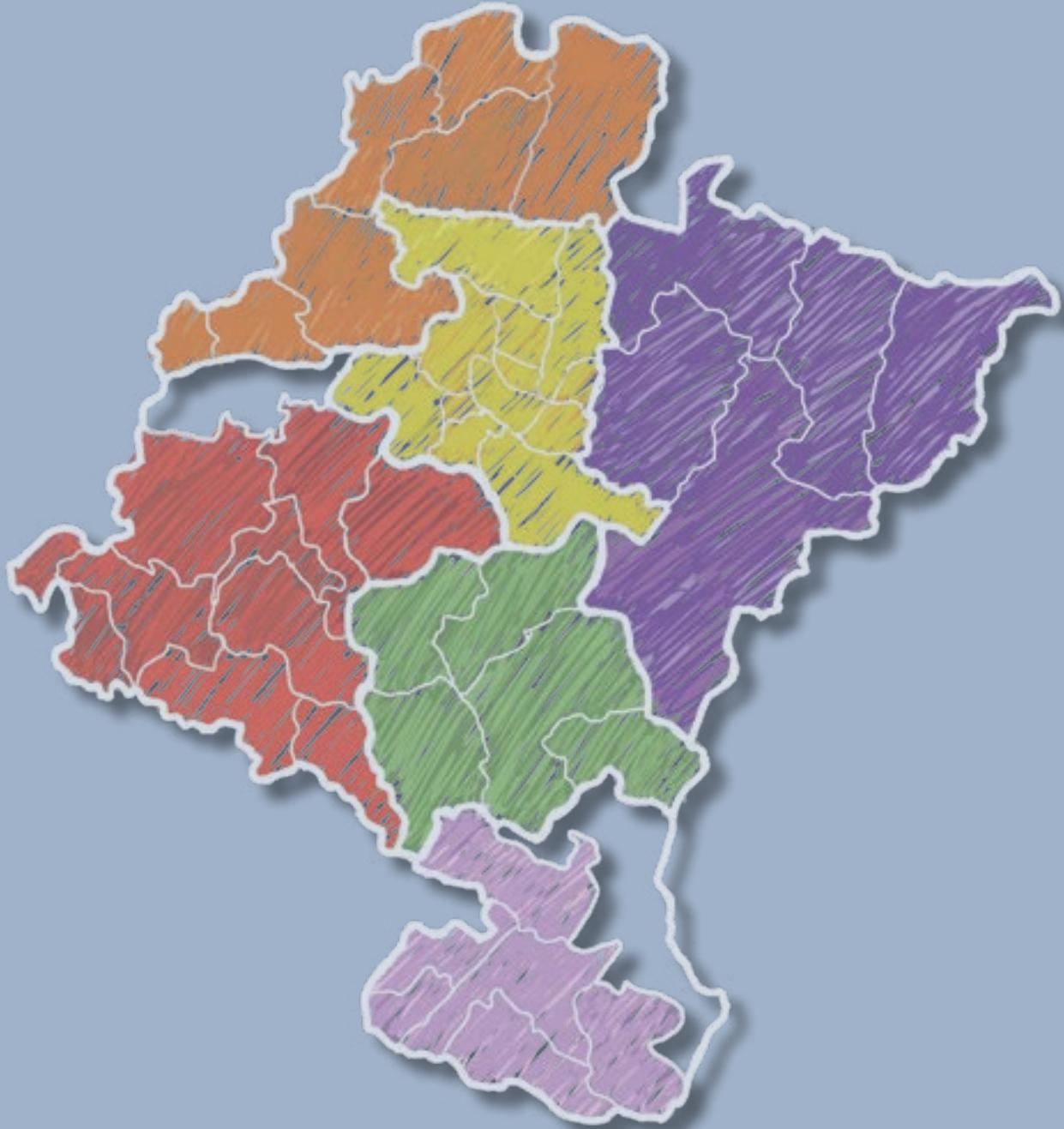


Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales de Navarra



Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales de Navarra



Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales de Navarra

Julio 2019

Coordinación:
Dirección General de Inclusión y Protección Social

Asistencia Técnica:
Manuel Aguilar Hendrickson, profesor de la Universidad de Barcelona

Edición:
Dirección General de Inclusión y Protección Social
Gizarteratzeko eta Babes Sozialerako Zuzendaritza Nagusia
González Tablas, 7
31005 Pamplona/Iruña
Tel. 848 42 69 00
info.derechossociales@navarra.es

Diseño y maquetación:
Marra, S.L.



Este documento está bajo una licencia de Creative Commons. Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra con libertad, siempre y cuando se reconozca la autoría y no se use para fines comerciales. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Índice

Introducción	5
1. Punto de partida	7
2. La situación actual	11
2.1. Una red amplia y desarrollada	12
2.2. Los límites de la red actual	13
Fragmentación de la red	14
La insuficiente especialización	14
Debilidad del modelo de atención	15
Problemas específicos de los programas	16
3. Hacia una redefinición estratégica y operativa	27
3.1. Estructurar el modelo de atención	27
A. Organizar programas centrados en objetivos estratégicos	28
B. Escalonar niveles de intensidad y modelos de atención	37
C. Formalizar procesos y procedimientos y gestionar la información	46
3.2. Potenciar los recursos humanos	48
3.3. Gobernar el sistema	50
Liderazgo estratégico	50
Liderazgo operativo: el papel de los centros de Servicios Sociales	51
4. Síntesis de las líneas de actuación	55
5. Referencias	59
6. Anexos	60

Índice de tablas

Tabla 1. Recursos humanos de los Servicios Sociales de Atención Primaria 2018	7
Tabla 2. Recursos humanos de los Servicios sociales de Atención Primaria: Jornadas a tiempo completo y habitantes por perfil profesional	8
Tabla 3. Plantilla de los Servicios Sociales de Atención Primaria en Navarra 1999-2018	13
Tabla 4. Algunos indicadores de carga estimada del Programa de Acogida y Orientación Social por área en 2018	17

Tabla 5.	Número de menores de 18 años valorados por cada profesional (Trabajo Social o Educación Social) por área de Servicios Sociales en 2017	19
Tabla 6.	Indicadores del Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia por Áreas de Servicios Sociales en 2017	23
Tabla 7.	Recursos humanos de los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018	60
Tabla 8.	Recursos humanos de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2018	62
Tabla 9.	Ratios entre Recursos Humanos de los Servicios Sociales Atención Primaria de Navarra en 2018 y población	63
Tabla 10.	Ratios entre Recursos Humanos de los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018 y población	64
Tabla 11.	Indicadores de demanda y actividad de los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018	66
Tabla 12.	Indicadores de demanda y actividad en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2018	68
Tabla 13.	Indicadores del Programa de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2017 por áreas	69
Tabla 14.	Indicadores del Programa de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2017	70
Tabla 15.	Indicadores del Programa de Infancia y Familia en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2017	72
Tabla 16.	Indicadores del Programa de Infancia y Familia en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2017	74
Tabla 17.	Indicadores del Programa de Incorporación Social en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2018	75
Tabla 18.	Indicadores del Programa de Incorporación Social en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018	76

Índice de figuras

Ilustración 1.	Modelo de Atención Primaria y Secundaria	30
Ilustración 2.	Pirámide de Kaiser Permanente adaptada a los Servicios Sociales	40
Ilustración 3.	Tipos de atención según intensidad, capacidad de gestión y complejidad	44
Ilustración 4.	Tipos de liderazgo y competencias en el ámbito técnico, de prestación de servicios y gestión administrativa	53

Introducción

El sistema de Servicios Sociales está estructurado en 44 zonas básicas agrupadas a su vez en 6 áreas de Servicios Sociales. La red de Atención Primaria está formada, a nivel de zona básica, por 56 Servicios Sociales de Base o unidades de barrio, de responsabilidad de las entidades locales. A nivel de área, conforman la Atención Primaria los EAIA (Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia), EISOL (Equipo de Incorporación Sociolaboral) y los EAIV (Equipo de Atención Integral a Víctimas de violencia de género), responsabilidad del Gobierno de Navarra, equipos que, en el caso del área de Estella y Tudela, están integrados en el centro de Servicios Sociales, responsabilidad de la Fundación Gizain.

Tal y como recoge el Acuerdo Programático del Gobierno de Navarra para la Legislatura 2015-2019, la revisión y potenciación de la Atención Primaria de Servicios Sociales se convierte en un planteamiento estratégico del Departamento de Derechos Sociales.

El abordaje de este planteamiento se ha centrado en tres líneas de actuación: en primer lugar, la modificación del sistema de financiación de las entidades locales titulares de los Servicios Sociales de Base, mediante la elaboración de un decreto foral, en proceso de tramitación, cuyo objeto es establecer un sistema de financiación equitativo, ajustado a la diversidad territorial, orientado a reforzar y estabilizar los equipos profesionales básicos; en segundo lugar, la definición del objeto de actuación de la Atención Primaria de Servicios Sociales, estructurando los procesos y procedimientos de intervención diferenciados por programas y en función de del grado de severidad asignado en función del nivel de intensidad, la capacidad de autogestión de la persona o su entorno inmediato y la existencia o no de elementos de complejidad; y, por último, el análisis y desarrollo para la futura implantación de un sistema integrado de información basado en el modelo de historia social única, que registre la actividad desarrollada por la red de Atención Primaria y sea interoperable dentro del sistema de Servicios Sociales y con los sistemas de información de otros ámbitos.

Todo esto ha conllevado la necesidad de elaborar un documento marco que oriente las actuaciones de la Atención Primaria y su encaje en el sistema de Servicios Sociales, lo que se recoge en el presente documento.

El “Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales en Navarra”, es fruto de un proceso participativo liderado por la Dirección General de Inclusión y Protección Social, en el que han colaborado profesionales de los Servicios Sociales de Base así como distintas unidades orgánicas del Departamento (Sección de Atención Primaria y Comunitaria, Observatorio de la Realidad Social y Agencia de Autonomía y Desarrollo de las personas), siendo fundamental para su elaboración el asesoramiento técnico de Manuel Aguilar Hendrickson, actualmente profesor de la Universidad de Barcelona, con una larga trayectoria profesional y experto en Servicios Sociales.

Metodológicamente este proceso se ha desarrollado en dos fases, una primera de análisis, diagnóstico y detección de las necesidades, y una segunda de reflexión, conocimiento de

experiencias propias y de otros territorios así como de diseño de las líneas de actuación que deben guiar la Atención Primaria de Servicios Sociales. Como eje central cabe destacar la realización de cuatro cursos de especialización para profesionales de los Servicios Sociales de Base organizados por el Departamento, uno por cada programa, en colaboración con la Federación Navarra de Municipios y Concejos y la Universidad Pública de Navarra en los que han participado un total de 142 profesionales.

El “Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales en Navarra” concibe la Atención Primaria como el conjunto de todas aquellas actuaciones que se desarrollan atendiendo a las personas en su entorno, bien desde los Servicios Sociales Municipales o desde los Equipos a nivel de área, partiendo de la premisa de que es necesario articular una Atención Primaria sólida sobre la que se articule el sistema de Servicios Sociales en su conjunto.

El documento que aquí se presenta se estructura en cuatro capítulos principales. En el primero se describe brevemente el punto de partida y se avanzan los tres ejes principales del Documento Marco: estructurar un modelo de Atención Primaria con la secundaria que dé consistencia y contenido a los programas, potenciar los recursos humanos para aumentar el valor añadido de las intervenciones y organizar el liderazgo del nivel primario articulado con el conjunto del sistema.

En el segundo capítulo se analiza la situación actual de la red actual, amplia y desarrollada, pero que presenta algunos límites a abordar. Asimismo se analizan los problemas y dificultades específicas de los cuatro programas.

En tercer lugar se efectúa una redefinición estratégica y operativa del sistema, estructurando un modelo de intervención que propone objetivos estratégicos para cada uno de los programas, propone la sistematización de la intervención social, pauta niveles de intensidad y modelos de atención, formaliza el trabajo por procesos, y un sistema de recogida de información único que refleje esta metodología de trabajo por procesos, donde la persona usuaria sea el centro de la atención. Unida a esta cuestión se plantea también la gobernanza del sistema, siendo necesario diferenciar y potenciar tanto el liderazgo estratégico como el operativo.

Por último, se detallan las líneas de acción que es necesario abordar en la red de Atención Primaria en los próximos años, de acuerdo con el Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019-2023 y con otros planes aprobados recientemente, como el II Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Navarra 2018-2023 o el Plan estratégico de inclusión social 2018-2021, entre otros.

Este documento constituye, por tanto, la “hoja de ruta” que planifica y describe las actuaciones clave que deben desarrollarse en los próximos años para su implantación en la red de Atención Primaria de Servicios Sociales.

1. Punto de partida

1. La red de Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra (Servicios Sociales de Base y Centros de Servicios Sociales) ha alcanzado entre sus inicios en los años 80 y la actualidad un desarrollo notable. Cuenta aproximadamente con un millar de profesionales, equivalentes a 886 jornadas completas. De estas, 740 corresponden al ámbito de la intervención social (224,3 profesionales de trabajo social, 126 de la educación social y 348 del trabajo familiar). Eso supone unas ratios (para el conjunto de la atención primaria) de un/una profesional equivalente a tiempo completo (ETC) por cada 723 habitantes; una figura de trabajo social ETC por cada 2.855 habitantes y una de la educación social equivalente a tiempo completo (ETC) por cada 5.083 habitantes. La ratio por cada profesional de nivel A y B equivalente a tiempo completo es de 1.743 habitantes.

Tabla 1. Recursos humanos de los Servicios Sociales de Atención Primaria 2018			
Perfil profesional	En SSB	En CSS/Equipos Área	Total
Trabajo Social	185,30	39,00	224,30
Educación Social	92,00	34,00	126,00
Psicología	4,20	13,00	17,20
Animación sociocomunitaria	11,80	0,00	11,80
Trabajo Familiar	348,00	0,00	348,00
Administración	87,40	14,00	101,40
Coordinación y dirección	11,10	2,00	13,10
Otros	41,20	3,00	37,20
Total profesionales	780,90	105,30	886,30

Fuente: Departamento de Derechos Sociales.

Tabla 2. Recursos humanos de los Servicios sociales de Atención Primaria: Jornadas a tiempo completo y habitantes por perfil profesional		
Perfil profesional	Jornadas Equivalentes a tiempo completo	Habitantes por profesional ETC
Trabajo Social	224,30	2.900
Educación Social	126,00	5.139
Psicología	17,20	37.667
Profesionales A y B	380,60	1.702
Trabajo familiar	348,00	1.861
Total profesionales	886,30	723

Fuente: Departamento de Derechos Sociales.

2. Sin embargo, algunos de los problemas identificados dentro del proceso de revisión de la Atención Primaria iniciado en 1998 cuyo proceso culminó con la aprobación del *"Documento Base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales"* siguen estando presentes y, en cierto sentido, se han podido agravar. La fragmentación de la red sigue siendo importante y aunque se han reducido considerablemente las "microunidades", el número y los puntos de fricción han aumentado con la implantación de los equipos de área en la forma en la que se ha hecho. La falta de capacidad estratégica para poner al total de unidades de cada área y del conjunto de Navarra a trabajar de forma integrada para cumplir objetivos claros de atención a las necesidades sigue siendo un problema importante a solventar.
3. Esta propuesta para dar un nuevo impulso al desarrollo de la Atención Primaria de Servicios Sociales se centra en tres ejes principales:
 - a. Estructurar un modelo de atención que articule la Atención Primaria con la secundaria, dé contenido y consistencia a los programas.
 - b. Potenciar los recursos humanos para aumentar el valor añadido de las intervenciones.
 - c. Organizar el liderazgo del nivel primario, articulado con el conjunto del sistema.
4. El primer componente de la propuesta incluye los siguientes elementos:
 - a. Articular el conjunto del sistema de Servicios Sociales (primarios y secundarios) de Navarra alrededor de cuatro grandes programas: Acogida

y orientación social, infancia y familia, autonomía personal y atención a la dependencia e incorporación social.

En este sentido, es importante señalar que el Programa de Infancia y Familia, el de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y el de Incorporación Social son programas que incluyen acciones en los niveles primario y secundario. El conjunto de los dispositivos y unidades asignados a cada programa (primarios o secundarios, con independencia de su titularidad) deben compartir unos objetivos estratégicos comunes y trabajar de forma coordinada. El Programa de Acogida y orientación social tiene su espacio casi exclusivamente en el nivel primario.

- b. Estructurar un modelo de atención que fije *procesos y procedimientos de intervención* diferenciados por programas y niveles de intensidad y complejidad de los problemas atendidos y la capacidad de gestión de las propias personas.
 - c. Desarrollar e implantar un sistema integrado de información, basado en el modelo de *historia social única*, que registre los procesos de intervención y sea interoperable dentro del sistema de Servicios Sociales y también con los sistemas de información de otras áreas, como, por ejemplo, empleo o sanidad.
5. El segundo componente de la propuesta parte de la premisa de que los recursos humanos son el elemento clave para que el sistema de Servicios Sociales pueda ofrecer prestaciones de alto valor añadido. Las dimensiones actuales de la plantilla de la red desaconsejan la simple ampliación incrementalista. El decreto de financiación actualmente en proceso de tramitación prevé completar la plantilla básica de los SSB. A partir de ahí, los esfuerzos deben centrarse en responder a necesidades precisas, en actividades que puedan estar infradotadas y, sobre todo, en potenciar la capacidad de los recursos disponibles, mediante la especialización y la formación, el ajuste de los niveles de cualificación a la complejidad de las tareas de determinados puestos, el reforzamiento del trabajo en equipo, el apoyo técnico y la supervisión, y la potenciación de la función directiva.
6. Actualmente los Servicios Sociales de Base, son de titularidad municipal, tal y como se señala en la Ley 15/2006 de Servicios Sociales, atribuyendo a las Entidades locales, entre otras, competencias para la creación, mantenimiento y gestión de los Servicios sociales de Base de su ámbito territorial o la gestión de los recursos. Por otra parte, corresponde a la Administración Foral, entre otras, las funciones de coordinación general del sistema, planificación, así como la adopción de las medidas necesarias para garantizar unas prestaciones mínimas en todo el territorio. Esta distribución competencial y la falta de un desarrollo y diferenciación entre un liderazgo estratégico y un liderazgo operativo provoca disfunciones en el sistema que es preciso solventar.

Por ello, el tercer componente de la propuesta es el desarrollo de un modelo más sólido de liderazgo, basado en la diferenciación entre el liderazgo estratégico y el liderazgo operativo.

El liderazgo estratégico, fundamentado en una definición de objetivos para el conjunto del sistema, debe recaer en el Gobierno y el Parlamento forales. El liderazgo operativo, basado en una amplia autonomía para decidir cómo se alcanzan esos objetivos estratégicos, requiere un ámbito superior al de la zona básica. El área de Servicios Sociales parece el ámbito adecuado. Ello supone dotar a las áreas de una capacidad de organización autónoma de sus recursos, combinada con la exigencia de resultados. En el caso de Pamplona, dicha responsabilidad corresponde al Ayuntamiento de Pamplona. En el resto de la Comunidad Foral, esa responsabilidad corresponde en principio al Gobierno de Navarra, sin perjuicio de lo previsto en la Ley Foral de reforma de la administración local de Navarra sobre las competencias de las comarcas.

2. La situación actual

El término «*Atención Primaria de Servicios Sociales*» se ha venido utilizando para designar una parte de los Servicios Sociales en nuestro país cuyo desarrollo principal se inicia en los años 80, aunque cuenta con algunos precedentes durante los años 60 y 70. Se trata de un nivel de servicios caracterizado por la atención en la comunidad, es decir, sin recurrir al internamiento de las personas atendidas, por una integración de diversas especialidades y por su actuación descentralizada y local (Gobierno de Navarra, 1998).

La designación formal de este tipo de servicios ha sido muy diversa en diferentes territorios. Se han utilizado denominaciones como Servicios Sociales de Base, unidades de barrio, centros de Servicios Sociales, Servicios Sociales comunitarios, Servicios Sociales generales y otras. Su configuración precisa también varía entre territorios, desde estructuras relativamente simples con un número de profesionales mínimo o muy reducido hasta otras más complejas y diversas.

El desarrollo de este tipo de servicios ha contribuido a generalizar en las comunidades autónomas una estructura general de los Servicios Sociales dividida en dos grandes niveles, el primario y el secundario. Se trata de dos niveles de delimitación no siempre muy clara. En algunos casos se delimitan por la naturaleza «*generalista*» o «*especializada*» de los servicios; en otros por su orientación «*comunitaria*» o «*institucional*» (entendiéndose por tal residencial); en otros, por la responsabilidad local o autonómica. Sin embargo, en la mayor parte de los casos los criterios se incumplen parcialmente. Hay prestaciones técnicas de naturaleza análoga o muy similar que pueden ubicarse en uno u otro nivel en función de quién sea el responsable de proveerla, como sucede a menudo con la atención domiciliaria o los programas de educación familiar.

Esta escisión en dos niveles se ha justificado en ocasiones por analogía con el sistema de salud, a menudo sin analizar en detalle la diferente naturaleza de los servicios prestados por cada uno de estos sistemas. Pero sus raíces pueden buscarse también en la estructura de la Beneficencia pública, que desde mediados del siglo XIX diferenció un nivel provincial encargado de casi todos los establecimientos «*especializados*» y un nivel municipal, encargado de hacer de «*puerta de entrada*» para el acceso a esos establecimientos y de proveer «*socorros domiciliarios*».

Durante el desarrollo más reciente de los Servicios Sociales desde los años 70 y 80, el nivel primario ha pasado de ser una simple puerta de entrada, una red de puntos de acceso a servicios prestados desde el nivel «*especializado*», a convertirse en un productor y proveedor directo de servicios.

2.1. Una red amplia y desarrollada

La configuración inicial de los Servicios Sociales de Base en Navarra, comenzó su implantación en 1985, regulándose posteriormente mediante el Decreto Foral 11/1987, de 16 de enero. Dicho sistema fue concebido como una red de servicios municipales de acceso a servicios y prestaciones del Gobierno de Navarra. La realidad de los SSB empezó muy pronto a evolucionar hacia un modelo más intenso en producción de servicios, en especial en el campo de la atención a domicilio.

El proceso de reordenación de la Atención Primaria que se plasmó en el *“Documento Base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales”* supuso una apuesta por un modelo reforzado de Atención Primaria. Ese modelo se caracteriza por una estructuración en cuatro programas, uno de acceso y orientación social básica y tres de producción de servicios específicos, así como por el avance hacia una organización reforzada a partir de los centros de Servicios Sociales con objeto de apoyar a la Atención Primaria y la función de complementar los programas de los Servicios Sociales de Base, garantizando un abordaje similar con independencia de la capacidad de respuesta de los diferentes Servicios Sociales de Base.

El desarrollo de los Servicios Sociales de Atención Primaria, desde 1998 ha supuesto:

- a. Un aumento notable de los recursos humanos de la red primaria. El total de personas empleadas equivalentes a jornada completa pasó de 308 en 1999 a 886 en 2018. El número de profesionales del trabajo social se multiplicó por 2,7, y el de profesionales de la educación social por 8,4.
- b. El asentamiento de los programas como forma de estructurar los servicios. Este es desigual entre zonas. El tamaño reducido de algunos SSB ha hecho difícil estructurar adecuadamente los programas especializando a profesionales en cada campo.
- c. Se ha implantado progresivamente el nivel de área, aunque con algunas cuestiones no bien resueltas. El modelo de implantación seguido, con el desarrollo por separado de los equipos (EAIA, EISOL, EAIV) y mediante su contratación externa, ha hecho difícil que los centros de Servicios Sociales cumplieran su papel de estructurar el nivel primario. Los equipos han sido proveedores de servicios específicos y acotados de gran calidad, pero su posición de proveedor externo no les ha permitido ejercer funciones de liderazgo sobre otros servicios públicos.

Tabla 3. Plantilla de los Servicios Sociales de Atención Primaria en Navarra 1999-2018

Perfiles	1999	2018	
	SSB	Solo SSB	Total
Trabajo Social	83,30	185,30	224,30
Educación Social	15,00	92,00	126,00
Trabajo Social y Educación Social	98,30	277,50	350,30
Trabajo familiar	150,50	348,00	348,00
Total profesionales	308,00	780,90	886,30
Habitantes por profesional de Trabajo Social	6.300,00	3.453,00	2.855,00
Habitantes por profesional de Educación Social	34.965,00	6.962,00	5.083,00
Habitantes por profesional de Trabajo Social o Educación Social	5.335,00	2.308,00	1.828,00
Habitantes por profesional de trabajo familiar	3.487,00	1.840,00	1.840,00
Habitantes por profesional	1.700,00	820,00	723,00

2018: Incluye personal de los SSB, Equipos profesionales de Área (EAIA, EISOL, EAIV), personal de apoyo social financiado por el Programa de Empleo Social Protegido y personal financiado por el Plan Foral de Drogodependencias.

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

Fuente: INBS y Departamento de Derechos sociales, Gobierno de Navarra.

2.2. Los límites de la red actual

En 2001 el Gobierno de Navarra publicó, tal y como se ha señalado anteriormente, el *Documento base para un Plan de atención comunitaria de Servicios Sociales*. Dicho documento identificaba cinco problemas principales en el nivel primario de Servicios Sociales, a saber: la fragmentación de la red, la falta de especialización de sus profesionales, la dependencia de la demanda, el desarrollo desigual de la intervención comunitaria y la escasa participación de las entidades sociales.

En los años siguientes, con el fin de abordar estas dificultades, el Gobierno y el Parlamento de Navarra introdujeron varias modificaciones en el sistema con la aprobación de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre de Servicios Sociales, estructurando la acción del nivel primario en cuatro programas e introduciendo la creación de los Centros de Servicios Sociales a nivel de área como Servicios Sociales de apoyo a la Atención Primaria.

Por otra parte, se planteó un sistema de financiación mediante convenios de colaboración en lugar del sistema de subvenciones, orientando estos al cumplimiento de los objetivos de estos

cuatro programas. En tercer lugar, se inició la creación de los Centros de Servicios Sociales en 2010 (Estella) y 2012 (Tudela). En el resto de las áreas se crearon los equipos (EAIA, EISOL, EAIIV) que en principio deberían configurar un centro de Servicios Sociales en algunas áreas. La creación de CSS y equipos se realizó mediante provisión externa.

A continuación, se sintetizan los principales problemas clave que presenta la situación actual, 18 años después del documento base y 13 de la Ley. Aunque sin duda los cambios introducidos en estos años han sido positivos, algunos de los problemas de partida siguen sin resolver.

Fragmentación de la red

La fragmentación de la red de Atención Primaria que existía en 2001 se ha transformado, pero aún genera dificultades.

Por un lado, la existencia de numerosos Servicios Sociales de Base “unipersonales” o con menos de dos profesionales de Trabajo social se ha reducido. Si en 2001 22 de 52 SSB contaban con una sola figura de este perfil, hoy se ha reducido a 9 de los 56 SSB. Si añadimos en el cómputo a los y las profesionales de la educación social en el recuento del personal técnico, solo 2 SSB siguen contando con una sola jornada completa.

En total, en 2001 34 SSB no llegaban a dos jornadas completas de trabajo social, mientras que hoy el número se ha reducido a 16 (a 8 si se cuentan también las y los profesionales de educación social).

Sin embargo, otros elementos de la fragmentación subsisten: La red de SSB sigue distribuida en 44 zonas básicas y es gestionada por 45 administraciones locales, algunas de ellas mancomunidades con numerosos municipios con competencias sobre cuestiones importantes en la prestación de los servicios (orientación de los programas, provisión de personal, organización de los servicios, precios públicos y otras). En función de las decisiones adoptadas por las entidades locales se ha producido un mayor o menor desarrollo de los Servicios Sociales de Base.

Además, la introducción del nivel de área, más que para integrar los SSB de varias zonas básicas en un marco de mayor tamaño y capacidad, completando y coordinando su funcionamiento, ha servido para añadir un nivel nuevo entre el primario y el secundario. La creación de los equipos por separado y por la vía de la provisión externa ha limitado drásticamente su capacidad para ejercer la función de liderar y coordinar el conjunto de la Atención Primaria a nivel de área.

La insuficiente especialización

El *Documento Base* planteó el problema de la falta de especialización entre los y las profesionales de Atención Primaria. Mientras que la función de acogida, recepción de la demanda y orientación social básica puede desempeñarse con un conocimiento más general del sistema de Servicios Sociales, no puede decirse lo mismo para las intervenciones que requieren una mayor intensidad y/o especialización y que se desarrollan en la propia Atención Primaria. Valorar situaciones

de riesgo para menores, diseñar un plan de caso y llevarlo adelante es algo que difícilmente puede realizar de manera satisfactoria el/la profesional que además debe acompañar procesos de incorporación social y ayudar a organizar los cuidados y a quienes cuidan de una persona dependiente. En este sentido, el establecimiento de los cuatro programas en la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, la creación de equipos de área "especializados" y la dotación en las plantillas de recursos humanos adscritos a cada programa ha supuesto un paso adelante significativo en este terreno.

A pesar de ello, la dificultad principal se da en aquellos SSB cuya dimensión hace que la dedicación a cada programa corresponda a "fragmentos" de profesional. Esto supone que en un número significativo de zonas una única figura profesional pueda estar adscrita "por cuartos" a los cuatro programas, vaciando de contenido la especialización. Además, la formación especializada de los y las profesionales adscritos a cada programa es insuficiente. Mientras que en algunas zonas se han configurado "sub-equipos" de programa en el SSB y ello ha permitido una acumulación de experiencia, en otras muchas zonas no ha sido posible por la dedicación reducida a cada programa o por la inestabilidad de los y las profesionales.

Tampoco parece estar correctamente resuelta la relación entre esos sub-equipos o profesionales únicos dedicados a los programas y los equipos de área. La tendencia ha sido la de trabajar más en una lógica de derivación (con los consiguientes problemas de coincidencia o no en la valoración y de continuidad en la atención) que en una cooperación entre profesionales de un mismo nivel de atención, el primario. Esta cuestión, unida a la orientación técnica de los equipos de área por parte de distintas unidades orgánicas de Gobierno de Navarra de forma independiente, ha condicionado el sistema de trabajo con los Servicios Sociales de Base.

Debilidad del modelo de atención

Uno de los efectos de la fragmentación y de la limitada especialización es la ausencia de un modelo (o un conjunto de modelos) de intervención acordados y compartidos en el conjunto de la red primaria. Por otra parte, a nivel estratégico no se han dimensionado suficientemente los apoyos técnicos necesarios para dotar a la Atención Primaria de una adecuada planificación.

Actualmente la red no dispone de un diseño claro, compartido y documentado, acerca de qué procesos debe incluir un modelo de intervención, qué recursos humanos tienen que movilizarse, con qué intensidad y duración. Ese diseño es específico de cada programa y, probablemente, de cada nivel de complejidad y gravedad de cada situación.

Es evidente que los casos se atienden y, por tanto, algún "diseño" existe, al menos en la práctica. También es evidente que el proceso de un caso de menores en riesgo o de atención domiciliaria a una persona dependiente se desarrolla de forma diferente. Lo que parece faltar es traducir esas prácticas, a menudo individuales, dispersas y no escritas, en diseños explícitos y compartidos. A falta de un diseño claro (que constituiría el "texto" aún no escrito de los cuatro programas) hay una abundancia de prácticas diversas, unas más idóneas y otras menos.

Además, el modelo de atención “realmente existente” se caracteriza por una insuficiente estratificación o segmentación de las poblaciones a atender que permita salir de la simple respuesta a la demanda y desarrollar una atención más proactiva. La debilidad de los sistemas de información en los Servicios Sociales de Atención Primaria hace difícil reorientar el modelo de atención, pero al mismo tiempo, sin una definición más ajustada de los diversos procesos de atención difícilmente se podrá poner en marcha un sistema de información eficaz.

Problemas específicos de los programas

Acogida y orientación

El Programa de Acogida y orientación social se centra principalmente en tres tipos de funciones de naturaleza diferente:

1. Ser punto de acceso o “puerta de entrada” de los Servicios Sociales y ofrecer información y orientación social básica a la ciudadanía.
2. Tramitar la solicitud de numerosas prestaciones de la administración foral y local.
3. Valorar situaciones de dificultad (o de riesgo de vulnerabilidad o exclusión) a efectos de emitir informes que sirven para acceder a diversos servicios y prestaciones.

Los principales problemas detectados tienen que ver con la interferencia entre estas tres funciones, la falta de criterios definidos y compartidos para el cribado de situaciones y la sobrecarga de trabajo administrativo.

La primera de las funciones consiste en una atención profesional que no requiere una lógica burocrática sino de trabajo social siendo uno de sus principales cometidos la detección de situaciones y de “cribado” o selección de casos que necesitan una atención en un programa y casos que no. Esta función se desarrolla casi exclusivamente mediante entrevistas individuales. La combinación con las otras dos funciones contribuye a una cierta burocratización.

La segunda es una consumidora importante de recursos humanos y de recursos humanos de intervención social en especial. No es exclusiva del Programa de Acogida y orientación social, pero tiene un peso importante en este. Aunque se han hecho progresos en la simplificación y agilización administrativa, sigue habiendo una importante dedicación de recursos de trabajo social a este tipo de tareas.

La tercera es más problemática desde muchos puntos de vista. Se trata de una función explícitamente asignada a los municipios por la ley de régimen local (a raíz de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local), que introduce cargas como las de decidir quién accede a programas de ayuda alimentaria o tiene un trato diferente en los contratos de suministros domésticos. Supone no solo una carga de trabajo

importante, sino además una distorsión de la relación con la ciudadanía, al convertir el informe de los Servicios Sociales en una especie de llave de acceso a recursos ajenos en buena medida discrecionales.

El cuadro siguiente muestra algunos indicadores de carga de trabajo en este programa por zonas básicas. Como se puede apreciar, hay importantes diferencias de carga.

Tabla 4. Algunos indicadores de carga estimada del Programa de Acogida y Orientación Social por área en 2018					
Área	Personas usuarias distintas 2018	% Personas usuarias distintas sobre población 2018	Personas usuarias distintas 2018 por TS	Intervenciones iniciadas en 2018	Intervenciones iniciadas en 2018/TS Acogida
Noroeste	5.381	10,70	694	5.763	744
Noreste	1.537	7,90	342	1.135	252
Comarca	11.625	6,90	637	10.692	586
Pamplona	19.414	9,80	616	13.084	415
Estella	8.552	12,20	818	7.446	713
Tafalla	6.116	13,70	971	4.654	739
Tudela	11.585	12,10	1.103	7.239	689
Navarra	64.210	10,00	719	50.013	560

La cifra de población por zona básica corresponde a 1/1/2018.

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

Fuente: Departamento de Derechos sociales, Servicio de Atención Primaria e inclusión y Observatorio de la Realidad Social. Datos personas usuarias e intervenciones 2018 obtenidos de la explotación de los datos recogidos por los SSB a través del SIUSS V5.

Infancia y familia

El *Diagnóstico de la situación de la familia, la infancia y la adolescencia*¹ señala algunos de los principales problemas de la atención "primaria" a la infancia en Navarra en la actualidad. Los encuentros con profesionales realizados en el marco de dicho diagnóstico, los realizados para la preparación de este documento y el análisis de los datos disponibles permiten señalar los siguientes déficits:

Escasa intervención preventiva y temprana

Una de las principales debilidades de la atención a la infancia en su conjunto y que afecta de manera directa a la Atención Primaria es la limitada intervención preventiva y temprana. La gravedad y la edad relativamente altas de los casos de riesgo detectados son un indicador de esta falta de intervención preventiva y temprana. Existen algunas experiencias limitadas de este tipo de intervenciones en algunas zonas.

Disfunciones del sistema de investigación y valoración

Hay problemas serios en cuanto a la calidad y la homogeneidad de la investigación y valoración de los casos de riesgo. En primer lugar, hay una valoración casi general en el sentido de que el sistema de valoración (basado en el *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil*) necesita actualizarse y completarse, en el marco de una reconsideración general de los procedimientos de investigación y evaluación. En segundo lugar, ni siquiera todos los servicios implicados utilizan el manual mencionado. De acuerdo con la Memoria de 2017 del Programa de Infancia y Familia, mientras 33 SSB y 6 UB manifiestan utilizarlo, 11 SSB reconocen no utilizarlo y 6 UB no contestan. La no implantación del programa de infancia en algunas zonas, la inadecuación de la herramienta, la falta de capacidad para utilizarla (a falta de tiempo y formación) y la falta de personal especializado se aducen como razones para su no utilización. Una nueva herramienta de valoración recientemente aprobada y cuya implantación se llevará a cabo próximamente, deberá resolver estos problemas.

Las cifras de menores valorados en situación de riesgo por zonas básicas nos muestran diferencias difíciles de explicar solo por la distinta prevalencia de las situaciones de riesgo. Es cierto que en algunas zonas de escasa población la razón entre casos y población infantil puede ser un tanto anómala, pero las diferencias son también apreciables entre zonas de mayor tamaño. Todo apunta a que hay desigualdades significativas en el grado de detección de las situaciones, que pueden tener que ver con la dimensión de los equipos, el uso o no de las herramientas de valoración, el arraigo de sus intervenciones y la coordinación con servicios clave para la detección, como los educativos y sanitarios.

Hay que señalar también que las ratios entre menores valorados y profesionales presentan diferencias aún mayores. El cálculo se ha hecho con profesionales (profesionales del trabajo social y la educación social) equivalentes a tiempo completo asignados al programa de infancia de los SSB en la tabla calculada por zonas, y se ha incorporado a los y las profesionales de los EAIA en la tabla por áreas.

1 Gobierno de Navarra, *Diagnóstico de la situación de la familia, la infancia y la adolescencia* <<http://www.gobiernoabierto.navarra.es/es/participacion/1768/diagnostico-familia-infancia-adolescencia>>.

Tabla 5. Número de menores de 18 años valorados por cada profesional (Trabajo Social o Educación Social) por área de Servicios Sociales en 2017

Área	Población menor 18 años	Menores valorados y atendidos (SSB+EAIA) en 2017	Menores valorados y atendidos (SSB+EAIA) por 100 menores	Población 0-17 por TS o ES Programa Infancia	Menores valorados y atendidos (SSB+EAIA) por TS o ES Programa Infancia
Noroeste	9.278	427	4,50		(1) 69
Noreste	2.725	211	6,70	(1) 1.248	
Comarca	38.230	2.135	5,80		
Pamplona	33.401	1.493	4,30	1.591	100
Estella	11.677	752	6,40	905	66
Tafalla	7.653	536	7,00	825	79
Tudela	17.968	1.465	8,10	1.331	127
Navarra	120.932	7.019	6,70	1.247	90

Datos oficiales de población a 1/1/2018

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

(1) Los datos no pueden ser desglosados ya que el EAIA es común para las tres áreas.

Fuente: Departamento de Derechos Sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social, Memorias Atención Primaria Programa Infancia y Familia y Observatorio de la Realidad Social.

Necesidades de mejora de los recursos profesionales

Desde el punto de vista de los recursos profesionales cabe apuntar las siguientes cuestiones:

1. Tal como se señala en el *Diagnóstico*, el número de profesionales responsables de la valoración y diseño de los planes de los casos parece insuficiente y desigualmente distribuido. En especial, un número elevado de zonas (23) presenta un valor de profesionales de la intervención equivalentes a tiempo completo inferior a uno, a menudo a repartir entre más de una persona o desempeñado por una única figura profesional que se dedica también a los otros programas. Igualmente se señala la falta de profesionales del campo de la psicología, que se ha ido paliando en parte mediante los EAIA.
2. Seguramente el rasgo más destacado de los recursos profesionales es su fragmentación. En primer lugar, la fragmentación "personal" dada la abundancia de dedicaciones parciales e incluso "compartidas" con otros programas, cosa que hace difícil la formación y especialización necesarias

en este campo. En segundo lugar, la fragmentación entre equipos y dispositivos que desarrollan tareas parecidas. Los dos casos más claros son, primero, la fragmentación de la valoración y del plan de caso entre SSB y EAIA en función de la gravedad del riesgo, que puede llevar a valoraciones contradictorias y a discontinuidades en la atención en función de la evolución del caso. En la tarea de intervención familiar, esta puede desarrollarse por parte de los y las profesionales de los SSB, de los EAIA o del PEIF/PIF. Este tipo de fragmentación supone unos esfuerzos de coordinación y derivación importantes, un riesgo de intervenciones incompletas y un aprovechamiento no óptimo de los recursos.

Modelo de intervención

Como sucede con los demás programas, la formulación e implementación de un modelo claro de intervención en el ámbito de la familia y la infancia es una asignatura pendiente. El Diagnóstico señala muchos de sus problemas y no se trata de repetirlos aquí. Sí es pertinente subrayar que el componente más sólido son los recursos de intervención familiar (PIF y PEIF) que, al ser provistos de forma externa tienen una posición un tanto periférica respecto a los equipos de profesionales de los SSB y EAIA, mientras que estos últimos, sobre quienes debería recaer la responsabilidad principal de los casos (aunque no necesariamente toda la intervención psico o socioeducativa) presentan la debilidad que se ha descrito antes. No se trata de poner en cuestión la provisión externa de ciertas prestaciones, sino el engarce de dichas prestaciones "parciales" con el conjunto de la atención de responsabilidad pública.

Autonomía personal y dependencia

El programa de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia tiene su origen en los Servicios de Atención a Domicilio Municipales que se implantaron en todas las Zonas Básicas de Servicios Sociales de Navarra al amparo del Decreto Foral 11/1987, de 16 de enero, como programas específicos, definidos y orientados a favorecer la permanencia en el domicilio de las personas con dificultades de autovalimiento mediante la oferta de un conjunto de prestaciones de contenido doméstico, personal y social.

La Ordenanza Tipo reguladora de estos servicios, aprobada por la FNMC y el Departamento en materia de Servicios Sociales del Gobierno de Navarra en 2008, define estos servicios como de carácter municipal, dirigido hacia el conjunto de la población con limitaciones para la cobertura de las necesidades básicas en su medio habitual y que ofrece la prestación de una serie de servicios de carácter individual, temporales o permanentes, procurando la mejor integración de la persona en su entorno, el incremento de su autonomía funcional y la mejora de su calidad de vida. Entre sus objetivos persigue favorecer la permanencia de las personas en su entorno habitual el mayor tiempo posible y con el mayor grado de calidad de vida, previniendo y evitando con una alternativa adecuada, internamientos innecesarios y el consiguiente desarraigo del entorno, potenciando y fortaleciendo la mayor colaboración

de las redes naturales de apoyo, especialmente de la familia, con los apoyos necesarios a las personas cuidadoras.

El Servicio de Atención a Domicilio municipal es una de las principales prestaciones del programa que complementa la valoración de todas aquellas situaciones con dificultades para la permanencia en el domicilio, para las que es necesaria la búsqueda de alternativas que garanticen la correcta atención y calidad de vida.

En 2006, con la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, y la aprobación del Decreto Foral 69/2008, que regula la Cartera de Servicios Sociales en Navarra, se garantiza la atención a domicilio a las personas con reconocimiento oficial de dependencia que opten por este servicio.

En este momento, el programa de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (en adelante Programa de Autonomía) en Atención Primaria es el resultado de un desarrollo que se inicia con la atención a domicilio de los SSB y las actividades de promoción vinculadas al mismo, y la asunción de parte de la atención domiciliaria prevista en el SAAD a personas que residen en su domicilio, complementando el Gobierno de Navarra con diferentes prestaciones, principalmente económicas, esta atención.

El programa cuenta con un volumen de recursos humanos apreciable, que incluye (en equivalentes a jornada completa) 44 profesionales de trabajo social y 350 figuras de trabajo familiar². Una peculiaridad del programa en Navarra es que la práctica totalidad de sus recursos humanos son profesionales públicos, mientras la contratación del personal de atención directa (trabajo familiar, auxiliares de ayuda a domicilio) por medio de empresas se ha generalizado en la mayor parte de España. De ello deriva que el servicio cuenta con personal con un nivel de formación, experiencia y estabilidad laboral mayor que en otros territorios, pero también que el coste horario sea el más alto (duplica la media) de toda España (FEMP et al., 2015).

Desde los servicios de atención a domicilio municipales a lo largo de 2017 fueron atendidas, según las memorias facilitadas por los SSB, 3.546 personas y se prestaron unas 422.000 horas de atención. Un 45% de las personas atendidas eran dependientes reconocidas oficialmente, que recibieron casi un 65% de las horas de atención prestadas. Navarra presenta una cobertura sobre la población mayor de 65 años ligeramente inferior a la media española, con una de las proporciones más altas de horas dedicadas a los cuidados personales (a diferencia de las simples tareas domésticas).

Sin embargo, queda pendiente un mayor análisis y reflexión a nivel de Comunidad Foral sobre el sistema organizativo preciso para la garantía de los derechos reconocidos a las personas oficialmente dependientes en general, y en lo que se refiere a la atención domiciliaria en particular.

2 Datos 2017. Servicio de Atención Primaria e inclusión social del Gobierno de Navarra.

En este sentido, a principios de 2019³ había en Navarra 15.351 personas con dependencia reconocida y derecho a prestaciones del SAAD, 13.482 de las cuales tenían prestaciones reconocidas y otras 899 no tenían prestaciones por renuncia u otras razones; 3.477 se hallaban en residencias, por lo que se puede estimar que 10.904 eran dependientes atendidos que residían en su domicilio. De ellas, en febrero de 2019 estaban atendidas por el SAD municipal 963 personas, y 606 en centros de día. Podemos estimar, por tanto, que alrededor de 9.000 personas dependientes residían en sus domicilios sin recibir servicios de cuidado profesional como tales, aunque sí percibían en la mayor parte de los casos la prestación por cuidados en el entorno familiar (8.300-8.400, sin contar los que además recibían servicios). Se estima que casi un 45% de ellas utilizaban dicha prestación para contratar cuidados profesionales (Observatorio de la Realidad Social 2018), una práctica no irregular pero sí contraria a la lógica de la prestación.

Estas cifras apuntan a una insuficiencia del actual Programa de Autonomía para ofrecer cuidados profesionales y servicios de apoyo adecuados y atractivos a un número suficiente de personas dependientes que residen en su domicilio, así como para ofrecer los servicios de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia. Las causas son, a buen seguro, múltiples y complejas. La dificultad de los servicios locales de atención domiciliaria para aumentar su oferta en un contexto de costes elevados, los copagos que, en ocasiones, pueden ser disuasorios y acercarse o superar el coste de comprar en el mercado cuidados profesionales, a menudo de forma irregular y sin garantía de profesionalidad; algunas rigideces en la oferta de los servicios que pueden disuadir a potenciales personas usuarias; estas y otras razones pueden contribuir a explicar este desarrollo.

3 Datos de la Agencia Navarra de la Dependencia y la Atención a las Personas, a 11 de febrero de 2019.

Tabla 6. Indicadores del Programa de Promoción de la Autonomía Personal y atención a la dependencia por Áreas de Servicios Sociales en 2017

Área	Población de 65 y más 1/1/2018	Habitantes 65+ por TS	Personas Dependientes reconocidas no en residencia 11/2017	Personas Dependientes no en residencia/TS	Horas Atención Directa SAD 2017	Personas usuarias SAD 2017	Personas dependientes atendidas por SAD 2017	Porcentaje personas dependientes atendidas por SAD sobre total atendidos SAD 2017
Noroeste	10.794	2.699	1.113	278	40.966	317	188	59
Noreste	5.181	2.081	418	168	25.009	240	104	43
Comarca	21.739	2.558	1.935	228	64.914	536	265	49
Pamplona	44.113	2.846	3.691	238	155.834	1.011	426	42
Estella	16.057	2.857	1.611	287	59.765	637	297	47
Tafalla	9.840	3.393	1.024	353	24.835	252	109	43
Tudela	18.712	3.254	2.000	348	51.180	553	216	39
Navarra	126.436	2.709	11.792	263	422.504	3.546	1.605	45

Fuente: Departamento de Derechos sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social, Agencia Navarra de la Dependencia y la Atención a las Personas y Observatorio de la Realidad Social. Memorias técnicas SSB 2017.

Una primera aproximación a las cuestiones a resolver para el desarrollo del Programa de Autonomía puede sintetizarse en las siguientes premisas:

1. Es necesaria una reflexión en profundidad que permita diseñar el modelo de atención más adecuado y garante de derechos para las personas con dificultades de autovalimiento, en cualquiera de sus grados, y específicamente para aquellas con un reconocimiento oficial de dependencia en el marco del SAAD, teniendo en cuenta que en el sistema de atención intervienen varios actores: entidades locales responsables de la gestión del Programa de Autonomía y de los servicios de atención a domicilio, el Departamento de Derechos Sociales (principalmente la ANADP), así como el Departamento de Salud (tanto en la coordinación como en el abordaje integral de determinadas situaciones en el ámbito sociosanitario).
2. En relación a la atención a personas dependientes, el programa debe rediseñar su oferta con el fin de hacerla más atractiva y adaptada a las diversas situaciones en las que se encuentran, ofreciendo una variedad de fórmulas (cuidados profesionales de provisión directa, cuidados personales contratados por la propia persona mediante prestación vinculada, servicios de respiro y apoyo), teniendo en cuenta el propio interés de la persona y su familia.

La cobertura de los servicios domiciliarios sobre la población en situación de dependencia que no están en residencias o centros de día es bastante baja y desigual. La cobertura media estaría alrededor del 8%. La mayor parte de las zonas se sitúan entre un 5 y un 15%, con la excepción de una zona de muy escasa población que tiene un 42% de cobertura y de otras cuatro zonas con coberturas de entre un 20 y un 25%. La cobertura de las ayudas económicas para cuidados en el entorno familiar es relativamente elevada, con una media del 7 a 5%. Por otro lado, el teléfono de emergencia tiene una extensión limitada, de un 20% de media.

Se requiere una mayor sinergia entre distintos servicios de apoyo domiciliario para una mayor cobertura en las prestaciones.

3. En los Servicios de atención a domicilio, existe una gran diversidad entre zonas básicas en cuestiones para las que parece difícilmente justificable, como los contenidos de atención, el acceso efectivo y los precios públicos.
4. La amplitud de los cuidados no profesionales retribuidos por el SAAD y de personas cuidadoras profesionales contratadas utilizando una financiación no prevista para ello, suscita dudas sobre el grado de garantía de la calidad de los cuidados ofrecidos por el SAAD. La administración no tiene, como es lógico, ninguna responsabilidad sobre los cuidados no profesionales prestados voluntariamente, o sobre los que compren con sus propios recursos las personas, pero sí sobre aquellos que se financian con cargo al SAAD, bien mediante provisión directa o prestación vinculada.

5. Aunque los SAD tradicionalmente vienen realizando esta función dentro de sus prestaciones, el apoyo a las personas cuidadoras en sus vertientes de formación y apoyo emocional está insuficientemente desarrollado.
6. La coordinación con los servicios de salud es insuficiente. Además, pone sobre la mesa la cuestión de la cobertura de situaciones de falta de autonomía personal no reconocibles como dependencia en términos de la LAPAD (por ejemplo, situaciones «no permanentes») o cuyo reconocimiento sea lento en relación con la urgencia de la situación (como, por ejemplo, sucede con muchas altas hospitalarias).

Incorporación social

El Programa de Incorporación Social está implantado en la mayoría de los SSB. Además, se han asociado tradicionalmente al programa dos dispositivos de inserción laboral adaptada, los equipos de inserción sociolaboral (EISOL) y el empleo social protegido (ESP).

A pesar de no alcanzar a todas las zonas básicas, el programa tiene una trayectoria relativamente larga, ligada sobre todo al acceso a prestaciones de asistencia social y a formas de empleo protegido. Incluyendo el programa en los SSB, los EISOL y el empleo social, el conjunto contaba en 2018 (en equivalentes a jornada completa) con 43,1 profesionales de trabajo social, 52,2 profesionales de la educación social y 0,6 profesionales de la psicología.

Tal como se recoge en el Plan Estratégico de Inclusión social 2018-2021, el dispositivo de incorporación en Atención Primaria presenta algunas cuestiones a resolver:

1. La fragmentación es similar a la que se aprecia en los otros programas, con un número importante de zonas, con una dotación limitada de medios personales y un número apreciable de zonas sin personal dedicado. Además, en este terreno se da la circunstancia de que, en general, el personal de apoyo al empleo social protegido es contratado por períodos limitados de tiempo y de forma discontinua.
2. Uno de los principales cometidos de los EISOL, la función de integrar y liderar la incorporación social en cada área, no se ha llevado a cabo, principalmente porque no se les ha hecho ese encargo. Los EISOL se han configurado como proyectos de inserción laboral adaptados a las características de poblaciones “empleables con fuerte apoyo”, cumpliendo una función muy importante que los servicios de empleo no han realizado directamente. Se trata de una función que también realizan entidades sociales en otro marco, habitualmente con el apoyo de la administración y en ocasiones solapándose.
3. Las acciones especializadas a escala del conjunto de Navarra, de alcance limitado, no están integradas con las del nivel primario cuando esa integración es posible al menos en algunos casos.

4. El Programa de Incorporación Social se ha visto en parte limitado y distorsionado por su relación con la Renta de Inclusión Social. Por una parte, se ha tendido a ver que cualquier situación relacionada con la pobreza económica era responsabilidad del Programa de Incorporación. Por otra, se ha tendido a entender la incorporación social casi como equivalente a la inserción laboral, priorizándose la búsqueda de empleo o el acceso a dispositivos de inserción laboral como los EISOL. Esto ha dejado en segundo plano la incorporación social en sentido propio, la potenciación de vínculos, la participación social y el apoyo para romper el aislamiento social.
5. Existe una falta de diferenciación de las respuestas en función de las características de las poblaciones atendidas. El término *“acompañamiento social”* ha sido utilizado desde los años 90 como un paraguas poco preciso bajo el que se han englobado acciones de muy diverso tipo, desde el seguimiento administrativo de las personas perceptoras de prestaciones hasta intervenciones de incorporación laboral, o formas de apoyo social intensivo. Igualmente se ha utilizado la expresión *“gestor/gestora de caso”* para hacer referencia a la existencia de un figura referente o profesional con el que se procura mantener, no siempre con éxito, una continuidad de contacto. Por otro lado, la regulación de programas como la renta mínima (inicialmente básica, después de inclusión social) ha previsto dicha acción de *“acompañamiento”* por un *“gestor/gestora de caso”* para todas las personas perceptoras de las prestaciones. La actual Renta Garantizada lo prevé de forma obligatoria únicamente tras un año de percepción, o voluntariamente en cualquier momento. No deberá olvidarse que los programas de *“acompañamiento”* de diverso tipo son intensivos en recursos humanos que requieren una inversión económica importante siendo preciso racionalizar su utilización. Mirado desde el lado de su función, no parece eficiente asignar recursos similares para la verificación de datos y el control del fraude, para un trabajo social intensivo con situaciones personales graves o para el reciclaje profesional de una persona en situación de desempleo.

La atención integral a la violencia de género

Todas las áreas tienen también implantado un equipo de atención integral a la violencia de género (EAI), un dispositivo especializado cuya acción tiene elementos comunes con los cuatro programas de Atención Primaria, especialmente el Programa de Incorporación Social y de apoyo a la infancia y familia, si bien en situaciones y circunstancias muy específicas. En todo caso, la primera atención a las situaciones concretas vinculadas con la violencia de género debe garantizarse en el ámbito de la Atención Primaria.

3. Hacia una redefinición estratégica y operativa

El objetivo del plan de desarrollo de la Atención Primaria de Servicios Sociales, de acuerdo con el *Plan estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019–2023*, es articular un sistema integrado de Servicios Sociales que ofrezca una atención de calidad y alto valor añadido y centrada en las personas. El desarrollo y la reorganización de la Atención Primaria no deben entenderse, por tanto, como una transformación interna de un campo «cerrado», sino como parte de una transformación más amplia del conjunto del sistema de Servicios Sociales.

El sistema de Servicios Sociales necesita dotarse de mayor solidez estratégica, estableciendo objetivos coherentes y comunes para su conjunto. La existencia de ámbitos territoriales de escala diferente (barrios, municipios, zonas básicas, áreas, la Comunidad Foral) debe permitir ajustar los diferentes servicios a las exigencias, a veces contradictorias, de proximidad, eficacia, eficiencia, escala óptima y equidad. Los servicios pueden ubicarse en diferentes niveles territoriales, pero deben formar parte de un conjunto integrado, cuyo centro de gravedad debe situarse en el llamado nivel primario (zona básica y área).

Las principales líneas de actuación para favorecer el desarrollo de la Atención Primaria en el horizonte de un sistema integrado son:

- a. Estructurar el modelo de atención, organizando programas centrados en objetivos estratégicos, escalonando modelos y niveles de intensidad de la atención, formalizando procesos y procedimientos, gestionando la información y cooperando con otros sistemas de protección social.
- b. Potenciar los recursos humanos para desarrollar atenciones de alto valor añadido.
- c. Organizar el gobierno y liderazgo del nivel primario, articulado con el conjunto del sistema.

3.1. Estructurar el modelo de atención

Los Servicios Sociales han tenido durante mucho tiempo un modelo de atención poco estructurado. Dicho modelo se ha caracterizado por una indicación muy amplia e imprecisa de las necesidades a las que debe dar respuesta, a menudo entendidas como aquellas que quedan sin cubrir por otros sistemas de protección social. Cada administración gestora de Servicios Sociales debía hacer frente, cada una a su manera, a aquellas demandas que se presentasen.

En la medida en que los Servicios Sociales se alejan de su función residual de asistencia social de último recurso para hacerse cargo de un objeto más preciso y propio⁴, la necesidad de estructurar

4 Véase *Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019–2023*, en especial apartado 2.

su actuación se va haciendo más imperiosa. La regulación general de la atención a la dependencia (LAPAD 2006) y de la protección a la infancia y la adolescencia, son ejemplos de cómo la fijación de ciertos objetivos propios y *obligatorios* lleva acompañada una estructuración mayor (grados de dependencia o de riesgo, distribución de responsabilidades, procedimientos, carteras de prestaciones). La Ley Foral de Servicios Sociales de 2006 inició ese proceso de estructuración al fijar los cuatro programas de Atención Primaria y establecer la cartera de servicios.

El sistema de Servicios Sociales de Navarra debe dar un paso adelante hacia una mayor y mejor estructuración de su modelo de atención. Eso permite una mayor vinculación entre objetivos estratégicos del conjunto del sistema (no solo de uno de sus niveles) y las formas de organizar sus recursos y medios, para asegurar la máxima eficacia y eficiencia y el máximo valor añadido de las intervenciones. Dicha estructuración debe permitir también evaluar con mayor precisión impactos y costes de las actuaciones y optimizar la asignación de los recursos.

A. Organizar programas centrados en objetivos estratégicos

Los ámbitos de actuación de los Servicios Sociales, en el marco de los cuales se deben fijar sus objetivos estratégicos, son fundamentalmente los siguientes:

- a. El acceso de la ciudadanía al ejercicio de sus derechos sociales, en concreto los relacionados con los Servicios Sociales.
- b. La promoción del desarrollo infantil, en especial en sus aspectos de apoyo a las familias en su función de crianza y a la socialización de la infancia y la adolescencia.
- c. La promoción de la autonomía personal y el cuidado de las personas en situación de dependencia, así como el apoyo a las personas que prestan cuidados.
- d. El apoyo a la incorporación y la participación social, en especial cuando estas se ven dificultadas por circunstancias diversas.

La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre de Servicios Sociales, prevé que la acción de los Servicios Sociales de Atención Primaria se articule alrededor de cuatro programas:

- a. Programa de *Acogida y orientación social* (en adelante, "Programa de Acogida").
- b. Programa de *Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (en adelante, "Programa de Autonomía").
- c. Programa de *Incorporación Social en Atención Primaria* (en adelante "Programa de Incorporación").
- d. Programa de *Atención a la Infancia y Familia en Atención Primaria* (en adelante "Programa de Infancia").

Este esquema de cuatro programas se adapta a la estructura de ámbitos. Para algunos de ellos hay un primer diseño de objetivos en los planes existentes, aunque es preciso operativizarlos. En el caso de los programas de infancia, autonomía e incorporación social, los cuales tienen sus correlatos en el nivel especializado o secundario, es necesario precisar el alcance de los objetivos establecidos en los respectivos planes y dar coherencia a las acciones de todos los niveles del sistema. Este documento establece una primera definición de objetivos estratégicos que debe ser desarrollada. El Programa de Acogida se integra en el conjunto del sistema, pero su posición es ligeramente diferente al tratarse sobre todo de un mecanismo de gestión del acceso y de información y orientación social a la ciudadanía.

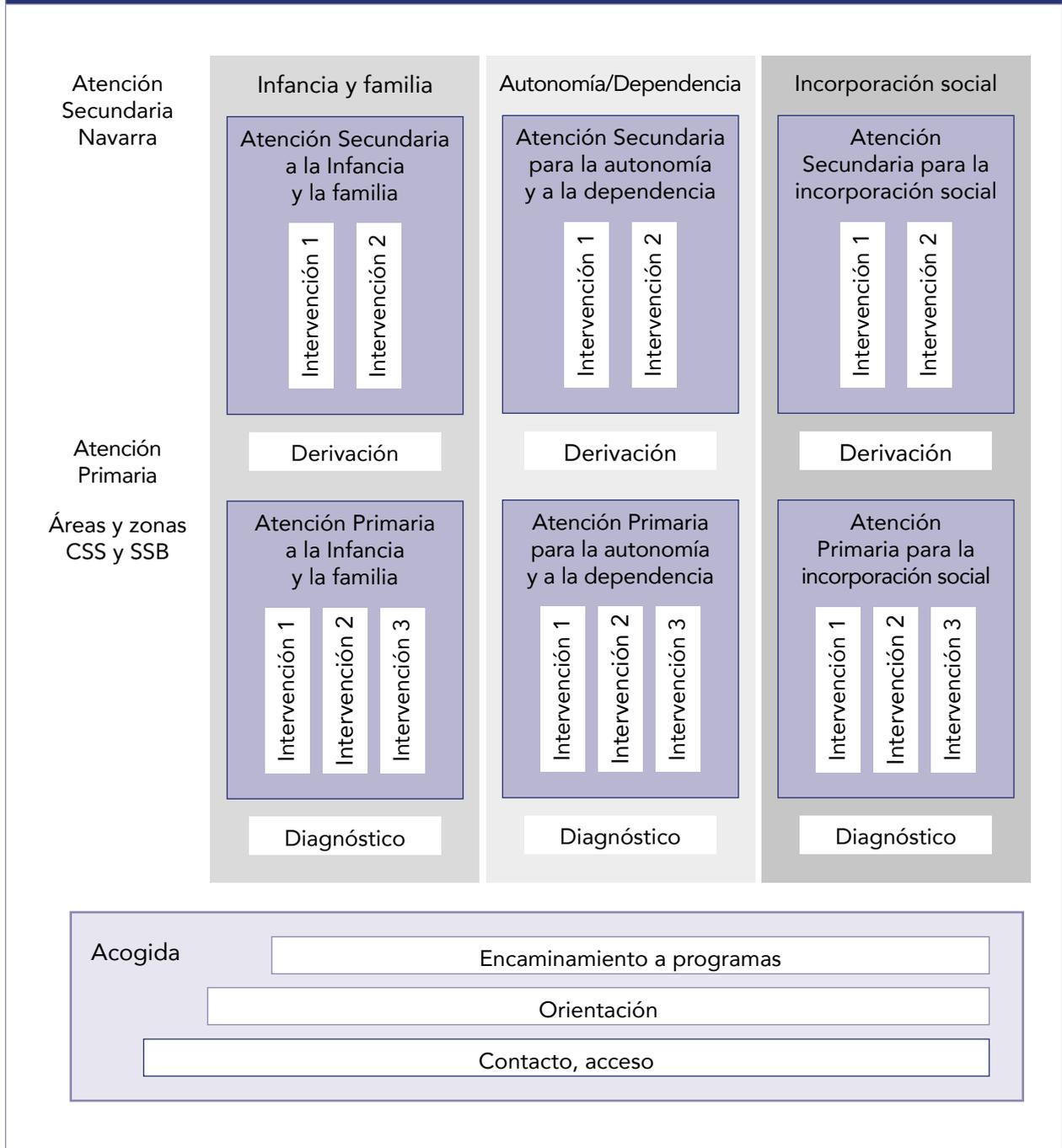
La integración "vertical" entre los dos niveles significa que cada uno de los programas de Atención Primaria comparte con su programa de Atención Secundaria homólogo unos objetivos estratégicos, que lo son del conjunto de los Servicios Sociales de Navarra. Eso significa utilizar un lenguaje común, criterios compartidos acerca de las intervenciones y un diseño claro y compartido sobre el papel que corresponde a cada servicio, equipo o profesional en un proceso de atención, con independencia de su ubicación en la atención «primaria» o «secundaria». Este es un elemento imprescindible en el diseño de cada uno de los programas.

Los programas deben fijar con claridad las responsabilidades de la acción "primaria" y la "secundaria" en la gestión de los procesos de atención, así como la contribución de cada nivel en cada uno de esos procesos. La fijación de los límites debe hacerse teniendo en cuenta criterios como el tipo de atención más adecuada para cada situación, la complejidad de las situaciones, las exigencias de tipo legal, la continuidad de la atención y la escala a la que pueden prestarse diferentes servicios, entre otros.

La asignación de las responsabilidades sobre diferentes situaciones no significa necesariamente que la provisión o compra de los recursos necesarios deba siempre hacerse en ese mismo nivel. Es perfectamente posible desarrollar atenciones y asignar recursos desde un nivel más descentralizado mientras la obtención de dichos recursos se realiza de forma centralizada. Con carácter general, la Atención Primaria debe cubrir todas aquellas situaciones que no supongan la salida de las personas de su domicilio.

Fijar los objetivos estratégicos en cada uno de los grandes campos de acción debe ser objeto de un proceso continuado de planificación, cuyo responsable último es la administración foral, y que debe contar con todos los actores implicados. Este documento fija unos elementos básicos que deberán desarrollarse progresivamente, a los que hay que añadir aquellos que vayan fijándose en los planes «sectoriales», como los planes de infancia y familia, inclusión o dependencia, entre otros.

Ilustración 1. Modelo de Atención Primaria y Secundaria



Acogida y orientación

La principal función del *Programa de Acogida y orientación social* es la de asegurar un acceso fácil de la ciudadanía a los Servicios Sociales. La Ley Foral de Servicios Sociales indica que se trata de un programa «*dirigido a toda la población*» que «*ofrecerá intervención social a las personas que presenten demandas a los Servicios Sociales*». Aunque la ley no lo señale de forma exclusiva, se pueden asociar principalmente a este programa alguna de las funciones que la ley atribuye a los Servicios Sociales de Base. Dos de ellas de forma muy directa:

- Atender a las personas que presenten demandas ante los Servicios Sociales con el fin de ofrecerles una primera respuesta.
- Facilitar a la ciudadanía el acceso a las prestaciones del sistema de Servicios Sociales y al resto de sistemas de protección social.

De forma menos exclusiva, ya que pueden corresponder también a otros programas y pueden requerir de profesionales con formación específica, la Ley Foral de Servicios Sociales establece:

- Valorar y realizar el diagnóstico social y/o socioeducativo de las situaciones de necesidad social a demanda de la persona usuaria, de su entorno familiar o social, o de otros servicios de la red de atención pública de necesidad social.
- Realizar actuaciones de sensibilización social.
- Detectar, analizar y diagnosticar las situaciones de necesidad social en su ámbito territorial.

En la regulación actual y en la práctica de funcionamiento de los servicios pueden identificarse cuatro componentes que tienen contenidos y lógicas de funcionamiento distintas. Son las siguientes:

1. Informar y orientar a la ciudadanía sobre sus derechos sociales y las formas de ejercerlos.
2. Identificar situaciones de necesidad y dar acceso a diferentes programas de los Servicios Sociales, mediante lo que suele denominarse «*cribado*» y encaminamiento.
3. Facilitar a la ciudadanía la realización de los trámites relacionados con el acceso a servicios y prestaciones de los Servicios Sociales (solicitudes, justificaciones de situación, etc.).
4. Evaluar situaciones de necesidad y emitir documentos acreditativos de las mismas cuando se exigen legalmente para el acceso a servicios y prestaciones.

Es importante diferenciar estas funciones y sus mecanismos, para lo que se estudiará la posibilidad de diferenciar subprogramas. Las dos primeras funciones tienen un fuerte componente de intervención profesional. Las dos últimas, con algún matiz en la cuarta, tienen una naturaleza mucho más administrativa.

Por lo que se refiere a las dos últimas funciones de carácter más administrativo, es necesario realizar un esfuerzo de sistematización y simplificación de dichas tareas, procurando liberar tanto como sea posible a los y las profesionales de intervención social de las tareas asociadas. Esos procesos deberán ofrecerse en varias modalidades, incluyendo las gestionadas por la propia persona interesada y de forma telemática siempre que sea posible. También deberá establecerse una conexión entre los puntos de acceso descentralizados (en zonas) y los que puedan establecerse de forma centralizada o parcialmente descentralizada (en las áreas o para toda Navarra).

Una cuestión delicada es la del papel de los Servicios Sociales, y más precisamente del Programa de Acogida, en el acceso a prestaciones de otros sistemas de protección social, sean estas responsabilidad de la administración local, foral o general. La definición legal de las funciones de los Servicios Sociales incluye, al menos, la de informar y orientar al respecto. Sin embargo, esa información y orientación solo puede prestarse con garantías si existen mecanismos efectivos de coordinación informativa entre esos sistemas y el de Servicios Sociales. Hay que estudiar cómo establecer esos mecanismos de coordinación, y en caso contrario, revisar la conveniencia de asignar a los Servicios Sociales esa función.

En cuanto a la función de acceso y cribado, constituye la puerta de entrada tanto a los demás programas de Atención Primaria como, en su caso, a programas de Atención Secundaria. El correcto desarrollo de esta función requiere establecer, de acuerdo con los otros tres programas, los criterios básicos de cribado y unos instrumentos básicos de valoración que permitan una primera estratificación de la demanda. Se trata de elaborar pequeños conjuntos de indicadores, coherentes con las herramientas de valoración más complejas de cada programa, pero más breves y sencillas, que permitan a los y las profesionales de acogida identificar casos que deban o no acceder a un programa, situaciones que deben ser atendidas con urgencia, adelantar procesos de recogida de información o de consulta con otros sistemas.

El sistema de Servicios Sociales debe contar también con atajos o *bypasses* que, en determinadas circunstancias, se salten este proceso y permitan el acceso directo a los demás programas. Por ejemplo, los servicios sanitarios y educativos deben saber que si detectan determinadas circunstancias en un caso pueden recurrir directamente a programas como el de infancia y familia (por ejemplo, cuando hay indicios serios de riesgo) o el de autonomía personal (por ejemplo, en casos de alta hospitalaria de personas dependientes) sin necesidad de pasar por el Programa de Acogida.

Infancia y familia

La Ley Foral de Servicios Sociales establece que el *Programa de Infancia y Familia* tiene como objetivo «asegurar a los y las menores de edad un entorno que permita su desarrollo personal, mediante mecanismos de protección, apoyo personal, familiar y social». Se trata, por tanto, de una definición amplia que va más allá de la simple «protección de menores».

El programa de infancia (que, recordemos, incluye la acción de los SSB y los EAIA) debe asumir la responsabilidad plena del objetivo de promover el desarrollo personal de las personas menores de edad, mediante el apoyo a las familias en el ejercicio de la parentalidad, la promoción de un entorno social favorable y, en su caso, de su protección en situaciones de riesgo, reservándose el nivel secundario únicamente la protección en las situaciones de desamparo.

Las funciones clave del programa son:

1. Promover actividades en la comunidad que favorezcan el desarrollo de los y las menores.
2. Prevenir las dificultades de desarrollo de los y las menores junto con otros servicios, en especial los educativos y de salud articulados en un sistema de trabajo en red.
3. Ofrecer apoyo a las familias para el buen ejercicio de sus responsabilidades, en especial en aquellas situaciones en las que los y las menores tengan dificultades especiales para su desarrollo o los padres y madres tengan limitaciones para desarrollar su papel.
4. Detectar e identificar las situaciones de riesgo para los y las menores desarrollando los planes de apoyo familiar y protección cuando este no lleve asociada la salida del/ la del entorno familiar.
5. Detectar y poner en conocimiento de los servicios correspondientes las situaciones de sospecha de desprotección, sin perjuicio del papel que les corresponda en el apoyo a sus familias.

La Atención Primaria debe responsabilizarse de la atención de todas aquellas situaciones que no supongan la declaración de desamparo y la salida de los y las menores del hogar familiar. Para ello deben ponerse a su alcance (con independencia de la forma de contratación o provisión) todos aquellos recursos que sirvan para atender a las familias y a los y las menores sin que salgan de su entorno habitual. El nivel secundario debe responsabilizarse de los casos en los que se declare el desamparo, sin perjuicio de la posible continuidad de la intervención con la familia por parte de la Atención Primaria en coordinación con el nivel secundario.

Autonomía personal y dependencia

El Decreto Foral 32/2013, de 22 de mayo, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Foral de Servicios Sociales en materia de programas y financiación de los Servicios Sociales de Base, señala como objetivo fundamental del Programa de Autonomía *“la promoción de la autonomía personal, la prevención de situaciones de dependencia y la atención de las necesidades de las personas con dificultades de autovalimiento y personas dependientes o en riesgo de estarlo en su medio de vida habitual, así como posibilitar el acceso a recursos alternativos a la permanencia en el domicilio si fuera necesario”*.

Abarca, por tanto, el conjunto de prestaciones y actuaciones que establece el SAAD para personas que no viven en residencia, aunque en ocasiones se entienda, de forma restrictiva, como limitado al servicio de atención domiciliaria. Además, el programa se ocupa de la promoción de la autonomía, de prevenir y retrasar en lo posible los procesos de pérdida de autonomía personal y el apoyo a las personas cuidadoras.

El objetivo general del programa es asegurar las condiciones de autonomía personal más altas posibles en las actividades básicas de la vida diaria en el domicilio y en el entorno habitual en el que vive la persona. Debe responsabilizarse globalmente de ofrecer cuidados personales al conjunto de las personas con dificultades en su autonomía que residen en su entorno habitual. Quedarían, por tanto, exceptuadas las personas que viven de forma permanente en una residencia.

Por situaciones de dificultad en su autonomía deben entenderse todas aquellas que suponen limitaciones o dependencia para la cobertura de las necesidades básicas de la vida diaria, con independencia de si son susceptibles de reconocimiento legal en el marco de la LAPAD. Las que sean reconocidas legalmente tienen derecho a recibir atención y, por tanto, esta debe garantizarse. Aquellas que no sean reconocibles (por su carácter temporal, por ejemplo) deben ser objeto de atención en la medida en que haya medios disponibles, como corresponde a su naturaleza de atención no garantizada.

El Programa de Autonomía, en el marco del SAAD y complementando su acción, desempeña al menos seis tipos de funciones:

1. Promover la vida independiente y el apoyo comunitario a las personas dependientes.
2. Identificar las situaciones de dependencia y diseñar junto a las personas dependientes y cuidadoras sus planes de atención.
3. Prevenir la pérdida de autonomía personal junto con otros servicios, en especial los de salud.
4. Ofrecer un acceso ágil al SAAD.
5. Prestar apoyo en las actividades básicas de la vida diaria.
6. Ofrecer apoyo a las personas cuidadoras.

La Atención Primaria debe responsabilizarse de la promoción de la autonomía y de la vida independiente, la atención a las personas dependientes y el apoyo a las personas cuidadoras en todos los casos en los que las personas permanezcan en su entorno habitual. Para ello, se pondrán a su alcance todos los recursos destinados a la atención no residencial, con independencia del modo de provisión o contratación.

El Programa de Autonomía inicia una renovación de su modelo de atención a la dependencia en la comunidad. El programa debe ofrecer a las personas dependientes no solo un elenco de servicios y prestaciones a elegir, sino varios paquetes de prestaciones que incluyan combinaciones de los diversos servicios disponibles. Debe ofrecerse una mayor integración de la atención en el domicilio (directa y mediante prestación vinculada) con la teleasistencia, los servicios de apoyo a las personas cuidadoras y los servicios de respiro.

Incorporación social

La Ley Foral de Servicios Sociales establece que el *Programa de Incorporación Social en Atención Primaria* tiene como finalidad «favorecer la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social en cualquiera de sus ámbitos». Por su parte, la Ley Foral por la que se regulan los derechos a la inclusión y a la Renta Garantizada establece la responsabilidad de las administraciones públicas de garantizar que las personas «sean apoyadas en su proceso de inclusión social según un itinerario personalizado diseñado de forma que puedan movilizar sus recursos, capacidades y potencialidades y utilicen los recursos de su entorno». Dicha responsabilidad corresponde a los Servicios Sociales y a los de empleo, y en el caso de los Servicios Sociales el peso de la tarea corresponde al Programa de Incorporación Social de Atención Primaria.

El Programa de Incorporación debe responsabilizarse del derecho a la inclusión social en la práctica totalidad de las situaciones. Pueden existir algunas situaciones muy específicas que requieran de un apoyo especializado, pero incluso algunas de las que hoy lo tienen podrían ser atendidas desde el nivel primario con los medios adecuados.

El apoyo para la incorporación social resulta necesario en una diversidad de situaciones en las que las personas se encuentran con dificultades especiales para hacer o rehacer su vida. Dichas dificultades pueden tener orígenes y características muy diversas, desde ser objeto de discriminación hasta tener una discapacidad o padecer un trastorno mental, pasando por los efectos de rupturas vitales (familiares, laborales, residenciales). El programa debe poner el foco en el proceso de desarrollo personal de las personas, proceso que incluye su acceso a derechos sociales y su participación en vínculos sociales.

Las líneas de desarrollo del programa son las siguientes:

1. El Programa de Incorporación se define como un dispositivo que ofrece apoyos para el desarrollo personal, la reconducción de itinerarios vitales truncados y la participación social de personas que, por razones muy diversas, se encuentran con dificultades especiales para hacer o rehacer

sus vidas. En este sentido, el abanico de situaciones que debería abarcar va desde las personas en diversas situaciones de exclusión, pasando por personas con trastorno mental o con discapacidad o personas que han pasado por la prisión. El programa atiende las diversas situaciones en las que una persona puede necesitar apoyos de este tipo. Como es lógico, la atención de algunas de estas situaciones puede requerir de personal y actividades diferenciadas. La coordinación entre el sistema de Servicios Sociales y el Sistema de Salud es de vital importancia también en el trabajo con este sector de población.

2. Muchas de las situaciones objeto del programa pueden ir acompañadas de necesidades de inserción laboral (aunque no siempre). En esos casos, la colaboración con los servicios de empleo, tanto los generales como los especialmente dedicados a personas con dificultades, es imprescindible. La experiencia del proyecto "Refuerzo del Derecho a la inclusión social a través de la Integración de Servicios", ha permitido desarrollar un primer conjunto de herramientas de valoración y un primer modelo de atención integrada.
3. La articulación de la incorporación social con la inserción laboral se diferenciará en función de la dificultad de las situaciones. Como niveles básicos, las personas con capacidad para gestionar por sí mismas sin especiales dificultades el acceso a los servicios de empleo o que participen normalmente en el empleo serán atendidos por el Programa de Incorporación Social solo cuando presenten problemas en su ámbito propio. Las personas que requieran de una atención social y laboral simultánea serán atendidas mediante un modelo de cooperación basado en la experiencia del proyecto ERSISI, mientras que para casos de alta dificultad se utilizarán recursos adaptados de inserción laboral. El empleo social protegido y otros dispositivos de inserción laboral adaptada colaborarán con los servicios de empleo para optimizar sus resultados.
4. Los recursos humanos del programa deben consolidarse, incorporando con carácter estable el personal de apoyo al empleo social protegido, tal como está previsto en nuevo decreto foral de financiación, actualmente en proceso de tramitación.

Atención integral a la violencia de género

La Atención Primaria de Servicios Sociales desarrolla además actuaciones de atención integral a las víctimas de violencia de género. Existen para ello equipos específicos en este ámbito en los centros de Servicios Sociales. El encaje de estas actuaciones se revisará para dar coherencia al sistema. Las actuaciones que se realizan tienen elementos de confluencia con los objetivos del Programa de Incorporación Social y del de infancia y familia, en la medida en que ofrecen itinerarios personalizados para ayudar a personas a reconstruir su incorporación y participación sociales tras una situación especialmente traumática en su vida.

Líneas de actuación

- A1. Definir los objetivos y líneas de actuación de cada programa en Atención Primaria, de acuerdo con la planificación general y estableciendo una delimitación clara de las responsabilidades. Para cada programa se realizará un trabajo de definición y desarrollo con participación de todos los niveles implicados. Como criterio general, se tenderá a que la atención a personas que se mantienen en su entorno habitual de vida se realice en el marco de la Atención Primaria.
- A2. En el caso del Programa de Acogida y orientación social se deslindarán las funciones de información, orientación social, y cribado y encaminamiento de demandas, por un lado, de los trámites administrativos de acceso a prestaciones y de justificación de situaciones previstas por normativa.
- A3. En el caso del Programa de Infancia y Familia, se incorporarán las acciones previstas en el *II Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y la adolescencia en la Comunidad Foral 2018–2023*, y se revisará la vinculación de los diferentes recursos y prestaciones, con el fin de que la Atención Primaria pueda responsabilizarse de la atención de todas las situaciones que no supongan la declaración de desamparo.
- A4. En el caso del Programa de Incorporación Social, se revisará el papel de los diferentes recursos (EISOL, empleo social, etc.) en la línea de los resultados del proyecto “Refuerzo del Derecho a la inclusión social a través de la Integración de Servicios”, de forma que se asegure un acompañamiento y un apoyo a la incorporación social diferenciado por grados de necesidad, una atención coordinada y, cuando proceda, integrada con los servicios de empleo.
- A5. En el caso del programa de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, se revisará el modelo de atención domiciliaria y de prestaciones «domiciliarias» del SAAD (Prestación de cuidados en el entorno familiar (PCEF), teleasistencia, prestaciones vinculadas, etc.) para configurar un modelo flexible y eficaz, centrado en la persona.
- A6. Revisar el encaje de las actuaciones en materia de violencia de género en Atención Primaria, con el fin de mejorar la coherencia y la coordinación de las actuaciones, sin perjuicio de mantener profesionales o equipos dedicados específicamente a estas situaciones.

B. Escalonar niveles de intensidad y modelos de atención

Los Servicios Sociales actúan siguiendo un modelo que se caracteriza por la respuesta a la demanda. Se trata de servicios que, de forma análoga a los de salud, esperan a que una persona acuda con una demanda que activa una respuesta. El proceso de respuesta incluye una calificación de la demanda (un *diagnóstico* o valoración) y un *tratamiento* que, si funciona de forma adecuada, debería resolver la situación (satisfacer la demanda o *curar*).

La transformación de la estructura de edad de las poblaciones, de jóvenes a progresivamente envejecidas, ha puesto en cuestión este modelo en el campo de la salud. Mientras que las

poblaciones jóvenes suelen caracterizarse por el predominio de problemas agudos de salud (infecciones y accidentes, sobre todo), las poblaciones envejecidas suelen presentar un predominio de problemas crónicos.

El modelo de respuesta a la demanda es bastante eficaz y eficiente para los problemas agudos, pero no lo es en absoluto para los problemas crónicos. Los problemas crónicos no se detectan bien y a tiempo mediante la simple recepción de demandas, y la respuesta a los mismos no puede ser un tratamiento orientado a la *curación*, sino más bien un acompañamiento de la persona que reduzca los efectos negativos, retrase los inevitables y permita una mejor vida de la persona con esa condición que, probablemente, la acompañará para siempre o al menos a largo plazo.

Los Servicios Sociales comparten este problema con los de salud. Muchos de los problemas cuya atención se encomienda a los Servicios Sociales son crónicos. La necesidad de cuidados personales a largo plazo, ligada a la edad o a la discapacidad, lo es. Muchas de las situaciones de dificultad en la crianza de hijos e hijas, o de las dificultades para participar socialmente de forma plena también lo son. Sin duda también hay situaciones agudas y resolubles en un plazo breve, pero las crónicas predominan.

Uno de los riesgos de un modelo de respuesta a la demanda es el de funcionar a *remolque* de esta, con graves dificultades para organizarse, prever los recursos necesarios, evaluar su efectividad y su eficiencia, buscar respuestas alternativas y priorizar acciones. Esto es especialmente grave en un campo en el que la identificación de problemas-tipo y el establecimiento de respuestas en parte predefinidas aún están poco desarrollados. El sistema de salud ha construido catálogos de diagnósticos y protocolos de tratamiento, siempre abiertos a revisión y redefinición, que permiten estructurar la demanda, aun cuando se espera a que aparezca para responder. Los Servicios Sociales no disponen de un aparato semejante. Buena parte de la acción de los Servicios Sociales se organiza en función de la *prestación* que solicita la persona demandante más que de los problemas que presenta y la respuesta (el «paquete» de prestaciones) más adecuada. En consecuencia, se dedican más recursos allí donde más demanda hay, no donde esos recursos resuelven más problemas.

Niveles de intensidad de las dificultades

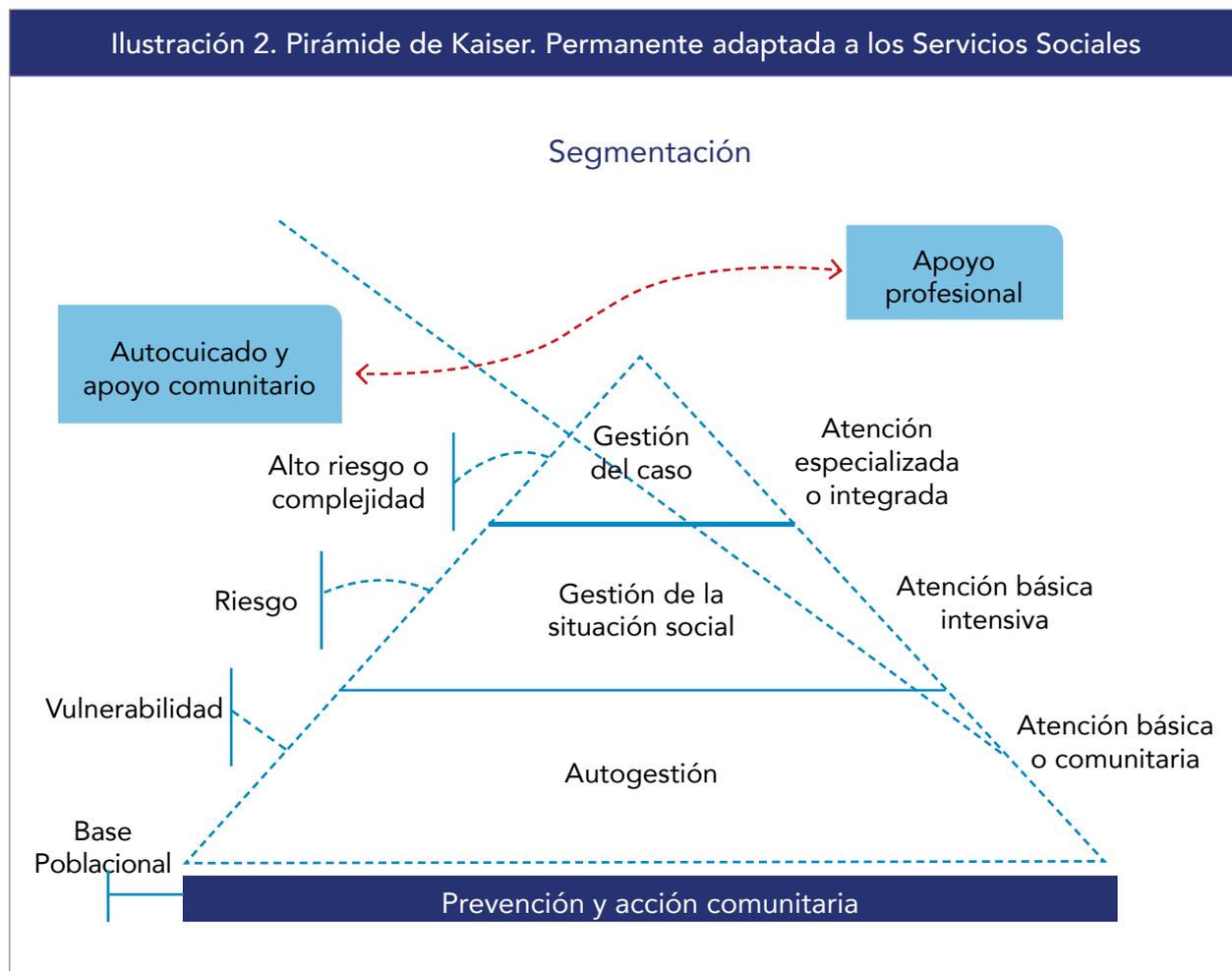
El desarrollo de la respuesta a la cronicidad en salud está dando lugar a diversos modelos de atención y organización de los servicios (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012; Departamento de Salud y Consumo, 2010; Departamento de Salud, 2013). Un elemento común a estos modelos es el uso de un modelo de estratificación de riesgos/problemas de la población y la diferenciación de las respuestas. El ejemplo más conocido es el de las pirámides de riesgo, también conocidas como pirámides de Kaiser Permanente. Dicha pirámide permite diferenciar, para cada tipo de problema o condición crónica de salud entre cuatro grandes niveles:

- a. Aquella población que no tiene problemas, con la cual se debe hacer prevención primaria, orientada a evitar la aparición de estos, si es posible.

- b. La mayor parte de la población que padece el problema en una situación de riesgo leve o moderado, para la cual el modelo de atención preferente es el apoyo a la autogestión de la condición.
- c. Un sector de población en situación de alto riesgo, al que se presta una «*gestión de la enfermedad*», es decir, un proceso estructurado y protocolizado de atención.
- d. Un pequeño sector de alto riesgo y complejidad, que requiere de la intervención de diferentes especialidades, para la que se organizan modelos de atención integrada (integración de varias especialidades), el más común de los cuales es la gestión de casos.

En la adaptación de la pirámide de KAISER al sistema de Servicios Sociales, Miguel Ángel Manzano propone una segmentación de las potenciales personas usuarias del sistema. En función del grado de severidad asignado que viene conformado por el nivel intensidad de la situación necesidad, la capacidad de autogestión de la persona atendida o su entorno inmediato y la existencia o no de complejidad, se pueden diferenciar cuatro tipos de situaciones:

- Base poblacional cuyo enfoque es la prevención y la acción comunitaria.
- Poblaciones que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y con limitada capacidad de autogestión a las que correspondería una atención básica o comunitaria y cuyo eje principal sería el acceso autónomo a los servicios.
- Poblaciones en riesgo las cuales requieren de una atención básica intensiva y una gestión de la situación social.
- Poblaciones de alto riesgo, alta complejidad y baja capacidad de autogestión que requieren una atención especializada o integrada y cuya metodología de intervención sería la gestión del caso.



Diseño de la Pirámide de Kaiser adaptada por Manzano, M.A. (6 de Junio del 2018). Kaiser o l'ombra fosca dels serveis socials <<http://lleingel.cat>>.

Para ello, Los Servicios Sociales deben iniciar la construcción de un modelo de estratificación propio para cada uno de los diferentes problemas a los que hace frente. Un esquema mínimo debe establecer un modelo en los campos de la autonomía personal/dependencia, el desarrollo infantil/parentalidad y la incorporación social. El desarrollo de un modelo de atención basado en la diferenciación de las actuaciones necesita de un sistema de:

- Identificación de las diferentes situaciones, basado en un codiagnóstico y unos criterios de diferenciación.
- Una serie de modalidades de atención diferentes, formalizados pero adaptables a las particularidades de cada situación.
- Un mecanismo de cribado que permita encaminar a las personas al programa, modalidad de atención y equipo/servicio apropiado.
- Un sistema de registro que permita identificar y trazar las atenciones ofrecidas y los perfiles de las personas atendidas a lo largo del tiempo.

Desarrollar un sistema de codiagnóstico

Un elemento básico de este sistema de estratificación que se propone, es el diagnóstico de las situaciones y procesos de las personas que necesitan atención. Ese diagnóstico debe incorporar al menos tres tipos de insumos:

- a. Los resultados de aplicar instrumentos de valoración de las dificultades y capacidades de las personas, adecuadamente diseñados y validados.
- b. El criterio profesional, fundado en los resultados de los instrumentos de valoración pero que no se reduce a estos. El criterio profesional debe inscribirse en el acervo de saberes y buenas prácticas e incorporar las peculiaridades de cada situación.
- c. Las preferencias de las personas atendidas y, en su caso, de las personas cuidadoras y del entorno inmediato.

La integración de estos tres elementos debe dar lugar a una decisión sobre cómo identificar cada situación en cada momento del proceso vital de la persona, decisión a la que se puede llamar *codiagnóstico*, en la medida que integra el diagnóstico profesional con la autoconciencia que la propia persona tiene de su situación.

Sucesivos momentos de la atención pueden requerir de nuevos codiagnósticos de los que se pueden derivar cambios en las modalidades de atención y la continuidad o el cierre de la atención. La sucesión de codiagnósticos constituye además una herramienta importante para evaluar la efectividad de las intervenciones.

En la actualidad existe un repertorio aún incompleto de instrumentos de valoración. Se dispone de una nueva herramienta de valoración del riesgo de desprotección infantil. Sin embargo, no se dispone aún de herramientas complementarias para valorar situaciones de dificultad del desarrollo infantil o de la función parental no ligadas a la desprotección. En el campo de la autonomía personal existe el baremo de la dependencia, centrada en la valoración de la autonomía funcional (o su ausencia), pero aún es incipiente el desarrollo de instrumentos para medir la capacidad de cuidados de la persona y su entorno. En el campo de la incorporación social se dispone de una nueva herramienta (estructurada en el SIDIS), aprobada mediante OF 20/2019 de 25 de enero del Consejero de Derechos Sociales (BON N°54), la cual incorpora un instrumento de valoración de la exclusión social y otras herramientas.

Este repertorio de herramientas debe completarse e integrarse en un sistema único de registro y desarrollarse y mejorarse con la experiencia de su aplicación. Igualmente necesita de la unificación de los criterios de uso por parte de los diferentes equipos y profesionales, de forma que los codiagnósticos realizados en un determinado servicio sean de aplicación en el conjunto del sistema.

Atención autogestionada y atención gestionada

Las personas atendidas por los Servicios Sociales, como se indica en la pirámide de segmentación, pueden presentar diferentes niveles de intensidad de necesidades, que dan lugar a diferentes modos de intervención y diversos paquetes de prestaciones. Las personas atendidas presentan también capacidades muy diferentes para gestionar la atención que necesitan, capacidad de gestión que no tiene relación directa con la intensidad de los problemas o necesidades. Hay personas, por ejemplo, con una autonomía funcional muy limitada y con grandes necesidades de cuidado personal, pero que al mismo tiempo tengan una gran capacidad para gestionar la atención si se ponen a su disposición los recursos necesarios. Hay familias con dificultades para la crianza de sus hijos e hijas (derivadas, por ejemplo, de una discapacidad) que necesitan apoyos, pero pueden organizarlos y gestionarlos una vez que tienen información y acceso a los recursos necesarios.

Los Servicios Sociales deben diferenciar modelos de *atención gestionada*, en la que un/una o varias profesionales se responsabilizan de gestionar la atención, de un modelo de *atención autogestionada*, en el que el peso fundamental de esa gestión recae en la propia persona.

En la atención autogestionada, el papel del/la profesional referente o de contacto puede ser bastante limitado una vez que se establece la capacidad de gestión de la persona o familia. Este modelo debe incluir un seguimiento muy ligero, que en muchos casos puede vehicularse mediante actividades grupales. La atención autogestionada puede fundarse en un uso amplio de prestaciones vinculadas que permitan a la persona adquirir los recursos de atención que necesite, permitiendo mayor flexibilidad y adecuación a sus necesidades.

Atención autogestionada no quiere decir solo autocuidado o autoatención. Un ejemplo del espacio que puede ocupar la atención autogestionada es el que hoy cubren las prestaciones para cuidados en el entorno familiar. De hecho, esta prestación encubre dos realidades diferentes. Por un lado, personas que solo reciben cuidados no profesionales de familiares que perciben una compensación económica. Por otro, casi la mitad de las personas receptoras de la Prestación de Cuidados en el Entorno Familiar (PCEF) afirman contratar a una persona para prestar cuidados profesionales. Utilizando una prestación de finalidad diferente, lo que están haciendo es gestionar ellas mismas el uso de servicios de cuidado profesional. La ayuda económica para la contratación de servicios de cuidado personal creada en 2018 (una prestación vinculada) puede ser una herramienta para articular un nivel "autogestionado" de atención domiciliaria, que permita a la persona ajustar a sus necesidades y preferencias los cuidados, en el número importante de casos en que la persona o su entorno tienen capacidad para organizar y gestionar los cuidados.

La atención gestionada responde al esquema más tradicional de un acompañamiento continuado en el cual los y las profesionales tienen un papel clave en la asignación y gestión del acceso a los recursos y prestaciones. La atención gestionada debería reservarse para los casos de mayor dificultad para gestionar la atención por parte de la propia persona o su familia, bien sea por la mayor intensidad o complejidad de las necesidades, bien sea por limitaciones en la capacidad de gestión. La gestión de casos, la gestión intensiva de casos y otros modelos similares son

ejemplos de atención gestionada cuya extensión a todas las personas atendidas por los Servicios Sociales no tiene sentido.

Atención coordinada y atención integrada

Junto con la mayor o menor intensidad de las dificultades o, si se prefiere, del balance entre capacidades y dificultades, y la mayor o menor capacidad de gestión de la atención necesaria, un tercer elemento clave a la hora de decidir la respuesta idónea para un caso es el del grado de complejidad. La complejidad consiste en la presencia simultánea de problemas o dificultades en varios campos que requieren de la respuesta de servicios o profesionales diferentes.

La complejidad puede consistir en la presencia de diversas necesidades en el campo de actuación de un solo sistema. Por ejemplo, un caso complejo puede ser una persona que tenga procesos que afecten a su salud en diversos campos de especialidad médica. En el campo de los Servicios Sociales una persona o familia puede presentar simultáneamente dificultades para participar socialmente, para criar a sus hijos e hijas y para cuidar de un familiar dependiente. Pero la complejidad puede componerse de problemas que requieren la respuesta de sistemas diversos. La persona con problemas de salud que además tiene limitada su autonomía funcional y requiere cuidados; la familia con dificultades para criar a sus hijos e hijas y que además necesita encontrar un empleo o hacer frente a una situación económica muy precaria; son ejemplos de complejidad que atraviesan los límites entre sistemas de protección social.

Los grados de complejidad pueden ser también muy diversos. De hecho, la mayoría de las personas tenemos necesidades simultáneas (de mayor o menor intensidad) que resolvemos por separado utilizando servicios a los que tenemos acceso. En el otro extremo hay situaciones en las que los diferentes problemas se acumulan y se refuerzan, y es necesaria no solo una acción simultánea sino coordinada o integrada. En las situaciones de media y alta complejidad los modelos de atención coordinada o integrada han mostrado su efectividad.

En síntesis, el proceso de estructurar el modelo de atención supone abordar una diferenciación de la demanda y de las situaciones a atender, por un lado, y de los modelos de respuesta, por otro. Ambas diferenciaciones son complejas, en el sentido de que incluyen varias dimensiones. Además, tienen que ser coherentes entre sí. Algunos elementos clave de este proceso son los siguientes:

- a. El tipo y el grado de necesidad deben dar lugar a intervenciones diferenciadas por la intensidad de la atención, el volumen y el tipo de recursos a movilizar.
- b. La capacidad de gestión debe permitir diferenciar modelos de atención autogestionada por las personas atendidas de modelos de atención gestionada por los profesionales.
- c. El grado y tipo de complejidad deben permitir diferenciar formas de atención separada (asegurando sistemas de información compartida que permitan

saber de las otras intervenciones), de atención coordinada (realizada por separado, pero de común acuerdo) e integrada (realizada conjuntamente en equipos integrados).

Ilustración 3. Tipos de atención según intensidad, capacidad de gestión y complejidad			
Intensidad de necesidades/problemas	Baja		Alta
Tipo de Atención...	...de baja intensidad		...intensiva
Capacidad de gestión	Alta		Baja
Tipo de Atención...	...autogestionada		...gestionada
Complejidad	Nula	Baja-media	Alta
Tipo de Atención...	...«comunicada»	...coordinada	...integrada

Atención individual, grupal y comunitaria

La Atención Primaria de Servicios Sociales se asocia con la idea de "atención comunitaria". La Atención Primaria es "comunitaria" en varios sentidos. En primer lugar, es atención "en la comunidad", en los espacios habituales de vida y relación de las personas. En segundo lugar, es una atención que aspira a contar con la comunidad, con los recursos formales e informales, con las redes de parientes, amigos y vecinos, para proveer los servicios que necesitan las personas.

En ocasiones se ha entendido que los cuatro programas (acogida, autonomía, infancia e incorporación) son fundamentalmente programas de atención individualizada "en la comunidad" y que la intervención comunitaria no tendría espacio reconocido en ese diseño. A veces se ha apuntado la necesidad de crear un programa específico de tipo comunitario al lado de los cuatro existentes.

Este planteamiento no es, sin embargo, el formulado en el Documento base de 2001. En la formulación técnica inicial de los programas recogida en aquel documento se señala con claridad que los cuatro programas incluyen acciones orientadas hacia individuos y familias y acciones orientadas hacia la comunidad. La idea subyacente es que la acción comunitaria que corresponde a los Servicios Sociales es una forma más de promover y lograr los objetivos que la sociedad ha encargado a los Servicios Sociales. Esta visión permite pensar conjuntamente acciones de atención individualizada y grupal y de organización y acción comunitaria en paralelo y articuladas alrededor de los objetivos estratégicos. Esta acción comunitaria no debe confundirse con planteamientos más generales de desarrollo local y comunitario, orientados al conjunto de cada territorio, a la cual los Servicios Sociales pueden contribuir como otros sistemas de servicios (salud, educación, empleo, etc.).

El desarrollo del modelo de atención de la Atención Primaria debe corregir ciertas inercias que lo limitan a la atención individual y de despacho para construir un abanico de diferentes formas de respuesta a las necesidades de la población en materia de Servicios Sociales. Ese abanico debe incluir la atención individual (sea en el despacho, en el domicilio, en medio abierto o en espacios virtuales), la atención grupal y diversas formas de intervención comunitaria. Muchas "prestaciones" y servicios pueden proveerse de más de una de esas formas. Se puede informar a la ciudadanía de sus derechos en una entrevista individual, en sesiones informativas grupales o mediante redes de contacto y difusión de la información en la comunidad. El apoyo a las personas cuidadoras se puede hacer en grupos de autoapoyo o de formación, mediante asesoramiento individual (en el despacho o en el domicilio) u organizando el "día de la persona cuidadora" en las fiestas de la localidad. La acción de los programas debe combinarlas y utilizarlas en función de cuál es más útil, eficaz y eficiente para cada tipo de situación y contexto.

Líneas de actuación

- B1. Desarrollar herramientas de valoración compartidas para el conjunto del sistema de Servicios Sociales. Ello implica continuar con el desarrollo y mejora de las existentes (SIDIS, valoración de la desprotección infantil) e identificar las carencias para completar una *caja de herramientas* tan completa como sea posible.
- B2. Implementar un sistema de registro de los codiagnósticos en los diferentes programas que permita el seguimiento y evaluación de las intervenciones y una asignación de las personas atendidas a modalidades de atención.
- B3. Desarrollar una versión simplificada de los instrumentos de valoración que sirva de guía para el cribado de las demandas en el Programa de Acogida (u otros puntos de acceso) y el encaminamiento hacia los programas o servicios adecuados.
- B4. Establecer una escala de modalidades de atención a partir de la diferenciación de niveles de intensidad de los problemas, de la capacidad de gestión de la atención por las personas atendidas y sus entornos y de la existencia de factores de complejidad, entendidos como la presencia de problemas que requieren de la intervención de varios servicios o especialidades. Cada modalidad de atención deberá contar con un «paquete» o conjunto de prestaciones adecuadas a cada situación prevista.
- B5. Diferenciar con carácter general en todos los programas situaciones que permiten una atención autogestionada por la persona atendida o su entorno inmediato de aquellas que requieren de una gestión profesional de la atención. La atención autogestionada, que se basará en el acceso autónomo a los servicios y prestaciones pertinentes, deberá contar con mecanismos de apoyo y seguimiento de baja intensidad.
- B6. Diferenciar las situaciones que requieren una gestión profesional en función de la intensidad, el tipo de dificultades y la presencia de riesgos para las personas. En los casos en los que se identifiquen riesgos para las personas, se asegurará que la atención no recaiga en una sola figura profesional.

- B7. Diferenciar situaciones en las que haya necesidades complejas, entendiendo por tales las que conlleven la intervención de diversos programas de Servicios Sociales, o de programas de Servicios Sociales junto con los de empleo, salud, educación u otros. Las situaciones de complejidad se deberán diferenciar entre aquellas en las que las diversas atenciones necesarias pueden ser simplemente coordinadas de aquellas que requieran de modelos de atención integrada.
- B8. Incorporar al conjunto de la red los aprendizajes de las experiencias de atención integrada o coordinada con salud (experiencia atención integrada social y sanitaria en el distrito de Tafalla) y empleo "Refuerzo del Derecho a la inclusión social a través de la Integración de Servicios-ERSISI.
- B9. Identificar y concretar acciones comunitarias básicas a implementar, acordes al contenido de cada uno de los programas.

C. Formalizar procesos y procedimientos y gestionar la información

Los Servicios Sociales desarrollan numerosos procesos de atención. Unos son relativamente simples y breves y dan acceso a una atención puntual o a una prestación. Otros son más largos y complejos y permiten desarrollar *tratamientos* de situaciones que duran meses o años. La propia percepción espontánea de la actuación de los servicios identifica una multitud de procesos.

Sin embargo, salvo algunas excepciones muy limitadas, el sistema de Servicios Sociales de Navarra no cuenta con un diseño global de gestión por procesos. Se han fijado algunos procedimientos administrativos, hay algunos intentos de formalizar procesos en algún programa en alguna zona básica, pero un mapa general de procesos y un diseño básico de cada uno de ellos es una tarea pendiente.

El sistema de Servicios Sociales puede mejorar sustancialmente su gestión con la introducción de la gestión por procesos. En su elaboración es importante diseñar el mapa del conjunto del sistema y concebir los procesos ligados a los itinerarios de las personas atendidas, más que a elementos parciales como determinadas prestaciones o servicios. La apuesta por un modelo de atención centrado en la persona (y no en las prestaciones) y por un modelo integrado de Servicios Sociales es clave y debe establecerse de forma clara en el mapa de procesos y procedimientos.

Un mapa de procesos es un sistema vivo. Algunos elementos básicos deben fijarse para tener duración y asegurar la estabilidad del sistema, pero muchos aspectos concretos deberán ajustarse en un proceso de mejora continua. Esto es especialmente importante en una época en la que la aparición de nuevas tecnologías permite rediseñar procesos con cierta rapidez y abrir canales diversos para la relación con las personas atendidas. No se trata, por tanto, de un diseño que se realiza una vez y queda para siempre, sino de una función más o menos permanente del sistema.

Además de permitir una mejor gestión, un mapa de procesos es una condición inexcusable para el establecimiento de un sistema de información integrado y eficaz. En la actualidad existen diversos fragmentos de sistemas de información. Por un lado, el SIUSS es utilizado, aunque de forma desigual, por la red de Servicios Sociales de Base. Por otro, el SIPSS es una herramienta de gestión de las prestaciones de la administración foral. Además, se han iniciado experiencias de tipo parcial ligadas a proyectos o programas concretos.

Un sistema de información debe responder a varias demandas y exigencias:

- a. Debe de ser útil a los y las profesionales de atención directa, tanto para acceder de forma ágil y con sentido a la información que necesitan durante una intervención como para servir de registro de su actividad. Una pantalla o muy pocas deben permitir a los y las profesionales tener a la vista la información que necesitan cuando tienen delante a una persona usuaria.
- b. Debe de ser útil para la planificación y programación de actividades, tanto por parte de los y las profesionales de atención directa como para las personas responsables de la gestión operativa. Debe permitir el acceso ágil a datos agregados sobre personas con intervenciones abiertas en cada momento diferenciando niveles de intensidad, o permitir localizar con rapidez personas atendidas que reúnan ciertas características para ofrecerles servicios.
- c. Debe de ser útil para la planificación estratégica y general, permitiendo análisis de datos sobre población atendida por programas, niveles de intervención y otras variables, evitando las explotaciones manuales de memorias que se realizan aún.
- d. Debe de ser útil para la gestión, permitiendo identificar con facilidad los procesos y procedimientos en curso, y gestionar las prestaciones correspondientes, como hoy hace el SIPS.

El sistema de información, que debe de ser único e integrado para el conjunto del sistema de Servicios Sociales, requiere como punto de partida fijar algunos elementos básicos. Los principales son:

- a. Una definición *sólida* de la persona atendida por el sistema. En la actualidad la forma en que se identifican las personas, por ejemplo, en el SIUSS y el SIPSS no son plenamente coincidentes. Ello requiere fijar los elementos de identificación, como nombres y apellidos, números de DNI/NIE, de tarjeta sanitaria u otros; los elementos descriptivos, como fecha de nacimiento, sexo y otras características relevantes; y algunos elementos de vínculo entre las personas (relaciones familiares, convivencia) que tienden a ser ignorados por otros sistemas. Este diseño es clave para asegurar la interoperabilidad con otros sistemas, en especial los de salud y empleo. Además, debe mantenerse un registro *histórico* para aquellas variables que puedan cambiar con el tiempo.

- b. La implementación en el sistema de información de los procesos y procedimientos del mapa general previsto. Una de las limitaciones del SIUSS es la insuficiente adaptación a los procesos de atención reales, consecuencia de la falta de formalización de estos.
- c. El establecimiento de léxicos sobre situaciones a abordar y respuestas compartido por todo el sistema de Servicios Sociales y basado en la experiencia y el conocimiento disponibles.
- d. La implementación en el sistema de las herramientas de valoración que se utilicen y que permitan una estratificación de las poblaciones atendidas.

Líneas de actuación

- C1. Diseñar un mapa de procesos y procedimientos del sistema de Servicios Sociales de Navarra.
- C2. Desarrollar un sistema integrado de información del sistema de Servicios Sociales de Navarra que permita contar con una historia social única, accesible desde el conjunto del sistema, y que integre la información hoy recogida en diversos sistemas.
- C3. Establecer, a corto plazo, un conjunto homogéneo de datos básicos de las personas que sirva de fundamento para el registro de personas atendidas del sistema de información. Este conjunto debe incluir los datos que permitan, además del funcionamiento del propio sistema, su interoperabilidad con los de salud y empleo, como mínimo.
- C4. Desarrollar un léxico de situaciones a tratar coherente con las herramientas de valoración previstas en el apartado anterior y basado en la experiencia compartida con los Servicios Sociales de otras comunidades y en el conocimiento disponible.
- C5. Implementar en el sistema de información los procesos y procedimientos del mapa general (C1).

3.2. Potenciar los recursos humanos

Los recursos humanos son uno de los principales activos de los Servicios Sociales. Alrededor de un millar de personas trabajan en los Servicios Sociales de nivel primario tanto en los SSB/UB como en los Centros de Servicios Sociales (886 equivalentes a tiempo completo). Su nivel de cualificación es bastante elevado, e incluye alrededor de una veintena de puestos de nivel A, los 225 de trabajo social y una parte de las/los 126 profesionales de la educación social en el nivel B. La gran mayoría de están empleadas directamente por la administración pública.

La información disponible sobre los recursos humanos de la red es, sin embargo, limitada. No está disponible información sistemática sobre la distribución por edad, por experiencia o niveles

adicionales de formación, o sobre la estabilidad laboral o los niveles de rotación o absentismo. La diversidad de organismos contratantes y la ausencia de sistemas centrales de registro hacen difícil conocer estos extremos.

La red primaria de Servicios Sociales, que ha alcanzado un volumen importante de recursos humanos, debe abordar una estrategia a largo plazo de potenciación y desarrollo de sus recursos humanos. Una primera cuestión por abordar es la recogida sistemática de información sobre el personal de los servicios mediante la colaboración entre el conjunto de organismos empleadores de la red. Esa información debe permitir abordar problemas como el relevo generacional, el síndrome burnout, el absentismo, la rotación y precariedad que pueden estar dándose.

Una segunda cuestión por abordar es la identificación de puestos en el conjunto de la red que puedan necesitar de niveles de cualificación adicional o experiencia específicos. La limitada información disponible hace pensar que los puestos de trabajo que conllevan tomar decisiones más complejas o delicadas suelen estar ocupados por profesionales con mayor experiencia, pero no existe una regulación que establezca con claridad los requisitos para ocuparlos. La red necesita de un plan de formación y cualificación de los recursos humanos que permita potenciar y optimizar sus recursos humanos.

Una tercera cuestión tiene que ver con las necesidades de trabajo en equipo, apoyo técnico y supervisión. Las características de la red hacen que las situaciones locales sean muy diversas. Sin embargo, la atención a casos de cierta intensidad o complejidad requiere de un trabajo profesional que no debe ser solo individual. Aunque un/una profesional sea el referente principal del caso y quien lleve el peso de la atención, en tales situaciones es necesario asegurar que la responsabilidad se comparte con otras profesionales, que aporten su visión a la intervención. Para hacer frente a este tipo de necesidad hay, en primer lugar, que desarrollar un modelo de trabajo que permita el trabajo en equipo siempre que sea posible y, en todo caso, en las situaciones de dificultad o riesgo significativo. En los servicios en los que haya un número suficiente de profesionales, se puede recurrir a reuniones de caso y técnicas similares. Cuando el tamaño de los servicios no lo permita, esos mecanismos deberán establecerse a escala de área, bien por cooperación entre zonas o recurriendo a los equipos de área. El apoyo técnico debe asegurarse en todos los casos que lo requieran, recurriendo igualmente a personal del propio servicio o bien de otros servicios del área. Finalmente es necesario introducir y extender la supervisión profesional para el conjunto de la red, empezando por aquellos y aquellas profesionales que desarrollan atenciones más intensivas o con situaciones más difíciles.

La cuarta cuestión que debe abordarse es la del reforzamiento de la capacidad directiva. Del total de 886 personas empleadas equivalentes a jornada completa, solo 13 aparecen con funciones explícitas de dirección o coordinación. Son numerosos los equipos que carecen de figuras de coordinación o dirección, al menos de forma explícita y reconocida. Aunque hay que evitar caer en un exceso de figuras directivas, asentar una línea de dirección sólida es clave para el buen funcionamiento de una red tan compleja, variada y fragmentada como la actual.

Líneas de actuación

- D1. Mejorar el sistema de registro del personal de la red de Servicios Sociales de Atención Primaria.
- D2. Diseñar y desarrollar un plan de formación y cualificación del personal de los servicios.
- D3. Identificar los puestos de trabajo para los que se deban requerir condiciones adicionales de cualificación o experiencia.
- D4. Establecer un modelo de trabajo profesional que asegure el trabajo en equipo, el apoyo técnico y la supervisión, empezando por aquellos puestos que conlleven intervenciones más complejas o de mayor riesgo.
- D5. Estructurar la función directiva del conjunto de la red primaria.

3.3. Gobernar el sistema

El sistema de Servicios Sociales de Navarra, como sucede en el resto del Estado, tiene un sistema de gobierno complejo. Sin contar con algunos aspectos que pueden ser establecidos por la Administración Central, en Navarra tanto el nivel foral como el municipal ostentan competencias políticas en el campo de los Servicios Sociales. Además de la administración foral, 45 administraciones locales (municipios y mancomunidades o agrupaciones intermunicipales) tienen capacidad de decisión política sobre aspectos como la extensión o los precios públicos de determinados servicios. En el futuro es previsible que el nuevo mapa local simplifique el panorama, aunque las entidades locales mantienen sus competencias atribuidas por la Ley Foral de Servicios Sociales. La actual normativa existente deberá adaptarse en este sentido.

La estructuración coherente del sistema de Servicios Sociales requiere una clarificación y simplificación de sus mecanismos de gobierno. No es objeto de este plan fijar el modelo político y competencial que deba acabar configurándose, sino señalar algunos elementos clave necesarios para un buen funcionamiento del sistema que deberán tenerse en cuenta en una futura reorganización.

Liderazgo estratégico

El sistema de gobierno de los Servicios Sociales debería distinguir entre dos tipos de liderazgo: el liderazgo estratégico y el liderazgo operativo. El liderazgo estratégico fija los objetivos del conjunto del sistema y las grandes líneas sobre los medios a utilizar para alcanzarlos. El liderazgo operativo debe establecer en la práctica cotidiana y en la organización de los diversos servicios, equipos y estructuras, los modos precisos para alcanzar esos objetivos en diferentes contextos.

El liderazgo estratégico de los Servicios Sociales debe corresponder al nivel foral. Gobierno y Parlamento forales son responsables, en última instancia, del buen desarrollo de la política de Servicios Sociales y de garantizar los derechos de la ciudadanía en este terreno. El liderazgo estratégico debe permitir que los objetivos y prioridades sean seguidos por el conjunto de actores que forman el sistema, con independencia del nivel de gobierno del que formen parte. El reparto de responsabilidades no debe permitir que decisiones tomadas por niveles inferiores al del conjunto de Navarra puedan ir en contra u obstaculizar las orientaciones estratégicas generales. Por ejemplo, una decisión sobre precios públicos de un determinado servicio, tomado por el nivel que lo gestiona, no debe poder contrarrestar la decisión de priorizar la extensión del servicio o invertir las prioridades de acceso fijadas a nivel general. Evitar la acción de «actores con poder de veto» es de la máxima importancia. En este terreno, la forma de asegurar un escalonamiento virtuoso de los gobiernos implicados consistiría en la obligación de seguir e implementar los objetivos y prioridades estratégicas generales, sin perjuicio de una acción adicional, complementaria y voluntaria, una vez que lo primero queda asegurado.

El liderazgo estratégico requiere de una estructura técnica importante. Desde el nivel foral se tienen que desarrollar acciones de planificación y regulación general, de coordinación de acciones entre niveles, de apoyo técnico, diseño de procesos y gestión de la información, así como de gestión de las relaciones interadministrativas. Ello requiere redimensionar y coordinar la acción de diversas unidades hoy existentes en el Departamento de Derechos sociales para optimizar el funcionamiento del sistema.

Liderazgo operativo: el papel de los centros de Servicios Sociales

El liderazgo operativo consiste en la capacidad de decidir con autonomía las formas concretas de organización y provisión de los servicios, la configuración de los equipos y la colaboración entre los mismos. Dicho liderazgo se ejerce en el marco de los objetivos y prioridades estratégicas, que debe respetar, con una amplia autonomía para decidir cómo alcanzar esos objetivos y cumplir con las prioridades.

Del mismo modo que está plenamente justificado establecer un liderazgo estratégico único para la Comunidad Foral, hay múltiples razones para impulsar un modelo de liderazgo operativo descentralizado en los Servicios Sociales. Para empezar, la tradición de gestión descentralizada de los Servicios Sociales tiene arraigo y forma parte del sistema, aunque en ocasiones haya sido origen de disfunciones. Además, las características de los territorios dentro de Navarra requieren de adaptaciones a sus peculiaridades, en cuanto a su dimensión, la densidad de población y sus características, que van desde zonas rurales de montaña de muy baja densidad a una realidad metropolitana mediana.

En este sentido, el nivel que parece más indicado para asentar el liderazgo operativo es el área de Servicios Sociales. El nivel de zona básica, que hasta hoy ha constituido el nivel pivotal de la Atención Primaria (con excepción de Pamplona) tiene una escala demasiado pequeña, que se traduce en un tamaño reducido de los equipos y escasa diversificación de servicios. Dejando a un lado la capital, Navarra cuenta hoy con 43 zonas básicas (más un SSB que funciona independientemente del resto de su zona). De esas 44 unidades "zonales" 26 tienen una

población inferior a 10.000 habitantes y solo tres superan los 20.000. La capital es formalmente una zona básica única, aunque en la práctica funciona internamente como un conjunto de 12 (próximamente 13) unidades de barrio, similares a los SSB de otras zonas. Así, el sistema cuenta con 56 unidades básicas (Servicios Sociales de Base o unidades de barrio), de las que son titulares 45 entidades locales (ayuntamientos, mancomunidades y agrupaciones intermunicipales).

Las zonas básicas se agrupan en seis áreas de Servicios Sociales. En la práctica, sin embargo, el municipio de Pamplona funciona como un área independiente. De las áreas actuales (contando Pamplona como "área" separada), cinco superan los 50.000 habitantes, una tiene 44.000 y una casi alcanza los 20.000. La ley prevé cubrir el conjunto del territorio con centros de Servicios Sociales, en principio asociando uno a cada área, aunque admite tanto la posibilidad de establecer más de uno por área como de agrupar áreas para compartir centro. En la actualidad la implantación de los centros es parcial.

El nivel de área no se corresponde en la actualidad con un único nivel de gobierno. En el caso de la capital, aunque el área sea más amplia, el ayuntamiento es responsable (tal como prevé la ley) de un CSS para su territorio. En el resto de Navarra, las áreas agrupan zonas básicas (de las que son responsables municipios, mancomunidades o agrupaciones intermunicipales). Los servicios que hasta ahora se han establecido al nivel de las áreas (CSS completos o equipos determinados) han sido organizados por la administración foral, mediante provisión externa o, desde 2019, de forma directa en el caso de los Centros de Servicios Sociales de Estella y Tudela.

El sistema de Servicios Sociales de Navarra debe de estructurarse poniendo el centro de gravedad del nivel primario en los CSS, encargados de integrar y liderar desde el punto de vista operativo la acción de los SSB de las zonas que abarcan. Se trata de organizar cada área de Servicios Sociales (entendiendo la "zona básica" de Pamplona como equivalente a un área) como un conjunto integrado de servicios y equipos (de área y de zona), responsable de asegurar en cada territorio el cumplimiento de los objetivos y prioridades fijadas para toda Navarra. Consiste en articular un conjunto análogo a las organizaciones sanitarias integradas (Vázquez et al., 2012), que se responsabilizan, con amplia autonomía, de la atención de una población determinada. Dicha organización de área debe ser responsable de los resultados fijados con carácter general.

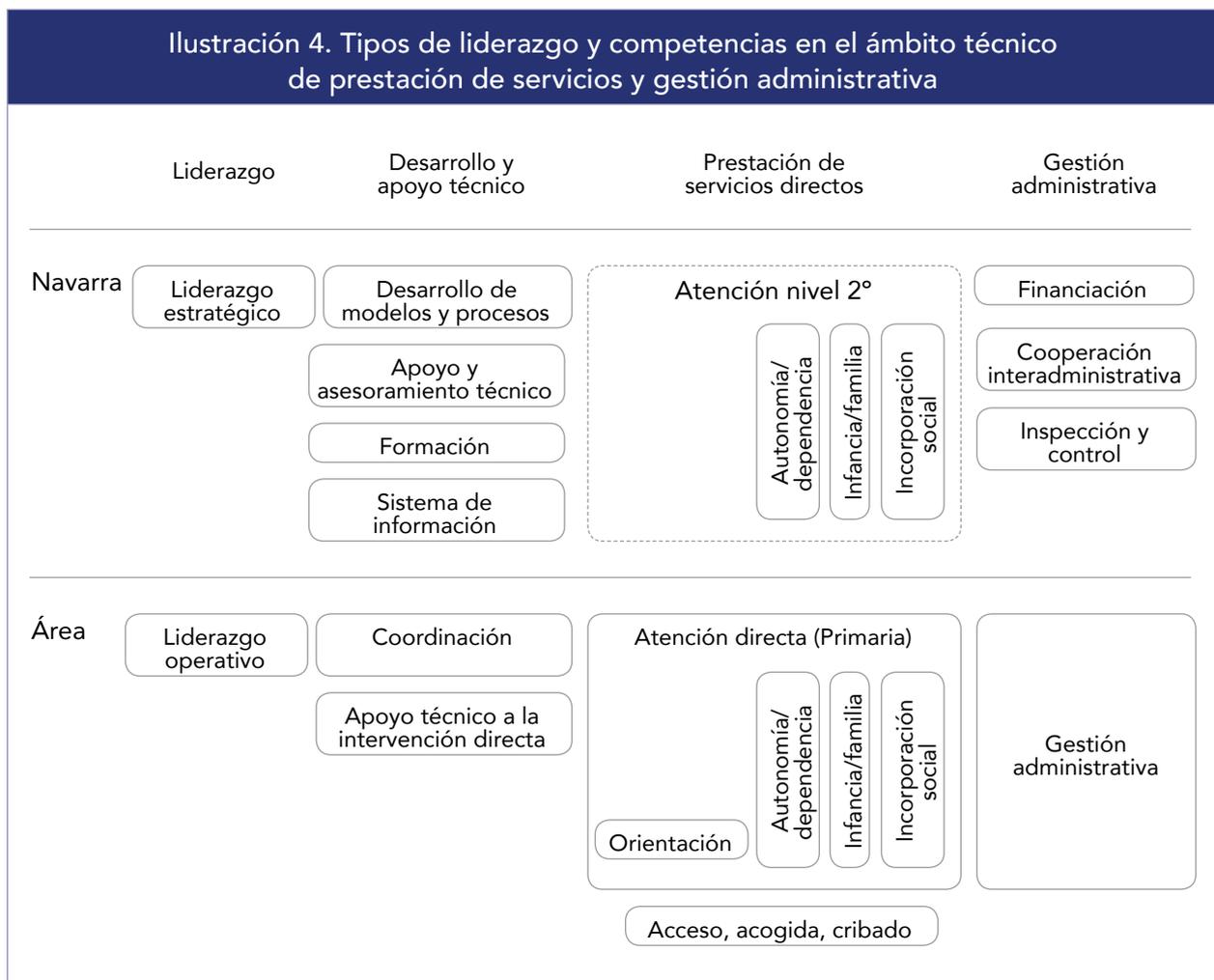
Esta organización de área se entiende como el conjunto formado por los equipos y dispositivos de toda el área: los Servicios Sociales de Base y equipos (EAIA, EISOL, EAIV).

Para las áreas fuera de la capital, la titularidad de los CSS corresponde al Gobierno de Navarra, que los gestionará por medio de la Fundación Navarra para la Gestión de Servicios Sociales Públicos-GIZAIN. Los CSS de Tudela y Estella ya existen, en Tafalla, Comarca de Pamplona y las áreas Noreste y Noroeste los equipos que los componen (EAIA, EISOL, EAIV) ha iniciado su andadura, pero no se han creado como CSS. El desarrollo de estos CSS desde la Administración Foral debe permitir la consolidación del nuevo modelo de Atención Primaria y la integración funcional de CSS y SSB en cada área. El desarrollo de este modelo hará posible la integración orgánica de ambos niveles en las comarcas a medida que se implanten, en los términos previstos en la Ley Foral de reforma de la Administración Foral de Navarra. Este

proceso contribuirá a la reducción del número de administraciones implicadas de los Servicios Sociales.

En el caso de la capital, la mayoría de los servicios relevantes para el nivel primario están en manos de la misma administración, el Ayuntamiento, que es legalmente responsable tanto de la gestión de los servicios de Base (unidades de barrio) como del Equipo de Atención a la Infancia y adolescencia (EAIA) Equipo de inserción socio-laboral (EISOL) y Servicio Municipal de Atención a la Mujer (SMAM).

Este plan prevé implantar progresivamente el nuevo modelo. Su implantación dará lugar a ajustes en la configuración de los servicios que pueden ser diferentes en las distintas áreas. Igualmente deberá llevar a una redefinición del papel de las diferentes administraciones en el conjunto. Es importante señalar que este modelo de liderazgo estratégico centralizado y liderazgo operativo descentralizado es compatible con diferentes configuraciones político-administrativas y, por lo tanto, no determina ni depende de las soluciones que finalmente se adopten en ese terreno.



Líneas de actuación

- E1. Orientar la configuración de Pamplona como área independiente y estudiar la posible integración de nuevos servicios en ese nivel.
- E2. Consolidar, desde Gobierno de Navarra, las recién creadas estructuras de dirección de dos áreas de Servicios Sociales (Estella y Tudela) y sus equipos, e iniciar un proceso de revisión de la organización interna de cada una de las áreas (incluyendo las zonas básicas que las conforman). Dicha revisión dará lugar a una propuesta sobre cómo reajustar los recursos actualmente existentes (tanto en los SSB como en los equipos de área) y qué servicios tendría sentido integrar a nivel de área.
- E3. Iniciar el proceso de creación de las estructuras de las áreas de Tafalla, Comarca y las dos áreas septentrionales. Mientras que en el caso de Tafalla la demarcación no presenta problemas especiales, en el caso de las otras tres convendría estudiar las soluciones posibles, dada la heterogeneidad de población, territorio y administraciones implicadas en cada una de las tres.
- E4. Revisar, a partir de la experiencia adquirida con las actuaciones anteriores, el modelo global de gobierno del sector, incluyendo una propuesta de reforma de la ley de Servicios Sociales que se ajuste a la configuración de la Administración Local de Navarra, el modelo de liderazgo estratégico y operativo propuesto y un modelo de relación con los proveedores basado en la orientación a los resultados.

4. Síntesis de las líneas de actuación

Programas centrados en objetivos estratégicos

- A1. Definir los objetivos y líneas de actuación de cada programa en Atención Primaria, de acuerdo con la planificación general y estableciendo una delimitación clara de las responsabilidades. Para cada programa se realizará un trabajo de definición y desarrollo con participación de todos los niveles implicados. Como criterio general, se tenderá a que la atención a personas que se mantienen en su entorno habitual de vida se realice en el marco de la Atención Primaria.
- A2. En el caso del Programa de Acogida y orientación social, se deslindarán las funciones de información, orientación social, y cribado y encaminamiento de demandas, por un lado, de los trámites administrativos de acceso a prestaciones y de justificación de situaciones previstas por normativa.
- A3. En el caso del Programa de Infancia y Familia, se incorporarán las acciones previstas en el II Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y la adolescencia en la Comunidad Foral 2018–2023, y se revisará la vinculación de los diferentes recursos y prestaciones, con el fin de que la Atención Primaria pueda responsabilizarse de la atención de todas las situaciones que no supongan la declaración de desamparo.
- A4. En el caso del Programa de Incorporación Social, se revisará el papel de los diferentes recursos (EISOL, empleo social, etc.) en la línea de los resultados del proyecto “Refuerzo del Derecho a la inclusión social a través de la Integración de Servicios”, de forma que se asegure un acompañamiento y un apoyo a la incorporación social diferenciado por grados de necesidad, una atención coordinada y, cuando proceda, integrada con los servicios de empleo.
- A5. En el caso del programa de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, se revisará el modelo de atención domiciliaria y de prestaciones «domiciliarias» del SAAD (PCEF, teleasistencia, prestaciones vinculadas, etc.) para configurar un modelo flexible y eficaz, centrado en la persona.
- A6. Revisar el encaje de las actuaciones en materia de violencia de género en Atención Primaria, con el fin de mejorar la coherencia y la coordinación de las actuaciones, sin perjuicio de mantener profesionales o equipos dedicados específicamente a estas situaciones.

Escalonar niveles de intensidad y modelos de atención

- B1. Desarrollar herramientas de valoración compartidas para el conjunto del sistema de Servicios Sociales. Ello implica continuar con el desarrollo y mejora de las existentes (Sidis, valoración desprotección infantil) e identificar las carencias para completar una caja de herramientas tan completa como sea posible.
- B2. Implementar un sistema de registro de los codiagnósticos en los diferentes programas que permita el seguimiento y evaluación de las intervenciones y una asignación de las personas atendidas a modalidades de atención.
- B3. Desarrollar una versión simplificada de los instrumentos de valoración que sirva de guía para el cribado de las demandas en el Programa de Acogida (u otros puntos de acceso) y el encaminamiento hacia los programas o servicios adecuados.
- B4. Establecer una escala de modalidades de atención a partir de la diferenciación de niveles de intensidad de los problemas, de la capacidad de gestión de la atención por las personas atendidas y sus entornos y de la existencia de factores de complejidad, entendidos como la presencia de problemas que requieren de la intervención de varios servicios o especialidades. Cada modalidad de atención deberá contar con un «paquete» o conjunto de prestaciones adecuadas a cada situación prevista.
- B5. Diferenciar con carácter general en todos los programas situaciones que permiten una atención autogestionada por la persona atendida o su entorno inmediato de aquellas que requieren de una gestión profesional de la atención. La atención autogestionada, que se basará en el acceso autónomo a los servicios y prestaciones pertinentes, deberá contar con mecanismos de apoyo y seguimiento de baja intensidad.
- B6. Diferenciar las situaciones que requieren una gestión profesional en función de la intensidad, el tipo de dificultades y la presencia de riesgos para las personas. En los casos en los que se identifiquen riesgos para las personas, se asegurará que la atención no recaiga en una sola figura profesional.
- B7. Diferenciar situaciones en las que haya necesidades complejas, entendiendo por tales las que conlleven la intervención de diversos programas de Servicios Sociales, o de programas de Servicios Sociales junto con los de empleo, salud, educación u otros. Las situaciones de complejidad se deberán diferenciar entre aquellas en las que las diversas atenciones necesarias pueden ser simplemente coordinadas de aquellas que requieran de modelos de atención integrada.
- B8. Incorporar al conjunto de la red los aprendizajes de las experiencias de atención integrada o coordinada con salud (experiencia atención integrada social y sanitaria en el distrito de Tafalla) y empleo (Refuerzo del Derecho a la Inclusión Social a través de la Integración de Servicios- ERSIS).
- B9. Identificar y concretar acciones comunitarias básicas a implementar, acordes al contenido de cada uno de los programas.

Procesos, procedimientos y gestión de la información

- C1. Diseñar un mapa de procesos y procedimientos del sistema de Servicios Sociales de Navarra.
- C2. Desarrollar un sistema integrado de información del sistema de Servicios Sociales de Navarra que permita contar con una historia social única, accesible desde el conjunto del sistema, y que integre la información hoy recogida en diversos sistemas.
- C3. Establecer, a corto plazo, un conjunto homogéneo de datos básicos de las personas que sirva de fundamento para el registro de personas atendidas del sistema de información. Este conjunto debe incluir los datos que permitan, además del funcionamiento del propio sistema, su interoperabilidad con los de salud y empleo, como mínimo.
- C4. Desarrollar un léxico de situaciones a tratar coherente con las herramientas de valoración previstas en el apartado anterior, y basado en la experiencia compartida con los Servicios Sociales de otras comunidades y en el conocimiento disponible.
- C5. Implementar en el sistema de información los procesos y procedimientos del mapa general (C1).

Potenciar los recursos humanos

- D1. Mejorar el sistema de registro del personal de la red de Servicios Sociales de Atención Primaria.
- D2. Diseñar y desarrollar un plan de formación y cualificación del personal de los servicios.
- D3. Identificar los puestos de trabajo para los que se deban requerir condiciones adicionales de cualificación o experiencia.
- D4. Establecer un modelo de trabajo profesional que asegure el trabajo en equipo, el apoyo técnico y la supervisión, empezando por aquellos puestos que conlleven intervenciones más complejas o de mayor riesgo.
- D5. Estructurar la función directiva del conjunto de la red primaria.

Gobernar el sistema

- E1. Orientar la configuración de Pamplona como área independiente y estudiar la posible integración de nuevos servicios en ese nivel.
- E2. Consolidar, desde Gobierno de Navarra, las recién creadas estructuras de dirección de dos áreas de Servicios Sociales (Estella y Tudela) y sus equipos, e iniciar un proceso de revisión de la organización interna de cada una de las áreas (incluyendo las zonas básicas que las conforman). Dicha revisión dará lugar a una propuesta sobre cómo reajustar los recursos actualmente existentes (tanto en los SSB como en los equipos de área) y qué servicios tendría sentido integrar a nivel de área.
- E3. Iniciar el proceso de creación de las estructuras de las áreas de Tafalla, Comarca y las dos áreas septentrionales. Mientras que en el caso de Tafalla la demarcación no presenta problemas especiales, en el caso de las otras tres convendría estudiar las soluciones posibles, dada la heterogeneidad de población, territorio y administraciones implicadas en cada una de las tres.
- E4. Revisar, a partir de la experiencia adquirida con las actuaciones anteriores, el modelo global de gobierno del sector, incluyendo una propuesta de reforma de la ley de Servicios Sociales que se ajuste a la configuración de la administración local de Navarra, el modelo de liderazgo estratégico y operativo propuesto y un modelo de relación con los proveedores basado en la orientación a los resultados.

5. Referencias

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2012) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Madrid.

Departamento de Salud y Consumo. (2010) *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

Departamento de Salud. (2013) *Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos*. Gobierno de Navarra, Pamplona.

FEMP, Fundación Caser & Fundación Pilares. (2015) *La situación del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Fundación Caser, Madrid.

Gobierno de Navarra. (1998) *Documento base para un plan de atención comunitaria de Servicios Sociales*. Gobierno de Navarra, Pamplona.

Observatorio de la Realidad Social (2018) *Resultados de la encuesta a personas dependientes en Navarra*, Gobierno de Navarra, Pamplona.

Vázquez, M.L. et al. (2012) Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 94-101.

6. Anexos

Tabla 7. Recursos humanos de los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018									
ZBSS	Trabajo Social	Educación Social	Psicología	Trabajo Familiar	Animación Socio cultural	Personal administrativo	Coordinación/ Dirección	Otros	Total
Etxarri-Aranatz	1,80	1,50	0,00	2,50	0,00	1,00	0,00	0,00	6,80
Iruztzun	2,50	2,50	0,00	5,00	0,00	1,00	0,00	0,00	11,00
Leitza	1,50	2,20	0,00	4,50	0,00	1,00	0,00	0,20	9,40
Altsasu/Alsasua	3,50	2,50	0,80	4,00	0,00	1,00	0,00	0,50	12,30
Doneztebe	2,00	1,00	0,00	4,80	0,00	1,00	0,00	0,00	8,80
Elizondo	2,00	1,00	0,00	4,50	0,00	1,00	0,00	0,00	8,50
Lesaka	2,00	2,00	0,00	6,00	0,00	1,00	0,00	0,00	11,00
Aoiz	2,00	0,50	0,00	2,80	0,50	1,00	0,00	0,00	6,80
Auritz/Burguete	1,00	0,30	0,00	5,30	0,40	1,00	0,00	0,00	7,90
Isaba	1,00	0,30	0,00	3,00	0,50	1,00	0,00	0,00	5,80
Salazar	1,00	0,00	0,00	3,00	0,50	0,70	0,00	0,00	5,20
Sangüesa	3,40	1,00	0,00	5,90	0,00	1,00	0,00	0,00	11,30
Burlada	8,00	3,00	0,90	5,00	0,00	3,00	1,00	0,50	21,50
Huarte	2,50	2,50	0,00	3,70	0,00	1,00	0,00	0,00	9,70
Ultzama	1,00	1,10	0,00	4,50	1,00	1,00	0,00	0,00	8,60
Villava	3,00	1,00	0,00	6,00	0,00	1,00	0,00	0,00	11,00
Aranguren	2,00	1,00	0,00	2,90	0,00	1,00	0,00	0,00	6,90
Egües	6,00	3,00	0,00	4,50	1,00	3,00	0,00	0,00	17,50
Orkoien	1,00	1,40	0,00	3,00	0,00	1,00	0,00	0,00	6,40
Berriozar	5,00	3,20	1,00	9,00	0,00	3,00	0,00	1,00	22,20
Cizur	3,50	3,00	0,00	5,30	0,00	2,00	0,00	0,00	13,80
Barañain	5,00	3,90	0,00	3,50	0,00	1,00	0,00	0,00	13,40
Noain	4,00	4,00	1,00	4,00	0,00	2,00	1,00	0,00	16,00
Pamplona	61,00	15,00	0,00	150,00	0,00	29,00	5,10	32,80	292,90

Allo	2,00	1,00	0,00	5,00	0,80	1,00	0,00	5,00	0,80	1,00	0,00	9,80
Ancín-Amescoa	2,80	0,00	0,00	4,90	0,80	1,00	0,00	4,90	0,80	1,00	0,00	9,50
Los Arcos	1,00	0,50	0,00	4,00	0,50	1,00	0,00	4,00	0,50	1,00	0,00	7,00
Estella	2,50	3,30	0,00	5,00	0,00	1,00	0,00	5,00	0,00	1,00	0,00	12,80
Ayegui	1,00	0,50	0,00	2,00	0,40	1,00	0,00	2,00	0,40	1,00	0,00	4,90
Puente La Reina	1,00	2,00	0,00	4,70	0,00	1,30	0,00	4,70	0,00	1,30	0,00	8,90
Viana	1,50	0,50	0,00	4,10	0,50	1,00	0,00	4,10	0,50	1,00	0,00	7,60
Villatuerta	1,00	0,50	0,00	2,00	0,50	1,00	0,00	2,00	0,50	1,00	0,00	5,00
Lodosa	3,50	2,00	0,00	3,50	0,00	1,00	0,00	3,50	0,00	1,00	0,00	10,00
San Adrián	5,00	3,50	0,00	5,50	0,00	2,00	0,00	5,50	0,00	2,00	0,00	16,00
Artajona	1,50	1,40	0,00	2,10	0,00	0,80	0,00	2,10	0,00	0,80	0,00	5,80
Carcastillo	1,20	1,00	0,00	2,00	0,50	1,00	0,00	2,00	0,50	1,00	0,00	5,70
Olite	3,00	1,00	0,00	3,00	0,00	2,00	0,00	3,00	0,00	2,00	0,00	9,00
Peralta	3,00	4,00	0,00	6,10	0,00	1,60	0,00	6,10	0,00	1,60	0,00	14,70
Tafalla	4,00	1,50	0,00	5,40	1,00	1,00	0,00	5,40	1,00	1,00	0,00	12,90
Buñuel	3,30	1,00	0,00	5,10	1,00	1,00	0,00	5,10	1,00	1,00	0,00	11,40
Cascante	1,80	1,00	0,00	3,90	0,00	1,00	0,00	3,90	0,00	1,00	0,00	7,70
Cintruénigo	2,30	2,00	0,00	3,50	1,00	1,00	0,00	3,50	1,00	1,00	0,00	9,80
Corella	5,00	2,00	0,00	8,00	0,00	2,00	0,00	8,00	0,00	2,00	0,00	17,00
Valtierra	3,30	1,50	0,00	6,30	1,00	1,00	0,00	6,30	1,00	1,00	0,00	13,10
Tudela	10,00	5,00	0,50	9,50	0,00	4,00	0,00	9,50	0,00	4,00	6,20	38,10
Navarra	185,30	92,00	4,20	348,00	11,80	87,40	41,20	348,00	11,80	87,40	41,20	780,90

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

Incluye jornadas profesionales financiadas por el Plan Foral de Drogodependencias y Empleo social protegido.

Fuente: Departamento de Derechos sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social.

Tabla 8. Recursos humanos de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2018

Área	Trabajo Social	Educación Social	Psicología	Trabajo Familiar	Animación Sociocomunitario	Personal administrativo	Coordinación/Dirección	Otros	Total
Noroeste Noreste	73,10	54,30	7,69	102,60	3,86	30,70	2,00	2,20	276,50
Comarca Pamplona	79,00	20,00	1,00	150,00		41,00	5,10	35,80	331,90
Estella	25,30	18,80	2,50	40,70	3,40	12,30	2,00		105,10
Tafalla	16,70	14,40	2,00	18,50	1,50	6,40			59,60
Tudela	30,10	18,50	4,00	36,20	3,00	11,00	3,90	6,20	113,20
Navarra	224,30	126,00	17,20	348,10	11,80	101,40	13,00	44,20	886,30

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

Incluye jornadas profesionales financiadas por el Plan Foral de Drogodependencias y Empleo social protegido. Incluye jornadas profesionales de los SSB, EAIA, EISOL y EAIIV.

Fuente: Departamento de Derechos Sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social.

Tabla 9. Ratios entre Recursos Humanos de los Servicios Sociales Atención Primaria de Navarra en 2018 y población

Área	Población 2018	Habitantes por TS	Habitantes por TS o Ed	Habitantes por profesional
Noroeste	50.282	(1) 3.253	(1) 1.866	(1) 860
Noreste	19.418			
Comarca	168.198			
Pamplona	199.066	2.520	2.011	600
Estella	70.044	2.880	1.589	666
Tafalla	44.601	2.666	1.432	748
Tudela	95.945	3.183	1.973	848
Navarra	647.554	2.900	1.848	731

Datos oficiales de población a 1/1/2018. Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

(1) Los datos no pueden ser desglosados ya que el EAIA es común para las tres áreas.

Incluye jornadas profesionales financiadas por el Plan Foral de Drogodependencias y Empleo social protegido. Incluye jornadas profesionales de los SSB, EAIA, EISOL y EAIV.

Fuente: Departamento de Derechos Sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social y Observatorio de la Realidad Social.

Tabla 10. Ratios entre Recursos Humanos de los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018 y población				
ZBSS	Población 1/1/2018	Habitantes por TS	Habitantes por TS o ES	Habitantes por profesional
Exarri-Aranatz	6.685	3.820	2.228	990
Iruztzun	8.049	3.220	2.012	732
Leitza	3.994	2.663	1.490	427
Altsasu/Alsasua	9.265	2.647	1.951	756
Doneztebe/Santesteban	5.423	2.712	2.169	616
Elizondo	8.329	4.165	2.776	980
Lesaka	8.537	4.269	2.134	776
Aoiz	4.388	2.194	2.041	642
Auritz/Burguete	2.270	2.270	1.816	289
Isaba	1.342	1.342	1.048	232
Salazar	1.534	1.534	1.534	294
Sangüesa	9.884	2.916	2.574	879
Burlada	18.934	2.367	2.104	882
Huarte	9.614	3.846	2.262	995
Ultzama	3.707	3.707	1.791	433
Villava	12.317	4.106	3.790	1.120
Aranguren	10.512	5.256	3.504	1.529
Egües	20.774	3.462	2.308	1.187
Orkoien	7.858	7.858	3.247	1.224
Berriozar	29.666	5.933	3.924	1.335
Cizur	18.741	5.355	3.407	1.363
Barañain	20.039	4.008	2.973	1.492
Noain	16.036	4.009	2.138	1.002

Pamplona	199.066	3.263	2.690	680
Allo	5.144	2.572	1.715	528
Ancín-Amescoa	4.131	1.465	1.577	435
Los Arcos	2.176	2.176	1.451	311
Estella	14.149	5.660	2.979	1.110
Ayegui	2.331	2.331	1.554	472
Puente La Reina	7.692	7.692	2.564	860
Viana	4.655	3.103	3.103	613
Villatuerta	4.959	4.959	3.306	992
Lodosa	10.959	3.131	2.435	1.096
San Adrián	13.848	2.770	1.978	866
Artajona	5.189	3.459	1.775	897
Carcastillo	4.727	3.843	2.364	825
Olite	8.622	2.874	2.375	958
Peralta	13.476	4.492	2.246	915
Tafalla	12.587	3.147	2.797	977
Buñuel	13.947	4.176	3.985	1.221
Cascante	11.830	6.760	4.302	1.546
Cintruénigo	9.840	4.373	2.315	1.009
Corella	11.816	2.363	2.363	695
Valtierra	12.919	3.915	3.230	990
Tudela	35.593	3.559	2.542	933
Navarra	647.554	3.494	2.578	829

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo. Incluye jornadas profesionales financiadas por el Plan Foral de Drogedependencias y Empleo social protegido.

Fuente: Departamento de Derechos Sociales, Observatorio de la Realidad Social y Servicio de Atención Primaria e inclusión Social.

Tabla 11. Indicadores de demanda y actividad de los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018					
ZBSS	Personas usuarias distintas 2018	Personas usuarias distintas sobre población 2018 %	Personas usuarias distintas 2018 por TS	Intervenciones iniciadas 2018	Intervenciones iniciadas 2018/TS Acogida
Etxarri-Aranatz	353	5,30	202	338	338
Iruztzun	751	9,30	300	908	605
Leitza	511	12,80	341	366	488
Altsasu/Alsasua	947	10,20	271	756	504
Doneztebe/Santesteban	726	13,40	363	550	550
Elizondo	1.454	17,50	727	2.211	2.211
Lesaka	639	7,50	320	634	634
Aoiz	266	6,10	133	156	156
Auritz/Burquete	94	4,10	94	80	107
Isaba	142	10,60	142	170	227
Salazar	117	7,60	117	87	116
Sangüesa	918	9,30	271	642	514
Burlada	1.690	8,90	211	1.330	380
Huarte	703	7,30	281	573	458
Ultzama	260	7,00	260	327	436
Villava	1.141	9,30	380	1.295	1.036
Aranguren	223	2,10	112	299	299
Egües	2.283	11,00	381	1.794	513
Orkoien	345	4,40	345	562	1.124
Berriozar	1.254	4,20	251	1.208	483
Cizur	1.016	5,40	290	1.287	858
Barañain	1.463	7,30	293	1.197	798
Noain	1.247	7,80	312	820	820

Pamplona	19.414	9,80	318	13.084	415
Allo	741	14,40	371	701	701
Ancín-Amescoa	522	12,60	185	700	467
Los Arcos	264	12,10	264	315	420
Estella	1.000	7,10	400	918	612
Ayegui	260	11,20	260	288	576
Puente La Reina	775	10,10	775	680	971
Viana	694	14,90	463	465	620
Villatuerta	345	7,00	345	303	404
Lodosa	1.711	15,60	489	1.468	1.174
San Adrián	2.240	16,20	448	1.608	919
Artajona	741	14,30	494	676	676
Carcastillo	890	18,80	724	745	993
Olite	1.239	14,40	413	1.232	821
Peralta	1.959	14,50	653	1.205	927
Tafalla	1.287	10,20	322	796	455
Buñuel	1.216	8,70	364	826	551
Cascante	900	7,60	514	404	323
Cintruénigo	1.780	18,10	791	587	587
Corella	2.209	18,70	442	1.200	800
Valtierra	1.495	11,60	453	736	589
Tudela	3.985	11,20	399	3.486	872
Navarra	64.210	9,90	346	50.013	560

Datos oficiales de población a 1/1/2018. Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo. Fuente: Departamento de Derechos sociales, Servicio de Atención Primaria e inclusión y Observatorio de la Realidad Social. Datos personas usuarias e intervenciones 2018 obtenidos de la explotación de los datos recogidos por los SSB a través del SIUSS V5.

Tabla 12. Indicadores de demanda y actividad en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2018					
Área	Personas usuarias 2018	Personas usuarias sobre población 2018 %	Personas usuarias 2018 por TS	Intervenciones iniciadas 2018	Intervenciones iniciadas 2018/ TS Acogida
Noroeste	5.381	10,70	694	5.763	744
Noreste	1.537	7,90	342	1.135	252
Comarca	11.625	6,90	637	10.692	586
Pamplona	19.414	9,80	616	13.084	415
Estella	8.552	12,20	818	7.446	713
Tafalla	6.116	13,70	971	4.654	739
Tudela	11.585	12,10	1.103	7.239	689
Navarra	64.210	10,00	719	50.013	560

Datos oficiales de población a 1/1/2018. Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo. Incluye profesionales de los SSB, EAIA, EISOL y EAIV.

Fuente: Departamento de Derechos sociales, Observatorio de la Realidad Social y Servicio de Atención Primaria e inclusión Social. Datos personas usuarias e intervenciones 2018 obtenidos de la explotación de los datos recogidos por los SSB a través del SIUSS V5.

Tabla 13. Indicadores del Programa de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2017 por áreas

Área	Población de 65 y más 2018	Habitantes 65+ por TS	Personas Dependientes reconocidas no en residencia 11/2017	Personas Dependientes no en residencia/TS	Horas Atención Directa SAD 2017	Personas usuarias SAD 2017	Personas dependientes atendidas por SAD 2017	Porcentaje personas dependientes atendidas por SAD sobre total atendidos SAD 2017
Noroeste	10.794	2.699	1.113	278	40.966	317	188	59
Noreste	5.181	2.081	418	168	25.009	240	104	43
Comarca	21.739	2.558	1.935	228	64.914	536	265	49
Pamplona	44.113	2.846	3.691	238	155.834	1.011	426	42
Estella	16.057	2.857	1.611	287	59.765	637	297	47
Tafalla	9.840	3.393	1.024	353	24.835	252	109	43
Tudela	18.712	3.254	2.000	348	51.180	553	216	39
Navarra	126.436	2.709	11.792	263	422.504	3.546	1.605	45

Datos oficiales de población a 1/1/2018.

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

Fuente: Departamento de Derechos sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social, Agencia Navarra de la Dependencia y la Atención a las Personas y Observatorio de la Realidad Social. Memorias técnicas SSB 2017.

Tabla 14. Indicadores del Programa de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2017

ZBSS	Población de 65 y más 2018	Habitantes 65+ por TS programa autonomía	Personas Dependientes reconocidas no en residencia 11/2017	Personas Dependientes no en residencia/TS	Horas SAD 2017	Personas usuarias SAD 2017	personas usuarias SAD dependientes 2017	Porcentaje personas dependientes sobre SAD 2017
Etxarri-Aranatz	1.478	1.971	160	213	3.301	32	19	59,40
Iruartzun	1.664	3.328	162	324	5.786	53	29	54,70
Leitza	928	3.712	108	432	6.078	45	31	68,90
Altsasu/Alsasua	1.867	1.867	196	196	4.778	39	29	74,40
Doneztebe/Santesteban	1.109	2.218	107	214	6.221	55	24	43,60
Elizondo	1.905	3.810	198	396	6.037	38	24	63,20
Lesaka	1.843	3.686	182	364	8.765	55	32	58,20
Aoiz	864	1.329	75	115	3.347	42	22	52,40
Auritz/Burquete	698	2.792	47	188	5.154	56	19	33,90
Isaba	459	1.836	19	76	5.068	34	17	50,00
Salazar	531	2.124	34	136	4.335	31	9	29,00
Sangüesa	2.629	2.412	243	223	7.106	77	37	48,10
Burlada	3.457	3.457	302	302	6.169	61	32	52,50
Huarte	1.178	2.356	114	228	3.530	24	14	58,30
Ultzama	831	3.324	64	256	5.776	56	18	32,10
Villava	2.079	2.772	205	273	8.657	83	24	28,90
Aranguren	885	1.770	80	160	3.325	14	12	85,70
Egües	969	969	112	112	4.776	26	13	50,00
Orkoien	986	1.972	102	204	3.714	26	17	65,40
Berriozar	3.622	3.622	329	329	10.558	98	54	55,10
Cizur	1.926	1.926	168	168	6.720	52	27	51,90

Barañain	3.779	3.779	267	267	267	5.354	43	24	55,80
Noain	2.027	2.027	192	192	192	6.336	53	30	56,60
Pamplona	44.113	2.846	3.691	238	155.834	1.011	426	42,10	
Allo	1.478	1.478	153	153	6.032	73	29	39,70	
Ancín-Amescoa	1.194	1.456	138	168	7.380	79	25	31,60	
Los Arcos	789	3.156	96	384	4.390	63	36	57,10	
Estella	3.277	6.554	285	570	4.548	58	38	65,50	
Ayegui	263	526	27	54	4.114	27	14	51,85	
Puente La Reina	1.520	5.067	135	450	6.065	37	28	75,70	
Viana	1.079	4.316	73	292	5.072	85	15	17,60	
Villatuerta	1.218	4.872	92	368	3.860	56	19	33,90	
Lodosa	2.622	3.496	327	436	13.177	115	65	56,50	
San Adrián	2.617	2.617	285	285	5.128	44	28	63,60	
Artajona	1.236	2.472	125	250	2.570	40	13	32,50	
Carcastillo	1.179	4.716	141	564	2.590	23	17	73,90	
Olite	1.926	3.852	199	398	4.344	40	16	40,00	
Peralta	2.718	3.020	281	312	8.430	79	30	38,00	
Tafalla	2.781	3.708	278	371	6.902	70	33	47,10	
Buñuel	2.965	3.953	390	520	5.814	84	54	64,30	
Cascante	2.563	5.126	314	628	4.034	43	26	60,50	
Cintruénigo	1.900	2.533	189	252	7.079	75	33	44,00	
Corella	2.185	2.185	218	218	14.103	103	46	44,70	
Valtierra	2.737	3.649	285	380	8.344	116	23	19,80	
Tudela	6.362	3.181	604	302	11.805	132	34	25,80	
Navarra	126.436	2.825	11.792	263	422.504	3.546	1.605	45,40	

Datos oficiales de población a 1/1/2018. Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo. Fuente: Departamento de Derechos sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social, Agencia Navarra de la Dependencia y la Atención a las Personas y Observatorio de la Realidad Social. Memorias técnicas SSB 2017.

Tabla 15. Indicadores del Programa de Infancia y Familia en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2017

ZBSS	Población menor de 18 años	Menores atendidos y valorados 2017	Menores atendidos por 100 menores	Población 0-17 por TS o ES Programa	Menores atendidos o valorados por TS o ES Programa
Etxarri-Aranatz	1.283	17	0,90	2.566	34
Iruztzun	1.550	61	4,10	2.067	81
Leitza	722	69	9,60	1.444	138
Altsasu/Alsasua	1.590	53	3,30	2.120	71
Doneztebe/Santesteban	972	83	5,70	1.944	166
Elizondo	1.533	42	3,50	2.044	56
Lesaka	1.628	102	7,20	1.100	69
Aoiz	834	65	8,20	3.336	260
Auritz/Burguete	243	5	1,20	972	20
Isaba	122	4	3,30	-	-
Salazar	111	8	5,00	-	-
Sangüesa	1.415	129	7,20	1.887	172
Burlada	3.431	430	12,50	1.372	172
Huarte	2.478	70	2,70	2.213	63
Ultzama	664	24	2,90	2.656	96
Villava	2.230	113	5,00	8.920	452
Aranguren	2.756	123	4,50	3.675	164
Egües	6.397	267	4,40	2.559	107
Orkoien	1.904	60	2,90	3.808	120
Berriozar	7.245	462	6,70	4.140	264
Cizur	4.352	155	5,10	2.901	103
Barañain	3.018	154	4,40	1.207	62
Noain	3.755	277	7,50	1.669	123

Pamplona	33.401	1.493	4,30	2.227	100
Allo	720	106	15,40	1.440	212
Ancín-Amescoa	538	36	5,50	3.587	240
Los Arcos	210	24	13,60	840	96
Estella	2.328	86	3,80	3.104	115
Ayegui	588	14	2,30	2.352	56
Puente La Reina	1.412	92	5,80	1.412	92
Viana	781	61	6,60	3.124	244
Villatuerta	818	41	4,20	3.272	164
Lodosa	1.736	182	10,70	2.315	243
San Adrián	2.546	110	4,60	1.455	63
Artajona	901	79	8,70	1.802	158
Carcastillo	717	98	12,80	1.434	196
Olite	1.448	91	5,90	1.645	103
Peralta	2.464	182	7,70	1.760	130
Tafalla	2.123	86	4,10	2.123	86
Buñuel	2.320	347	16,10	2.320	347
Cascante	2.184	86	3,70	4.368	172
Cintruénigo	2.036	91	3,40	2.715	121
Corella	2.389	320	12,10	1.911	256
Valtierra	2.348	188	9,50	2.348	188
Tudela	6.691	433	6,20	1.487	96
Navarra	120.932	7.019	5,80	2.139	124

Datos oficiales de población a 1/1/2018. Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo. Las zonas básicas de Isaba y Salazar no disponen de personal específico asociado al programa (Memorias SSB 2017).

Fuente: Memorias técnicas SSB 2017. Departamento de Derechos sociales, Agencia Navarra de la Dependencia y la Atención a las Personas, Observatorio de la Realidad Social y Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social.

Tabla 16. Indicadores del Programa de Infancia y Familia en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2017					
Área	Población menor 18 años a 1/1/2018	Menores atendidos y valorados 2017	Menores atendidos por 100 menores	Población 0-17 por TS o ES	Menores atendidos o valorados por TS o ES
Noroeste	9.278	427	4,50	1.262	(1) 69
Noreste	2.725	211	6,70	2.255	
Comarca	38.230	2.135	5,80	2.375	
Pamplona	33.401	1.493	4,30	2.194	100
Estella	11.677	752	6,40	1.575	66
Tafalla	7.653	536	7,00	1.321	79
Tudela	17.968	1.465	8,10	1.589	127
Navarra	120.932	7.019	6,70	1.878	90

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

Incluye jornadas profesionales de los SSB y EAIA.

(1) Los datos no pueden ser desglosados, el EAIA es común para las tres áreas.

Fuente: Memorias técnicas SSB 2017. Departamento de Derechos sociales, Agencia Navarra de la Dependencia y Atención a las Personas, Observatorio de la Realidad Social y Servicio de Atención Primaria e inclusión social.

Tabla 17. Indicadores del Programa de Incorporación Social en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Navarra en 2018

Área	Demandante empleo sin ocupación Diciembre 2018	Personas Perceptoras RG 2018	Personas perceptoras RG año 2018 por TS o ES	Demandante empleo sin ocupación por TS o Ed 2018
Noroeste	1.846	584	(1)124	(1)282
Noreste	743	270		
Comarca	8.054	3.816		
Pamplona	11.362	7.051	415	668
Estella	3.784	1.623	124	289
Tafalla	2.287	1.006	90	205
Tudela	5.938	2.617	160	362
Navarra	34.014	16.967	178	357

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo.

Incluye jornadas profesionales financiadas por el Plan Foral de Drogodependencias y Empleo social protegido.

Incluye jornadas profesionales de los SSB y EISOL.

(1) Los datos no pueden ser desglosados, el EISOL es común para las tres áreas.

Las unidades familiares perceptoras de Renta Garantizada son el acumulado de todo el año 2018.

Fuente: Departamento de Derechos sociales, Observatorio de la Realidad Social y Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social.

Tabla 18. Indicadores del Programa de Incorporación Social en los Servicios Sociales de Base de Navarra en 2018				
ZBSS	Demandante empleo sin ocupación Diciembre 2018	Unidades Familiares Perceptoras RG 2018	Unidades Familiares perceptoras de RG año 2018 por TS o ES	Demandante empleo sin ocupación por TS o ES 2018
Etxarri-Aranatz	214	56	75	285
Irurtzun	284	132	106	227
Leitza	116	45	38	98
Altsasu/Alsasua	591	174	99	338
Doneztebe/Santesteban	224	64	64	224
Elizondo	214	76	101	285
Lesaka	203	37	36	199
Aoiz	238	82	137	397
Auritz/Burguete	53	8	—	----
Isaba	23	2	7	82
Salazar	29	3	—	----
Sangüesa	400	175	135	308
Burlada	1.112	678	226	371
Huarte	402	160	98	247
Ultzama	88	32	39	107
Villava	632	264	211	506
Aranguren	360	57	76	480
Egües	839	367	184	420
Orkoien	355	197	214	386
Berriozar	1.643	925	400	711
Cizur	718	264	176	479
Barañain	1.062	531	220	441
Noain	843	341	105	259

Pamplona	11.362	7.051	504	812
Allo	269	91	182	538
Ancín-Amescoa	178	62	177	509
Los Arcos	94	36	144	376
Estella	885	440	220	443
Ayegui	97	33	132	388
Puente La Reina	343	139	139	343
Viana	223	96	128	297
Villatuerta	218	58	232	872
Lodosa	695	321	428	927
San Adrián	782	347	116	261
Artajona	222	101	109	240
Carcastillo	302	144	197	414
Olite	477	226	202	426
Peralta	742	344	143	309
Tafalla	544	191	96	272
Buñuel	659	280	475	1.117
Cascante	766	334	668	1.532
Cintruénigo	672	357	204	384
Corella	883	415	128	272
Valtierra	656	327	182	364
Tudela	2.302	904	201	512
Navarra	34.014	16.967	234	470

Los datos se corresponden con jornadas profesionales equivalentes a tiempo completo. Incluye jornadas profesionales financiadas por el Plan Foral de Dependencias y Empleo social protegido. Incluye jornadas profesionales de los SSB y EISOL. Las zonas básicas de Auritz-Burguete y Salazar no disponen de personal específico asociado al programa (Memoria SSB 2017) Las unidades familiares perceptoras de Renta Garantizada son el acumulado de todo el año 2018.

Fuente: Departamento de Derechos sociales, Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social y Observatorio de la Realidad Social.

