atención más ligera y preventiva. En este sentido se suele pensar que la limitación de la atención directa a los casos que requieren menos de dos horas y media diarias de atención sirve de freno para evitar esa peligrosa deriva.

Hay que señalar que la situación actual es la contraria. La exclusión de la atención directa de los casos de gran dependencia hace que la atención recibida por éstos casos sea proporcionalmente menos en valor económico y cualificación profesional de los cuidadores. La deriva se ha producido en sentido inverso. Esto no prejuzga que la atención no sea nunca la adecuada. Parte de los ca-

sos de gran dependencia pueden estar mejor atendidos como están ahora, del mismo modo que parte de los de menos de dos horas también estarían bien o mejor con una atención en todo o en parte indirecta.

La propuesta supone romper esa separación y atender a todos los casos con la combinación de modalidades que sea más aconsejable en cada caso. Esta combinación debe establecerse haciendo compatibles criterios técnicos y el respeto a las preferencias del usuario. Sin embargo, podría tener sentido establecer un límite al número de horas diarias que un mismo caso puede recibir de una de las modalidades. Establecer que ningún caso puede recibir más de 2 horas diarias de atención directa (como prevé, salvo excepciones, el Plan Gerontológico), haría posible ofrecer atención directa a los casos más difíciles, sin que éstos absorbieran todos los recursos disponibles.

**d) La ubicación de estos recursos en diferentes niveles de la administración dependerá de su propia naturaleza, pero su acceso debe ser unificado.** Así, los fondos para pago de servicios o ayuda económica, los sistemas de préstamo de ayudas técnicas y la adscripción de un cierto número de plazas de centro de día o de estancia breve en residencia tendrían que situarse en el nivel de área, ya que su descentralización a cada servicio social de base es poco viable.

Por su parte, los trabajadores familiares y sociales son/serán en su mayoría de la plantilla de los servicios sociales de base. La integración de los recursos no supone necesariamente descentralización de todos ellos a la administración responsable del nivel de zona básica, sino su utilización conjunta en un programa cuyo espacio de referencia principal es el área, y en el que área y zonas trabajan de forma integrada. Como es lógico, la última palabra en cuanto a la utilización de los recursos tendría que estar en el responsable del programa en cada área.

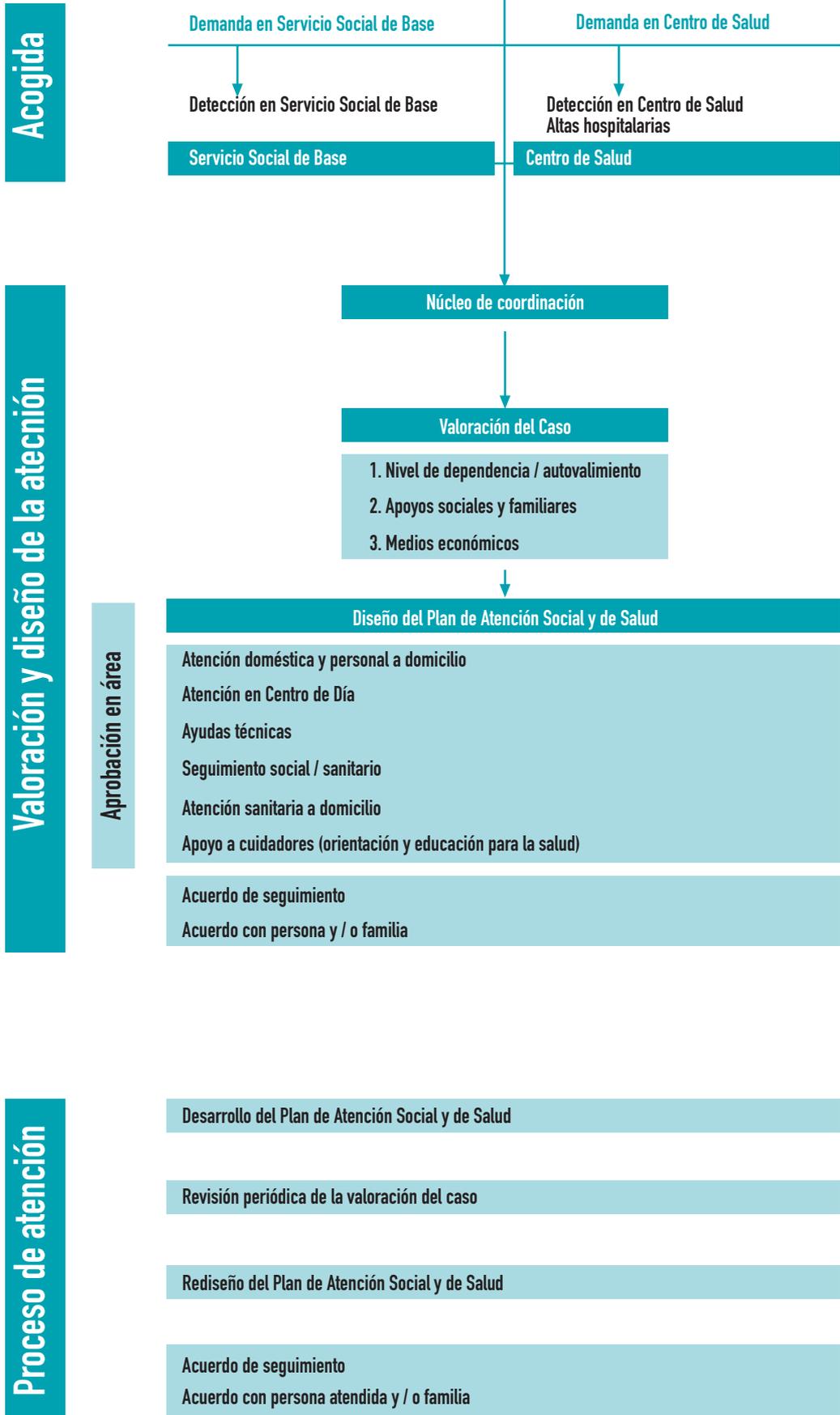
**e) La coordinación con el sistema de salud sin necesidad de modificar (al menos inicialmente) las formas de atención de cada sistema.** Se trata de establecer un procedimiento reglado de trabajo en cooperación que extienda a todas las zonas y sistematice cosas que ya se están haciendo en algunas zonas. Esta puede ser una de las acciones del espacio sociosanitario. En concreto esto supone:

- Una valoración conjunta de los casos. La valoración de los casos supone un análisis del nivel de autovalimiento/dependencia, de la situación personal, social y familiar y (para los servicios sociales) de los medios económicos. Esta valoración requiere de personal cualificado sanitario y social. A estos efectos, debería constituirse una comisión de coordinación entre cada servicio social de base y cada centro de salud encargada de la valoración de los casos. Esta comisión debe tener existencia formal pero una estructura muy ligera: es una comisión de coordinación operativa en la atención de casos, no una comisión interinstitucional de coordinación. La comisión podrían formarla un profesional sanitario (Centro de Salud) y un trabajador social gestor de casos (SSB) que podrían realizar las valoraciones por sí mismos o recabando el dictamen de otros profesionales de sus respectivos centros. El profesional sanitario de la comisión podría completar su parte de la valoración pidiéndosela al médico de cabecera o enfermero que conozca el caso, por ejemplo.

- Un diseño "en paralelo" de los planes de atención social y sanitaria. Esto significa un primer acuerdo en la comisión acerca de si proceden uno, otro, ambos o ninguno de los planes. En segundo lugar, el diseño de cada uno de ellos (si proceden) de acuerdo con los criterios, normas y medios de cada sistema. De estos diseños por separado, sin embargo debe informarse a la otra parte. Si se ven espacios para una coordinación o complementariedad se establecerá. Pero ninguna parte podría exigir a la otra hacer cosas que no estén previstas en sus criterios de funcionamiento aunque piense que deberían estarlo. Todo ello sin perjuicio de que en un futuro, a partir de la definición del espacio sociosanitario, puedan darse formas mayores de integración.

- Una revisión periódica (semestral o cuando las circunstancias lo exijan, por ejemplo) de la situación de los casos, poniendo al día la valoración de los mismos y el plan de atención

El siguiente esquema representa la articulación práctica de la colaboración socio-sanitaria local en la atención de un caso de atención a personas dependientes.



### 4.3. ALGUNAS CUESTIONES PENDIENTES DE PRECISAR

La actual atención a domicilio se dirige de forma claramente mayoritaria a personas mayores de 65 años con problemas de autovalimiento (mayores o menores), a un pequeño número de personas discapacitadas y a algunos casos de familias con dificultades para atender las tareas de la vida cotidiana. En su gran mayoría encajan, por lo tanto, en el concepto de atención a personas con problemas de dependencia/autovalimiento que inspiraría el programa redefinido.

Habría algunas situaciones que encajan algo peor en este concepto y es necesario pensar en qué encaje darles. Se trata sobre todo de los llamados casos de familias (en los que se sufre no una falta de autovalimiento personal sino una dificultad temporal de la familia para "funcionar normalmente"), y de las personas con problemas crónicos de salud mental que en la actualidad son atendidas desde asociaciones como ANASAPS y, de manera sin duda problemática, desde los servicios de atención a domicilio municipales.

#### Atención a familias

Como propuesta para la discusión cabría sugerir lo siguiente. Los casos de atención a familias con menores en los que lo que se trata es de compensar una dificultad de la familia de cumplir sus funciones con normalidad parecerían encajar en el programa de atención a la infancia que se esboza en el Plan de Lucha contra la Exclusión y que se propone como uno de los tres principales programas de la atención primaria. No se trata necesariamente de casos de grave riesgo para los menores o de "dificultad social", pero un plan de atención primaria tiene también una orientación preventiva. Se trata en principio de casos en los que la adecuada atención a los menores se ve limitada por determinadas circunstancias. Parecería pues lógico que el caso fuera analizado, atendido y seguido por trabajadores sociales orientados hacia la atención de familias con menores.

Otra cuestión es el tipo concreto de atención en el domicilio que se requiera. El programa de atención a la infancia debe integrar la educación familiar como uno de sus componentes. Si este es el recurso que se considera más adecuado podría recurrirse a él. Pero si se piensa que lo que se necesita es la atención de una trabajadora familiar (por el tipo de tareas a desempeñar) cabe que el programa de atención a la infancia recurra a unas horas de una de las trabajadoras familiares del mismo servicio social de base, o que pueda disponer de fondos para contratar externamente ese servicio. Se trata en definitiva de un mero arreglo de cooperación dentro del mismo servicio, o como máximo dentro de la misma área. La supervisión de la intervención de la trabajadora familiar correspondería al profesional gestor del caso en el programa de infancia, en coordinación con un gestor de casos de atención a personas dependientes.

#### Personas con problemas de salud mental

En lo que se refiere a las personas con problemas crónicos de salud mental la cuestión es algo más compleja. Por lo que sabemos, en la actualidad existen dos tipos de atención domiciliaria a este grupo de población:

- La atención domiciliaria de asociaciones como ANASAPS, financiada con fondos públicos. Se trata de una atención a domicilio que se ocupa fundamentalmente de tareas educativas y rehabilitadoras, y prácticamente nunca de tareas domésticas. La realizan educadores con niveles de cualificación y especialización comparativamente altos.
- La atención prestada desde los programas de atención a domicilio municipales, consistente en tareas domésticas y de cuidado personal. La atención es prestada por trabajadoras familiares y presenta fuertes problemas de falta de apoyo y orientación por personal especializado.

Esta situación plantea un dilema que debería ser resuelto con cierta atención. Son bastantes los profesionales de atención primaria que insisten en que la necesidad prioritaria de estas personas tiene que ver no con la cobertura de necesidades domésticas típicas de la atención a domicilio, sino con un apoyo personal orientado a la adquisición de habilidades personales y sociales y a una mejora de la participación en actividades. Este apoyo debe tener además un efecto de ali-

vio sobre la carga que los problemas de salud mental suponen para los familiares directos, carga que tiene en principio más que ver con elementos de tensión personal y emocional y con limitaciones para el desarrollo de una vida social normal que con un problema "físico" de atención doméstica o cuidados personales (aseo, limpieza, movilización, etc.).

Si es así, parecería lógico englobar este tipo de atención más en los programas de incorporación social (más social que laboral, en este caso, aunque no sólo social). Se trata de ayudar a personas con limitaciones para participar en actividades sociales y de ocio, en el trabajo, etc. a que venzan esas dificultades y se incorporen. Las peculiaridades de la incorporación pueden ser notables y requerir de un tratamiento específico, pero seguiría teniendo más que ver con la incorporación que con la compensación de la dependencia.

En todo caso, los servicios sociales tienen que asumir su responsabilidad en el terreno de la salud mental. Dicha responsabilidad nace de preceptos legales. La Ley General de Sanidad ya prevé que la atención a las personas con problemas de salud mental será responsabilidad compartida de los sistemas de salud y de servicios sociales. La Ley foral 13/1999, de 6 de abril, sobre el régimen de funcionamiento del Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier" establece que "se reconoce como objeto de prestación social la minusvalía derivada de la enfermedad mental que tendrá el alcance de las atenciones previstas en la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales de Navarra".

Asumir esa responsabilidad quiere decir que los servicios sociales tienen que aportar a estas personas aquello que entra en el ámbito de sus competencias. No cabe decir, por tanto, que por tratarse de personas con problemas de salud toda la atención corresponde al sistema sanitario. Pero precisamente desde la asunción de esa responsabilidad (es decir, estar dispuestos a poner medios, dispositivos y recursos para ello) los servicios sociales están legitimados para reclamar de los servicios de salud mental el apoyo y la supervisión técnica que sólo estos pueden ofrecer. Dicho más gráficamente, los servicios sociales deberán tener trabajadores y educadores familiares que atiendan a las personas con problemas de salud mental y puede no tener sentido que la red de salud mental cree este tipo de servicios sociales para enfermos mentales. Pero correlativamente, no tiene ningún sentido que los servicios sociales acaben teniendo que incorporar a psiquiatras y psicólogos para apoyar, orientar y supervisar el trabajo de los educadores y trabajadores familiares.

Por ello, sería conveniente enmarcar la asunción de estas funciones por parte de los servicios sociales (prioritariamente en el programa de incorporación social, aunque tal vez también en el de atención a la dependencia) en un acuerdo formal de colaboración con los servicios de salud mental.

### **Educación familiar, atención personal, tareas domésticas**

Esto lleva a una tercera cuestión que debe ser debatida. En las tareas que se desarrollan a domicilio aparecen tres tipos de funciones diferentes, aunque en ocasiones los límites son algo borrosos:

- Tareas de atención doméstica, como preparación de comidas, limpieza de la casa, compras, etc.
- Tareas de atención personal, como aseo, baño, movilización de personas encamadas, etc.
- Tareas de educación y rehabilitación, como mejora de las habilidades para la vida diaria, mejora de hábitos, educación para la salud, etc.

En principio cada uno de estos tipos de tareas requiere de un nivel de preparación y tiene una complejidad diferente.

Cabría pensar que las tareas de atención doméstica pueden ser realizadas por personas con un nivel de formación muy básico y se asemejan mucho a las realizadas por un empleado de hogar. En muchos casos pueden ser prestadas por proveedores externos, como empresas de limpieza, lavandería, comidas preparadas, etc.

Las atenciones de tipo personal tienen un grado de dificultad mayor, requieren en ocasiones de la utilización de ayudas técnicas, y suelen requerir de quien los presta la capacidad de crear un clima de confianza. Figuras como los auxiliares de atención personal o sanitarios, con una cierta formación en atención directa a personas mayores o discapacitadas parecen encajar más en este nivel.

El tercer tipo de tareas tiene una complejidad aún mayor y requiere de un nivel de formación claramente superior al de las anteriores. Perfiles profesionales como los de los educadores especializados podrían ser más adecuados para estas tareas.

Dado el volumen de atención dedicado a cada uno de estos tipos de tarea podría pensarse en la diversificación del personal en tres categorías, e incluso en la externalización de la provisión de algunas de las tareas domésticas.

Sin embargo, aunque parece existir un acuerdo sobre estos tres tipos de tareas, no está tan claro que siempre puedan ser separadas de forma nítida. En muchos casos la atención por parte de una misma persona es mejor aceptada por la persona atendida, lo que dificulta encargar a personas diferentes uno y otro tipo de tareas. Del mismo modo, se suele esperar de las atenciones domésticas en los casos leves una capacidad de seguimiento del caso y detección de posibles problemas ocultos. La fría racionalización mediante la división del trabajo no siempre es más eficaz.

En todo caso, y dejando para la discusión esta cuestión, pensamos que sería conveniente intentar una cierta separación de las funciones y tareas y de quienes las proveen. Una cierta separación que no tendría por qué ser sistemática y en todos los casos. Sin embargo, parecería que ciertas tareas que suponen un volumen de horas nada despreciable podrían ser separadas en muchos casos sin mayores problemas. Entre ellas cabría destacar servir comidas a domicilio (en lugar de prepararlas en cada casa), algunos servicios de lavandería y algunos tipos de limpieza (por ejemplo, limpiezas intensivas anuales o semestrales de las viviendas).

---

#### **4.4. EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS**

Las ayudas económicas para atención domiciliaria han experimentado en los últimos años un crecimiento que las ha situado por encima de las previsiones del Plan Gerontológico. Presentan diversos problemas derivados del hecho de haber sido concebidas inicialmente como un complemento puntual de la atención directa para acabar siendo la forma privilegiada de atención a los casos de mayor necesidad. La propuesta aquí planteada y las previsiones del Plan Gerontológico suponen su vuelta a un papel complementario de la atención directa cuando las características del caso aconsejen utilizarla.

Ello obliga a plantear la forma en la que sería viable una reconversión de las ayudas. La propuesta que se está discutiendo en el Instituto Navarro de Bienestar Social de transformarlas en la contratación de servicios con empresas proveedoras puede ser un elemento de dicha reconversión, que debería tener en cuenta los siguientes elementos:

**La atención domiciliaria podría quedar organizada en torno a tres modalidades:**

- a) Atención directa con medios propios, es decir la prestada por el personal de los servicios sociales de base
- b) Atención directa contratada/concertada, es decir la prestada por medio de empresas a las que la administración les compra el servicio
- c) Ayudas económicas para atención a domicilio, destinadas al pago de servicios por parte de las familias a personas (en principio no tendría sentido su compra a empresas, ya que sería más lógica la modalidad anterior).

**La atención directa, en el sentido del Plan Gerontológico comprende las dos primeras modalidades.**

**La atención a recibir por cada caso puede incluir una o varias de estas modalidades, que no son incompatibles entre sí.** La determinación de qué combinación es la adecuada para cada

caso corresponde al gestor de casos, de acuerdo con la persona usuaria y sus cuidadores y con la aprobación del técnico responsable del programa en el área.

**La gestión administrativa de los contratos con empresas podría corresponder al Instituto Navarro de Bienestar Social.** El nivel primario determinaría sus necesidades de horas de atención directa concertada (dentro de los límites presupuestarios establecidos) para cada caso y el Instituto Navarro de Bienestar Social compraría esas horas, que se pondrían a disposición de la atención primaria.

El paso de las actuales ayudas económicas a la atención combinada debe hacerse con cuidado y respetando las situaciones existentes. Recordemos que los perceptores actuales manifiestan una preferencia por la modalidad que reciben en la actualidad. Ello significa que aunque probablemente no rechazarían la otra si la tuvieran, tienen una cierta resistencia al cambio.

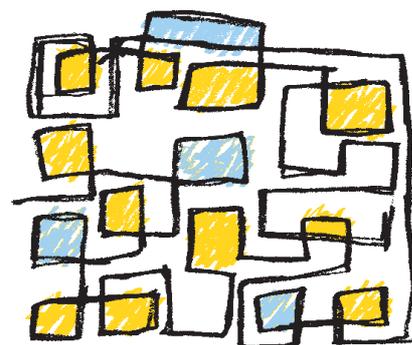
El proceso de cambio podría realizarse del siguiente modo:

**Todos los casos nuevos se gestionarán con el nuevo modelo.** Desaparacería para los casos nuevos la asignación automática a ayuda económica de los que necesiten más de 2 horas y media de atención. Todos los casos quedarían bajo la responsabilidad de un gestor de casos del servicio social de base correspondiente

**A los actuales perceptores de ayuda económica se les ofrecerá un plan de atención basado en el nuevo modelo de gestión.** El plan debería prever la posible sustitución de la totalidad o una parte de las horas de atención pagada con ayuda económica por horas de atención directa (con medios propios o comprados). Esta oferta sería de aceptación voluntaria, lo que permitiría a quienes optaran por mantener la ayuda económica seguir percibiéndola.

En todo caso, cuando los cambios en las circunstancias de las personas receptoras de ayuda económica lleven a un replanteamiento de sus necesidades de atención (aumento de horas, por ejemplo), el nuevo plan de atención deberá prepararse con arreglo al nuevo modelo de gestión.

La elevación de la cuantía de las ayudas económicas para acercarse a los precios de mercado debería hacerse prioritariamente con los casos nuevos o los que acepten un plan de atención según el nuevo modelo de gestión. Esta elevación debería ir condicionada a una regularización de la situación laboral de las personas cuidadoras.



# Capítulo 5

## Programa de incorporación social en la atención comunitaria

### REDACTORES:

Marisol Arguiñán Sánchez  
M<sup>º</sup> Jesús Gutiérrez Álvarez  
Blanca Pérez de San Román  
Echavarría

## Sumario

Página	
149	Introducción: La incorporación social en la atención primaria
150	1. Funciones de la Atención Primaria en la Incorporación Sociolaboral
161	2. La colaboración entre Servicios Sociales de Base y el Centro de Servicios Sociales
162	3. Recursos con que debe contar el Programa de Incorporación Sociolaboral
162	3.1. RECURSOS HUMANOS:
163	3.2. RECURSOS MATERIALES:
164	3.3. RECURSOS TÉCNICOS:
164	3.3.1. Acuerdo de Incorporación Sociolaboral
164	3.3.2. Gestión de prestaciones del INBS
164	3.3.3. Gestión de prestaciones del Servicio Navarro de Empleo
165	3.3.4. El tiempo de los profesionales
165	4. El Programa de Incorporación Social y otros recursos comunitarios
166	4.1. COORDINACIÓN CON SERVICIOS Y RECURSOS DE LA ZONA DEL ÁMBITO DE TRABAJO.
166	4.2. COORDINACIÓN CON SALUD MENTAL
167	4.3. COORDINACIÓN CON LAS ENTIDADES DE INICIATIVA SOCIAL
167	4.4. RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL
168	5. Diseño de la red
168	5.1. UBICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS
169	5.2. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS
171	6. La equidad y la homogeneidad. Una responsabilidad del Gobierno de Navarra

## Tablas

---

### Página

---

180	[ <a href="#">Tabla 1</a> ]	Area I. Noroeste. Recursos para la incorporación laboral
151	[ <a href="#">Tabla 2</a> ]	Area II. Noreste. Recursos para la incorporación social
152	[ <a href="#">Tabla 3</a> ]	Area III. Estella. Recursos para la incorporación social
153	[ <a href="#">Tabla 4</a> ]	Area IV. Tafalla. Recursos para la incorporación laboral
154	[ <a href="#">Tabla 5</a> ]	Area V. Tudela. Recursos para la incorporación laboral
155	[ <a href="#">Tabla 6</a> ]	Area VI. Pamplona. Recursos para la incorporación laboral
156	[ <a href="#">Tabla 7</a> ]	Area VI. Comarca de Pamplona. Recursos para la incorporación laboral

## Introducción

### LA INCORPORACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

El Estado del Bienestar se ha dotado de diversos agentes o sistemas de protección para hacer frente a las necesidades de los ciudadanos/as. El acceso a algunos de ellos es universal y gratuito, como la educación o la salud. El acceso a otros está condicionado a los recursos económicos y personales de cada individuo. Algunos de ellos no vienen garantizados por el estado, sino que el papel de éste se limita a actuar como regulador de las condiciones por las que deben regirse, árbitro ante conflictos entre proveedores y destinatarios o compensador de las dificultades de algunos individuos para el acceso. Así actúa en el ámbito de algunas necesidades básicas como la vivienda, el trabajo o servicios como el suministro energético, telecomunicaciones...

La mayoría de los ciudadanos y ciudadanas sabe gestionar su acceso a los servicios de carácter general acudiendo a las diversas agencias proveedoras y, salvo en épocas de escasez, no se ven excluidos del disfrute de estos bienes.

Hay un sector de población, sin embargo, que no sufre una carencia en uno de los ámbitos de su vida, sino una constelación de ellas. Se trata de carencias y dificultades que abarcan desde el ámbito absolutamente privado de la vida personal y familiar al más público del acceso a bienes y servicios comunes de la sociedad y entre los que se da una interacción que hace difícil establecer una relación de causalidad lineal. Se trata más bien de círculos de causa-efecto en los que los individuos y familias quedan atrapados y que hacen necesaria una intervención específica.

Y existen también situaciones de especial vulnerabilidad (un paro prolongado, una enfermedad mental, un periodo de precariedad económica tras una separación matrimonial...) que pueden afectar de modo puntual a cualquier miembro de la comunidad y que pueden precisar de un apoyo inmediato que evite su cronificación y la exclusión prolongada de la persona afectada.

Estas intervenciones han de facilitar, por un lado, la reorientación de la propia vida personal y familiar aportando recursos y apoyo humano, social y psicológico. Deben aportar, por otro, una tutela, al menos durante un cierto tiempo, en el acceso a los bienes y servicios comunes.

Esta labor de intervención a nivel personal, de facilitación de recursos para afrontar y resolver problemas en el ámbito de la familia y de tutela en el acceso a unos servicios de los que de otro modo algunas personas quedan excluidas, constituye sin duda una de las funciones primordiales de los Servicios Sociales y una de las vocaciones de su nivel de atención primaria.

El Plan de Lucha contra la Exclusión Social ha analizado suficientemente el fenómeno de la exclusión social en Navarra: ha determinado su extensión numérica y sus características y ha propuesto un amplio paquete de medidas para abordarlo. La sociedad navarra, a través de sus representantes en el Parlamento Foral, ha manifestado su voluntad de hacerlo realidad. Es preciso para ello prever el papel de la atención primaria de los Servicios Sociales, primer sistema de protección responsable de acercar a la población excluida a la comunidad, y proporcionarle los medios precisos para que lo aborde de una manera eficaz.

Un programa de incorporación social a desarrollar por la atención primaria de servicios sociales encontraría, por tanto, su referente inmediato en el Plan de Lucha contra la Exclusión Social que:

- Articula el conjunto de medidas para la incorporación social de las personas excluidas.
- Señala, además de los recursos en distintos ámbitos (ingresos económicos, salud, empleo, educación, vivienda...), el acompañamiento social como instrumento básico para la incorporación y como pieza fundamental para hacer eficaces el resto de las medidas recogidas en el Plan.
- Establece la creación de una red de equipos que trabajen en incorporación

social en el nivel de atención primaria con el fin de reforzar la capacidad de ésta para diseñar, hacer realidad y acompañar en los itinerarios de incorporación social de cada persona y cada familia excluida.

- Hace una exhaustiva descripción de la población excluida en Navarra, tanto en sus cifras globales y distribución geográfica como en sus características y necesidades.

Este programa debe también tener como base las opiniones de los principales actores del mismo: los y las profesionales de los Servicios Sociales de Base y las personas usuarias de éstos. Unos y otros han manifestado sus opiniones: mediante un grupo de trabajo creado al efecto los primeros; mediante dos de los estudios llevados a cabo en el marco del proyecto de reordenación de la atención primaria de servicios sociales, los segundos<sup>1</sup>.

En Navarra la mayoría de las prestaciones de carácter primario en servicios sociales se llevan a cabo desde los Servicios Sociales de Base y, habitualmente, tendemos a identificar "atención primaria" con alguna de las características de éstos: municipal en cuanto a su nivel administrativo, generalista en cuanto a su abordaje técnico.

Esto lleva a veces a conclusiones de difícil salida teórica según las cuales los niveles más próximos al ciudadano/a en su gestión no podrían ofrecer a éste un servicio o una prestación que exigiera una especialización profesional en una problemática concreta. Y a la inversa: prestaciones que deben proveerse en el medio inmediato del/a usuario/a y que no pueden ser satisfechas por municipios muy pequeños o en zonas geográficas con población muy dispersa se encuentran con barreras teóricas a la hora de su adscripción administrativa que, en el mejor de los casos, retrasan la articulación de recursos y, en el peor, la impiden.

En diversos documentos generados a lo largo del proceso de reordenación de la atención primaria de servicios sociales se ha hecho hincapié en una concepción de la atención primaria que supere estas dificultades y que se definiría por el ámbito y el tipo de actuación, más que por el nivel de adscripción administrativa o por el nivel de especialización profesional requerida para su abordaje. Entendemos, a lo largo de los diferentes documentos, y lo hacemos también en lo referido a este programa, la atención primaria como aquella que se presta al ciudadano/a en su propia comunidad, que articula el conjunto de recursos comunitarios en la atención a los problemas generados en la propia comunidad, que moviliza a la propia comunidad para la solución de sus problemas y que puede, por tanto, actuar en la prevención, en la promoción y en la intervención a nivel grupal, familiar e individual.

## Notas

1. "Servicios Sociales y trabajo social en el ámbito de la exclusión social. Valoración de los Servicios Sociales de Base por parte de la población excluida.- Concepción Corera y Begoña Pérez "Análisis de 35 procesos de intervención social desde el Servicio Social de Base" .- Iosune Goñi.  
"Recopilación de síntesis de actas de los grupos de Trabajo.- Grupo 4: Incorporación social de excluidos"

# 1. Funciones de la Atención Primaria en la Incorporación Social. Su capacidad actual para abordarlas

---

Desde esta perspectiva de la Atención Primaria, entendemos que a este nivel corresponden en la incorporación social de los sectores excluidos las siguientes funciones:

- Facilitar el acceso de las personas excluidas, o en riesgo de exclusión a recursos del propio sistema de servicios sociales que garanticen unos ingresos mínimos.
- Facilitarles el acceso a los recursos de los restantes sistemas de protección social (vivienda, educación, salud, trabajo...)

- Ajustar las prestaciones de los distintos sistemas a la situación de cada familia o cada persona excluida o en riesgo de estarlo, lo que, en la mayoría de los casos, exige también un proceso de negociación con esos sistemas. Se trata de hacer un “traje a medida”, que incluya recursos del sistema de salud, de educación, de empleo, vivienda, recursos comunitarios de ocio...
- Proporcionar recursos específicos que no son ofrecidos por otros sistemas para afrontar problemas que afectan de modo muy especial a las personas que sufren exclusión social, ejerciendo un efecto en doble sentido: están, a la vez, en el origen y en las consecuencias de la exclusión. Se trata de necesidades relacionadas con las habilidades precisas para gestionar su propia vida, para dar y solicitar ayuda, para encarar las dificultades personales y familiares por las que atraviesan, para abordar de modo exitoso un proceso de incorporación o para afrontar dificultades puntuales que generan riesgo de exclusión. Nos referimos a prestaciones a medio camino entre lo educativo y lo terapéutico, de intervención psicosocial y socioeducativa, encaminadas a potenciar elementos habitualmente deficitarios en este colectivo: habilidades sociales, habilidades para la resolución de problemas, para la negociación de conflictos interpersonales, para el control de la ansiedad, para la autonomía doméstica, para la gestión de la economía familiar...
- Facilitar el acceso a recursos para la incorporación laboral: cursos de formación pre y laboral, gestión de los recursos específicos para incorporación sociolaboral de los sectores excluidos (Empleo social protegido, Inserción laboral en empresas, Proyectos de trabajo individual, Centros de inserción laboral, Centros ocupacionales...)
- Y, lo que es fundamental para hacer realidad todo lo anterior, constituirse en referente y llevar a cabo el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de incorporación social:
  1. En su mismo inicio, acogiendo y escuchando demandas concretas (la tramitación de una prestación económica, las más de las veces) y facilitando su traducción a una demanda, que puede no ser explícita, de ayuda y apoyo para iniciar un proceso de inserción.
  2. Animando y mostrando, desde los primeros contactos, la posibilidad real de este proceso, proporcionando los primeros apoyos y favoreciendo los primeros logros, sin los cuales difícilmente la persona excluida adquirirá la confianza necesaria para iniciar un itinerario de incorporación.
  3. Acompañando estrechamente a lo largo de todo el itinerario, que es un proceso complejo, nunca lineal, que precisa reajustes frecuentes y vueltas al comienzo y un proceso difícil, que exige un apoyo afectivo que las personas excluidas, precisamente por serlo, no encuentran en su entorno inmediato.

El nivel de atención capaz de llevar a cabo estas funciones ha de cumplir los siguientes requisitos:

- Debe contar con profesionales bien distribuidos en el territorio y con capacidad para detectar y contactar con los usuario/as potenciales.
- Debe tener, en razón de su cercanía, fácil acceso y conocimiento exhaustivo de los recursos comunitarios.
- Debe estar integrado por profesionales capaces de proponer y colaborar con las personas destinatarias en el diseño del itinerario de incorporación y de llevar a cabo el acompañamiento social a lo largo del mismo.
- Debe garantizar un trabajo en equipo y multidisciplinar. El proceso de incorporación social es un proceso complejo, en el que continuamente se han de tomar decisiones o aconsejar para la toma de decisiones que afectan de modo muy importante a las familias con las que se trabaja, en el que con frecuencia hay que mediar en conflictos interpersonales y en el que, por tanto, los/as profesionales se implican de modo muy intenso. Es imprescindible un

trabajo en equipo que, por una parte, asegure un equilibrio entre la proximidad necesaria a las personas con las que se trabaja y la objetividad exigida para llevar a cabo proyectos realistas y que, por otra, permita un acercamiento multiprofesional: desde la óptica del trabajo social, psicológica, educativa y laboral.

- Debe asegurar una dedicación muchas veces inmediata (incidiendo en momentos de crisis que pueden precipitar la exclusión) y siempre intensa a cada caso, lo que exige mucho tiempo (y flexibilidad en su disponibilidad) de los distintos profesionales, y en especial del profesional que actúe como referente, en el trabajo con cada persona o familia excluida.
- debe contar con un acceso rápido y flexible a los recursos del propio sistema, de modo que éstos se adapten a cada etapa del itinerario de incorporación social de la personas excluidas o en riesgo de exclusión.

Como vemos, algunos de los requisitos son cubiertos por la red con que contamos en la actualidad:

La red de Servicios Sociales de Base de Navarra está extendida por toda la Comunidad Foral, llega a todos los pueblos y barrios, mantiene en general un estrecho contacto con los recursos comunitarios (entidades de iniciativa social y recursos de salud, de educación, empleo) y cuenta con trabajadores sociales y en algunos casos con educadores sociales, profesionales todos ellos cuya formación y experiencia práctica les han entrenado para llevar a cabo el acompañamiento social.

Otros requisitos no se cumplen en la actualidad: en pocas ocasiones se da un trabajo en equipo para la incorporación social y no siempre se cuenta con el tiempo de dedicación necesario para cada caso. En general, allí donde mayor es la proporción profesional/ usuario, que podría permitir un trabajo más intenso, más solo/a está el/a profesional y más confluencia de funciones y tareas asume, de modo que en las zonas básicas donde se cumplen unos requisitos se incumplen otros y son escasas aquellas en que el trabajo en incorporación social puede asegurar el cumplimiento de todas las funciones señaladas. Tampoco se cumple siempre el requisito de un acceso a los recursos del propio sistema inmediato y adaptado a las etapas del itinerario de exclusión (renta básica, ayudas económicas extraordinarias...), lo que puede limitar la eficacia de las intervenciones.

Está claro que la red debería ser reforzada para hacer frente de modo eficaz a sus funciones para la incorporación social. Podría parecer lógico seguir un esquema de aumento de los recursos allá donde actualmente están. Y esa sería la opción acertada, sin duda, si únicamente nos enfrentáramos a un déficit cuantitativo en los recursos. Pero se trata también de un problema cualitativo: hacen falta no sólo más profesionales, sino diferentes programas y diferentes recursos de los que seguramente no es posible, ni necesario, disponer en todas y cada una de las zonas básicas de servicios sociales, sino que pueden ser compartidos por varias zonas. Y una posibilidad de gestión directa de ciertas prestaciones que sería difícil transferir a cada Servicio Social de Base.

Estamos haciendo alusión a una estructura de Atención Primaria que contemple el conjunto del área como un todo e incorpore en la misma a los Servicios Sociales de Base, dotándoles de un núcleo multiprofesional, que el Plan de Lucha contra la Exclusión Social ha denominado Equipo de Incorporación Socio-laboral.

El Documento "Atención en la comunidad.- Líneas generales de ordenación de la atención primaria de servicios sociales" recoge esta propuesta del Plan de Lucha contra la Exclusión Social e integra este núcleo multiprofesional dentro de los Centros de Servicios Sociales que diseña.

La presencia de este núcleo multiprofesional facilita al conjunto de la red un abordaje multiprofesional y una especialización en el programa de incorporación social. Se pretende con él, además, acercar la gestión de los recursos a los Servicios de Base.

Por otra parte, existen recursos destinados a la incorporación laboral que, si bien no están destinados a la población excluida de modo especial, pueden y deben atender también a este sector y, de hecho, en momentos de descenso del paro como el actual, tienen en la población excluida su mayor reto. Es necesario articular un trabajo en común entre ambos tipos de recursos (de acompañamiento social y de formación-empleo) con el objetivo de lograr la incorporación sociolaboral cuando ésta sea posible.

Las tablas que se recogen en las páginas 34 a 61 (capítulo 1, apartado 3.1) recogen el conjunto de medios humanos con que cuentan los Servicios Sociales de base, clasificados por profesión, así como el programa de los cuatro propuestos en que parecería lógico ubicarlos en función de su actual actividad. Se recogen, por tanto, los recursos humanos destinados al programa de incorporación social.

En las tablas que se presentan a continuación se añaden, además otros recursos destinados a la incorporación social y/o laboral y situados en las distintas zonas básicas. Como en los recursos de los Servicios Sociales de base, no toda la población que atienden estos dispositivos es población excluida, pero lo es una parte importante de ella.

Todos los datos se refieren a 1998 y se han agrupado por Areas de Servicios Sociales, recogiendo los siguientes dispositivos.

- Programas específicos de Empleo Social Protegido llevados a cabo por entes locales o entidades de iniciativa social y financiados por el Instituto de Bienestar Social.
- Subvenciones concedidas a los Entes Locales por el Departamento de Industria, Comercio, trabajo y Turismo para la contratación de trabajadores desempleados para la realización de obras y servicios de interés general y social.
- Antenas de Infolan, implantadas en las entidades locales mediante convenios con el Fondo de Promoción de Empleo-Fondo de Formación subvencionados por el Departamento de Industria, Comercio, Trabajo y Turismo y cuyo objeto es el análisis de las oportunidades de nuevos yacimientos de empleo, y la formación, orientación, acompañamiento e inserción en el mercado laboral.
- Agentes de Empleo y desarrollo contratados por las entidades locales y subvencionados por el Departamento de Industria, Comercio, Trabajo y Turismo y cuyas funciones se orientan a la promoción y acompañamiento de iniciativas locales generadoras de nuevos empleos.
- Psicólogos de las oficinas del INEM, que, dependientes de la Subdirección de Empleo y Formación del Servicio de Empleo, desempeñan, entre otras, funciones de orientación laboral y asesoramiento en técnicas de búsqueda de empleo.
- Se señalan también algunas de las Entidades de iniciativa social que trabajan en el ámbito de la incorporación social en cada Area.

**Tabla 1**  
**Area I.**  
**Noroeste.**  
**Recursos**  
**para la**  
**incorporación**  
**laboral**

Trabajo	
<b>Agentes de desarrollo</b>	<b>4</b>
Lecumberri (Lecum. - Leiza - Ultzama)	
Etxarri Aranz (Sakana)	
Elizondo (Baztán - Zugarramurdi)	
Santesteban (Santesteban - Lesaka)	
<b>Antenas de Infolan</b>	<b>0</b>
<b>Escuela Taller</b>	<b>0</b>
<b>Casa de Oficio</b>	<b>0</b>
<b>Orientadores INEM</b>	<b>2</b>
Santesteban	
Alsasua	
<b>Subvenciones a EELL para contratación de desempleados/as</b>	
Nº de localidades	23
<b>Total de subvenciones</b>	<b>46.471.702</b>

#### Bienestar Social

Empleo Social Protegido (98)			
Entidad organizadora	nº plazas	Subv. INBS	
Ayto. Alsasua (6 meses)	14	11.206.216	
Manc. Bortziriak (6 meses)	11	6.251.380	
Manc. Malerreka (6 meses)	8	8.401.756	
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>25.859.352</b>	
Inserción en empresas			
Servicio Social de Base	nº benef.	nº contratos	Subv. INBS
Alsasua	3	3	1.363.590
Irurzun	6	9	6.409.804
Leiza	1	2	1.172.198
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>8.945.592</b>

Albergue: Alsasua

Tabla 2  
Area II.  
Noreste.  
Recursos  
para la  
incorporación  
social

	Trabajo
Agentes de desarrollo	4
Erro (Valle de Erro)	
Navascués (Salazar)	
Lumbier (Lumbier y Aoiz)	
Sangüesa (Sangüesa y Valdorba)	
Antenas de Infolan	0
Escuela Taller	0
Casa de Oficio	0
Orientadores INEM	0
Subvenciones a EELL para contratación de desempleados/as	
Nº de localidades	8
<b>Total de subvenciones</b>	<b>25.881.870</b>

Bienestar Social

Empleo Social Protegido (98)

Entidad organizadora	nº plazas	Subv. INBS
Ayto. Sangüesa (6 meses)	5	4.161.004
Ayto. Burgui (6 meses)	1	666.792
Manc. Auñamendi (6 meses)	3	2.260.376
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7.088.172</b>

Inserción en empresas

Servicio Social de Base	nº benef.	nº contratos	Subv. INBS
Aoiz	1	1	1.177.200
Sangüesa	16	24	14.610.371
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>8.945.592</b>

**Tabla 3**  
**Area III.**  
**Estella.**  
**Recursos**  
**para la**  
**incorporación**  
**social**

Trabajo	
Agentes de desarrollo	1
Estella (Tierra estella)	
Antenas de Infolan	4
Puente la Reina	
Estella	
Lodosa	
San Adrián	
Escuela Taller	1
Estella (Retauración)	36 plazas
Casa de Oficio	0
Orientadores INEM	1
Estella	
Subvenciones a EELL para contratación de desempleados/as	
Nº de localidades	20
<b>Total de subvenciones</b>	<b>79.602.147</b>

#### Bienestar Social

##### Empleo Social Protegido (98)

Entidad organizadora	nº plazas	Subv. INBS
Ayto. Estella	15	12.273.967
Ayto. Mendavia	2	1.333.584
Manc. san Adrián	10	7.684.964
Manc. Valdizarbe	7	5.664.588
Ayto. Iodosa	3	2.000.376
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>28.927.479</b>

##### Inserción en empresas

Servicio Social de Base	nº benef.	nº contratos	Subv. INBS
Ancín - Améscoa	1	1	588.682
Estella	5	7	4.814.366
Mendavia	1	2	1.157.580
Puente la Reina	2	2	1.168.323
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>7.728.951</b>

#### Entidades de iniciativa social

Asociación	localidad	Personal
Penela la Chachipén	San Adrián	
Undiben	Lodosa	1 trab. Social
Txiki - Merced	Estella	1 / 2 educador
Colectivo Antidroga	Los Arcos	

**Tabla 4**  
Area IV.  
Tafalla.  
Recursos  
para la  
incorporación  
laboral

	Trabajo
Agentes de desarrollo	1
Olite (Zona de Tafalla)	
Antenas de Infolan	4
Carcastillo	
Olite	
Tafalla	
Peralta	
Escuela Taller	0
Casa de Oficio	2
Tafalla (For. Sold. Carp. Mad.)	
Tafalla (jardinería)	
Orientadores INEM	1
Tafalla	
Subvenciones a EELL para contratación de desempleados/as	
Nº de localidades	17
<b>Total de subvenciones</b>	<b>54.569.440</b>

Bienestar Social

**Empleo Social Protegido (98)**

Entidad organizadora	nº plazas	Subv. INBS
Ayto. Artajona	7	5.579.588
Manc. Carcastillo	9	7.318.172
Manc. Olite (6 meses)	14	10.487.132
Ayto. Tafalla	20	15.169.928
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>38.554.820</b>

**Inserción en empresas:**

Servicio Social de Base	nº benef.	nº contratos	Subv. INBS
Tafalla	6	6	3.840.853
Olite	3	3	1.706.940
Peralta	20	24	11.329.477
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	<b>16.877.270</b>

Entidades de iniciativa social

Asociación	localidad	Personal
Cáritas	Tafalla	1 monitora
Virgen de las Nieves	Peralta	
Virgen del Soto	Caparroso	

**Tabla 5**  
**Area V**  
**Tudela.**  
**Recursos**  
**para la**  
**incorporación**  
**laboral**

	Trabajo
Agentes de desarrollo Tudela (Ribera)	1
Antenas de Infolan	7
Buñuel	
Cascante	
Corella	
Castejón	
Tudela	
Valtierra	
Cintruénigo	
Escuela Taller	1
Tudela: La Obra (Albañ. Carp. Jard. )	16 plazas
Casa de Oficio	1
Tudela	
Orientadores INEM	1
Tudela	
Subvenciones a EELL para contratación de desempleados/as	
Nº de localidades	15
<b>Total de subvenciones</b>	<b>100.043.454</b>

#### Bienestar Social

Empleo Social Protegido (98)			
Entidad organizadora	nº plazas	Subv. INBS	
Ayto. Arguedas	12	9.735.591	
Ayto. Buñuel	15	12.307.427	
La Romaní	6	5.000.940	
Ayto. Corella - Castejón	10	7.077.687	
Manc. Queiles	11	8.650.486	
Ayto. Tudela	13	16.368.211	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>59.140.342</b>	
Inserción en empresas:			
Servicio Social de Base	nº plazas.	nº contratos	Subv. INBS
Cintruénigo	1	1	1.177.200
Corella	1	1	882.900
San Adrián	1	1	1.177.200
Valtierra	3	3	2.334.252
Tudela	1	1	576.446
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6.147.998</b>

#### Entidades de iniciativa social

Asociación	localidad	Personal
La Calí	Ribaforada	
La Romaní	Tudela	1 trabajador social 4 monitores 1 mediador 1 asesor laboral 1 profesor
Unión Social Calí	Tudela	
Ayto. Valtierra	Valtierra	
ANAFE	Tudela	
Asociación Antidrogodependencias Surco		
Grupo Ayuda a Transeúntes	Arguedas	

**Tabla 6**  
Area VI  
Pamplona.  
Recursos  
para la  
incorporación  
laboral

	Trabajo
Agentes de desarrollo	3
Antenas de Infolan	0
<b>Escuela taller</b>	
Ayuntamiento (albañ., cantería, carp.)	60 plazas
Mantenimiento de cañadas	20 plazas
Medio ambiente	30 plazas
Casa de oficio	0
Orientadores INEM	5
<b>Subvenciones a EELL para contratación de desempleados/as</b>	
Total subvenciones	56.349.000

**Bienestar Social**

**Empleo Social Protegido (98)**

Entidad organizadora	nº plazas	Subv. INBS
Ayto. de Pamplona	144	205.498.590
Gaztelan		7.501.410
		213.000.000

**Inserción en empresas**

	nº plazas.	nº contratos	Subv. INBS
	40	56	27.904.792

**Entidades de iniciativa social**

**Asociación Personal**

La Majarí	1 trabaj. social (del Ayto.) 5 agentes común 2 trabaj. socs. a tiempo parcial
-----------	---

San Fermín

UGT

SOS racismo

ANAFE

Oblatas "Date una oportunidad tienes apoyos" (mujeres)

Empresa inserción VARAZDIN S.L. (Asociación nuevo Futuro)

Centro Esp. Empleo Albornia (Sin Fronteras)	1 jefe de producción 1 jefe de taller 1 trabajador social 1 administrativo contable
--	--

Centro Betania (Cáritas Diocesana)	1 médico 1 psiquiatra 1 trabajador social
---------------------------------------	---

Centro ocupacional Nazaret (Cáritas Diocesana)	1 monitor 1 coordinador
---	----------------------------

Centro ocupacional Las Flores (Cáritas Diocesana)	1 trabajador social
--	---------------------

Centro ocupacional Talluntxe ELKARKIDE S.L. (ANASAPS)	1 coordinador 1 trabajador social 1 educador social 1 monitor de taller
--	--

Centro ocupacional Aranzadi ELKARKIDE S.L. (ANASAPS)	1 directora 1 ingeniero técnico agrícola 1 administrativo 4 educadores
---	---

Centro Traperos de Emaús	6 trabajadores
--------------------------	----------------

Taller ocupacional Virgen del Carmen	2 trabajadores
--------------------------------------	----------------

Proyecto Lanadrea (colectivo Alaiz)	1 coordinadora pedagógica 1 animadora sociocultural 4 psicólogas (tiempo parcial) 3 pedagogas (tiempo parcial)
-------------------------------------	---

Gaztelan (agencia de coacción)	1 psicóloga 1 titulado en empresariales
--------------------------------	--

**Tabla 7**  
**Area VI**  
**Comarca de**  
**Pamplona.**  
**Recursos**  
**para la**  
**incorporación**  
**laboral**

Trabajo	
Agentes de desarrollo	0
Antenas de Infolan	6
Barañain	
Berriozar	
Ansoain	
Burlada	
Villava	
Zizur	
Escuela Taller	1
Burlada: Parque Munic. (albañ. jard. carp.)	50 plazas
Casa de Oficio	0
Orientadores INEM	0
Subvenciones a EELL para contratación de desempleados/as	
Nº de localidades	11
<b>Total de subvenciones</b>	<b>85.133.000</b>

#### Bienestar Social

Empleo Social Protegido (98)			
Entidad organizadora	nº plazas	Subv. INBS	
Ayto. berriozar	4	2.738.292	
Ayto. Barañain	20	16.669.800	
Ayto. Burlada	14	14.340.474	
Ayto. Huarte	6	4.557.202	
Ayto. Orcoyen	7	4.817.544	
Ayto. Villava	15	11.474.925	
Ayto. Valle de Egués	7	5.647.677	
Ayts. Berriozar - Ansoain	12	9.635.592	
Manc. Noain	12	8.001.504	
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>77.883.010</b>	
Inserción en empresas:			
Servicio Social de Base	nº plazas.	nº contratos	Subv. INBS
Berriozar	21	25	12.249.660
Barañain	1	1	715.225
Burlada	2	2	1.079.182
Huarte	8	14	6.393.451
Noain	7	8	2.353.443
Orcoyen	1	1	480.690
Zizur	17	17	9.884.417
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>68</b>	<b>33.156.068</b>

## 2. La colaboración entre los Servicios Sociales de Base y el Centro de Servicios Sociales

El equipo responsable del programa de incorporación laboral en el Área está compuesto por profesionales de los Servicios Sociales de Base y el núcleo multiprofesional que se ubica en el Centro de Servicios Sociales.

Este conjunto de profesionales debe asumir las funciones del programa a que nos hemos referido anteriormente, desarrollando distintas tareas. En algunas de ellas, como en la intervención de trabajo social y acompañamiento, los gestores de casos de los Servicios Sociales de Base tendrán un papel protagonista. En otras, como las tareas que requieren coordinación de los profesionales del Área entre sí y con otros sistemas, el papel protagonista corresponderá al Centro de Servicios Sociales. Este también tendrá, por su especialización y por la presencia de distintos profesionales, mayor papel en intervenciones de carácter psicosocial.

**Acompañamiento individual o familiar de cada caso.** El Centro de Servicios Sociales ha de prestar a los Servicios Sociales de Base del Área (a los gestores del caso) un apoyo que se concretaría en:

- Asesoría puntual al Servicio Social de Base que efectúa el acompañamiento de todo el proceso y que articula y coordina los recursos del resto de sistemas a que deba acceder la persona o familia cuyo acompañamiento se lleve a cabo (educación, salud, vivienda...).
- Acompañamiento temporal durante una fase del itinerario y a propuesta del Servicio Social de Base, que es el referente de la persona en proceso de incorporación.
- Previo acuerdo entre el Servicio Social de Base y el Centro, acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de modo que en algunos casos el Servicio Social de Base asumiría la fase de seguimiento tras la incorporación efectiva.

El principio que ha de presidir la actuación de ambos equipos en el acompañamiento de cada caso es el de colaboración frente a derivación. El caso es siempre del Servicio Social de Base y a éste "pertenece" el expediente. Los criterios para establecer la participación del Centro en un caso del Servicio Social de Base deben ser consensuados entre ambos niveles en función de la necesidad de un trabajo intensivo y multiprofesional. En algunas zonas vendrá determinado por la inexistencia de gestores de caso para el programa en el Servicio Social de Base. Queda claro que no debe existir un criterio de corte en función de las posibilidades de incorporación del caso y por debajo del cual el Centro no actúa, sino a la inversa: el Equipo del Centro de Servicios Sociales debería asumir los casos que necesiten una mayor especialización en su abordaje.

**Prestaciones técnicas específicas para la incorporación social y sociolaboral.** En gran parte corresponderán, por el grado de especialización y por la necesidad de diferentes figuras profesionales, al Centro de Servicios Sociales. En otras ocasiones corresponderá a éste la labor de coordinación para el Área:

### Intervención psicosocial con una doble oferta:

- De entrenamiento, las más de las veces grupal, en habilidades sociales, asertividad, control de ansiedad, autonomía personal, resolución de conflictos...
- De intervención familiar o individual en conflictos interpersonales o problemas personales que no constituyan patologías propias del ámbito de los Centros de Salud Mental.

#### Coordinación e impulso de recursos de incorporación laboral:

- Propuestas formativas adaptadas a las características de la población excluida de su ámbito geográfico y a las posibilidades de empleo de la zona.
- Conocimiento pormenorizado de las necesidades y del mercado laboral de la zona.
- Detección, en coordinación con los servicios específicos, de los yacimientos de empleo adaptados a esa población.
- Diseño y gestión de cursos de formación orientados a la incorporación sociolaboral.
- Coordinación con los recursos de formación existentes en la comunidad para hacerlos accesibles y útiles a la población excluida
- Coordinación y/o diseño de los proyectos de Empleo Social Protegido en su ámbito geográfico de actuación
- coordinación con los centros de inserción sociolaboral que existan en el Área.

#### Gestión desconcentrada de ayudas para la incorporación sociolaboral

**Coordinación y trabajo en equipo entre los/as profesionales de los servicios sociales del área.** La formación profesional continua es, sobre todo, fruto de la puesta en común entre profesionales que abordan casos y problemas afines. Se trataría de ubicar en el ámbito del área esta función formativa, asegurando el trabajo en equipo para aquellos Servicios Sociales de Base donde éste es imposible por contar con pocos profesionales, así como el diseño conjunto, aplicación y seguimiento de planes y programas comunes para el Área. El grupo de profesionales del programa en el Área, integrado por los profesionales de los Servicios Sociales de Base y del Centro de Servicios Sociales, sería el ámbito idóneo para la supervisión de casos o la formación mediante cursos encaminados a la puesta en práctica de programas concretos y a su supervisión.

**Coordinación y trabajo conjunto con entidades de iniciativa social** que operan en la comarca, tanto en lo referido a programas a llevar a cabo como en el trabajo conjunto a nivel de caso.

**Coordinación con otros sistemas** con los que se han de establecer acuerdos sobre organización conjunta de los recursos (servicios educativos, servicios de salud mental, justicia...).

## 3. Recursos con que debe contar el Programa de Incorporación Sociolaboral

### 3.1. RECURSOS HUMANOS

Un programa que lleve a cabo las funciones y tareas a que nos hemos referido precisa, por encima de todo, de gestores de caso que acojan, propongan, estimulen y negocien itinerarios de incorporación y acompañen a lo largo de éstos. Y precisa también otros profesionales que apoyen a quienes gestionan los casos y que aporten prestaciones técnicas diversas. El programa en su conjunto necesita, al menos, de las siguientes figuras profesionales:

- Trabajador/a social, responsable de la intervención social, del acompañamiento a lo largo del itinerario y de la coordinación de los recursos en torno a cada persona o familia.

- Psicólogo/a, responsable del diseño y ejecución de las intervenciones psicosociales grupales y de intervenciones individuales en resolución de conflictos personales e interpersonales.
- Educador/a, responsable de intervención socioeducativa y de acompañamiento social en los casos en que la adquisición de habilidades representa un papel central en la intervención.

El núcleo multiprofesional del programa para un área determinada está constituido por las tres primeras figuras profesionales (en número diverso según la población y necesidades del área) y se corresponde con el Equipo de Incorporación Sociolaboral. Este debe contar también con personal administrativo. Algunos de los trabajadores sociales y educadores que lleven a cabo la gestión de casos pueden ubicarse en los Servicios Sociales de Base, cuando el tamaño de éstos lo aconseje. En aquellos que no puedan contar con personal específico para el programa, serán los gestores de casos del Centro de Servicios Sociales quienes les presten apoyo.

Junto a éstos profesionales, son necesarias otras figuras en razón de características de las zonas, como los mediadores/as o agentes comunitarios/as para las minorías étnicas en zonas en que el volumen de la población perteneciente a estos grupos sociales y la situación su exclusión lo hagan aconsejable.

Una figura profesional y una función imprescindible es la del técnico en empleo. Navarra cuenta, como ha quedado claro en los cuadros presentados, con una red bastante desarrollada de distintos profesionales dedicados a esta labor. Por ello, existen dudas sobre la conveniencia de dotar a los Equipos de esta figura, o, más bien, de potenciar la relación con los recursos ya existentes, lo que los Servicios Sociales de Base ya vienen haciendo. Nos referiremos a esto en el apartado dedicado a la coordinación con otros recursos.

Hay que resaltar el hecho de que, si bien se requieren distintas figuras profesionales porque cada una de ellas ha de ejercer una función diferente, los límites entre ellas en el día a día no pueden ser, en este tipo de trabajo, muy nítidos. Muy a menudo deberán ser flexibles, adaptándose a la afinidad personal entre profesional y persona atendida, que es fundamental en este tipo de trabajo. La principal arma terapéutica, educativa y, en definitiva, de incorporación, con que cuentan los/as profesionales es la confianza y proximidad que generen en su relación con las personas a quienes ofrecen su ayuda. Deberán primarse las condiciones que beneficien ésta, sobre todo al establecer la persona referente para el acompañamiento a lo largo del proceso. Y esta flexibilidad deberá hacerse compatible con el necesario acercamiento interprofesional, que ha de ser intenso en el diseño del itinerario y en la supervisión que el equipo ofrezca al profesional referente.

## 3.2. RECURSOS MATERIALES

En consonancia con la concepción de los Equipos de Incorporación Sociolaboral como un recurso de atención primaria, deberá potenciarse la cercanía de éstos a los ciudadanos/as. Son los y las profesionales quienes han de acercarse, hasta donde sea posible, a las personas usuarias, atendiéndolos en los locales de los Servicios Sociales de Base y no forzando su desplazamiento a los Centros de Servicios Sociales. Se debe poner un cuidado extremo en evitar la centralización de tareas que, como el acompañamiento social, tienen que realizarse, por definición, en el ambiente del/a usuario/a.

En cuanto a las tareas que implican trabajo grupal, como las formativas o de intervención psicosocial, hay que procurar la utilización de locales ya existentes (escuelas y colegios, casas de cultura, locales juveniles, centros cívicos...) y cercanos al usuario/a.

En todo caso el núcleo multiprofesional del programa debe contar con el equipamiento necesario para dotarle de una ubicación física donde realice las tareas internas de preparación de su trabajo, donde se reúnan los profesionales del área y donde también se lleven a cabo programas de intervención grupal, todo lo cual se materializa en el Centro de Servicios Sociales.

Es también necesario que, tanto los Servicios Sociales de Base como el núcleo multiprofesional, cuenten con los equipos informáticos necesarios para un funcionamiento en red de todos los elementos del sistema, desde los servicios de base hasta el Instituto Navarro de Bienestar Social.

### 3.3. RECURSOS TÉCNICOS

Además de los propios de las respectivas competencias de sus profesionales, el equipo del centro de Servicios Sociales, y también el Servicio Social de Base, deben disponer de una serie de recursos específicos para llevar a cabo sus funciones:

#### 3.3.1. Acuerdo de Incorporación Sociolaboral

Definido en el Decreto Foral que regula la Renta Básica, este instrumento plasma la colaboración entre profesional y usuario/a en el diseño y en el acompañamiento, permitiendo los ajustes a lo largo de éste. Dado que el primer profesional de referencia se sitúa en el Servicio Social de Base, el recurso es común a éste y al Equipo del Centro y, en la medida de lo posible, debe ser suscrito por ambos, acordándose entre ambos el profesional que ha de hacer la evaluación y negociar nuevos objetivos del mismo.

#### 3.3.2. Gestión de prestaciones del INBS

Los Equipos deben contar con la posibilidad de gestión desconcentrada de algunos recursos del INBS, valorando las solicitudes y elevando las propuestas directamente a la Dirección-Gerencia del mismo, como una de sus Secciones:

- Renta Básica
- Ayudas económicas extraordinarias o de emergencia.
- Ayudas para Empleo Social Protegido
- Ayudas para Proyectos de Trabajo Individual
- Ayudas para Inserción Laboral en Empresas
- Informes para el acceso a los centros ocupacionales para personas en situación de exclusión regulados por el Decreto Foral 137/1999, de 3 de mayo.

Esta gestión tiene sus limitaciones y debe ir acompañada de mecanismos de control que garanticen la equidad en la distribución de los recursos, a los que nos referiremos más adelante.

#### 3.3.3. Coordinación en la gestión de prestaciones del Servicio Navarro de Empleo

Los Equipos deben contar igualmente, como recursos para la incorporación, con prestaciones dependientes del Servicio Navarro de Empleo.

El Decreto Foral 130/99, de 26 de abril, que regula, entre otras prestaciones, el acceso a los Centros de Incorporación Social, establece como requisito el dictamen favorable de los Equipos de Incorporación Sociolaboral.

De igual manera, los equipos deberían colaborar con el Servicio Navarro de Empleo en la valoración de los proyectos para las ayudas a Entes Locales para contrataciones de trabajadores/as desempleados/as o los destinados a la formación e incorporación laboral de las personas excluidas.

El mecanismo de coordinación podría estar constituido, o, en todo caso, vehiculado, por Contratos Comunitarios a suscribir por organismos de la Administración Foral y Local, organizaciones empresariales y sindicales y entidades de iniciativa social que operen en una determinada comarca.

### 3.3.4. El tiempo de los profesionales

La disponibilidad de tiempo flexible es un requisito para llevar a cabo el acompañamiento social, sobre todo en las primeras etapas. El tiempo se convierte, en este ámbito más si cabe que en otros del trabajo social, en una herramienta del profesional.

En la articulación de recursos para el programa de incorporación sociolaboral se debe combinar la lógica exigencia de una jornada laboral delimitada para los profesionales con la flexibilidad y adaptación a las características de la población excluida: precisamente la gestión del tiempo es uno de los aprendizajes básicos para la incorporación social, que se ha de hacer a lo largo del proceso, no previamente a él. Una adecuada gestión del tiempo es más un indicador de éxito del proceso de incorporación que un requisito para iniciarlo.

Por ello no se puede plantear un rígido horario de oficina para los profesionales, sino que se han de buscar fórmulas (jornada partida o flexible, trabajo por objetivos...) que obvien las dificultades ligadas a aquel.

## 4. El programa de Incorporación Social y otros recursos comunitarios

Los Equipos de Incorporación Sociolaboral deben asumir un papel dinamizador del desarrollo comunitario en lo referido a incorporación social y laboral. Esto exige la coordinación de todos los agentes que operan en relación con la incorporación social y laboral en una determinada área geográfica (normalmente el área funcional, pero en determinados casos puede tratarse de la comarca):

- Las administraciones: Entes Locales y distintos Departamentos del Gobierno de Navarra (Bienestar Social, Trabajo, Vivienda, Salud, Educación)
- La iniciativa social, la iniciativa empresarial y la acción sindical del área.

Para ser eficaz, esta coordinación debe plasmarse en documentos aceptados y firmados por todos los implicados, que pueden tomar la forma de Contratos Comunitarios anuales en que se señalen los objetivos para el área, las actividades y prestaciones que llevarán a cabo los distintos firmantes, las ayudas económicas y técnicas que las entidades de iniciativa social y las empresas recibirán de la administración y los mecanismos de evaluación y seguimiento por parte de todos los signatarios.

Estos Contratos facilitarían:

- Una ordenación de los recursos directamente vinculada a la realidad de éstos y de las necesidades que aspiran a cubrir.
- Una participación de los distintos actores sociales (asociaciones empresariales y sindicales, asociaciones de vecinos, entidades de iniciativa social...) en la definición de los objetivos y distribución de recursos y en la evaluación.

Se debe resaltar el papel de la atención primaria de servicios sociales en la dinamización y coordinación de una red que ofrece las mejores oportunidades para la incorporación social y las únicas para una prevención efectiva. Y se debe resaltar el potencial de este estilo de funcionamiento para el cometido de la incorporación social. La concreción de los Contratos Comunitarios no puede ser, sin embargo, responsabilidad única de los profesionales de los servicios sociales, sino algo apoyado, en primer lugar, por la Administración Local y Foral y por todos los Departamentos.

Se trata de un proceso progresivo de concertación en el territorio hacia el que se debe orientar la labor de coordinación con otros sistemas y entidades que los servicios sociales y, de modo muy especial, el Centro de Servicios Sociales, han de llevar a cabo.

Este proceso se inicia con la coordinación con las entidades y sistemas más implicados en la incorporación social y laboral. En una primera fase y con el fin de ir creando esa cultura de concertación, será necesario establecer algún tipo de coordinación formal, concretada en comisiones de trabajo a las que nos referimos en los apartados siguientes.

---

## 4.1. COORDINACIÓN CON SERVICIOS Y RECURSOS DEL ÁMBITO DE TRABAJO

La coordinación con estos recursos (Agentes de Desarrollo, Antenas de Infolan, Psicólogos del INEM...) debe plantearse en dos niveles de actuación:

**Análisis y planificación de actuaciones en el Área.** La coordinación se realizaría mediante una Comisión para la Incorporación Laboral que actuaría por área o en ámbitos geográficos más reducidos con las siguientes funciones:

- Análisis conjunto de las características y condiciones de empleabilidad de la población excluida de la zona
- Análisis conjunto de los yacimientos de empleo de la zona.
- Diseño y programación de actividades formativas y de incorporación laboral a realizar en el área desde los distintos dispositivos de los dos sistemas: Empleo Social Protegido, subvenciones a Entidades Locales para contratación de trabajadores/as desempleados/as, Centros de Inserción Sociolaboral, Centros Ocupacionales para personas en situación de exclusión social e incluso Escuelas Taller y Casas de Oficio en su ámbito geográfico de referencia.

**Intervención en casos individuales.** La coordinación se hace imprescindible en la gestión directa de los casos, toda vez que el programa de incorporación sociolaboral y el resto de dispositivos para la incorporación laboral realizan tareas afines. En especial es necesaria la coordinación en lo referido a informes de empleabilidad, búsqueda de empleos y elección conjunta de los más adecuados para la persona en cuestión.

---

## 4.2. COORDINACIÓN CON SALUD MENTAL

Si hay una situación de exclusión social profunda, difícilmente abordable y escasamente abordada, se trata de la derivada de la enfermedad mental crónica. Como se ha señalado en otro de los documentos que integran el Plan de Atención Primaria de Servicios Sociales (el referido a la atención a las personas dependientes), parece lógico englobar la atención a las personas afectadas en los programas de incorporación social.

La tarea que los Servicios Sociales deben asumir con ellas es la de ayudarles a participar en actividades sociales, de ocio y laborales. Esta ayuda implica, por una parte, facilitar los dispositivos que la hagan posible (redes de ayuda comunitaria, voluntariado, centros ocupacionales...) y facilitar el acompañamiento social que las personas afectadas y sus familias precisan a lo largo de un proceso que en muchos casos está sometido a frecuentes recaídas. Y que a veces cuenta con expectativas muy limitadas.

Ambos papeles corresponden a la atención primaria de los servicios sociales y en ellos deben colaborar los Servicios Sociales de Base y los Centros de Servicios Sociales. Pero ambos estarán incompletos si no se coordinan estrechamente con los recursos que sólo la red de Salud Mental puede y debe prestar: desde la atención psicoterapéutica y farmacológica, a la rehabilitación para la adquisición de habilidades sociales y de autocuidado o al apoyo emocional y orientación a los familiares.

La relación entre los Servicios Sociales y la red de Salud Mental podría establecerse de modo análogo a la propuesta para los recursos de incorporación laboral:

Una Comisión de Coordinación a nivel de área de Salud Mental, integrada por profesionales del Programa de Incorporación Sociolaboral y del Centro de Salud Mental. Puede ocurrir que un mismo Centro de Servicios Sociales o un mismo Centro de Salud Mental deban formar parte de dos comisiones, en caso de no coincidir las áreas geográficas de referencia. Esta Comisión valorará conjuntamente, en función de las necesidades de su zona, los dispositivos de atención con que se cuenta, y aquellos que es necesario desarrollar.

Éstos consistirán, las menos de las veces, en infraestructuras específicas de carácter residencial o laboral. En esos casos el carácter de la Comisión no puede ser más que consultivo, elevando informes a los organismos (INBS y Dirección de Atención Primaria de Salud o Coordinador del plan de Atención Socio-sanitaria) que pueden hacerlos posibles.

La mayoría de las veces los recursos consistirán en actividades profesionales a acometer por los servicios de Salud Mental (talleres de rehabilitación, grupos de apoyo para familiares...) o por los servicios sociales (actividades de ocio, formación e incorporación laboral, dispositivos "de respiro" para familiares...).

**Intervención en casos individuales.** En los casos de enfermedad mental crónica la intervención de ambos servicios pasaría, como en el caso de las personas con dificultades de autovalimiento, por una valoración conjunta.

En esta valoración el papel fundamental corresponde a los servicios de Salud Mental, que han de hacer el diagnóstico y el pronóstico respecto a las posibilidades de incorporación. A los servicios sociales correspondería la valoración de la red social con la que cuenta la persona enferma y que constituye el principal recurso, no ya para su incorporación social, sino para la conservación de su calidad de vida.

A la vista de la valoración inicial, cada servicio debe hacer su propio proyecto de intervención y luego ponerlo en común, negociando algunos aspectos relativos a la intensidad de la atención: en ocasiones una intervención social sólo es posible cuando se cuenta con un intenso seguimiento sanitario y, a la inversa, determinadas intervenciones terapéuticas sólo son rentables cuando se cuenta con un apoyo social en el entorno del paciente, por lo que la intervención de ambos servicios no es independiente. Es necesario, por tanto, llegar a acuerdos de intervención para cada caso y efectuar una evaluación conjunta del proceso de incorporación. Seguramente esta coordinación se facilita si cada sistema cuenta con un interlocutor único en el otro. Por ello parece aconsejable limitar la multiplicidad de interlocutores, realizar esta coordinación en el nivel de Área y que el papel de coordinación, para el ámbito de los servicios sociales, recaiga en el Equipo de Incorporación Sociolaboral.

### 4.3. COORDINACIÓN CON LAS ENTIDADES DE INICIATIVA SOCIAL

Es fundamental la relación con las entidades de iniciativa social que trabajan para la incorporación social desde distintos ámbitos: trabajo, vivienda, tratamiento de toxicomanías... La relación con estas entidades se enmarca en la definición de los Contratos Comunitarios, mediante los cuales se coordinaría la elección de objetivos y de acciones a realizar.

Por otro lado, se ha de dar una relación continua en lo referido al trabajo de casos, en los que frecuentemente se da una confluencia de intervenciones desde los equipos públicos y las entidades de iniciativa social.

### 4.4. RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL

La relación de los Servicios Sociales de Base con el sistema judicial es frecuente (informes periciales, acompañamiento a juicios, comparencias de los profesionales a juicios como técnicos...). Una de las funciones que más próximas se encuentran a un programa de Incorporación social es el seguimiento de la libertad condicional, que se lleva a cabo con frecuencia a instancias de la Comisión de Asistencia Social. El estudio sobre la función de los Servicios Sociales como puerta de acceso a otros sistemas, realizado sobre la recogida de las gestiones llevadas a cabo por 33 Servicios Sociales de Base durante un mes (octubre, 97) muestra que en 31 de ellos se había dado una relación con el sistema judicial. De las 93 actuaciones registradas, 33 se referían a seguimientos de libertad condi-

cional. Merece la pena detenerse brevemente en esta función porque en ella pueden confluír dos papeles que habría que clarificar.

Parece natural que el papel de acompañamiento, tanto en el diseño de un itinerario de incorporación como en la realización de éste, sea llevado a cabo por la atención primaria de servicios sociales, puesto que es una de sus funciones. Es difícil, sin embargo, combinar esta tarea con aquellas de control más específicamente ligadas al ámbito de la justicia. Por ello conviene establecer en un documento consensuado el papel de los servicios sociales en este cometido tan próximo al programa de que hablamos, clarificando el ámbito de su responsabilidad y sin poner en peligro la necesaria cercanía entre la persona en proceso de incorporación y su profesional de referencia. Igualmente habría que establecer la relación del programa con el sistema judicial en otros ámbitos, como la población reclusa en condiciones de solicitar el tercer grado y que precisa de una incorporación laboral para hacerlo, o en medidas alternativas al internamiento que prevea la legislación penal.

## 5. Diseño de la red

### 5.1. UBICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS

Lo dicho hasta aquí no presupone la ubicación administrativa idónea de los Centros de Servicios Sociales y de los profesionales del programa de incorporación de éstos, para la que, básicamente, hay dos opciones: dependencia municipal o del Gobierno de Navarra.

La dispersión geográfica de la población en la Comunidad Foral exigiría, para la gestión de esta estructura, agrupaciones municipales más amplias de las ya existentes para la gestión de los Servicios Sociales de Base. La previsible dificultad de su creación hace más operativo recurrir a una fórmula mixta: dependencia municipal o supramunicipal (mediante Mancomunidades) donde el volumen de población de las Entidades Locales existentes lo permita y dependencia del Gobierno de Navarra en el resto del territorio foral.

Por otra parte, ya hemos señalado que la puesta en marcha del programa de incorporación sociolaboral no requiere únicamente de los nuevos Equipos ubicados en los Centros de Servicios Sociales, sino que puede hacer necesario reforzar algunos de los Servicios Sociales de Base con personal específico para el programa.

Por ello, pueden darse tres situaciones:

- Equipos directamente dependientes de los Entes Locales de mayor tamaño y con competencias en Servicios Sociales.
- Equipos dependientes del INBS en otros casos.
- Refuerzo del personal de los Servicios Sociales de Base en zonas básicas con mayor número de habitantes y con mayor presencia de población excluida, coexistiendo con el Equipo del Centro de Servicios Sociales para el Área correspondiente.

En el primer caso es preciso el establecimiento de un mecanismo administrativo que permita actuar a los Equipos de Incorporación Sociolaboral del Centro valorando y proponiendo al Director-Gerente del Instituto Navarro de Bienestar Social la prestación de las ayudas de incorporación sociolaboral y Renta Básica.

En lo referido a la configuración de las áreas geográficas sobre las que actuará cada equipo, es obvio que deben estar compuestas por agrupaciones de zonas básicas de servicios sociales y que estas últimas deben mantenerse, como norma, tal como están configuradas en la actualidad, intentando respetar al máximo la zonificación de la Ley Foral de Zonificación Sanitaria. Es necesario contar con otro nivel de agrupación o nivel de Área. Ambos niveles deben quedar regulados de modo que su existencia tenga un reconocimiento normativo.

Las llamadas Áreas de Servicios Sociales, aún no suficientemente sustentadas legal y administrativamente, son conocidas y reconocidas por cuantos trabajamos

en los servicios sociales en Navarra. Quizá precisen una revisión en la que, en todo caso, habrá que tener en cuenta diferentes factores como las características urbanas de los asentamientos, vías de comunicación, atracción que ejercen los distintos núcleos en su entorno, previsiones de desarrollo futuro poblacional y económico, barreras orográficas naturales e, incluso, el sentimiento de la población de formar parte de una comarca con características comunes.

Sea cual sea la definición final que se dé a estas Áreas, no puede darse una correspondencia exacta entre Centro de Servicios Sociales y Área. Debido a la diferente concentración y problemática de la población en ellas, habrá equipos que podrían atender a más de un Área (por ejemplo Valles Cantábricos y Precantábricos) y Áreas que serían atendidas por varios equipos (por ejemplo el Área de Pamplona, que engloba la comarca).

## 5.2. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

Es preciso adaptarse a las necesidades de la zona. Este criterio, obvio por otra parte, debe primar por encima de un deseo de homogeneidad de los recursos. No obstante, se ha de garantizar a todas las personas navarras unas determinadas prestaciones, lo que exige una elección política de criterios numéricos de adscripción de recursos a las distintas áreas geográficas de actuación, sin perjuicio de introducir modificadores para tener en cuenta situaciones especiales.

El criterio base para el diseño de la red es el referido a la población en situación de exclusión a quien va destinado el programa. Las tareas de acompañamiento, centrales en éste, suponen una relación estrecha y prolongada en el tiempo entre el/la profesional de referencia o gestor de caso y la persona usuaria. Para el establecimiento de los profesionales de referencia a lo largo del itinerario de incorporación (y en todas las etapas de éste, desde su negociación hasta la incorporación definitiva), se debe respetar al menos una proporción que puede oscilar entre 1/60 y 1/80 (es decir, un gestor/a de caso por cada 60 o 80 familias en situación de exclusión social residiendo en el área), dependiendo de la dispersión geográfica, confluencia de otros dispositivos, existencia de problemática añadida en la comarca... En todo caso, y dada la falta de modelos de referencia suficientemente contrastados, el criterio base para establecer la proporción de profesionales se definirá durante una primera experiencia piloto para, más adelante, ir revisando periódicamente la adecuación de las plantillas a las tareas encomendadas. Se deberá, igualmente, contar con mecanismos flexibles para la adaptación de los recursos humanos a las necesidades, que pueden ser cambiantes.

Como profesionales de referencia o gestores de caso, se entienden dos de las figuras profesionales a que se refiere el apartado 3.1 de este documento: trabajadores/as sociales y educadores/as sociales. El análisis de los recursos existentes en cada área aconsejará la proporción a establecer entre ambas figuras profesionales.

Por lo que se refiere a los psicólogos/as, se propone uno por cada 250 o 350 hogares en situación de exclusión. Esta es una proporción reducida, pero aceptable en principio habida cuenta de que sus tareas no son de acompañamiento, sino de intervenciones que pueden ser grupales y que, en caso de ser individuales, pueden ser limitadas en el tiempo, en lugar de mantenerse a lo largo de todo el proceso de incorporación. Se ha de tener en cuenta también que las tareas de orientación para el empleo serían realizadas por los orientadores/as del INEM.

Igual proporción se mantendría en el/la trabajador/a social que forme parte del núcleo del Equipo. Dependiendo de la amplitud de la comarca correspondiente y del número de hogares en situación de exclusión, este profesional podría dedicar una parte de su jornada a tareas de acompañamiento y otra a tareas de gestión y coordinación con otros recursos.

Es necesario establecer acuerdos interdepartamentales (que pueden plasmarse en el marco de los Contratos Comunitarios) para articular la colaboración de los psicólogos orientadores del INEM en lo referido a informes de empleabilidad y orientación laboral de la población atendida por el programa de incorporación sociolaboral. Se cuenta con estos profesionales en casi todas las áreas.

as. Quedaría sin cubrir el área Noreste. En este área sería el psicólogo del Equipo de Incorporación Sociolaboral quien asumiría estas tareas (la Comarca de Pamplona se entiende atendida por los cinco orientadores radicados en Pamplona).

Sobre estos criterios base pueden incidir modificadores, como la existencia de colectivos que se encuentran con especiales dificultades para su incorporación social, como la población gitana o inmigrante o la dispersión geográfica de la población, que pueden elevar el número de profesionales; o la existencia de entidades de iniciativa social que realizan funciones de incorporación sociolaboral, que pueden reducirlo.

La aplicación mecánica de estos criterios a Pamplona y Comarca no parece oportuna por las siguientes razones:

- El nivel administrativo y la elevada población de Pamplona justifica una mayor autonomía en la disponibilidad de los recursos.
- Existe ya una primera experiencia de Programa de Incorporación Sociolaboral.
- Hay una importante concentración de población en torno a Pamplona: Pamplona cuenta con el 32% de la población de Navarra y la Comarca con el 18%. El conjunto de la Comarca agrupa, por tanto, la mitad de la población de la Comunidad.
- La Comarca constituye una unidad a la hora de disponibilidad de empleos.

El análisis de la oferta, la detección y explotación de yacimientos de empleo puede darse a dos niveles: el nivel muy local (de barrio o pueblo), referido al pequeño comercio, talleres de la zona o determinados servicios de proximidad... y el referido a empleos en empresas medianas y grandes, que debe abordarse en el nivel comarcal. Desde esta óptica, en el ámbito comarcal puede tener sentido la creación de una estructura dedicada a la incorporación laboral y encargada de:

- Detectar yacimientos de empleo y conocer pormenorizadamente la oferta real de empleos
- Ejercer la interlocución con los agentes generadores de empleo ( Cámara de Comercio, asociaciones empresariales...)
- Programar y gestionar recursos formativos (Plan FIP, Objetivos de incorporación de programas europeos, Talleres escuelas..)
- Gestionar recursos de incorporación laboral públicos, como el Empleo Social Protegido
- Informar y asesorar proyectos de autoempleo

Esta estructura, que podría adoptar la forma de Agencia Municipal (o Comarcal) para la incorporación laboral, daría servicio a los profesionales del programa de incorporación sociolaboral, con los que coexistiría. Estos, mucho más cercanos a la comunidad, mantendrían todas las funciones del programa, excepto las señaladas para la Agencia de Incorporación Laboral. Deben mantener, en todo caso, el acompañamiento de las personas en proceso de incorporación laboral: la relación con sus empleadores o la mediación entre conflictos solo pueden ser eficazmente realizadas por la persona que ha realizado el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de incorporación.

En cuanto a la adscripción administrativa de los equipos caben dos opciones:

- La primera de ellas, reconociendo la competencia de Pamplona en servicios sociales, contempla la transferencia de competencias y recursos al Ayuntamiento de la capital:

- Pamplona organizaría sus equipos y, en su caso, una Agencia de Incorporación Laboral de ámbito municipal.
- El resto de la Comarca mantendría equipos dependientes del Instituto Navarro de Bienestar Social, que desempeñarían las mismas funciones que el resto de los equipos de Navarra, incluidas las referidas a incorporación laboral. Podría tratarse de dos equipos de distinto tamaño: uno de ellos atendería las zonas básicas de Villava, Huarte, Burlada y Berriozar-Ansoain y el otro las zonas de Orcoyen, Barañain, Zizur y Noain.
- En la segunda opción, la transferencia de competencias y recursos se haría a la Mancomunidad de la Comarca, que podría contar con una Agencia Comarcal de Incorporación Social y tres equipos, que atenderían zonas básicas de la comarca y de Pamplona en razón de su proximidad (puede tener sentido que el equipo que atiende a Barañain y Zizur lo haga también a Echavacoiz o que el equipo que atiende a Villava atiende Orvina y Chantrea, por citar ejemplos en que la proximidad entre zonas de Pamplona y otros municipios justifica la adscripción a equipos comunes).

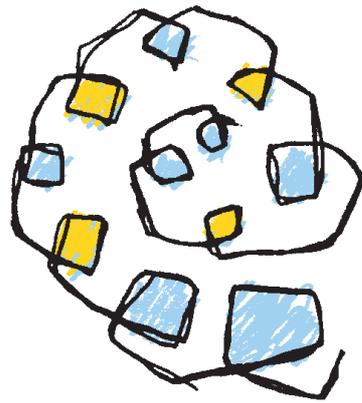
## 6. La equidad y la homogeneidad: una responsabilidad del Gobierno de Navarra

Las propuestas de delegación a estructuras territoriales de la capacidad de asignación de prestaciones suelen encontrarse, sobre todo en el caso de las económicas, con algunas reticencias. La principal y más justificada de ellas es la dificultad en lograr la homogeneidad de atención entre distintas zonas geográficas de una misma Comunidad, a cuyos ciudadanos/as se ha de garantizar la equidad en la distribución de recursos.

La propuesta que hace este documento debe, por tanto, ir acompañada de mecanismos para asegurar que los recursos se distribuyen de modo equitativo y que en todos los equipos las líneas generales de trabajo mantienen una cierta homogeneidad. Estos mecanismos han de ser de tres tipos:

- Establecimiento de criterios comunes, basados en el Plan de Lucha contra la Exclusión Social y en documentos técnicos consensuados que se deberán elaborar periódicamente, de modo que la actuación se adapte a situaciones cambiantes y problemas emergentes.
- Establecimiento de ratios de utilización de recursos según población destinataria en la zona y de indicadores de utilización de recursos comunes (Renta Básica, Empleo Social Protegido, Inserción Laboral en Empresas, Proyectos de Trabajo Individual) y evolución anual de esos indicadores.
- Supervisión por muestreo, desde el INBS y desde el Servicio de Empleo, de un porcentaje de expedientes de esas prestaciones, de modo que se controlen los efectos diferenciadores que la valoración a cargo de diversos profesionales pueda ir introduciendo.

Estos tres mecanismos serán responsabilidad de una estructura de coordinación en el INBS para el conjunto de las actuaciones de los Equipos de Incorporación Sociolaboral. Para las prestaciones recogidas en el Decreto Foral 130/99, de 26 de abril, está prevista, además, una Comisión Interdepartamental cuyas funciones son la coordinación de las actuaciones de los organismos gestores de las ayudas objeto del mismo.



# Capítulo 6

## Programa de atención a la infancia y familia

### REDACTORES:

Kattalin Ibañez Basterrica

Blanca Pérez de San Román Echavarría



## Sumario

Página	
177	1. El Programa de Infancia y Familia en Atención Primaria como desarrollo del Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social.
178	2. La Protección infantil en atención primaria: un breve diagnóstico.
179	3. Los destinatarios del Programa
181	4. La atención a la Infancia en Dificultad y la estructura del sistema de protección.
183	5. Contenido del Programa de Infancia y Familia:
184	SUBPROGRAMA 1: ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DIFICULTAD SOCIAL EN EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA
185	SUBPROGRAMA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALIZADOS DE PROTECCIÓN INFANTIL EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES
187	SUBPROGRAMA 3: INTERVENCIÓN COMUNITARIA
188	SUBPROGRAMA 4: SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA
189	SUBPROGRAMA 5 DETECCIÓN DE NIÑOS/AS Y JÓVENES EN SITUACIÓN DE DIFICULTAD SOCIAL
190	SUBPROGRAMA 6: INVESTIGACIÓN, VALORACIÓN Y TOMA DE DECISIÓN EN SITUACIONES DE DIFICULTAD SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES
191	SUBPROGRAMA 7: PREVENCIÓN SECUNDARIA E INTERVENCIÓN FAMILIAR TEMPRANA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES
193	SUBPROGRAMA 8: COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE, CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES E INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL

## Tablas

180 [ Gráfico 1 ] Niños / jóvenes en dificultad social



# 1. El Programa de Infancia y Familia en Atención Primaria como desarrollo del Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social

---

En el capítulo segundo de este Plan se propone organizar la acción de la Atención Primaria de Servicios Sociales en torno a tres focos, uno de los cuales es el de la atención a la familia, infancia y adolescencia. Se fundamenta este campo de acción como uno de los prioritarios para los servicios sociales en el entendimiento de que las instituciones deben asegurar a los menores de edad un entorno que permita su desarrollo personal.

Los servicios sociales deben ofrecer apoyos a las familias para que ese entorno sea el adecuado, apoyos que se centran en el espacio familiar y en el tiempo libre y que deben mantener una estrecha colaboración con el otro espacio privilegiado de socialización en la infancia: la escuela. Este programa tiene por objeto favorecer el desarrollo de los menores compensando las carencias familiares y del contexto cotidiano que puedan obstaculizarlo mediante mecanismos de apoyo personal, familiar y social

El Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra se propuso a comienzos del año 2000 la elaboración de un Plan de Atención a la Infancia en Dificultad Social con un doble interés:

- Mejorar la calidad de la atención proporcionada por el Sistema de Protección Infantil de la Comunidad Foral de Navarra, en los niveles primario y especializado, a los niños/as en situación de dificultad social, de forma que dicha atención se ajuste a los estándares de calidad aceptados por la comunidad científica y profesional internacional en relación a la intervención.
- Promover actuaciones preventivas eficaces frente al problema de la desprotección infantil.

El borrador de dicho Plan, ya elaborado, es la base y referencia para este Programa de Infancia y Familia dentro del Plan de Reordenación de la Atención Primaria de Servicios Sociales. Parte del mismo se incorpora, por tanto, a este capítulo: recogemos un resumen del diagnóstico realizado sobre el sistema de protección infantil en la Comunidad Foral, de las situaciones en las que debe intervenir y de los programas que afectan al nivel de atención primaria, algunos de los cuales han debido ampliarse y/o adaptarse para afrontar mejor las competencias de la atención primaria.

## 2. La protección infantil en la atención primaria: un breve diagnóstico

---

Para la elaboración del Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social se realizó un análisis del sistema de protección infantil en la Comunidad Foral, comparando su funcionamiento con los principios defendidos por la legislación española en materia de Protección de Menores (Ley 1/96), fundamentalmente en lo referido al mantenimiento del niño/a en su entorno familiar y con los niveles de referencia definidos por la comunidad científica y profesional internacional en relación a qué debe hacerse y cómo para la prevención e intervención en situaciones de desprotección infantil.

Esta comparación ha permitido identificar los puntos “fuertes” del sistema, es decir, los aspectos que funcionan adecuadamente y los recursos y estructuras ya existentes que son o potencialmente pueden ser eficaces, y que, por tanto, deberían ser mantenidos, generalizados y/o potenciados. Se han identificado, por otro lado, los puntos “débiles”, es decir, aquéllos que requieren ser objeto de modificación para posibilitar la mejora del conjunto del sistema.

Este análisis ha sido suficientemente desarrollado en el borrador del citado Plan. Aquí nos referiremos brevemente a él en los aspectos que competen a la atención primaria: prevención, detección de situaciones de riesgo o desprotección, investigación y evaluación de los casos detectados, intervención y tratamiento de los casos de desprotección leve y moderada y derivación a los servicios especializados.

En lo referente a **Prevención**, hay que resaltar como punto positivo que algunos Servicios Sociales de Base disponen de experiencia con programas de Prevención dirigidos a evitar la aparición de situaciones de desprotección infantil, que puede ser aprovechada por otros municipios o zonas. Sin embargo, una parte importante de ellos no dispone de estos programas, reduciéndose así la capacidad de detección e intervención tempranas, lo que a su vez provoca que los casos lleguen al sistema con un mayor nivel de severidad y cronicidad.

En la fase de **Detección**, el elemento más positivo radica en la existencia de actividades estables de fomento de la detección y notificación en el ámbito escolar, educación infantil, sanitario y policial en algunos Servicios Sociales de Base. Sin embargo se debe destacar las siguientes carencias:

- la escasa implantación de programas de fomento de la detección y notificación entre los profesionales y la población general.
- la detección tardía de los casos de desprotección infantil.
- la inexistencia prácticamente total de protocolos de notificación de situaciones de desprotección desde otros sistemas a los Servicios Sociales de Base.

Algunos servicios cuentan con equipos multidisciplinares para realizar la **Investigación/Evaluación** y hay que resaltar que existe una buena motivación de los profesionales por coordinar sus actuaciones en materia de Protección Infantil, aunar criterios y procedimientos y mejorar el contenido de los Informes.

Sin embargo, la limitación de la capacidad del sistema viene determinada por:

- la heterogeneidad en los criterios, contenido y procedimiento con los que los Servicios Sociales de Base llevan a cabo la Investigación/Evaluación.
- en casi la mitad de los Servicios Sociales de Base, la Investigación/Evaluación es realizada por un solo profesional.

- en gran parte de los casos los profesionales denuncian una insuficiente formación para llevar a cabo la Investigación/Evaluación con garantías de calidad.
- en la mayoría de los casos, los profesionales no pueden dedicar el tiempo suficiente para realizar la Investigación/Evaluación con la precisión requerida, ya que deben abordar todas las áreas de los Servicios Sociales.

A la hora de la **Intervención y Tratamiento Familiar** también existen Servicios Sociales de Base que disponen de experiencia con programas que puede ser aprovechada por otros municipios o zonas y los recursos de estos programas son adecuados para intervenir con familias con problemas de severidad leve o moderada.

Sin embargo, la mayor parte de los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Foral carecen de programas dirigidos a corregir la situación de desprotección y a evitar la separación del niño/a de su familia de origen y prácticamente ningún servicio dispone de programas dirigidos a promover la modificación de la situación familiar de manera que se posibilite el retorno de menores separados temporalmente.

Los programas existentes, por otra parte, no disponen de recursos suficientes y adecuados para tratar los problemas de una parte importante de las familias con menores en situación de desprotección y es importante resaltar que los recursos de Salud Mental de la Comunidad Foral son insuficientes para responder a las necesidades de los/as menores en situación de riesgo y desprotección y de sus familias.

Existe, como punto muy positivo, suficiente agilidad en la **Derivación** de un importante porcentaje de los casos de menores en situación de desprotección desde los Servicios Sociales de Base al Instituto Navarro de Bienestar Social. Pero la derivación adolece de algunas deficiencias que es necesario subsanar:

- no existen criterios explícitamente definidos sobre cuándo y cómo es necesaria la derivación de casos del Servicio Social de Base al Instituto Navarro de Bienestar Social, ni sobre el contenido de la Investigación y Evaluación que se debe llevar a cabo desde la atención primaria, ni sobre el modelo de Informe de derivación.
- en muchas ocasiones, la Toma de Decisión acerca de la derivación de los casos y la propuesta incluida en la derivación se realiza sobre la base de información insuficiente o no adecuadamente contrastada.
- en el 40% de los Servicios Sociales de Base esta toma de decisión es adoptada por una sola persona.

### 3. Los/as destinatarios/as del Programa

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor establece, en su artículo 3, la obligación de los poderes públicos de garantizar el respeto de los derechos de los menores. Así mismo, señala en su artículo 12 que la protección del menor por los poderes públicos se realizará mediante actuaciones de prevención, de reparación de situaciones de riesgo, ejercicio de guarda y asunción de tutela por ministerio de la Ley, así como que los poderes públicos velarán para que los padres, tutores o guardadores desarrollen adecuadamente sus responsabilidades.

El ámbito que pretende abarcar este Programa es precisamente el de la protección de todos los niños, niñas y jóvenes cuyos derechos no son respetados y de modo especial aquellos que padecen malos tratos o un trato inadecuado (por ac-

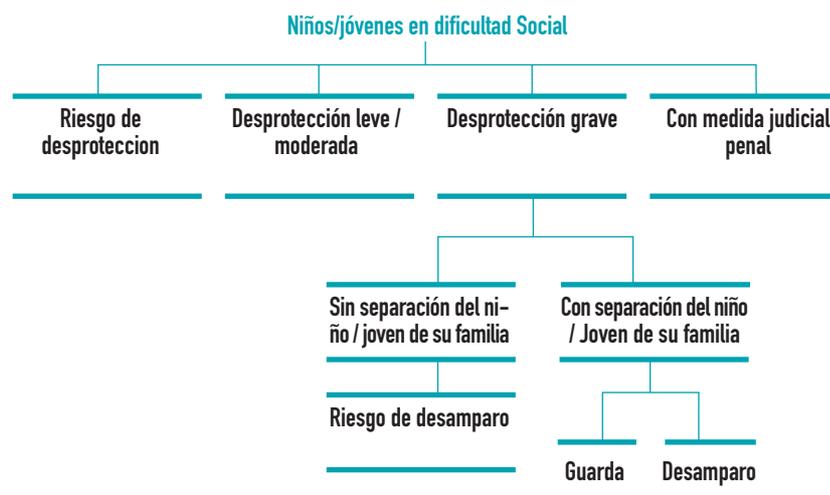
ción u omisión) por parte de sus padres o tutores, o están en riesgo de padecerlos.

Se entiende por malos tratos o trato inadecuado un amplio abanico de situaciones y conductas de los adultos que pueden variar en su gravedad, y entre las que se incluyen maltrato físico, abandono físico, maltrato psicológico/emocional, abandono psicológico/emocional, abuso sexual, corrupción (explotación sexual e inducción a la delincuencia), corrupción por modelos parentales asociales, explotación laboral, maltrato prenatal, incapacidad parental de control de la conducta del niño/adolescente, u otros.

Algunas de estas conductas constituyen siempre un maltrato grave por su potencialidad para producir sufrimiento y generar efectos perdurables en el desarrollo de los niños y niñas afectados (por ejemplo, el abuso sexual). Otros pueden ser más o menos graves dependiendo de diversas circunstancias que tienen que ver con el estadio evolutivo del niño/a (el abandono emocional puede ser devastador en la primera infancia y tener menos efecto en la adolescencia), con los recursos de éste/a para afrontarlos, y con determinados factores de protección ambientales. La gravedad de la situación de desprotección debe, por ello, valorarse en cada caso atendiendo a todas esas circunstancias.

Al hablar de niños/as y jóvenes en Dificultad Social nos referimos a aquellos/as que están o pueden estar en alguna de estas situaciones. Respecto a la atención a prestar desde los Servicios de Protección Infantil, entendemos por tal cuatro tipos de casos:

**Gráfico 1**  
Niños / jóvenes en dificultad social



1. Riesgo de desprotección. Se produce cuando hay problemas en el entorno familiar y social del niño/a (por ejemplo, exclusión social, alto nivel de estrés, dificultades económicas, abuso de drogas en los padres, maternidad/paternidad adolescente, aislamiento social) que se prevé pueden afectar negativamente o limitar de forma significativa la capacidad de los padres para proporcionar un cuidado y atención adecuada a sus hijos/as, y provocar la aparición en un futuro próximo de situaciones de desprotección infantil.
2. Situaciones de desprotección infantil de gravedad leve y moderada, definidas como situaciones de trato inadecuado (sea por acción u omisión) de los padres hacia el niño/a, que:
  - a) no han provocado ningún daño en el niño/a ni se prevé que lo produzcan, sea a nivel físico, psicológico, cognitivo y/o social, o, si lo han producido, no es significativo, o
  - b) han provocado un daño mayor en cualquiera de esos niveles o se prevé que lo van a provocar, pero el desarrollo del niño/a no se encuentra comprometido ni éste requiere tratamiento especializado inmediato.

3. Situaciones de desprotección infantil de gravedad elevada, definidas como:

- a) Trato gravemente inadecuado (sea por acción u omisión) de los padres hacia el niño/a,
- b) Imposibilidad temporal o definitiva de los padres para ejercer los deberes de protección (por fallecimiento, encarcelamiento, enfermedad física, mental o toxicomanía incapacitantes, o causa de naturaleza similar),
- c) Incumplimiento de los padres de los deberes de protección (renuncia o no reconocimiento de maternidad o paternidad, abandono total del niño, o causa de naturaleza similar).

Son situaciones que ya han provocado o se prevé que van a provocar un daño significativo en el niño/a, sea a nivel físico, psicológico, cognitivo o social, a consecuencia de lo cual su desarrollo se encuentra o se va a encontrar seriamente comprometido, y requiere o va a requerir tratamiento especializado inmediato.

Dentro de las situaciones de desprotección infantil de gravedad elevada, pueden, a su vez, distinguirse tres tipos de casos:

- a) Situaciones de Riesgo de desamparo, que se producen cuando la desprotección no es tan grave como para proceder a la separación del niño/a de su familia, pero se prevé que, si las circunstancias familiares no cambian, la desprotección va a aumentar en gravedad y en un futuro a corto o medio plazo va a ser preciso proceder a la separación.
- b) Situaciones de Desamparo y Situaciones de Guarda, que se producen cuando la desprotección es muy grave o puede llegar a ser muy grave, y se procede a la separación temporal o definitiva del niño/a de su entorno familiar para garantizar su protección.
- c) Niños/jóvenes con medida judicial penal por haber cometido una acción tipificada en el Código Penal como falta o delito.

## 4. La atención a la Infancia en Dificultad y la estructura del sistema de protección

El *Plan de Atención a la Infancia en Dificultad Social* asume la existencia de tres niveles de servicios en las redes de atención primaria y especializada para atender a estos casos, niveles coincidentes con la estructura que defiende este Plan de Reordenación de la Atención Primaria de Servicios Sociales en su capítulo 2, apartado 2.4 (Un organigrama de la Atención Primaria).

De acuerdo con esta estructura, corresponderían a los tres niveles competencias distintas y complementarias en la atención a las distintas situaciones de desprotección que acabamos de ver:

- a) A los *Servicios Sociales de Base* correspondería:
  - La prevención primaria de situaciones de dificultad social.
  - El desarrollo de programas de prevención primaria que eviten la aparición de problemas psicosociales que provocan situaciones de dificultad social (por ejemplo, toxicomanías, embarazo en la adolescencia, pobreza, marginación social).

- El desarrollo de programas estructurados de prevención secundaria dirigidos a familias en especial riesgo de desarrollar problemas de desprotección infantil.
- El desarrollo de programas de prevención secundaria dirigidos a niños/as y jóvenes en riesgo de presentar conductas delictivas.
- La detección precoz de situaciones de desprotección infantil y jóvenes con conductas antisociales.
- La investigación, valoración e intervención en situaciones de desprotección infantil leve y moderada.

Algunos programas, preventivos desde el punto de vista del maltrato infantil, pueden ser intervenciones propias de otros programas de los servicios sociales de base: una intervención desde el programa de incorporación que incida en la situación de integración social, laboral y económica de una familia constituye, sin duda, una intervención preventiva de conflictos intrafamiliares y de desprotección de los menores.

**b)** A los *Centros de Servicios Sociales*, correspondería:

- El desarrollo de programas estructurados de prevención secundaria dirigidos a familias en riesgo de desarrollar problemas de desprotección infantil y niños/as y jóvenes en riesgo de presentar conductas delictivas, cuando excedan la capacidad técnica o el ámbito geográfico de los Servicios Sociales de Base.
- La investigación, valoración e intervención en situaciones de desprotección infantil leve y moderada, que excedan la capacidad técnica o el ámbito geográfico de los Servicios Sociales de Base.

**c)** Por último, al *Instituto Navarro de Bienestar Social*, corresponde:

- La investigación y valoración de casos de desprotección infantil graves y/o de carácter urgente.
- El desarrollo de Programas especializados de Preservación Familiar dirigidos a familias y niños/as objeto de desprotección grave que se encuentran en riesgo de desamparo.
- La intervención con niños/as objeto de desprotección infantil grave que han debido ser separados de sus familias de origen, a través de sus distintos programas
- El desarrollo de Programas Especializados de Tratamiento para los casos de abuso sexual intrafamiliar.
- La ejecución de las medidas penales establecidas por el Juez para jóvenes menores de edad que han cometido acciones delictivas.

Esta distribución de funciones se propone como un marco flexible. La propia definición de la gravedad de la desprotección entraña límites difusos y el nivel de la estructura que debe actuar depende no sólo de esta gravedad sino también de los recursos con los que cuenta cada uno de ellos en un momento dado e, incluso, de la capacidad de acceder y ser aceptado por la familia.

## 5. Contenido del Programa de Infancia y Familia

El Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social se estructura en distintos programas. Siete de ellos se refieren a acciones a desarrollar desde el nivel de atención primaria y se recogen en este capítulo bajo la denominación de subprogramas

Los dos primeros pueden considerarse instrumentales para el correcto desarrollo del resto. De alguna manera abordan recursos metodológicos y humanos del programa.

El primero de ellos pretende superar la carencia de criterios explícitos y comúnmente aceptados de actuación en protección infantil desde los distintos servicios. Esta carencia debe ser subsanada mediante una mayor formación específica para el programa de infancia y familia, mediante una más clara definición de los subprogramas que lo integran y mediante protocolos de actuación consensuados entre los servicios de atención primaria y entre éstos y los especializados.

Se ha huido de una formulación externa de estos protocolos (algunos de los cuales ya existen en otras Comunidades Autónomas y podrían, por tanto, ser adaptados), considerando que sólo el análisis de los problemas que se enfrentan cotidianamente y la discusión sobre los modos de intervención para hacerles frente permitirá aceptar unas pautas comunes de actuación. La construcción de éstas constituye, por otra parte, un proceso de formación para los profesionales, en la medida en que favorece la reflexión sobre lo que se viene haciendo y sobre la manera de mejorarlo.

El primer subprograma aborda, por tanto, la elaboración de un **Manual de intervención en situaciones de dificultad social en la atención primaria**.

El segundo subprograma recoge la creación de los **Equipos Especializados de Atención Infantil**. Se trata de un compromiso ya adoptado por el Gobierno y el Parlamento Foral en el *Plan de Lucha contra la Exclusión Social de Navarra*. En efecto, la exclusión social en una gran mayoría de las ocasiones se genera durante la infancia y una actuación en esa etapa es fundamental para reducir los factores de riesgo. Estos equipos hallan su ubicación dentro de este *Plan de Reordenación* en los Centros de Servicios Sociales que se definen en el capítulo 2.

El *Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social* recoge de modo somero los programas destinados a la población en general y lo hace desde la perspectiva de las familias y menores en situación de riesgo de desprotección. Así recoge objetivos y actividades destinados a sensibilizar a la población sobre las necesidades de la infancia y adolescencia y a integrar a menores en dificultad (o en riesgo de estarlo) en actividades que favorezcan su socialización.

Desde la perspectiva de un Plan de Atención Primaria de Servicios Sociales, sin embargo, cabe un mayor desarrollo de actividades comunitarias de atención a la infancia que, por un lado, prevengan la aparición de situaciones de inadaptación y, por otro, favorezcan la incorporación social de niños/as y jóvenes en dificultad. Por tanto en este capítulo se recogen dos subprogramas de carácter preventivo: uno referido a la actuación comunitaria de carácter general en el ámbito del tiempo libre con niños/as y jóvenes y otro de sensibilización y prevención primaria orientado a paliar situaciones asociadas a la aparición de malos tratos o negligencia en los cuidados a la infancia.

El resto de los subprogramas que se recogen en este capítulo están ya definidos en el *Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social* y se refieren a la detección de situaciones de desprotección, a la investigación, valoración y toma de decisión sobre la intervención a llevar a cabo desde la atención primaria, a los programas de prevención secundaria e intervención familiar temprana en la atención primaria de servicios sociales y a la coordinación entre los Servicios Sociales de Base, los Centros de Servicios Sociales y el Instituto Navarro de Bienestar Social.

---

## **SUBPROGRAMA 1: ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DIFICULTAD SOCIAL EN EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA**

### **Objetivos:**

1. Conseguir un mayor nivel de coordinación interinstitucional (tanto entre los servicios específicos para la Protección Infantil, como entre éstos y otras administraciones) y, como consecuencia, una mayor agilidad y eficacia en la intervención, mediante la clarificación del rol, funciones y tareas concretas que corresponden a cada uno de los agentes implicados en las diferentes fases de la intervención en situaciones de dificultad social.
2. Homogeneizar y mejorar la calidad de la investigación-valoración en los casos de dificultad social,
3. Homogeneizar y mejorar la calidad de la Toma de Decisión en los Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales e Instituto Navarro de Bienestar Social.
4. Conseguir una derivación ágil y adecuada de casos entre los Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales e Instituto Navarro de Bienestar Social.
5. Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios que intervienen con los casos más graves de dificultad social.

### **Actividades:**

1. Designar una persona o un equipo de personas, con experiencia y formación específica en el ámbito de la Protección Infantil, que coordinen este programa.
2. Crear uno o varios grupos de trabajo, formados por responsables y profesionales de servicios sociales de atención primaria e Instituto Navarro de Bienestar Social, que, a través de reuniones de discusión, elaboren un documento que:
  - Defina de forma clara y operativa cuáles son las situaciones de Dificultad Social y sus indicadores.
  - Defina el papel de los Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales, Instituto Navarro de Bienestar Social y otros sistemas de protección del nivel primario y especializado en la prevención, detección, investigación-valoración, toma de decisión e intervención en situaciones de dificultad social.
  - Proporcione un modelo de protocolo para la notificación de casos desde otros servicios comunitarios a los servicios sociales de atención primaria.
  - Defina:
    - el contenido y procedimiento para llevar a cabo la investigación-valoración, y
    - los instrumentos y protocolos a utilizar.
  - Proporcione criterios técnicos para las principales tomas de decisión de los Servicios Sociales de Base y Centros de Servicios Sociales en los casos de dificultad social: evaluación del nivel de gravedad del caso, posibilidades de llevar a cabo un tratamiento familiar y necesidad de adoptar una medida de protección de urgencia.
  - Defina:
    - criterios sobre el tipo de casos que han de ser atendidos por los Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales e Instituto Navarro de Bienestar Social,
    - el procedimiento para proceder a la derivación de casos entre dichos servicios, y

- proporcione un protocolo y un modelo de informe común para la derivación.
- Defina el Plan de Caso como instrumento central en la fase de intervención. El Plan de Caso adoptará la forma de un protocolo, elaborado conjunta y consensuadamente por los diferentes servicios implicados en la intervención con cada familia y niño/a en dificultad social, que defina en cada caso:
  - Los objetivos de la intervención con los niños/as y sus padres.
  - Plazos de tiempo para la consecución de los objetivos.
  - Asignación de objetivos, funciones y recursos:
    - ▶ Servicios Sociales de Base
    - ▶ Centros de Servicios Sociales
    - ▶ Instituto Navarro de Bienestar Social
    - ▶ Otros servicios comunitarios de atención primaria
  - Sistemas de coordinación entre los servicios implicados en la intervención.
  - Servicio que asume la “coordinación del caso”.
  - Plazo de tiempo para la revisión del Plan.

La elaboración del Plan de Caso buscará en la medida de lo posible el consenso con la familia objeto de intervención, e incluirá también, siempre que se pueda, los compromisos que ésta haya adquirido en la intervención.

- Defina cuál ha de ser el contenido mínimo del diseño de los programas preventivos y de tratamiento para atender a las familias y niños/jóvenes en situación de riesgo o dificultad social: Características de las familias a atender, objetivos, recursos, plazos de tiempo, sistema de evaluación.
- Defina el sistema de evaluación a utilizar por los diferentes programas y servicios desarrollados por los Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales e Instituto Navarro de Bienestar Social. Este sistema proporcionará información sobre la cobertura, proceso y eficacia de estos programas y servicios, y su adecuación a las necesidades de las familias y niños/as atendidos.

#### Indicadores:

1. Elaboración del Manual.
2. Número de grupos de trabajo creados y reuniones llevadas a cabo para la elaboración del Manual.

## SUBPROGRAMA 2: CREACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALIZADOS DE PROTECCIÓN INFANTIL EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES

#### Objetivos:

1. Aumentar los recursos con los que cuentan los servicios primarios y especializados de Protección Infantil, para conseguir una mayor capacidad de respuesta al número y necesidades de familias y niños/jóvenes en dificultad social de Navarra.
2. Dotar a los Servicios Sociales de Base y al Instituto Navarro de Bienestar Social de equipos específicos de Protección Infantil que les apoyen en las tareas de prevención, detección, investigación-valoración e intervención.

#### Actividades:

1. Crear los Equipos de Protección Infantil en los Centros de Servicios Sociales como nivel de atención especializada dentro de la atención primaria.

**1.1.** Estos Equipos tendrán la siguiente composición:

Serán equipos multidisciplinares formados por Trabajadores/as Sociales, Psicólogos/as y Educadores/as.

Los Trabajadores/as Sociales:

- valorarán la situación social de la familia,
- elaborarán y evaluarán el Plan de Caso con cada caso conjuntamente con el Psicólogo/a y el Educador/a.
- gestionarán recursos, y
- coordinarán la intervención con otros recursos sociales.

Los Psicólogos/as:

- valorarán la situación de los miembros de la familia en aspectos psicológicos y relacionales,
- establecerán los objetivos de la intervención respecto a estas áreas,
- elaborarán y evaluarán el Plan de Caso con cada familia y cada menor conjuntamente con el Trabajador/a Social y el Educador/a.
- llevarán a cabo intervenciones de apoyo/tratamiento a corto plazo con los miembros de la familia cuando sea necesario.

Los Educadores/as:

- recogerán información para la valoración acerca de los distintos aspectos (sociales, relacionales, educativos...) en el contexto cotidiano de las familias y de los menores (domicilio, calle, relación con recursos comunitarios...)
- participarán y colaborarán en la elaboración y valoración del Plan del Caso con cada familia y cada menor conjuntamente con el Psicólogo/a y el Trabajador/a Social.
- llevarán a cabo intervenciones educativas y de apoyo hacia los miembros de la familia y los menores en el domicilio.
- llevarán a cabo intervenciones comunitarias de carácter socioeducativo en el contexto cotidiano y de calle con menores en riesgo de inadaptación social

Se tenderá a que estas funciones sean llevadas a cabo progresivamente por Diplomados/as en Educación Social

**1.2.** Los Equipos tendrán las siguientes funciones:

**a)** En la prevención secundaria:

- Desarrollar la intervención preventiva en los casos de mayor complejidad y dificultad que excedan la capacidad técnica o el ámbito geográfico de los Servicios Sociales de Base.
- Implantar programas estructurados de prevención secundaria en aquellos municipios que no dispongan de este tipo de programas.

**b)** En la investigación-valoración:

- Llevar a cabo la investigación-valoración con los casos de dificultad social de mayor complejidad,
- Llevar a cabo la investigación-valoración en casos derivados por Servicios Sociales de Base que no disponen de equipos multidisciplinares pa-

ra esta tarea.

**c)** En las tomas de decisión:

- Asesorar y apoyar técnicamente a los Servicios Sociales de Base.
- Tomar las decisiones sobre la intervención a seguir con los casos cuya investigación y valoración hayan llevado a cabo.

**d)** En la intervención familiar y con los niños/jóvenes:

- Desarrollar la intervención familiar y con los niños/as en los casos de desprotección infantil de gravedad moderada y mayor complejidad que excedan la capacidad técnica o geográfica de los Servicios Sociales de Base, y
- Desarrollar la intervención familiar con los casos de desprotección infantil leve/moderada provenientes de Servicios Sociales de Base que no dispongan de programas de este tipo.

#### **Indicadores:**

1. Número de Equipos creados, cobertura geográfica y profesionales de que disponen.
2. Número de programas desarrollados por dichos Equipos.
3. Número de familias y niños/jóvenes atendidos en los mismos.

### **SUBPROGRAMA 3: INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

#### **Objetivos:**

1. Favorecer la participación ciudadana como instrumento activo y solidario en el desarrollo de acciones que promuevan la mejora de la calidad de vida y que repercutan de manera especial en el mundo de la infancia y adolescencia.
2. Promover una utilización del tiempo libre entre los niños/as y jóvenes, acorde con las necesidades de su desarrollo y de su incorporación en la sociedad.
3. Crear y consolidar espacios de opinión (donde proponer, decidir y dialogar) entre la población infanto-juvenil y la población adulta.

#### **Actividades:**

1. Potenciar acciones que favorezcan la promoción y defensa de los derechos de la infancia.
2. Desarrollar programas y actividades, en el ámbito escolar y extraescolar, para niños/as que fomenten actitudes de tolerancia, convivencia y resolución de conflictos por medios no violentos.
3. Apoyar y reforzar el desarrollo humano y organizativo de las asociaciones que inciden en el área infanto-juvenil.
4. Promover la puesta en marcha de nuevos grupos, colectivos y asociaciones relacionados con el ámbito de la familia, infancia y adolescencia (voluntariado, grupos de auto-ayuda, redes de apoyo social).
5. Coordinar los colectivos, agrupaciones y asociaciones en torno a proyectos comunitarios que afectan a este sector de población: Apymas, asociaciones de mujeres, de jóvenes, centros educativos, consejos de juventud, etc.
6. Articular mecanismos que posibiliten espacios propios y de encuentro para la infancia y adolescencia donde puedan organizar y desarrollar actividades.
7. Impulsar programas y actuaciones que contemplen y desarrollen hábitos y ac-

tividades saludables en los niños/as y jóvenes.

**Indicadores:**

1. Número de acciones realizadas sobre la promoción y defensa de los derechos de la infancia.
2. Número y cobertura de programas y actividades llevados a cabo para fomentar valores de tolerancia, convivencia y resolución de conflictos por medios no violentos.
3. Número y tipo de intervenciones desarrollados con las asociaciones existentes en el ámbito infanto-juvenil.
4. Número y tipología de nuevos grupos, colectivos y asociaciones relacionados con el ámbito de la familia, infancia y adolescencia.
5. Grado de articulación de mecanismos que posibiliten espacios propios y de encuentro para la infancia y adolescencia.
6. Número de programas y actuaciones sobre el desarrollo de hábitos y actividades saludables en el ámbito infanto juvenil, puestas en marcha.

---

**SUBPROGRAMA 4:  
SENSIBILIZACIÓN Y  
PREVENCIÓN PRIMARIA**

**Objetivos:**

1. Paliar las situaciones sociales, actitudes, formas de relación social, familiar y económica, etc. asociadas a la aparición de situaciones de dificultad social.
2. Mejorar la calidad de vida de los niños/as de la comunidad y la atención y cuidados que reciben.
3. Reducir la frecuencia de aparición de situaciones de dificultad, tanto en niños/as como en jóvenes.
4. Fomentar la participación e integración social de los niños/as y jóvenes, especialmente de aquellos/as con más carencias en su socialización.

**Actividades:**

1. Mantener e impulsar los programas ya existentes en la Comunidad Foral dirigidos a la corrección de problemas personales, familiares y sociales asociados a la aparición de situaciones de dificultad social (por ejemplo, embarazos de adolescentes, abuso de drogas o alcohol, pobreza, exclusión social), asegurando su presencia en toda la Comunidad Foral.
2. Desarrollar programas específicos dirigidos a la población adulta sobre las necesidades infantiles (especialmente en el período entre el nacimiento y los tres años de edad) .
3. Mantener e impulsar programas específicos de educación para padres/madres sobre las necesidades de niños/as y adolescentes y sobre estrategias educativas e integrar en ellos a los padres/madres que presentan factores de riesgo psicosocial.
4. Integrar a niños/as y jóvenes en situación de riesgo en programas y actividades de carácter lúdico, preventivo e integrador en el ámbito del tiempo libre

**Indicadores de evaluación:**

1. Número y cobertura de los programas de prevención primaria puestos en marcha en la Comunidad Foral.
2. Número y cobertura de nuevos programas de prevención primaria.
3. Disminución progresiva del número de casos de dificultad social que llegan a

los servicios sociales de atención primaria y especializados de Protección Infantil.

4. Mejora progresiva de los indicadores globales de la calidad de vida infantil.

## SUBPROGRAMA 5: DETECCIÓN DE NIÑOS/AS Y JÓVENES EN SITUACIÓN DE DIFICULTAD SOCIAL

### Objetivos:

1. Conseguir una detección temprana de los casos de dificultad social.
2. Establecer un sistema de trabajo en red con los recursos de atención primaria (centros escolares, centros de salud, centros de salud mental, policía local, etc.) para la detección temprana de estos casos.

### Actividades:

1. Implantar de forma generalizada en la red de servicios sociales de atención primaria programas estables para el fomento de la detección y notificación temprana de situaciones de dificultad social, dirigidos a profesionales y servicios en contacto con el ámbito de la infancia y la familia: centros educativos, sanidad, salud mental, y policía fundamentalmente. De especial importancia es el trabajo conjunto con servicios que intervienen en los primeros años de vida del niño/a: centros de salud y preparación al parto, servicios de pediatría, centros de educación infantil y educación preescolar.
2. Crear a nivel municipal o comarcal, según sea apropiado, foros estables de intercambio y coordinación en los que participen representantes y profesionales de los servicios y grupos profesionales mencionados.
3. Realizar cursos de formación específicos para dichos colectivos profesionales, dirigidos a aumentar su conocimiento sobre las situaciones de dificultad social, indicadores, causas, consecuencias, competencias de los diferentes servicios y niveles implicados en la Protección Infantil, y procedimiento para la notificación.
4. Implantar un protocolo unificado para la notificación de casos desde otros servicios comunitarios a los servicios sociales de atención primaria.
5. Desarrollar programas de fomento de la detección y notificación dirigidos a
  - a) la población general,
  - b) familias en situación de riesgo o que ya padecen problemas de dificultad y/o conflicto social, y
  - c) niños/as y jóvenes de la comunidad.

### Indicadores de evaluación:

1. Aumento de la detección de casos de abuso sexual y maltrato/abandono emocional.
2. Disminución de la edad media de los casos de dificultad social notificados a los servicios sociales de atención primaria y especializados de Protección Infantil.
3. Aumento en la proporción de casos de dificultad social de gravedad leve notificados a los servicios sociales de atención primaria.
4. Número de nuevos programas de detección y notificación desarrollados en la Comunidad Foral.
5. Número de casos derivados desde otros servicios comunitarios a los servicios sociales de atención primaria a través del "protocolo de notificación".
6. Número de cursos y actividades de formación llevadas a cabo.

7. Número de foros creados para el intercambio y la coordinación entre servicios sociales de atención primaria y servicios educativos, sanitarios y policiales.

---

## **SUBPROGRAMA 6: INVESTIGACIÓN, VALORACIÓN Y TOMA DE DECISIÓN EN SITUACIONES DE DIFICULTAD SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

### **Objetivos:**

1. Instaurar el proceso de investigación-valoración como paso previo necesario a cualquier toma de decisión en los servicios sociales de atención primaria.
2. Implantar un procedimiento consensuado para la investigación-valoración que sea homogéneo en todos los servicios sociales de atención primaria de la Comunidad Foral, y que asegure que la información recabada es suficiente y apropiada para la toma de decisión.
3. Proporcionar criterios a los servicios sociales de atención primaria para la valoración de la información recogida en la investigación-valoración.
4. Proporcionar criterios a los servicios sociales de atención primaria para las tomas de decisión, basados en las necesidades del niño/a.

### **Actividades:**

1. Implantar el Manual de intervención en situaciones de dificultad social entre la atención primaria de servicios sociales.
2. Diseñar y llevar a cabo un programa de formación para los profesionales de los servicios sociales de atención primaria en la tarea de investigación-valoración y la toma de decisión.
3. Formar y lograr la colaboración de la red de servicios comunitarios de otros sistemas de atención primaria en la investigación y valoración, de forma que ésta se lleve a cabo de forma ágil y con el máximo aprovechamiento de los recursos existentes en la red.

### **Indicadores de evaluación:**

1. Grado de implantación entre los servicios sociales de atención primaria del procedimiento, instrumentos y protocolos establecidos para llevar a cabo la investigación-valoración.
2. Aumento del porcentaje de notificaciones derivadas a los servicios sociales de atención primaria que son sometidas por estos servicios a un proceso completo de investigación-valoración.
3. Aumento de la cantidad y calidad de la información con la que los servicios de atención primaria llevan a cabo la investigación-valoración.
4. Reducción del número de casos en los que el Instituto Navarro de Bienestar Social valora que el informe de investigación-valoración remitido por los servicios sociales de atención primaria en la derivación no está completo.
5. Grado de implantación en los servicios sociales de atención primaria de los criterios establecidos en el Manual para la Toma de Decisión.
6. Número de cursos y actividades de formación llevadas a cabo.
7. Número y tipo de actividades llevadas a cabo con otros sistemas comunitarios de atención primaria para fomentar su implicación en la investigación-valoración. **Objetivos:**

## SUBPROGRAMA 7: PREVENCIÓN SECUNDARIA E INTERVENCIÓN FAMILIAR TEMPRANA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES

### Objetivos:

1. Prevenir la aparición de situaciones de desprotección en familias, niños/as y adolescentes que, por diferentes razones (problemas individuales, familiares, sociales, etc.), se encuentran en situación de riesgo para ello.
2. Proporcionar una atención temprana de apoyo y capacitación a las familias donde se producen situaciones de desprotección leve/moderada, con el objetivo de corregirlas y evitar su agravamiento.
3. Proporcionar una atención temprana de apoyo y correctora a los niños/as y jóvenes que comienzan a presentar conductas socialmente inadecuadas o desadaptadas, con el objetivo de corregirlas y evitar su agravamiento.
4. Establecer un sistema de trabajo en red con los recursos de atención primaria (centros escolares, centros de salud, policía local, etc.) y especializados (centros de salud mental, hospitales, etc.) para la intervención con estos casos.
5. Conocer la eficacia de los programas preventivos y de intervención temprana.

### Actividades:

Prevención Secundaria:

- 1.1. Implantar de forma generalizada en la Comunidad Foral de Navarra programas estables de prevención secundaria para la atención a las familias en riesgo de desprotección. Entre los grupos de atención prioritaria de estos programas se encontrarán:
  - a) Padres y madres con hijos/as que han sido objeto de protección en el pasado, y que van a tener o han tenido un nuevo hijo/a.
  - b) Figuras parentales con problemas graves de salud mental y sin apoyos.
  - c) Padres y madres toxicómanos que van a tener un hijo/a.
  - d) Padres y madres adolescentes sin apoyos.
  - e) Familias monoparentales sin apoyos y con dificultades para poner límites y supervisar adecuadamente a los hijos/as y mujeres gestantes solas.
  - f) Grupos étnicos o culturales socialmente marginados o aislados.
  - g) Familias inmigrantes sometidas a situaciones de aislamiento y estrés.
- 1.2. Implantar centros de atención diurna en horario extraescolar y periodos vacacionales destinados a proporcionar atención, estimulación y supervisión a menores pertenecientes a familias en riesgo de desprotección por diversas causas (falta de habilidades parentales, dificultades de horarios laborales en familias sin apoyos...).

Para dar cumplimiento a esta actividad se subvencionarán hasta el 80% los gastos de construcción y equipamiento de centros de atención diurna, de acuerdo con los siguientes criterios:

- promocionados por las entidades locales y por entidades de iniciativa social que colaboren con aquellas.
- ubicación preferente en zonas con mayor porcentaje de población infantil, mayor presencia de familias en situación de exclusión social y mayor presencia de problemas de desprotección infantil
- adecuación de los programas a desarrollar a los principios, objetivos y actividades previstos en el Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia en Dificultad Social

- utilización y/o adaptación de equipamientos comunitarios e integración de los niños/as atendidos/as en programas de actividades comunitarias.
- utilización conjunta por población de municipios o entidades locales limítrofes

**1.3.** Crear al menos dos Puntos de Encuentro Familiar en la Comunidad Foral destinados a menores en situación de riesgo por estar inmersos en procesos de separación o divorcio conflictivos. Dichos centros podrán utilizar infraestructuras de carácter más amplio (Centros de Día, Escuelas Infantiles...) y ser utilizados para visitas de menores en acogimiento familiar.

**1.4.** Adecuar los programas ya existentes e implantar de forma generalizada en la Comunidad Foral de Navarra programas estables de prevención secundaria para la atención a niños/as y jóvenes en riesgo de cometer acciones delictivas.

**1.5.** Intensificar la coordinación con las escuelas infantiles y centros escolares en el seguimiento y atención de los/as menores en situación de riesgo de desprotección. Articular medidas que favorezcan la protección desde dichos centros (horarios flexibles en escuelas infantiles, actividades en horario extraescolar...).

Intervención Familiar Temprana:

**2.1.** Implantar de forma generalizada en la Comunidad Foral de Navarra programas estables de intervención familiar para la atención temprana a las familias con problemas de desprotección infantil leve y moderada, dirigidos a evitar su agravamiento, corregir la situación, evitar la separación del niño o joven de su familia, y conseguir que reciba una atención adecuada en su entorno familiar y social natural.

**2.2.** Implantar de forma generalizada en la Comunidad Foral de Navarra recursos o programas para la atención a niños y jóvenes que sufren situaciones de desprotección infantil leve/moderada en su familia y cuyos padres no aceptan participar en un programa de intervención familiar o no pueden conseguir la capacitación. Estos recursos o programas tendrán como objetivo proporcionar al niño/a los apoyos necesarios y dotar a su entorno de factores protectores que puedan contrarrestar el efecto negativo de la desprotección, garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas y su bienestar y realizar un seguimiento cercano y exhaustivo de la situación del niño/a y la familia para detectar e intervenir cuanto antes ante un posible agravamiento de la situación desprotección.

**3.** Poner en marcha el sistema de evaluación definido en el "Manual de intervención en situaciones de dificultad social", para conocer la cobertura, proceso y resultados de estos programas.

**4.** Implicar, coordinar y dinamizar la red de servicios comunitarios de atención primaria en la intervención preventiva de situaciones de dificultad social y la intervención de apoyo/tratamiento en situaciones de desprotección infantil de gravedad leve/moderada, de forma que la detección e intervención en estas situaciones se produzca de forma temprana, ágil y con el máximo aprovechamiento de los recursos existentes en la red.

**5.** Proporcionar formación a los profesionales de atención primaria de servicios sociales y de otros sistemas (Salud, Policía, Educación, etc.) sobre la intervención preventiva y de apoyo/tratamiento con familias y niños/as con problemas de desprotección infantil leve/moderada.

#### **Indicadores de evaluación:**

**1.** Número de nuevos programas de prevención secundaria implantados en la Comunidad Foral.

**4.** Aumento del número de niños/as, jóvenes y familias en situación de riesgo, aten-

didados en programas de prevención secundaria.

5. Número de nuevos programas de intervención familiar para casos de desprotección infantil leves/moderados implantados en la Comunidad Foral.
6. Aumento del número de niños/as, jóvenes y familias con problemas de desprotección infantil de gravedad leve/moderada, atendidos en programas de intervención familiar.
7. Disminución del porcentaje de casos de desprotección infantil de gravedad leve/moderada en los que resulta necesario proceder a la separación del niño/a de su entorno familiar.
8. Número de programas de prevención secundaria e intervención familiar que aplican el sistema de evaluación definido en el Manual.
9. Número de cursos y actividades de formación llevadas a cabo.

## SUBPROGRAMA 8: COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE, CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES E INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL

### Objetivos:

1. Implantar en la Comunidad Foral de Navarra unos criterios básicos y un procedimiento de actuación en el ámbito de la Protección Infantil, compartidos por los Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales e Instituto Navarro de Bienestar Social.
2. Lograr una coordinación adecuada entre dichos servicios en la intervención en situaciones de dificultad social.

### Proceso de Derivación de Casos

#### Objetivos:

1. Asegurar que cada familia y niño/a en situación de dificultad social recibe la atención del nivel de servicios de Protección Infantil que requiere según el momento de intervención en que se encuentra y las particularidades y gravedad de sus dificultades.
2. Conseguir que la derivación de casos entre los diferentes niveles de servicios de Protección Infantil se produzca a través de un procedimiento previamente establecido y con criterios homogéneos.

#### Actividades:

1. Implantar los procedimientos y protocolos definidos en el “Manual de intervención en situaciones de dificultad social”.

#### Indicadores de evaluación:

1. Número de casos en los que la derivación se realiza a través del procedimiento y con los protocolos establecidos en el Manual.
2. Reducción del porcentaje de casos en los que el Instituto Navarro de Bienestar Social valora que el informe de investigación-valoración remitido por los servicios sociales de atención primaria en la derivación no está completo.

### Proceso de Intervención

#### Objetivos:

1. Conseguir una colaboración y una coordinación adecuada entre los Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales e Instituto Navarro de Bienestar Social, en la ejecución del plan de intervención con las familias y niños/as en dificultad social.
2. Mantener la implicación de los servicios sociales de atención primaria en la in-

tervención con los casos derivados a los servicios especializados de Protección Infantil.

3. Potenciar el papel de asesoramiento y apoyo técnico del Instituto Navarro de Bienestar Social hacia los servicios sociales de atención primaria (Centros de Servicios Sociales y Servicios Sociales de Base), y de los Centros de Servicios Sociales hacia los Servicios Sociales de Base.
4. Lograr el aprovechamiento máximo y flexible de los recursos de cada nivel de servicios en la ejecución del plan de intervención con los casos de dificultad social, independientemente del nivel de servicios que asuma la responsabilidad principal en la intervención.

#### **Actividades:**

1. Implantar los procedimientos, protocolos y criterios definidos en el “Manual de intervención en situaciones de dificultad social”.

#### **Indicadores de evaluación:**

1. Número de foros creados para el intercambio y la coordinación entre los servicios sociales de atención primaria y el Instituto Navarro de Bienestar Social.
2. Porcentaje de expedientes en los servicios sociales de atención primaria e Instituto Navarro de Bienestar Social que disponen del protocolo de “Plan de Caso”.
3. Porcentaje de Planes de Caso que incluyen la intervención conjunta y coordinada de servicios y recursos de los niveles primario y especializado.
4. Porcentajes de Planes de Caso coordinados por los Centros de Servicios Sociales o el Instituto Navarro de Bienestar Social, que han sido consensuados con los Servicios Sociales de Base.
5. Porcentaje de casos coordinados por los Servicios Sociales de Base que cuentan con el apoyo y asesoramiento técnico de los Centros de Servicios Sociales o del Instituto Navarro de Bienestar Social.
6. Porcentaje de casos coordinados por los Centros de Servicios Sociales que cuentan con el apoyo y asesoramiento técnico del Instituto Navarro de Bienestar Social.