

3seuskadi

Prácticas y experiencias significativas en modelo comunitario

Informe

Abril 2024



3seuskadi

Hirugarren Sektore Sozialaren
Euskal Behatokia

Observatorio Vasco del
Tercer Sector Social



BERDINTASUN, JUSTIZIA
ETA GIZARTE POLITIKETAKO BAILA

DEPARTAMENTO DE IGUALDAD,
JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES

Autoría: Equipo del Observatorio Vasco del Tercer Sector Social.

Los trabajos del Observatorio se desarrollan con plena autonomía y tienen carácter colectivo. No expresan la opinión, por tanto, ni del Departamento del que depende el Observatorio ni de cada persona, física o jurídica, participante, salvo que así se indique expresamente.

El Observatorio Vasco del Tercer Sector Social constituye un instrumento técnico de la Administración general de la CAE dependiente del Departamento competente en materia de servicios sociales. El Observatorio se encarga de la recopilación, sistematización, actualización y generación de información y conocimiento, así como de su difusión, en las esferas relacionadas con el tercer sector social y las organizaciones y redes integradas en él. En el desarrollo de sus atribuciones, el Observatorio, colabora estrechamente con las organizaciones y redes.



Este informe se ha realizado gracias a la participación de las organizaciones y redes del Tercer Sector Social de Euskadi y en especial gracias a la colaboración de Sareen Sarea como asociación que agrupa a las redes de entidades del Tercer Sector Social de Euskadi.



En la web del Observatorio (www.3seuskadi.eus) y en <https://ikusmirak.eus/> es posible acceder al conjunto de publicaciones del Observatorio y descargarlas gratuitamente.

Mediante ellas pretendemos contribuir a la mejora del Tercer Sector Social, por lo que agradecemos su máxima difusión y autorizamos su distribución, copia y reutilización siempre que se realice sin afán de lucro y se reconozca su autoría.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO	3
2.1 Contextualización del modelo comunitario	3
2.2. Elementos clave para el desarrollo del modelo comunitario	4
2.3. Marcos, estrategias y documentos de referencia en modelo comunitario	8
2.4. Marco Normativo	13
2.4.1. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y Decreto de cartera	13
2.4.2. Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia	15
2.4.3. Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social	16
2.4.4. Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi	16
2.5. Definición y caracterización del TSSE	17
3. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS.....	21
4. METODOLOGÍA Y PROCESO DE TRABAJO	23
4.1. Metodología	23
4.1.1. Entrevistas a profesionales del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo	23
4.1.2. Documentación a través de fuentes secundarias y contraste con Sareen Sarea ...	23
4.1.3. Entrevistas a profesionales del ámbito de la exclusión social y dependencia.....	24
4.2. Proceso de trabajo	25
5. EXPERIENCIAS IDENTIFICADAS.....	27
5.1. Caracterización de las experiencias	27
5.2. Elementos del modelo comunitario analizados en las experiencias	28
5.3. Fichas resumen de las experiencias	29
6. ACERCAMIENTO AL MODELO COMUNITARIO EN EL TSSE	70
6.1. Contexto y recorridos a tener en cuenta.....	70
6.2. Visión general sobre el modelo comunitario.....	72
6.3. Análisis de las características del modelo comunitario.....	74
6.4. Agentes sociales a los que interpela el modelo comunitario	83
6.5. Algunas diferencias y similitudes entre dependencia y exclusión social	87
6.6. Aspectos a tener en cuenta desde la perspectiva de género.....	88
7. LÍNEAS PARA SEGUIR AVANZANDO	93

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
9. ANEXOS.....	100
9.1. Organizaciones participantes en las entrevistas.....	100
9.2. Guion de entrevista a profesionales del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo	100
9.3. Guion de entrevistas a profesionales del ámbito de la dependencia y la exclusión ..	102

1. INTRODUCCIÓN

El informe persigue realizar una identificación y recogida de prácticas y experiencias significativas que se adecuen a las características del modelo comunitario y del Marco europeo voluntario de calidad para los servicios sociales¹, a la vez que conecten con los valores y el valor añadido a la provisión de servicios llevado a cabo por las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi.

El Tercer Sector Social de Euskadi (en adelante TSSE) cuenta con una experiencia dilatada y buenas prácticas en el impulso de la atención centrada en la persona y de base comunitaria (personalización, integralidad, continuidad, proximidad, participación...). De la misma manera, la gestión de los servicios debe responder a la cooperación público-privada, en particular con las entidades del TSSE (cooperación público-social), y con otros agentes de manera transversal, al buen gobierno en cuanto a transparencia, eficacia y eficiencia, así como al cuidado de las personas.

El modelo o enfoque comunitario de atención lo encontramos en la Ley 12/2008², *“optando por un enfoque comunitario, capaz de otorgar prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual”*. Se caracteriza, entre otros aspectos, por la adaptación de los recursos y las intervenciones a las características de cada comunidad local, contando para ello con la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades y en su evaluación, la atención en el entorno habitual, la personalización de la atención, el carácter interdisciplinar de la intervención y el enfoque preventivo, en los términos del Art. 8 de la Ley 12/2008, de Servicios Sociales.

En la Estrategia de Promoción del Tercer Sector Social de Euskadi³ (en adelante EPTSSE), la actuación número 7 contempla el refuerzo e impulso del modelo comunitario de atención en las organizaciones del TSSE adecuando su intervención y gestión a dicho modelo y a otros estándares coherentes con el mismo, como el *Marco europeo voluntario de calidad para los servicios sociales* del Comité de Protección Social de la UE. Se entiende que el modelo comunitario se ve reforzado por el modelo mixto en aquellas características de atención que los sistemas de responsabilidad pública en el ámbito de la intervención social desean para sí: proximidad, personalización e integralidad de la atención (continuo transversal y longitudinal de atención), y participación de las personas destinatarias.

La Evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAE remarca la apuesta por continuar trabajando en coherencia con el modelo comunitario. Resalta también la importancia de dar pasos en el desarrollo de un modelo de atención, primaria y secundaria, social y sanitaria, en la comunidad, dirigido a quienes continúan residiendo en su domicilio y a quienes viven en servicios de alojamiento con apoyo. En este ámbito es clave reforzar la detección y abordaje

¹ Unión Europea. The Social Protection Committee. A voluntary European Quality Framework for Social Services. SPC/2010/10/8 final.

² Euskadi. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Disponible en: https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2008/12/s08_0246.pdf

³ Gobierno Vasco (2018). Estrategia de promoción del Tercer Sector Social de Euskadi. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/xiileg_planes_departamentales/es_def/ESTRATEGIA-DE-PROMOCION-DEL-TERCER-SECTOR-SOCIAL-DE-EUSKADI.pdf

precoz en relación con las cuatro contingencias (dependencia, exclusión, desprotección y discapacidad) y continuar progresando hacia un modelo preventivo, más extensivo y menos intensivo, para la mejora de la atención, primaria y secundaria, en el entorno comunitario, particularmente, aunque no sólo, respecto a la atención a personas mayores. De hecho, entre las principales recomendaciones que se desprenden de esa evaluación, se encuentran el impulsar un Sistema Vasco de Servicios Sociales (en adelante, SVSS) acorde al modelo comunitario y sostenible, atendiendo a los principios de calidad, innovación y eficiencia, y promoviendo la inversión de la pirámide de la atención, desarrollando la atención, primaria y secundaria, en la comunidad y estableciendo equilibrio en los cuidados, incrementando el peso del cuidado institucional respecto al familiar o comunitario no profesional.

En este marco, el informe busca destacar los principales principios orientadores y elementos que componen el modelo comunitario de atención a partir del análisis de algunas experiencias significativas desarrolladas por organizaciones del TSSE y compartir una serie de prácticas, desarrollos, implicaciones y aprendizajes que permitan seguir impulsando el modelo.

2. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

2.1 Contextualización del modelo comunitario

En el contexto de crisis del Estado de Bienestar, se han ido desarrollando teorías y propuestas que ponen de relieve la necesidad de otorgar una función más determinante a la comunidad. En el contexto europeo cada vez es mayor el valor que se da a la función de la comunidad en los sistemas de bienestar para garantizar su sostenibilidad y adaptación a los cambios mencionados con anterioridad (Arrieta et al., 2018).

El modelo comunitario se configura por procesos desarrollados para hacer frente a situaciones o necesidades colectivas de una comunidad a través de la participación e implicación de los agentes a diferentes niveles –político, técnico y ciudadano–, aunque no haya necesidad de implicación de los tres niveles y de cada recurso de la comunidad (Gomá, 2018). Pueden nacer a través de iniciativa de la Administración Pública o de la ciudadanía, pero se deben impulsar y desarrollar por ambas, asumiendo cada una su papel en base a su responsabilidad. Todo ello debe sustentarse en la construcción de relaciones de respeto, confianza, diálogo, creatividad y aprendizaje, que permitan transformar y construir comunidades más inclusivas.

La calidad de la atención a las personas y sostenibilidad de los servicios y sistemas de atención requiere reforzar la atención comunitaria, así como el enfoque preventivo, estableciendo como objetivo principal aumentar la proporción de personas atendidas por las organizaciones y los sistemas públicos en su domicilio y/o en el que ha venido siendo su lugar de residencia habitual, al igual que lo prioriza la estrategia Europa 2014-2020 y el Marco Europeo Voluntario de calidad para los servicios sociales (UE, 2010).

El proceso de intervención social comunitaria ha experimentado importantes transformaciones. En un inicio, comienza a desarrollarse desde espacios locales, tanto formales como informales, para posteriormente consolidarse como un modelo de atención del Sistema Vasco de Servicios Sociales. En la actualidad, el Tercer Sector Social, así como los Servicios Sociales tratan de converger de forma simultánea entre la intervención comunitaria y el desarrollo de servicios de atención personalizada (Jaraiz y Zugasti, 2011).

A raíz de la detección de nuevas necesidades y nuevos riesgos sociales en diversos ámbitos de protección social, las Administraciones Públicas han ido trabajando en la configuración de leyes que intenten responder a dichas necesidades sociales. En el contexto de Euskadi, el pilar normativo fundamental del modelo comunitario es la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales que formaliza un enfoque de atención basado en priorizar el mantenimiento de las personas en su entorno habitual y el derecho a la integración social con la máxima autonomía posible y a la participación activa en la comunidad. Algo que la ley establece con claridad y detalle en los artículos 6, 7 y 8.

2.2. Elementos clave para el desarrollo del modelo comunitario

En las diversas aproximaciones al modelo comunitario, se evidencia la importancia de algunos elementos clave que configuran el modelo. A continuación, se desganan y explican esos elementos con el fin de ir aclarando las principales dimensiones del propio modelo: empoderamiento, participación, atención centrada en la persona, proximidad y calidad de vida.

▪ EMPODERAMIENTO

Se trata de un término que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y que ha tenido diversas acepciones en función de los autores. Tiene su inicio en el ámbito de la psicología y se relaciona tanto con la determinación individual, es decir, con la autodeterminación, como con la participación democrática en la comunidad a través de diferentes estructuras tales como la escuela, el barrio, asociaciones y organizaciones comunitarias. Además, integra un punto de vista ecológico debido a que contempla el nivel individual familiar, grupal, organizacional y comunitario en los diferentes escenarios de la vida de las personas (Hombrados Mendieta y Gómez-Jacinto, 2001).

Powell (1990) propone definir el empoderamiento como el proceso a través del cual los individuos, grupos y comunidades desarrollan capacidad para controlar sus propias circunstancias y lograr los objetivos que se marquen con el fin de obtener mayor calidad de vida.

Según expone Zimmerman (1995) el empoderamiento cuenta con diferentes niveles de análisis interdependientes, entre los cuales encontramos los siguientes:

- **Nivel psicológico:** relacionado con la percepción de control personal, la proactividad y el desarrollo del pensamiento crítico hacia el ambiente sociopolítico que rodea a la persona.
- **Nivel organizacional:** procesos y estructuras que prestan alternativas y fomentan el apoyo mutuo.
- **Nivel comunitario:** hace referencia al trabajo conjunto de las personas en las organizaciones comunitarias para bien, preservar o mejorar la calidad de vida de una comunidad.

Por todo ello, el concepto de empoderamiento está estrechamente relacionado con la perspectiva del cambio social como objeto fundamental de un proceso de intervención, entendiendo, el cambio social como el resultado de la intercomunicación que se produce entre lo individual y lo institucional para generar nuevos modelos para comprender la realidad (Hombrados Mendieta y Gómez-Jacinto, 2001).

En clave normativa, la importancia del empoderamiento y autodeterminación, se vislumbra en **la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales** en diferentes momentos. En su artículo 9 –*Derechos de las personas usuarias de los servicios sociales*– se establece el derecho a participar individual o colectivamente en las decisiones que les afecten, así como de acceder a información, entre otras.

Siguiendo la misma línea, la **EPTSSE**, en su actuación número 7, objetivo 2, establece la necesidad de fomentar el empoderamiento, así como la participación de las personas usuarias.

▪ PARTICIPACIÓN

La literatura científica en torno a la participación es muy extensa. En el campo de las Políticas Sociales, Pastor Seller (2015) indica que *“la participación se encuentra profundamente vinculada con el desarrollo humano, sostenible y social, siendo una de las claves en las que se sustentan las Políticas Sociales vinculadas con la integración social”*.

Existe un desarrollo teórico muy importante, sobre todo en Reino Unido, donde se defiende que la relación entre las trabajadoras sociales y las familias debe ser de asociación, desde un enfoque democrático que responsabilice tanto a profesionales como a familiares y a las personas destinatarias, al ser percibidas como capaces.

Esta situación de asociación o colaboración no constituye un resultado sino el punto de partida que conlleva una búsqueda conjunta de significados. Y supone un cambio de foco: en vez de activar solo la participación de las personas destinatarias, se busca el compromiso entre todas las partes implicadas.

Por tanto, la participación y el desarrollo comunitario son procesos interrelacionados en los que el punto clave es que la acción social no se desarrolla solo en la comunidad, sino de y desde esta, de manera que la población asume responsabilidades, toma decisiones y es responsable de los resultados y las consecuencias de su evolución con el objetivo de constituir y consolidar la comunidad (Arrieta, Izagirre, Segú y Zuñiga, 2018).

El valor de la participación se ensalza a lo largo de la **Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales**. En el apartado de exposición de motivos se hace referencia a la necesidad de reforzar la colaboración con el tercer sector, el soporte de las redes informales de apoyo y la promoción de la participación organizada de las personas afectadas. Incluso el artículo 22 – *Catálogo de Prestaciones y Servicios del SVSS*- incluye un punto específico (1.5) el servicio de promoción de la participación y la inclusión social en el ámbito de los servicios sociales.

▪ ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

El enfoque de la Atención Centrada en la Persona (en adelante, ACP) establece el foco en una perspectiva ecológica de las necesidades en un diálogo interactivo con las capacidades de las personas, los aspectos emocionales y las redes de cuidado. Este último guarda una estrecha relación con la metodología de la gestión de redes como la educativa, sanitaria, familiar y comunitaria (Zugasti y Jaráiz, 2021).

A lo largo de los últimos años este enfoque ha ido adquiriendo una importante relevancia y, por ello, las normativas autonómicas han ido incorporando como gestor de las relaciones de proximidad al profesional de referencia. Esto se encuentra reflejado en la **Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales**, en el artículo 8 –*Modelo de atención y de intervención*- que expone en el apartado (d) que a cada persona o familia tendrá asignado un profesional de referencia en el SVSS con la finalidad de garantizar la coherencia entre los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones.

En el caso de los Servicios Sociales de Base (en adelante SSB), la implementación de esta metodología de intervención requiere el uso de herramientas de intervención específicas como los *Planes Personalizados de Inclusión* (en adelante PPI) en el caso de las situaciones de vulnerabilidad social; los *Planes Individuales de Atención* (en adelante PIA) en el ámbito de la dependencia y la discapacidad o los *Programas de Tratamiento Familiar* (en adelante PTF) en el de la familia y menores (Zugasti y Jaraiz, 2021).

En la **ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales en su artículo 8 (c)** se expone lo siguiente *“se diseñará el tipo de intervención adecuada a cada caso, sobre la base de una evaluación de necesidades y en el marco de un plan de atención personalizada, que, al objeto de garantizar la coherencia y la continuidad de los itinerarios de atención, deberá elaborarse con la participación de la persona usuaria y deberá incluir mecanismos de evaluación y revisión periódica que permitan verificar la adecuación del plan a la evolución de las necesidades de la persona; contando para ello con la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades y en su evaluación.*

La ACP se está impulsando, además de en el ámbito de la discapacidad, también, más recientemente, en el ámbito de las personas mayores. Las diputaciones forales han estandarizado el modelo y buenas prácticas de ACP en diversos ámbitos (inclusión, mayores y discapacidad); han realizado acciones de formación en ACP, como es el caso de la Diputación Foral de Araba; acciones de información, definición, difusión e implantación o consolidación del modelo, a través de la planificación (como el plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad de la Diputación Foral de Bizkaia); el desarrollo normativo (Diputación Foral de Gipuzkoa ha trabajado en un nuevo decreto foral que define el modelo de atención en las residencias de personas mayores y Diputación Foral de Bizkaia ha elaborado el Decreto Foral 173/2021 que regula el servicio de apoyo para la permanencia en el hogar etxeTIC) o proyectos piloto (programa Etxean Bizi y programa OK en casa de la Diputación Foral de Gipuzkoa, junto con Gobierno Vasco).

▪ PROXIMIDAD

La proximidad, entendida como criterio político, ha supuesto un elemento estructurante de los principales sistemas de bienestar social y la consolidación de la democracia ha jugado un papel fundamental. La presencia de proximidad y la relación con los agentes de intervención con la comunidad se convierte en un agente de cambio profesional e institucional durante los años 70 y 80 (Zugasti y Jaráiz, 2021).

Fantova y Casado (2017) consideran que diferentes ámbitos como el educativo, sanitario o de los servicios sociales comienzan entonces a ordenar sus recursos en cada rama de actividad en torno a sistemas y soportando el peso de los mismos en el nivel local (barrio, municipio) ubicado próximo al espacio vital de la ciudadanía.

El concepto de proximidad se interrelaciona con objetivos de carácter preventivo, de atención directa y eficiente de las diferentes necesidades, y, finalmente, en el desarrollo de metodología propia y en la potenciación del capital social de las comunidades. La proximidad adquiere sentido como una metodología para interactuar con los diferentes sujetos y construir una dinámica inclusiva (Zugasti y Jaráiz, 2021).

A pesar de que la metodología más extendida actualmente es la intervención desde el despacho, la atención primaria no limita el dónde intervenir. Resulta interesante el concepto de *proximidad construida* que proponen Llobet y otros (2012) para explicar los vínculos de cercanía que se establecen entre los profesionales del ámbito social y las personas destinatarias y de las relaciones de confianza que se construyen desde el primer encuentro hasta el conjunto del proceso de acompañamiento. Tal y como afirman Zugasti y Jaráiz (2021) estas relaciones de confianza permiten, a su vez, la posibilidad de trabajar en los espacios significativos para la persona situados en su entorno más cercano como, por ejemplo, el domicilio.

El modelo comunitario y de proximidad en la atención, se caracteriza, entre otros aspectos, por la adaptación de los recursos y las intervenciones a **las características de cada comunidad local**, contando para ello con la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades y en su evaluación, la atención en el entorno habitual, la personalización de la atención, el carácter interdisciplinar de la intervención y el enfoque preventivo, en los términos del artículo 8 de la Ley 12/2008, de Servicios Sociales.

La citada **Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales**, añade en su **Artículo 8 –Modelo de Atención y de intervención–** *“se posibilitará la atención de las personas en su entorno habitual, preferentemente en el domicilio, y articulará, cuando la permanencia en el domicilio no resulte viable, alternativas residenciales idóneas, por su tamaño y proximidad, a la integración en el entorno”*.

▪ CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se ha consolidado en nuestra sociedad con el paso del tiempo, encontrándose presente en las políticas sociales internacionales, en las constituciones, en las legislaciones, planes y programas de tipo social, aumentando así su presencia en las disciplinas sociales y en las distintas áreas de bienestar social.

Autores como Verdugo, Gómez, Arias y Schalock (2009) establecen ocho dimensiones que influyen en la calidad de vida de las personas: bienestar físico, bienestar emocional, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.

Tal y como afirma el Consejo Vasco de Servicios Sociales en el **Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2016-2019)** el progreso en la normalización, formalización, regularización, cualificación y mejora de las actividades profesionales en el ámbito de los servicios sociales, influye de forma positiva en la mejora de la calidad de vida de las personas destinatarias de la intervención social así como en una mejora de las condiciones laborales de un sector de actividad especialmente feminizado. Estableciendo como meta que las personas dependientes o con necesidad de asistencia no dependan de forma exclusiva de la capacidad de las redes familiares.

2.3. Marcos, estrategias y documentos de referencia en modelo comunitario

A continuación, con el objetivo de contextualizar, se muestran, por un lado, los marcos y, por otro lado, las estrategias clave que han contribuido a la definición y delimitación del modelo comunitario de atención. Cuando es posible, se hace referencia a la vinculación con el Pilar Europeo de Derechos Sociales y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

▪ Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales

El presente marco común europeo fue creado por una red europea de entidades que desarrollan su labor en el ámbito de los servicios sociales y tiene como objetivo establecer las bases para un **modelo común de calidad para los Servicios Sociales de Interés General** (en adelante, SSIG). A pesar de ser una propuesta valiosa en la medida en la que establece un concepto común de lo que debe ser la calidad en los servicios sociales, **su aplicación no es obligatoria** y no se han desarrollado por tanto acciones de difusión ni publicación de resultados.

El marco establece **dos objetivos**, por un lado: facilitar la planificación, implementación, monitorización, evaluación y mejora de la calidad en los servicios sociales y, por otro lado: reforzar la colaboración internacional en el intercambio del conocimiento y de buenas prácticas, permitiendo la comparación del rendimiento de los servicios sociales en los estados miembros de la Unión Europea (*Benchmarking*). Por tanto, el marco persigue convertirse en un modelo para los legisladores, financiadores y proveedores de servicios sociales a la hora de evaluar no solo su rendimiento sino su contribución a la mejora de la calidad de dichos servicios, así como establecer una referencia a partir de la cual las personas usuarias puedan acceder al estándar de atención del que deberían disponer (SIIS: Centro de documentación y estudios, 2011).

Los objetivos a los que deben aspirar los SSIG son los siguientes: **1)** incrementar la cohesión social; **2)** mejorar la inclusión social y la participación; **3)** promover un mejor acceso a los servicios sobre todo de las personas en mayor situación de desventaja social y **4)** respetar los derechos humanos de las personas usuarias (SIIS: Centro de documentación y estudios, 2011).

Cabe destacar que la transición de un modelo de atención residencial a un modelo de atención comunitaria es una prioridad de la **Estrategia Europa 2014-2020, y de la actual Estrategia 2021-2027**, las cuales junto con el **Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales**⁴, hacen referencia a las características que se desea que formen la atención y gestión de los servicios en el ámbito de la intervención social en general.

▪ Marco Europeo de Calidad de los Servicios de Atención de larga duración

En conexión con una de las contingencias analizadas en el presente proyecto de investigación, la dependencia, se debe realizar una mención especial al **Marco Europeo de Calidad de los**

⁴ **The Social Protection Committee.** *A voluntary European Quality Framework for Social Services.* SPC/2010/10/8 final, página 3. Entendiendo por servicios sociales, en este documento, los SSIG que incluyen, entre otras prestaciones y servicios, todos los servicios a personas propios del ámbito de la intervención social.

servicios de atención de larga duración desarrollado por el proyecto WEDO⁵. A través de dicho Marco se establecen en relación con la calidad de los servicios unos objetivos, unos principios y unas áreas de acción específicas (SIIS: Centro de documentación y estudios, 2011).

La creación de este marco estuvo motivada por el crecimiento de la demanda de cuidados a largo plazo tanto en el domicilio como en diversas instituciones. Se dirige a todas las partes implicadas (responsables políticos, proveedores de servicios, cuidadores formales e informales, organizaciones de personas mayores...) que deseen mejorar la calidad de vida de las personas que necesiten cuidados y asistencia para contribuir a sistemas de atención más eficientes.

▪ **Estrategia COM3 de la Taula del Sector Social de Catalunya**

La Taula del TSS de Catalunya impulsó en 2015 la **Estrategia COM3** con el objetivo de articular una estrategia sistemática, participativa y transversal del conjunto del TSS catalán para estructurar, fortalecer y hacer extensivo el modelo de atención comunitaria a las personas en todos los ámbitos y en todo el territorio.

Establecieron que el modelo comunitario se caracterizaba por **borrar las fronteras entre ámbitos**, ya que apostaba por crear servicios en función del itinerario en el cual **la persona es el centro y no el ámbito al cual pertenece** y que se fundamentaba en los principios de dignidad, capacidad y autonomía. Definiendo así el modelo como aquel modelo de atención *“que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del pleno respeto a su dignidad y derechos, sus intereses y preferencias, y su participación activa. La finalidad es pasar de un modelo institucionalizado, rígido e impersonal de prestación de servicios, a la prestación de apoyos, desde la comunidad y a través de la comunidad, que permitan desarrollar en cada circunstancia de la vida de la persona las respuestas más flexibles y adecuadas a sus necesidades⁶”*.

La COM3 conecta con la Estrategia Europa 2020, una de cuyas prioridades es la transición de un modelo de atención residencial a un modelo de atención de base comunitaria, sobre la hoja de ruta trazada desde 2012 por el European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (EEG), formado por representantes de las plataformas europeas de referencia en los ámbitos de la discapacidad, la salud mental, las personas mayores, el sinhogarismo, la pobreza, la infancia y la juventud.

En 2016, dos representantes del grupo de personas expertas europeas participaron en el V Congreso del TSS que tuvo lugar en Barcelona. Y, ese mismo año, la Estrategia COM3 obtuvo el reconocimiento y el apoyo del Gobierno de Cataluña por medio del **III Plan de Apoyo al TSS**, en el que este se comprometió a *“apoyar la transición del modelo de atención social del TSS hacia*

⁵ **Proyecto WEDO:** proyecto europeo desarrollado entre 2010-2012, que dio como resultado la Carta Europea de Derechos y Responsabilidades de las personas mayores que necesitan asistencia de larga duración. Para más información: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/WEDO.pdf>

⁶ Institut Cerdá (2017) **Estrategia COM3**. Capítulo una atención comunitaria centrada en la persona. Para mayor información: <https://www.icerda.org/es/estrategia-com3-hacia-una-atencion-comunitaria-cen/>

un modelo más comunitario en la provisión de servicios, mediante, entre otros, de la canalización de fondos europeos y, en su caso, del impulso de los cambios normativos necesarios".

En una primera fase, desarrollada durante el año 2017, la Estrategia COM3 realizó una aproximación al sistema actual de atención a las personas en Cataluña, para diagnosticar el grado de proximidad respecto al modelo comunitario centrado en la persona. Una vez realizado el diagnóstico e identificadas buenas prácticas, la iniciativa Copernic, para construir los servicios de atención a las personas del Siglo XXI, pretende dar continuidad al trabajo realizado en el marco de COM3 mediante el impulso de proyectos piloto que permitan avanzar en la aplicación del modelo comunitario de atención.

▪ Estrategia de Promoción del Tercer Sector Social de Euskadi

En el año 2018, se aprueba en Euskadi **la EPTSSE de Gobierno Vasco (2018)** que establece los principios de actuación del modelo comunitario tales como la proximidad, la integralidad, el enfoque preventivo y la accesibilidad, entre otros.

La actuación número 7 de la EPTSSE contempla el refuerzo e impulso del modelo comunitario de atención en las organizaciones del TSSE con el apoyo del Gobierno Vasco. Dada la convergencia de objetivos, la Taula del TSS de Catalunya y Sareen Sarea, red de redes del TSSE, suscribieron un acuerdo de colaboración para desarrollar nuevos modelos de atención con enfoque comunitarios y centrados en las personas.

En el año 2019, Sareen Sarea, a demanda de Gobierno Vasco, realizó un informe sobre el Marco europeo de respaldo: Modelo centrado en la persona y en la comunidad, en el cual se realizaba un análisis sobre las diversas fuentes de financiación europea. Recientemente desde el Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales se ha vuelto a mantener dialogo con la Delegación del Gobierno Vasco en Bruselas para conocer el marco vigente y las posibles financiaciones.

En la EPTSSE la actuación número 7 contempla el refuerzo e impulso del modelo comunitario de atención en las organizaciones del TSSE adecuando su intervención y gestión a dicho modelo y a otros estándares coherentes con el mismo como el **Marco europeo voluntario de calidad para los servicios sociales**. Se entiende que el modelo comunitario se ve reforzado por el modelo mixto en aquellas características de atención que los sistemas de responsabilidad pública en el ámbito de la intervención social desean para sí: proximidad, personalización e integralidad de la atención (**continuo transversal y longitudinal de atención**), participación de las personas destinatarias, etc. Todo ello se llevará a cabo con el apoyo del Gobierno Vasco y la participación de las administraciones públicas responsables de los servicios que así lo deseen considerando que:

- a) Este constituye un aspecto estratégico para el ámbito de la intervención social y de interés para la sociedad, las personas y familias usuarias, el TSSE y el sector público.
- b) La calidad de la atención a las personas y la sostenibilidad de los sistemas de atención requieren reforzar la atención comunitaria y el enfoque preventivo y, en particular, aumentar la proporción de personas atendidas en sus domicilios.

El modelo comunitario también se caracteriza por **borrar las fronteras entre ámbitos**, ya que apuesta por crear servicios en función del itinerario en el cual **la persona es el centro y no el ámbito al cual pertenece**. Los principios en los que se fundamenta de dignidad, capacidad y autonomía, llevan a definir el modelo como aquel modelo de atención *“que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del pleno respeto a su dignidad y derechos, sus intereses y preferencias, y su participación activa. La finalidad es pasar de un modelo institucionalizado, rígido e impersonal de prestación de servicios, a la prestación de apoyos, desde la comunidad y a través de la comunidad, que permitan desarrollar en cada circunstancia de la vida de la persona las respuestas más flexibles y adecuadas a sus necesidades”*.

En la EPTSSE en la actuación número 7 se contempla el refuerzo e impulso del modelo comunitario de atención en las organizaciones del TSSE. En concreto el presente informe se enmarca en la segunda acción y en la primera parte de la tercera acción:

- **Segunda Acción: Definición de buenas prácticas de atención y gestión** que forman parte del acervo de las organizaciones del TSSE conectadas con sus valores, el valor añadido a la provisión de servicios y las características del modelo comunitario y del Marco europeo voluntario de calidad para los servicios sociales, como un marco de referencia compartido por el sector (valorar la posibilidad de realizar también comparaciones transnacionales).
- **Tercera acción, primera parte: Análisis de la adecuación al modelo comunitario** de atención y al Marco europeo voluntario de calidad para los servicios sociales, de los servicios y prestaciones en cuya provisión participan las organizaciones, identificando líneas de mejora en relación a las diferentes características o dimensiones de la atención y la gestión.

- **Estrategia de Atención Socio-Sanitaria de Euskadi**

Tal y como se expone en la **Estrategia de Atención Socio-Sanitaria de Euskadi** (2021-204) (en adelante, EASSE) se torna fundamental generar redes y ecosistemas de cuidados que respondan a principios de universalidad y responsabilidad pública en cuidados sociales, sanitarios y educativos, o, dicho de otro modo, a los SSIG.

La **EASSE 2021-2024** incorpora de forma transversal la perspectiva de género teniendo en cuenta que el ámbito socio sanitario es un espacio altamente feminizado, lo que supone que a raíz de los cambios sociales se debe desarrollar un espacio equitativo a través de la búsqueda y adopción de nuevas alternativas al modelo tradicional de cuidados.

A su vez, la acción de las organizaciones del TSS se alinea con muchos de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (en adelante, ODS) con el 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 y 17, principalmente y el impulso de un modelo de atención comunitario y centrado en la persona constituye una estrategia de primer orden para impulsar la inclusión social, la cohesión y un desarrollo socialmente sostenible, así como la propia sostenibilidad de los servicios a personas (SSIG⁸). En

⁷ Institut Cerdà (2017) **Estrategia COM3**. Capítulo una atención comunitaria centrada en la persona. Para más información: <https://www.icerda.org/es/estrategia-com3-hacia-una-atencion-comunitaria-cen/>

⁸ Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones Un marco de calidad para los servicios de interés general en Europa /* COM/2011/0900 final */. Disponible en <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0900:FIN:ES:HTML>

conexión con los ODS, el Pilar Europeo de Derechos Sociales constituye también una referencia relevante, así como la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

- **Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAE**

El mencionado plan estableció como una de sus principales líneas adecuar el modelo comunitario en relación a todas las contingencias y al riesgo de tener que afrontarlas *-desprotección, exclusión, dependencia y discapacidad-* así como los aspectos relacionados con la personalización, proximidad, integralidad y continuidad de la atención, o con la participación de las personas usuarias y destinatarias. Todo ello teniendo en cuenta la demanda de servicios sociales a medio y largo plazo, y de forma concreta, el aumento de las personas en situación o riesgo de dependencia y a los cambios que cabe esperar en el débil equilibrio existente entre el apoyo formal e informal.

Por tanto, el horizonte al que intenta dar respuesta el plan es la consolidación del SVSS como un sistema o red universal, de responsabilidad pública, integrada por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y privada concertada, con prevalencia de la iniciativa pública y social. De modo que se pueda disponer de las plazas y profesionales necesarios para garantizar en toda Euskadi, como derecho subjetivo, el acceso a los mismos servicios y prestaciones económicas, conforme a su definición en el **Decreto de Cartera**, a partir del 25 de diciembre de 2016.

A su vez, desarrolla el fortalecimiento de servicios tales como el Servicio de alojamiento para personas mayores: apartamentos tutelados (1.9.3) y viviendas comunitarias (1.9.4), y favorece su grado de desarrollo en los tres Territorios Históricos.

Siguiendo la misma línea, la **Evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAE** expone que resulta fundamental favorecer la atención en la comunidad, reforzando los recursos existentes y alcanzar un equilibrio del cuidado institucional y familiar, priorizando el primero, para sostener el segundo. Para ello, se debe reforzar el apoyo formal a personas cuidadas y cuidadoras en el entorno comunitario y digital.

Entre las principales recomendaciones que se desprenden de esa evaluación, se encuentran el impulsar un SVSS acorde al modelo comunitario y sostenible, atendiendo a los principios de calidad, innovación y eficiencia, y promoviendo la inversión de la pirámide de la atención y un nuevo equilibrio en los cuidados. De este modo, el segundo plan estratégico a de centrarse en los factores clave para asegurar la sostenibilidad del sistema y su despliegue conforme al modelo comunitario y los principios que establece la **Ley de Servicios Sociales** - y otras referencias relevantes como el **Marco Europeo Voluntario para la Calidad de los Servicios Sociales**, del Comité de Protección Social de la Unión Europea - e incidir sobre ellos a través de un número reducido de acciones tractoras.

Coincidiendo, a su vez, con lo expuesto en el **Pilar Europeo de Derechos Sociales** en el capítulo III – protección e inclusión social- *“toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios”*-

2.4. Marco Normativo

A raíz de la detección de nuevas necesidades y nuevos riesgos sociales en diversos ámbitos de protección social, las Administraciones Públicas han ido trabajando en la configuración de leyes que intenten responder a dichas necesidades sociales. Por ello, en el presente apartado se expone el marco normativo relativo al **modelo comunitario**, es decir, la legislación que proporciona enmarque y definición al mismo.

El pilar fundamental de los orígenes del modelo comunitario lo compone la **Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y Decreto de Cartera** que formaliza un enfoque de atención basado en priorizar el mantenimiento de las personas en su entorno habitual y el derecho a participar en la comunidad, algo que comenzó a dilucidarse en la legislación anterior, **Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales**.

A modo de mayor concreción, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de **Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia**, así como la **Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social** concretan la importancia del despliegue del modelo comunitario en ambas contingencias.

Por tanto, en la legislación mencionada y que se desarrolla a continuación, comienzan a establecerse algunos de los aspectos centrales del modelo comunitario tales como la proximidad y la continuidad, entre otros.

2.4.1. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y Decreto de cartera

El planteamiento sobre el modelo comunitario de atención lo encontramos en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre⁹, en la EPTSSE y en dicha estrategia del Plan de Legislatura 2018-2020¹⁰, con la intención de impulsarlo *“en coherencia con la ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales y el Marco europeo voluntario de calidad para los servicios sociales”*.

La ley de servicios sociales de la CAE de 1996¹¹, estableció aportaciones fundamentales, y desde el punto de vista de la organización del sistema *“su aportación más significativa fue, sin duda, la formalización de los **servicios sociales de base** como unidad básica del sistema y como punto de acceso al mismo, la atribución a estos servicios de funciones esenciales para **articular la atención comunitaria**, y la consecuente obligación para todos los ayuntamientos de prestar, por sí o asociados, un servicio de esta naturaleza”*.

La nueva ley 12/2008 de servicios sociales *“consolida el modelo de atención que ya se había perfilado en los principios recogidos en el marco jurídico anterior, optando por un enfoque*

⁹ Euskadi. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Disponible en: https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2008/12/s08_0246.pdf

¹⁰ Gobierno Vasco (2018). Estrategia de promoción del Tercer Sector Social de Euskadi. Plan de legislatura 2018-2020. Recuperado de: https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_departamental/24_plandep_xileg/es_def/adjuntos/Estrategia%20promoci%C3%B3n%20tercer%20sector%20-%20Plan%20de%20la%20Legislatura%20CAST.pdf

¹¹ Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales de la CAE. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2012/01/20/pdfs/BOE-A-2012-868.pdf>

comunitario, capaz de otorgar **prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual**". De hecho, encontramos en su exposición de motivos que: "El Estatuto de Autonomía, que, al amparo del artículo 148.1.20 de la Constitución de 1978, atribuyen a la Comunidad Autónoma del País Vasco competencia exclusiva en materia de asistencia social, de organización, régimen y funcionamiento de las instituciones de protección y tutela de menores, y de desarrollo comunitario, igualdad, política infantil y juvenil y de personas mayores".

En el Decreto de Cartera¹² de 2015, en su artículo 12 punto 5, letra b, señala que: "gocen de su **derecho a vivir en su comunidad**, en igualdad de condiciones y opciones, y a su plena inclusión y participación activa en la misma, evitando su aislamiento o separación de ésta. A tal efecto, facilitará que las personas dispongan de apoyos formales (de entre los servicios y/o prestaciones económicas previstos en la Cartera de Prestaciones y Servicios a los que tengan derecho) para desarrollar las actividades de la vida diaria y mantener, recuperar o aumentar, en lo posible su autonomía". En el mismo decreto y articulado, en el punto 6, se remarca que: "en la determinación del recurso, o combinación de recursos más idónea y, en coherencia con el modelo comunitario, se adoptarán **enfoques de prevención y promoción de la autonomía, y participación y calidad de vida en la comunidad**".

En su punto 7, se plantea que: "las personas puedan tener derecho, a aquel recurso o combinación de recursos más adecuada para facilitar, cuanto sea posible, su inclusión social y el desarrollo de sus proyectos vitales, y hacer efectivo un grado satisfactorio, en cada caso, de participación activa, vida independiente y autonomía personal **en el seno de la comunidad**". En el artículo 13, en lo referente a la flexibilidad de los requisitos, en el punto 2, a) se remarca que: "se orientarán siempre a facilitar el continuo de atención y el uso de **las alternativas de atención más integradas en el medio comunitario** y, por tanto, una atención más personalizada, integral y próxima". En el mismo Decreto, en las fichas de los servicios, podemos leer el aspecto comunitario, la facilitación y la integración en el mismo con la finalidad de participar o adquirir competencias para ello, en los entornos comunitarios de las personas destinatarias.

Este aspecto aparece tanto en los servicios de competencia municipal como de responsabilidad foral, ya que se entiende por servicios comunitarios aquellos que cubren todo tipo de servicios a domicilio, servicios familiares, de vivienda y otros servicios de proximidad que defiendan el derecho de todas las personas a vivir en comunidad con igualdad de oportunidades y que pretendan evitar el aislamiento o la separación de la comunidad. Tales servicios incluyen la intervención temprana, el apoyo familiar, el ingreso en hogares de acogida, la asistencia personal, la rehabilitación, el apoyo residencial comunitario, los sistemas de vida independiente, el apoyo relacionado con la vivienda y el empleo con apoyo. En el Decreto mencionado **se concretan en las siguientes prestaciones:**

- Servicio de Ayuda a Domicilio – SAD **(1.2)**
- Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial **(1.3)**
- Servicios de alojamiento/Vivienda tutelada para personas en riesgo de exclusión **(1.9.2)**
- Servicios de alojamiento para personas mayores **(1.9.3 y 1.9.4)**
- Servicio o centro de día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía **(2.2.1)**

¹² Euskadi. DECRETO 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales

- Servicio o centro ocupacional (2.2.2)
- Centros residenciales para personas mayores (2.4.1)
- Centros residenciales para personas con discapacidad (2.4.2)
- Centros residenciales para personas con enfermedad mental (2.4.3)
- Centros residenciales para personas menores de edad (2.4.4)
- Centros residenciales para personas en situación de exclusión y marginación (2.4.5)
- Servicio de apoyo a la vida independiente (2.7.2.1)
- Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas (2.7.2.3)

En el anexo III, en la definición de las prestaciones técnicas, se establece que la atención personal va dirigida a cubrir las necesidades para **poder acceder al entorno comunitario**. La intervención educativa al igual que la mediación y la intervención psicosocial se desarrollarán con los entornos comunitarios.

2.4.2. Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia

En 1978, los elementos fundamentales del Estado del Bienestar se basaban en la protección sanitaria y de la Seguridad Social. Sin embargo, el desarrollo del ámbito social en las últimas décadas ha otorgado un papel fundamental a los servicios sociales con la colaboración del tercer sector como cuarto pilar del sistema de bienestar, en relación a la atención a las situaciones de dependencia.

En la exposición de motivos de la presente ley se establece que las entidades del TSS participan en la atención a las personas en situación de dependencia, apoyando a su vez tanto a las familias como a las corporaciones locales, constituyendo así, una importante red social que previene los riesgos de exclusión de las personas afectadas.

La mencionada ley se inspira en **diversos principios** regidores entre los cuales se encuentran la universalidad, la integralidad, la transversalidad, la personalización, la prevención y la permanencia de las personas, siempre y cuando sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida, así como la participación del TSS en la atención de las personas en situación de dependencia. Todo ello se encuentra estrechamente relacionado con la **actuación 7 de la EPTSSE y los artículos 7 y 8 de la Ley de Servicios Sociales**.

En el **artículo 13 –objetivos de las prestaciones de dependencia–** se establece que la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía debe facilitar la autonomía de la persona en su medio habitual todo el tiempo que desee y sea posible, coincidiendo de nuevo con lo expuesto en la **EPTSSE y la Ley de Servicios Sociales**, respecto a los principios de proximidad y continuidad. Además, el **Pilar Europeo de Derechos Sociales** en su artículo 18 expone lo siguiente *“toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios”*

A su vez, el **artículo 29 – Programa Individual de Atención–** establece que los servicios sociales establecerán un PIA en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a cada caso, contando para ello con la participación de la persona y/o familia, entre las diferentes alternativas propuestas.

2.4.3. Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social

El objeto de la misma es regular en el ámbito de la CAE, por un lado, los instrumentos de carácter social y las prestaciones económicas que resulten necesarias para prevenir el riesgo de exclusión personal, social y laboral, favoreciendo a su vez la inserción y el desarrollo de una vida independiente. Por otro lado, pretende establecer la organización institucional y los planes y programas que sean necesarios para la prevención de la exclusión social y de inserción de las personas afectadas por la misma.

La mencionada ley define la **exclusión social** como *“imposibilidad o incapacidad de ejercer los derechos sociales, fundamentalmente el derecho al trabajo, pero también el derecho a la educación, a la formación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna y a la protección social”*

Desde una perspectiva general, se encuentra excluida cualquier persona que, en mayor o menor grado, esté incapacitada o imposibilitada para el ejercicio de alguno o de varios de los derechos sociales que otorgan estatus de ciudadanía a un individuo.

El **Decreto 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la exclusión social** añade que las personas en esta situación experimentan serias dificultades para comunicarse y participar en la vida social y comunitaria lo que les conduce a un aislamiento comunicacional y relacional.

Dicho decreto, contempla en las diferentes dimensiones que valora, elementos directamente relacionados con el modelo comunitario como son: el apoyo social de redes secundarias comunitarias, las habilidades para usar los recursos comunitarios, la información de la que dispone el usuario sobre servicios y recursos de participación social, así como la valoración de la convivencia comunitaria y la aceptación social y/o estigmatización en la comunidad.

2.4.4. Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi

La presente ley tiene como objeto configurar, así como caracterizar el TSSE a través de las organizaciones y redes que lo conforman, adoptando y promoviendo a su vez, medidas orientadas a fortalecer dichas organizaciones y redes; impulsando la cooperación y colaboración de las organizaciones, entre sí y con el sector público y las empresas. Además, establece también como objetivo promover su participación y contribución en el ámbito de la intervención social en general, y de forma particular, en las políticas y sistemas de responsabilidad pública relacionadas con el ámbito mencionado. Entendiendo que la sociedad vasca cuenta con un tejido social extenso, plural y activo debido a las organizaciones que surgen de la libre iniciativa ciudadana y que canalizan la solidaridad organizada y la participación social de la ciudadanía, de las personas, familias, grupos o comunidades afectadas por una situación, problema o necesidad de carácter social. La ley subraya que el TSSE que canaliza un importante capital social, relacional y humano.

A pesar de que en la presente ley no se hace referencia al modelo comunitario de forma explícita sí que se identifican aspectos que guardan estrecha relación con el modelo comunitario de intervención tanto de forma general como de forma específica con los elementos que lo configuran.

Uno de los principales aspectos que guarda relación con el modelo comunitario es que las organizaciones combinan la respuesta a las necesidades y la colaboración con las instituciones con actividades de sensibilización y denuncia, así como con la propuesta de alternativas. Por un lado, a nivel individual, contribuyen al ejercicio efectivo de los derechos y al desarrollo de la autonomía. Por otro lado, a nivel colectivo, realizan acciones dirigidas a fomentar la ayuda mutua, la participación y cohesión social, así como el impulso de políticas sociales y los sistemas de responsabilidad pública.

El **artículo 6**, *-principios de actuación-* expone que las organizaciones del TSSE, así como las actuaciones que lleven a cabo tanto por sí mismas como en colaboración con otras entidades o con el sector público deben someterse a los **siguientes principios**:

- **Participación social:** las organizaciones del TSSE deben favorecer la participación activa de los diferentes colectivos tanto en su vida interna como en su actividad externa
- **Fortalecimiento del tejido social** a través de promover el voluntariado y la ayuda mutua
- Proporcionar **respuesta a las necesidades** de las personas destinatarias mediante servicios y/o actividades con funciones orientadas al reconocimiento, defensa y ejercicio de sus derechos, así como a la transformación social en clave de igualdad de oportunidades, accesibilidad universal, participación e inclusión social.
- **Detección y evaluación de necesidades**, así como la propuesta de alternativas
- **Transversalidad de las actuaciones** orientadas a la inclusión social con todos los sistemas de responsabilidad pública y ámbitos relacionados con la protección social y las políticas sociales
- El sector público vasco y las organizaciones del TSSE promoverán las medidas necesarias para **desarrollar nuevas formas e instrumentos de cooperación o colaboración**.
- Prestar especial atención a las situaciones que afrontan las personas que por distintos motivos no acceden a los sistemas de responsabilidad pública y procurando en colaboración con el sector público, que no queden desatendidas sus necesidades básicas y que puedan **contar con apoyo para iniciar procesos de inclusión**.

2.5. Definición y caracterización del TSSE

A modo de contextualización, resulta oportuno destacar algunos elementos característicos del TSSE para entender su configuración y actividad. El TSSE es un sector plural y diverso, compuesto por organizaciones de iniciativa e intervención social que comparten unas señas de identidad. La principal es su orientación a la transformación social y su defensa de un proyecto de sociedad más justa e igualitaria, participativa y solidaria.

Desarrollan actividades cuya finalidad es promover la inclusión social y el ejercicio de los derechos, con especial atención a las personas y colectivos que afrontan situaciones de vulnerabilidad o exclusión, desprotección, discapacidad y/o dependencia. Y lo hacen a través de la provisión de servicios (de responsabilidad pública o no) o de actividades relacionadas con la incidencia, la sensibilización o la denuncia.

Así mismo, mantienen un claro compromiso con las personas y la sociedad de la que surgen y a la que sirven, y adoptan un modelo comunitario de atención que ubica a las personas en el centro. Mantienen también un vínculo con el territorio, arraigando en los espacios y con las personas que los habitan.

De acuerdo con la **Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi**, entendemos que forman parte del TSSE:

- Las organizaciones de iniciativa social, con sede y actividad en la CAE, cuya finalidad principal es promover, a través de actividades de intervención social, la inclusión social, la cooperación al desarrollo y el ejercicio efectivo de los derechos de personas, familias, grupos, colectivos o comunidades que afrontan situaciones de vulnerabilidad o exclusión, desigualdad, desprotección, discapacidad o dependencia.
- Y también las redes, entendiendo por tales las organizaciones, de segundo nivel y superiores, representativas de otras, así como las organizaciones de intervención directa que sean representativas de un determinado colectivo, cuando no exista una red que lo represente en el territorio o ámbito geográfico de actuación de que se trate

De acuerdo con los datos del Barómetro 2023 del TSSE, se estima que este está formado por 4.259 organizaciones, lo que supone una tasa de 1,94 organizaciones por cada 1.000 habitantes. Estas organizaciones canalizan la participación social de 168.291 personas voluntarias y cuentan con 45.624 personas remuneradas en sus equipos de trabajo.

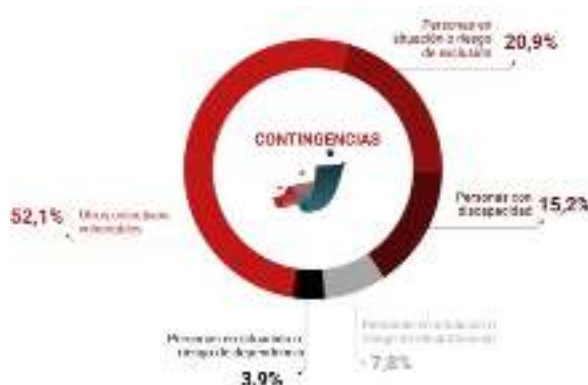
GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE ORGANIZACIONES SEGÚN VOLUMEN DE INGRESOS EN 2022 (%)

Forman parte del TSSE organizaciones pequeñas y medianas en términos de volumen de ingresos, y organizaciones grandes que manejan presupuestos por encima de 1.500.000€.



GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE ORGANIZACIONES SEGÚN CONTINGENCIA ATENDIDA (%)

El 20,9% de organizaciones del TSSE atiende a personas en situación o riesgo de exclusión, un 15,2% a personas con discapacidad, un 7,8% a personas en situación de desprotección y un 3,9% a personas en situación o riesgo de dependencia.



La actividad del resto, más de la mitad de las organizaciones, tiene como destinatarias principales a personas que enfrentan otras situaciones de vulnerabilidad o desigualdad, etc.

Las organizaciones del TSSE atienden a colectivos muy diversos. Teniendo en cuenta todos los que una misma organización puede atender, observamos que más de la mitad de las organizaciones atiende en mayor o menor medida a mujeres y a jóvenes. Las que trabajan con infancia y adolescencia representan el 47,2% del total y también son muy numerosas las que atienden a personas migrantes (40,7%) a personas mayores (38,9%), o a personas en situación o riesgo de pobreza (38,4%).

GRÁFICO 3. ORGANIZACIONES QUE SE DIRIGEN A CADA UNO DE LOS COLECTIVOS. (%)



La mayor parte de las organizaciones del TSSE (el 82,8%) compagina la **provisión de servicios** con otras funciones sociales vinculadas con la sensibilización y la defensa de derechos. Un 5,7% de organizaciones sólo provee servicios y un 11,4% de organizaciones sólo realiza otras funciones sociales

GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE ORGANIZACIONES SEGÚN PROVISIÓN DE SERVICIOS



Un 29,8% de las organizaciones proveedoras de servicios prestan servicios incluidos en las carteras de servicios de **responsabilidad pública** (la mayoría, además, provee también otros servicios no incluidos en estas carteras). Por su parte, otro 70,2% provee servicios no incluidos en las carteras de responsabilidad pública.

GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS SEGÚN TIENEN SERVICIOS DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA O NO (%)



3. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS

La finalidad última del presente informe es ofrecer una identificación de experiencias significativas de modelo comunitario para su posterior análisis e identificación de aprendizajes y/o líneas futuras de actuación en el ámbito de la exclusión social y la dependencia,

- adoptando como referencias el Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales, el Pilar Europeo de derechos sociales y la EPTSSE.
- y prestando especial atención a las experiencias significativas desarrolladas en el SVSS definidos en el Catálogo y la Cartera de prestaciones y servicios del SSV e incluyendo los servicios de responsabilidad pública prestados por entidades del TSSE.

De las ocho acciones reflejadas en la actuación 7 de la EPTSSE, y tal y como se ha comentado con anterioridad, el marco de este proyecto se **centra en la segunda acción y en la primera parte de la tercera acción**, que dictan así:

- **Definición de buenas prácticas de atención y gestión** que forman parte del acervo de las organizaciones del TSSE **conectadas con sus valores, el valor añadido a la provisión de servicios y las características del modelo comunitario y del Marco europeo voluntario de calidad** para los servicios sociales, como un marco de referencia compartido por el sector (valorar la posibilidad de realizar también comparaciones transnacionales).
- Análisis de la **adecuación al modelo comunitario de atención y al Marco europeo voluntario de calidad** para los servicios sociales, de los servicios y prestaciones en cuya provisión participan las organizaciones, identificando **líneas de mejora** en relación a las diferentes características o dimensiones de la atención y la gestión.

Los **criterios iniciales** para la delimitación de las experiencias han sido:

- Desde el punto de vista del ámbito de actuación, el proyecto se ha centrado en el ámbito de la intervención social, y más concretamente, la búsqueda de experiencias se ha centrado, **especial pero no únicamente**, en el **SVSS**.
- Han sido, principalmente, servicios de responsabilidad pública, y por lo tanto se encuentran dentro del **Catálogo de Servicios y el Decreto de Cartera**, aunque se han tenido en cuenta aquellos prestados por las **entidades de carácter singular**.
- Desde el punto de vista del ámbito territorial, el enfoque del trabajo ha puesto especial énfasis en el ámbito local de **competencia municipal** (en algunos casos podrán ser supramunicipales, refiriéndose a Mancomunidades, Cuadrillas o Comarcas), o de **competencia foral**.
- Se ha centrado en servicios relacionados con las **contingencias de exclusión y dependencia**.

Una vez realizada la delimitación de las experiencias, según los criterios que acabamos de presentar, se ha estudiado cada uno de ellos en base a la atención y gestión. Por lo tanto, **el análisis de cada servicio se ha realizado en base a estas características**, presentes en la actuación 7 de la EPTSSE, y en los artículos 7 y 8 de la Ley de Servicios Sociales:

En coherencia con su finalidad, el proyecto persigue los siguientes objetivos:

- Definición de experiencias significativas de atención y gestión.
- Analizar las experiencias identificadas
- Identificación de líneas de mejora (a nivel de experiencia, organización, sector)

El siguiente cuadro recoge de manera sintética los objetivos y los interrogantes a los que se quiere dar respuesta:

FIGURA 1. OBJETIVOS E INTERROGANTES A RESPONDER

OBJETIVOS	•INTERROGANTES A RESPONDER
1. Definición de experiencias significativas de atención y gestión.	• ¿Cuál ha sido el objeto - finalidad y destinatarias- de la experiencia? • ¿Qué actividades y procesos se han puesto en marcha? • ¿Cuáles han sido los resultados?
2. Analizar las experiencias identificadas	• ¿Qué características tienen las experiencias vinculadas a las dimensiones del modelo comunitario que se acaban de señalar que cabe considerar experiencias significativas? • ¿Qué características tienen las experiencias vinculadas a los indicadores del <i>Marco europeo voluntario de calidad para los servicios sociales</i> que cabe considerar buenas prácticas?
3. Identificación de líneas de mejora (a nivel de experiencia, organización, sector)	• ¿Qué características se deben mejorar o fortalecer? • ¿Qué elementos se deben implementar o reforzar para ello?

4. METODOLOGÍA Y PROCESO DE TRABAJO

4.1. Metodología

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, el objetivo del estudio es ofrecer una identificación de experiencias significativas de modelo comunitario para su posterior análisis e identificación de aprendizajes y/o líneas para seguir avanzando.

En este sentido, se ha utilizado una **metodología cualitativa** por ser la más adecuada a la finalidad propuesta en el proyecto y se ha desarrollado a través de diferentes técnicas: trabajo de documentación a través de fuentes secundarias (rastreo web) para la identificación y selección de experiencias en base a los criterios establecidos, en contraste con Sareen Sarea y, entrevistas en profundidad a organizaciones del TSSE dirigidas a) entidades del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo por ser precursoras en desarrollo del modelo comunitario y b) a entidades de las contingencias de exclusión y dependencia cuyas experiencias han sido identificadas como significativas en este informe.

4.1.1. Entrevistas a profesionales del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo

Como primer paso del trabajo de campo, y tras un contacto previo con Sareen Sarea, se mantuvo contacto con FEVAS, como red que agrupa a las organizaciones de Euskadi que atienden a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, para explicar el proyecto y consensuar la idoneidad de las organizaciones a entrevistar. A través de FEVAS se estableció contacto con tres organizaciones que atienden a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo para la realización de entrevistas. El objetivo era el contraste del marco teórico y la fundamentación del proyecto en base a su recorrido y conocimiento del modelo comunitario, y la plasmación en los diversos recursos, servicios y programas que han implementado a lo largo de su trayectoria. Asimismo, con el objetivo de identificar y recoger experiencias concretas de implementación de los elementos del modelo comunitario.

En total, se han realizado 3 entrevistas a entidades del TSS del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo. En conjunto, en el trabajo de campo han participado 6 personas, 2 por cada organización entrevistada (puede consultarse la relación de entidades en el Anexo 10.2).

4.1.2. Documentación a través de fuentes secundarias y contraste con Sareen Sarea

Una vez realizada la delimitación del objeto de estudio y formulado el marco teórico legislativo y conceptual que enmarca este informe, se procedió a realizar una doble tarea que implicaba tanto un trabajo de documentación a través de fuentes secundarias, como una primera identificación de experiencias y prácticas candidatas a formar parte de la muestra sobre la que se quería trabajar.

El trabajo de documentación consistió en la recogida de información a partir del rastreo web. Dicha búsqueda se ha realizado siguiendo unos criterios previamente establecidos y tratando de identificar el máximo posible de prácticas y experiencias que se ajustasen a dichos criterios. Ese proceso de trabajo interno del equipo del Observatorio permitió elaborar un primer listado de experiencias significativas que se contrastó posteriormente con Sareen Sarea.

El objetivo de este contraste fue garantizar que efectivamente se habían identificado experiencias significativas que los propios agentes que trabajan en el ámbito de la intervención social reconocían como valiosas desde su conocimiento directo en base a aspectos relativos al modelo comunitario.

Como ya se ha explicado, junto a estos criterios de significatividad resueltos por agentes externos al Observatorio, se tuvieron en cuenta otras variables que aseguraban que, aunque se trate de un muestreo intencional, éste alcanzara también un mínimo de representatividad al garantizarse que todas las realidades territoriales estuvieran presentes y que, en conjunto, se ofrecían experiencias diversas en términos de colectivo y actividad desarrollada. En el apartado sexto de este informe se da cuenta de la caracterización de las experiencias y su acomodo a los criterios establecidos.

4.1.3. Entrevistas a profesionales del ámbito de la exclusión social y dependencia

Con una veintena de experiencias significativas ya identificadas y contrastadas, se procedió a informar a las instituciones públicas implicadas en las experiencias seleccionadas que constituyen servicios de responsabilidad pública sobre la finalidad del proyecto y el comienzo del trabajo de campo. Tras ello, se procedió a contactar de forma individualizada con las organizaciones del TSSE de cada una de las experiencias seleccionadas (21 entidades en total correspondientes a 20 experiencias). La muestra de agentes a entrevistar fue, por lo tanto, intencional, buscando agentes implicados en cada una de las experiencias.

El contacto con las organizaciones se realizó tanto por correo electrónico como por teléfono. El objetivo era informar sobre el estudio, sus objetivos, metodología y requerir su participación. Todas las entrevistas fueron realizadas de forma individualizada con cada agente. Se llevaron a cabo tanto de forma telemática (**n=14**) como de forma presencial (**n=7**).

Desde la perspectiva del trabajo de campo, para estudiar las 20 experiencias se han realizado 21¹³ entrevistas en total a entidades del TSSE. En conjunto, en el trabajo de campo han participado 27 personas. Este número es mayor al de entrevistas realizadas debido a que en ocasiones por una misma entidad acudieron varias personas. Atendiendo al perfil de las personas que han participado, todas habían desarrollado trabajo de intervención y en algunos casos, actualmente desarrollaban puestos de coordinación técnica.

Las entrevistas seguían un guion semiestructurado. Como se puede observar en el guion que se adjunta como anexo (10.3), se buscaba tanto contrastar algunos datos básicos sobre la experiencia significativa como, sobre todo, conocer su valoración desde la perspectiva de las entidades del TSSE. En este sentido, se intentaba identificar elementos para despliegue e implementación, así como orientación y líneas para seguir avanzando en el modelo comunitario,

¹³ Una de las experiencias identificadas se lleva a cabo en colaboración entre dos entidades.

de cara a las administraciones públicas, el TSSE o las personas destinatarias de las intervenciones.

4.2. Proceso de trabajo

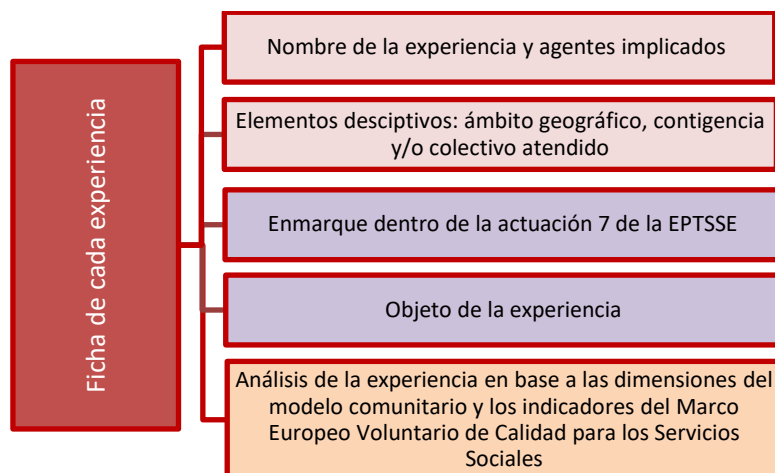
El proceso de trabajo del informe consta de cuatro fases secuenciales. La primera, de diseño del estudio, tenía por cometido delimitar el objeto de estudio, elaborar tanto la justificación como el marco del informe y diseñar las herramientas para el trabajo de campo. La segunda ha supuesto el desarrollo del trabajo de campo, implicando el trabajo de documentación en fuentes secundarias y rastreo web, el contraste con Sareen Sarea y la realización de entrevistas en profundidad a agentes. La tercera, de análisis, se refiere a la extracción, a partir de las entrevistas y de la información recabada, de una serie de conclusiones o aprendizajes y su contraste. Y una cuarta y última, de transferencia de resultados, que se realizará una vez se publique el informe. El siguiente cuadro explica de forma gráfica las **cuatro fases** y los pasos dados en cada una de ellas:

FIGURA 2. PROCESO DE TRABAJO



Con todo, el informe ofrece el conjunto de fichas de las experiencias analizadas. En cada una de ellas se han recogido de manera descriptiva distintos campos de información ordenados en tres bloques: el primero relativo a los datos básicos y elementos descriptivos; el segundo con la descripción de la experiencia significativa; y el tercero en el que se recoge información sobre la relación de la misma en base a las dimensiones del modelo comunitario y los indicadores del Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales.

FIGURA 3. ESTRUCTURA FICHA EXPERIENCIA



Cabe tener en cuenta, que algunas de las experiencias significativas seleccionadas han experimentado algunos cambios en el tiempo o en los *stakeholders*, desde propuestas iniciales hasta lo finalmente ejecutado.

Además de las fichas, el informe ofrece en su séptimo capítulo, por un lado, un acercamiento al contexto y a los recorridos a tener en cuenta en cuanto al modelo comunitario en el TSSE, en el que se recogen los resultados de las 3 entrevistas realizadas a entidades de discapacidad intelectual y del desarrollo. Por otro lado, incluye un análisis complementario de las experiencias significativas en base a **cinco cuestiones** de interés: a) visión general sobre el modelo comunitario; b) análisis de elementos y dimensiones del modelo comunitario; c) agentes sociales a los que interpela el modelo; d) diferencias y similitudes entre las contingencias de exclusión y dependencia; e) y aspectos a tener en cuenta desde la perspectiva de género. Por último, en el octavo capítulo, se indican algunas líneas en relación con las diferentes características o dimensiones de la atención para seguir avanzando en el despliegue del modelo comunitario.

5. EXPERIENCIAS IDENTIFICADAS

5.1. Caracterización de las experiencias

Tal y como se ha expuesto con anterioridad la relación de experiencias identificadas y seleccionadas responde a una variedad de criterios establecidos en la metodología y el diálogo con Sareen Sarea. A continuación, se detallan las principales características de la muestra intencional con la que finalmente se ha trabajado:

TABLA 1. MUESTRA

Criterio	Opciones	Número de experiencias
Ámbito geográfico	Araba	3
	Bizkaia	7
	Gipuzkoa	8
	Gipuzkoa y Bizkaia	1
	CAE	1
Contingencia atendida	Dependencia	6
	Exclusión	12
	Ambas	2
Responsabilidad pública	Sí	11
	No	9

Tal y como puede observarse, el objetivo no ha sido buscar la representatividad sino alcanzar el equilibrio en la selección de las experiencias significativas a nivel de territorio, contingencia atendida y responsabilidad pública o privada. En lo que se refiere a contingencia atendida, el número de experiencias pertenecientes al ámbito de la exclusión social es mayor que las correspondientes a la contingencia de dependencia. Esto guarda coherencia con los datos del Barómetro 2023 del TSSE que muestran que el 20,9% de organizaciones del TSSE atiende a personas en situación o riesgo de exclusión y un 3,9% a personas en situación o riesgo de dependencia.

En referencia al Territorio Histórico, hay un menor peso de experiencias seleccionada del territorio histórico de Araba, lo cual también guarda coherencia con los datos del Barómetro 2023 del TSSE que muestran que en Bizkaia se ubican el 56,2% de las organizaciones del TSSE, frente a un 28,9% en Gipuzkoa y un 14,9% en Araba.

Siguiendo los criterios establecidos para la selección de la muestra, se han escogido algo más de la mitad de las experiencias (n=11) de responsabilidad pública, es decir, recursos o servicios incluidos en la Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS¹⁴. Sin embargo, cabe destacar que el modelo comunitario actualmente se encuentra más desarrollado en servicios que no son de responsabilidad pública y que suelen ser iniciativa de las propias entidades por lo que no están incluidos dentro del Decreto de Cartera, aunque resulta previsible que se vayan incorporando de forma progresiva.

¹⁴ Los programas o proyectos identificados como experiencias significativas que se han desarrollado dentro de recursos o servicios incluidos en la Cartera, están recogidos como experiencias de responsabilidad pública.

5.2. Elementos del modelo comunitario analizados en las experiencias

El modelo comunitario de atención definido en artículo 8 de la Ley 12/2008, de Servicios Sociales se caracteriza, entre otros aspectos, por la adaptación de los recursos y las intervenciones a las características de cada comunidad local, contando con las personas y entidades en la identificación de las necesidades y su evaluación, la atención en el entorno habitual, la personalización de la atención, el carácter interdisciplinar y preventivo de la intervención.

- **PROXIMIDAD:** Atención en la comunidad, en el domicilio o en el que ha venido siendo su lugar de residencia habitual, de forma descentralizada, adecuando las prestaciones y servicios a las características de cada colectivo y territorio (comunidad), contando con su participación en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y actualización de los servicios.
- **INTEGRALIDAD:** Integrado con otros servicios, valorando el grado de conexión o adecuación de un servicio con otras prestaciones y servicios que puede recibir una misma persona usuaria, trabajando en red dentro y fuera de la organización, con la persona y su contexto. La conexión puede desbordar el SVSS y abarcar diferentes sistemas (servicios sociales, salud, educación, promoción del empleo...) y espacios (socio-sanitario, socio-educativo...).
- **CONTINUIDAD:** Se entiende como el continuo de atención a lo largo del tiempo e incluso de la vida, cuando resulte necesario.
- **INTERDISCIPLINARIEDAD:** Promoción del trabajo en equipo y la integración de las aportaciones de las diversas profesiones, a fin de garantizar el carácter integral de la atención prestada y la aplicación racional y eficiente de los recursos públicos y de todo tipo
- **PERSONALIZACIÓN:** Posibilidad de adecuación de un servicio o combinación de servicios a las necesidades y requerimientos de una persona usuaria, mediante una planificación centrada en la persona, ofreciendo una atención ajustada a las necesidades particulares de la persona y/o familia y basada en la evaluación integral de su situación, contando con su participación con el objeto de garantizar la coherencia y continuidad de los itinerarios de atención, incluyendo mecanismos de evaluación y revisión periódica que permitan verificar la adecuación del plan a la evolución de las necesidades de la persona.
- **PARTICIPACIÓN:** Empoderamiento y autonomía en el grado de decisión sobre las prestaciones y servicios más adecuados, siempre en el marco de la prescripción técnica, y autodeterminación en relación con la definición del propio proyecto de vida o los objetivos de la intervención. También se hace contando para ello con la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades y en su evaluación.
- **ENFOQUE PREVENTIVO:** Capacidad de anticipación, de generación de hábitos, prácticas o conductas que preserven la salud, el bienestar y la autonomía de las personas, aplicando el análisis y a la prevención, de las causas estructurales que originan la exclusión o limitan el desarrollo de una vida autónoma. Así mismo, se orientará a la integración de la ciudadanía en su entorno personal, familiar y social y promoverá la normalización facilitando el acceso a otros sistemas y políticas públicas de atención. El enfoque preventivo se incorporará en

todas las prestaciones, servicios y programas y actividades, actuando, en la medida de lo posible, antes de que afloren o se agraven los riesgos o necesidades sociales.

- **ACCESIBILIDAD:** Requisito para que un servicio sea de fácil acceso para cualquier persona. Permite que los entornos, recursos y/o servicios sean utilizados sin dificultad por todas las personas para conseguir los objetivos planteados. Por tanto, implica el acceso y cobertura universal ya sea para solicitar información, valoración y/o prestación de servicios de calidad sin discriminación alguna en función de las necesidades.
- **RESPECTO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS:** La participación de las personas usuarias está estrechamente ligada con el ejercicio de sus derechos, tal y como recoge la legislación vigente. En la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, en su artículo 9, se establecen los derechos de las personas usuarias que deben ser garantizados. Se reconocen catorce derechos:

➔	Derecho a acceder a los servicios sociales en condiciones de igualdad, dignidad y privacidad.
➔	Confidencialidad.
➔	Derecho a la autonomía
➔	Consentimiento libre y específico.
➔	Derecho a dar instrucciones previas para situaciones futuras de incapacidad respecto a asistencia o cuidados que se le puedan procurar, incluyendo nombrar un tutor.
➔	Renuncia a las prestaciones y servicios concedidos.
➔	Disposición de información suficiente, veraz y fácilmente comprensible, y acceso al expediente público individual en cualquier momento.
➔	Asignación de una o un profesional de referencia.
➔	Disposición de una evaluación o diagnóstico de sus necesidades en un plazo razonable de tiempo, por escrito y en un lenguaje comprensible.
➔	Disposición de un plan de atención personalizada y participación en su elaboración; participación, individual o colectiva, en las decisiones que le afecten y en el funcionamiento de los servicios, y acceso a cauces de información, sugerencia y queja.
➔	Selección del tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso en función de su disponibilidad y atendiendo a la prescripción técnica de la persona profesional de referencia.
➔	Atención, en función de su preferencia, en cualquiera de los dos idiomas oficiales de la CAE.
➔	Derecho a la calidad de las prestaciones y servicios, de acuerdo con los requisitos materiales, funcionales y de personal

- **ORIENTACIÓN A RESULTADOS CENTRADOS EN LAS PERSONAS USUARIAS Y SU RED DE APOYO:** El mencionado elemento se ha analizado como transversal al resto de elementos expuestos con anterioridad debido a su implicación directa en todos ellos.

5.3. Fichas resumen de las experiencias

A continuación, se presentan las fichas correspondientes a cada experiencia significativa seleccionada clasificadas en función de la contingencia que atienden –exclusión, dependencia o ambas–.

1

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

ASKARRI

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA Y ASKABIDE

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Bizkaia

CONTINGENCIA: Exclusión

COLECTIVO ATENDIDO: Mujeres en situación de exclusión social

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Pública

WEB: <https://www.askabide.org/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Generar un espacio seguro y de protección para las mujeres para potenciar el desarrollo personal, así como las capacidades, habilidades y autonomía personal. Ofreciendo oportunidades de integración y participación en el espacio comunitario, fomentando a su vez el mantenimiento y refuerzo de las redes familiares y sociales de apoyo.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Piso para la inclusión social de mujeres en situación de exclusión social con alta intensidad de apoyo. El objetivo se basa en proporcionar a estas mujeres los apoyos instrumentales, cognitivos y emocionales que requieran en su proceso de inclusión.

UBICACIÓN:

Ubicado en Bilbao, pero con ámbito de actuación en Bizkaia.

INICIO:

1990

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

El piso está ubicado actualmente en un barrio céntrico de Bilbao, lo que favorece la proximidad a recursos y/o servicios de diferentes ámbitos. Anteriormente se encontraba en una zona dónde se recomendaba a las mujeres participar en la comunidad fuera de dicha ubicación debido a lo que implicaba para ellas a nivel personal y social.

CONTINUIDAD

Dentro de la cronicidad existe movilidad. Se realiza una previsión en función de las necesidades actuales y futuras de la persona para activar los mecanismos necesarios en caso de que se haga la valoración de que la persona tenga que acudir a otro servicio y/o recurso ya sea por mejora de su situación o por el contrario por empeoramiento. Se realiza seguimiento y/o acompañamiento una vez que la mujer abandona el recurso para favorecer la adaptación y ofrecer un respaldo, la intensidad varía en función de la casuística y la necesidad de la persona.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo está conformado por diferentes perfiles: trabajadoras sociales, educadoras y psicóloga, favoreciendo una intervención integral trabajando en todas las áreas. A nivel de recursos existe coordinación con todo tipo de agentes, tanto del TSSE como de la Administración Pública: salud, justicia, ocio y tiempo libre, formación ocupacional y laboral, vivienda, exclusión, familia e infancia, entre otros. La coordinación se valora de forma positiva, aunque se resalta que depende más del grado de colaboración y accesibilidad de los profesionales que del propio ámbito.

PERSONALIZACIÓN

Las mujeres acuden con un Plan de Atención Personalizada (en adelante, PAP). Tras un periodo de tres meses, se valora el ajuste del mismo y se crea el PIA con la persona destinataria, teniendo que validarlo y firmarlo si está de acuerdo. Cuentan con espacio

	donde se fomenta la participación activa en la creación del PIA pero suelen requerir de propuestas y orientación profesional para poder establecer unos objetivos ajustados a la realidad.
PARTICIPACIÓN	Aspecto muy desarrollado por la entidad pero a su vez valorado como el más complejo debido a que, a pesar de proporcionar y facilitar los espacios de participación y generar experiencias valoradas como positivas por las mujeres destinatarias, el estigma y las experiencias previas de las mujeres suponen una barrera. Se fomenta tanto la participación de forma individual como grupal en actividades del entorno comunitario.
ENFOQUE PREVENTIVO	Si se detectan situaciones que pueden ser perjudiciales para las mujeres a corto, medio o largo plazo se activan los mecanismos necesarios para reducir y/o evitar el daño. Por ejemplo, situaciones relacionadas con la salud mental, salud física, vulnerabilidad o de relaciones tóxicas y/o de violencia, entre otras. Se trabaja desde la psicoeducación a todos los niveles. Se cuidan las intervenciones para no iniciar intervenciones que puedan generar más perjuicio que beneficio.
ACCESIBILIDAD	Se fomenta la accesibilidad a los recursos y/o servicios que se puedan requerir a través por un lado, de la orientación e información y por otro lado, del acompañamiento a los mismos.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

AURKIGUNE

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA Y BIZITEGI

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Bizkaia**CONTINGENCIA:** Exclusión social**COLECTIVO ATENDIDO:** Exclusión social, salud mental y/o adicciones**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** Pública**WEB:** <https://www.bizitegi.org/aurkigune/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:	Movilizar y dinamizar el barrio facilitando el encuentro entre diferentes personas y generando actividades que desarrollen interés en la comunidad.
----------------------------------	---

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:	Se trata de una experiencia que fomenta la formación y empoderamiento de personas destinatarias, ofreciendo servicios a la comunidad a través de la escucha y difundiendo y poniendo en marcha actividades gratuitas de interés común para generar lazos entre las personas y promover el bienestar social de la comunidad.
---	---

UBICACIÓN:	Bilbao, en los barrios de Otxarkoaga y Uribarri, con objetivo próximo de despliegue a otros distritos de Bilbao y a Bizkaia.
-------------------	--

INICIO:	2009
----------------	------

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Los recursos se enclavan en los barrios donde desarrollan la actividad comunitaria, Uribarri y Otxarkoaga y están abiertos a los vecinos y vecinas que quieran participar en las actividades de los centros de día. Se fomenta la interrelación entre la entidad y la comunidad a través de la oferta y demanda de servicios y/o actividades en los dos barrios.

CONTINUIDAD

Participan personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años por lo que se van adaptando a las necesidades presentadas en cada periodo del ciclo vital de las personas destinatarias. En los casos en los que las personas, por necesidades sociosanitarias o psicosociales, han accedido a otros recursos y/o servicios los profesionales de referencia durante su estancia han mantenido el vínculo en la medida de lo posible a través de visitas y/o acompañamiento puntual.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

Equipo interdisciplinar conformado por educadoras sociales, trabajadoras sociales, abogada, psicólogas, enfermera y orientadora laboral. Se produce coordinación con entidades del TSSE del ámbito de la exclusión social, inmigración o discapacidad, entre otros, y con Administración Pública: Lanbide, SSB, Diputación Foral de Bizkaia, Ayuntamiento de Bilbao y Osakidetza. A nivel comunitario participan en las actividades de las asociaciones y colegios del barrio de Uribarri y Otxarkoaga, además de formar parte de varias comisiones como la de igualdad y euskera.

PERSONALIZACIÓN

Se ha evolucionado hacia un modelo más personalizado y participativo a la hora de realizar los Planes de Atención Individualizada (en adelante, PAI). Se han adaptado dichos planes a través de metodología de lectura fácil y también con pictogramas que faciliten la comprensión de cada dimensión del mismo. Se identifican las necesidades e

	inquietudes de cada persona para fomentar su participación en actividades que puedan ser de su interés, tanto a nivel comunitario como a nivel de la organización.
PARTICIPACIÓN	Se proporcionan espacios de participación a través de asambleas en las que los profesionales tienen un rol más de acompañamiento y apoyo. Las personas destinatarias adquieren diferentes roles dentro de los grupos de participación tales como tesorero, vocal... y participan tanto en el diseño, como implementación y evaluación de las diferentes actividades y/o servicios. Una de las metodologías empleadas es trasladar a las personas destinatarias diferentes necesidades y/o peticiones del entorno comunitario para implicarles en los procesos. Actualmente hay personas del centro de día que realizan acompañamiento a personas mayores del barrio al ambulatorio o a las compras, sacan a pasear a los perros de las personas que por diferentes circunstancias no pueden hacerlo, participan en las actividades de las fiestas, movilizaciones del barrio y son los encargados de vender los productos que realizan en los diferentes talleres en el mercado de navidad de Bilbao. La participación es bidireccional: tanto las y los vecinos del barrio acuden a actividades realizadas en el centro de día tales como estimulación cognitiva, talleres ocupacionales... y las personas del centro de día acuden a clases de pintura, clases de euskera, entre otras, que se llevan a cabo en el barrio.
ENFOQUE PREVENTIVO	Se previenen situaciones de aislamiento y soledad no deseada así como prejuicios e ideas estereotipadas. Al tratarse de una participación bidireccional fomenta el enfoque preventivo porque genera que las personas más vulnerables dejen de ser invisibles para la comunidad y se establezca una comunicación fluida entre el barrio y la asociación para detectar y prevenir situaciones psicosociales que puedan implicar riesgo(s).
ACCESIBILIDAD	Pueden acceder las personas usuarias de Bizitegi y la ciudadanía de Bilbao.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

BEINKE

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA E IRSE-BI

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Bizkaia

CONTINGENCIA: Exclusión

COLECTIVO ATENDIDO: Jóvenes de entre 18-25 años

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Pública

WEB: <https://irse-ebi.org/areas-de-intervencion/inclusion-social/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Acompañamiento psicosocial a jóvenes en exclusión derivada o agravada por la desadaptación social para que mejore su situación o al menos no empeore o se cronifique.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Centro sociosanitario de atención diurna destinado a jóvenes con problemas de autorregulación conductual y emocional, presencia de consumo de drogas, carencia de habilidades para la vida diaria, carencia de salidas laborales y escaso recorrido formativo. Además, la entidad cuenta con un centro residencial.

UBICACIÓN:

Ubicado en Bilbao, con ámbito de actuación en Bizkaia.

INICIO:

2016

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Se valora la importancia del trabajo con la comunidad, entendiéndolo no como unas acciones aisladas sino como un trabajo constante en el tiempo. A nivel comunitario, por un lado, se fomenta la participación de los y las jóvenes en las actividades y/o recursos del barrio donde está ubicado el centro de día; y, por otro lado, se promueve que los y las vecinas del barrio participen en las actividades que se proponen desde el recurso. A nivel habitacional también se realizan coordinaciones con las personas arrendatarias, realizando visitas periódicas y favoreciendo una buena comunicación entre arrendador-arrendatario.

CONTINUIDAD

No está diseñado como un recurso finalista sino como una parte del proceso de los y las jóvenes que acuden. El tiempo de estancia en el Centro de Día es de dos años con posibilidad de dos prórrogas de seis meses y en el recurso residencial es de un año, con prórrogas de seis meses. Desde que se produce la vinculación se trabaja de forma progresiva la desvinculación para que no lo sientan como un abandono una vez termina el tiempo de estancia. Una vez que finalizan su estancia en el servicio se realiza un seguimiento y acompañamiento gradual hasta que se considere que esa figura educativa debe ir desapareciendo.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo está formado por perfiles sociales: educadoras, trabajadoras sociales y psicólogas. También acude una vez a la semana un psiquiatra para acercar la salud mental a las y los jóvenes desde la normalidad. Se produce coordinación, con la periodicidad que requiera cada caso, tanto con la red pública como con la privada, así como con la comunidad y el entorno natural de cada persona y con los espacios de proximidad del centro. También se utilizan herramientas para establecer el foco en el trabajo con la red interna, red externa, práctica cotidiana y no centrarse únicamente en

	la persona como sujeto único de la intervención. Basan su trabajo en la ACP y en la mentalización, construyendo así un modelo propio de intervención. Se trabaja desde la integralidad entendiendo que el tiempo es limitado y la relación que se establece con los y las jóvenes es durante un periodo determinado. Por eso, el objetivo principal es conectar a los y las jóvenes con su red natural de referencia: Centro de Salud Mental, trabajadora social de SSB, médico de Atención Primaria, abogado, centros formativos, entre otros. Se favorece la orientación y el acompañamiento a los recursos y/o servicios que puedan atender la demanda y/o necesidad que aparece para que cuando alcancen mayores niveles de autonomía sepan a dónde deben acudir y porqué. También se trabaja a través de reuniones con la red natural de la persona mediante la metodología del “caso por caso”.
PERSONALIZACIÓN	Desde el itinerario de acceso del joven o la joven se elabora un PAP para cada caso, que se revisa cada seis meses o cuando resulte necesario. Se ha ido trabajando en conseguir que los objetivos fuesen más personalizados desde un análisis real de la necesidad, capacidad e interés de cada persona. Los y las jóvenes participan en la elaboración del PAP desde sus propias demandas y desde la objetivización de la sintomatología. La normativa la valoran como imprescindible pero no tanto desde la rigidez o la parte punitiva-sancionadora sino como forma de evaluar y de ir adaptando el servicio a las necesidades de cada persona.
PARTICIPACIÓN	El primer objetivo es vincular a la persona con las personas profesionales para que se genere una adhesión a la relación de ayuda y permita al profesional conocer los intereses de la persona para conectar sus demandas con sus necesidades. Se trabaja la participación a través de la adquisición de hábitos y rutinas, cumplimiento de horarios, compromiso con los objetivos planteados, habilidades sociales básicas, trabajando la tolerancia a la frustración, la gestión de las emociones básicas. Todo ello permite construir una red mínima y/o preparatoria desde los aspectos más básicos e ir avanzando de forma progresiva. La familia también participa en la medida de lo que deseen por ambas partes en los procesos de los y las jóvenes.
ENFOQUE PREVENTIVO	Se trabaja con las personas jóvenes la conciencia de la enfermedad mental y el consumo de drogas legales e ilegales, en paralelo al trabajo que realiza el psiquiatra de referencia. El equipo educativo está en el continuo del tiempo y trabaja aspectos desde la psicoeducación en salud mental y también en cuanto al abordaje de relaciones de riesgo, explicando en ambas casuísticas los riesgos a corto, medio y largo plazo.
ACCESIBILIDAD	Se orienta a la persona a los recursos que sean necesarios para ella ya sea a nivel de salud mental y/o física, a nivel laboral, ámbito de extranjería o ámbito jurídico. Se considera fundamental enseñar a qué recursos deben dirigirse para depende que demandas y la importancia que tiene que acudan.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

EKINEZ

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA Y COMISIÓN ANTISIDA DE BIZKAIA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Bizkaia

CONTINGENCIA: Exclusión social

COLECTIVO ATENDIDO: Grave exclusión social, drogodependencias y enfermedad mental

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Pública

WEB: <http://www.bizkaisida.com/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Dar respuesta a nuevas necesidades y motivaciones de personas en situación de exclusión social que deseen avanzar en su desarrollo personal y social.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Se trata de un servicio de acompañamiento para el tratamiento de las desinserciones sociales. Se apuesta por un modelo de servicio capaz de adaptarse a las particularidades de cada persona. Un servicio orientado por una ética concreta y teniendo en cuenta que cada persona es diferente. Se realiza un esfuerzo por pensar nuevas formas para atender las invenciones particulares de cada persona y fomentando el trabajando colaborativo entre profesionales, instituciones y servicios.

UBICACIÓN:

Bilbao, en los barrios San Francisco y Zabala.

INICIO:

2013

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

El servicio está enclavado en el entorno donde las personas destinatarias desarrollan su día a día. Forma parte de la red de intercambio de espacios del barrio de San Francisco, donde pueden tanto solicitar como ofrecer espacios y/o servicios. Se mantiene buena relación con la comunidad. Forma parte de un proyecto junto con el Observatorio de la Convivencia para trabajar las necesidades y/o problemáticas que puedan surgir. Se participa en las iniciativas del barrio y la comunicación con los comercios del barrio es fluida.

CONTINUIDAD

Se realiza acompañamiento y/o seguimiento de las personas que así lo deseen independientemente de si acuden al servicio o no. Se interviene en diferentes espacios a través del trabajo de calle, pisos pertenecientes al proyecto hábitat, gestionado también por la entidad, o incluso a través de las redes sociales.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

Se trabaja en red con otros recursos y agentes sociales. La metodología empleada se basa en realizar una coordinación de un caso en concreto en la que estén presentes los diferentes profesionales que atienden a la persona para poder abordar el caso de forma integral. Pueden acudir también personas que sean referentes de las personas destinatarias, ya sea un familiar, un vecino, un comerciante del barrio... En las reuniones de coordinación con otros profesionales no comparten herramientas, sino que se trata de una conversación estructurada basada en la interdisciplinarietà y en el intercambio de saberes, se exponen propuestas y métodos de cómo materializarlas. Se considera fundamental que las instituciones se impliquen en el trabajo en red.

PERSONALIZACIÓN	A través de la metodología de intervención “<i>construcción del caso</i>”¹⁵ desarrollan su trabajo desde la singularidad de la persona y desde la adaptación a sus características. Se fomenta que sea la persona la que marque su propio proceso desde de su personalidad, intereses y capacidades con la intensidad de acompañamiento que necesite. Se intenta que la estructura del recurso se adapte a la persona y sus peculiaridades y que no sea la persona la que tenga que adaptarse al recurso perdiendo así su singularidad. Cada reunión de caso semanal se centra en una persona en concreto, no se trabajan diferentes casos en la misma sesión.
PARTICIPACIÓN	Se realiza una asamblea semanal en la que se tratan temas cotidianos como organización semanal, propuesta de planes, conflictos que hayan podido generarse... No se ofrece a las personas destinatarias un planning de actividades preestablecido sino que promueven que sean ellos y ellas quienes propongan actividades en función de sus intereses. El hecho de que no les fueren a participar promueve que participen y se involucren. Comenzaron haciendo una excursión al mes y en la actualidad realizan una por semana porque las personas así lo han demandado. La entidad es partidaria de que cada persona desarrolle sus propias capacidades e intereses, lo que a su vez genera lazo social y comunitario.
ENFOQUE PREVENTIVO	Se apuesta por un enfoque de reducción de riesgos: actuaciones de carácter preventivo; y de reducción de daños: actuaciones orientadas a disminuir el daño causado por el consumo de drogas, entre ellas se encuentran cambiar las vías de consumo por otras menos lesivas, los programas de mantenimiento con metadona, entre otras líneas de actuación. Se trabaja la prevención en el ámbito de la salud y la cronicidad de los procesos de exclusión social.
ACCESIBILIDAD	El único requisito es tener realizada la valoración de exclusión social pero el perfil que se atiende es muy diverso y cualquiera de ellos tiene cabida en el recurso. Al ser un recurso basado en la no prohibición facilita el acceso de las personas que no acceden o no se adhieren a otro tipo de recursos y/o servicios.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

¹⁵ Para obtener mayor información: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6381266.pdf> ;

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

EMEKI – INCLUSIÓN SOCIAL

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA Y CÁRITAS DONOSTIA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa

CONTINGENCIA: Exclusión

COLECTIVO ATENDIDO: Personas en riesgo o situación de exclusión social

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Pública

WEB: <https://www.caritasgipuzkoa.org/es/noticias/trintxer-emeki>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Acompañar a las mujeres en situación de exclusión social en sus itinerarios individualizados con el fin de que adquieran autonomía, así como que ejerzan sus derechos fundamentales.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Recurso residencial de media-corta estancia compuesto por seis plazas destinadas a mujeres de entre 45-60 años. Se establecen itinerarios de intervención reflejados en un PIA para trabajar diferentes objetivos con las mujeres a nivel de salud física y mental, consumo de drogas, habilidades sociales, autocuidado, economía doméstica participación en la comunidad, entre otros. Los procesos suelen comprender de 2-4 años, prorrogando la estancia en los casos que sea necesario.

UBICACIÓN:

Pasaia

INICIO:

2020

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD Se mantiene relación con los Servicios Sociales de la comunidad. Respecto a la comunidad, se mantiene una relación estrecha para conocer la oferta cultural y deportiva del entorno próximo e involucrar a las mujeres del proyecto.

CONTINUIDAD Una vez que las mujeres terminan su proceso de intervención desde la entidad no proporcionan seguimiento, pero sí solicitan, en caso de ser necesario, un acompañamiento especializado que se lleva a cabo desde otras entidades. Algunas mujeres también se acercan a realizar visitas a sus ex compañeras y el equipo educativo.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD El equipo de trabajo está conformado por educadores sociales, una trabajadora social, un auxiliar sociosanitario y voluntarios de la entidad. También se coordinan con ERDU¹⁶ gestionado por Agipad para ofrecer atención a las mujeres con problemas de adicción. Complementan sus servicios con entidades y espacios del entorno comunitario como talleres ocupacionales, tarjetas para poder acudir al polideportivo, asociaciones del pueblo...

PERSONALIZACIÓN

Cada persona destinataria tiene un educador de referencia para realizar el itinerario de atención a través del PIA que se basa en el PAP elaborado previamente por la DFG. Se complementa con la herramienta de diagnóstico social propia de la entidad y la ficha social donde se recogen los datos más relevantes de la persona. Cuando el educador

¹⁶ Para más información del proyecto ERDU: <https://erduproiektua.eus/es/proyecto-erdu/>

	realiza el PIA lo revisa con la persona destinataria. Se cede en algunas aspectos y en otros se negocia para que ambas parten estén de acuerdo con el itinerario a seguir. También se realizan tutorías periódicas con el educador de referencia y se realiza un seguimiento de las mismas.
PARTICIPACIÓN	Dentro del recurso se realiza de forma semanal una asamblea de convivencia donde intervienen las personas destinatarias y dos educadores sociales. El objetivo de la misma es tratar temas de convivencia, organización semanal, reparto de tareas y generar un espacio de encuentro. Participan en el grupo de mujeres de la comunidad, acuden a charlas sobre salud mental, marchas contra el racismo y trabajan junto con el técnico de deporte del municipio para comenzar a participar en actividades deportivas y fomentar hábitos de vida saludable así como combatir el sedentarismo. También revisan la agenda cultural semanalmente para poder proponer en el recurso las diferentes actividades. No hay participación por iniciativa propia. Destacan la diferencia entre el recurso de hombres y el de mujeres: en el de hombres la participación en la comunidad es más elevada en temas de ocio como ir a tomar un café al bar del barrio, ir a ver un partido de fútbol varios compañeros, dar un paseo... Sin embargo, observan que las mujeres no establecen relaciones de confianza entre ellas y no desean salir al barrio debido a como se sienten ellas de cara a la comunidad, en clave de vulnerabilidad. La participación de las familias resulta en muchos casos casi inexistente porque las mujeres no mantienen relación por su historia de vida pero en los casos en los que exista una buena relación se fomenta que participen y se les tiene en cuenta como agentes de referencia para la persona. Valoran la participación como el aspecto más complejo de desarrollar en el modelo comunitario, no por falta de opciones en el municipio sino por la desmotivación de las mujeres al sentirse diferentes por sus procesos de vida, su baja autoestima, la soledad que experimentan... Para enfocarlo, se intenta su implicación en diferentes actividades en las que la asistencia es obligatoria y valoran que después los resultados a nivel emocional son positivos.
ENFOQUE PREVENTIVO	Se trabaja en la prevención de la soledad no deseada a través de la participación comunitaria y la labor de las personas voluntarias que acuden una vez entre semana y otra los domingos para fomentar que las mujeres se sientan acompañadas, generen vínculos y salgan del centro a realizar actividades que puedan ser de su interés. También se trabaja la reducción de daños en el consumo de sustancias para fomentar que los consumos a largo plazo sean menos lesivos para la persona.
ACCESIBILIDAD	Las personas destinatarias tienen acceso a todos los recursos que les ofrece la comunidad pero si se detectan ciertas dificultades como barrera idiomática, falta de habilidad, dificultades para desenvolverse en determinados escenarios, etc. se realiza acompañamiento por parte del equipo educativo. A medida que la persona adquiere autonomía ese acompañamiento disminuye.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

GAZTEON SARELAN

AGENTES IMPLICADOS

DFG (SERVICIO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, SERVICIO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA MACHISTA Y DE INCLUSIÓN SOCIAL) Y ZABALDUZ

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa**CONTINGENCIA:** Exclusión**COLECTIVO ATENDIDO:** Jóvenes en riesgo de exclusión**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** Pública**WEB:** <https://www.etorkizunaeraikiz.eus/es/-/gazteon-sarelan>**OBJETO DE LA EXPERIENCIA:**

Construir contextos flexibles que permitan ajustarse a las necesidades individuales y al desarrollo de la autonomía de las personas jóvenes, ofreciendo una atención integral entre los 16-23 años.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

El proyecto desarrolla un modelo de intervención de ayuda a las personas jóvenes en situación de exclusión y con elevada conflictividad en el hogar para mejorar sus perspectivas de futuro, disminuyendo así el riesgo de este colectivo de caer en problemas como la maternidad/paternidad temprana, actividades ilegales...

UBICACIÓN:

Territorio Histórico de Gipuzkoa. Actualmente en Zumarraga, Errenteria, Beasain y Donostia, con el objetivo de seguir extendiendo el proyecto a otros municipios.

INICIO:

2018

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO**PROXIMIDAD**

En el momento en el que se activa un piso en un determinado municipio, se realiza una presentación de carácter más informal, invitan a las personas del barrio a conocer el proyecto, les facilitan a los vecinos el teléfono del equipo educativo y se fomenta que sea la población joven quien se involucre en este proceso. La relación con la comunidad es valorada como positiva por su fluidez y naturalidad. En ocasiones, las personas residentes en la comunidad de vecinos han sido las encargadas de acompañar a las y los jóvenes a los recursos y/o servicios disponibles en el entorno de proximidad.

CONTINUIDAD

Los y las jóvenes tienen posibilidad de participar desde los 16 a los 23 años, siendo el itinerario de pre-emancipación de dos o dos años y medio. Suelen darse dos casuísticas: por un lado, que el itinerario se reduzca por un tema instrumental debido a que las personas mayores de edad encuentren un trabajo con garantías; o que, por otro lado, lo instrumental no se haya solventado pero que la persona haya adquirido habilidades sociales y haya establecido una red comunitaria sólida. En el primer caso, se realiza un acompañamiento de menor intensidad y en el segundo, se realiza ese mismo acompañamiento complementado con una prestación de tipo económico.

El acompañamiento una vez que finaliza el itinerario es de menor intensidad, de unas tres horas por semana con una duración aproximada de seis meses o un año, además, se sigue manteniendo el PIA en activo. Para finalizar la intervención ambas partes deben estar de acuerdo.

**INTERDISCIPLINARIEDAD
E INTEGRALIDAD**

El equipo profesional reducido está conformado por personas técnicas con formación en educación social, trabajo social y psicología, aunque se complementan con otros agentes que también forman parte de la cooperativa de Zabalduz, como Batzen que se dirige al empleo y la inserción sociolaboral de los jóvenes que se encuentran en los procesos de intervención (con perfiles más orientados al ámbito empresarial, educativo...). Se realiza trabajo en red tanto con recursos públicos como privados tales como centros formativos, casas de cultura, bibliotecas, SSB, Atención Primaria, casa de la mujer, polideportivos, así como con el entorno comunitario a través de la participación en las reuniones de vecinos y las actividades que puedan realizarse. Se destaca la importancia de buscar recursos en la comunidad para poder cubrir las diferentes necesidades que puedan tener los y las jóvenes a través de la puesta en valor de los mismos y fomentando la conexión entre la comunidad y las personas jóvenes.

PERSONALIZACIÓN

Se utiliza el PIA así como el Plan Educativo Individualizado (en adelante, PEI). El requerimiento por parte de la DFG es que los planes sean semestrales o si existen cambios relevantes cada tres meses. La evaluación también es semestral para valorar cómo se está desarrollando el proceso y qué decisiones tomar a corto, medio y largo plazo.

PARTICIPACIÓN

Se fomenta que las personas jóvenes realicen voluntariado, por ejemplo, en el banco de alimentos, tiendas solidarias o a través del acompañamiento a personas en situación de dependencia. Se trata de una forma de generar una red de forma natural y de crear oportunidades pudiendo fomentar a su vez oportunidades laborales. El objetivo se basa en la participación activa y en generar experiencias y vivencias tanto positivas como negativas para generar consciencia y responsabilidad social.

La rutina cotidiana la deciden ellos y ellas a través de compromisos básicos entendiendo que deben aprovechar la plaza y asumir responsabilidades así como participar en la comunidad, las tutorías, asambleas, entre otras. No se condiciona a nadie para que realice voluntariado o actividades pero los profesionales actúan como generadores de oportunidades orientándoles a corto, medio y largo plazo. Las familias pueden participar en el proceso en función de su grado de implicación, que puede limitarse a una aceptación de la intervención, participar en coordinaciones o incluso colaborar, a excepción de los casos en los que existe una orden judicial que dicte lo contrario. En ocasiones, si la persona lo desea, en periodos como verano se le permite convivir con su familia para que valore cuales son sus alternativas reales a la hora de finalizar el programa.

ENFOQUE PREVENTIVO

Existen elementos de la intervención orientados hacia la prevención en el ámbito de la salud, la perspectiva de género, sexualidad, educación para la comunidad, ecología y medio ambiente, autocuidado... De forma general ya han recibido esa información pero el objetivo es que le encuentren el sentido y perciban los beneficios y riesgos sociales e individuales de una determinada acción. Se proporciona a las personas destinatarias margen para que experimenten siempre desde la medición de los riesgos y la casuística concreta.

ACCESIBILIDAD

Se realiza un mapeo de los recursos y/o servicios de cada municipio donde se encuentran ubicados los pisos.

**RESPECTO A LOS
DERECHOS**

Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

HABITAT GIPIZKOA

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE GIPIZKOA, AYUNTAMIENTO DONOSTIA, RAIS EUSKADI, EMAUS, REMAR Y BETI GIZARTEAN FUNDAZIOA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa**CONTINGENCIA:** Exclusión**COLECTIVO ATENDIDO:** Personas sin hogar**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** Pública**WEB:** https://www.behagi.eus/files/informes/buenas_practicas_elkarekin_online.pdf**OBJETO DE LA EXPERIENCIA:**

Ofrecer una alternativa de alojamiento permanente y sostenible a las situaciones más complejas y cronificadas de sinhogarismo.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Proporcionar vivienda y apoyos flexibles a personas con largas trayectorias de sinhogarismo y otros factores de exclusión social (adicciones, problemas de salud mental, discapacidad...).

UBICACIÓN:

Actualmente activo en: Madrid, Coruña, Donostia, Avilés, Granada, Córdoba, Sevilla, Canarias, Palma de Mallorca y Tenerife. Transferible y replicable en todo el sector social.

INICIO:

2017

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Las viviendas se encuentran dispersas geográficamente e inmersas en comunidades normalizadas. La persona pasa de estar en situación de calle a ser una persona domiciliada y desde Habitat se activan los mecanismos necesarios para que la persona esté lo más integrada posible en su entorno de proximidad dentro de sus propios criterios de integración. El objetivo es que la persona, a través del acceso a la vivienda, pueda conectar con los servicios y recursos, tanto públicos como privados, que existen en su comunidad en función de sus intereses y necesidades.

No se realiza un trabajo previo con la comunidad a la hora de iniciar un servicio, pero sí se proporcionan apoyos de forma proporcional a la persona para que su integración sea lo más favorecedora posible. A su vez, se solicita la normativa de la comunidad de vecinos y se hace un mapeo de la zona. Si se genera algún tipo de conflicto se favorece que la persona sea quien hable con los vecinos, sin embargo, en caso de que se trate de un tema aporofóbico, son los profesionales los que intervienen y realizan medidas de sensibilización, así como mediación en caso de ser necesario.

CONTINUIDAD

La intervención está ligada al grado de autonomía, necesidades y deseo de la persona. La media de estancia en el programa se sitúa en torno a los cuatro años. El objetivo último se basa en que la persona abandone el recurso de forma autónoma o que los apoyos necesarios se los proporcione su entorno comunitario. Una vez que la persona finaliza el proceso, se realiza un seguimiento previo al mismo, así como a través del acompañamiento en el proceso de adaptación a su nueva vivienda.

**INTERDISCIPLINARIEDAD
E INTEGRALIDAD**

El equipo profesional está conformado por perfiles del ámbito social, desde integradores sociales, educadores, trabajadores sociales, entre otros. Se realizan coordinaciones a diferentes niveles:

- Coordinaciones especializadas por ámbito de actuación: área de integración comunitaria, área de salud mental y área de adicciones. El objetivo de las mismas es el asesoramiento en dichas áreas a todos los programas.
- Coordinaciones territoriales: gestión de equipo y seguimiento de casos.
- Coordinaciones con otros ámbitos y/o entidades: en caso de que sea posible las realiza la propia persona para fomentar su autonomía y autodeterminación, en caso de que no lo sea, se realiza un acompañamiento y si la situación lo requiere porque la persona no se encuentra en condiciones óptimas de participar se realizan coordinaciones solamente entre profesionales.

En el caso de recursos comunitarios, ocio, voluntariado, actividades...se aumenta el acompañamiento con el objetivo de facilitar la vinculación y a su vez, velar por la garantía del cumplimiento de derechos para asegurar que la persona accede a los recursos en tiempo y forma.

PERSONALIZACIÓN

El plan de trabajo lo define la persona destinataria a través de los objetivos que quiere trabajar y de los plazos de tiempo que se proponga para ello, extrayendo las acciones a ejecutar y la responsabilidad que va a asumir cada uno en el proceso. Todo ello contando con el acompañamiento de los técnicos debido a que son conocedores de requisitos de acceso, tiempos, recursos y/o servicios así como prestaciones económicas o técnicas. Respecto a la intervención, la persona decide en qué espacio quiere realizar las visitas: en su domicilio, al aire libre, en un establecimiento del barrio...

PARTICIPACIÓN

La participación es identificada como un aspecto complejo a desarrollar con el colectivo debido a que, aunque desde el programa ofrecen hacer voluntariado, actividades o participar en la comunidad, no es consistente en el tiempo debido a que no resulta de la iniciativa de la persona.

ENFOQUE PREVENTIVO

Se interviene con el sinhogarismo cronificado por lo que se trabaja más con las consecuencias que con la prevención del mismo. Se previene la reducción de la esperanza de vida de las personas en situación de calle así como situaciones de violencia, se trabaja por una mejora de la salud derivada de poder seguir de forma adecuada un tratamiento y la reducción del daño, todo esto siempre que la persona esté de acuerdo.

ACCESIBILIDAD

A través del mapeo de recursos y/o servicios del entorno comunitario, se facilita información y orientación a las personas destinatarias del proyecto. También se trabaja por velar por la garantía de acceso a derechos de cualquier persona independientemente de su estado.

**RESPECTO A LOS
DERECHOS**

Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

LOIOLA ETXEA

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA, INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y LOIOLAETXEA ELKARTEA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa

CONTINGENCIA: Exclusión

COLECTIVO ATENDIDO: Personas presas y personas en riesgo o en exclusión social

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Pública

WEB: <https://www.loiolaetxea.org/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Fomentar la inclusión de las personas del ámbito penitenciario y del ámbito de la exclusión social a través del acceso a derechos, con una, ACP orientada a la autodeterminación y el desarrollo de la vida comunitaria.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Proyecto de convivencia entre profesionales, voluntarios y personas destinatarias de dos posibles itinerarios de acceso: centro penitenciario o departamento de inclusión social de DFG.

UBICACIÓN:

Ámbito geográfico de Gipuzkoa. Se ha replicado en otras comunidades de Jesuitas.

INICIO:

2001

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Los recursos están ubicados en Donostia y en relación constante con la comunidad favoreciendo tanto que el entorno conozca el recurso como que la persona sea conocedora de su entorno de proximidad. Estableciendo esta premisa como la base para el despliegue de cualquier proceso socioeducativo. Los y las vecinas conocen el recurso y saben qué labor desempeñan y la comunicación con la comunidad es valorada como positiva. Se percibe el recurso como un domicilio al uso: realizan actividades cotidianas y dan uso a recursos de la zona en la práctica cotidiana (compras, ocio...) como forma de proporcionar normalidad.

CONTINUIDAD

La metodología de trabajo favorece la continuidad. La fase inicial de convivencia está basada en lo comunitario, después existe la posibilidad de acceder a pisos para trabajar la autonomía y también cuentan con un programa de atención no residencial de una duración aproximada de tres años. Dicha continuidad se garantiza a través de un proceso de búsqueda de autonomía para favorecer una transición de alta a menor intensidad de presencia educativa. Una vez que se finaliza el proceso, la persona cuenta con las puertas abiertas para poder acudir a Loiola Etxea tanto para solicitar atención como para pasar a tomar un café debido a que se trata de un espacio de encuentro abierto.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo está conformado por terapeuta, educadoras, trabajadoras sociales, criminóloga y pedagogos. Favorecen tanto la coordinación interna como la externa y favorecen la complementariedad con otros recursos comunitarios y servicios profesionales del área jurídica, laboral formativa, entre otros. Las coordinaciones se realizan a demanda en función de las necesidades de cada persona. Algunos ejemplos del trabajo en red con

	otros agentes sociales son el Centro Penitenciario de Martutene, SSB, Consejo General Penitenciario, DFG, Plataforma de Entidades Sociales de Gipuzkoa – Sargi- y AGIPAD.
PERSONALIZACIÓN	Si la persona accede al recurso desde el ámbito penitenciario tiene un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) y si lo hace desde el ámbito de la exclusión social tiene un PAP. Después, independientemente de la procedencia de la demanda se realiza un PAI. Este se elabora de forma conjunta por parte de la persona destinataria y la persona referente educativa, aunque se presta apoyo por parte de otros perfiles profesionales en las áreas que estén especializados. En ese periodo se cumplimenta la ficha, la relatoria del caso y el cuadro de objetivos-indicadores-acciones. Se evalúa cada seis meses y se valora como una oportunidad para poder introducir cambios e ir adaptándolo a las necesidades y/o dificultades que puedan surgir. Los procesos son completamente personalizados en cuanto a tiempo, forma y duración. La persona destinataria está informada de todo su proceso: cuando se solicitan informes y tiene posibilidad de leerlo, también procuran que estén en las reuniones de coordinación para que la persona sea conocedora de su proceso.
PARTICIPACIÓN	Como metodología de participación a nivel interno se realizan asambleas con el objetivo de fomentar una buena convivencia, así como para trabajar aspectos como la interculturalidad, la diversidad religiosa... Se potencia la participación a través de dos posibles itinerarios. Por un lado, a través del ocio y tiempo libre como cualquier otra ciudadana utilizando los recursos comunitarios: ir al cine, acudir al polideportivo, asistir a actividades, hacer excursiones... Por otro lado, a través de la participación para el cambio social y la incidencia a través de compartir su propia experiencia en centros educativos, universidades... Esta sensibilización también la trabajan de forma previa para que la persona pueda hablar desde los riesgos, factores que influyen...sin tener que exponer su historia personal y sin que le genere malestar. Se remarca que la participación hay que trabajarla de forma constante y preparar a las personas ante los posibles miedos, inseguridades e ideas estereotipadas que puedan encontrarse.
ENFOQUE PREVENTIVO	Su objetivo principal se basa en prevenir que no haya una reincidencia en el delito, una recaída en cuanto a consumos y evitar que la persona se encuentre en situación de calle.
ACCESIBILIDAD	Desde la orientación y/o derivación a recursos de atención que necesite la persona así como desde la responsabilidad como TSS de estar presentes para proporcionar esa atención.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

OINEZ

AGENTES IMPLICADOS

DIPUTACIÓN FORAL DE ALAVA E IRSE ARABA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Alava

CONTINGENCIA: Exclusión social

COLECTIVO ATENDIDO: Personas en situación o riesgo de exclusión social

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Pública

WEB: <https://www.irsearaba.org/que-gestionamos/intervencion-y-programas-de-inclusion/programa-oinez/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Mejorar la calidad de vida de las personas destinatarias a través de la mejora de la dinámica y la dimensión sociocomunitaria y favorecer un acercamiento al mundo sociolaboral.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Se trata de un Programa del Instituto Foral de Bienestar Social enmarcado dentro del Servicio de Inserción Rural. Se atiende a las personas que estén en riesgo o en situación de exclusión social que viven en las zonas rurales de Araba. Son las personas profesionales quienes se desplazan a los diferentes municipios para realizar las intervenciones tanto de carácter individual como las de carácter grupal.

UBICACIÓN:

Municipios de Araba en los que se detecte y/o derive algún caso.

INICIO:

A través de convenios desde el año 1999. A través de concurso público desde el 2017.

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Desarrollan la intervención en el entorno de proximidad de la persona, acuden a los municipios independientemente del número de personas que haya para atender. El trabajo se realiza tanto en el propio domicilio de la persona como en locales cedidos por el ayuntamiento del municipio en cuestión. El ámbito de actuación son los pueblos de Araba caracterizados por estar dispersos geográficamente y de población escasa. También valoran el acercar a las personas entre los diferentes pueblos para generar más ambiente y/o dinámica grupal.

CONTINUIDAD

Los itinerarios marcados son de cuatro meses a dos años, pero la realidad es que hay perfiles en los que la cronificación es elevada y se necesita acompañamiento permanente. Un 20% de las personas atendidas llevan en el proyecto más de cuatro años por su situación psicosocial. También atienden a personas que ya no pueden continuar en el proyecto debido a que han aumentado sus capacidades y habilidades y no hay forma de seguir ofreciéndoles alternativas ajustadas a su nueva situación. En estos casos, se realiza un seguimiento más esporádico.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo profesional está dividido en dos bloques: el servicio de acompañamiento con un perfil profesional de trabajo social y la intervención grupal e individual que es desempeñada por educadores sociales, trabajadores sociales, pedagogos y/o psicólogas. Realizan reuniones de coordinación para los casos que se abordan de forma conjunta.

PERSONALIZACIÓN	Se intentan identificar objetivos comunes para trabajar en conjunto, sin embargo, tanto la atención individual como la grupal están completamente personalizadas. Definen el trabajo como circular y discontinuo debido a la cobertura de unas necesidades y la aparición de otras. En función de las necesidades e intereses de la persona, esta puede participar en lo grupal e individual o solamente en una de las modalidades y esto puede cambiar a lo largo del proceso. El proceso se diseña, ejecuta y evalúa con la persona destinataria, respetando lo que la persona decida y desee realizar en su proceso de intervención. En caso de que las expectativas de la persona no estén ajustadas a la realidad, se intentan establecer acuerdos y crear nexos comunes.
PARTICIPACIÓN	Evidencian diferencias respecto a la participación en hombres y mujeres a pesar de tener las mismas necesidades pero a diferente intensidad. Mientras que los primeros son más intermitentes en la misma y se muestran reacios a trabajar aspectos como la autoestima, habilidades sociales... las mujeres, en cambio, tienen mayor implicación y disposición al trabajo socioeducativo respecto a habilidades sociales, aprendizaje del idioma, formaciones, crianza positiva y tareas del hogar desde la correspondabilidad, autoestima o empoderamiento, entre otras.
ENFOQUE PREVENTIVO	Las personas acceden al servicio en situación de exclusión pero se realiza la intervención para que la situación no se intensifique y/o cronifique, y esto es percibido como reducción del daño. En el caso de las personas que tienen hijos o hijas a su cargo sí que se realiza un enfoque preventivo específico debido a que se puede evitar que lleguen a reproducir situaciones de exclusión social.
ACCESIBILIDAD	A través del acompañamiento por un lado para que puedan aprender a realizar trámites burocráticos tanto presenciales como online, y por otro lado para que se animen a participar en diferentes recursos y/o servicios de la zona como reuniones del AMPA. También están presentes en citas telefónicas para poder sortear problemas y/o barreras de comunicación. No pueden garantizar la accesibilidad de transporte que es una de las cuestiones que más limita el conseguir objetivos de la intervención (formaciones, acceso al empleo, ocio y tiempo libre...).
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

PISECA

AGENTES IMPLICADOS

AYUNTAMIENTO DE BILBAO Y SARTU COOPERATIVA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Bizkaia – Bilbao**CONTINGENCIA:** Exclusión**COLECTIVO ATENDIDO:** Personas adultas en situación o riesgo de desprotección y sus familias**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** Pública**WEB:** https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_5064_3.pdf**OBJETO DE LA EXPERIENCIA:**

Dar respuesta a la necesidad de protección desde una atención personalizada e integral dentro del entorno de referencia de la persona.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Proyecto de intervención socioeducativa, fundamentalmente en el domicilio, de atención a personas adultas en situación o riesgo de desprotección asociado a riesgo de exclusión social caracterizadas por el aislamiento relacional, incapacidad para el autocuidado, la higiene personal y limpieza del domicilio, así como, la gestión de la vida cotidiana y los recursos económicos propios.

El enfoque es para que adquieran y desarrollen capacidades (actitudes, aptitudes, conocimientos, criterios, pautas, habilidades...) personales, familiares y/o grupales para favorecer su autonomía, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio comunitario. También se focaliza en fomentar la sustitución de hábitos y conductas que resulten inadecuados por otros más adaptados y la detección precoz, así como prevenir situaciones de riesgo de desprotección en personas adultas. Todo ello para contribuir al mantenimiento de la persona en su domicilio y entorno.

UBICACIÓN:

Bilbao, en los 11 SSB.

INICIO:

Desde 2013

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO**PROXIMIDAD**

La intervención se desarrolla en el domicilio de la persona, así como en su entorno de proximidad. Una de las acciones a desarrollar es explorar el barrio con la persona destinataria para valorar su nivel de autonomía, el conocimiento que posee de la zona en cuanto a recursos y servicios, así como observar su nivel de relación con las personas de su entorno. La relación con la comunidad es valorada como positiva debido a que en ocasiones son los mismos vecinos y vecinas los que trasladan la preocupación por la situación de la persona. Durante los meses de confinamiento por Covid-19 el voluntariado de los barrios prestó especial atención y apoyo en actividades de la vida diaria a las personas adultas que se encontraban en esta situación.

También se fomenta el uso de recursos normalizados del entorno próximo, así como la comunicación con la comunidad a través de actividades del barrio y reuniones de comunidad.

CONTINUIDAD

La media de los procesos de intervención comunitaria se sitúa en dos años aproximadamente. Sin embargo, se trata de un recurso flexible, personalizado y adaptado a las diferentes situaciones psicosociales por lo que existe la posibilidad de

**INTERDISCIPLINARIEDAD
E INTEGRALIDAD**

reabrir el caso. Desde el servicio, se sitúan como un punto de referencia para la persona, así como un nexo de unión para favorecer la vinculación con el SSB. La continuidad se posibilita a través de la conexión de la persona con el SSB para favorecer el acceso a los recursos y/o servicios adecuados para dar respuesta a su situación biopsicosocial como por ejemplo Centros de Día, Residencias, Servicio de Ayuda a Domicilio, Pisos Tutelados...

PERSONALIZACIÓN

El equipo profesional está conformado por nueve educadores sociales y una coordinadora. Existe variedad de perfiles en cuanto a edad, género y especialización para ofrecer una atención personalizada y con mayor probabilidad de vinculación. La coordinación interna se realiza a través de seguimiento quincenal de los casos en reuniones de equipo y espacios de encuentro individual entre la coordinadora y el personal educativo para el seguimiento de cada caso. La coordinación externa se realiza tanto con recursos públicos como privados: Ayuntamiento, SSB, Servicio Municipal de Urgencias Sociales, Osakidetza, Red de Salud Mental, Servicio de Atención Diurna y entidades sociales para derivación de casos. Se van estableciendo redes de colaboración y/o convenios, independientemente del ámbito, en función de la identificación de necesidades de las personas. Un ejemplo es el convenio de colaboración del Ayuntamiento con el Servicio de Animales para gestionar alojamientos en caso de que la persona deba ser ingresada.

Las personas acceden desde el SSB de referencia con un PAP y posteriormente, desde Piseca, se realiza un PEI. La revisión establecida es semestral, sin embargo, se va realizando en función de la temporalización de los objetivos e indicadores. Se prioriza el trabajo conjunto con la persona, estableciendo acuerdos en función de sus necesidades e intereses para favorecer la personalización del plan. La intensidad de la intervención se regula en función del momento y de las necesidades de la persona, no hay una regla preestablecida lo que aporta flexibilidad y adaptabilidad a cada casuística. Se interviene en todos los ámbitos que influyen en la persona, desde lo más cotidiano. A su vez, se cuenta con una partida presupuestaria para gastos y/o necesidades que puedan surgir y que la propia persona no pueda asumir en ese momento para que pueda desarrollar su vida cotidiana.

PARTICIPACIÓN

Se desarrolla intervención tanto a nivel individual como a nivel grupal. Las actividades se diseñan en función de las necesidades comunes detectadas en el colectivo atendido. El objetivo es por un lado dar respuesta a esas necesidades, y por otro, fomentar la participación en actividades de ocio y tiempo libre y generar espacios de encuentro. Se trabaja con la unidad familiar en caso de que la haya y sea posible. Además, se orientan acciones a recuperar la relación familiar en las situaciones en las que ambas partes estén dispuestas.

ENFOQUE PREVENTIVO

Basado en la reducción del daño y en evitar que la situación empeore y/o se cronifique. Se trata de una intervención integral en todas las áreas de la persona.

ACCESIBILIDAD

Se favorece el acceso así como vinculación a través de la información y la orientación a los diferentes recursos y/o servicios así como la detección de barreras arquitectónicas de acceso a la propia vivienda.

**RESPECTO A LOS
DERECHOS**

Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

SAREGUNE

AGENTES IMPLICADOS

ASOCIACIÓN SARTU

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Álava

CONTINGENCIA: Exclusión

COLECTIVO ATENDIDO: Personas en situación o riesgo de exclusión social

TIPO DE RESPONSABILIDAD: TSSE

WEB: www.saregune.net

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Potenciar el uso de las nuevas tecnologías como herramienta de dinamización social y comunitaria del barrio y la ciudad.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Se trata de un recurso ubicado en el Casco Viejo de Vitoria que ofrece formación no reglada en el ámbito de las nuevas tecnologías. Cuentan con un programa trimestral de formación que van adaptando a las necesidades y demandas de las personas que acuden, manteniendo una comunicación fluida con el entorno de proximidad y las entidades públicas y privadas.

UBICACIÓN:

Vitoria

INICIO:

2004

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Ubicado en el casco viejo de Vitoria dónde se pretende influir. Es un entorno reconocido y cercano para las personas destinatarias.

CONTINUIDAD

Se trabaja a través de itinerarios formativos, desde los niveles más básicos a más avanzados. Conciben el recurso como un canal de entrada y en cuanto se detecta alguna necesidad en cualquiera de las diferentes esferas de la persona se procede a derivar, siempre que la persona esté de acuerdo, al recurso más idóneo.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo está conformado por una educadora social, una trabajadora social, una persona especializada en programación e informática y una psicóloga. Mantienen contacto con agentes del barrio, comercios, tejido empresarial, ámbito sanitario, sistema educativo formal y servicios de orientación y formación laboral. Este contacto favorece la participación y colaboración de Saregune en diferentes actividades como nexo de unión entre las entidades y los vecinos del municipio.

PERSONALIZACIÓN

Se realiza un seguimiento individualizado de las personas que acceden a cursos de mayor duración, aunque de manera informal debido a que la estructura del recurso está basada en la baja exigencia y en el flujo constante de personas.

PARTICIPACIÓN

No disponen de canales formales de participación pero sí que realizan evaluaciones donde se revisan las aportaciones de las personas participantes y se incluyen en la formación siempre y cuando sea posible.

ENFOQUE PREVENTIVO

Prevención de la brecha digital así como de procesos de exclusión social cronificada, es decir, procesos de exclusión caracterizados por experimentar una larga trayectoria y por una numerosa y grave afectación de las diferentes esferas de la persona.

ACCESIBILIDAD

A través no solo de la formación, sino también de la presencia en el entorno de proximidad favorecen la accesibilidad de las personas inmesas en procesos de exclusión social a otros recursos y/o servicios para mejorar sus itinerarios. También se favorece que las personas puedan realizar trámites online como pedir cita en el servicio de salud, solicitar un certificado de padrón, la vida laboral... Durante la pandemia colaboraron con Osakidetza para facilitar el acceso a la información de las personas extranjeras con barrera idiomática, descarga de certificados Covid y también prestan apoyo a la hora de solicitar citas online que requieran aportar el número de DNI o NIE a las personas que en ese momento no cuentan con él.

En cuanto a la oferta formativa trimestral, modifican los horarios de los cursos para poder facilitar que las personas que no puedan acudir por el motivo que sea puedan acceder a la próxima formación. También se favorece la formación de personas que no pueden acceder a la formación formal.

RESPECTO A LOS DERECHOS

Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

URRETXINDORRA – RUISEÑOR

AGENTES IMPLICADOS

SOS RACISMO, CENTROS ESCOLARES DE GIPUZKOA, UNIVERSIDADES (UPV-EHU/UD), FAMILIAS, ENTIDADES COLABORADORAS Y FINANCIADORAS

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa**CONTINGENCIA:** Exclusión**COLECTIVO ATENDIDO:** Menores migrantes de edades comprendidas entre 10-14 años**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** TSSE**WEB:** <http://mugak.eu/menores-jovenes-y-educacion/ruisenor-urretxindorra-proyecto-de-mentoría>**OBJETO DE LA EXPERIENCIA:**

Reforzar las opciones de acogida e inclusión social del alumnado preadolescente de origen extranjero en edad escolar y de bajo nivel socioeconómico, mediante relaciones de mentoría con estudiantes universitarios.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Proyecto de mentoría dirigido a preadolescentes de origen migrante y con riesgo de exclusión social, estableciendo tres horas semanales con sus mentores, que son estudiantes universitarios.

Se trata de establecer relaciones que aporten un beneficio mutuo. Son desarrolladas por las personas que voluntariamente ofrecen su tiempo para apoyar y alentar a otros que se encuentran en situación de desventaja, compartiendo experiencias y conocimientos.

Además, se establece un mapa de alianzas entre centros escolares, tejido asociativo, instituciones públicas y familias, generando así un ecosistema donde él o la menor, con sus necesidades y demandas, se convierte en el centro de la intervención.

UBICACIÓN:

En Gipuzkoa (Donostia, Tolosa, Rentería, Ernani y Urnieta, aunque con extensibilidad en otros municipios). El proyecto también se desarrolla en Bizkaia de la mano de Fundación Ellacuría y en Araba de la mano de Zehar-Errefuxiatuekin.

Asimismo, es una experiencia con desarrollo en ámbito europeo (Islandia, Suiza, Suecia, Dinamarca, Noruega, Finlandia...) y a nivel estatal.

INICIO: 2014**ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO****PROXIMIDAD**

Uno de los aspectos valorados es que las personas mentoras conozcan el entorno de proximidad de las personas destinatarias, así como las diferentes posibilidades del mismo para acompañarlas en el proceso de mentoría.

CONTINUIDAD

Actualmente no cuentan con una forma protocolizada de seguimiento de las personas participantes una vez que finalizan el programa. De forma general las personas participan durante un curso académico y no es frecuente que vuelvan a participar al año siguiente. Sin embargo, en caso de ser necesario se realiza una evaluación de quién debe participar de nuevo por su situación psicosocial.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo profesional está conformado por una psicóloga y un periodista, complementado con personas voluntarias (mentoras) y de prácticas. En la fase de diseño e implementación acuden a Barcelona para formarse en la metodología de la mentoría. A su vez, mantienen experiencias de intercambio, formación y difusión con otras entidades sociales del mismo o diferente ámbito de actuación para impulsar la UBICACIÓN del programa de mentoría social.

Se desarrolla coordinación con el ámbito educativo: centros escolares, centros de formación profesional y Universidad del País Vasco y Universidad de Deusto y con el ámbito de Servicios Sociales para la derivación de preadolescentes y alumnado voluntario. Además, forman parte de la Coordinadora de mentoría¹⁷ y de Mentoring our Future para intercambiar experiencias y buenas prácticas. También mantienen convenios con diversas entidades que apoyan el proyecto como Fundación Kutxa, Aquarium Donostia, museo TOPIC de Tolosa, Ikusnahi Tours, Albaola, San Telmo entre otras. Además, compatibilizan su labor con otros recursos y/o servicios formales e informales que ofertan actividades de ocio y tiempo libre en el entorno de proximidad.

PERSONALIZACIÓN

En primer lugar, se conoce a las personas mentoradas a través de una presentación preliminar en la que se incluyen intereses y motivaciones. En segundo lugar, una vez se tiene la lista de personas mentoras voluntarias se realiza una entrevista individual y en la formación posterior a través de dinámicas grupales se observa como actúan en diferentes situaciones. Todo ello con el objetivo de crear parejas basadas en la complementariedad y compatibilidad. Posteriormente, en el acompañamiento, se intenta que los y las menores sean quienes propongan diferentes planes y actividades en función de sus inquietudes e intereses, incluso algunos encuentros se realizan en casa de la persona mentorada.

PARTICIPACIÓN

Las personas destinatarias deben elegir participar en el programa de forma voluntaria y pueden abandonarlo si así lo desean o incluso proponer un cambio de mentor o mentora. Se fomenta la iniciativa de las y los menores a través de la propuesta de actividades en función de sus necesidades e intereses.

ENFOQUE PREVENTIVO

Apoyado en diversos estudios que así lo evidencian, apuestan por entender que participar en un proyecto de mentoría tiene un efecto protector frente a las adicciones y al abandono escolar así como frente a conductas de riesgo.

ACCESIBILIDAD

Integrada desde la perspectiva del acceso en igualdad de oportunidades y el respeto así como protección a los derechos fundamentales. Se proporciona el acceso a la figura del mentor o mentora a personas que tienen dificultades para acceder a ella de forma natural por la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentran. Se favorece la información y derivación a otros recursos y servicios tanto internos como externos a la entidad en función de las necesidades detectadas.

RESPECTO A LOS DERECHOS

Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales

¹⁷ Para ampliar información: <https://www.mentoriasocial.org/>

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

EUSKADI LAGUNKOIA

AGENTES IMPLICADOS

GOBIERNO VASCO (DEPARTAMENTO DE IGUALDAD, JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES) Y FUNDACIÓN MATÍA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Euskadi

CONTINGENCIA: Dependencia

COLECTIVO ATENDIDO: Personas mayores

TIPO DE RESPONSABILIDAD: TSSE

WEB: <https://euskadilagunkoia.net/es/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Promover la participación de las personas mayores y de la ciudadanía para la mejora de barrios y entornos en los municipios de Euskadi de cara a facilitar que las personas puedan seguir haciendo su vida con normalidad a medida que envejecen.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Basada en la iniciativa “Age-friendly Environments Programme” promovida por la Organización Mundial de la Salud en la que se destacan 8 áreas de intervención: transporte, vivienda, participación y tejido social, respeto e inclusión, participación ciudadana y empleo, comunicación e información, servicios sociales y de salud así como espacios al aire libre y edificios, para proporcionar un entorno amigable con las personas mayores reorganizando sus estructuras y servicios para que sean accesibles a las diferentes capacidades evolutivas.

UBICACIÓN:

Ámbito municipal, territorial ¹⁸, estatal y europeo.

INICIO:

2012

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

La esencia del proyecto se basa en mantener a la persona en su domicilio trabajando a través de la mejora de su entorno físico y social, además de la detección de necesidades también en su hogar. El proyecto siempre ha estado respaldado, en mayor o menor medida, tanto desde los servicios públicos como desde el movimiento asociativo y el comercio.

CONTINUIDAD

Se valora como una característica difícil de conseguir debido a que se trabaja con grupos y no a nivel individual. Se considera un reto pendiente a pesar de que se están promoviendo acciones para incluir a una mayor diversidad de perfiles, sobre todo una forma de incluir a las personas dependientes, en situación de fragilidad, con deterioro cognitivo...

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

En el proyecto participan diferentes figuras profesionales tales como trabajadores sociales, educadores sociales, sociólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos y también personas voluntarias. La coordinación con otros ámbitos es habitual por ejemplo con los SSB a través de la trabajadora social y con el centro de salud del municipio. La transversalidad de diferentes departamentos públicos resulta complicada a pesar de que desde el proyecto se considere necesario que se involucren diferentes departamentos tales como vivienda, salud, transporte para conseguir un municipio amigable.

¹⁸ Para consultar los territorios y municipios adheridos: <https://www.euskadilagunkoia.net/es/municipios>

	En relación con las herramientas compartidas desde la entidad generan y proporcionan herramientas marco: cuestionario de amigabilidad, herramientas de guion para los grupos focales, guías de soporte para las fases de diagnóstico, despliegue y evaluación. También organizan comisiones territoriales y otra a nivel de Euskadi donde acuden todos los municipios adheridos y se exponen buenas prácticas estatales e internacionales. Además, se realizan reuniones por cada territorio donde participa el Ayuntamiento y el grupo promotor de personas mayores para trabajar las diferentes necesidades detectadas en cuanto a participación, trabajo en red...
PERSONALIZACIÓN	Al trabajar a nivel comunitario no integran la ACP pero sí tienen en cuenta la variedad de perfiles y de situaciones sociales para identificar como llegar a las personas. Si se tiene en cuenta a la hora de realizar alguna guía o manual el incluir a las personas con menores índices de participación. Actualmente se está centrando la atención en las diferencias de hábitat entre lo rural y lo urbano debido a que han detectado que las personas del ámbito rural están experimentando dificultades para sumarse al proyecto.
PARTICIPACIÓN	En los primeros años del proyecto se seguía la metodología de investigación-acción participativa de abajo hacia arriba. Sin embargo, se identificó como una dificultad debido a que no servía tener el compromiso del Ayuntamiento si no se tenía el de las asociaciones y de la ciudadanía en general. Posteriormente, se empezó a organizar de diferente forma, coordinándose con las federaciones de personas mayores y el movimiento asociativo de mayores en Euskadi para que difundieran el proyecto en primera persona. Las personas tienen la opción de participar en las diferentes fases: diseño, investigación, promoción y evaluación. No todas las personas quieren y/o pueden comprometerse de la misma manera y apuestan por diferentes grados de participación. Las familias de las personas mayores no es habitual que participen pero sí que lo es que los y las abuelas acudan con sus nietos a algunas celebraciones.
ENFOQUE PREVENTIVO	Uno de los objetivos es fomentar relaciones sociales, estar en contacto con el entorno, generar sentimiento de utilidad y conexión social, entre otras cuestiones. Existe evidencia empírica de que este tipo de iniciativas mejoran la calidad de vida y el bienestar de la persona porque están comprometidas con la colaboración, la ayuda mutua, la detección de personas en situaciones difíciles... Se ha diseñado una herramienta de evaluación del impacto en las personas participantes en dimensiones como la salud, sentimientos, relaciones, empoderamiento....
ACCESIBILIDAD	A través del diagnóstico del grupo promotor del proyecto se evalúan diferentes cuestiones tales como la situación de la vivienda en el municipio, el estado del espacio público, del transporte, del ámbito sanitario y de servicios sociales... para detectar qué aspectos podrían mejorarse para conseguir un municipio más accesible y amigable.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

HAUSKOR

AGENTES IMPLICADOS

FUNDACIÓN HAURKOA, CONSULTORA IKEI Y ASOCIACIÓN LAHAR

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa**CONTINGENCIA:** Dependencia**COLECTIVO ATENDIDO:** Personas mayores en situación de fragilidad**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** TSSE**WEB:** <https://www.adinberri.eus/es/proyectos/proyectos-2019>**OBJETO DE LA EXPERIENCIA:**

Crear una red local de agentes que permita prevenir situaciones de fragilidad entre las personas mayores y la detección precoz de situaciones ya existentes

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Intervención comunitaria a través de la creación de una red de colaboración para la atención de la fragilidad creando en los municipios objeto de la intervención un mapa de agentes para, por un lado, identificarlos y por otro, sensibilizarlos y concretar un modelo de relación. Posteriormente, se realiza la intervención individual por los agentes definidos con anterioridad, así como una evaluación-seguimiento y sensibilización y comunicación sobre la fragilidad.

UBICACIÓN:

Arrasate, Azkoitia y Pasaia con perspectiva de que los resultados sean extensibles a toda la comunidad autónoma.

INICIO:

2020

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO**PROXIMIDAD**

Parte de la labor consiste en coordinar, conectar y difundir el proyecto en la comunidad en diferentes momentos del año y mostrándose accesibles a los diferentes agentes sociales. La comunicación con la comunidad es valorada como positiva. Se han mantenido encuentros periódicos con comerciantes de los municipios y centros de salud, entendiendo que a mayor proximidad mayor normalización de los procesos de intervención.

CONTINUIDAD

A través de la conexión entre sistemas y redes públicas y privadas, se favorece la continuidad de los procesos de intervención debido a que se consigue obtener mayor conocimiento acerca del itinerario de la persona. Un ejemplo sería una persona en situación de fragilidad que es identificada de forma precoz. En el caso de desarrollar una demencia y/o dependencia y tener que acudir a otro recurso y/o servicio que resulte más idóneo se contaría con información acerca de sus intereses, aficiones, redes familiares, así como una conexión más sólida entre los diferentes sistemas que prestan sus servicios a la persona.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo está conformado por dos educadoras sociales, una psicóloga y una trabajadora social y socióloga. Se realiza un trabajo conjunto con el sistema de SSB a través del cual se detectan las diferentes casuísticas, aunque también se realiza una labor de detección desde el teléfono de asistencia (BetiON), farmacias, vecinas y vecinos, entre otras.

Se favorece la comunicación con los departamentos de la Administración Pública que se identifiquen como agentes de interés para las personas mayores. Además, se ha firmado un convenio con el colegio de farmacéuticos en el que se expone el proyecto y se favorece el trabajo en red para ofrecer a las personas mayores un acompañamiento más

	cercano respecto a cuestiones farmacológicas (preparación de pastilleros, limpieza y revisión de medicamentos en el domicilio...).
PERSONALIZACIÓN	La figura del referente de caso es clave, es decir, la trabajadora social del SSB que ofrece continuidad y personalización. Respecto a la personalización a nivel micro desde la entidad se basa en aproximarse a la persona para ofrecerle lo que necesita, respetando la voluntad de la misma, su biografía e itinerario vital, sin embargo, no se realiza PIA ,al menos desde la propia entidad, porque realizan una intervención de carácter grupal.
PARTICIPACIÓN	Entienden la participación ligada a la diversidad de la oferta social y cultural del entorno de proximidad para que cada persona pueda elegir lo que más se adecúe a sus características biopsicosociales. Resulta fundamental que la oferta no se encuentre limitada a acudir al hogar de la persona. A su vez, establecen una estrecha relación entre la generación de una red y la participación, y por consiguiente, aumentar el sentimiento de pertenencia y utilidad. Favorecen el acompañamiento a diferentes actividades para que las personas mayores participen y a su vez, realizan una labor de detección de situaciones de fragilidad social.
ENFOQUE PREVENTIVO	El enfoque de todo el proyecto es preventivo. La comunidad ofrece la posibilidad de trabajar la prevención de cuestiones como la fragilidad social, la soledad no deseada, entre otras.
ACCESIBILIDAD	Trabajo centrado en difundir el proyecto en el entorno de proximidad para que la población lo conozca y generar red así como conexiones.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

LKALEAK

AGENTES IMPLICADOS

AYUNTAMIENTO DE DONOSTIA, UNIVERSIDAD DE DEUSTO Y APTES

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa**CONTINGENCIA:** Dependencia**COLECTIVO ATENDIDO:** Personas mayores en situación de fragilidad o soledad**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** TSSE**WEB:** <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/etorkizunaeraikiz/-/kaleak>**OBJETO DE LA EXPERIENCIA:**

Identificar los atributos para la articulación de redes formales e informales destinadas al apoyo, cuidado, mantenimiento y conexión social de las personas mayores en situación de fragilidad, sistematizando el proceso llevado a cabo para posibilitar la evaluación, transferencia y replicabilidad del proyecto.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Se trata de un proyecto de Donostia Lagunkoia que se desarrolla en el barrio de Egia. Se basa en un proceso de co-creación en el que las personas mayores, junto con otras personas y agentes de la comunidad identifican los atributos que permiten (re)construir relaciones de atención y apoyo, diseñando a su vez, tanto los mecanismos como las redes de colaboración que permitan mantener la vinculación con la comunidad, satisfaciendo necesidades relacionadas especialmente con la dimensión social y relacional. Todo ello con el objetivo de garantizar la atención en casos de soledad, aislamiento, enfermedad o falta de energía, entre otras.

UBICACIÓN:

Barrio de Egia, en Donostia.

INICIO:

2017, hasta 2021.

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO**PROXIMIDAD**

Se realiza trabajo constante con los agentes de proximidad del barrio ya sean de titularidad pública o privada, organizaciones del TSSE... Se invita a los diferentes agentes de la comunidad a las actividades y dinámicas para incorporar en el barrio el modelo comunitario. También trabajan con los comercios del barrio, las peluquerías, las farmacias con el objetivo de concienciar y sensibilizar a los diferentes agentes de la realidad psicosocial del barrio.

CONTINUIDAD

A pesar de que la experiencia no esté en activo en la actualidad de manera formal, los agentes del barrio que han participado en ella durante años han integrado la perspectiva del modelo comunitario, valorado por la entidad como un logro entendiendo que es el objetivo final, así como un modelo sostenible. Las personas mayores también siguen participando de forma activa en las actividades y dinámicas del barrio. APTES ha favorecido la difusión de la experiencia en diferentes entidades, así como a través de la difusión de conocimiento, de cara a darle continuidad.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

Establecieron conexiones con profesionales de diferentes ámbitos como el sociosanitario, socioeducativo, entidades del TSS, comercios del barrio... Trabajaron de forma conjunta con Erlauntza ¹⁹ donde participaban profesionales de los SSB y

¹⁹ Para ampliar información acerca de Erlauntza: <https://www.donostia.eus/ataria/es/web/osasun-publikoa/erlauntza>

	Especializados, enfermera del ambulatorio, farmacias, Donostia Kirola, Donostia Kultura, Plus 55... coordinado por la promoción de la salud del Ayuntamiento. Es un aspecto valorado de forma positiva por la entidad para poder abordar la situación del barrio desde un enfoque integral. Para la coordinación entre recursos y servicios se utilizó la herramienta Drive y no se diseñaron herramientas comunes.
PERSONALIZACIÓN	No se realiza PIA pero sí que a través del contacto mútuo con el agente de proximidad del barrio se van detectando las diferentes necesidades. Se establece un canal de comunicación cercano y de confianza consiguiendo así poder acceder a los domicilios, detectar personas en situación de soledad no deseada, con problemas sanitarios, sociales...
PARTICIPACIÓN	El objetivo de la experiencia se basa en la participación, en conseguir que las personas del barrio no sean solamente receptoras de apoyo sino que también sean tejedoras de una red de apoyo independientemente de la situación de cada persona. Además, se hace un esfuerzo por incidir en que todas las personas que forman parte de una comunidad tienen un papel en ella. Basan su actividad en una participación libre en la que las personas no tienen un compromiso de acudir a todas las dinámicas y actividades pero con la seguridad de que se les informará acerca de lo realizado para que cuando deseen acudir estén al día de lo que pasa en su barrio. Las personas mayores del barrio participan en la medida de sus posibilidades y de su deseo. No tienen que asumir ningún compromiso y se respeta su derecho a decidir libremente en función de su disponibilidad, gustos personales y estado anímico.
ENFOQUE PREVENTIVO	A través del proyecto se ha conseguido que las personas que se encontraban inmersas en un proceso de desconexión se hayan enganchado a Lkaleak así como a otras actividades que resultan significativas para la persona. Por tanto, se han prevenido o paliado sentimientos de soledad, inutilidad y también se han ralentizado diversas situaciones relacionadas con la vejez aumentando la calidad de vida de las personas. Siguiendo la misma línea, se ha conseguido que las propias personas mayores actúen como detectoras de situaciones de pre-fragilidad.
ACCESIBILIDAD	A través de la identificación y el contacto con los diferentes recursos y/o servicios del barrio fomentan que los diferentes profesionales integren el modelo comunitario en su día a día con pequeños gestos de cuidado y adaptando los diferentes recursos proponiendo alternativas de accesibilidad a las personas mayores y/o dependientes.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

MIRADA ACTIVA

AGENTES IMPLICADOS

AYUNTAMIENTO DE BILBAO, GRUPO SSI, ASOCIACIONES DE PERSONAS MAYORES, ENTIDADES PÚBLICAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS Y CIUDADANÍA

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Bizkaia – Bilbao

CONTINGENCIA: Dependencia

COLECTIVO ATENDIDO: Personas mayores

TIPO DE RESPONSABILIDAD: TSSE

WEB: <https://www.berrituz.eus/es/mirada-activa-berria/ex-55/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Movilizar a la ciudadanía en la detección de situaciones de fragilidad social y soledad entre las personas mayores de la ciudad para poder implementar planes de intervención

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Servicio de atención comunitaria basado en la prevención y promoción dirigido a personas mayores de 65 años que viven en sus domicilios y que experimentan cierta fragilidad funcional (aspectos cognitivos de decisión o autodeterminación) o fragilidad relacional respecto a la familia o comunidad, requiriendo apoyo para garantizar su calidad de vida. Se presta a través de un equipo multidisciplinar que interviene de forma integrada en dos ámbitos:

- Mantenimiento del hogar: realizar en el domicilio de la persona labores destinadas a mejorar la seguridad, limpieza, funcionalidad y abastecimiento doméstico.
- Integración comunitaria: orientación, prescripción y coordinación de recursos/servicios que pueda requerir la persona usuaria

UBICACIÓN:

Bilbao

INICIO:

2013

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Se trabaja con y para los agentes de proximidad de la comunidad, independientemente del ámbito de actuación para conectar las diferentes necesidades con la oferta existente en el barrio. Por ejemplo, Servicios Sociales, comercios del barrio, farmacias, peluquerías... para que interioricen la mirada comunitaria. Cuando se detectan necesidades, Mirada Activa es un espacio de referencia con el que poder contactar para que intervengan.

CONTINUIDAD

Este aspecto se desarrolla a través de la adaptabilidad procurando que la persona que pase a otra etapa por motivos personales y/o de salud siga estando presente a través de otro tipo de acciones y/o actividades como pueden ser las llamadas telefónicas, los recordatorios o los acompañamientos. La adherencia de las personas usuarias es elevada, no se han producido abandonos.

PERSONALIZACIÓN

Se prioriza valorar, conocer y ofrecer a la persona lo que realmente necesita, sosteniendo que no hay dos situaciones e intervenciones iguales.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD	Equipo multidisciplinar compuesto por profesionales del ámbito de la psicología, el trabajo social y la educación social. Además, se establece la figura de conectora comunitaria con un perfil profesional de educadora o integradora social. La esencia de la experiencia radica en que el objetivo no es crear recursos y/o servicios nuevos sino conocer los que hay y derivar a los mismos a través de un mapeo de los diferentes barrios y la elaboración de una guía de recursos para tenerlos identificados. No se comparten herramientas y tampoco se realizan proyectos conjuntos con otras entidades. Participan en jornadas de difusión y también trabajan a través del benchmarking para ofrecer información acerca de cómo formar a los profesionales en el modelo comunitario, orientar programas, apoyar en el desarrollo...
PARTICIPACIÓN	La actividad “Nagusi Kafe Eguna” destaca por su alto grado de participación debido a que las personas van marcando los ritmos y ofrece un espacio donde poder hablar de sus gustos, intereses... lo que facilita el poder crear actividades o derivar a recursos que puedan resultar de interés. La familia generalmente no participa debido a que son personas que viven solas aunque las personas mayores consultan a la familia qué les parece el hecho de que acudan a las actividades.
ENFOQUE PREVENTIVO	El objetivo principal es la prevención de la soledad, de la fragilidad funcional y relacional. Se crea durante la pandemia “Bizkaia Saretu”²⁰ una escuela para la prevención de la soledad.
ACCESIBILIDAD	Se pone en relación a las personas con determinadas necesidades con servicios y/o recursos que satisfagan o palién las mismas. También se ofrece un servicio de acompañamiento para las personas que tengan barreras arquitectónicas cerca de sus domicilios y les impidan llegar a los lugares de interés para ellas.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

²⁰ Para ampliar información acerca de Bizkaia Saretu: <https://grupossi.es/soledad-bizkaia-saretu/>

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

ASCUDEAN: PROGRAMA DE APOYO A FAMILIAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

AGENTES IMPLICADOS

GOBIERNO VASCO Y AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GAZTEIZ
ASCUDEAN – ASOCIACIÓN DE FAMILIAS CUIDADORAS Y PERSONAS DEPENDIENTES

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Vitoria-Gasteiz

CONTINGENCIA: Dependencia

COLECTIVO ATENDIDO: Personas dependientes y sus familias

TIPO DE RESPONSABILIDAD: TSSE

WEB: <http://www.ascudean.es/acerca-de-ascudean/>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Proporcionar apoyo a las familias cuidadoras de personas dependientes en el domicilio desde una perspectiva biopsicosocial favoreciendo la mejora de la calidad de vida de las personas cuidadoras y la persona dependiente con el objetivo de que pueda permanecer el mayor tiempo posible en el domicilio con calidad de vida para ambas partes.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Se proporcionan actividades para el cuidado de la salud, actividades de formación sobre movilizaciones, ayudas de carácter técnico o aspectos jurídicos, así como atención psicológica. Además, se realizan visitas domiciliarias para valorar y detectar necesidades y se proporcionan servicios de empleo para ayudar con la selección de personal y la documentación laboral requerida. También realizan actividades reivindicativas para visibilizar y poner en valor el papel de las familias cuidadoras ya que consideran que son el mejor recurso que existe en la sociedad y en la comunidad para atender a las personas dependientes.

UBICACIÓN:

Vitoria-Gasteiz.

INICIO:

2001

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

Se identifican los recursos del entorno de cada familia para fomentar la red de apoyo de la misma. Además, realizan campañas de difusión, sensibilización y reivindicación para dar visibilidad a las personas dependientes y sus familias en la comunidad.

CONTINUIDAD

Se acompaña a la familia durante todo el proceso, entendiendo que las situaciones son específicas en cada caso y pueden cambiar (grados de dependencia, edad, envejecimiento de la personas cuidadora...). Trabajan antes de que aparezca la dependencia a través de actividades de prevención en la comunidad. Cuando aparece la dependencia orientan a la familia respecto al proceso e informan acerca de los recursos disponibles en su entorno. Cuando la persona fallece acompañan a la familia en el proceso de duelo. Además, el trabajo de Ascudean continúa, aunque la persona ingrese en un recurso residencial ya que entienden que el acompañamiento y el cuidado no terminan cuando la persona abandona su domicilio habitual.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

Desarrollan su labor diferentes perfiles profesionales del ámbito social y sanitario impartiendo diferentes formaciones como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociosanitarias, abogados y trabajadores sociales. Así como profesionales

	técnicos de reparaciones para impartir formación acerca de cómo realizar modificaciones o reparaciones en el hogar para facilitar su accesibilidad y seguridad. Se trabaja de forma coordinada con los diferentes agentes involucrados en el proceso independientemente de su ámbito de actuación. Es clave que la Administración Pública, el Sector Privado y el TSSE se coordinen para ofrecer una atención integral a las personas dependientes. Existe además coordinación con Maiteki, Red de Cuidado de Mayores de Vitoria, Elkargune de personas mayores. Por otro lado, desarrollan trabajo conjunto con otras asociaciones a nivel Estatal para contrastar experiencias y compartir buenas prácticas. No se emplean herramientas de trabajo común, sino que se suelen compartir los documentos que cada profesional utiliza. La mayor coordinación se establece con las trabajadoras sociosanitarias debido a su cercanía con la familia.
PERSONALIZACIÓN	Entienden que en el ámbito de la dependencia no existen dos situaciones iguales por lo que trabajan en base al modelo ACP nutriéndose en base al vínculo que han generado con la familia. Recogen la información que la familia les traslada y actualizan la documentación a medida que cambian las necesidades o la forma de atenderlas. Se respetan en todo momento las decisiones de cada familia así como de la persona dependiente. En caso de que la persona afectada no pueda manifestar su opinión, se contrasta con la familia si había manifestado qué tipo de cuidados quería recibir (mantenerse en el domicilio, ingresar en una residencia, el género del trabajador sociosanitario, aficiones...) para respetar su decisión en la medida de lo posible.
PARTICIPACIÓN	La entidad plantea a la familia los diferentes recursos y/o servicios que pueda necesitar pero adecuando el contenido a lo que ellos demanden. Se trata de un servicio a la carta en la que la familia y la persona, en la medida de sus posibilidades, deciden. En caso de que se tome una decisión y posteriormente se quiera modificar la asociación siempre se muestra dispuesta a ello. También se fomenta la participación a través del voluntariado de las personas cuidadoras o que en su día lo fueron. Diseñan las actividades para las personas en función de su propia experiencia.
ENFOQUE PREVENTIVO	A través de la impartición de charlas en recursos de la comunidad como centros educativos, parroquias, centros cívicos y culturales, informan de que la situación de dependencia existe y que puede darse en cualquiera familia, así como de la forma adecuada de abordar el inicio de una situación de dependencia. Además, a través de la comunicación constante y personalizada previenen la aparición del síndrome de burnout en las personas cuidadoras.
ACCESIBILIDAD	Trabajan tanto con personas que ya han acudido al SSB así como con personas que aún no han iniciado la valoración por lo que se les orienta a los recursos de la comunidad y se les anima a participar y ligarse a los diferentes recursos.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

BESTALDE – Encuentros intergeneracionales e interculturales entre personas mayores y personas privadas de libertad

AGENTES IMPLICADOS

FUNDACIÓN ASPALDIKO Y FUNDACIÓN ADSIS

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Bizkaia

CONTINGENCIA: Exclusión social y dependencia

COLECTIVO ATENDIDO: Personas privadas de libertad y mayores dependientes

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Pública

WEB: <https://www.aspaldiko.org/>
<https://www.fundacionadsis.org/es/bizkaia/portada>

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Realizar un proceso de acompañamiento desde la solidaridad, el desarrollo de la autoestima y el sentimiento de utilidad y pertenencia tanto de las personas mayores dependientes como de las personas privadas de libertad.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Se trata de una proyecto intergeneracional e intercultural entre personas privadas de libertad y personas mayores dependientes (sin deterioro cognitivo, con deterioro cognitivo leve-moderado y con o sin dependencia física) a través de diferentes actividades vinculadas al ocio terapéutico: psicoestimulativas, psicomotrices, socioculturales, actividades comunitarias, salidas al entorno...

UBICACIÓN:

Portugalete y Bilbao.

INICIO:

2012, hasta la actualidad.

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

El proyecto se enmarca en la propia residencia Aspaldiko de personas mayores y se desarrollan diferentes actividades en el entorno de proximidad, sobre todo en época estival. Desde la residencia, se realizó un mapeo de los diferentes recursos y servicios del municipio y se contactó con las diferentes entidades, con independencia del ámbito de actuación y del tipo de responsabilidad (pública o privada) para generar una red de contacto y mostrar la postura de apertura de la residencia al entorno comunitario. A pesar del desconocimiento inicial, ideas estereotipadas y ciertas inseguridades por parte del entorno próximo respecto a cuestiones relacionadas con el cuidado de las personas dependientes, tras exponer el funcionamiento del proyecto y clarificar que el objetivo consiste en generar vínculo y experiencias intergeneracionales la valoración por parte de la comunidad es positiva.

CONTINUIDAD

El proyecto tiene una duración de un curso escolar. Cada año las personas participantes varían, aunque en ocasiones desde ADSIS acuden de visita de forma puntual o incluso acompañan y orientan a otros voluntarios a iniciar la experiencia intergeneracional.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

Equipo profesional conformado por dos educadoras sociales de Aspaldiko y dos de ADSIS, con el soporte puntual de diferentes perfiles profesionales de la residencia. Se han llevado a cabo acciones de difusión para compartir la experiencia con otras entidades, así como en congresos, ámbito académico y medios de comunicación como televisión y radio.

PERSONALIZACIÓN

En el recurso residencial se trabaja a través de un PIA y Cuidados en el que se identifican diversas áreas tales como médica, alimentación, higiene, sueño y descanso, espiritualidad... partiendo de sus gustos, intereses y capacidad. Es realizado por

diferentes profesionales especializados en cada ámbito. En el caso de las personas con deterioro cognitivo se tiene en cuenta la trayectoria vital de la persona así como sus gustos e intereses, concretándolo a través del PIA y con información proporcionada por la propia persona y en caso de no ser posible mediante entrevistas con los familiares y personas allegadas. Para fomentar la personalización en la experiencia intergeneracional, las personas privadas de libertad realizan una formación previa así como reuniones previas y posteriores a las actividades con las personas mayores. El objetivo es que sean capaces de identificar las diferentes necesidades de cada persona y aprender técnicas de comunicación para poder compartir momentos con las personas mayores con problemas cognitivos.

Se identifican a las personas mayores a través de tres colores con el objetivo de acercar la realidad de las situaciones de las personas mayores a las personas privadas de libertad: verde para personas autónomas e independientes, amarillo para personas con dependencia leve y rojo para identificar a personas con deterioro cognitivo y mayores niveles de dependencia. Respecto a las actividades se tienen en cuenta las posibles limitaciones de cada persona participante (problemas de visión, de audición, de memoria...) para adaptarlas a todas las personas. Personas mayores, profesionales y personas privadas de libertad participan en la evaluación con el objetivo de detectar necesidades, dificultades y beneficios.

PARTICIPACIÓN

En el caso de las personas mayores, se solicitó el consentimiento a las familias de las personas dependientes y en el caso de las personas autónomas fueron ellas mismas las encargadas de explicar el proyecto a su familia. No hubo una sola negativa a participar por parte de ningún residente. La participación de las familias de las personas mayores es de carácter puntual, por ejemplo, en verano coincidiendo con las vacaciones suelen acudir a algunas actividades. Respecto a las personas participantes de ADSIS, se realiza una formación inicial sobre los diferentes perfiles de las personas mayores y sobre las técnicas básicas de comunicación, relación y habilidades sociales así como de elaboración de actividades. Antes de cada sesión semanal se realiza una reunión previa y posterior a la misma. Las personas privadas de libertad tienen la opción de proponer actividades y organizarlas con el apoyo y orientación de los profesionales respecto a cuestiones técnicas. La participación es elevada y persigue ofrecer nuevas realidades culturales y sociales así como fomentar la responsabilización de sus actos, la asunción del daño causado y ser parte activa de su proceso de inclusión.

ENFOQUE PREVENTIVO

El programa intergeneracional e intercultural tiene como fundamento básico la interacción entre personas privadas de libertad y personas mayores en situación de vulnerabilidad y fragilidad. Cuenta con un enfoque preventivo y rehabilitador. Ambos son colectivos estereotipados: a las personas mayores se les asocian ideas relacionadas con la inutilidad, pasividad y aburrimiento, generando sentimientos de rechazo. Mientras que a las personas privadas de libertad se les atribuye un ideario en torno a la peligrosidad, criminalidad, maldad y adicciones generando sentimientos de desconfianza y rechazo.

Estos encuentros inciden en ambos colectivos desde el aspecto emocional y afectivo, por la valoración como persona, por prevenir la soledad no deseada o la monotonía, por aumentar la autoestima y las habilidades sociales. En el caso de las personas privadas de libertad además se potencia la autorrealización, la corresponsabilidad, el respeto mutuo y la disminución de las tasas de reincidencia y recaídas. Aporta un aspecto preventivo a la sociedad respecto a los prejuicios y los estereotipos de ambos colectivos.

ACCESIBILIDAD

El hecho de que acudan personas voluntarias por parte de ADSIS facilita que un número mayor de personas residentes puedan participar en actividades en el entorno próximo como por ejemplo, acudir a la playa en verano.

RESPECTO A LOS DERECHOS

Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

INKLUSIB – GENERACIONES INCLUSIVAS

AGENTES IMPLICADOS

GOBIERNO VASCO, DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA, AYUNTAMIENTO DE ANTZUOLA, FUNDACIÓN MATÍA Y ADINKIDE

ÁMBITO GEOGRÁFICO: | Gipuzkoa

CONTINGENCIA: | Exclusión

COLECTIVO ATENDIDO: | Personas mayores en riesgo de exclusión social

TIPO DE RESPONSABILIDAD: | TSSE

WEB: | https://www.behagi.eus/files/informes/buenas_practicas_elkarekin_online.pdf

OBJETO DE LA EXPERIENCIA:

Promover la inclusión de personas mayores en riesgo de exclusión social en programas de intervención comunitaria desarrollados en diferentes municipios del territorio guipuzcoano desde la participación activa de personas de diferentes generaciones.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Basada en una metodología de investigación-acción participativa (IAP) que persigue promover la participación de los miembros de comunidades en la búsqueda de soluciones a sus problemas y ayudarles a incrementar el grado de control que tienen acerca de aspectos relevantes de sus vidas —empoderamiento. Se parte del enfoque de que resulta imprescindible la implicación de diferentes generaciones en la creación de soluciones para la integración en la comunidad de las personas mayores, construyendo a su vez, un tejido social que gradualmente se había debilitado acentuándose la distancia entre generaciones.

UBICACIÓN:

Antzuola

INICIO:

2019 – 2020.

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

PROXIMIDAD

El proyecto se enmarca en el municipio de Antzuola y se desarrolló en paralelo al programa de Euskadi Lagunkoia que añadía, entre otros aspectos, promover la implicación y sensibilización de los diferentes comercios del barrio. Se promovió la participación no solo de entidades de carácter social sino también de asociaciones dedicadas a otros ámbitos de actuación. A su vez, se realizó un mapeo de programas, agentes sociales, espacios de encuentro físicos e identificación de buenas prácticas a nivel internacional para extraer ideas.

CONTINUIDAD

Se identifica como una dificultad el acceso de personas dependientes, en situación y/o riesgo de exclusión social, que a su vez experimentan soledad no deseada, debido a que son perfiles difíciles de identificar. Además, las personas en riesgo y/o en exclusión social acumulan diferentes carencias que pueden ir desde ausencia de ingresos económicos, ausencia de vivienda o vivienda insegura, relaciones familiares disfuncionales, entre otras, lo que les dificulta el poder vincularse a procesos de participación por estar centrados en solucionar las mencionadas necesidades que son percibidas como más inmediatas.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo multidisciplinar está conformado por trabajadora social, enfermera y ciudadanía con acompañamiento de la Fundación Matía por parte de profesionales de la sociología y la psicología. Se comparten herramientas de trabajo en el grupo motor del municipio para la coordinación, recogida de información y realización de entrevistas.

	Además, se realiza un trabajo coordinado en diferentes fases del proyecto con SSB, movimiento asociativo, Ayuntamiento y colegios. Uno de los objetivos del proyecto fue crear una red entre los diferentes programas, asociaciones y agentes del municipio fomentando que trabajasen de forma coordinada para responder a diferentes necesidades.
PERSONALIZACIÓN	El trabajo realizado es a nivel grupal por lo que no se realizan planes de atención individualizada. En diferentes momentos se ha intentado identificar, tanto a través de la ciudadanía como de la trabajadora social del SSB, a personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y se ha cuidado quién es la persona indicada para acercarse a la persona e intentar crear un vínculo. Además, se ha realizado un trabajo de identificación de diferentes problemáticas y perfiles en el municipio.
PARTICIPACIÓN	La esencia del proyecto se ha basado en la inclusión de diferentes perfiles sociales y diferentes generaciones para fomentar la integración de diferentes perspectivas y necesidades de los vecinos y vecinas del municipio a través de la realización de dinámicas para trabajar diferentes aspectos como qué esperaban del municipio en un futuro respecto a vivienda, economía, integración, envejecimiento... Se incluyó al grupo motor del proyecto Euskadi Lagunkoia, ayuntamiento y representantes del hogar de jubilados y de varias asociaciones del municipio para crear el equipo de trabajo que realizase el diagnóstico de Antzuola. No se consiguió incluir en el equipo de trabajo a las personas en situación o riesgo de exclusión social por lo que se fomentó su participación y la integración de su perspectiva a través de entrevistas realizadas por el equipo de Fundación Matia.
ENFOQUE PREVENTIVO	Se realizó por parte de los vecinos y vecinas del municipio un protocolo de acogida para personas migrantes para prevenir situaciones de riesgo de exclusión social y situaciones de soledad no deseada. Cada barrio cuenta con un facilitador comunitario y un representante para que los y las vecinas puedan trasladarle las diferentes problemáticas y/o necesidades detectadas e intervenir antes de que se generen problemas de mayor magnitud.
ACCESIBILIDAD	A través del mapeo de programas, agentes sociales y espacios de encuentro se favorece que los y las vecinas del municipio conozcan los recursos y/o servicios disponibles en su entorno próximo.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

NOMBRE DE LA EXPERIENCIA

LANDALAB – LABORATORIO AVANZADO PARA EL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO DE SOCIEDADES RURALES

AGENTES IMPLICADOS

AYUNTAMIENTOS DE GIPUZKOA Y BIZKAIA – AGINTZARI, S.COOP

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Gipuzkoa y Bizkaia**CONTINGENCIA:** Dependencia / Exclusión Social / Desprotección**COLECTIVO ATENDIDO:** Personas mayores - infancia y adolescencia en situación o riesgo de desprotección**TIPO DE RESPONSABILIDAD:** TSSE**WEB:** <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/etorkizunaeraikiz/-/landalab>**OBJETO DE LA EXPERIENCIA:**

Mejora del sistema de intervención social en el ámbito rural a través del aprovechamiento de activos tangibles e intangibles contribuyendo a conseguir realidades rurales locales más activas, cohesionadas, sostenibles, conectadas y vinculadas al territorio.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

El proyecto genera soluciones a problemas de los pequeños núcleos de población, exportables a otras localidades. Facilitando la realización de informes de resultados para diseñar, pilotar y sistematizar un modelo de apoyo a la intervención social.

UBICACIÓN:

Municipios de Gipuzkoa y Bizkaia.

INICIO

2017

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO**PROXIMIDAD**

El entorno es lo que marca la pauta junto con los servicios previos que existan, por lo que en cada territorio la intervención y la activación de la comunidad va a ser diferente. Involucran al entorno a través del voluntariado y la participación ubicándolo siempre en el marco de los SSB. Para ello realizan una labor de identificación de los diferentes agentes comunitarios que se encuentran en el entorno de proximidad: comerciantes, farmacia, diversas comisiones, profesionales de la salud, vecindades, párrocos y vendedores ambulantes del ámbito rural. Posteriormente se realiza una formación para que incorporen la mirada comunitaria y señalar a que cuestiones debe prestar atención.

A través de la herramienta tecnológica de geolocalización que se emplea en el proyecto los agentes de la comunidad pueden incorporar a una aplicación información sobre los cambios observados.

CONTINUIDAD

El objetivo principal es mantener a la persona en su entorno comunitario haciendo uso de los recursos y/o servicios naturales de su comunidad, ralentizando o incluso evitando el uso de servicios más institucionalizados. La continuidad se favorece a través de la vinculación de la persona con el sistema público. Se identifica a las personas que no tienen un vínculo previo con el objetivo de informarla, orientarla y ubicarla en el entorno comunitario, y en los casos que sea necesario, realizar una intervención.

INTERDISCIPLINARIEDAD E INTEGRALIDAD

El equipo está conformado por profesionales de la educación social, trabajo social, psicología y sociología. A su vez, se ha incorporado algún perfil profesional orientado más a la tecnología. Se fomenta el trabajo en red tanto con los servicios de titularidad pública como con los de iniciativa privada. También se cuenta con recursos tecnológicos

	orientados a la geolocalización a través de la consulta del censo y catastro de cada municipio con el objetivo de identificar a las personas y clasificar el riesgo en el que se encuentran (bienestar, leve, moderado y grave).
PERSONALIZACIÓN	No se realizan PIA pero sí se realiza un seguimiento y una orientación personalizada en función de las preferencias de cada persona.
PARTICIPACIÓN	Activación de los grupos a nivel comunitario así como de los recursos del propio municipio. Se fomenta la participación a través de la difusión de información acerca de los recursos ya existentes, tanto públicos como privados.
ENFOQUE PREVENTIVO	Prevención a través de la activación de la comunidad. Se atiende a personas con niveles de riesgo moderado y/o leve para evitar o al menos ralentizar el empeoramiento de las situaciones.
ACCESIBILIDAD	Se está priorizando el identificar y localizar a las personas que se encuentran en situación y/o riesgo de vulnerabilidad para fomentar que o bien acudan a los servicios y recursos del entorno comunitario para establecer una conexión o que los profesionales acudan a los domicilios. A través de los datos obtenidos de la aplicación se ha detectado un número elevado de personas en situación de aislamiento y/o vulnerabilidad por lo que se evidencia que hay un porcentaje considerable de personas que no reciben ningún tipo de atención.
RESPECTO A LOS DERECHOS	Todos los contemplados en la Ley de Servicios Sociales.

6. ACERCAMIENTO AL MODELO COMUNITARIO EN EL TSSE

Este capítulo ofrece un análisis de las principales claves a tener en cuenta sobre el modelo comunitario de atención, a partir de la experiencia de entidades del TSSE. Si bien en el primer apartado se destaca la extensa experiencia de algunas entidades de discapacidad intelectual y del desarrollo entrevistadas, los siguientes apartados aportan un análisis pormenorizado de las 20 experiencias significativas del ámbito de la exclusión y de la dependencia previamente expuestas.

6.1. Contexto y recorridos a tener en cuenta

Las entidades del TSSE mantienen un sólido compromiso con las personas y la sociedad, de la que surgen y a la que sirven. Adoptan precisamente un modelo comunitario de atención, manteniendo un claro vínculo con el territorio y con las personas, tal y como destaca el Libro Blanco del TSSE de 2020.

Las organizaciones que proveen servicios directos a personas destinatarias han ido **adaptando sus modelos de intervención** al modelo comunitario de atención con el objetivo de ofrecer una atención integral, continuada, personalizada, próxima y que fomente la participación de las personas en sus procesos. Entre otras cosas, según datos del Libro Blanco del TSSE de 2020, entre las organizaciones del sector destaca que:

- Un 64,2% trabaja con la persona en más de un área de intervención (personal, laboral, familiar, etc.)
- Un 58,4% ofrece servicios de más de un ámbito (salud, empleo, servicios sociales...)
- Más de la mitad trabaja con la persona y su contexto, impulsa la participación de las personas usuarias en el diseño y evaluación de servicios y actividades y elabora programas individuales en los que las personas usuarias participan.
- Y casi la mitad les ofrece un continuo de servicios a lo largo del tiempo.

Aunque el modelo comunitario apela a cualquier ámbito, colectivo o contingencia de intervención social, en las últimas décadas, donde mayor espacio de reflexión y desarrollo ha experimentado ha sido en el ámbito de la discapacidad en las entidades del TSSE que iniciaron su actividad a través de la organización de los y las familiares de las personas con discapacidad. Se trata de entidades precursoras de la defensa de los derechos de las personas con discapacidad cuyo objetivo principal se basa en la plena integración a través de acciones de reivindicación, visibilidad y participación de las personas en su entorno próximo.

A través de la realización de entrevistas a profesionales del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo de 3 entidades del TSSE, se ha buscado conocer su experiencia y recorrido en el modelo comunitario, y la plasmación en los diversos recursos, servicios y programas que han implementado a lo largo del tiempo. De su dilatada experiencia cabe destacar elementos importantes sobre el modelo comunitario, su desarrollo e impulso.

Tomando como punto de partida la **construcción de lo comunitario**, cabe destacar que el modelo comunitario no debe emerger exclusivamente de un proceso teórico sino de un proceso de reflexión, que va más allá de ser una metodología, convirtiéndose en cultura de la organización. El objetivo principal es demostrar que las personas, en este caso con discapacidad intelectual y del desarrollo, pueden vivir y formar parte de cualquier espacio social fomentando su empoderamiento.

Una de las premisas principales es que sin transformación social no hay integración comunitaria, por tanto, el foco no debe estar centrado solamente en la persona sino en la sociedad en general. Y es esta dimensión social la que debe constituir el pilar central del modelo.

El modelo comunitario se estructura y se regula en lo macro –*estrategias y políticas*- pero centrando su atención en lo micro –*ámbito local y comunitario*- donde se observan los resultados, así como los procesos de cambio, estableciéndolos como indicadores de resultado.

Las entidades destacan que **la mayoría de actuaciones que desarrollan o impulsan el modelo comunitario nacen de la iniciativa privada**, especialmente por la capacidad de detección de las entidades y sus profesionales, y por la mirada con perspectiva comunitaria desde la que desarrollan sus servicios.

Las entidades coinciden en que resulta fundamental realizar un **cambio en la denominación y en la estructuración de los recursos**, fomentando la descentralización de los mismos y huyendo de los macro-servicios apostando por recursos de menor volumen, asumiendo que requieren mayor coste, pero que dotan de mayor proximidad, cercanía, comodidad y confianza a las personas que los conforman, así como a las personas del entorno próximo que quieran acudir o participar en ellos. Realizan una apuesta fuerte por situar los recursos en diferentes puntos de los Territorios Históricos con el objetivo de darse a conocer y ubicarse en lugares de interés donde cuenten con recursos comunitarios tales como centros culturales, deportivos, lúdicos... que proporcionen entornos amigables.

Las entidades perciben como necesario un cambio de concepto en los servicios entendiéndolos como un espacio de encuentro, participación e intercambio, abandonando así el concepto tradicional de un espacio de mera provisión de servicios. A su vez, consideran que deben ser espacios abiertos y para todas las personas, que sean multifuncionales, que transmitan calidez, evitando que se identifiquen estos espacios con un ambiente infantil, laboral o asistencial.

Otro aspecto importante son los **elementos, así como las herramientas** que las entidades consideran *sine qua non* a la hora de desarrollar el modelo comunitario. La participación en la planificación de los recursos y/o servicios constituye un derecho fundamental de las personas destinatarias y, por tanto, conocer a cada una de ellas es de vital importancia para poder promover que la persona se desarrolle en las diferentes esferas que desee. Apuestan especialmente por una programación semanal consensuada y contextualizada en el entorno que pueda modificarse si la persona desea realizar otra actividad, ejerciendo así, su derecho a la autodeterminación.

Para ello, las entidades se valen de diversas herramientas adaptadas al colectivo al que atienden. Por ejemplo, utilizan herramientas sencillas y amigables como pictogramas o collages que permitan obtener información, desde los datos más básicos hasta aspectos más personales como el círculo de relaciones de la persona, las rutinas, su autopercepción, su escala de valores...

También se hace referencia a la accesibilidad actitudinal como un elemento inherente al desarrollo del modelo comunitario. Se trata de que las personas con discapacidad puedan acceder a espacios de interacción social sin sentirse estigmatizadas por sus características, ya sean físicas, sensoriales, intelectuales o psicosociales.

Teniendo en cuenta los procesos de transformación digital que están desarrollando, así como la experiencia vivida durante la pandemia, las entidades se han valido de las nuevas tecnologías integrándolas como un elemento comunitario y de participación social. Lo más destacable es que toman como referencia lo vital y cotidiano como contextos y elementos de interacción muy válidos.

En referencia a **los procesos de desarrollo y evaluación** del modelo comunitario a lo largo de los años, concluyen que el despliegue de elemento del modelo depende de la variabilidad en el tiempo de su peso o importancia, considerando imprescindible trazar un recorrido de la progresión de los diferentes elementos del modelo comunitario.

A su vez, han ido creando desde una perspectiva ética un reservorio de buenas prácticas, un mapa de necesidades y un registro de aprendizajes para poder objetivar y argumentar qué es lo que funciona y lo que no. Analizando para ello la transferibilidad y continuidad de las experiencias teniendo en cuenta como indicador de éxito que la estrategia y el plan de trabajo se mantengan a lo largo de los años.

Respecto a las **dificultades y retos identificados**, desde el ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo tienen claro que las necesidades de las personas son cambiantes e ilimitadas y el concepto de calidad de vida también va evolucionando. Uno de los retos actuales es otorgar flexibilidad a los recursos actuando como “*bisagra*” entre el TSSE y las Administraciones Públicas ya que entienden que el proceso de evolución de necesidades de las personas y las leyes, así como estrategias, contratos, convenios... no tienen la misma capacidad, ni flexibilidad, ni velocidad de adaptación. En concreto, las entidades coinciden que en la actualidad resulta fundamental responder al proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

También remarcan que el modelo comunitario conlleva coordinación y cooperación constante tanto con el entorno próximo, como con las Administraciones Públicas, lo que complejiza y marca el ritmo del trabajo. Además, añaden que a pesar de que se haga alusión al modelo comunitario en las tres leyes de Servicios Sociales de la CAE, no se ha realizado evolución de la definición, aspecto que consideran necesario, teniendo en cuenta la comunidad actual no es la misma que la de hace décadas. Por último, mencionan la necesidad de fomentar el modelo de forma conjunta con las Administraciones Públicas y establecer un proceso metodológico común y compartido, basado en evidencia empírica.

6.2. Visión general sobre el modelo comunitario

Existe una opinión generalizada entre las entidades del TSSE de las 20 experiencias significativas seleccionada de que la incorporación del modelo comunitario a la práctica de la intervención social no ha sido algo novedoso, sino que se cuenta con una larga trayectoria en la

implementación del mismo, en algunas incluso desde prácticamente su consolidación. Se trata por lo tanto de un modelo que parece estar imbricado en la práctica habitual de las organizaciones. Por otro lado, también se evidencia que es un modelo poco explicitado por las organizaciones. De hecho, algunas organizaciones exponen que no se habían detenido a reflexionar en torno a la conexión que su método de intervención pudiera tener con el modelo comunitario de atención.

Aquellas organizaciones que tienen claramente explicitado el modelo vislumbraron en un inicio la necesidad de incorporar el modelo comunitario a raíz de iniciar un recurso y/o servicio en un contexto determinado y encontrarse con el **rechazo de la comunidad**. Este fenómeno conocido como “*Not In My Back Yard*” derivó en manifestaciones vecinales contra recurso y/o servicios y de las personas destinatarias. A partir de esa primera experiencia, se toma conciencia de la necesidad de trabajar la relación con el entorno próximo y se comienza a buscar la integración y la convivencia, estableciendo la relación e intervención con y para la comunidad como una de las líneas principales de los planes estratégicos.

Otra cuestión importante que implicó a las entidades la incorporación el modelo comunitario fue la identificación del acceso a los recursos y servicios de una **diversidad de perfiles con necesidades y/o dificultades en diferentes y múltiples áreas**. Elementos que conforman el modelo comunitario tales como la personalización, la interdisciplinariedad, la continuidad y la integralidad, entre otros, favorecían no solo el acceso de dichos perfiles a los recursos sino también la adherencia a los mismos.

Aspectos como el **aumento de la esperanza de vida, la aparición de nuevas problemáticas biopsicosociales y la cronicidad** han influido en la reflexión de las entidades a la hora de tomar la decisión de promover el desarrollo del modelo comunitario. Se ha constatado la necesidad de realizar una labor no solo de prevención a través de la identificación de las personas que puedan estar en riesgo de vulnerabilidad social, sino de implicar a la comunidad en ese proceso de identificación y de cuidado de las personas más susceptibles de ser vulnerables.

El hecho de establecer un **enfoque preventivo** posee ventajas en numerosos aspectos ya que permite a los equipos profesionales anticiparse a situaciones de mayor complejidad y disminuye el riesgo de que determinadas situaciones sociales se cronifiquen.

Además, existe una consideración generalizada de que la intervención y el trabajo con la comunidad suponen **promoción** de la labor que tanto el TSSE como la Administración Pública realizan. Permite de una forma naturalizada poner en valor y reivindicar el papel de los recursos y servicios tanto de las entidades como del SVSS. Si se trabaja con y para la comunidad, estableciendo objetivos comunes y desde la cooperación, no solo se fortalecen los recursos, sino que, además, favorece el conocimiento mutuo, aporta una visión objetiva del trabajo de dichos recursos y facilita la integración y promoción de los mismos.

El desarrollo del modelo comunitario se basa en relaciones bidireccionales que no solo favorecen a los colectivos en riesgo o situación de vulnerabilidad sino a la **ciudadanía en general** al fomentar una comunidad más cohesionada, involucrada y consciente de las situaciones que se dan o pueden darse a su alrededor y a que a su vez favorece el cuidado en el entorno próximo, por lo que construye una comunidad más amable para toda la población.

A pesar de haber conseguido a lo largo de los últimos años afianzar e implementar el modelo comunitario, las entidades resaltan el impacto de la **pandemia causada por el Covid-19** como una barrera en el desarrollo del mismo, pero a su vez como una oportunidad para seguir construyendo redes comunitarias. Por un lado, la pandemia puso en valor el papel del trabajo comunitario y generó **oportunidades de relación** entre las entidades, las personas destinatarias y el entorno próximo a partir de la búsqueda de soluciones conjuntas para las diversas necesidades que surgieron en el estado de alarma, no solo de la ciudadanía en general sino en las personas en riesgo o situación de vulnerabilidad social. Además, fomentó que el TSSE innovase en nuevas formas de relación a través de las nuevas tecnologías. Por otro lado, el confinamiento domiciliario, así como las medidas restrictivas posteriores en relación a la limitación de los aforos en los espacios públicos y en las reuniones sociales, entre otras, paralizaron el movimiento asociativo y comunitario que se había construido o el que se había activado de forma progresiva. Sin embargo, la percepción actual es positiva debido a que, tras la pandemia, se ha retomado gran parte de la actividad.

Existe un claro consenso entre las entidades en lo que se entiende por un modelo de intervención comunitaria. A pesar de ello, se han identificado diferentes perspectivas sobre cómo se ha de desarrollar dicho modelo a raíz de la implementación de diferentes tipos de programas y/o servicios y el foco en unos elementos u otros.

Mientras algunas entidades favorecen y establecen como objetivo estratégico el conocimiento previo de los servicios y/o programas implementados en la comunidad para conseguir así no solo la aceptación sino la implicación de la misma, otras optan por la naturalidad y la normalización de los mismos **favoreciendo el conocimiento mutuo** a través de la propia convivencia.

Las entidades coinciden en que resulta fundamental generar espacios de encuentro y participación, sin embargo, se debe dotar de contenido y objetivos a dichos espacios y ofrecer un soporte profesional a los mismos. Además, añaden que la integración debe ser un **proceso bidireccional** en el que tanto las personas destinatarias de los recursos y servicios como las personas que integran la comunidad se deben adaptar mutuamente.

Por último, todas las entidades favorecen la implicación y participación de las personas destinatarias en las actividades de la comunidad, sin embargo, algunas añaden la posibilidad de la apertura del centro a la comunidad favoreciendo así que los mismos vecinos y vecinas puedan acudir a los diferentes servicios.

6.3. Análisis de las características del modelo comunitario

De forma complementaria a las fichas de las experiencias significativas ya expuestas, se realiza un análisis acerca del enmarque de las experiencias en base a las dimensiones del modelo comunitario expuestas en la actuación número 7 de la **EPTSSE**, en el artículo 8 de la **Ley de Servicios Sociales** y en los indicadores del **Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales**. Se intenta con ello ofrecer un análisis complementario y con mirada amplia de las características del modelo comunitario.

▪ **PROXIMIDAD**

La Ley de Servicios Sociales en su artículo 8 –*Modelo de atención e intervención*- expone que el SVSS deberá favorecer la adaptación de los recursos y las intervenciones a las características de cada comunidad local a través de la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades y en su propia evaluación. A su vez, el Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales establece que las políticas sociales deben basarse en una comprensión transversal de la problemática social y deben estar condicionadas a evidencia cuantitativa y cualitativa debido a que los proveedores de servicios no pueden operar en un vacío político.

De forma unánime, las entidades del TSSE participantes ponen en valor la importancia del **análisis del entorno** donde se va a implementar el programa comunitario para adaptarlo tanto a nivel organizacional como social. Por todo ello, existen numerosos elementos a tener en cuenta como por ejemplo si se trata de un entorno rural o urbano, características socio-demográficas de la población, el uso del euskera, la inmigración, tradiciones y costumbres...

De hecho, tal y como se expone en el Libro Blanco del TSSE (2020) el vínculo con el territorio es un valor que le permite a las organizaciones del TSSE mantener proximidad con las personas, familias, colectivos y comunidades del territorio en el que operan y en el que están arraigadas. Ese nexo permite a las organizaciones detectar necesidades, adecuar respuestas y tejer y desplegar relaciones, entre otras cosas.

Un volumen considerable de entidades del TSSE cuentan con el **voluntariado** como agente social activo en los proyectos a través de la implicación de diferentes perfiles comunitarios tales como asociaciones de comerciantes, figuras de instituciones religiosas, profesionales farmacéuticos, vendedores ambulantes en el entorno rural, vecindario... Algunas entidades se limitan a presentarse y explicar brevemente el proyecto mientras que otras insisten en diferentes momentos del año e incluso ofrecen formación a las personas interesadas para que sepan a qué tipo de señales deben prestar atención y en qué aspectos, si así lo desean, pueden contribuir.

Resulta cada vez más habitual por parte de las entidades la creación de **perfiles comunitarios específicos**: activadores comunitarios, conectores comunitarios, personas de referencia en la comunidad, *hurbiltzaileak*, *Beharis*, *Auzozainak*, *Basozainak*, entre otras. El objetivo principal es que estén pendientes y disponibles ante posibles señales de alerta frente a situaciones de riesgo o exclusión social, vulnerabilidad social, soledad no deseada, prefragilidad ...mostrándose accesibles para que las personas puedan dirigirse a ellas ante una necesidad tanto comunitaria como individual y esta demanda pueda ser trasladada a los agentes sociales pertinentes.

Por último, realizar un buen trabajo con el entorno resulta fundamental debido a que los proyectos o los servicios no son estancos, sino que pueden variar en el tiempo. En cambio, la comunidad permanece, por lo que proporcionar información, orientación y acompañamiento a los distintos recursos de la comunidad favorece la adherencia a los mismos y sobre todo genera una red de soporte para que cuando la persona abandone el recurso o servicio en el que se encuentra sienta que sigue formando parte de una comunidad.

▪ INTEGRALIDAD E INTERDISCIPLINARIEDAD

Tal y como expone la Ley de Servicios Sociales, debido a la naturaleza cada vez más compleja y plural de las situaciones a afrontar se torna fundamental la necesidad de reforzar la colaboración con el TSSE, así como la configuración de espacios de cooperación y coordinación entre diferentes sistemas tales como el sociosanitario, sociolaboral, sociohabitacional, socioeducativo, sociojudicial y sociocultural, entre otros.

El Marco Europeo Voluntario de Calidad de los Servicios Sociales expone como uno de los objetivos a los cuales debe aspirar el sistema de Servicios Sociales la comunicación entre los distintos agentes del sistema. Para ello suscribe que la comunicación y cooperación sujeta en exceso a reglas y regulaciones burocratizadas puede limitar las oportunidades de las personas usuarias, de los proveedores de servicios y de los profesionales para cumplir con los requisitos de calidad (SIIS: Centro de documentación y estudios, 2011).

La mayoría de los equipos de trabajo de las entidades están conformados por perfiles profesionales de coordinación e intervención pertenecientes al ámbito social tales como profesionales de la educación social, el trabajo social y la psicología. De forma progresiva se están comenzando a incorporar otros perfiles profesionales de la sociología o incluso profesionales del ámbito empresarial y tecnológico. Ello genera riqueza, intercambio y complementariedad de visiones y abordajes, entre otras cosas.

Las organizaciones del TSSE participantes han vislumbrado la oportunidad de buscar los servicios de los que no dispone en recursos ya existentes en la comunidad bien sean de carácter público o privado. **Apuestan por no duplicar recursos** y no generar equipos multidisciplinares con demasiados perfiles profesionales, sino por utilizar los recursos del entorno próximo, por dos motivos: el primero guarda relación con la idea de que los profesionales y los recursos no son eternos, existen plazos de estancia en los recursos. El segundo se basa en que la persona vaya conectando de forma paulatina con los recursos existentes en su red comunitaria a través de un acompañamiento profesional y la generación de experiencias positivas con los mismos. A modo de ejemplo, si una persona necesita asesoramiento jurídico, quizás sea más conveniente que se acerque a conocer dónde debe acudir en caso de que necesite ese tipo de apoyo que ofrecerlo desde la propia organización. Esto fomenta que la persona pueda conocer los recursos de los que puede disponer, genere experiencias positivas con los recursos y los diversos profesionales y que cuando abandone el recurso del TSSE haya creado una red natural de apoyo.

Por tanto, las entidades parten de la idea de que la comunidad ya tiene numerosos recursos y/o servicios valiosos y necesarios y que no se deben crear otros nuevos sino favorecer el acceso y adherencia de las personas a dichos servicios a través de la detección, información y orientación. El rol de las organizaciones es ejercer de puente de acceso a esos recursos y profesionales que la comunidad dispone.

Respecto a la **coordinación**, se identifican diversidad de opiniones en función de dos variables: si se realiza con el mismo ámbito de actuación o no y si se trata de del TSSE o la Administración Pública. De forma general, en esta última, la coordinación entre sistemas es valorada como positiva, sin embargo, las organizaciones participantes exponen dificultades de coordinación entre el ámbito social y el sanitario, poniendo de relieve la necesidad de que dicha coordinación sea efectiva. Algunas entidades entrevistadas añaden que las dificultades de coordinación se generan no tanto por el ámbito de actuación con el que se establece la colaboración sino por las

propias características del o de la profesional. Resalta en esta cuestión la importancia del grado de disposición, cercanía, accesibilidad, empatía y escucha activa que se muestre.

Por último, las entidades entrevistadas exponen que no se organizan los suficientes espacios de encuentro para compartir experiencias y en las coordinaciones tampoco es habitual que se utilicen **herramientas compartidas** para lograr una mayor sistematización y estructuración de la información tratada durante la reunión.

▪ CONTINUIDAD

La Ley de Servicios Sociales expone que se impulsará la atención de las personas en su entorno natural y en los casos en los que no sea posible se articularán las alternativas residenciales idóneas siguiendo los criterios de tamaño, proximidad e integración en el entorno. El Modelo Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales expone que las autoridades públicas deberán garantizar la continuidad de los recursos y servicios, entre otras cuestiones.

Desde las entidades del TSSE participantes se pone en valor la **figura de referente de caso** de los SSB porque ofrece continuidad al proceso, así como personalización y accesibilidad. Esto de hecho se subraya que la Ley de Servicios Sociales, que indica que se asignará a cada persona o familia un profesional o una profesional de referencia en el SVSS con el objetivo, por un lado, de garantizar la coherencia de los itinerarios de atención y, por otro lado, la coordinación de las intervenciones.

Desde el TSSE se ha llevado a cabo un proceso reflexivo acerca de la importancia de ofrecer continuidad a las personas destinatarias y entienden que en la mayoría de los recursos y/servicios, con algunas excepciones justificadas, se establecen unos plazos concretos para llevar a cabo el proceso de intervención. Por tanto, el tiempo del que disponen es limitado y por ello, uno de los objetivos debe ser favorecer una buena vinculación con la figura de referente de caso. Otro objetivo es la activación de la red natural de la persona para favorecer la adherencia a la comunidad.

A su vez, la continuidad se favorece a través de la **prevención**, valorando las situaciones de las personas destinatarias a medio y largo plazo para poder anticiparse a las mismas y poder articular y activar los mecanismos necesarios para ofrecer la atención más adecuada a cada casuística.

▪ PERSONALIZACIÓN

La totalidad de los casos derivados a los recursos y/o servicios de las entidades del TSSE cuentan con un PAP y posteriormente en las entidades es usual que realicen un PIA, PAI o PEI. Esto viene establecido previamente por la Administración Pública, en el caso del PAP, y de las entidades del TSS en el caso de los PIA, PAI y PEI. Se fomenta por parte de los profesionales de las entidades llegar a acuerdos y consensos con las personas destinatarias favoreciendo su participación en dichos planes y atendiendo a las características de cada persona (intereses, objetivos, capacidades...).

El Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales incorpora el criterio de la disponibilidad, es decir, la provisión de una amplia gama de servicios de cara a garantizar las

posibilidades de elección de las personas destinatarias de los servicios, así como una cobertura adecuada de las necesidades existentes.

Algunas entidades incluso apuestan por permitir a la persona equivocarse, siempre calculando el posible riesgo de determinadas decisiones, si resulta ser un error siempre hay tiempo para reconducir la situación.

Para la elaboración de los planes mencionados con anterioridad siempre hay una persona referente que lo desarrolla de forma integral para después consensuarlo en la coordinación de equipo, sin embargo, en las entidades que atienden a la contingencia de la dependencia se apuesta por que cada profesional pueda ir elaborando el área en el que está especializado.

En el ámbito de la dependencia cada vez es más habitual que para desarrollar el PIA de una persona con un deterioro cognitivo se intervenga con la familia para conocer a la persona lo mejor posible y elaborar el PIA de forma personalizada: respetando sus gustos, intereses, cómo le gusta que se dirijan a él o ella... A su vez, se ha comenzado a incorporar metodología que facilite la comprensión de los PIA a través de elementos como la lectura fácil, pictogramas... para favorecer que las personas participen lo máximo posible en la elaboración de los mismos.

Las entidades participantes mencionan algunos de los aspectos que consideran que dificultan la personalización tales como recursos muy rígidos respecto a normativa, requisitos de acceso (abstinencia para poder acceder al recurso, adherencia al tratamiento farmacológico, largos periodos en procesos de exclusión social...) lo que a su parecer deja escaso margen para poder trabajar caso por caso adaptándose a la individualidad de cada persona. Algunos incluso afirman que es el recurso y/o servicio el que tiene que adaptarse a las personas.

▪ PARTICIPACIÓN

El Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales desde el 2008 al 2010, a través del programa PROGRESS²¹ financió ocho proyectos destinados a desarrollar herramientas para definir, cuantificar, evaluar y mejorar la calidad de los servicios sociales con especial énfasis en los cuidados de larga duración. Prácticamente todos los proyectos destacaron la importancia de implicar a las personas destinatarias no solo en la definición sino en la evaluación de la calidad de los Servicios Sociales. Por otro lado, en la Ley de Servicios Sociales en su artículo 6 –*Finalidad del SVSS*- establece mecanismos para promover la participación no solo de la comunidad en la resolución de las necesidades sociales sino también en la participación individual de las propias personas usuarias y de las entidades del TSS.

Las organizaciones del TSSE participantes reconocen la importancia de la participación como eje desde el que pivotar los procesos de intervención. De hecho, los datos del Libro Blanco del TSSE (2020) reflejan que más de la mitad de las organizaciones del sector impulsa la participación de las personas usuarias en el diseño y evaluación de servicios y actividades y elabora programas individuales en los que las personas usuarias participan.

Sin embargo, de forma general las entidades coinciden en que la participación es el elemento del modelo comunitario que más cuesta desarrollar debido a la reducida motivación de las

²¹ Programa Progress: programa a través del cual se financió el proyecto Prometheus inscrito en las acciones de la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades para la Unión Europea con el objetivo de desarrollar una estrategia para la definición, evaluación y mejora de los SSIG.

personas destinatarias. Las entidades dedican esfuerzos a desarrollarla e inciden especialmente en ella, pero en ocasiones se encuentran con grandes dificultades. Respecto a ello hay diversidad de opiniones: algunas entidades son partidarias de que la participación se dé desde la voluntariedad de la persona en función de sus gustos e intereses, sin embargo, otras entidades refieren que la participación se fomente a través de la iniciativa de los propios profesionales para suplir esa carencia.

Otro elemento a tener en cuenta es el perfil profesional, así como las características personales. Se es consciente de que el trabajo comunitario implica en numerosas ocasiones un elevado número de reuniones, tiempo dentro y fuera de la jornada laboral, tener que salir del recurso...

Si bien las entidades fomentan que las personas participen en actividades de la comunidad y del entorno de proximidad, algunas añaden la posibilidad de abrir el centro a la comunidad permitiendo que las personas del barrio puedan acercarse bien sea a conocerlo o a participar en las propias actividades del recurso.

Otra barrera identificada respecto a la participación es la necesidad de contar con tiempo y disponibilidad para organizar y realizar actividades en el entorno comunitario.

▪ ENFOQUE PREVENTIVO

Los Servicios Sociales de Atención Primaria, regulados en el artículo 22.1 de la Ley de Servicios Sociales establecen como objetivo atender las necesidades relacionadas con la autonomía, la inclusión social, situaciones de urgencia o desprotección social, prestando especial atención en la prevención de las situaciones de riesgo. El Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales incluye como Servicios SSIG los regímenes de seguridad social que dan respuesta a los principales riesgos de vida y a una gama de servicios esenciales prestados directamente a las personas que tienen como finalidad la prevención, la cohesión y la inclusión social.

Todas las entidades participantes coinciden en que incorporar el modelo comunitario favorece la prevención en los tres niveles: *primario, secundario y terciario*, lo que promueve mejorar la calidad de vida de las personas destinatarias en la medida de lo posible en cada casuística.

Respecto a la **prevención primaria**, se trata del nivel más cercano a toda la población y, por tanto, de primer contacto. Permite resolver necesidades de atención básicas y más frecuentes como actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, soledad, fragilidad... Favorece, además, una eficaz accesibilidad de la población. Por ello, el hecho de implicar a los diferentes agentes sociales formales e informales establece como objetivo una detección e identificación más eficaz de las situaciones de riesgo de vulnerabilidad social lo que a su vez permite iniciar intervenciones más precoces.

La **prevención secundaria** es aquella dirigida a personas que tienen mayor riesgo a determinadas situaciones sociales y/o sanitarias. Las entidades que desarrollan sus proyectos en el ámbito de la dependencia exponen que el poder detectar determinadas enfermedades, como demencias, de forma precoz permite conocer a la persona antes de que el deterioro cognitivo impida que pueda expresar sus opiniones, participar en los procesos... Si se detecta de forma temprana proporciona la oportunidad tanto a la persona como al equipo profesional para

conocerse mutuamente y saber de primera mano cuáles son sus intereses, aficiones, cómo quiere ser tratada... La mayoría de las personas entrevistadas señalaban que el acceso de las personas a los servicios la intervención evidencia situaciones de deterioro avanzado. Aspecto relacionado de forma directa con uno de los derechos recogidos en la Ley 12/2008, 5 de diciembre, de Servicios Sociales: *derecho a dar instrucciones previas para situaciones futuras de incapacidad respecto a asistencia o cuidados que se le puedan procurar, incluyendo nombrar a un tutor.*

Por último, a través de la **prevención terciaria** destinada a personas que ya se encuentran en situaciones sociales y/o sanitarias complejas, se persigue ralentizar la progresión o en su defecto, la cronificación de una determinada situación a través de la intervención social complementada en numerosas ocasiones con tratamientos sanitarios.

▪ **ACCESIBILIDAD**

Las organizaciones del TSSE entienden la accesibilidad desde un doble ángulo. Por un lado, se fomenta la accesibilidad a **recursos y/o servicios** tanto de la Administración Pública como del TSSE a través de procesos de detección, información, orientación y acompañamiento. Por otro lado, se garantiza el **acceso a los derechos fundamentales**, así como al ejercicio de los derechos provistos en la Ley 12/2008, 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

El Marco Europeo Voluntario de Calidad de los Servicios Sociales hace alusión por un lado a la accesibilidad económica, es decir, que los servicios sociales se basen en los principios de solidaridad y acceso universal y que los que estén sujetos a copago sean económicamente accesibles a toda la población. Por otro lado, menciona la necesidad de unos servicios accesibles tanto física como administrativamente, así como el acceso a la información disponible sobre los mismos. Todo ello estableciendo el foco en que tanto las Administraciones como las organizaciones proveedoras de servicios sean las encargadas de garantizar dicho acceso.

A través de la promoción de movimiento participativo, acciones reivindicativas, así como acciones de coordinación y trabajo en red con diferentes departamentos de la Administración pública se persigue disminuir las **barreras arquitectónicas** que dificultan la participación de las personas en la comunidad, en especial a los colectivos que experimenten limitaciones físicas (personas dependientes, personas con discapacidad...).

Las organizaciones del TSSE están recientemente prestando especial atención a la accesibilidad digital. Por ejemplo, trasladan preocupación en torno a los trámites online: desde pedir cita en el médico, cumplimentación de formularios, solicitud de prestaciones económicas, envío de CV....El Marco Europeo de Voluntad para los Servicios Sociales establece el concepto de red de protección en relación a tres objetivos específicos: disponibilidad, asequibilidad y accesibilidad, y desde ahí las organizaciones del TSSE están prestando especial atención a favorecer la accesibilidad a la tecnología, no solo en cuanto al poder tener acceso a dispositivos informáticos sino también a la adquisición de competencias informáticas para disminuir la **brecha digital** en diferentes colectivos que bien por brecha de acceso, de uso o de competencia están enfrentando dificultades.

■ RESPETO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS

La participación de las personas usuarias está estrechamente ligada con el ejercicio de sus derechos. En la **Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales**, en su artículo 9, se establecen los derechos de las personas usuarias que deben ser garantizados. A continuación, se expone una breve relación entre algunos de los catorce derechos establecidos en la mencionada ley y los elementos del modelo comunitario:

TABLA 2. RELACIÓN ENTRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS Y LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

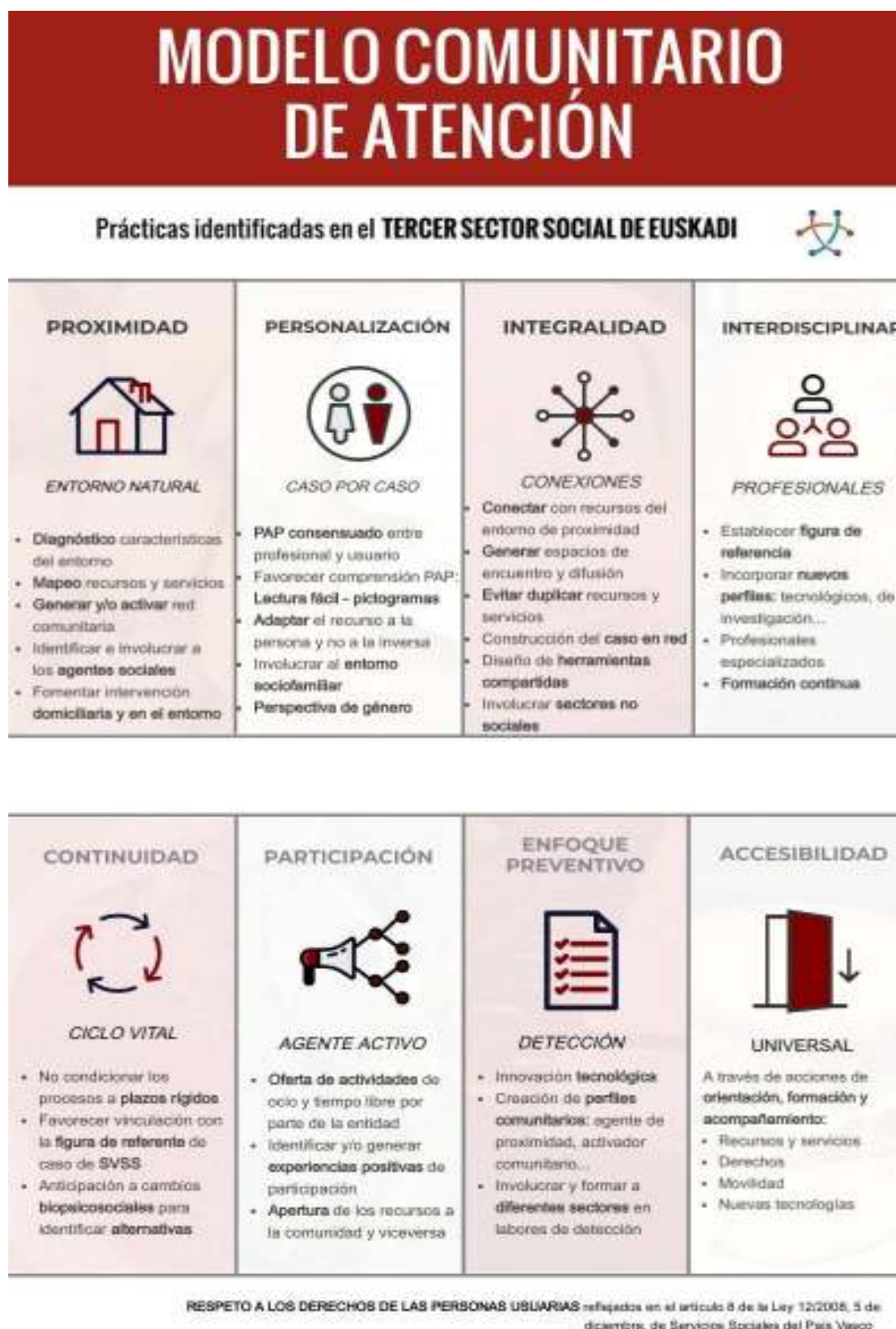
DERECHO	ELEMENTOS MODELO COMUNITARIO
Derecho a acceder a los servicios sociales en condiciones de igualdad, dignidad y privacidad	Accesibilidad Proximidad
Derecho a la autonomía	Participación Personalización
Derecho a dar instrucciones previas para situaciones futuras de incapacidad respecto a asistencia o cuidados que se le puedan procurar, incluyendo nombrar a un tutor	Enfoque preventivo Continuidad Personalización Participación Integralidad Interdisciplinariedad
Renuncia a las prestaciones y servicios concedidos	Personalización
Asignación de un profesional de referencia	Personalización Continuidad Enfoque preventivo
Disposición de un PAP y participación en su elaboración; participación, individual o colectiva, en las decisiones que le afecten y en el funcionamiento de los servicios, y acceso a cauces de información sugerencia y queja	Personalización Participación Integralidad Interdisciplinariedad
Selección del tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso en función de su disponibilidad y atendiendo a la prescripción técnica de la persona profesional de referencia	Personalización Continuidad

Fuente: elaboración propia

Todas las entidades participantes del TSSE señalan la importancia del respeto a los derechos de las personas destinatarias y del cambio de paradigma que ha supuesto para los equipos profesionales el hecho de fomentar la personalización y la participación de las personas usuarias comenzando a construir relaciones bidireccionales y no jerárquicas. Todas ellas valoran este cambio como positivo tanto para los y las profesionales como para las personas usuarias porque favorece un mayor acceso y una mejor adherencia a los recursos y/o servicios.

A continuación, se muestra una figura resumen acerca de las prácticas identificadas en el TSSE en relación con los elementos que componen el modelo comunitario de atención:

FIGURA 4. PRÁCTICAS IDENTIFICADAS EN EL TSSE EN EL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN



6.4. Agentes sociales a los que interpela el modelo comunitario

El análisis del enmarque del modelo comunitario en diferentes experiencias significativas, así como el marco normativo expuesto a lo largo del informe, evidencian la necesidad de la interconexión entre diferentes agentes sociales para poder no solo desarrollar sino potenciar la intervención comunitaria en el ámbito de la exclusión social y la dependencia.

▪ ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La implicación de la Administración Pública a nivel Autonómico, Foral, y Local constituye una parte fundamental en el desarrollo del modelo comunitario. Si bien es cierto que las entidades valoran de forma positiva el papel de la Administración Pública en relación al desarrollo y el apoyo a proyectos y programas, se pone en valor la necesidad de que la implicación no sea solamente por parte de los departamentos o áreas vinculadas con las políticas sociales, y se establece como buena práctica que otros departamentos se estén involucrando de forma progresiva a este tipo de iniciativas.

Establecer **canales de comunicación** con diferentes áreas o departamentos de los distintos niveles administrativos a la hora de diseñar, implementar y evaluar los proyectos favorecería el despliegue de la totalidad de los elementos del modelo comunitario. A continuación, se muestran algunos ejemplos con el objetivo de ofrecer mayor claridad.

El **Departamento de Salud de Gobierno Vasco** trabaja áreas como los centros de salud y farmacias; atención sociosanitaria; investigación, innovación y formación; vida saludable; adicciones, entre otras. Todas ellas guardan una estrecha relación no solo con las necesidades de ambas contingencias, dependencia y exclusión, sino también con la prevención de las mismas, por lo que establecer canales de comunicación proporcionaría una mayor atención a las personas en riesgo o en situación de vulnerabilidad social. Por ejemplo, algunas entidades mencionaron que mantenían una relación fluida con las farmacias y con algunos centros de salud para trabajar de forma coordinada y lograr su implicación en la medida de lo posible en los proyectos comunitarios desarrollados en el entorno de proximidad, pero estas acciones eran de iniciativa privada y estaban sujetas al voluntarismo de cada profesional.

La involucración de las áreas o departamento vinculados con **la Planificación Territorial, la Vivienda o los Transportes** también resultaría beneficiosa debido a que permitiría identificar y responder de manera más eficaz a las barreras de accesibilidad de las personas más vulnerables. Algunas entidades mencionaban que un número importante de personas no tenían la posibilidad de acceder a los diferentes programas por diversos motivos relacionados con la accesibilidad física como tramos de escaleras, ausencia de ascensor en el edificio donde residen, incompatibilidad de horarios de los transportes públicos y en el caso de las personas en ámbitos rurales la oferta limitada de medios de transporte públicos (conexiones, horarios, frecuencia...) para poder desplazarse.

Respecto a las áreas o departamentos de **Cultura y Deporte** de las administraciones, la colaboración es de suma importancia debido a que facilita el acceso de las personas destinatarias a instalaciones deportivas, bibliotecas, centros cívicos y culturales, hogares del

jubilado... y permite disponer de información continua acerca de las diferentes actividades lúdicas que se realicen en el entorno de proximidad, ofreciendo así la posibilidad de poder tener en cuenta a las personas con mayor exposición a la vulnerabilidad y adaptar en la medida de lo posible las diferentes propuestas.

Se han mencionado algunos de los departamentos con los que se considera necesaria una mayor coordinación e implicación en las diferentes casuísticas sociales debido al papel relevante que tienen las mismas, pero se extrapola la capacidad de **todos los departamentos** en poder impulsar el modelo comunitario.

▪ TERCER SECTOR SOCIAL

La implicación del TSSE se considera una pieza clave en el desarrollo del modelo comunitario debido a que su labor, independientemente de la contingencia a la que se atienda, se basa en el trabajo individual, grupal y comunitario. Las propias entidades son conscientes de la responsabilidad que tienen no solo con las personas que atienden sino con la comunidad en general a través de su labor asociativa, interventiva, reivindicativa y de sensibilización y denuncia. El trabajo con y para la comunidad resulta fundamental para alcanzar una sociedad más justa, inclusiva y cohesionada.

Todo ello pasa por impulsar no solo la generación de redes de ayuda mutua, sino por la activación de las diferentes redes comunitarias que existen en los municipios para que todas las personas encuentren su espacio de participación en la medida de sus necesidades y posibilidades.

Cabe destacar que el TSSE desarrolla su labor no solo en las tres capitales vascas sino también en diferentes municipios, barrios y zonas rurales de los tres Territorios Históricos, lo que permite tener una visión cercana a la realidad social de las personas, situarse cerca de las mismas y establecerse como un punto de referencia para ellas. Por tanto, su propia estructura favorece detectar nuevas necesidades y establecer nuevos modelos de atención para hacer frente a las mismas.

Para lograr todo lo mencionado con anterioridad gran parte de las entidades del TSSE están comenzando a incluir en sus líneas estratégicas el desarrollo y la intervención comunitaria como pieza clave de su labor. Señalan que la totalidad de las contingencias así como la totalidad de los recursos y servicios pueden incorporar la mirada comunitaria, favoreciendo así una mayor calidad de vida de las personas a las que atienden, alcanzar cotas más altas de eficacia y eficiencia de los servicios y un mayor acceso y adherencia a los recursos.

▪ SECTOR PRIVADO

Respecto al sector privado, las entidades han destacado la importancia de generar espacios de encuentro y de relación con el por su importancia, aunque reconocen que en ocasiones no se ha tenido en cuenta.

Todas las personas independientemente de la situación biopsicosocial en la que se encuentren acceden en mayor o menor medida a los comercios ubicados en sus entornos de proximidad, lo cual los convierte en elementos clave para poder no solo detectar sino prevenir diferentes

problemáticas. Por tanto, el poder mantener coordinación con los diferentes comercios y fomentar que incorporen la mirada comunitaria los convierte en un importante aliado. Muchas entidades del TSSE han comenzado a trabajar con el sector privado de diferentes formas; en primer lugar, a través de un mapeo e identificación de los comercios situados en los barrios donde desarrollan sus proyectos y en segundo lugar a través de acudir a los mismos para explicarles quienes son y que labor están desarrollando en el barrio. A raíz de esos primeros pasos algunas entidades han conseguido realizar formaciones a los comerciantes del barrio para explicarles no solo la relevancia de su papel en poder detectar e identificar situaciones de vulnerabilidad, sino que les han proporcionado pautas y claves para poder hacerlo.

Se ha trabajado con peluquerías, farmacias, tiendas de ropa, alimentación... Algunos **ejemplos** identificados para facilitar la comprensión de la importancia de incorporar al sector privado son los siguientes:

TABLA 3. EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MODELO COMUNITARIO POR PARTE DEL SECTOR PRIVADO

FARMACIAS O PUNTOS DE SALUD		
SITUACIÓN: una persona mayor acude cada cierto tiempo (semanalmente, mensualmente...) a recoger su medicación a la farmacia de su barrio.		
Posibles escenarios	Posibles motivos y/o actuaciones	Agentes implicados
Lleva tiempo sin ir y nadie recoge su medicación	Puede que no se encuentre bien	SSB
	Puede carecer de red sociofamiliar que recoja la medicación	
	Puede que tenga problemas de movilidad	
	Puede tener problemas económicos	
Se le han prescrito nuevos fármacos	Prestar atención al tipo de fármacos (enfermedades que puedan causar dependencia física o cognitiva)	TSS
	Ofrecer la posibilidad de explicar aspectos de la medicación	
	Preguntar a la persona cómo se encuentra	
Se confunde con los cambios, le cuesta entender las cosas...	Puede estar nerviosa por alguna cuestión (económica, social, habitacional, sanitaria...)	Sector privado (Farmacia)
	Puede estar desarrollando deterioro cognitivo	
Busca entablar mucha conversación con los profesionales, los clientes...	Puede que se sienta sola	
	Puede que carezca de red de apoyo sociofamiliar	

SUPERMECADO/ULTRAMARINOS		
SITUACIÓN: una persona acude a hacer la compra de forma habitual a un supermercado de su barrio		
Posibles escenarios	Elementos a tener en cuenta	Agentes implicados
Siempre acude sola a hacer la compra	Puede que carezca de red sociofamiliar	SSB
	Puede que viva sola	
Ahora realiza pedidos a domicilio y antes no	Puede que tenga dificultades de movilidad	TSS
	Puede que carezca de red sociofamiliar	
Compra cada vez menos comida	Puede que esté teniendo dificultades económicas	Sector privado (Supermercado)
	Puede que ahora viva sola	
Compra cada vez más comida (mismas cosas y cada poco tiempo)	Puede que esté desarrollando algún tipo de demencia	
	Puede que ya no viva sola	

Pueden ser cuestiones que pasen desapercibidas a simple vista o ni siquiera se les de importancia, sin embargo, si se consigue instruir y orientar a las personas para saber a qué

cuestiones deberían prestar atención, cómo gestionarlo y que dispongan de un referente en la comunidad al que poder comunicárselo, tanto a nivel de Administración Pública como del TSSE se trataría de una buena práctica comunitaria. Se fomentaría con ello una comunidad cuidadora y sensibilizada con las situaciones de especial vulnerabilidad del entorno próximo.

▪ AGENTES COMUNITARIOS

Los agentes comunitarios desempeñan una labor importante en cuanto a funciones de identificación, reivindicación y generación de movimientos sociales. Si bien es cierto que hay comunidades con mayor movimiento asociativo que otras, todas en mayor o menor medida disponen de asociaciones, comisiones, personas voluntarias...

Los agentes comunitarios favorecen la creación y el mantenimiento de las redes de conexión naturales en el entorno próximo y también permiten establecer sinergias con el TSSE y la Administración Pública para generar comunidades más inclusivas, participativas y reivindicativas. La generación de las mencionadas sinergias favorece tanto a la comunidad en general como a las personas que se encuentran en riesgo o vulnerabilidad social.

A nivel comunitario, algunas entidades comentan que se involucran de forma activa en los **movimientos sociales** de las comunidades. Por ejemplo, a través de **acciones de reivindicación y denuncia**: concentrarse todas las semanas frente a alguna entidad bancaria para que amplíen su horario de atención al público, acudir a las concentraciones vecinales en contra de agresiones machistas, apoyar a las personas pensionistas en sus reivindicaciones, entre otras.

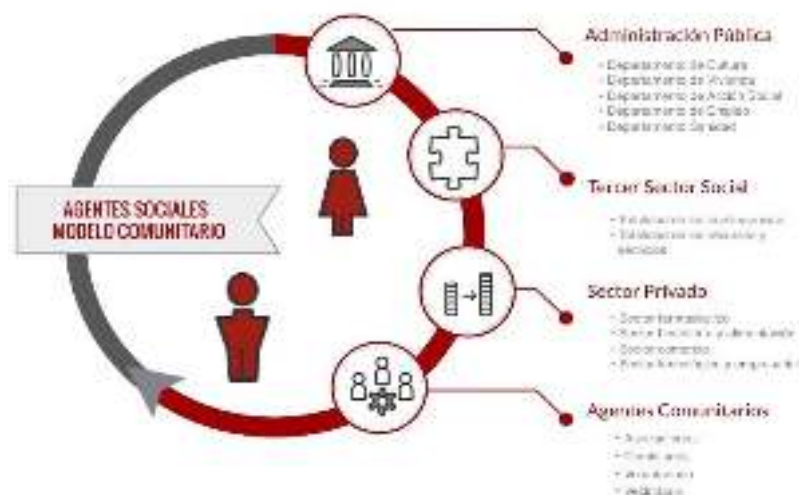
A nivel grupal, a través de la **participación en la oferta cultural del barrio** prestando apoyo en la organización y formando parte de la toma de decisiones junto a las comisiones de fiestas, asociaciones de vecinas y vecinos...Además, algunas entidades y personas destinatarias han ido un paso más allá y han incluido en la oferta cultural actividades de las que ellas mismas se han responsabilizado (puestos en los mercados de navidad, puestos con juegos para niños y niñas...) lo que favorece la integración de determinados colectivos que están expuestos a prejuicios y estereotipos.

Una entidad incluso llegó a ponerse en contacto con la totalidad de **asociaciones** del municipio, con independencia de a qué dedicasen su tiempo, con el objetivo de explicar quiénes eran, qué labores realizaban y tenderles la mano para cualquier colaboración o acción conjunta. A pesar de que algunas asociaciones se quedasen sorprendidas, con el paso del tiempo, se han establecido sinergias precisamente por esa conexión inicial y por establecer acciones que favorecen el conocimiento mutuo.

A nivel individual, las entidades han realizado una labor de identificación de **personas referentes** en los barrios y/o municipios bien por su trayectoria profesional, voluntaria o por ser una persona querida y respetada por la comunidad, con el objetivo de involucrarles en las diferentes experiencias y establecer alianzas para que puedan participar de forma activa.

A continuación, se muestra una figura que identifica los agentes sociales interpelados en el modelo comunitario:

FIGURA 5. AGENTES SOCIALES INTERPELADOS EN EL MODELO COMUNITARIO



6.5. Algunas diferencias y similitudes entre dependencia y exclusión social

A lo largo del proceso de trabajo de campo se han detectado diferencias y similitudes entre las contingencias de dependencia y exclusión social que se consideran relevantes a la hora de diseñar, implementar y evaluar el modelo comunitario de intervención.

Una de las principales diferencias entre ambas contingencias es en relación con el **proceso de detección** de posibles situaciones de riesgo o de vulnerabilidad social. En el caso de las personas dependientes en ocasiones simplemente se basa en dotarles de información acerca de los recursos y servicios de los que se encuentra dotado el municipio y su entorno de proximidad a nivel de actividades de ocio, tiempo libre y participación. Mientras que en el caso de las personas en riesgo y/o exclusión social resulta más habitual observar la necesidad de iniciar un proceso de intervención en diferentes esferas de la vida de la persona.

De forma general, la exclusión social es más sencilla de detectar debido a que se basa en la acumulación de carencias en diferentes ámbitos de la vida de la persona y algunas de esas carencias resultan más objetivas: vivienda precaria o carencia de la misma, escasos ingresos económicos, incapacidad de cobertura de necesidades básicas, ausencia de participación social, entre otras. Sin embargo, en el caso de las personas mayores dependientes son más habituales las situaciones de aislamiento social, soledad no deseada, fragilidad social... aspectos que resultan más complejos de detectar debido a que son aspectos subjetivos, pertenecen a una esfera más privada y son difíciles de identificar y medir.

A la hora de **iniciar los procesos de intervención**, independientemente de su intensidad, se observan dos diferencias significativas. Por un lado, resulta común que las personas dependientes cuenten en mayor o menor medida con el apoyo y respaldo de su entorno de referencia, mientras que las personas en situación o riesgo de exclusión social se encuentren más desprotegidas y cuenten con una red social más escasa y/o deteriorada o en su defecto, inexistente.

Respecto a la **participación**, las entidades que trabajan tanto en el ámbito de la exclusión social como en el de la dependencia afirman que, a pesar de que la participación es uno de los elementos en los que mayor incidencia se hace, es uno de los más complejos de desarrollar por diversas razones. En el caso de las personas mayores dependientes las entidades perciben que la participación más activa en el colectivo es por parte de personas con mayor nivel académico, nivel económico medio-alto y con una trayectoria de participación social extensa, mientras que la participación de las personas en situación de vulnerabilidad es menor y de carácter puntual. En el caso de las personas en exclusión social, la intervención, así como los esfuerzos de la persona destinataria están centrados en cubrir las necesidades fisiológicas, de protección y de seguridad, relegando a un segundo plano las necesidades de pertenencia, valoración y autorrealización por percibirse como necesidades menos inmediatas.

Otro de los aspectos que dificulta la participación son los **estereotipos y los prejuicios** acerca de ambos colectivos, añadiendo en el caso de las personas en situación o riesgo de exclusión social la influencia del estigma y del autoestigma que genera resistencias a la hora de querer participar en procesos comunitarios.

También se observan diferencias entre ambas contingencias en relación con el enfoque desde el que abordar el modelo comunitario. Las entidades que intervienen con las personas en situación de **exclusión social** tienen disparidad de opiniones. Algunas consideran que en ciertos casos más que promover una participación e integración comunitaria se trabaja por conseguir el mantenimiento de la persona en el entorno y que no empeore su situación. En cambio, otras consideran que la recuperación tiene que pasar por la integración comunitaria y el proceso se basa, entre otras cuestiones, en dotar de herramientas a las personas para que posteriormente puedan iniciar esa relación con la comunidad.

A continuación, y derivado del análisis realizado de las 20 experiencias, se detallan los elementos desarrollados en mayor o menor medida en cada contingencia atendida. No se trata de un análisis exhaustivo, pero puede ser útil para poner en valor los elementos afianzados e identificar aquellos en los que seguir avanzando:

TABLA 4. DESARROLLO DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO COMUNITARIO

CONTINGENCIA	ELEMENTOS MÁS DESARROLLADOS	ELEMENTOS MENOS DESARROLLADOS
EXCLUSIÓN SOCIAL	Personalización Proximidad Integralidad	Participación Enfoque preventivo
DEPENDENCIA	Proximidad Continuidad Participación	Personalización Enfoque preventivo

Fuente: elaboración propia

6.6. Aspectos a tener en cuenta desde la perspectiva de género

En base a las experiencias identificadas y posteriormente analizadas, se observan aspectos a tener en cuenta desde una perspectiva de género en ambas contingencias: dependencia y exclusión social.

La Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres ofrece un marco excepcional para analizar algunas cuestiones relevantes en torno a las experiencias seleccionadas en clave de igualdad. La propia ley expone que los poderes públicos vascos deben adoptar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio efectivo por parte de mujeres y hombres, en condiciones de igualdad a los derechos, así como a los recursos y beneficios económicos y sociales.

Por un lado, las organizaciones **de dependencia** entrevistadas apuntan hacia una lenta pero progresiva implicación de los hombres en las tareas de cuidado de familiares. También apuntan que ha aumentado el número de hombres que acude a las entidades del TSSE para recibir información acerca de los recursos y servicios existentes tanto en Administración Pública, como en el ámbito privado y en el TSSE. Uno de los aspectos más valorados desde las organizaciones del TSSE ha sido el hecho de que además de solicitar información los hombres se involucren en las formaciones de las entidades relacionadas con el buen cuidado en la dependencia.

Sin embargo, desde un punto de vista sociológico, el cuidado informal, así como el peso de las tareas domésticas sigue siendo responsabilidad principal de las mujeres y esto tiende a condicionar sus opciones de participación. Una de las barreras que se encuentran las mujeres a la hora de participar en la comunidad y en su entorno natural es precisamente la falta de tiempo libre para su propio ocio y disfrute. Las entidades mencionan que algunas mujeres mayores siguen siendo las encargadas del cuidado de las personas dependientes y de los menores de las familias (nietos y nietas...). A pesar de tener interés en participar en diferentes actividades de forma activa y ser beneficioso para ellas, sienten la obligación moral de priorizar el bienestar y el cuidado de otras personas, por lo que resulta complejo que la participación sea activa y constante en el tiempo limitándose a una participación puntual.

La Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres incide en su artículo 49 –*provisión universal y pública de cuidados*– en la provisión universal y pública de cuidados a través del SVSS y de servicios asequibles, flexibles, de calidad y de fácil acceso para atender precisamente las necesidades de cuidado de las personas que no pueden valerse por sí mismas en su vida diaria y también en el establecimiento de recursos y servicios socio comunitarios para la **conciliación corresponsable** de la vida personal, laboral y familiar de mujeres y hombres.

Los diferentes perfiles profesionales entrevistados destacan la capacidad de incidencia del TSSE para fomentar la visibilización, sensibilización y reivindicación de la importancia del ámbito de los cuidados en la comunidad y el papel fundamental que desarrollan las mujeres en él, a la par que, apuestan por la educación informal para normalizar que el cuidado de las personas dependientes debe involucrar a toda la sociedad.

Resulta importante destacar que las mujeres a pesar de ser las cuidadoras principales cuando son ellas las que requieren dichos cuidados suelen encontrarse con menos apoyos a nivel familiar y social, lo que deriva en un mayor riesgo de sufrir situaciones de soledad no deseada, vulnerabilidad y fragilidad social. La Secretaría General de Políticas Sociales (2015) expone que a pesar de que las mujeres tienden a apoyar al entorno familiar en los cuidados, el apoyo que ellas reciben no es correspondido en similar proporción. Esta diferencia relacionada directamente con el género permite comprender las desigualdades en el acceso a la red

asistencial debido a que para afrontar y tener continuidad en los procesos de tratamiento se requiere de apoyo sociofamiliar y las mujeres no suelen contar con él.

Este hecho puede ser explicado desde la esfera social y cultural donde las mujeres mayores han sido criadas y educadas en el cuidado de otros y en desarrollar su vida cotidiana en el ámbito privado (domicilio y familia), por lo que dicha educación se convierte en una barrera añadida a la hora de participar y ser parte de la comunidad.

Las entidades del TSSE entrevistadas que desarrollan su labor en el ámbito de la dependencia realizan una valoración positiva del modelo comunitario y no conciben la intervención sin esa mirada comunitaria. Sin embargo, a pesar de destacar la importancia de impulsar el modelo comunitario de atención advierten de que se tiene que tener **especial cuidado de que el peso del cuidado en la comunidad no siga depositándose exclusiva o mayoritariamente en las mujeres.**

Por otro lado, las organizaciones de **exclusión social** que han participado coinciden en que resulta especialmente complejo desarrollar algunos de los elementos del modelo comunitario con mujeres en situación o riesgo de exclusión, independientemente del recurso y/o servicio en el que se encuentren. Uno de dichos elementos es la **participación**: las mujeres tienen menor nivel de participación en la comunidad debido a la doble penalización y estigmatización social que sufren, así como por la influencia de experiencias pasadas de rechazo, aislamiento, violencia de género... Llinares y Lloret (2010) hablan de una *“doble desviación”* que implica mayor carga de estereotipos y estigma, así como con la oposición con su responsabilidad de *“encargada”* de la crianza y educación de los hijos. A lo que Alborno (2015) añade que las mujeres sufren ese proceso doble de penalización desde la sanción social afectando a diferentes aspectos de su imagen interna y externa.

La Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujer y Hombres, en su artículo 5 expone que la prestación de programas o servicios o el establecimiento de los recursos deben promover el empoderamiento de las mujeres, así como garantizar el acceso a los derechos de las mujeres que sufren discriminación múltiple.

Resulta habitual que las mujeres tiendan a depositar la responsabilidad y/o decisiones de sus propios procesos de intervención en los profesionales, no por una falta de capacidad sino más bien por miedo al cuestionamiento o por venir de entornos patriarcales donde no contaban con voz propia. Este hecho guarda una estrecha relación con la autodeterminación, autoestima y empoderamiento de las personas destinatarias y las entidades son conscientes de ello por lo que a pesar de ser uno de los elementos más difíciles de desarrollar es uno de los más trabajados por las y los profesionales.

Las entidades entrevistadas también resaltan que entre los hombres en situación o riesgo de exclusión se establecen relaciones más cercanas y es habitual que pasen tiempo libre juntos realizando actividades basadas en intereses comunes (ir a tomar un café al bar del barrio, ir a ver un partido, realizar ejercicio...) y que conserven en mayor o menor medida cierta red socio-familiar lo que favorece la participación comunitaria y mayor proyección y efectividad en los procesos. Sin embargo, las mujeres en exclusión no suelen conservar la red socio-familiar y no entablan demasiada relación entre ellas y si lo hacen es en el ámbito privado del recurso residencial o de atención diurna en el que se encuentren.

Desde una perspectiva de género cabe destacar que otro de los elementos en los que se experimentan dificultades es el relativo a la **accesibilidad** debido a que las mujeres en situación o riesgo de exclusión acceden de forma más tardía a los recursos y, por consiguiente, acuden con mayor deterioro biopsicosocial. Según Maffia (2011) generalmente, las mujeres posponen la solicitud de ayuda hasta el momento en que las consecuencias tanto para la salud física como mental o incluso a nivel sociofamiliar alcanzan un nivel en que se tornan insostenibles.

Esto influye en la capacidad de participación comunitaria, además de en otras esferas. Los motivos que pueden estar detrás de este acceso tardío son varios: por un lado, por el rol de cuidadora que la sociedad atribuye al género femenino que a su vez es incompatible con el hecho de solicitar apoyo formal e incluso informal y, por otro lado, porque los recursos tradicionalmente han sido diseñados por y para hombres lo que dificulta otro elemento del modelo comunitario, a saber, **la personalización**, experimentando las mujeres una sensación permanente de no encajar o de no estar en el recurso y/o servicio adecuado.

El hecho de que accedan de manera más tardía a los recursos se relaciona de forma directa con un mayor deterioro biopsicosocial por lo que se debe prestar especial atención al elemento de **continuidad** del modelo comunitario desde una perspectiva de género favoreciendo que pueda dotarse de mayor flexibilidad a los plazos preestablecidos para los procesos de intervención y se preste mayor atención a la **prevención y detección temprana**.

Desde algunas entidades se realiza una mención especial a las mujeres en riesgo o en situación de vulnerabilidad social que viven en **entornos rurales** y las dificultades añadidas que eso supone. Por un lado, en cuanto a la **proximidad y accesibilidad** a los recursos y/o servicios debido a que ellas en numerosas ocasiones no cuentan con la posibilidad de poder desplazarse ya sea por falta de medios económicos, cuidado de los hijos e hijas, incompatibilidad con los horarios del escaso transporte público... Por otro lado, en ocasiones los procesos no cuentan con la **personalización, integralidad e interdisciplinariedad** necesaria debido a que la falta de recursos y/o servicios en zonas más descentralizadas supone en ocasiones un estancamiento y/o limitación en los procesos de intervención. Si bien es cierto que estas cuestiones también afectan a los hombres no lo hacen con la misma intensidad por la influencia de factores sociales, culturales y económicos, entre otros.

Cabe destacar que, tras la aparición de los movimientos sociales de igualdad, la normalización de las intervenciones en centros de carácter público y la emergencia de problemáticas específicas de las mujeres en las décadas de los 70 y los 80, se consiguió de manera progresiva una mayor atención y especificidad en los programas de tratamiento para mujeres (Monras Arnau, 2010). Aunque a simple vista resultó un gran avance, el paso del tiempo ha demostrado que dichos programas a pesar de ser específicos para mujeres han seguido ajustándose a las características y necesidades de los hombres. Por tanto, los centros y programas que atienden a las mujeres están pensados por y para los hombres como consecuencia de que el 80% de las personas atendidas sean varones (Gómez Moya, 2004).

Por todo lo señalado, se torna fundamental reflexionar y generar **propuestas** que inviten a repensar los servicios y recursos de ambas contingencias desde una perspectiva de género. Se apuntan a continuación algunas posibles opciones:

- Desarrollar acciones de visibilización y reivindicación del papel de las mujeres en el cuidado en el ámbito familiar

- Establecer líneas de intervención educativa orientadas a fomentar la corresponsabilidad en las tareas de cuidado en el ámbito educativo formal: centros escolares y formativos, universidades...
- Involucrar al género masculino desde las entidades del TSSE y la Administración Pública en el ámbito de los cuidados informales
- Intensificar los mecanismos de prevención y detección del síndrome de burnout en mujeres cuidadoras
- Impulsar la formación de profesionales respecto a los factores sociales, culturales y demográficos que influyen en los procesos de intervención de las mujeres
- Reforzar mecanismos de detección de mujeres inmersas en situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad social atendiendo a factores como 1) que carezcan de red sociofamiliar y 2) que tengan mayor esperanza de vida que los hombres y que de forma general estén casadas con hombres de mayor edad que ellas, lo que deriva en un aumento de las probabilidades de que enviuden más y antes que los hombres y que tengan maridos dependientes o con problemas de salud.
- Ante la carencia o inestabilidad de la red de apoyo sociofamiliar en el caso de las mujeres, las y los profesionales deben evitar 1) realizar juicios de valor; 2) establecer relaciones verticales sustituyéndolas por relaciones horizontales; 3) flexibilizar los requisitos de acceso y atención (horarios, asistencia...); 4) atender a las características individuales y familiares de la mujer: si tienen personas a su cargo; 5) priorizar la vinculación a través de la empatía y la escucha activa.
- Prestar especial atención a variables específicas como la ubicación geográfica de estas mujeres (ámbito rural o urbano) y la vivienda (insegura y/o inadecuada...).
- De forma específica en el ámbito de la exclusión social resulta primordial realizar un trabajo previo a fomentar la participación comunitaria. Deben trabajarse habilidades sociales, autoestima y autoconcepto, sororidad, entre otras, porque a pesar de ser un proceso más lento a largo plazo resulta más eficaz.
- Favorecer la creación de espacios y grupos específicos de mujeres para trabajar temáticas concretas
- Flexibilizar y adaptar los recursos a la especificidad de las situaciones de las mujeres
- Imprescindible la prevención y detección temprana y colaboración a través de agentes comunitarios, profesorado de los centros escolares y con especial mención a la Red de Salud Mental y la Red de Atención Primaria debido a que son los lugares donde acuden las mujeres en mayor o menor medida.
- Prestar especial atención a los aspectos a trabajar en la intervención teniendo en cuenta la red de contención disponible y abordando solamente los temas que la mujer esté preparada para hablar. Si este aspecto no se tiene en cuenta, puede dificultar la adherencia al recurso o causar mayor perjuicio que beneficio a la persona.

7. LÍNEAS PARA SEGUIR AVANZANDO

A continuación, y a partir del trabajo de campo y análisis realizados, se presentan algunas líneas identificadas para seguir avanzando en el desarrollo e implementación del modelo comunitario en el ámbito de la intervención social. Se trata de elementos que cabe tener en cuenta para implementar y reforzar el modelo comunitario, entre los cuales se destacan: **1)** la necesidad de generar espacios de formación y encuentro; **2)** proporcionar mayor información de los recursos y servicios públicos; **3)** proporcionar alternativas a la institucionalización; **4)** necesidad de mayor estabilidad económica; **5)** necesidad de incorporar las nuevas tecnologías a la intervención social; **6)** fomentar una mayor iniciativa de programas comunitarios desde la Administración Pública; **7)** la no duplicidad de recursos y/o servicios y **8)** repensar los recursos de ambas contingencias desde una perspectiva de género.

Las entidades del TSSE coinciden en la necesidad de proporcionar **espacios de formación** respecto al diseño y la implementación del modelo comunitario, así como dotar al TSSE de **espacios de encuentro** tanto a nivel autonómico como estatal e internacional para poder conocer y compartir experiencias de modelo comunitario en diferentes ámbitos de intervención y así dotar de mayor profesionalización al sector en este sentido.

También se considera fundamental proporcionar una **mayor información acerca de los recursos y servicios públicos**, independientemente de la contingencia atendida, para favorecer una mayor accesibilidad, prevención de situaciones psicosociales y una mejor detección de casuísticas susceptibles de intervención. En el ámbito de la dependencia, en ocasiones, las personas mayores identifican el SVSS con prestaciones de tipo económico y desconocen la oferta de servicios dirigidos a la intervención comunitaria.

A su vez, se señala la importancia de proporcionar alternativas a **la institucionalización** y a los recursos rígidos y estancos, siempre que resulte posible, y apostar de forma conjunta la Administración Pública y el TSSE por una atención más comunitaria disminuyendo el diseño de recursos residenciales y de atención tradicionales y fomentando la búsqueda de alternativas. Las organizaciones del ámbito de la discapacidad añaden que se debe realizar un cambio en la denominación y en la estructuración de los recursos fomentando la descentralización de los mismos y huyendo de los macro-servicios apostando por recursos de menor capacidad porque, a pesar de que generan mayor coste, se compensa proporcionando proximidad, cercanía, comodidad y confianza.

Desde la contingencia de dependencia se demanda que se concreten acciones para detectar y prestar atención a las personas mayores en **situación de fragilidad social**. Se trata de aquellas personas que sin necesitar una incapacitación requieren de unas medidas de orientación, asesoramiento y acompañamiento en la gestión del día a día, así como en la planificación de la última etapa de su vida conforme a su criterio, deseos y valores.

En la actualidad, existe un volumen considerable de personas mayores que viven solas en su domicilio y que, a pesar de mantener la capacidad cognitiva para tomar decisiones sobre su vida, no cuentan con una red de apoyo o no es lo suficientemente eficaz, lo que influye de forma directa en el desarrollo de su vida social y comunitaria. Por tanto, se requiere la necesidad de incorporar un modelo de atención a las personas mayores en situación de fragilidad basado, por

un lado, en la intervención individual y, por otro lado, en la intervención comunitaria con el objetivo de sensibilizar a los agentes sociales para que detecten las situaciones de fragilidad y a su vez faciliten la accesibilidad de estas personas a los recursos comunitarios (Etxeberria Erauskin y Gallo Rodríguez, 2020).

Respecto a la **ubicación de los programas y servicios**, a pesar de que cada vez es menos habitual, gracias a que tanto la Administración Pública como el TSSE han favorecido que los recursos y servicios de atención se ubiquen en zonas normalizadas, el hecho de que aún queden recursos en zonas de mayor dificultad social supone una barrera para el **desarrollo de la participación social** y, por ende, del modelo comunitario, especialmente en el ámbito de la exclusión social. Las personas destinatarias se exponen a diferentes riesgos por frecuentar dichos entornos por diversos motivos y los profesionales se encuentran ante la negativa de las personas a participar en dicho entorno, por lo que el aislamiento en el recurso es mayor.

La **sostenibilidad y estabilidad económica** de las organizaciones del TSSE es también un factor determinante para el desarrollo del modelo comunitario de atención. En concreto, respecto a las subvenciones las entidades consideran que las características de las mismas dificultan el desarrollo del modelo comunitario porque no garantizan financiación sostenida y estable en el tiempo, y las diferentes convocatorias implicar una amplia labor de gestión. El trabajo comunitario requiere un proceso arduo de trabajo que implica un diagnóstico exhaustivo de la comunidad y una activación de los diferentes agentes comunitarios por lo que la dedicación de tiempo es considerable. El propio Modelo Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales establece como objetivo proporcionar una financiación sostenible que posibilite la continuidad en la provisión de servicios de calidad.

Respecto a las nuevas tecnologías y teniendo en cuenta la **transformación digital** que se está produciendo no solo en el TSSE sino en todos los ámbitos, y los beneficios que ello supone. Las entidades remarcan la necesidad de que las subvenciones dirigidas al desarrollo tecnológico e innovación establezcan criterios de acceso para las entidades sociales. Además, existe un convencimiento generalizado en ambas contingencias de la necesidad de incorporar las nuevas tecnologías para favorecer la prevención y la detección de diferentes problemáticas sociales.

Se comparte que **la mayoría de actuaciones que desarrollan o impulsan el modelo comunitario nacen de la iniciativa privada**, bien porque los propios profesionales detectan la necesidad de incorporar esta perspectiva de intervención en sus recursos y/o servicios o bien porque a pesar de estar subvencionadas la Administración Pública (Foral, Autonómica y/o local) no se incluyen de forma específica dentro de Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS aunque destacan su estrecha relación con la misma porque resulta habitual que se incluya el modelo comunitario en recursos y/o servicios que están incluidos en la misma y en el punto 1.3 –*Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial*- se definen servicios de atención individual, familiar, grupal y comunitaria.

Vinculado a ello, se considera que el modelo comunitario debe conformarse como un **elemento central de la intervención en el TSSE**. Por ello, es deseable contar con el impulso y apoyo de la Administración Pública, que garantice continuidad en el tiempo. El objetivo principal es que dejen de ser experiencias significativas y se conviertan en prácticas cotidianas delimitadas y estructuradas, es decir, que se les dote de profesionalidad, formalidad y naturalidad. Además, las entidades del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo coinciden en que el

modelo comunitario debe emerger de un proceso de reflexión y no de un proceso teórico, que va más allá de ser una metodología, convirtiéndose en cultura de la organización.

El modelo comunitario de atención requiere de continuidad por lo que también se reivindica una **mayor flexibilidad** respecto a los plazos de los procesos de intervención, sobre todo en el ámbito de la exclusión social debido a la necesidad de trabajar en diferentes esferas a la vez tales como vivienda, económica, relacional, sanitaria, formativa-educativa, laboral, entre otras, y en numerosas ocasiones con situaciones sociales muy complejas y continuas en el tiempo.

Otro aspecto vinculado con la financiación tiene que ver con la necesidad de ampliar la ratio de **profesionales**, sobre todo en recursos residenciales y pisos tutelados. De forma general por turno solo hay un profesional lo que dificulta el poder fomentar la participación y la apertura a la comunidad porque se requiere de tiempo para poder identificar e impulsar posibles alternativas de ocio y tiempo libre y en numerosas ocasiones se necesita de acompañamiento profesional por lo que si surge alguna urgencia o un volumen elevado de intervenciones no resulta posible.

El TSSE realiza una autocrítica considerando que el hecho de duplicar recursos y/o servicios no favorece ni a las entidades ni a las personas destinatarias por lo que cada vez es más habitual que se planteen la posibilidad de desarrollar proyectos colaborativos que a su vez favorezcan el desarrollo del modelo comunitario en cuanto a los elementos de **integralidad e interdisciplinariedad**.

Además, el Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales expone que el marco legislativo debe prevenir los efectos negativos que puedan tener el mercado libre, así como la creciente competitividad del sector de los servicios sociales sobre el acceso universal a los servicios de calidad. Aspecto con el que coinciden las entidades del TSSE que exponen la necesidad de anticiparse a esta cuestión a través de procesos colaborativos entre el sector privado y el TSSE.

Todas las organizaciones coinciden en que resulta fundamental repensar los recursos de ambas contingencias desde una perspectiva de género debido a que lo consideran una variable transversal a cualquier proceso social, y con especial incidencia en exclusión social y dependencia, contingencias en las que se observa una mayor vulnerabilidad del colectivo femenino. Por tanto, desarrollar acciones de visibilización y reivindicación, involucrar al género masculino en los cuidados, intensificar los mecanismos de prevención y detección, impulsar la formación en género de los y las profesionales, así como flexibilizar y adaptar los recursos a la especificidad de las situaciones de las mujeres son prácticas que se están desarrollando por diversas organizaciones con el objetivo de poder mejorar no solo la atención sino el acceso y adherencia de las mujeres a los diferentes programas y/o servicios tanto de la Administración Pública como de las entidades del TSSE.

Por último, se exponen de forma resumida las **prácticas más extendidas** en el TSSE **en relación con el modelo comunitario** que se han desarrollado en el informe: **1)** mapeo de servicios y recursos existentes en el entorno de proximidad; **2)** colaboración entre sistemas y la no duplicidad de recursos; **3)** incorporación de nuevos perfiles profesionales y el impulso e incorporación de las nuevas tecnologías en favor de lo comunitario; **4)** activación de nuevos tipos de voluntariado y **5)** apertura de recursos y servicios a la comunidad.

Cada vez resulta una práctica más extendida por parte de las entidades realizar un mapeo **de servicios y recursos existentes en el entorno de proximidad** tanto públicos como privados de diferentes ámbitos como pueden ser los Servicios Sociales, de ocio y tiempo libre, pequeños comercios tales como peluquerías, ultramarinos, tiendas de ropa... hasta identificar otras asociaciones y organizaciones con las que establecer colaboraciones o como forma de establecer conexión entre las necesidades y/o intereses de una persona y los servicios ofertados por las mismas. A su vez, favorecen **la colaboración entre sistemas y la no duplicidad de recursos**, es decir, no generar nuevos recursos sino conectar e impulsar los existentes para fomentar una mayor eficacia y eficiencia de los mismos.

Respecto a los perfiles profesionales, consideran necesaria **la incorporación de nuevos perfiles profesionales y el impulso e incorporación de las nuevas tecnologías en favor de lo comunitario** que puedan aportar metodología innovadora en el ámbito de la intervención social como por ejemplo personas del ámbito de la informática (generar métodos de geolocalización, guías online de recursos y servicios, guías interactivas acerca de la realización de trámites online...), personas que trabajan en el mantenimiento de maquinaria (para transmitir pautas sencillas de mantenimiento de dispositivos de apoyo para personas dependientes) y también el aumento de figuras que ya están ligadas al ámbito social pero en menor medida.

Lo mismo ocurre con el voluntariado ya que las entidades son conscientes de que el perfil de voluntariado ha cambiado y que resulta necesaria la **activación de nuevos tipos de voluntariado**, con mayor flexibilidad en cuanto a la participación (online, presencial, diferentes franjas horarias, posibilidad de rotar por diferentes servicios...).

Y por último, reivindican la necesidad de la **apertura de recursos y servicios a la comunidad**, es decir, que no sean solo las personas destinatarias las que participen en las diferentes actividades que se generan en la comunidad sino que las personas que forman la comunidad puedan participar en las actividades desarrolladas desde los servicios favoreciendo así el conocimiento mutuo, otorgando protagonismo a las personas destinatarias y fomentando el contacto con la comunidad desde su zona de confort lo que ayuda a que construyan experiencias positivas en este sentido.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albornoz, P. (2015). *Incorporación de la familia en el tratamiento del alcoholismo*, Biblioteca digital. Extraído de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/3476/TMTRASO%2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 21 de abril de 2018).
- Arrieta, F., Izagirre, A., Segú, M., & Zuñiga, M. (2018). La comunidad al rescate: algunas reflexiones sobre las políticas estatales de activación comunitaria en Europa. *Zerbitzuan* (65).
- Arroyo, G.J., & Zugasti Multiva, N. (2021). Proximidad e intervención social profesional. Una mirada desde los servicios sociales de proximidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*.
- Etxeberria Erauskin, B., & Gallo Rodríguez, L. (2020). La fragilidad de las personas mayores en Gipuzkoa. *Zerbitzuan* (72), 61-75.
- Cacioppo, S., Capitanio, J.P., & Cacioppo, J. T. (2014) Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1464-1504.
- Comas D `Argemir, D. (2014). La crisis de los cuidados como crisis de reproducción social. Las políticas públicas y más allá.
- Elizalde, A., Martí, M., & Martínez, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Revista Latinoamericana*, 15.
- Euskadi. *Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales de la CAE*. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2012/01/20/pdfs/BOE-A-2012-868.pdf>
- Euskadi. *Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales*. Disponible en: https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2008/12/s08_0246.pdf
- Euskadi. *DECRETO 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales*. Disponible en: <https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2015/10/06/185/dof/spa/html/webleg00-confich/es/>
- Euskadi. *Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi*. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2016/05/1602096a.pdf>
- Euskadi. *Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la Exclusión Social*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-20655>
- Euskadi. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Fantova, F y Casado, D. (2017). “Los sistemas de bienestar en España. Evolución y naturaleza”. *Documentación Social*. 186:55-80.
- Gomá, R. (2018) La acción comunitaria: transformación social y construcción de ciudadanía. RES: Revista de Educación Social, 7.
- Gómez Moya, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de trabajo social*, 17, 83-98.
- Gobierno Vasco (2021). Estrategia Sociosanitaria de Euskadi. Recuperado de: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soizosanitario_estrat/es_def/adjuntos/estrategia_sociosanitaria_es_web.pdf

- Gobierno Vasco (2015). Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAE. Recuperado de: <https://www.euskadi.eus/plan-gubernamental/08-plan-estrategico-de-servicios-sociales-2016-2019/web01-s2enple/es/>
- Gobierno Vasco (2018). *Estrategia de promoción del Tercer Sector Social de Euskadi*. Recuperado de: <https://www.sareensarea.eus/images/documentos/DocumentacionDeReferencia/Estrategia-de-Promocin-del-Tercer-Sector-Social-28-11-2017.pdf>
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández, J. F. Morales y F. Molero (Coords.), *Psicología de la intervención comunitaria*. Desclée De Brouwer.
- Huerta, J. (1993): "La atención personal en servicios sociales", *Intervención Psicosocial*, 2 (5), pp. 65-75.
- Hombrados-Mendieta, M. I., & Gómez-Jacinto, L. (2001). Potenciaicón en la intervención comunitaria. *Intervención psicosocial* , 55-69.
- Ibañez, J. M. (1999). *Intervención Comunitaria en Euskadi. Acercamiento a la acción social sobre la exclusión* . Ararteko .
- Institut Cerdá (2017). *Estrategia COM3. Cap una atenció comunitària centrada en la persona*.
- Llinares Pellicer, M. C. y Lloret Botonat, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis transaccional y psicología humanista*, 28(62),115-132.
- Llobet, M., Aguilar Hendrickson, M., Pérez Eránsus, B. (2012). "Los servicios sociales frente a la exclusión social". *Zerbitzuan*. (51), 9-26.
- Maffia, D. (2011). USPPA Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas, Buenos Aires. Extraído de <http://docplayer.es/12321169-USppa-unidad-de-seguimiento-de-politicas-publicas-en-adicciones-el-ocultamiento-de-las-mujeres-en-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas.html> (Consultado el 21 de abril de 2022).
- Martínez-Buján , R., & Vega Solís, C. (2021). El ámbito comunitario en la organización social del cuidado. *Revista Española de Sociología*, 2(30), 1-11.
- Monras Arnau, M. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones*, 22(4), 339-352.
- Navarro, V. (2005). Panorama general: El Estado de Bienestar en España. En V. Navarro, *La situación social en España* (pp. 1-28). Programa en Políticas Públicas y Sociales- Universidad Pompeu Fabra.
- Observatorio Vasco del Tercer Sector Social (2024). Barómetro 2023 del Tercer Sector Social de Euskadi. Disponible en: https://3seuskadi.eus/wp-content/uploads/2024/04/Informe_BAROMETRO23_def.pdf
- Observatorio Vasco del Tercer Sector Social (2022). Libro Blanco del Tercer Sector Social de Euskadi 2020. Disponible en: https://3seuskadi.eus/wp-content/uploads/LibroBlanco_DEF_2019-2020_es-comp.pdf.
- Observatorio Vasco del Tercer Sector Social de Euskadi. (Abril de 2020). *El impacto del Covid-19 en las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi*. Recuperado el 2022, de Observatorio Vasco del Tercer Sector Social de Euskadi: https://3seuskadi.eus/wp-content/uploads/Informe_COVID_19.pdf

- Ong, A.D., Uchino, B.N., Wethington, E. (2016) Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology* 62:443- 9. <https://doi.org/10.1159/000441651>.
- Parlamento Europeo. *Pilar Europeo de Derechos sociales*. Disponible en https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_es.pdf
- Pastor Seller, E. (2015). Trabajo Social con comunidades. Editorial Universitas S.A.
- Pérez de la Rúa, M. (2013). La generación femenina de 1950 y el cambio social (1950-2000). *RIPS*, 12(1), 225-242.
- Powell, T. J. (1990). *Working with self-help*. Silver Spring, M.D: National Association of Social Workers.
- Ravanal, V. M. (2006). *El enfoque comunitario: el desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales*. Chile: Gráfica LOM.
- Sánchez, A., Alfaro, J., & Zambrano, A. (2012). *Psicología comunitaria y políticas sociales: reflexiones y experiencias*. Buenos Aires : Paidós.
- Secretaría General de Políticas Sociales. (2015). *Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: conocimientos, expectativas y propuestas de intervención*.
- Unión Europea. *Comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones. Un marco de calidad para los servicios de interés general en Europa*. Disponible en <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0900:FIN:ES:HTML>
- Unión Europea. The Social Protection Committee. A voluntary European Quality Framework for Social Services. SPC/2010/10/8 final.
- SIIS: Centro de documentación y estudios. (2011). *Cuadro de mando de indicadores de calidad en el ámbito de los servicios sociales*.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., y Schalock, R. (2009). Escala Integral. Evaluación Objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual. Madrid: CEPE.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, (5), 581-585.

9. ANEXOS

9.1. Organizaciones participantes en las entrevistas

Organizaciones experiencias significativas de modelo comunitario				
Nº de entrevista	Contingencia	Entidad del TSSE	Experiencia significativa	Territorio Histórico
1	EXCLUSIÓN	Askabide	Askarri	Bizkaia
2		Bizitegi	Aurkigune	Bizkaia
3		IRSE-BI	Beinke	Bizkaia
4		Bizkaisida	Ekinez	Bizkaia
5		Cáritas	Emeki	Gipuzkoa
6		Zabalduz	GazteON Sarelan	Gipuzkoa
7		Fundación RAIS	Habitat	Gipuzkoa
8		Loiola Etxea	Loiola Etxea	Gipuzkoa
9		IRSE-BI	Oinez	Araba
10		Sartu	Piseca	Bizkaia
11		Sartu	Saregune	Araba
12		SOS - Antiracismo	Urretxindorra	Gipuzkoa
13	DEPENDENCIA	Ascudean	Ascudean	Araba
14		Instituto Matia	Euskadi Lagunkoia	CAE
15		Fundación Hurkoa	Hauskor	Gipuzkoa
16		Aptes	Lkaleak	Gipuzkoa
17		Grupo SSI	Mirada activa	Bizkaia
18	MIXTA	Adsis	Bestalde	Bizkaia
19		Aspaldiko		
20		Instituto Matia	Inklusib	Gipuzkoa
21		Agintzari	Landalab	Gipuzkoa y Bizkaia

Organizaciones precursoras de modelo comunitario			
Nº de entrevista	Contingencia	Entidad TSSE	Territorio Histórico
1	DISCAPACIDAD	Gautena	Gipuzkoa
2		Gorabide	Bizkaia
3		Fundación Goyeneche	Gipuzkoa

9.2. Guion de entrevista a profesionales del ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo

Bloque A: DESARROLLO DEL MODELO COMUNITARIO EN LA ORGANIZACIÓN

1. ¿Cuál es vuestra experiencia en el enfoque comunitario de atención?
2. ¿Cuándo empezáis a reflexionar sobre ello y desarrollar el enfoque comunitario? ¿Fue a partir de otras experiencias de las que tenáis referencias?

3. ¿Cómo empezáis a desarrollar el enfoque? ¿Con qué características o principios lo planteáis? ¿Con qué herramientas (planes, etc.)? ¿En qué servicios o programas?
4. ¿Cómo ha ido evolucionando el enfoque comunitario en vuestra organización con el tiempo? ¿Habéis incluido más elementos en el enfoque? ¿Habéis desarrollado otras o nuevas herramientas?
5. ¿Cómo se ha desplegado el enfoque comunitario en vuestros servicios o programas?

Bloque B: VALORACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO EN LA ORGANIZACIÓN

Se suelen señalar las siguientes características del modelo comunitario: proximidad, integralidad, continuidad, interdisciplinariedad, personalización, participación, enfoque preventivo, accesibilidad, respeto a los derechos de las personas usuarias y orientación a resultados centrados en las personas usuarias y en su red de apoyo

1. ¿Os identificáis con esos elementos del modelo o enfoque comunitario de atención?
2. ¿Cómo desarrolláis vosotras esas características en vuestro modelo? ¿Las recogéis de manera concreta en vuestros planes o herramientas de intervención, son transversales, etc.? ¿Podrías mencionarnos ejemplos concretos?
3. ¿Cómo conectan esos elementos del modelo comunitario con los valores de la organización?
4. ¿Qué efectos ha tenido la incorporación y despliegue del modelo comunitario para las personas destinatarias de la organización?
5. ¿Y qué efectos ha tenido para la organización, las personas profesionales y los servicios?
6. ¿Qué valoración hacéis de vuestro recorrido en modelo comunitario? ¿Qué logros habéis conseguido? ¿Qué elementos se deben reforzar y cuáles mejorar?
7. ¿Podrías mencionarnos alguna experiencia concreta que se pueda identificar como buena práctica?

Bloque C: VALORACIÓN GENERAL DEL MODELO COMUNITARIO Y LINEAS DE MEJORA

1. Desde vuestra experiencia, pero enfocados a una visión general del modelo en el marco del TSSE, ¿qué elementos o características es fundamental incluir en un enfoque comunitario en el ámbito de la intervención social?
2. ¿Qué condiciones son necesarias para poder desplegar el enfoque comunitario en programas y servicios de las organizaciones del TSSE del ámbito de la intervención social?
3. En relación al enfoque comunitario que se ha venido desplegando en el TSSE, ¿qué líneas de mejora identificáis tanto en la atención como en la gestión?
4. ¿Qué elementos se deben implementar o reforzar para avanzar en esas líneas de mejora?
5. ¿Qué valor añadido creéis que supone el modelo comunitario con el modelo mixto de provisión de servicios? ¿Cuál es su encaje en los sistemas de responsabilidad pública en el ámbito de la intervención social?

9.3. Guion de entrevistas a profesionales del ámbito de la dependencia y la exclusión

Bloque A: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA

Con el objetivo de contextualizar la experiencia significativa:

1. En relación a los elementos descriptivos de la experiencia significativa ¿cuál es el colectivo beneficiario? ¿en qué ámbito geográfico se desarrolla?
2. ¿Qué agentes han estado implicados durante el proceso tanto de diseño como de implementación y evaluación? ¿Han variado en las diferentes fases?
3. ¿Cuál es el objeto de la experiencia? ¿Podríais concretar en cuanto a qué actividades y procesos habéis llevado a cabo? (fases de implementación, coordinación, evaluación...)
4. Respecto a la durabilidad ¿existe previsión de continuidad? ¿y de hacer la práctica extensiva a otras localidades y/o municipios?
5. En cuanto al tipo de responsabilidad ¿se trata de pública, privada y/o mixta?
6. ¿Qué resultado está teniendo o ha tenido la experiencia?

Bloque B: ANÁLISIS DEL ENMARQUE DE LA EXPERIENCIA DENTRO DE LA ACTUACIÓN 7 DE LA EPTSSE

Se suelen señalar las siguientes características del modelo comunitario: proximidad, integralidad, continuidad, interdisciplinariedad, personalización, participación, enfoque preventivo, accesibilidad, respeto a los derechos de las personas usuarias y orientación a resultados centrados en las personas usuarias y en su red de apoyo. El objetivo es identificar cómo se adecúa a cada elemento la experiencia significativa identificada.

8. El desarrollo del modelo comunitario de atención tiene como objetivo la integración en el **entorno de proximidad** de las personas destinatarias ¿implicáis a los diferentes agentes sociales en las diferentes fases de la experiencia que estáis llevando a cabo? ¿cómo ha sido la comunicación con la comunidad?
9. Respecto al principio de **integralidad** ¿consideráis que la experiencia de la que estamos hablando es complementaria con otros recursos y/o servicios de proximidad para ofrecer una atención más completa? Pueden ser del mismo ámbito o de otros.
10. ¿Cómo favorecéis la **continuidad** de las personas con las que intervenís en los itinerarios de atención a lo largo de las diferentes etapas de su ciclo vital?
11. En cuanto a la **interdisciplinariedad** ¿qué perfiles profesionales están implicados? ¿a través de qué canales y con qué periodicidad os habéis coordinado con otros sistemas y espacios? (socio-sanitario, socio-educativo...) ¿compartís herramientas de trabajo?
12. Las causas que generan exclusión social/dependencia son muy diversas ¿cómo integráis la atención centrada en la persona en la experiencia que estáis desarrollando? ¿utilizáis la herramienta del Plan Individualizado de Atención? ¿con qué periodicidad lo revisáis? ¿Quiénes intervienen en la elaboración? (**personalización**)

13. *Tal y como se expone en el programa PROGRESS, todos los proyectos de buenas prácticas analizados destacan la **importancia de implicar a los usuarios (participación)** en la definición y evaluación de calidad de las mismas ¿habéis llevado a cabo procesos de intercambio con las personas destinatarias, así como con las familias durante las diferentes fases de la experiencia?*
14. Dentro de la experiencia significativa que habéis implementado ¿Cómo contempláis el **enfoque preventivo**?
15. Uno de las características de este modelo es la **accesibilidad** ¿percibís la experiencia significativa como una alternativa a las dificultades de acceso, así como de adherencia a los recursos destinados a la exclusión social y/o dependencia?
16. Después de ir analizando las diferentes características ¿cuáles son las tres que tenéis como **referencia/más desarrolladas**? ¿con qué tres encontráis **dificultades de implementación/desarrollo**? Justificar el por qué.

Bloque C: VALORACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO EN LA ORGANIZACIÓN

17. ¿Cuándo empezáis a reflexionar sobre la necesidad de incorporar el modelo comunitario en vuestra organización?
18. ¿Cómo conecta el modelo comunitario con la misión y los valores de la organización?
19. ¿Se han llevado a cabo procesos de intercambio de experiencias significativas con otras entidades, del mismo o diferente ámbito?
20. ¿Cuáles han sido las principales barreras y/o dificultades que os habéis encontrado durante este proceso? ¿y los beneficios?
21. En vuestro ámbito de actuación atendéis a perfiles muy diversos debido a que la exclusión social está relacionada con múltiples y diversos factores ¿lo percibís como una dificultad añadida a la hora de implementar el modelo comunitario?
22. ¿Cómo ha resultado la acogida de este nuevo modelo de intervención por parte de las personas destinatarias, así como de las profesionales que componen la entidad?

Bloque D: RETOS Y LÍNEAS FUTURAS

23. Desde vuestra experiencia ¿qué aspectos consideráis que deberían desarrollarse en los próximos años en el tercer sector social para fomentar el modelo comunitario? ¿Qué se debe mejorar y/o reforzar? ¿Y en la Administración Pública?
24. ¿Cuáles consideráis que pueden ser los retos futuros en cuanto a la implementación del modelo comunitario de atención?
 - a. [en experiencias que sean servicios de responsabilidad pública] ¿Y en cuanto a su implementación en el marco del modelo mixto de cooperación público-social en vuestro ámbito de actuación?