

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación.

Conclusiones y propuestas 2008-2009

Título: Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación.
Conclusiones y propuestas 2008-2009.

Estudio realizado por la Dirección General de Infancia y Familias de la
Consejería para la Igualdad y Bienestar Social con la colaboración de KND.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
Dirección General de Infancia y Familias.

Octubre de 2011

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

La evaluación ha planteado una metodología de diagnóstico que le ha permitido tomar contacto con un numeroso grupo de actores del programa, por lo que se considera alto el nivel de constatación de sus resultados. Su principal conclusión indica que los fines que en su día inspiraron la puesta en marcha del Programa siguen vigentes. Las mejoras realizadas en estos años han consolidado su presencia como recurso especializado, logrando su continuidad como servicio, alcanzando sus objetivos de implantación en líneas generales. Así, los resultados de la evaluación revelan que **las tasas de consecución de objetivos del programa se alcanzan en el 81,87% de las familias que participaron en el subprograma de RS y en el 44,5% del de RF.**

A este éxito ha contribuido sin duda el esfuerzo de todos los actores que participan en el Programa.

El proceso evaluativo ha puesto de relieve que determinados aspectos deben reforzarse. La retroalimentación forma parte fundamental de las políticas de mejora y constituye el germen de la implantación de la calidad en los procesos de los programas y las organizaciones. Por tanto, se debe considerar un instrumento habitual, por lo que su utilización, lejos de determinar un síntoma de deficiencia en la gestión del Programa, debe considerarse como un proceso positivo y enriquecedor.

El objeto de la evaluación también pasa por contribuir a los procesos de mejora.

El Programa se ha sometido a diversos procesos evaluativos a lo largo de su vida activa, pero determinadas deficiencias relacionadas con el sistema de recogida de información previsto, han dificultado la obtención de resultados precisos y, sobre todo, la realización de un proceso de supervisión continua, mediante la monitorización proporcionada por un

sistema de indicadores. Este aspecto es determinante para que la evaluación resulte eficiente y proporcione datos que soporten las decisiones de implementación del programa.

Las recomendaciones iniciales del equipo evaluador se refieren a ofrecer soluciones sobre los límites del proceso evaluativo (Ver anexo IV):

- La evaluación parte de los **objetivos del programa**. El equipo evaluador ha observado en determinados objetivos específicos e instrumentales un alto grado de inconcreción que prácticamente imposibilitan establecer resultados sobre la consecución de sus metas. Los objetivos deben plantearse metas alcanzables, en la medida de lo posible medibles, que posibiliten la determinación de indicadores sobre la operativa del programa, lo que conlleva que deben establecer elementos cuantificables –tiempos, incidencias, atenciones, ratios, recursos, etc.– que recojan información con una periodicidad preestablecida –la monitorización exigiría al menos datos trimestrales, aunque las propuestas operativas prevén opciones para recoger información a diario–, y que establezcan la desviación de cada unidad evaluada conforme a los criterios establecidos en el programa y otros, como la media de atenciones.

El esfuerzo de concreción de objetivos se refiere principalmente a su reformulación, tanto en su redacción como en la selección inicial de indicadores destinados a su medición.

- El cuestionario de **memoria anual** se ha mostrado insuficiente para lograr por sí mismo dar satisfacción a las necesidades evaluativas. Cuenta con dos carencias esenciales. La primera tiene que ver con su formato, que se ha mostrado inseguro – algunos archivos informáticos

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

estaban dañados, precisando de operaciones informáticas para rescatar su información–, impreciso –muchos de los datos aportados carecen de fiabilidad al no contarse con métodos de contraste–, asistemático –se han detectado incongruencias y falta de criterios comunes en la cumplimentación– y confuso, según lo declarado por los propios profesionales. La segunda tiene que ver con su propio diseño, que no prevé la necesaria relación de datos para obtener conclusiones sobre la interrelación que las distintas variables guardan entre sí. Pero además, su propio concepto de «memoria anual» resulta insuficiente para articular un sistema de monitorización permanente, que debe tender a la observación continua frente a la periódica.

Son cuestiones que no atañen a la pertinencia de los indicadores de evaluación preestablecidos, que resultan coherentes con la propia operativa del programa, sino a aspectos técnicos que terminan por dificultar el tratamiento de los datos recogidos.

La evaluación ha desarrollado un amplio catálogo de indicadores que no siempre han obtenido resultados. Las experiencias positivas y negativas que se han desarrollado pueden resultar de gran utilidad para el rediseño de un futuro sistema de seguimiento del Programa, que se considera necesario para garantizar una evolución de mejora continua. En opinión del equipo evaluador, esta necesidad debe soportarse en la actividad operativa de los distintos agentes del programa. En este sentido, los dispositivos tecnológicos de trabajo en red ofrecen una excelente oportunidad para atender necesidades perentorias de los propios equipos –gestión de casos, formación, comunicación, gestión de procesos– de los que la evaluación puede obtener información para la monitorización. (Ver anexo 2)

Las conclusiones finales y las propuestas de implementación se presentan en función de los distintos enfoques de evaluación previstos en el proyecto de evaluación externa.

Con posterioridad, y ya iniciado el proceso de implementación, la DGIF facilitó al equipo evaluador una secuencia de objetivos evaluativos, que se han considerado en el diseño y aplicación de las técnicas de recogida de información ejecutadas por la evaluación:

a) Cuantificación.

1. **Cuantificar y conocer el número de familias y menores con los que los ETF han intervenido desde la puesta en funcionamiento del Programa así como la evolución por ejercicios.**

El equipo de evaluación, de acuerdo con el personal técnico de la DGIF, decidió tratar la información relativa a las memorias correspondientes al ejercicio 2008-2009, la más reciente con la que se contaba, que contenía la información relativa al número de familias y menores beneficiarios. El análisis de cobertura que se ha realizado, por tanto, no permite determinar una evolución por ejercicios.

Como hemos comentado más arriba, el diseño de recogida de datos del cuestionario de la memoria limita seriamente la monitorización de estos datos. Por otro lado, la propia información cualitativa recogida previene sobre otras limitaciones que el método plantea entre los profesionales, por lo que se recomienda que con carácter urgente se revise dicho procedimiento y se sustituya por un sistema de monitorización que tenga en cuenta resultados

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

concretos sobre un sistema de indicadores que permita determinar las metas alcanzadas por cada objetivo.

2. Establecer diferencias por razón del ámbito geográfico y las características de la población.

La principal variación observada por la evaluación radica en las diferencias obtenidas en algunos indicadores de cobertura –ratio de atenciones y accesibilidad de la población objetivo al programa– entre los equipos de Diputaciones y Ayuntamiento, derivadas fundamentalmente de las diferencias en la extensión del territorio a cubrir, pero también de otros factores como el número de municipios con población inferior a 20.000 habitantes y el número de zonas de trabajo social, a pesar de que en ejercicios anteriores se reforzaron en el Programa los equipos de Diputaciones.

b) Perfil de las familias:

3. Analizar las tipologías y perfiles familiares atendidos en el Programa.

La investigación realizada por el equipo evaluador ha determinado una aproximación a los perfiles de familias que acceden al programa desde un punto de vista cualitativo, en función de las opiniones vertidas por los profesionales.

El análisis cuantitativo obtenido de la Memoria solo permite establecer una relación aislada de descriptores familiares. El diseño del cuestionario impide poner en relación estos indicadores para determinar tipologías familiares.

La propia evolución del Programa y su proceso de adaptación a las circunstancias familiares ha permitido interactuar con una variada tipología de familias. Esa tendencia demanda precisamente una batería de recursos más especializados que permitan dar cobertura a las familias y constituyan herramientas de gestión para los profesionales. Por tanto, para poder dar satisfacción a esas nuevas y variadas demandas, se hace necesario monitorizar el proceso de derivación de manera permanente, con el objetivo de poder adaptar los instrumentos a las necesidades de tipo emergente.

4. Definir las diferencias existentes entre lo real y lo previsto en relación con los perfiles familiares.

Las principales diferencias observadas tienen que ver con el tratamiento de casos familiares inicialmente no contemplados en los criterios de inclusión, considerados como casos de riesgo leve que no precisan de un tratamiento especializado y, por el contrario, casos cuya complejidad no es abordable en el ámbito familiar.

Poniendo en relación los perfiles familiares con los criterios de inclusión en el Programa, los resultados de la evaluación constatan un alto grado de cumplimiento de los criterios formales del Programa. Sin embargo, los criterios técnicos relativos a la gravedad y pronóstico de recuperabilidad observan un mayor grado de incumplimiento, debido en parte a la ausencia de criterios unívocos en la evaluación de los casos, lo que deja a la discrecionalidad de los servicios derivantes su calificación.

c) Funcionamiento

5. Conocer qué se hace en concreto con la familia y los menores: el proceso de intervención, la metodología y técnicas utilizadas, los instrumentos de intervención, la temporalización, los recursos utilizados, la organización de los mismos, su distribución, así como valorar la idoneidad de los mismos.

El cumplimiento de este conjunto de objetivos implica la evaluación del proceso. La Memoria ha aportado datos relativos a distintos aspectos de los contemplados, aunque de forma aislada, lo que supone una importante limitación de la evaluación.

Debemos recordar el carácter externo de la evaluación, por lo que su alcance trata de medir las diferencias observadas entre lo propuesto en el Programa y los resultados obtenidos. Algunos de los aspectos contemplados tienen que ver con la metodología que siguen los profesionales, con la supervisión de las técnicas que utilizan y que se sitúa en el ámbito de la evaluación interna.

No obstante, la evaluación recoge aspectos relacionados con los procesos, como el procedimiento y la adecuación de las derivaciones al Programa, delimitación de las fases de trabajo, los recursos empleados, los plazos temporales y los instrumentos de coordinación.

d) Implantación:

6. Concretar la ubicación real –física, orgánica y administrativa– de los ETF dentro de las Corporaciones Locales y su relación con los SSSSCC.

Se ha caracterizado la ubicación física de los ETF en el seno de las corporaciones locales y su relación con los SSSSCC.

En cuanto a la ubicación orgánica y administrativa, la evaluación constata situaciones distintas según las Corporaciones Locales, observándose distintos grados de vinculación con los SSSSCC.

e) Resultados:

7. Conocer cuáles son los resultados alcanzados, en relación con los objetivos generales y específicos previstos en el Programa de Tratamiento a Familias con menores.

El enfoque de la evaluación ha determinado un sistema que parte de los objetivos sobre los que se ha construido el sistema indicadores.

Como ya se ha comentado, no todos los objetivos resultan medibles puesto que su propia formulación no aporta el grado suficiente de reconocimiento de metas a alcanzar.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

f) Definir líneas básicas de actuación a modo de buenas prácticas, en cuanto a necesidades expresadas por los ETF:

- **Coordinación con las Unidades Tutelares del SPM.** Se establecen indicadores específicos para su análisis.
- **Formación del equipo.** Se han determinado indicadores que determinan tanto su composición como las necesidades observadas en la formación inicial y continua.
- **Temporalización de las intervenciones.** También se han establecido indicadores que establecen si la duración de los tratamientos se ajusta a lo previsto en el Programa.
- **Optimización de los recursos.** La evaluación trata ampliamente los recursos materiales e intangibles del programa y recoge propuestas de mejora formuladas por los profesionales y derivadas del proceso de evaluación que pueden considerarse como orientadas a la mejora del programa.
- **Adecuada incardinación de los ETF en las corporaciones locales y su coordinación con los SSSSCC.** La evaluación ha constatado diferencias según cada caso en la coordinación con los SSSSCC y las corporaciones locales.

A continuación desarrollamos las conclusiones de la evaluación desde los enfoques que han guiado el proceso de evaluación.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

1 | Cobertura e implantación:

- 1.1. El Programa desarrolla un sistema de reparto de equipos técnicos que garantiza la universalidad del servicio en toda la Comunidad Autónoma de Andalucía, gracias a la combinación de los convenios con ayuntamientos de más 20.000 habitantes y con las Diputaciones Provinciales, que se hacen cargo de la atención en municipios con menor población.

En el período 2008-2009, **el Programa cumplía en un 98,6% el criterio previsto en la normativa**. Como excepción, se señala que las localidades de Cártama y Maracena, a pesar de superar el límite poblacional de 20.000 habitantes, no suscribieron convenio hasta el siguiente convenio.

- 1.2. La **tasa de cobertura** se ha calculado sobre el número de menores atendidos respecto al total de población menor de edad. No puede ser valorada en sí misma como un indicador de impacto –focalización– del Programa ni como criterio de productividad de los equipos, porque no representa la media de atenciones respecto a la población diana del Programa –menores en riesgo social– que no es posible cuantificar.

La tasa no es un criterio concluyente para determinar el grado de cobertura del Programa. Los resultados que muestra la tasa deben tratarse con cautela, únicamente para expresar diferencias significativas entre territorios y para establecer futuras proyecciones temporales.

Las provincias de Cádiz, Granada y Málaga registran las tasas más altas del período (08-09) mientras que Sevilla y Jaén muestran las más bajas.

En todas las provincias, la tasa de Diputaciones es más baja que la provincial, con la excepción de las Diputaciones de Málaga y Almería, que superan a las medias obtenidas en sus respectivas provincias.

- 1.3. Respecto a la **composición de los equipos de tratamiento familiar, el Programa cumple en un 96,6%** los criterios relativos al número de profesionales en el periodo estudiado. Sin embargo, se observa una desviación por defecto (-6 técnicos en Diputación de Sevilla) y por exceso (+6 técnicos en Diputación de Jaén).

Igualmente se observa un **cumplimiento del 96,6% en los requisitos que han de cumplir los ETF en relación con el perfil de los profesionales que lo integran**.

Se da mayor cobertura a las **bajas laborales** por maternidad –el 58,2% se cubren *siempre* o *casi siempre*– que a las bajas por enfermedad –el 12,6% se cubre *siempre* o *casi siempre*– y a las originadas por otros motivos –el 10% se cubre *siempre* o *casi siempre*–.

- 1.4. Más allá de la conformidad con la normativa, **la consideración sobre la suficiencia de los recursos humanos adscritos a los equipos de tratamiento familiar para la cobertura de las necesidades de cada territorio forma parte de la evaluación interna del programa**. Los profesionales consideran que se debería contar con más personal técnico y apoyos extraordinarios para el trabajo con familias en aquellos equipos que dan cobertura a varias Zonas de Trabajo Social o

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

que trabajan en zonas de mayor complejidad. En este sentido, las **propuestas que aportan los equipos se encaminan a la equiparación del número de ETF con las ZTS.**

La decisión sobre si se debe ampliar los efectivos de algunos ETF o no queda fuera del alcance de la evaluación externa. Un dictamen al respecto precisaría de una decisión expresa del responsable del programa (DGIF) acerca de la pertinencia de considerar posibles opciones que modificarían lo dispuesto en el reparto normativo de recursos. Serían las administraciones locales las que deberían solicitar motivadamente la ampliación de efectivos, estudiándose desde una perspectiva técnica la pertinencia de los motivos expuestos y que se dictaminara al respecto.

Desde la perspectiva de la evaluación, se observará más adelante que la tasa máxima de atenciones previstas, pese a ser aproximativa, no se superaba de forma significativa. Por otro lado, la demora de la atención no es alta. Desde la perspectiva de relaciones cuantitativas, no se considera necesario la ampliación de los equipos.

No obstante, se exponen en el punto 1.10 se propone flexibilidad y aportar mayor grado información para la ratio de atenciones, de manera que se obtenga un valor que pondere la ratio en cada ETF según el contexto en el que realiza su actividad. Del desarrollo de este indicador se obtendría una aproximación fiable sobre la demanda del programa y la suficiencia de recursos personales para atenderla.

- 1.5. **Se ha cumplido con el criterio de continuidad del Programa desde su implantación en todos los convenios**, con algunas excepciones en las que se han producido discontinuidades, motivadas principalmente por retrasos o demoras administrativas en la renovación anual.

Estas interrupciones de actividad han llegado a tener hasta 3-4 meses de duración, lo que ha repercutido negativamente en el desarrollo del tratamiento con las familias que se han visto afectadas.

Como propuesta para asegurar la continuidad del Programa y otorgar mayor estabilidad laboral, los profesionales señalan la conveniencia de evolucionar desde la fórmula de renovación anual de los convenios hacia la transferencia directa de créditos (Memorias Programa 2008-2009), lo que contribuiría a reducir el malestar de los y las profesionales ante la incertidumbre de la renovación anual.

- 1.6. La información recogida sobre el **grado de conocimiento inicial de los objetivos y naturaleza del Programa entre las familias que acceden al recurso** proviene de la información y opiniones vertidas por los profesionales en los cuestionarios y las entrevistas, ya que el equipo de evaluación no ha mantenido contacto con las familias del Programa.

El 87% de las familias que acceden al Programa han sido informadas siempre o casi siempre por los servicios derivantes. Sin embargo, solo el 66,6% reconocen –siempre o casi siempre– el carácter especializado del Programa: a las familias les cuesta diferenciar entre los ETF y los servicios sociales de base.

En la **presentación de la familia al ETF** está presente *siempre o casi siempre* un profesional del servicio derivante –81,1% de los casos–.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

Las familias son informadas en la presentación sobre en qué va a consistir su intervención y cuáles son sus obligaciones al respecto. Así lo señalan los CM en el 88,4% de los casos. Existe consenso sobre la necesidad de señalar claramente desde los inicios cuáles son las diferencias en la intervención y las consecuencias del cambio.

La presentación de la familia es un procedimiento esencial que marca el inicio de la intervención del equipo y al que debe prestarse especial atención por parte de los dos equipos implicados, derivante y ETF. Los esfuerzos de los profesionales deben reforzar la conciencia de la familia sobre la problemática que les afecta, sobre lo que supone el tratamiento y la creación de una vinculación positiva desde el inicio que favorezca la permanencia en el recurso y la implicación con el equipo y con el proyecto de tratamiento familiar.

- 1.7. Respecto al **conocimiento del Programa en la red social, el 53,6% de los CM declara que no se han llevado a cabo acciones específicas para la difusión del Programa en el territorio.** De estos, un 71,4% considera que estas acciones serían de gran utilidad.

Entre quienes afirman que sí se han llevado a cabo acciones concretas (39,1%) señalan como vías de difusión más utilizadas las **reuniones y presentaciones informativas** (44,4%) –llevadas a cabo por los propios ETF y CM–, seminarios y foros (18,5%), páginas web corporativas y boletines electrónicos (18,5%) y la difusión de cartelería y material divulgativo del Programa (11,1%).

Respecto al resultado de estas acciones, tanto CM como ETF coinciden al señalar, en el 44,9% y el 45,1% de los casos, respectivamente, que **el resto de recursos saben del programa, pero no**

tienen conocimiento exacto de cuál es su finalidad ni el tipo de intervención, confundidos con otros programas de atención a familias.

Los resultados manifiestan **que el esfuerzo de difusión recae en la práctica en los equipos de tratamiento familiar** que, percibido como un cometido extra, se están encargando de facilitar conocimiento sobre el Programa de manera informal y no sistematizada. En ese sentido, **deberían potenciarse y tener más protagonismo los instrumentos y vías de difusión con los que el Programa ya cuenta:** CM, web corporativas del Programa, foros y encuentros entre profesionales y otras reuniones técnicas de trabajo.

A pesar de las acciones ya realizadas, se debería seguir promoviendo con más intensidad la difusión y el conocimiento del Programa, especificándose las responsabilidades de cada agente, con qué recursos se cuenta y cuáles son las vías más eficaces para la transmisión de información.

El instrumento técnico para el desarrollo de estas acciones constituye el Plan de Comunicación del Programa. El equipo evaluador ha desarrollado una propuesta ampliada al respecto que se expone en el Anexo 1 del documento de evaluación: Plan de Comunicación.

- 1.8. El enfoque de evaluación de cobertura de cualquier programa público debe contemplar la **accesibilidad de la población usuaria al Programa.**

La evaluación no revela la existencia de barreras geográficas o espaciales que impidan a las familias acceder al Programa, ya que el recurso mantiene presencia en la totalidad del territorio.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

La **visita domiciliaria** se utiliza como técnica de trabajo y como vía para facilitar el acceso de la familia al Programa (88,5%), pero también inevitablemente, por la falta de espacios a disposición de los ETF en todos los municipios, por lo que se utilizan más entre equipos de Diputaciones (99,1%) que entre los de ayuntamientos (83,8%).

El 90% de los ETF señala que cuando su horario es incompatible con la disponibilidad de las familias para la realización del tratamiento, se adaptan a los requerimientos de las familias.

A diferencia de la percepción de los profesionales sobre la compatibilidad horaria entre los equipos y las familias, **el equipo evaluador sí ha registrado deficiencias en relación con la accesibilidad temporal de las familias al Programa:** el 53,6% de los profesionales tiene una jornada continuada exclusiva de mañana lo que interfiere en la intervención directa con las familias.

La regulación del tiempo de trabajo debe ser flexible, mediante sistemas de compensación horaria o similares, que garanticen la atención de las necesidades de la familia durante el tratamiento.

Los profesionales apuntan a que el modelo de jornada más adecuado sería el horario partido o la previsión fija de al menos dos tardes/semana para el trabajo con la familia.

- 1.9. Otro indicador de cobertura es el **cumplimiento de la ratio de atención** por equipo. En el periodo estudiado (2008-09) era de **35,6 familias**, de las que 31,6 (88,8%) pertenecían al subprograma de RS frente al 11,3% de los casos de RF –4 familias/equipo–.

La ratio no es homogénea: se registran diferencias notables en función de si el equipo opera a nivel local (39,7 casos/año) o a nivel provincial (26,9 casos/año).

El cuestionario registra que solo un 61,9% de los ETF admite cumplir la ratio prevista en el Manual del Programa frente al 37,2% que señala no alcanzar la ratio.

La **dispersión geográfica parece ser el primer obstáculo que impide alcanzar la ratio prevista:** en los equipos de Diputaciones el porcentaje de quienes señalan incumplir la ratio alcanza al 52,3% de los profesionales encuestados. La insuficiente derivación de casos y, por el contrario, el exceso en el número de casos atendidos son otros motivos que alegan para justificar el incumplimiento de los objetivos de la ratio. Las ratios reales más frecuentes son 21-25 atenciones (37,3%) y 16-20 atenciones (26,1%).

Los profesionales señalan que **la ratio establecida es incompatible con una atención de calidad.** A su juicio, el criterio de calidad debe prevalecer y se alega que para lograr los resultados previstos es necesaria una intervención más continuada e intensiva.

En el manual se calcula una ratio de atenciones que podría ser cubierta por un equipo técnico integrado por tres profesionales, pero **no se consideran otras variables** que modulan el objetivo cuantitativo, como **las características de los casos atendidos, la fase de tratamiento en la que éstos se encuentren y el ámbito de actuación en el que opera el propio ETF.**

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

1.10.El criterio seguido para la cuantificación de las atenciones se revela demasiado genérico y el método de recogida de datos –memoria anual– confuso e interpretativo, incluyendo en una misma variable realidades de gran diversidad. A su vez, al no ser posible relacionar la media de atenciones con la gravedad de los casos y las fases de tratamiento en que se encuentran, **el indicador resulta inconcluyente para determinar implementaciones de las medidas correctoras.**

Una propuesta de mejora desde la perspectiva de la evaluación pasa por una mayor flexibilización de la ratio prevista o incluso la previsión de distintas ratios en relación con el ámbito territorial de actuación o la complejidad de la zona o zonas de trabajo social cubiertas. Al añadir un mayor número de descriptores del indicador, las opciones de flexibilización y monitorización crecen exponencialmente.

Por lo que respecta a la cuestión territorial, los datos reflejan con claridad una menor tasa de cumplimiento de la ratio en Diputaciones. Existe una diferencia relevante en este caso, puesto que los desplazamientos restan tiempo de trabajo e influyen en la productividad del equipo.

En el Manual se especifica que un equipo compuesto por tres técnicos pueden desarrollar proyectos de tratamiento con 30/40 familias al año aproximadamente, lo que implica que el Programa cuenta con una tasa de atenciones de referencia. La tasa constituye un indicador cuantitativo, pero para lograr que cumpla con una función evaluadora que muestre distintos comportamientos dentro del Programa debe ponerse en relación con otras variables, como son:

– Población objetivo.

- Territorio.*
- Demanda real del servicio.*
- Fases del tratamiento en que se encuentren los casos.*
- Complejidad de los casos.*

Mediante esa relación, se construye un indicador monitorizable sobre progresión de cada equipo. Sobre esta progresión se establece una segmentación de resultados, que permitirá agrupar a los ETF estableciendo una relación estadística entre resultados y contexto de la intervención. A partir de ahí, se establecerían desviaciones sobre objetivos e incidencias relevantes en la tasa de atención. El periodo recomendado para establecer un historial de progresión fiable se establece en dos años. El resultado sería una tasa media por equipo en relación a la media de su segmento –territorial, población atendida, complejidad, fases– y a la media general. Un resultado agregado consistiría en determinar aproximaciones a la demanda del servicio, estableciendo comparativas entre los distintos segmentos.

En el caso de los ETF de Diputaciones, es necesario que la tasa de atenciones considere la minoración sobre el tiempo de trabajo de los profesionales que suponen el tiempo de desplazamiento y las cuestiones organizativas que conllevan –citas fallidas, retrasos, alargamiento de las intervenciones, etc.–.

1.11.Un indicador relacionado con la ratio de atenciones es el **de demora en la atención**, es decir, los casos en espera de ser atendidos, lo que determina la suficiencia de los recursos aplicados al Programa en cada

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

territorio. **Por subprogramas, la media de casos pendientes de atender es de 1,01 familias y 2,25 menores en RS y de 0,20 familias y 0,36 menores en RF.** Al no disponer de datos relativos a la evolución de las atenciones en el Programa, no es posible determinar si se ha ocasionado un aumento o descenso de los casos en espera de ser atendidos lo que sería más significativo para el análisis de este indicador.

Con relación a las **causas que justifican las demoras**, las expresadas con mayor frecuencia son las dificultades o lentitud en el proceso de derivación (19,04%), los problemas para la localización de la familia, la no presentación de las mismas (8,33%), su negativa a iniciar la intervención (7,14%) o el exceso de casos, unido a la falta de profesionales, por parte de los ETF o de los servicios derivantes (4,76%). **El actual formato de memoria únicamente contabiliza el número de demoras o casos pendientes de atención, pero no recoge información respecto a qué factores motivan u originan dichos retrasos.**

La evaluación debe contar con esta información para establecer indicadores cualitativos que tengan en cuenta las causas que motivan los retrasos para establecer medidas correctoras.

Frente a la sobrecarga de trabajo, **los equipos utilizan diversas estrategias para eliminar, en lo posible, las demoras.** En concreto, existen casos en los que la canalización efectiva al equipo es paralizada por el servicio derivante hasta que el equipo está en condiciones de iniciar la intervención con la familia. En otras ocasiones, **los equipos establecen una prioridad de atención a los casos en función de su gravedad:** más continuada e intensiva para los casos

más graves, y menos intensiva y continuada en el tiempo para los casos de riesgo moderado.

2| Esfuerzo: Actores del Programa:

Sobre los coordinadores municipales/locales

2.1. La **figura del coordinador** se constituye como una pieza troncal en la estructura del Programa de Tratamiento a Familias con Menores. Su perfil profesional y experiencia de trabajo con familias determinan su capacitación técnica para las responsabilidades y funciones que la normativa les otorga, pero también su capacidad de gestión y de interlocución con las distintas administraciones y el resto de agentes que intervienen en el entorno del Programa, la organización del trabajo, y el diálogo y la coordinación con los equipos de tratamiento familiar.

- Los CM son principalmente **mujeres** (76,8%).
- Su **edad media** es de 46,6 años.
- En términos generales, los CM **reúnen los requisitos técnicos y administrativos que la normativa establece para su perfil**: cuentan con titulación universitaria de grado medio o superior (91,4%), siendo psicología y trabajo social las especialidades más frecuentes y acumulan experiencia previa de trabajo con familias y menores (71%).
- La **experiencia profesional** no procede del trabajo anterior en un ETF; solo un 14,3% de CM señala que ha accedido a las funciones

de coordinación tras haber estado integrado previamente en uno o varios ETF.

2.2. Se aprecia **continuidad en la figura del CM**: el 59,4% lleva desempeñando funciones de coordinación desde hace más de 5 años, situándose un porcentaje también apreciable entre la franja de 1 a 3 años (27,5%). Solo un 5,8% ha accedido a la coordinación hace menos de un año.

2.3. **El CM no tiene dedicación exclusiva a las funciones que la normativa le otorga (86,9%)**. Concretamente un 24,6% compagina la coordinación del Programa con la jefatura o dirección de servicios sociales comunitarios de su corporación local.

Se detectan **casos en los que las funciones de coordinación recaen sobre dos figuras diferenciadas**: por un lado, los CM propiamente dichos, más encargados de la activación de las líneas de comunicación y colaboración con el resto de agentes del Programa, y, por otro lado, un directivo o técnico de los servicios sociales, que asume la toma de decisiones que afectan a la operativa del Programa, como las derivaciones –principalmente desde los SSSSCC–, seguimiento de las intervenciones y organización de los recursos. Sin embargo, no ha resultado posible cuantificar esta realidad al haber sido obtenida por las entrevistas.

2.4. Respecto a las **funciones del CM**, éstos declaran un mayor empleo de tiempo a las relacionadas con la **canalización de casos** al Programa, y también con la **valoración y justificación de las derivaciones del ETF a otros organismos, especialmente al Servicio de Protección de Menores**. El **seguimiento técnico de los casos** es otra de las funciones a las que

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

la coordinación afirma dedicar más tiempo (37,7%). Por el contrario, **facilitar el acceso a los recursos es la función que obtiene un valor medio de dedicación temporal más bajo** (26,1%). Es la única en la que se han detectado, además, diferencias importantes en la percepción entre coordinadores de ETF que operan a nivel local y los que lo hacen para Diputaciones: mientras que los primeros se atribuyen un nivel de cumplimiento medio, los segundos admiten en un porcentaje elevado (71,4%) su falta de dedicación a esta función.

Los CM mantienen un papel más activo en lo relacionado con la justificación de las derivaciones hacia el Programa –apertura de expedientes– y hacia otros servicios, en especial, hacia el Servicio de Protección de Menores. Las relaciones institucionales también son objeto de mayor dedicación por parte de la coordinación, como responsables del Programa en el Corporación Local. Por el contrario, **se advierte una menor dedicación en el cumplimiento de las funciones relacionadas con el trabajo diario de los equipos: reparto de tareas, seguimiento de los casos, acceso y coordinación con otros recursos comunitarios y especializados.**

Los ETF *suspenden* a los coordinadores en la función relacionada con la distribución de tareas (24,1%) y en la adopción de acuerdos y la previsión de recursos (23,2%).

- 2.5. El **73,1% de los CM realiza seguimiento de los casos y de las intervenciones** una vez iniciado el tratamiento, frente al 26,4% que incumple esta función. Los resultados muestran, a priori, un mayor nivel de cumplimiento de esta función de supervisión por parte de los CM de equipos que operan a nivel provincial (Diputaciones).

En relación directa con la supervisión de casos, hemos de destacar que **el 51% de los profesionales no cuenta con un programa informático específico para la gestión** de expedientes, información de los casos en tratamiento, el registro de intervenciones y la documentación de las derivaciones, lo que impide el acceso directo a información operativa, actualizable y flexible.

Corresponde a la evaluación externa determinar si los coordinadores cumplen o no con las funciones que tienen asignadas. En este sentido, la evaluación detecta desviaciones con respecto a las exigencias del programa.

En este sentido, velar por el cumplimiento de estas funciones es responsabilidad de la Corporación Local, que suscribe las condiciones expuestas en la normativa de convocatoria del Programa. La DGIF debe exigir a las CCLL su cumplimiento, en los términos que administrativamente se consideren como más apropiados.

*Al no disponerse de una herramienta de monitorización del Programa, los datos obtenidos son de índole cualitativa –opiniones de profesionales–. Desde el punto de vista de la evaluación y el seguimiento del programa, los instrumentos de seguimiento de las funciones de los CM deben partir de la evaluación continua, es decir de la gestión de la operativa de cada ETF. A este respecto, el equipo evaluador realiza una propuesta de seguimiento operativo en el documento **Anexo 2: Aplicativo de gestión interna.***

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

Sobre los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF)

2.6. El **perfil de los equipos de tratamiento familiar** responde mayoritariamente a profesionales jóvenes (media de 39,5 años), principalmente mujeres (79,7%), con formación y experiencia técnica de trabajo con familias y menores de forma previa a su acceso al ETF. **Su perfil exige una formación especializada y determinados requisitos técnicos.** Así lo han corroborado los profesionales, que afirman haber superado un proceso selectivo con exámenes y valoración de méritos para acceder al equipo.

La **distribución por perfiles está muy equilibrada**, destacando ligeramente el rol profesional de psicólogo (35,8%) sobre el de educador (32,4%) y trabajador social (30,7%).

2.7. **No se registra gran movilidad entre equipos** de tratamiento familiar: el 84,8% afirma que el actual es el único equipo para el que ha trabajado.

2.8. Se aprecia una **estabilidad laboral alta entre los ETF**: el 81,1% lleva más de tres años trabajando en su equipo, de los que el 49,9% lleva más de cinco años. Pese a que la modalidad de contrato más frecuente es la de obra y servicio determinado (47,9%), **el 93,4% de los ETF declara que no existen períodos de discontinuidad en su actividad laboral**, frente a un 5,4% que sí declara la existencia de períodos sin actividad, motivada por problemas administrativos.

Las otras modalidades de vinculación laboral más frecuentes son la indefinida (25,8%) y los contratos de interinidad (20,9%).

Pese a la estabilidad, la renovación anual de contratos y la temporalidad contractual ocasionan incertidumbre entre los profesionales en relación con la continuidad del Programa, lo que a su vez ha motivado la fuga de algunos profesionales para optar a puestos más estables, con la consiguiente movilidad en los equipos técnicos que afecta a su cohesión y consolidación.

2.9. El 53,6% de los profesionales tiene una **jornada** continuada, principalmente en horario de mañana (94,3%) frente a un 5,7% que reconoce trabajar solo por las tardes. Un 39% manifiestan *otro* horario de trabajo distinto: trabajan siempre de mañana y una tarde a la semana (40%), trabajan tres mañanas y dos tardes (21,9%) y trabajan dos mañanas y tres tardes (5,7%).

Un 32,4% de ETF afirma tener **flexibilidad horaria** y pese a tener horario de mañana, realizan tardes de manera ocasional si es preciso por las necesidades de la familia o del servicio. Se trata de una flexibilidad instrumentada y con limitaciones, supeditada a la autorización previa de los responsables del equipo y sujeta a los sistemas de compensación horaria que en cada corporación local estén establecidos.

Más allá de las diferencias horarias y de las condiciones de trabajo – reguladas en los convenios colectivos de cada corporación– **el horario y la jornada parecen tener un impacto directo en la cobertura por cuanto afecta a la accesibilidad y compatibilidad horaria entre los ETF y las familias y menores.** La jornada continuada de mañana sin la previsión de ninguna tarde colisiona abiertamente con los horarios laborales y escolares y obstaculiza la intervención directa con las familias y con los menores, quedando los contactos supeditados a una

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

planificación previa de trabajo que no resulta siempre suficiente para la correcta atención de los casos en tratamiento.

Se ha detectado un porcentaje poco significativo de ETF que trabajan exclusivamente por la tardes. Este horario, muy recomendable para cubrir las necesidades de intervención con las familias del Programa, resulta, a su vez, muy limitante para el correcto desarrollo de otras funciones importantes del equipo como la coordinación y el trabajo en red con el resto de recursos.

2.10. **La Prevención de Riesgos Laborales muestra diferencias significativas en cada Corporación Local.** Pese a que el 73,1% de los ETF afirma que se ha implantado un Plan de Prevención, solo un 14,9% señala que se ha realizado una evaluación inicial de los riesgos en su puesto de trabajo lo que contradice abiertamente la implantación efectiva de los Planes.

Entre quienes afirman contar con una evaluación de riesgos, solo el 48% señala que ésta se ha llevado a cabo diferenciada por puestos y que ha abordado riesgos específicos a cada perfil, como por ejemplo, el riesgo psicosocial.

Se detectan además otros incumplimientos en materia preventiva: sobre la obligación de informar sobre los resultados de la evaluación (50%), la adopción de medidas específicas de control y minimización de los riesgos (30,8%), la realización de acciones formativas en materia preventiva (59,9%) y la realización de pruebas y exámenes específicos para la vigilancia de la salud (30,7%).

*Los Planes de Prevención deben establecerse sobre los resultados obtenidos en la evaluación inicial de los riesgos por puestos de trabajo, considerando también los de carácter específico. La evaluación del riesgo psicosocial se ha de realizar en todos los puestos de trabajo, pero especialmente en aquellas ocupaciones que implican trato directo con personas, puestos de responsabilidad o que suponen la toma diaria de decisiones que trascienden el ámbito del trabajador o en los que la productividad o el logro de objetivos no están directamente relacionados con el desempeño individual lo que puede motivar la aparición de índices elevados de estrés laboral. En consonancia con esta previsión en la evaluación, la planificación de la actividad preventiva en cada Corporación Local debe contemplar el diseño y puesta en marcha de **estrategias y acciones específicas de afrontamiento del estrés**, que favorezcan el intercambio de información y la participación, y también de carácter formativo y organizacional.*

Con carácter general, las estrategias pasan por el establecimiento de programas de gestión social del estrés y el síndrome de desgaste profesional, que incluyen acciones de mejora de la organización del trabajo y acciones formativas –por su especificidad, susceptibles de contemplarse en el apartado de formación continuada del Plan de Formación Regional que se contempla en la propuesta–:

- 1. Rotación de tareas dentro del equipo –salvando las propias de cada perfil profesional–, y, en última instancia, la rotación entre equipos de trabajo.*
- 2. Acciones formativas específicas para mejorar y disminuir los niveles de estrés cuando se detectan síntomas precoces de agotamiento.*

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

3. *Mejorar la calidad de las relaciones personales y profesionales entre compañeros del mismo equipo, con el resto de equipos y con los coordinadores, favoreciéndose el encuentro entre profesionales y el intercambio de experiencias.*
4. *Fomentar el trabajo y la cohesión del equipo y aprender a aceptar diferentes niveles de implicación, muy importante en trabajos muy vocacionales o con altos niveles de motivación.*
5. *Constituir reuniones internas de trabajo orientadas al abordaje de los casos con mayor complejidad y/o dificultad, buscando la ayuda y soporte de recursos externos especializados.*
6. *Incorporación en el protocolo de vigilancia periódica de la salud de exploraciones específicas de síndrome de desgaste profesional y seguimiento posterior de los casos que se detecten, así como introducción de intervenciones psicoterapéuticas específicas.*
7. *Incluir en las evaluaciones de riesgo, análisis periódicos de las condiciones de trabajo, estableciendo la evolución de los indicadores de riesgo de estrés y desgaste como índice general de efectividad de las medidas propuestas.*
8. *Individualmente, el establecimiento de objetivos más realistas y factibles, aprender a tomar distancia con la problemática de los casos que diariamente se manejan, son aspectos que contribuyen a disminuir los niveles de fracaso y, en consecuencia, la frustración de los profesionales. Es importante también que los profesionales acentúen los aspectos positivos: en las relaciones de ayuda, es frecuente la tendencia a la negatividad. Un adiestramiento que logre que la persona piense en los*

éxitos y gratificaciones personales que obtiene con el trabajo contrapesa las frustraciones y fracasos.

2.11. **El nivel de satisfacción global entre los profesionales es muy alto:** el 94,3% señala estar *satisfecho* (63,9%) o *muy satisfecho* (30,4%) en su trabajo. La satisfacción laboral está relacionada directamente con otros factores de naturaleza psicosocial, y, en general, con el conjunto de las condiciones de trabajo y su intensidad puede variar en función del **desgaste** que, **junto con la inestabilidad laboral, son las causas más señaladas que favorecen los casos de movilidad a otros programas.** La sobrecarga de trabajo, la frustración por no poder conseguir los cambios esperados, el horario de trabajo irregular, la falta de cohesión en el equipo, la falta de recursos materiales o la dispersión geográfica son algunos de los factores que favorecen el desgaste profesional entre los profesionales. También se han señalado la inseguridad laboral y la exposición a conductas violentas.

Frente al desgaste se percibe una fuerte vocación y motivación profesional para el trabajo.

Familias

2.12. Se han descrito los perfiles de las familias que acceden al Programa como un indicador de medición no exclusivamente desde un enfoque de cobertura, sino también desde la **perspectiva de implementación** del Programa. Se estudia si los perfiles de las familias que acceden al

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

recurso son los que contempla el propio Programa en los criterios de inclusión: gravedad del riesgo, conciencia de la problemática, pronóstico de las posibilidades de mejora y, sobre todo, si aún existe margen para la intervención y la terapia especializada.

Como **límites a la evaluación**, hemos de señalar que **el formato de memoria actual no permite una caracterización de las familias que acceden al Programa** porque se limita a cuantificar determinadas variables sobre la familia que no pueden relacionarse entre sí: composición, situación económica, situación parental, situación de los menores, factores de riesgo, etc.

2.13. Respecto a la **composición familiar**, el modelo tradicional de familia nuclear biparental (38,9%), pese a ser la más numerosa, no resulta claramente predominante frente a otras formas de convivencia, especialmente frente a las familias monoparentales, sobre todo de madres (26,0%), y también familias reconstituidas (12,7%).

2.14. **No existe un único factor de riesgo asociado a las familias**, sino que se concitan varios factores, alcanzando un peso significativo en ambos subprogramas los conflictos familiares y de pareja, el desempleo y la falta de recursos, los problemas psíquicos y comportamentales en los padres, la ausencia de conciencia del problema y la falta de motivación hacia el cambio. Se viene observando desde hace algún tiempo una importante diversificación de problemáticas familiares.

2.15. **Los perfiles y problemáticas de las familias que acceden al Programa varían significativamente en función del territorio** –zona urbana vs. zona rural– y la **complejidad de la zona** de trabajo social a la que pertenezca la familia.

Los ETF que trabajan en zonas marginales abordan tipologías más homogéneas y los que trabajan en las zonas más *normalizadas* a menudo se enfrentan a una mayor diversidad de perfiles y problemáticas familiares.

2.16. El **proceso** de maduración y la consolidación del Programa ha permitido que **las derivaciones de casos sean cada vez más ajustadas a los criterios que se establecen en el Manual**, lo que ha significado una mejora importante en el logro de resultados y cierre de casos con objetivos alcanzados. Pero también es cierto que la utilización del Programa como un último recurso previo al desamparo ha ocasionado que todas las familias con propuesta de desamparo pasen en la práctica previamente por los ETF, lo supone que se descansa en los equipos casi en exclusividad la responsabilidad sobre la propuesta de adopción de medidas de protección.

Familias cronificadas, que responden a perfiles multiproblemáticos con falta de recursos, ausencia de habilidades, unido en ocasiones a adicciones, absentismo, analfabetismo, discapacidad, enfermedad mental... problemáticas enquistadas en familias dependientes de Servicios Sociales.

2.17. Se está registrando una **incidencia creciente de problemas de salud mental** en los padres, pero también en los menores.

2.18. El **nivel educativo de los padres es, por lo general, muy bajo**: los padres sin estudios suponen el 62,58% del total mientras que, entre las madres, este dato aumentaba el 63,05%. El índice de analfabetismo alcanza un 10,25% y un 11,19% para los padres y las madres, respectivamente.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

2.19. Los **índices de absentismo y fracaso escolar son altos** entre los menores atendidos.

2.20. La **aparición de casos emergentes**, referidos a problemáticas con mayor incidencia en los últimos años, **se están registrando en todos los estratos sociales, independientemente de la situación económica y cultural**, lo que supone un reto importante para los profesionales, que requieren una **continua actualización y formación específica**.

Frente a las llamadas familias multiproblemáticas, **cada vez son más frecuentes en el Programa las familias normalizadas con problemas relacionales**, conflictos familiares, conflictos de pareja y con hijos. Destacan los casos de familias en los que se advierte una importante ausencia de habilidades y responsabilidades parentales, falta de madurez y de modelos educativos. Otra tipología emergente son las **separaciones conflictivas** en los que se instrumentaliza a los hijos. Pero sin duda, **la casuística más recurrente es la de adolescentes en riesgo**, que han acusado una importante ausencia de referentes y modelos educativos desde la niñez y falta de control y autoridad frente a un exceso de permisividad. Son menores de entre 11-17 años que generan graves trastornos familiares: menores «dictadores», que abusan y maltratan a sus progenitores, y menores delincuentes.

2.21. El esfuerzo realizado por dar a conocer al resto de recursos la naturaleza y objetivos del Programa como recurso específico para la intervención con familia y menores, ha procurado una **mayor homogeneidad de criterios a la hora de derivar y también una mayor sensibilidad hacia el Programa por parte del resto de recursos de la red social**. Estas mejoras han permitido que los perfiles familiares que

acceden al Programa sean cada vez más ajustados a los criterios técnicos que lo sustentan.

Sin embargo, es preciso seguir avanzando desde la administración en la consideración del Programa como un recurso específico, no como una etapa más que la familia debe agotar necesariamente en su itinerario por el sistema de servicios sociales.

Junto al trabajo de sensibilización y conocimiento del Programa, la administración debe orientar sus objetivos y fines de acuerdo con los cambios y las necesidades sociales. Conocer qué está pasando y por qué se están generando determinadas problemáticas resulta esencial para la correcta ejecución del Programa, la formación de los profesionales y la previsión de necesidades, instrumentos y recursos o apoyos extraordinarios para la intervención.

2.22. La **conciencia inicial que presenta la familia sobre su problemática** está directamente relacionada con la permanencia en el programa, los abandonos, la implicación y el tiempo de formalización del contrato.

Las familias –al menos inicialmente– no suelen presentar conciencia sobre su problemática ni asumen su responsabilidad en la situación de abuso o maltrato en la que se encuentran sus hijos. Independientemente de la información previa con la que cuentan al producirse la canalización, los profesionales de los ETF asumen el reto de trabajar la concienciación familiar y el reconocimiento de la necesidad de someterse a una intervención especializada: algunos profesionales denominan al proceso «reconvertir la demanda».

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

2.23. Junto con el reconocimiento del problema, la motivación para el cambio o la colaboración activa con los profesionales, el nivel de implicación de la familia condiciona decisivamente el éxito o fracaso de la intervención.

No todos los roles familiares muestran la misma predisposición o disponibilidad para la intervención. Así lo señala el 87,4% de los ETF.

La figura más implicada en el itinerario de intervención propuesto por el ETF es la madre (88,52%), seguida a mucha distancia por la familia extensa (14,74%), incluso por encima del nivel de implicación que se aprecia por parte de la figura paterna (10,16%).

2.24. Las resistencias a las que los profesionales se enfrentan ponen de manifiesto **barreras culturales y educativas**, obstáculos que deben ser tenidos en cuenta en el diseño de la intervención.

3| Esfuerzo: Recursos del Programa:

3.1. El **70,8%** de los ETF comparten centros de trabajo, espacio y recursos con los SSSSCC. Algunos profesionales valoran positivamente esta circunstancia, considerando que estar juntos favorece la comunicación y afianza las relaciones entre los equipos. Otros profesionales, en cambio, comparten el criterio recogido en el Manual sobre la conveniencia de estar diferenciados de los servicios sociales comunitarios, fundamentalmente para que las familias reconozcan mejor el carácter especializado del recurso.

3.2. **Compartir despacho es frecuente para los profesionales de los ETF**, de forma más acusada para los de Diputaciones (71,6%) que para los de ayuntamientos (53,3%). De nuevo la percepción de los técnicos es distinta: mientras que algunos consideran que compartir despacho favorece el trabajo en equipo, el intercambio y el seguimiento de los casos, otros reconocen que puede entorpecer determinadas tareas, como la realización de gestiones telefónicas o la atención de visitas.

3.3. Respecto a las **condiciones de los locales de trabajo** los profesionales señalan las siguientes carencias:

- El 37,5% de los ETF señala que su centro de trabajo no reúne los requisitos de **accesibilidad para personas con discapacidad**.
- Las **condiciones ambientales** obtienen mejor valoración que la accesibilidad; sin embargo, también se registran déficits, ya que se reconoce que el lugar de trabajo no reúne las condiciones de

ventilación (28,4%), iluminación (27,5%) y climatización (33,2% y 32,4% para AC/calefacción) adecuadas para trabajar.

- **Se observan mayores insuficiencias** en los elementos relacionados con las condiciones de **superficie y espacio, especialmente, la ausencia de zonas independientes para la intervención**: despachos independientes para atención, salas acondicionadas para intervenciones con menores y sus familias, y/o zonas para terapia grupal.

3.4. No existe concreción sobre la **dotación mínima de recursos espaciales y materiales que deben tener los ETF**, circunstancia que da lugar a diferencias notables en relación con las condiciones de los espacios y locales de trabajo que disfrutaban unos y otros equipos. Si bien la adaptabilidad a la disposición de recursos es la pauta general, la mayoría de las propuestas van encaminadas a la **habilitación de espacios para la intervención y el trabajo directo con las familias y los menores**.

Los resultados del proceso de evaluación han puesto de manifiesto diferencias sustantivas en relación con la disponibilidad de espacios y recursos materiales con los que cuentan los diferentes equipos de tratamiento familiar para el trabajo diario con las familias y los menores. Estas diferencias se pueden deber, en parte, de la indefinición o falta de precisión sobre qué requerimientos materiales son indispensables para el trabajo especializado que desarrollan los equipos.

*Como **propuesta de mejora** del equipo de evaluación se contempla el establecimiento de un listado de requerimientos materiales y espaciales mínimos, lo que permitiría inventariar o chequear periódicamente los recursos*

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

disponibles y prever en el presupuesto anual una partida específica para su dotación. Resulta coherente que las condiciones espaciales y materiales sean homogéneas, por cuanto cumplan con un grado mínimo de adecuación que permita garantizar igual cobertura para los beneficiarios.

La disposición de salas adecuadas de atención es una condición inherente al programa, por lo que parece necesario preverlas en las condiciones y requisitos que debe cumplir el programa. En este sentido, el esfuerzo gravita sobre las administraciones locales, que se comprometen a prestar un servicio de calidad, y de la DGIF, que debe velar por su cumplimiento, al tiempo que dispone de la prerrogativa de incluir determinados requerimientos (protocolo de requisitos materiales), al igual que ha hecho con otros procesos del Programa, e incluso de prever recursos materiales para implementar determinadas carencias.

La insuficiencia o falta de adecuación de los recursos puede afectar a los resultados previstos: el espacio y el contexto en el que se desarrolla el trabajo resultan determinantes en la intervención terapéutica con las familias.

El protocolo de recursos mínimos espaciales y materiales **debe ser el resultado de un proceso de consenso interno**. La procedimentación por parte de agentes externos al Programa –como el propio equipo evaluador– de qué requisitos materiales son mínimamente indispensables para el trabajo con familias puede suponer efectos perniciosos, por exceso –otorgando a determinados requisitos una importancia que realmente no tienen– o por defecto –no previendo recursos necesarios para el trabajo con familias–, especialmente cuando se refieren a los recursos específicos para la intervención terapéutica.

En cualquier caso, las propuestas que realizan los profesionales apuntan a la disponibilidad de espacios para la atención a familias y menores –para entrevistas y/o terapia– diferenciados del trabajo administrativo y burocrático que realizan los equipos –despachos–.

3.5. Respecto al equipamiento informático y para comunicaciones, los **déficits más significativos se encuentran en la dotación de teléfonos móviles, escáneres y ordenadores portátiles. También se solicita software informático específico**: los programas más demandados son GENOPRO (genogramas), y alguno específico para la gestión y seguimiento de los casos familiares, intervenciones y obtención automática de datos e informes para la elaboración de la memoria anual.

3.6. El **84,1% de los ETF declara tener un ordenador para uso propio, frente al 13% que afirma tener que compartir el equipo**. Se trata de una carencia significativa, ya que el trabajo acarrea una carga importante de trabajo administrativo y burocrático –preparación de informes, documentación, gestiones con otros recursos–, muchas veces confidencial, que exige contar con un equipo informático propio.

El equipo de evaluación, no obstante la consideración anterior, reconoce la importancia de que se de mayor homogeneidad en relación con la **dotación de recursos para la comunicación y equipamiento informático**. Los resultados de la evaluación revelan la necesidad de contar con instrumentos que permitan la monitorización de determinados procesos del Programa en tiempo real, lo que precisa de un equipamiento y requerimientos materiales específicos:

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

- Ordenador personal (fijo o portátil) de uso individual para cada miembro del equipo.
- Conexión a internet .
- Cuentas de correo electrónico individuales.
- Faxes
- Escáneres para la digitalización de documentos e informes
- Teléfonos móviles a disposición del ETF. En el caso, de que el equipo opere a nivel provincial, la recomendación apunta a un teléfono móvil de uso individual.

3.7. Las necesidades de **dotación específica de materiales para la intervención directa y el trabajo terapéutico** centralizan el resto de propuestas respecto a los recursos materiales. Con la excepción de bibliografía especializada, a la que ambos grupos conceden una puntuación intermedia, el resto de recursos para la intervención – instrumentos y material didáctico y terapéutico– no están suficientemente cubiertos, a criterio de los miembros de los ETF. Las necesidades varían en función del perfil de cada profesional, pero en general, las peticiones más expresadas son:

- Material didáctico y de terapia con menores.
- Bibliografía especializada.
- Material específico para la evaluación –tests, cuestionarios, escalas, pruebas psicométricas, etc.–.

- Juguetes.
- Partida presupuestaria independiente para los ETF, para gastos de intervención, organización de actividades con familias, etc.
- Material audiovisual, incluyendo videocámaras, circuito cerrado de grabación, auriculares, sistema de reconocimiento de voz.
- Mobiliario adaptado a la intervención para las familias –sillones, mesas redondas, mobiliario para niños, alfombras, etc.–.
- Ayudas económicas para las familias.
- Prioridad de acceso de las familias del PTFM a los recursos comunitarios.

3.8. La evaluación ha medido el **acceso de los profesionales a formación inicial y a planes específicos de formación continua**, recogiendo la valoración que otorgan a la formación recibida y posibles necesidades o deficiencias.

3.9. Sobre la **formación inicial**, ambos grupos coinciden en que **no se prevé para los profesionales de nuevo ingreso o los ETF recién formados**, cuya capacitación queda, en ocasiones, en manos del resto del equipo. Frente a quienes manifiestan no haber recibido formación inicial, un 27,2% responde afirmativamente, precisamente aquellos que llevan más tiempo en sus equipos y que tuvieron acceso a la formación de base que se organizó en los inicios. También ofrecen porcentajes de respuesta muy similares al señalar *muy necesaria* la formación inicial de los profesionales que ingresan al Programa (92,8% ETF y 97,1% CM).

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

La **valoración de la formación inicial que se prestó en los comienzos del Programa es muy positiva**, ya que, según argumentan los profesionales, contribuyó decisivamente a que los propios equipos tomaran conciencia de las diferencias del nivel de intervención que implicaba el Programa y a asentar unos criterios de trabajo comunes.

No se ha previsto un programa de formación intensiva para los profesionales de nuevo ingreso, cuya capacitación queda, en ocasiones, en manos del resto de integrantes del equipo.

3.10. Respecto a la **formación continua**, el 75,9% de los ETF afirma tener acceso a acciones formativas continuadas. Se trata de una formación que se realiza con carácter cíclico (61,9%) y con predominio de la modalidad presencial (81,5%). La teleformación es la fórmula más utilizada para realizar acciones formativas de iniciativa individual.

La formación continuada de los profesionales se ha centrado con frecuencia en sesiones de supervisión de casos, que, aunque indudablemente aportan conocimiento y experiencia, pueden ser llevadas a cabo en otro tipo de foros o encuentros entre profesionales. En ese sentido, existen demandas en materia de formación que precisan abordar otros contenidos formativos.

Críticas a la formación continuada (supervisión de casos): se considera necesario ampliar los contenidos formativos, adecuar mejor el contexto de la formación y reorientar la formación hacia una mejor cobertura de los casos y problemáticas que se están abordando en el Programa. Otros van más allá y cuestionan además, la metodología de impartición de los cursos –de carácter muy intensivo y con poca aplicación práctica–.

3.11. Las **demandas en relación con la formación** se centran específicamente en una **oferta más diversificada y adecuada a las necesidades de los diferentes perfiles**. En este sentido, algunos profesionales señalan que la formación que se está impartiendo está demasiado orientada a la figura del psicólogo.

Las demandas más frecuentes se centran en el conocimiento y aplicación práctica de nuevas técnicas de intervención, aplicadas a la terapia con familias y con menores y adolescentes: técnicas de intervención familiar, revisión de casos, instrumentos de evaluación, abusos sexuales, adolescentes en conflicto, contenidos que ocupan el 75,6% de las propuestas que, en materia de formación, formulan los equipos a sus CM.

Se insiste también en la necesidad de avanzar en aspectos organizativos y relacionados con la operativa del Programa, como la coordinación con el resto de agentes, el trabajo en equipo o los protocolos.

3.12. La mayoría de los profesionales encuestados considera **que la formación recibida es útil (94%) y conveniente (84,3%)**. Sin embargo, **solo un 37,7% considera que es suficiente para cubrir las necesidades formativas**.

3.13. La **valoración sobre la formación en supervisión de casos que se está llevando a cabo** varía sensiblemente en función del tiempo de permanencia en el Programa y si han asistido o no previamente a otras acciones formativas: mientras que los más veteranos demandan una mayor diversidad de contenidos y la asistencia de otros expertos y especialistas en terapia familiar, los profesionales que llevan menos

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

tiempo o que asisten a los cursos por primera vez se muestran más entusiastas con las sesiones formativas recibidas y la valoración es más positiva.

3.14. La formación de los recursos humanos adscritos al Programa ha ocupado una posición central en el **esfuerzo que se ha llevado a cabo desde la DGIF** en el Programa. Aunque con cierta discontinuidad en el tiempo, ha sido sensible a la necesidad de ofrecer a los profesionales del Programa una oferta específica de formación y, en consecuencia, ha liderado sucesivas jornadas en todas las provincias andaluzas.

La aportación de las corporaciones locales en materia de formación es poco representativa.

3.15. En cuanto a la metodología de la formación, **la modalidad presencial tiene una posición hegemónica en los programas formativos**. Aunque el contacto personal entre los profesionales otorga un valor innegable a la formación, **la organización de sesiones de formación exclusivamente presenciales supone un esfuerzo extra de tiempo y recursos económicos**: organización de los grupos, desplazamiento de alumnado y ponentes...y obliga, además, a que la formación tenga un carácter muy intensivo lo que repercute también en la calidad del aprendizaje.

3.16. **Se detectan evidentes necesidades formativas que aún no se han cubierto** y que, desde el punto de vista del equipo evaluador, deben ser satisfechas para un desarrollo exitoso del Programa.

*La respuesta a estas necesidades debe tener su plasmación en un Plan de Formación (Ver **documento anexo**), que con alcance regional,*

articule objetivos estratégicos e itinerarios formativos individuales y para cada perfil profesional.

Un Plan de Formación permite ampliar y diversificar los contenidos formativos en función de las necesidades detectadas, adecuar de manera más específica el contexto de la formación y reorientarla hacia una mejor atención de los casos y problemáticas abordados en el Programa: técnicas de intervención, aplicadas a la terapia con familias y con menores y adolescentes, adaptándolas a las nuevas tipologías de familias.

Anexo 3. Plan de formación.

3.17. **Los procesos del Programa no afectan exclusivamente a los ETF** sino que trascienden su ámbito de trabajo y obligan necesariamente a contar con otros agentes y servicios.

Desde esta perspectiva, los programas formativos orientados a los procesos del Programa deben contar con la presencia y participación del resto de recursos de la red social.

3.18. **La inversión en formación continuada de los profesionales** debe ser un elemento principal en los esfuerzos de los responsables institucionales del Programa. Se trata de un nivel de intervención muy específico que precisa de un reciclaje y especialización profesional constantes.

Las demandas de formación de los equipos deben atenderse con rapidez y voluntad de mejora.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

3.19. La **existencia de otros recursos, la accesibilidad de la población y el grado de coordinación** entre agentes determinan en mayor o menor grado la eficacia del trabajo en red y, en definitiva, de la calidad de la intervención de los ETF.

El **60,9% de los CM declara que los recursos de apoyo en el territorio son insuficientes para cubrir las necesidades de las familias y los menores** que acceden al Programa.

Los dispositivos más utilizados por los ETF provienen de los «centros educativos» (22,28%), «centros de salud» (14,49%), mientras que son los «centros socioeducativos» (5,15%) los que en menor medida tienen una incidencia en el apoyo a los equipos respecto a la resolución de los expedientes (Memoria 2008-2009).

3.20. **Se han detectado carencias** en relación con una mayor especificación de recursos, especialmente en el ámbito educativo y de ocio, dirigidos a menores de más edad y adolescentes: los profesionales consideran que **es preciso reforzar el tejido asociativo e incorporarlo como un instrumento muy valioso para el trabajo con las familias**. Las vías de comunicación y coordinación con el resto de recursos constituyen otro aspecto muy señalado en las entrevistas.

Estas cuestiones se recogen en los mapas de recursos que los ETF deben manejar. Este tipo de documentos se refieren a la descripción de recursos claves, directorios de contacto, procedimientos de comunicación, servicios prestados y situaciones que en el tratamiento aconsejan acudir a ellos.

En cada contexto se producirán distintas percepciones y condiciones en la relación entre el Programa y cada servicio, por lo que es responsable de los ETF su redacción, aunque se considera aconsejable que la DGIF estableciera modelos de elaboración y considerase la pertinencia de considerarlos como parte indispensable del Programa o como documentos orientativos.

El mapa de recursos aportaría información al plan de comunicación, determinando parte del público objetivo al que se dirigirían las acciones de difusión de la actividad del Programa.

4 | Proceso: Derivaciones y fase inicial del Programa:

- 4.1. Se aprecia un nivel alto de cumplimiento de los requisitos de inclusión al Programa, al menos desde un punto de vista formal y referido al procedimiento de traspaso al Programa por parte del servicio derivante: intervención previa (87%), información a las familias sobre la existencia del equipo (85,5%) y realización de informe de derivación (76,8%). La situación de riesgo y el pronóstico de recuperabilidad, en cambio, no son tenidos *siempre* en cuenta tal y como señala un 17,4% de los CM.

Los datos ponen de manifiesto que, frente a los criterios relativos al procedimiento, pierden peso los criterios eminentemente técnicos, de valoración de la situación de riesgo del caso y pronóstico de recuperabilidad.

En ese sentido, es preciso considerar otras cuestiones, como la suficiencia de la intervención y el diagnóstico previo, el momento en que se produce la derivación al ETF, qué tipo de información se le facilita a la familia sobre el Programa, la suficiencia de la documentación y el informe que se aporta y sobre todo, cuáles son los criterios que se consideran en los pronósticos de recuperabilidad.

El criterio determinante para la inclusión de casos es que se trate de una situación de riesgo moderado-grave que precise de una intervención continuada y especializada que no corresponda al nivel primario de atención.

- 4.2. Se han detectado en las entrevistas incumplimientos de los criterios de inclusión debido a derivaciones prematuras al Programa o canalizaciones de casos familiares en situación de riesgo leve que no precisan de un tratamiento especializado y que, por el simple hecho de que existan menores en la familia se intentan derivar a los ETF, a veces para aliviar la sobrecarga del servicio derivante.
- 4.3. El momento en que se produce la derivación de casos resulta, a juicio de los profesionales, decisivo para el éxito del tratamiento. Una derivación al Programa prematura o, por el contrario, tardía, puede resultar negativa para el logro de los objetivos del Programa. En ese sentido, **no existen unos criterios unívocos sobre el momento idóneo de derivación al ETF**, quedando la decisión de traspaso, en muchas ocasiones, a juicio del profesional de turno del servicio derivante.

Ante la propuesta de canalización del caso, debe prevalecer el criterio técnico y la capacidad decisoria del CM, quien debe evaluar si es el momento idóneo o no para realizar la derivación al Programa. No obstante, se debería contar con mayor concreción en la definición de los criterios de inclusión, para lograr una mayor homogeneidad de la cobertura en las derivaciones al Programa en todos los territorios. Ese procedimiento tendría que ser compartido y asumido por los servicios derivantes, de manera que se minimizaran los tiempos y se agilizaran los procesos para la atención.

- 4.4. El Manual del Programa señala que **las derivaciones a los ETF deben hacerse siempre sujetas a dos requisitos previos**: por un lado, la participación necesaria de la figura del CM y, por otro lado, el soporte documental que debe acompañarlas, que ha de incluir el informe de

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

derivación, la documentación de la familia, e informes adicionales o complementarios sobre el caso a derivar.

Respecto a la **participación de los CM en las derivaciones**, se obtiene una **dedicación con mayor peso respecto a otras funciones**: son los propios CM quienes otorgan a la función de velar porque las derivaciones al Programa estén justificadas y debidamente argumentadas el peso más importante respecto al resto de funciones que tiene encomendadas. **El 70,2% de los ETF, por su parte, valora positivamente las actuaciones de los CM en las derivaciones al Programa, por un 9,8% considera que nunca o rara vez cumple esa función.**

- 4.5. Los CM afirman con mayor frecuencia (82,6%) que los ETF (70,7%) que las **derivaciones al programa que realizan los SSSSCC están debidamente documentadas siempre o casi siempre.**
- 4.6. Sobre la **adecuación de justificación documental de las derivaciones por parte del SPM**, ambos grupos coinciden también en informar que **son correctas siempre o casi siempre –71,9% de ETF frente a un 66,7% de CM–**. Si se compara la adecuación de la documentación que aportan ambos servicios derivantes, la coordinación valora más positivamente a los SSSSCC frente al SPM, mientras que los equipos otorgan prácticamente la misma valoración a ambos servicios.
- 4.7. **Las derivaciones deben justificarse documentalmente** –informes– de manera que el CM disponga de toda la información posible del caso para evaluar la idoneidad de su aceptación o rechazo al Programa: el 80,3% de los ETF considera que los informes de derivación llegan completos y debidamente documentados *siempre o casi siempre*,

aunque un 38,6% opina que éstos son mejorables en un valor superior a 4 sobre un baremo 1-5 (nada; muy mejorable).

Aunque existen protocolos para la elaboración de los informes de derivación, la realidad es que no siempre se tienen en cuenta y que, en la práctica, los profesionales de los servicios derivantes son reacios a la elaboración de informes demasiado exhaustivos, lo que a menudo provoca que se sustituya el informe de derivación por otras fórmulas de transmisión de información, como reuniones con los servicios derivantes o comunicaciones de carácter informal.

En este sentido, ya algunos equipos han consensuado modelos propios con los servicios sociales comunitarios, *pactando* los contenidos y documentación mínima que han de aportar junto con los informes.

Unificar criterios con los profesionales y someter los protocolos de informes de derivación (Anexo 2J y Anexo 2K) a un proceso de revisión continua en función de las necesidades parece una mejora razonable del Programa. Deberían establecerse algunos requerimientos mínimos en relación con la forma, extensión pero también con los contenidos que aborden, más concretos y específicos.

El propio procedimiento de derivación debe recoger cuáles son las responsabilidades del servicio derivante respecto al contenido, forma y extensión del informe, ya se trate de las derivaciones al ETF o desde el ETF. El Manual del Programa ya recoge unos protocolos específicos para la elaboración de informes de derivación, protocolos que deberían ser sometidos a un proceso de revisión interna, para su optimización desde un criterio formal como de contenido.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

4.8. Los profesionales valoran de forma distinta los informes de derivación dependiendo del organismo que los emita (SSSSCC o SPM). Las diferencias de relación con ambos organismos han ido moldeando un modelo de comunicación diferente con los ETF: mucho más informal con los primeros, lo que ocasiona, a veces, que la información fluya con mayor agilidad, o, por el contrario, que se generen vacíos o déficits en el intercambio escrito de información.

Sobre las derivaciones al subprograma de Reunificación Familiar:

4.9. El 73,9% de los CM indica que al entrar en el Programa, las **familias que tienen menores con medidas de protección** aceptan *siempre* o *casi siempre* el PPI, marco de referencia de las actuaciones que se deberán llevar a cabo tanto por parte del SPM como por parte de los restantes servicios o agentes implicados en el proceso, incluidos el ETF y, por supuesto, la familia.

4.10. La existencia de al menos una **figura adulta con una mínima capacidad para ejercer responsabilidades parentales** está presente, a juicio de los CM, *siempre* o *casi siempre* (66,7%) por un 27,5% que señala que esta condición se da solo *a veces*.

4.11. En cambio, el **criterio de recuperabilidad**, en relación con las posibilidades de rehabilitación familiar en los casos en tratamiento dentro del subprograma de RF, alcanza un **mayor porcentaje de respuesta entre quienes consideran que este criterio se da solo a veces** (43,5%).

4.12. El Manual contempla un año como **plazo para llevar a cabo el tratamiento que posibilite el retorno del menor al hogar familiar**. Los profesionales consideran que, aunque intentan ajustar el proyecto de trabajo a estos márgenes, **los plazos previstos de rehabilitación ocasionalmente son compatibles con las necesidades de los menores** (59,4%).

4.13. Los resultados ponen de manifiesto una **menor observancia de los criterios de inclusión en el subprograma de RF sobre lo observado en RS**. Las respuestas aportadas por los CM no permiten asegurar que los casos que se derivan al Programa tengan las mismas garantías de cumplimiento de objetivos que en el subprograma de RS.

El cumplimiento de los criterios de inclusión refuerza la cobertura no tanto en términos cuantitativos –todas las familias con menores sujetos a medidas de protección acceden al subprograma–, sino más bien desde un enfoque cualitativo –todas las familias con menores sujetos a medidas de protección y que reúnen los requisitos acceden al Programa–.

La voluntad institucional de mantener durante el menor tiempo posible separados de su hogar a los menores con medida de protección ocasiona que no siempre las derivaciones al subprograma se realicen en tiempo y forma y que las familias accedan al subprograma sin reunir a menudo los requisitos que permitan objetivar las posibilidades de éxito.

En la memoria técnica se incluye una variable para medir el cumplimiento de los criterios de inclusión al Programa en términos

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

cuantitativos referidos a familias, pero sin relacionarla con la consecución de objetivos.

Esta relación entre criterio y objetivo ha de obtenerse con el fin de pulsar su eficacia. Tampoco se cruza dicha información con los plazos de intervención, de manera que se permita visualizar cómo influye el cumplimiento de requisitos de acceso en los ritmos de las diferentes fases de intervención en el Programa.

4.14. **Criterios de exclusión:** El factor tiempo tiene una incidencia mayor en la toma de decisiones dentro del subprograma de RF precisamente porque el objetivo a conseguir es que la separación temporal sea lo más corta posible: **La falta de resultados en los tiempos previstos es causa de finalización del tratamiento en un 28,6% de los casos dentro del subprograma de RF, mientras que en RS esta causa afecta al 11,66% de los casos.** La decisión de finalizar el tratamiento recae sobre los responsables institucionales. Sin embargo, **el plazo temporal previsto de seis meses no es observado rígidamente como criterio ante el que de determinar una posible exclusión,** porque, a criterio de los propios profesionales, son muchos los factores que pueden condicionar la generación de cambios positivos en el seno familiar.

4.15. Se advierte con claridad la **centralidad de la figura del CM respecto al proceso de derivación de casos del ETF al SPM,** especialmente cuando ésta incluye propuesta de medida protectora.

4.16. **Los profesionales solicitan que se someta a revisión el protocolo de informe de derivación al SPM (modelo 2Q), procurando la simplificación de los formatos y evitando la aportación de información repetitiva.** Consideran que, aunque indudablemente, la derivación debe

acompañarse del soporte documental que respalde la solicitud de propuesta de desamparo, la obligación de aportar informes parciales disciplinarios más uno final que integre la evaluación de las tres disciplinas supone un exceso de carga de trabajo y una duplicidad de la información.

Relacionado con la necesidad de reducir los tiempos empleados en el proceso desde que el caso es enviado al SPM, parece conveniente revisar concretamente el proceso de derivación para su simplificación.

Desde la perspectiva de monitorización del proceso, sería conveniente establecer un indicador que relacione los casos remitidos al SPM con las medidas de desamparo dictadas, así como el tiempo invertido, lo que permitirá detectar desviaciones y tomar decisiones de implementación y retroalimentación.

Sobre la evaluación inicial de los casos:

4.17. La evaluación de los casos supone el punto de partida del tratamiento y la base sobre la que se han de elaborar los PTF. Sin embargo, no es un proceso específico del inicio del tratamiento sino que se realiza a lo largo de todo el proceso, de cara a una mejor adecuación de las intervenciones a las necesidades de la familia en cada momento.

Todos los equipos realizan una evaluación inicial de los casos que llegan al Programa. Las principales técnicas utilizadas son la

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

observación directa, sobre todo a través de las visitas domiciliarias, la petición de informes a otros recursos y las entrevistas con los padres y el resto de la familia.

4.18. Respecto a los **instrumentos de diagnóstico previstos en el Manual** para la evaluación, **un 50,7% manifiesta hacer uso de ellos** señalando principalmente la Escala de Bienestar Infantil (30,2%), los factores de protección y riesgo (11,2%), las entrevistas semiestructuradas para padres (8,1%), las necesidades infantiles EDEMER (6,3%) y el Inventario de problemas de conducta del niño CBCL (5,7%).

4.19. Se señalan **otros instrumentos que los ETF consideran necesarios para la evaluación**: Inventario MMPI-II (9,8%), la escala HOME (9,8%), la Escala de Funcionamiento Familiar EFF (7,8%) y la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar CAF (7,8%). Con el mismo porcentaje (5,9%), encontramos la escala DAS –Escala de ajuste Diádico–, MOSS –Escala de clima familiar–, WAISS-R –Escala de inteligencia de Wechsler para adultos– y TAMAI –Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil–.

La evolución y los cambios que se generan en las problemáticas de los casos que acceden al Programa hacen necesaria una actualización periódica de los instrumentos y técnicas de los ETF. La adquisición y puesta a disposición de los ETF de material bibliográfico y pruebas e instrumentos específicos de evaluación, flexibles y adaptados a las necesidades de cada caso, debe ser tenida en consideración periódicamente en las dotaciones presupuestarias del Programa. Asimismo, debería diseñarse un espacio único de acopio de material bibliográfico y documental a disposición de todos los profesionales.

Podría ser una biblioteca especializada física o banco de documentación virtual donde los profesionales pudieran hacer aportaciones de informes, estudios, o solicitar material específico.

La descripción del repositorio documental se incluye en el Anexo 2. Aplicativo de gestión interna.

4.20. El **plazo previsto** de un mes para acometer la fase inicial del Programa es insuficiente a criterio de los profesionales para que la familia esté en condiciones de aceptar y seguir el tratamiento con el nivel de implicación adecuado. Señalan que **un plazo más objetivo para la firma del contrato es de tres meses**.

4.21. El **contrato** debe ser el resultado de un proceso de participación entre el ETF y la familia el que se asienten las bases del proyecto de tratamiento familiar y se establezcan acuerdos y compromisos asumibles y compartidos por ambas partes. Si esta circunstancia no se respeta, pierde validez como instrumento que favorece la implicación de la familia; todo lo contrario, puede resultar un condicionante negativo que provocará el rechazo de la familia a firmar un documento que refleje por escrito sus tareas y compromisos respecto al tratamiento.

4.22. Los profesionales señalan que son muy frecuentes los casos que presenta **un nivel de motivación bajo**, o en los que la motivación inicial obedece a presiones externas; es decir, **la familia no ofrece mucha voluntariedad para el tratamiento**.

Por esta razón, las acciones de concienciación y sensibilización a las familias, previas al inicio del proyecto de tratamiento familiar, suponen

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

un indicador de esfuerzo y responsabilidad de los dos equipos, el de SSSSCC y del propio ETF.

Es necesario que se consensue por parte de ambos servicios y de forma previa a la derivación qué información se va a facilitar a la familia, qué mensaje se quiere aportar y qué enfoque se quiere dar, de manera que no se transmitan ideas equívocas y se realice el traspaso desde un enfoque positivo.

5| Duración y plazos del tratamiento:

5.1. El Manual establece que el tratamiento debe tener un «carácter limitado en el tiempo». La planificación de cada PTF debe contemplar la temporalización de las actuaciones en un plazo máximo orientativo, a partir del cual no es conveniente continuarla. Una vez alcanzado el acuerdo con la familia, la duración del período de tratamiento se estima en 12 meses para RF. En el caso de RS, la duración es de 12 meses, ampliable a un máximo de 18 meses.

El tiempo promedio de atención en el subprograma de RF fue de 10 meses por familia, de los que 7 meses fueron de tratamiento. En RS, se invirtió una media de más de 20 meses por familia, de los que 14 meses fueron de tratamiento. (Memoria 2008-2009).

5.2. Sobre la **adecuación de los plazos de tratamiento la evaluación no alcanza resultados concluyentes**: mientras que un 53,9% de ETF considera adecuados los plazos previstos, otro 45,6% señala lo contrario alegando diferentes motivos: los casos complejos suponen invertir más tiempo (61,6%), se consiguen cambios pero no se alcanzan los objetivos en los plazos fijados (49,1%), las derivaciones van incompletas y sin justificación (31,4%), el ETF está saturado por volumen de trabajo (23,3%) e incompatibilidad horaria del Programa con las necesidades de las familias (34,6%).

5.3. Respecto a **qué plazos resultarían más idóneos**, un 57,6% de ETF que responden sobre esta cuestión estima que deberían ser totalmente abiertos, adaptados a la complejidad del caso. Quienes sí aportan un

intervalo concreto, señalan los plazos de 24-36 meses (21,5%) y 18-24 meses (17,4%) como los más acordes a las necesidades de intervención de las familias tratadas. (Riesgo Social)

La medición de los plazos de intervención con las familias debe orientarse a los objetivos del Programa. Se debe determinar en qué medida el tiempo invertido en la atención ha sido determinante para lograr los objetivos y sobre todo, si se ha cumplido el fin específico de reducir al máximo el tiempo que permanece el menor o los menores separado de su familia.

5.4. La información recogida en la evaluación no permite conocer con exactitud si los plazos de intervención se ajustan más o menos en función de la edad de los menores. Lo que sí se constata es un mayor nivel de cumplimiento en los tiempos de tratamiento en el subprograma de RF frente al de RS.

Se recomienda incorporar como indicador de la evaluación la medición de los tiempos que se dedican en cada una de las fases del tratamiento, de forma objetiva y mensurable, de manera que se pueden obtener resultados que permitan identificar las situaciones a corregir.

6| Proceso: Coordinación:

- 6.1. **Se observan algunos incumplimientos en el procedimiento por el que se desarrollan las Comisiones Técnicas:** solo el 56,5% de las CT se convocan con carácter trimestral. El grado de incumplimiento de la obligación de levantar actas de las reuniones es minoritario (2,7% ETF y 4,4% CM señala que nunca se realizan), pero relevante por cuanto los acuerdos y conclusiones que en ellas se alcanzan deben tener constancia documental. Asimismo se detecta también un menor acceso de los ETF a las actas generadas en las Comisiones Técnicas.
- 6.2. Las incidencias registradas en la **convocatoria periódica de las reuniones y el levantamiento de actas** afecta al esfuerzo de los SPAF, ya que a ellos corresponde de forma exclusiva la convocatoria periódica de las Comisiones y el registro de acuerdos y compromisos que en su seno se generen.
- 6.3. Respecto al **contenido de las CT**, se observa una **tendencia a centrarse en tareas de supervisión y control y el seguimiento de los casos más complejos**, en detrimento de **otras funciones relacionadas con aspectos de mejora de la operativa del programa y la coordinación general, como la delimitación de responsabilidades, la revisión de protocolos, el refuerzo de las vías de coordinación y colaboración interinstitucional y la presentación y discusión de propuestas de mejora o demandas concretas**. Los profesionales reclaman que se refuercen en las Comisiones Técnicas esta última tipología de contenidos.
- 6.4. El grado de incumplimiento de la **periodicidad con que se convocan las Comisiones de Seguimiento (CS)** es aún mayor: solo el 26,7% señala que se celebran una vez al semestre, registrándose la frecuencia más alta entre quienes manifiestan que se realizan una vez al año (63,3%).
- 6.5. Respecto a los **contenidos**, los CM expresan que las comisiones tienen un **marcado enfoque de evaluación finalista, orientado a la cuantificación de objetivos y resultados**, y menos centrado en la **aportación de propuestas de mejora de los procesos e implementación del Programa**: elaboración de documentos técnicos e informes necesarios para la ejecución, evaluación del Programa, seguimiento de actuaciones y la resolución de las cuestiones de interpretación del convenio.
- 6.6. En la evaluación se ha tratado también el **grado de organización interna de cada ETF**, entre diferentes equipos y con sus CM. Se ha valorado especialmente el papel del coordinador como responsable de la organización y planificación del trabajo de los equipos, dinamizador, facilitador de recursos y canalizador de las necesidades y propuestas.
- 6.7. Las **reuniones de coordinación (ETF-CM)** se realizan mayoritariamente a demanda de alguna de las partes (42,0%) mientras que las reuniones periódicas semanales o quincenales son señaladas por un 36,2%.
- 6.8. Se detectan **diferencias significativas en relación con la coordinación entre CM y ETF**. Destacar que la propia evolución en la gestión de los equipos ha ido promoviendo la adaptación de cuestiones de organización a las situaciones de cada territorio o a la necesidad de coordinar varios equipos.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

Se trata también de un indicador de esfuerzo ya **que el CM debe ser el referente técnico de los ETF**: mientras que algunos CM realizan un seguimiento exhaustivo del equipo/s que coordinan, con un establecimiento periódico de reuniones, frecuentes contactos personales, supervisión de los casos en tratamiento, orientación de los profesionales, facilitando recursos o simplemente favoreciendo el intercambio entre equipos, etc., otros, en cambio, parecen dejar estas funciones operativas en un segundo plano, concentrándose más en las funciones institucionales: enlace de la administración local con la administración autonómica, y limitándose las coordinaciones internas a la preparación de las Comisiones Técnicas o la elaboración de la memoria anual.

Al igual que otros procesos, la coordinación interna también ha de monitorizarse: frecuencia de las reuniones entre los equipos y sus coordinadores, temas tratados y acuerdos alcanzados, de manera que esta información se relacione con la consecución de objetivos.

6.9. Respecto a la **comunicación ETF-CM, la cercanía espacial y la disponibilidad horaria resultan claves**. Es más frecuente que los equipos que están más cercanos a sus CM solventen sus necesidades de coordinación y comunicación con contactos personales, en el centro de trabajo, por teléfono o mail, constituyéndose un sistema de relaciones informales sin duda más ágil, pero que no debe sustituir o eliminar los mecanismos de coordinación formal, hecho que podría provocar indefiniciones en las responsabilidades o en la toma de decisiones.

6.10. Algunos CM utilizan plataformas online para la gestión del programa.

La extensión de este tipo de herramientas facilitaría la monitorización de los procesos y, por tanto, las tareas de supervisión, comunicaciones y coordinación.

El CM debe potenciar el encuentro y el intercambio entre distintos ETF bajo su supervisión. Es una necesidad sentida y expresada por los profesionales disponer de espacios de encuentro, físicos o virtuales, con los profesionales que integran otros equipos, para el intercambio de experiencias, buenas prácticas, discusión técnica de casos, aporte de documentación o, simplemente, para favorecer la comunicación y el intercambio personal.

6.11. La evaluación concluye que con carácter general, el **grado de coordinación con el resto de agentes es fluido en un alto porcentaje de los casos**, expresando los CM (80,9%) que detentan mayor responsabilidad en estas funciones, mejor valoración que los ETF (71,6%).

Tanto los CM (92,7%) como los ETF (84,4%) reconocen un buen nivel de comunicación con el SPAF. Las Comisiones Técnicas son el instrumento formal de coordinación y es en su seno donde se producen los contactos.

La comunicación y coordinación con los SSSSCC obtiene también una valoración muy similar en términos de agilidad y fluidez tanto por los CM (92,7%) como por los equipos (87,7%)

Se obtiene una valoración más modesta en la comunicación con los SPM, que alcanza los 27 puntos porcentuales de diferencia sobre los anteriores (68,2% para CM y 65,2% para ETF).

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

Si bien existe una fluida coordinación con los recursos externos, parece evidente que existen diferencias cuando se analiza en relación con los SSSSCC y los SPAF que cuando se hace respecto a los SPM. Analizar las causas de esa diferenciación permitirá conocer las situaciones limitantes de manera que se potencie la coordinación precisamente en los espacios más deficitarios, ganando en eficacia de resolución.

6.12. Los profesionales consideran **fundamental que los responsables institucionales del Programa sigan potenciando el trabajo en red y favoreciendo los encuentros y espacios de intercambio de experiencias entre los distintos organismos** del sistema de atención a la familia.

Una parte importante de la coordinación se deja descansar en la voluntariedad de los profesionales, cuando los mecanismos formales de coordinación (protocolos) deberían prevalecer sobre las relaciones personales existentes entre los distintos agentes que participan en el programa.

Las **carencias de organización y de comunicación entre los actores intervinientes** pueden interferir en la correcta prestación del servicio. La dejación de funciones o la intromisión de unos profesionales en el ámbito de actuación de otros, el exceso de celo o la negativa a compartir información, son ejemplos de situaciones de descoordinación entre recursos con resultados negativos para la atención a las familias.

Por lo general, **existe fluidez y agilidad en la comunicación entre los ETF y el resto de recursos externos**. Esta fluidez no es espontánea, sino el resultado de un proceso de maduración del Programa que ha

procurado un paulatino conocimiento en la red social de su naturaleza y fines. No obstante lo anterior, siguen existiendo carencias en los instrumentos y vías de coordinación entre todos los agentes implicados.

*No basta con actualizar los **protocolos de coordinación** entre agentes y servicios, sino que se ha de velar porque estos se ejecuten de manera efectiva y eficaz.*

En las organizaciones es frecuente la implantación de un Manual de Comunicación, tanto externa como interna, que en el caso del Programa aportaría mejoras en la coordinación entre los distintos agentes.

Ver anexo 1. Plan de comunicación

6.13. Las **aportaciones que sobre el sistema de coordinación** hacen los profesionales para una mejora en el circuito interinstitucional y con el resto de recursos son:

- Mejor conocimiento del Programa.
- Definición y mejora de los protocolos de coordinación de obligado cumplimiento y determinar las competencias entre los diferentes agentes implicados.
- Reuniones de coordinación con otros recursos de supervisión, seguimiento y coordinación: se debería incidir en mayor medida en las funciones de las Comisiones Técnicas referentes a la mejora de la coordinación, previsión de acuerdos, protocolos, establecimiento y revisión de circuitos de intervención, etc.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

- Encuentros y espacios de intercambio de experiencias de profesionales implicados en los distintos organismos del sistema de atención a la familia.
- Potenciar el trabajo en red.

*Los procesos de comunicación deben quedar formalmente registrados para una documentación adecuada de los casos en tratamiento. En este sentido, las comunicaciones verbales resultan insuficientes para dar consistencia a la operativa del Programa. De considerar el conjunto de los actores intervinientes en el Programa como una estructura con relaciones protocolizadas, surge inmediatamente la necesidad de establecer una **política de comunicación interna** que salvaguarde tanto la actuación de los profesionales como la trazabilidad de las distintas decisiones que se hayan de adoptar a lo largo del tratamiento.*

Ver anexo 1. Plan de comunicación

6.14.El Programa pone a disposición de los agentes distintos instrumentos para la **recogida de propuestas e incidencias**: memoria, comisiones técnicas, comisiones de seguimiento y los CM. Pese a ello, los equipos sienten desatendidas sus demandas, lo que implica que el proceso de retroalimentación se interrumpe en el retorno y resulte ineficiente o inexistente.

La **ausencia de retorno sobre los resultados e impacto del Programa provoca entre los ETF desconocimiento sobre la relación entre la progresión de su actividad y la evolución general del Programa**, así como la toma en consideración que han tenido sus propuestas de

mejora o el tratamiento dado a sus aportaciones para la subsanación de incidencias.

El Programa ha de incluir sistemas que completen el circuito de retroalimentación, lo que supone la atención y respuesta a las propuestas e incidencias emitidas por los agentes participantes.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

7 | Calidad y procesos del Programa:

- 7.1. El elevado número de actores que intervienen, así como de supuestos y variables que forman parte del Programa, motiva la **necesidad de contar con un procedimiento general que delimite los subprocesos, las funciones y asignación de responsabilidades de cada uno de los agentes, los plazos temporales y los tiempos de respuesta, los recursos y los apoyos.**

La procedimentación debe ser un paso previo a la redacción de los manuales de gestión. Tiene como misión clarificar y unificar criterios, de forma que todos los actores que intervienen en la prestación del Programa lo conozcan y lo utilicen fluidamente.

La aparición de nuevas necesidades y la propia práctica del programa hacen precisas acciones de retroalimentación de los procesos de forma permanente o, al menos, con determinada periodicidad, con participación de los actores intervinientes en cada proceso.

Concretamente, en el Decreto 3/2004, de 7 de enero, modificado parcialmente por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo, se regula el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía (SIMIA). La tramitación de las situaciones de maltrato viene a enriquecerse a través de este sistema que permite una gestión manual y telemática. A través del mismo, y dependiendo del nivel de gravedad del maltrato detectado, el caso llega a los SSSSCC o a los SPM, partiendo de los servicios públicos –educativos, sanitarios, centros de atención socioeducativa, policía, justicia, servicios sociales, etc.–. Es un canal de información que

el ETF ha de conocer y valorar, de manera que el proceso se entienda su conveniencia de integración en el conjunto de procedimientos que se detallan en el Manual.

- 7.2. La **monitorización de los procesos** merece una especial atención, ya que carece de indicadores que faciliten información y que permitan una evaluación continua de la que se deriven acciones correctivas.

La meta debe ser reducir la variabilidad del proceso, fijando criterios objetivos que progresivamente se impongan a otros subjetivos o relacionados con la disponibilidad de los intervinientes.

- 7.3. Se constata la **carencia de una herramienta de gestión específica que permita la recogida sistemática y automatizada de información lo que limita la posibilidad de analizar desviaciones entre lo previsto y lo real.**

La adopción de un sistema de gestión común aporta ventajas evidentes, como la mejora de la productividad y la posibilidad de integrar los procesos operativos en la gestión de la información, lo que proporciona indicadores para la monitorización. La ausencia de instrumentos adecuados limita la recogida de información para determinar los distintos enfoques de la evaluación del proceso, tanto en la cobertura del recurso, el esfuerzo y la monitorización de resultados, teniendo igualmente una influencia directa sobre la calidad e impacto del programa.

Ver anexo 2: Aplicativo de gestión interna

- 7.4. **No existe un sistema de gestión de la calidad adaptado a los objetivos y procedimientos del PTFM como recurso especializado.** En algunas

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

Corporaciones Locales se ha implantado o está en fase de implantación un sistema de gestión de la calidad, pero que no recoge específicamente los objetivos y procedimientos del Programa.

7.5. Se observan **déficits en el conocimiento que muestran los profesionales sobre la naturaleza y alcance de un sistema de gestión de la calidad y qué ventajas aporta a la operatividad del Programa.**

7.6. Pese a todo, el análisis individual de las variables ligadas al establecimiento de un sistema de calidad revela –al menos desde la perspectiva de los CM– una **actitud de partida favorable para el diseño e implantación de un sistema de gestión de la calidad específico para el Programa:** los procesos y procedimientos de trabajo están determinados de forma clara y precisa (69,6%), las funciones y responsabilidades de los agentes que intervienen en el Programa están claramente diferenciadas (73,9%), existen protocolos de actualización estandarizados y debidamente documentados (75,4%), la planificación temporal de las intervenciones se adecúa a la complejidad del caso (70%) se aplican normas metodológicas para la consecución de los objetivos (76,8%) y se realizan evaluaciones sobre el desarrollo del Programa (72,5%).

7.7. Los profesionales expresan la **necesidad de seguir avanzando en la determinación de los procesos, delimitación de las funciones de cada perfil profesional, con los límites y criterios más diferenciados, parámetros y pruebas específicas para la evaluación y definir con mayor detalle algunos procedimientos,** como la definición de un formato específico para el Proyecto de Tratamiento Familiar, una delimitación más concreta de las distintas fases de intervención, el establecimiento de procedimientos de coordinación interinstitucional y

con otros agentes y la definición de un procedimiento para el cierre y seguimiento de los casos. En las respuestas abiertas se aboga también por **una mayor observancia y cumplimiento de los protocolos ya existentes y por la continua previsión de procedimientos nuevos, adaptados a las nuevas realidades sociales y familiares.**

El Plan de Calidad debe ser promovido y desarrollado por cada CL, pero ha de ser impulsado con el apoyo de los responsables institucionales del Programa. Es importante que se aúnen los esfuerzos y las iniciativas individuales de modo que el Plan de Calidad mantenga voluntad integradora y contemple todas las actuaciones. Específicamente ha de procurar:

- a) *Que la elaboración de los procesos y procedimientos de trabajo se realicen conforme a unas directrices y criterios comunes.*
- b) *Los protocolos sistematizan las interacciones. Cuanto más complejo es el sistema de coordinación, más necesario resulta contar con protocolos de actuación estandarizados, que no tienen por qué significar rigidez, sino la definición de criterios comunes de actuación y comunicación.*
- c) *La evaluación constituye una herramienta para avanzar en la eficacia y la mejora continua del Programa. La evaluación de las oportunidades de mejora y la retroalimentación deben establecerse mediante planificación, en la que deben participar los agentes responsables y los actores que poseen una visión interna del conjunto del Programa. También es necesaria la evaluación externa, por su carácter independiente y objetivo.*

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

d) La implantación del sistema no es puntual, sino que constituye un proceso que evolucionará según la fase de implantación en que se encuentre cada acción en el Plan de calidad.

7.8. Los CM señalan en un porcentaje significativo (69%) la existencia de una **metodología de trabajo orientada a lograr la mejora continua del recurso**. Sin embargo, la información obtenida en otras variables matiza este resultado: la existencia de un instrumento para la detección, registro y subsanación de incidencias es señalada únicamente por un 33,3%, obteniendo menor peso aún los instrumentos para la recogida de propuestas y sugerencias de mejora, del que solo admiten su existencia un 24,6%.

Pese a este último dato, en la evaluación sí se ha constatado la existencia de un instrumento común para la recogida de propuestas: la memoria técnica anual que cumplimentan los equipos contempla un campo abierto para tal fin.

Las incidencias deben ser gestionadas por un protocolo único de detección, registro y subsanación. El sistema debe permitir la identificación del profesional que detectó la incidencia, su descripción, los usuarios afectados y una propuesta de acción correctiva.

El instrumento de recogida de propuestas será tanto más eficaz cuanto mayor sea el número de profesionales que lo utilicen, ya que se ha de nutrir de las experiencias de los diferentes equipos. Los profesionales han de visualizar que sus propuestas han sido atendidas, o, al menos, consideradas. En caso contrario, la falta de respuesta ante las

propuestas y necesidades planteadas constituye un factor desmotivador para la utilización activa de los canales de participación previstos.

7.9. La **evaluación continua de las actuaciones** realizadas y la revisión periódica de los objetivos es otra característica intrínseca a la toma de decisiones sobre las intervenciones. En ese sentido, los proyectos de tratamiento familiar se muestran como instrumentos flexibles de trabajo que permiten la revisión y reformulación de objetivos, tiempos y estrategias de intervención en función de la situación de la familia y de la complejidad del caso.

7.10. Se advierte la **ausencia de instrumentos estandarizados para la medición del nivel de satisfacción de las familias**. Sobre este particular, aunque de forma mayoritaria los profesionales reconocen su utilidad, se registran opiniones opuestas a favor y en contra de la objetividad que tendrían los resultados obtenidos, muy condicionados por los resultados de la intervención y la situación familiar tras el tratamiento.

Los objetivos de calidad exigen mayor participación y protagonismo a la familia en la evaluación del programa y en la valoración de los resultados del tratamiento recibido, aun a pesar de la dificultad de diseñar indicadores y métodos de medición objetivos. En ese sentido, el esfuerzo pasa por diseñar instrumentos que faciliten la participación en la evaluación final, verificando el cumplimiento de sus expectativas iniciales, aportando ideas y opiniones, y propuestas de mejora. Específicamente, deberían contrastarse aspectos cualitativos de la atención prestada a la familia en relación con:

– La accesibilidad física y temporal al recurso y a los profesionales que los integran.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

- *La intensidad y frecuencia de contactos durante la intervención.*
- *La claridad de la información y orientación recibidas.*
- *La participación activa en la elaboración del PTF y la formulación de objetivos de trabajo.*
- *El nivel de cumplimiento de las expectativas iniciales.*
- *Una autoevaluación del nivel de implicación y participación en el Programa.*

8 | Resultados del Programa:

- 8.1. **Permanencia y abandonos voluntarios:** según el Informe de memorias 2008-2009, los abandonos voluntarios suponían un 13,93% del total de casos cerrados en el subprograma de RS y un 8,92% en el subprograma de RF. Los profesionales indican, sin embargo, que **los abandonos voluntarios del Programa tienen un peso muy poco significativo entre las razones que motivan la finalización del tratamiento**, al menos cuando se trabaja en un contexto de control. **Sí es más frecuente, en cambio, la falta de implicación y de seguimiento, por parte de la familia**, de los acuerdos y compromisos pactados en el proyecto de trabajo conjunto.
- 8.2. **Eliminación de la necesidad de separación del menor del hogar:**
- En el **subprograma de RS**, de las 1.517 familias que finalizaron tratamiento en el período estudiado, **el 81,87% de las familias (1.242) alcanzaron los objetivos planteados**, por lo que no se propuso la adopción de medida de protección, es decir, se eliminó la necesidad de separación del menor.
 - **En reunificación familiar los resultados son más modestos:** del total de familias que finalizaron tratamiento (202), **solo en un 44,5% (90) se consiguieron los objetivos y se produjo el retorno de los menores al hogar familiar**, mientras que en un 37,6% de los casos se produjo la separación definitiva.
- 8.3. El análisis de resultados presenta como limitación que **los datos que aporta el actual formato de la memoria no permite cruzar la información relativa al número de familias y porcentaje sobre el total de casos atendidos en los que se han conseguido los objetivos, con otras variables relacionadas** con el proceso como el tiempo de intervención, los recursos utilizados, la tipología de familia o el cumplimiento de los criterios de inclusión al subprograma.
- 8.4. El PTFM atendió en el período considerado una media de **de 6,57 familias y 13,67 menores por convenio en el subprograma de RF**. De este volumen, el 60,06% (8,21) provenían de expedientes abiertos en ejercicios anteriores, y el 39,94% restante (5,45) fueron incorporaciones al programa en el ejercicio. Por su parte, **el subprograma de riesgo social atendió una media de 51,55 familias y 108,85 menores por convenio**, de los que el 63,28% provenían de expedientes abiertos en años anteriores y el 36,71% restante fueron casos abiertos en el período de estudio.
- 8.5. Los **cambios de subprograma de RS a RF** –familias con menores sobre los que se ha adoptado medida protectora y la separación ya se ha hecho efectiva– **son aún menos significativos en el período**, con un valor promedio de 3,33 familias y 6,51 menores. Hay que indicar que el mayor valor que se repite (moda) en esta información es el de 0, siendo 43 los convenios (51,19%) en los que no ha habido cambio de subprograma y 44 convenios referentes a menores (52,38%).
- 8.6. En relación los cambios de subprograma un aspecto planteado en las entrevistas ha sido la dificultad que encuentran los equipos al trabajar con casos para los que anteriormente se había solicitado una propuesta de desamparo. En estos casos los vínculos de confianza

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

con la familia se han roto y hay que trabajar nuevamente desde el contexto de ayuda. Ante estos obstáculos los profesionales apuntan la idoneidad de **que cuando una familia con menores retirados vuelve al Programa se le asigne un equipo distinto al que había propuesto el desamparo o incluso la posibilidad de que existan equipos específicos para el subprograma de reunificación familiar.**

- 8.7. La limitación de no disponer de **series temporales de datos** impiden conocer la tendencia del Programa no solo en términos de cobertura, sino también en relación con el logro de objetivos. En ese sentido, una reducción progresiva del número de casos atendidos en RF podría indicar, a priori, una evolución, positiva al ser considerada como una disminución del número de retiradas de menores y, en consecuencia, una eliminación de las situaciones de riesgo o un aumento de su contención. Por el contrario, si la evolución en el número de atenciones tendiera a equilibrar el peso de los dos subprogramas, se estaría evidenciando un aumento significativo de los casos en los que se ha adoptado medida protectora y, en consecuencia, un fracaso de las actuaciones llevadas a cabo en los niveles previos de intervención.
- 8.8. En el período estudiado **retornaron al hogar familiar** tras el tratamiento un total de 182 menores lo que supone un porcentaje del **29,9% de los menores atendidos**. La situación más frecuente al finalizar el tratamiento sigue siendo el acogimiento residencial (42,74%), si bien se experimenta una reducción de esta situación de casi 23 puntos porcentuales. El acogimiento familiar también pierde peso, pero con menor intensidad que el acogimiento residencial (-8,9 puntos). Finalmente hay que destacar que los acogimientos preadoptivos únicamente alcanzaron al 3,80% de los menores atendidos.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

9 | Valoración general del Programa:

9.1. Los ETF se inscriben en un **sistema de prevención para favorecer el desarrollo y bienestar de las familias y menores**. La promoción, prevención, detección e intervención y reinserción a través de las diferentes actuaciones que desarrollan capitalizan su esfuerzo.

Los profesionales reconocen la contribución del Programa a la **eliminación y contención de la situación de riesgo, pero cuestionan su carácter preventivo**, precisamente por los perfiles familiares que acceden al Programa, que a menudo suponen problemáticas no abordables en el medio.

9.2. La **coordinación entre agentes** es básica para prevenir las situaciones de riesgo para niños y adolescentes. La implicación y la asunción de las responsabilidades individuales son esenciales para lograr la efectividad global de las intervenciones acometidas.

9.3. La necesaria **vinculación de los ETF con los SSSSCC** es otro aspecto que puede llegar a condicionar los fines preventivos del Programa. El hecho de que la principal puerta de entrada de casos sean los servicios sociales de base es percibido por algunos profesionales como un hándicap que, de alguna manera, impone los límites del Programa y la intervención de los equipos técnicos.

9.4. Se **reconoce a los ETF como un recurso necesario precisamente por su carácter especializado que ha venido a cubrir un vacío existente en el sistema de protección**, como recurso previo al desamparo. Como

contrapartida, los profesionales consideran que se está vertiendo un exceso de responsabilidad en los ETF cuando la responsabilidad debe ser compartida.

9.5. Otro aspecto relacionado con la naturaleza preventiva del Programa tiene que ver con su **evaluabilidad y su capacidad de adaptación** a los cambios y necesidades familiares.

9.6. **Se ha cuestionado la validez de la memoria técnica como instrumento de evaluación del Programa**, desde el punto de vista de resultados y también como instrumento que aporte información permanente del Programa y de los recursos que emplea: las propuestas apuntan a que **el Programa debería aportar una información valiosa sobre cuál es verdaderamente la situación de riesgo de los menores y, sobre esa información, orientar las políticas de protección, retroalimentar el trabajo de los profesionales de todos los servicios y programas, marcar qué cambios son necesarios para marcar las nuevas líneas de trabajo, y, en definitiva, lograr una mejora efectiva de los procesos y los resultados**.

9.7. Al no contar con información relativa al **impacto económico** que supone el Programa en términos de coste-beneficio, una medición objetiva de su rentabilidad económica resulta inviable. La rentabilidad social, en cambio, se consigna como la diferencia resultante en la comparación global de los esfuerzos económicos, humanos, temporales y materiales puestos a disposición del Programa y los beneficios para la población usuaria, en primer término, y para toda la comunidad, en una perspectiva más amplia.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

Por lo que respecta a la evaluación del coste-beneficio, se concluye en que resulta imprescindible para contribuir a su transparencia como política pública. Corresponde a la DGIF y el resto de los agentes implicados reflexionar sobre qué datos y cómo se han de presentar.

En términos de **incremento de bienestar social**, los profesionales no dudan a la hora de valorar los beneficios que ha supuesto la puesta en marcha del Programa, como recurso especializado dirigido a las familias y a los menores, tanto por la reducción del número de retiradas y como por la contención de las situaciones de riesgo.

Sin embargo, los responsables institucionales deben realizar un esfuerzo por visibilizar el Programa y sus resultados no solo ante la población usuaria, sino también ante la sociedad en general para lograr una valoración social de su acción. Los planes de comunicación y acciones asociadas deben incorporarse a la evaluación del programa, como una información más que complementa la evaluación del impacto social.

Ver anexo 1. Plan de comunicación.

9.8. El **Manual del Programa** constituye una herramienta de referencia y de apoyo para la operatividad del Programa.

Del tratamiento de la información obtenida en la evaluación, se obtiene como primera conclusión que el manual aúna en un solo documento procedimientos operativos y criterios técnicos del programa.

Los indicadores previstos confirman la validez de los contenidos del documento, que sigue siendo un instrumento considerado como útil y de gran calidad. Los profesionales solicitan la revisión del texto. Esta

revisión debe entenderse como una labor periódica que la DGIF ha de realizar, como una actividad normalizada que viene demandada por el paso del tiempo y los cambios producidos en el propio Programa y su entorno.

En estos términos, la evaluación asume esa necesidad y recomienda la verificación periódica del mismo. Existen dos técnicas al respecto, que pueden utilizarse por separado o conjuntamente:

- El estudio y análisis de las propuestas realizadas por los profesionales, según lo previsto en el Programa en cuanto a acciones de mejora, a través de las propuestas realizadas en los sistemas de retroalimentación previstas –memorias anuales, comisiones, foros, evaluación, etc.–. La evaluación insiste en que se han de responder, positiva o negativamente, las propuestas para que la retroalimentación sea efectiva.
- Mediante consulta a especialistas y expertos en la materia, siguiendo una metodología similar a la que dio lugar a la redacción original.

Como propuesta de mejora, la evaluación recomienda separar las dos vertientes recogidas actualmente en el manual: procedimientos e indicaciones técnicas.

Los procesos afectan a la operativa del programa y cómo se han de desarrollar los procesos. Es fuente de indicadores contrastables entre los diferentes equipos, constituyéndose en fuente de indicadores de la evaluación del proceso y afecta al conjunto de actores presentes en el Programa.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

El procedimiento ha de incluir con carácter general al menos los siguientes apartados:

1. Objeto.
2. Alcance.
3. Asignación de responsabilidades.
4. Documentación de referencia.
5. Definiciones.
6. Términos operativos del procedimiento.
7. Registros.
8. Verificación de cumplimiento de objetivos (indicadores).
9. Acciones de retroalimentación (retroalimentación).

Indicativamente, se puede considerar la siguiente relación de procedimientos:

1. Control de documentación y registros del expediente.
2. Reuniones internas.
3. Incidencias y no conformidades.
4. Procedimiento de derivación al ETF.
5. Procedimiento de derivación desde el ETF.

6. Procedimiento de coordinación: solicitud de informes.
7. Procedimiento de coordinación: petición de recurso para familia.
8. Atención al usuario: confidencialidad de la información y mejoras obtenidas.
9. Sistema de mejora y retroalimentación.
10. Requerimientos legales.
11. Plan de Formación.
12. Plan de Comunicación.
13. Evaluación del Programa.

El manual operativo recopila los aspectos más relevantes relacionados con las gestiones operativas que cada miembro del ETF ha de desarrollar, al que se le uniría, en su caso, la guía de utilización del aplicativo de gestión de expedientes (extranet).

Los actuales protocolos y una parte sustancial del actual Manual aportan información de calidad que necesariamente ha de utilizarse como punto de partida para la elaboración de los procedimientos. Solo una vez deslindados los procedimientos de los aspectos técnicos será posible valorar si esta información es por sí sola suficiente para organizar el cuerpo operativo del Programa y sobre él, el futuro cuadro indicadores que de satisfacción a un nuevo modelo de evaluación, en líneas con otras recomendaciones realizadas.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

El manual técnico, se ocuparía de proporcionar instrumentos, bases metodológicas y modelos de intervención para los profesionales que trabajan en los PDF. En determinados momentos, habrá de dar respuesta técnica según la asignación competencial que el perfil de los profesionales demande.

A continuación se especifican las propuestas más frecuentes entre los profesionales. Se debe advertir que estas respuestas, al ser abiertas, no aportan un grado absoluto de fiabilidad estadísticas, pero sí son útiles desde el punto de vista cualitativo:

- **Respecto al tratamiento:**

- Mayor definición de las funciones del equipo multidisciplinar y los perfiles que lo integran con el objetivo de mejorar en el tratamiento.
- Mejora en la adecuación de los plazos temporales de las distintas fases: cumplimiento de los plazos y ampliación.
- Descripción, adecuación y actualización de las técnicas empleadas y criterios de utilización.

- **Respecto a la evaluación de casos:**

- Necesidad de actualización y especificación de los instrumentos utilizados para la evaluación de los casos –ver indicador evaluación inicial–. Además de los instrumentos incluidos en el manual, los profesionales proponen otras escalas, tests o inventarios para el diagnóstico inicial, entre los que destacan el Inventario MMPI-II (9,8%), la escala HOME (9,8%), la Escala de

Funcionamiento Familiar EFF (7,8%) y la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar CAF (7,8%). Con el mismo porcentaje (5,9%), encontramos la escala DAS (Escala de ajuste Diádico), MOSS (Escala de clima familiar), WAISS-R (Escala de inteligencia de Wechsler para adultos) y TAMAI (Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil).

- **Respecto a la definición y estandarización de instrumentos de coordinación entre agentes e instituciones:**

- Previsión de nuevos protocolos, revisión y actualización de los ya existentes y, mayor control sobre la observancia y cumplimiento de los protocolos de coordinación interinstitucional.

- **Respecto a los protocolos de derivación:**

- Los protocolos han de ser unificados para todos y actualizados.
- Necesidad de que los informes de SSSSCC y SPM sean más completos y específicos.
- Simplificación del protocolo de derivación al SPM: anexo 2Q (Protocolos de derivación del ETF al SPM).

- **Respecto a la documentación a elaborar por el ETF:**

- Necesidad de simplificar la documentación
- Actualización de los documentos y modelos de protocolos vigentes.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

- Base de datos que facilite la recogida de información y la elaboración de informes, memorias y demás documentación propia de sus funciones.
- Ampliación de los protocolos a otros agentes, como pueden ser los juzgados–.

9.9. Con respecto a la **Memoria técnica**, al principio del presente capítulo se exponen las conclusiones de la evaluación sobre la misma. ETF y CM han aportado un gran número de comentarios y propuestas al respecto, que se sintetizan en los siguientes bloques:

a) Sobre los **campos que ofrecen especial dificultad para su cumplimentación**:

- Objetivos conseguidos: El campo no es específico, lo que invita a la generalidad.
- Número de casos atendidos por subprograma: No se hace diferenciación de los casos por subprogramas.
- Número de casos que cambiaron de subprograma: Duplicidad en el sumatorio total. Además, no se cuantifican los casos que cambian de reunificación familiar a riesgo social.
- Tipología del maltrato/tipología combinada por subprogramas: permite muchas combinaciones posibles dificultando la contabilización de los casos. Dificultad en la catalogación de la tipología combinada.
- Miembro que ha provocado el maltrato/negligencia: No recoge todas las posibilidades. Los profesionales apuntan, además, que no siempre se conoce quién es responsable del maltrato.
- Sexo de los menores atendidos: Dificultad de cumplimentación al ser manual el conteo.
- Edad de los menores atendidos: No especifica cómo recoger el dato, si es referido al comienzo del convenio o al final.
- Factores asociados a la familia: habitualmente todas las familias tienen varios factores por lo que se contabilizan doblemente.
- Media edad parental: No tiene en cuenta diversas figuras parentales, y no se define el criterio de inclusión de los progenitores.
- Edad progenitores: No refleja la posibilidad de la tutorización por parte de los abuelos, lo que modifica la media. El cálculo es manual.

Además la edad se solapa en los tramos de 20-30, 30-40 y 40-50 años.
- Tamaño familia: dificultad en su cumplimentación, dado que existen familias reconstituidas, acogimientos de hecho, etc. Además presenta dificultad por los cambios producidos durante la intervención.
- Composición familiar: Falta de otras opciones (p.e. abuelos).

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

- Nivel educativo parental: Dificultad en la clasificación y limitación en los campos (no se contemplan todas las opciones)
- Situación laboral parental: Situaciones variables durante la intervención. No se contemplan todas las opciones (economía sumergida).
- Ingresos familiares: Desconocimiento de datos reales por parte del ETF. Se desconoce si hace referencia a los ingresos medios del periodo evaluado.
- Procedencia de los ingresos: No se contemplan todas las opciones. Se requiere añadir el ítem referente a la situación de economía sumergida.
- Características de la vivienda: No se contemplan todas las opciones.
- Resultados obtenidos objetivos finales por subprograma: las opciones que se incluyen pueden dar lugar a equívoco, de manera que es frecuente encontrarse en el sumatorio más familias de las totales atendidas.
- Situación menores atendidos por subprograma: no existen criterios para su cumplimentación: cada equipo evalúa de manera diferente.
- Razón de finalización del tratamiento por subprograma: Insuficientes opciones. No se pueden incluir comentarios.
- Duración del tratamiento: No calcula automáticamente el tiempo total, por lo que se requiere un cálculo manual.
- Recursos y actividades: Dificultad para calcular la media. Debería establecerse si es media anual o mensual. Es difícil precisar la dedicación temporal de cada profesional del equipo a los casos atendidos.
- Ocupación del equipo: El tiempo de los técnicos no puede estar estandarizado debido a la dinámica de trabajo. Subyace cierta incomodidad por tener que estar justificándose.
- Recursos externos utilizados: Especificar «otros» en función de lo aportado en memorias anteriores.
- Cumplimiento de los criterios de inclusión: Confluyen varias circunstancias y esta posibilidad de combinación no se contempla. A menudo los criterios no se ajustan a los perfiles reales de los casos.
- Antigüedad de los casos: No se dispone en ocasiones de esta información. Existencia de casos cronificados. La antigüedad debe estar perfectamente definida, conocer desde cuándo se comienza a contabilizar la antigüedad.
- Duración media de las fases de tratamiento: Difícil delimitación. Los equipos no pueden poner fechas concretas, por lo que ha de estar perfectamente definido cada período.

Programa de Tratamiento a Familias con Menores: Informe de evaluación. Conclusiones y propuestas 2008-2009

- Casos derivados a otras instituciones u organismos: Concretar el campo «Otros (especificar)» en función de datos memorias anteriores.
- b) **Campos que los profesionales consideran reiterativos y no resulta significativa su inclusión en la memoria anual.**
- Tipos de intervenciones realizadas: Reiteración año tras año. Son muchas y diferentes en cada familia. Los Equipos seleccionan las más significativas pero no se reflejan todas las intervenciones realizadas.
 - Descripción de la metodología: Reiteración año tras año. Lo que subyace en las respuestas de los ETF es que carece de sentido su inclusión.
 - Dificultades: Reiteración año tras año. Lo que subyace en las respuestas de los ETF es que carece de sentido su inclusión.
- c) **Confección de la memoria anual**
- Conteo manual de datos
 - El soporte informático es poco usable y ocasiona frecuentes errores.
 - Faltan criterios homogéneos para la interpretación de los campos y su cumplimentación, lo que resta fiabilidad a la información recopilada (ausencia de tutorial).
- d) **En cuanto a la utilidad:**
- Necesidad de un programa informático homogéneo que facilite la elaboración de los datos de la memoria o genere la información automáticamente.
 - Falta de retroalimentación sobre los resultados y propuestas.
 - Con el formato actual, los profesionales reconocen poca utilidad a la memoria técnica anual y le confieren más un carácter de justificación del Programa más que un instrumento de evaluación orientado a la mejora.