

RTS

Revista de Treball Social

número 206 - diciembre 2015

Atención integral social
y sanitaria:
elementos para la reflexión

Holistic health and social care:
elements for further reflection



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

Directora: Rosa M. Ferrer Valls

Subdirectora: Pepita Vergara Beltrán

Equipo de redacción: Carlos Alarcón Zwirnmann
Teresa Aragonès i Viñes
Rosa M. Carrasco Coria
Rosa Garriga Blasco
Josep M. Mesquida González

Soporte técnico: Laura Saula Tañá

Comité asesor: **Montserrat Bacardit i Busquet:** Trabajadora social. Directora RTS de 2006 a 2014. **Laura Caravaca Morilla:** Trabajadora social. Coordinadora responsable del Centro de día y SAD a la Fundació Privada President Torres Falguera, Llar Fundació. **Teresa Crespo i Julià:** Presidenta d'Entitats Catalanes d'Acció Social (ECAS). Presidenta del Consejo asesor de Políticas Sociales y familiares. **Montserrat Cusó Torelló:** Trabajadora social. Presidenta de Save the Children en Espanya. **Jose Fernández Barrera:** Trabajadora Social, licenciada en derecho y Dra. en sociología. Universidad de Barcelona. **Carme Fernández Ges:** Trabajadora social y licenciada en ciencias de la educación. Universidad Ramon Llull (Fundació Pere Tarrés). **Jose Antonio Langarita Adiego:** Trabajador social y Dr. en antropología social. Universidad de Girona. **Montserrat Mestres Anglà:** Trabajadora social y licenciada en antropología social. Jefe de Servicios de los Servicios Sociales, Sanidad y Programas en el Ayuntamiento de Manresa. **Xavier Pelegrí Viaña:** Trabajador social y Dr. en antropología. Universidad de Lleida. **Carmina Puig i Cruells:** Trabajadora social, psicóloga y Doctora en Antropología social. Universidad Rovira i Virgili (Tarragona). **Cristina Rimbau Andreu:** Trabajadora social. Experta en políticas sociales europeas. **Pepita Rodríguez i Molinet:** Trabajadora social. Referente del área de trabajo social de l'Institut Català de la Salut àmbit Barcelona. **Antoni Vilà Mancebo:** Licenciado en Derecho y Dr. en Pedagogía. Investigador de FIGOP-UAB. **Cristina Villalba Quesada:** Trabajadora social. Profesora Titular Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Pablo de Olavide (Sevilla). **Teresa Zamanillo Peral:** Trabajadora social y doctora en ciencias políticas y sociología. Catedrática jubilada de la facultad de Trabajo social de la Universidad Complutense de Madrid.

Diseño de las portadas: Jordina Tió

Diseño interior: Ester Lozano Vivó

Corrección de estilo y traducción: Raül Cascajo i Orzáez

Traducción y corrección inglés: Urgell Poch Planas

Imprenta y maquetación: I.G. Santa Eulàlia. Sta. Eulàlia de Ronçana

Depósito legal: B-19535/1968

ISSN: 0212-7210

ISSNe: 2339-6385

Tiraje: 600 ejemplares en edición impresa
Versión en línea consultable en www.tscat.cat

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
Portaferrissa 18, 1r 1a - 08002 Barcelona
Tel. 93 318 55 93 - Fax 93 412 24 08
Correo electrónico: rts@tscat.cat
Suscripciones: www.tscat.cat

Junta de Gobierno del Col·legi

Decana: Núria Carrera i Comes

Vicedecana 1ª: Marga García Canela

Secretario: Juan Manuel Rivera Puerto

Tesorera: Lucía Guerrero Ruiz

Vicesecretaria: Mercè Ginesta Rey

Vicedecana 2ª: Mª Pilar Martínez Bertholet

Vicedecana 3ª: Anna M. Galobardes Gelada

Vicedecana 4ª: Marta Frontiñán García

Vicedecana 5ª: Gemma Solanas Bacardit

Vicedecana 6ª: Glòria Martín Lleixa

Vocales: David Nadal Miquel

Arantza Rodríguez Juano

El equipo de redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

Sumario

■ Editorial	5
■ A fondo	
¿Es la salud un tema estrictamente sanitario? Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud <i>Joan Subirats y Antoni Vilà</i>	9
El buen vivir en común. Trabajo social en salud y servicios sociales <i>Teresa Zamanillo Peral</i>	23
La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores <i>Annamaria Campanini</i>	41
El modelo socio-sanitario en Euskadi: luces y sombras de la coordinación entre sistemas <i>Felix Arrieta y Emma Sobremonte</i>	51
Atención integrada. ¿Oportunidad, reto, necesidad? Transformando la atención a las personas <i>Esther Sarquella, Albert Ledesma, Carles Blay, Joan Carles Contel, Assumpció González y Lluís Vignera</i>	66
La experiencia del proyecto AQuAS en la evaluación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria <i>Vicky Serra, Carla Montané, Joan MV Pons y Mireia Espallargues</i>	82
La gestión de casos en el contexto socio-sanitario <i>Alicia Sarabia-Sánchez</i>	94
Atención integral centrada en la persona <i>Dolors Bascompte, Mercè Laborda y M^a Carme Sabater</i>	108
Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso: el modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú <i>Arantxa Rodríguez Juano</i>	114

■ **Otros temas de interés**

Migraciones internacionales femeninas y nuevas formas de organización del trabajo informal de cuidado

Esther Albesa Jové 127

La supervisión desde el trabajo social, un instrumento de pensamiento y reflexión para entidades familiares que gestionan servicios sociales

Cristina Pérez Cot 134

■ **Pósters universitarios**

Pósters universitarios 145

■ **Miscelánea**

El corazón

Pepita Vergara Beltrán 149

■ **Estante de libros**

Hull House: el valor de un centro social 153

Sabiduría emocional. Protocolo de Intervención Social mediante la Inteligencia Emocional (PISIEM) 157

■ **La Revista**

Publicaciones 163

Normas para la presentación de artículos en la *Revista de Treball Social* .. 164

Boletín de suscripción 167


Editorial

Cada número de la revista representa un reto para el equipo de redacción, con cada número reflexionamos, cuestionamos, aprendemos y conocemos a profesionales de gran valía. Dedicamos muchas horas al debate antes de decidir el contenido de cada revista. En el número que ahora os presentamos este proceso previo ha sido especialmente intenso, hablar de modelos de intervención integral entre el sistema de servicios sociales y el sistema de salud es un tema de absoluta actualidad, un tema especialmente controvertido que genera filias y fobias, esperanzas de renovación de la profesión y miedo a una pérdida de identidad y de espacio profesional, expectativas de mejora en la atención al usuario y desconfianzas en relación a la deriva de las políticas sociales y sanitarias. Es un tema apasionante... y posiblemente no suficientemente pensado desde dentro de nuestra casa, desde nuestra disciplina.

Hablar de modelos integrales de atención social y sanitaria es hablar de una manera de hacer trabajo social, de una propuesta de intervención profesional muy diferente a la que hasta ahora se desarrolla mayoritariamente desde los servicios sociales y desde el trabajo social sanitario, y que también interpela la manera de intervenir de los profesionales clínicos. Entran en juego valores éticos en relación a la atención a los usuarios de estos servicios, propuestas de reestructuración competencial de organismos públicos, temas presupuestarios y otros aspectos que, puede ser, escapan al día a día de los profesionales.

Por todas estas razones, no nos atrevimos a poner manos a la obra sin pedir el consejo y la colaboración de otros compañeros y compañeras expertos en los ámbitos de los servicios sociales y de los servicios sanitarios: Marta Bonilla, Melinda Jiménez, Montserrat Mestres, Diego del Pino, Arantza Rodríguez y Pepita Rodríguez. Todos ellos nos ayudaron a pensar cómo debía ser este número, y desde estas líneas queremos hacerles llegar nuestro agradecimiento por sus valiosas aportaciones.

Con la ilusión de contribuir al pensamiento crítico del trabajo social, presentamos estas páginas que recogen sabiduría, experiencia, evaluación, iniciativas y reivindicaciones de las personas usuarias de los dos sistemas. El debate está servido, disfrutadlo.




Each new number of this magazine means a challenge for the redaction team. Each number allows us to reflect, to question, to learn and to meet professionals of a great value. We spent many hours debating before deciding the content of each number. The one we present now has lived this previous process in an especially intense way. To talk about holistic care models that integrate health and social attention appears to be very modern. It is a topic that raises phobias and wishes of professional renovation, the fear to a loss of identity, expectations on a better patient care, and skepticism regarding social and health policies. It is a passionate topic and probably not well developed and thought from our discipline.

To talk about holistic care models that integrate health and social attention is to talk about a way of doing social work, a proposal of professional intervention very different from the current one developed until now in social services and health care services. It also questions the intervention of clinical professionals. There are ethical questions involved in the relation with the patient/user of these services, and proposals to restructure public services, and budgetary reasoning that might escape the professionals everyday's life.

For all these reasons we felt that we needed the advice and collaboration of other fellow experts in social services and health care services: Marta Bonilla, Melinda Jiménez, Montserrat Mestres, Dídac del Pino, Arantza Rodríguez and Pepita Rodríguez. All of them helped us think how the magazine should be and we want to thank them all for their valuable contributions.

We show these pages gathering wisdom, expertise, evaluation, initiatives and claims from patients/users of both social and health services aiming to contribute to critical thinking. The debate is served: enjoy it.



A fondo

¿Es la salud un tema estrictamente sanitario? Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud

El buen vivir en común. Trabajo social en salud y servicios sociales

La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores

El modelo socio-sanitario en Euskadi: luces y sombras de la coordinación entre sistemas

Atención integrada. ¿Oportunidad, reto, necesidad? Transformando la atención a las personas

La experiencia del proyecto AQuAS en la evaluación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria

La gestión de casos en el contexto socio-sanitario

Atención integral centrada en la persona

Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso: el modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú

¿Es la salud un tema estrictamente sanitario?

Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud

Is health a purely sanitary subject? Care, heal and social determinants of health.

Joan Subirats¹ y Antoni Vilà²

Resumen

Se trata de una contribución en torno a los conceptos y las relaciones de la salud y las políticas sociales en los últimos años. Para ello, en primer lugar, se presentan las aportaciones teóricas más relevantes sobre las necesidades, los satisfactores, los derechos sociales, la universalidad, las capacidades y autonomía, la calidad de vida, la libertad y la seguridad y la participación, así mismo se analizan los cambios conceptuales e institucionales (del enfoque de la enfermedad a la salud y de lo médico a lo social; los determinantes sociales de la salud) que han contribuido a un cambio de paradigma. A continuación se tratan las nuevas tendencias en políticas sociales, especialmente las relacionadas con la atención a las personas que precisan cuidados de larga duración y la perspectiva sociosanitaria. Finalmente, se expone la situación de la salud y la desigualdad en Cataluña y se presentan algunas experiencias.

Palabras clave: Salud, políticas sociales, servicios sociales, sociosanitario, condicionantes sociales de la salud.

Para citar el artículo: SUBIRATS, Joan y VILÀ, Antoni. ¿Es la salud un tema estrictamente sanitario? Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 8-22. ISSN 0212-7210.

¹ Catedrático de ciencia política e investigador del IGOP-UAB.. joan.subirats@uab.cat

² Investigador del IGOP-UAB.. antoni.vila@uab.cat

Abstract

This article is a contribution on the concepts and relation between health and recent social policies. Firstly, some concepts are explored, such as theoretical contributions about needs, satisfiers, social rights, universality, capacities and autonomy, quality of life, freedom and security, participation, as well as an analysis on conceptual and institutional changes that have contributed to a change of paradigm (from illness to health and from a medical perspective to a social perspective and the social determinants of health). Secondly, new tendencies in social policy are discussed, specially those related with patients requiring long-term care and the social and health care attention. Finally, some experiences are presented to show the current situation of inequality in Catalonia.

Key words: Health, social policies, social services, social and health care, social determinants of health.

Han crecido en los últimos tiempos la preocupación y las declaraciones sobre la necesidad de repensar el modelo sanitario catalán, favoreciendo el diálogo y las interrelaciones con el campo de las políticas sociales en sentido estricto. Desde el punto de vista teórico, como señalaremos a continuación, esto no es ninguna novedad. Lo que sí que lo es es que se quieran poner en práctica estos cambios en la elaboración e implementación de las políticas de salud y de las políticas sociales; unas políticas que desde hace treinta y cinco años han vivido en paralelo, y sin demasiadas articulaciones, salvo algunas y significativas excepciones que ya mencionaremos. Celebramos este cambio de perspectiva, y esperamos que no solo se trate de un movimiento táctico fruto de las dificultades financieras del sector público, sino que se vea como una oportunidad para articular mejor el mundo del curar y el mundo del cuidar, hoy bastante distanciados y, por qué no decirlo, muy diferentemente financiados. En esta aportación queremos sim-

■ **Esperamos que no solo se trate de un movimiento táctico fruto de las dificultades financieras del sector público, sino que se vea como una oportunidad para articular mejor el mundo del curar y el mundo del cuidar.**

plemente dar argumentos teóricos al respecto, recoger algunas experiencias que nos parecen indicativas de hacia dónde ir, y mostrar cómo lo que llamamos “la perspectiva sociosanitaria” tiene camino por delante. No pretendemos decir que será fácil. Queremos decir que hay que hacerlo y que hay que evitar miradas jerárquicas o de superioridad de unos espacios y de unos profesionales sobre los otros. Trabajar en red significa acep-

■ **Hay que evitar miradas jerárquicas o de superioridad de unos espacios y de unos profesionales sobre los otros.**

tar las interdependencias, evitar las “derivadas” y no caer en lógicas de mando de unos sobre otros.

1. Un vistazo a la salud como necesidad básica y universal, las maneras de satisfacerla y el enfoque de las capacidades

En los últimos años se han hecho un conjunto de aportaciones que han ido configurando un nuevo paradigma que hay que tener en cuenta para repensar las políticas en el ámbito de la salud y de los servicios sociales.

En primer lugar, si comenzamos por analizar las diferentes aportaciones a la noción de necesidades humanas hechas desde diferentes disciplinas³ veremos que entre los aspectos más debatidos se encuentran el concepto de necesidades básicas y la determinación del carácter universal o relativo de todas o algunas de ellas. En las necesidades básicas se incluyen normalmente las fisiológicas, de subsistencia o de supervivencia; sin embargo, algunos autores, como GOUGH y DOYAL (1994), piensan que una de las necesidades básicas es la salud física, conjuntamente con la autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, formular propósitos y estrategias, e intentar ponerse en acción, considerando que para ello se requiere, entre otros, capacidad psicológica para formular opciones (salud mental). Esta propuesta añade la autonomía crítica como nivel más elevado de auto-

mía que permite participar en la aceptación o cambio de lo que se entiende como correcto o aceptable. Según esta concepción, pues, la salud y la autonomía configuran el núcleo central de las necesidades básicas.

En cuanto al carácter de las necesidades básicas, la mayoría de autores⁴ se decantan por la universalidad ya que creen que éstas no pueden depender del espacio cultural en el que se viva, del momento histórico o social y menos de los deseos y preferencias personales. Este carácter universalista es clave para poder objetivar estas situaciones humanas y poder reconocer el derecho a su satisfacción. En cambio lo que sí puede variar es la manera o medios de satisfacer las necesidades básicas. Por tanto, una diferenciación importante a tener en cuenta es entre necesidad y satisfactor.

Podemos definir los satisfactores como todo aquello (objetos, actividades, relaciones, etc.) que contribuye a la realización de necesidades humanas. En este sentido, cabe destacar que no hay una correspondencia exacta necesidad-satisfactor, ya que un mismo satisfactor puede incidir en diferentes necesidades y varios satisfactores pueden referirse a una misma necesidad.

MAX-NEEF (1998) considera que los satisfactores son los que definen la modalidad dominante que una cultura o una sociedad imprimen a las necesidades. Señala que pueden incluir, entre otros: formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y

³ Son muchos los autores que han tratado sobre la noción de necesidades humanas desde diferentes disciplinas y con objetivos diversos, como K. MARX, J. M. KEYNES, B. MALINOWSKI, A. MASLOW, A. SEN, NUSSBAUM, P. H. CHOMBART DE LAUWE, I. ILLICH, J. BAUDRILLARD, MAX-NEEF o DOYAL y GOUGH.

⁴ A. SEN, M. NUSSBAUM, MAX-NEEF, DOYAL y GOUGH.

normas, espacios, contactos, comportamientos y actitudes. Para este autor la inclusión de los satisfactores rompe la disciplina mecanicista imperante (necesidades-demanda-bienes) e implica una reivindicación de lo que es propiamente subjetivo. Considera que las necesidades deben comprometerse, motivar y movilizar a las personas y sus capacidades, que son una potencialidad y que pueden llegar a tener efectos diferentes según el contexto y los medios (MAX-NEEF, M., 1998). Estos argumentos ponen en cuestión, por ejemplo, las actuales carteras de servicios rígidas y reactivas y propugnan la necesidad de diseñar servicios y actuaciones flexibles y personalizados, con una participación proactiva de las personas, como sería el caso del paciente experto.

Desde el punto de vista jurídico, la cobertura de las necesidades básicas debería ser, en una sociedad que quiera ser justa y que pretenda procurar un mínimo bienestar a los ciudadanos, uno de los objetivos principales de las políticas sociales y el fundamento de los derechos sociales (MARTÍNEZ DE PISÓN, J., 1998). Sin el derecho social a la cobertura de las necesidades básicas, como la salud, difícilmente se podrán ejercer los derechos y libertades civiles y políticos.

■ Sin el derecho social a la cobertura de las necesidades básicas, como la salud, difícilmente se podrán ejercer los derechos y libertades civiles y políticos.

Lo que se ha expuesto nos acerca al modelo de atención centrada en la persona⁵ (RODRÍGUEZ, P. y VILÁ, A., 2014), que se basa en el enfoque de las capacidades, que concibe a la persona no como un simple receptor de prestaciones sino como un sujeto activo con capacidades. Amartya SEN (2010) reconoce que las personas tienen necesidades, pero considera que sería parcial contemplarlo solo desde este punto de vista, ya que hay que tener en cuenta también que las personas tienen valores y que atesoran habilidades para razonar, apreciar, elegir, participar y actuar (SEN, A., 2010: 280). Este autor entiende las capacidades como el conjunto de oportunidades para elegir y actuar, es decir, la capacidad de una persona para hacer cosas que tenga razón para valorar, desde la libertad para determinar lo que desea, que valora y que elige. Asimismo, considera que las capacidades dependen de elementos propios de la persona (p. e. madurez para elegir) y de otros relativos a la estructura social (p. e. opciones reales de poder elegir).

Al tratar este concepto NUSSBAUM (2012) considera que las capacidades son una aproximación a la evaluación de la calidad de vida, que se puede entender como un conjunto de oportunidades para elegir y actuar. En concreto, los rasgos esenciales de las tesis de NUSSBAUM son: a) concepción de cada persona como un fin en sí mismo; b) centrado en la elección o en la libertad (autodefinición de las personas); c) pluralidad en cuanto a valores; d) preocupación

⁵ Pilar Rodríguez define la atención integral y centrada en la persona como la que “promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación activa” (RODRÍGUEZ, P., 2014: 120).

por la injusticia y las desigualdades sociales (discriminación y marginación); e) asignación de una tarea urgente en las políticas públicas, consistente en mejorar la calidad de vida de todas las personas definida por las capacidades de éstas.

La capacidad implica libertad de elección, por ello se considera que los objetivos políticos deben dirigirse a las capacidades y no a los funcionamientos, por ejemplo, promover las capacidades en materia de vida saludable, no la promoción genérica de la vida saludable. No obstante, esta postura es criticada por otros autores que utilizan igualmente el enfoque de las capacidades, ya que piensan que al menos en determinadas áreas, como la salud, el Estado está legitimado para imponer formas de funcionamiento (por ejemplo obligar a adoptar estilos de vida sanos). Otra cuestión diferente a tener en cuenta es el caso de los niños, a los que se les pueden exigir ciertas formas de funcionamiento (p. e. educación obligatoria), y también es singular la situación de las personas con las capacidades modificadas judicialmente⁶ que tienen derecho a las adaptaciones y apoyos necesarios para manifestar su voluntad, preferencias y deseos.

NUSSBAUM (2012) se refiere también a un punto de fricción: la tensión o los conflictos entre la libertad y la seguridad, que tan a menudo se dan en los ámbitos de la salud y los servicios sociales. Esta autora opta claramente por la libertad, ya que ante la cuestión sobre qué ámbitos de la libertad se podrían suprimir en favor de la seguridad, responde que solo sería justificable en casos

graves, cuando la violación de la libertad fuera necesaria para garantizar la dignidad humana, considerando que los otros supuestos se podrían decidir a través del proceso y debate político. Parece, por tanto, necesario que la regulación de la aplicación práctica de estos problemas sea bien medida y se plantee atendiendo a las diferentes situaciones concretas, evitando la tendencia de la normativa actual que prima la seguridad en detrimento de la libertad.

La democracia y la participación constituyen otro elemento clave de esta propuesta, y por ello SEN (2010) se refiere a la necesidad del razonamiento público para hacer una evaluación crítica, mediante la discusión pública y el razonamiento público interactivo. De esta manera considera que las valoraciones serían más sólidas si se hacen a partir de la consistencia de los argumentos aportados, más que del número de personas que apoyen. Este aspecto seguramente hoy es más conveniente que nunca, dado que se viven tiempos de gran incertidumbre propios de un cambio de época, en la que el gran objetivo de la democracia, como se ha dicho, debería ser construir un mundo capaz de incorporar a todos (SUBIRATS, J., 2011).

2. Cambios conceptuales e institucionales: de la enfermedad a la salud y del enfoque médico al social

Del abordaje centrado en la enfermedad hacia un concepto amplio de salud

El preámbulo del documento constitutivo de la Organización Mundial de la Salud

⁶ Nueva terminología empleada en la legislación española (Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria) para referirse a las personas incapacitadas, en un intento de adaptación a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (art. 12).

(OMS, 1946) define la salud como “un estado de completo bienestar físico y mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Así, este concepto tiene en cuenta las tres dimensiones de la persona: la física, la mental y la social. También se debe mencionar la definición que se presentó en el X Congreso de médicos y biólogos de lengua catalana, celebrado en Perpignan en 1976: “La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa”.⁷ En esta definición amplia también es perceptible la importancia social a partir de la dimensión solidaria que le otorga a la salud (VV.AA., 1977).

En cuanto a la práctica de las políticas de salud, interesa referirnos al célebre Informe Lalonde,⁸ elaborado en Canadá en 1974. Este documento de referencia hace una crítica al concepto biomédico imperante y constata que la mayoría de enfermedades no están relacionadas simplemente con los factores biológicos o agentes infecciosos, sino que tienen una base u origen socioeconómico. Establece una clasificación de los determinantes de salud (estilos de vida, medio ambiente, sistema de asistencia sanitaria y biología humana) y pone de relieve la falta de relación entre el dinero público invertido y los determinantes de la salud.⁹ Las constelaciones que hacía este informe, desgraciadamente, después de más de 40 años son plenamente vigentes:

- El desafío para las políticas de salud es cambiar el modelo basado en la curación de las enfermedades hacia otro basado en la promoción de la salud.
- Entre los retos destacan la reducción de las desigualdades, el incremento del esfuerzo preventivo y la capacitación de las personas para encarar y gestionar de manera autónoma los procesos que limitan el bienestar.

De las clasificaciones de las enfermedades a los componentes de salud

Las Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) suponen un nuevo paso adelante, al pasar de una clasificación de las enfermedades (CIDDM, 1980) hacia otra centrada en los componentes de salud. En la dialéctica entre el modelo médico y el modelo social, las CIF se sitúan en una posición intermedia que intenta la integración de los dos modelos, mediante un enfoque bio-psico-social. Pretenden, pues, conseguir una síntesis y proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde la perspectiva biológica, individual y social.

El gran cambio es, por tanto, que ahora se concibe el funcionamiento y la discapacidad¹⁰ de una persona con una interacción

⁷ Elaborado por la ponencia coordinada por el Dr. Jordi Gol i Gurina. El Dr. Gol consideraba que “el trabajo del médico es poner su conocimiento a disposición de la persona enferma para que ésta pudiera tomar sus decisiones”. O. Ramins, *En recuerdo del Dr. Jordi Gol*, en e-criterium. Disponible en: <https://ecriterium.wordpress.com/tag/congreso-de-perpignan/>

⁸ A new perspective on the health of Canadians: <http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf>

⁹ Comparación del porcentaje de importancia de los factores de salud y los recursos destinados a) estilos de vida 43% y 1,5%; b) biología humana: 27% y 7,9%; c) medio ambiente: 19% y 1,6%; d) sistema de salud: 11% y 90%.

¹⁰ En este marco conceptual hay que tener en cuenta que las CIF tienen una aplicación universal y no solo para las personas con discapacidades, y que comprenden los aspectos relacionados con la salud y algunos componentes del bienestar relevantes para la salud.

dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales, que se convierten en un componente esencial de la clasificación.

3. Determinantes sociales de la salud y las inequidades sanitarias

El reconocimiento de la importancia de los aspectos sociales en la salud y la incidencia que tienen en la generación de inequidades sanitarias hizo que la OMS focalizara los estudios y actuaciones en estas cuestiones. Este organismo internacional define los determinantes sociales de la salud¹¹ como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a escala mundial, nacional y local, que asimismo dependen de las políticas adoptadas. Consideran que los determinantes sociales de la salud pueden explicar la mayoría de las inequidades sanitarias.

Para estudiar esta cuestión la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que presentó un informe final en el año 2008 que propone un Programa para la Equidad Sanitaria¹² que, después de poner de relieve como la esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se ha nacido, señala de forma contundente que “en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente: cuanto más baja la situación socio-económica, peor es el estado de salud”.

■ Cuanto más baja la situación socio-económica, peor es el estado de salud.

El modelo que propone la CDSS es el fortalecimiento de la equidad en salud a partir de tres grandes líneas de actuación:

- a) Mejorar las condiciones de vida cotidiana: entornos salubres; empleo y trabajo digno; protección social a lo largo de vida; atención a la salud universal.
- b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: equidad sanitaria; régimen impositivo progresivo; incluir en las cuentas nacionales la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el voluntariado; liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y el control de artículos que dañan la salud; representación de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones; etc.
- c) Medición y análisis del problema: el sistema de datos básicos (registros, programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de salud; mecanismos que aseguren que los datos pueden ser utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas eficaces); sensibilización e información en materia de determinantes sociales de salud.

¹¹ http://www.who.int/social_determinants/es/

¹² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

4. Nuevas tendencias de las políticas de salud. La perspectiva socio-sanitaria

En una reflexión sobre la salud pública y las políticas de salud, Andreu SEGURA (2000) considera que es necesaria una visión global de la salud como eje vertebrador de las políticas sanitarias, que actualmente se centran básicamente en los aspectos organizativos y poco en el impacto en la salud de las personas y las comunidades o en el contenido de lo que deberían ser las intervenciones sanitarias. Para el análisis de las políticas de salud deben considerar las tres grandes ramas que se corresponden con las actividades sanitarias: a) promoción de la salud, como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren; b) protección de la salud, que se concreta en actividades que se dirigen básicamente a la prevención para evitar que surjan enfermedades; c) la restauración de la salud, que son las políticas que tienen como objetivo la curación, el cuidado y la rehabilitación de enfermos.

Las políticas actuales se caracterizan, según este mismo autor, fundamentalmente por el incremento constante y desproporcionado de los servicios, intervenciones y productos en detrimento de otras actuaciones de carácter socioeconómico (estilos de vida o medio ambiente) mucho más eficientes en términos de salud. Otro factor que incide en las políticas sanitarias actuales es el envejecimiento de la población, que genera un incremento importante de la demanda de servicios sanitarios que difícilmente se puede financiar en

los marcos actuales, especialmente a partir de la crisis que produce una reducción de la población activa que cotiza. Y finalmente un último factor es el incremento preocupante de la yatrogenia que provocan los propios servicios sanitarios y la incapacidad de comprender y reaccionar adecuadamente ante los riesgos que suponen los factores socioeconómicos y ambientales para la salud.

A partir de la crisis, se observan en Europa cambios en las políticas, que en el ámbito de los cuidados de larga duración¹³ buscan fórmulas de gobernanza basadas en la cooperación y la coordinación de la protección y la inclusión social, para asegurar la sostenibilidad del sistema de pensiones, del sistema sanitario y de la atención a las situaciones de dependencia. En lo que se refiere a las políticas sociales, se observa una tendencia inquietante hacia la permanencia y refuerzo de la familia (refamiliarización) y de la mujer en las funciones de cuidado (refeminización) y el adelanto de los servicios mercantiles como prestadores de servicios (remercantilización) y de los seguros complementarios. No obstante se aprecia, asimismo, el mantenimiento de Tercer Sec-

■ **Se observa una tendencia inquietante hacia la permanencia y refuerzo de la familia (refamiliarización) y de la mujer en las funciones de cuidado (refeminización) y el adelanto de los servicios mercantiles como prestadores de servicios (remercantilización) y de los seguros complementarios.**

¹³ Con esta denominación europea se incluyen la cronicidad, la dependencia y la discapacidad.

tor como prestador de servicios y se consolida como defensor de los derechos de las personas más vulnerables (solidaridad) (RODRÍGUEZ CABRERO, G., 2014).

Es necesario, pues, optimizar los recursos de servicios sociales y de sanidad para generar sinergias y ahorros que permitan hacer sostenible el sistema ante las previsiones de incremento de las personas que precisan curas de larga duración y el aumento de la complejidad de las atenciones. Por eso, desde hace unos años, uno de los nuevos ejes de las políticas se centra en el diseño de un espacio socio-sanitario. Este planteamiento debe ser territorial, ya que requiere la colaboración de las personas, sus familias, y de todos los agentes profesionales y comunitarios.

Sobre la coordinación o la integración (funcional o institucional) de la sanidad y los servicios sociales se considera que se deberían resolver a partir de criterios prácticos basados en la complejidad y la intensidad de la atención (LEUTZ, 1999; HERRERA *et al.*, 2014). Los sistemas actuales, según el tipo de liderazgo se pueden clasificar en: los que lidera sanidad en coordinación con los servicios sociales (País Vasco, 2012), los liderados por servicios sociales en coordinación con sanidad (LAPAD, 2006), y los de integración de servicios (autoridades de integración territoriales de Escocia) (CANALS, R. y VILÀ, A., 2014). Como elementos comunes de éxito del proceso de coordinación/integración socio-sanitaria se ha propuesto el decálogo siguiente: (1) visión compartida; (2) cultura de colaboración; (3) liderazgo y gobernanza; (4) énfasis en lo local (enfoque territorial); (5) estructuras de coordinación

y comunicación; (6) rediseño de los servicios y prestaciones; (7) hoja de ruta de transformación gradual (administrativa, organizativa y financiera); (8) conexión de sistemas de información y tarjeta única socio-sanitaria; (9) evaluación integrada; (10) difusión de los resultados (HERRERA *et al.*, 2014, p. 163).

5. Aspectos sociales de la salud en Cataluña

La realidad catalana no difiere demasiado de la expuesta a nivel general, los datos nos muestran el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y de las situaciones de dependencia que generan (el 70% del gasto sanitario está relacionado con las enfermedades crónicas) y la incidencia de las desigualdades en la salud. Desde nuestro país también ya hace tiempo que se estudian estos temas y se observan experiencias dirigidas a afrontar los nuevos retos, algunas de las cuales se señalan a continuación.

5.1. Salud y desigualdad en Cataluña

La encuesta de Salud de Cataluña correspondiente al año 2014 (ENCA2014)¹⁴ muestra algunos indicadores que señalan las diferencias en el estado de salud de la población, debidas a los niveles de renta, la clase social o el nivel de estudios. Por ejemplo, el consumo de riesgo de alcohol o de tabaco es menor entre los grupos sociales más acomodados, o la práctica periódica de mamografías es más elevada entre las mujeres de clases más acomodadas y entre mujeres con estudios universitarios. En cambio la valoración

¹⁴Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resum_executiu.pdf

del estado de salud es peor entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y entre las personas con estudios primarios o sin estudios; también afecta a las clases más desfavorecidas la calidad de vida en relación a la salud, el sobrepeso o el número de personas que padecen alguna enfermedad o problema de salud; asimismo afecta más a este colectivo el riesgo de sufrir un trastorno mental o de encontrarse en una situación de falta de autonomía o de dependencia.

Hay otro elemento de desigualdad que está relacionado con el género. Las mujeres valoran peor el estado de salud y el porcentaje de mujeres es superior entre las personas que tienen enfermedades o problemas de salud, tienen mayor riesgo de trastorno mental y son más las que sufren falta de autonomía y situaciones de dependencia.

El incremento de la pobreza asociado a la crisis económica ha incrementado los colectivos en riesgo de desigualdad —especialmente grave es el caso de la infancia—, como ponen de relieve diferentes estudios (FERNÁNDEZ-VELILLA, E., 2014a; BLANCO, I. *et al.*, 2014). Esta situación ha dificultado el acceso a la asistencia sanitaria de las personas que dependían del sistema público (personas sin doble cobertura a través de mutuas; solo están afiliados el 10% de las clases bajas), que han tenido que sufrir más el fuerte incremento de las listas de espera quirúrgicas, generadas por la reducción de la actividad impuesta por los gobernantes. También se ha puesto de relieve cómo, en momentos de grandes necesidades, las medidas estatales iban en dirección contraria: reduc-

ción de las listas de medicamentos y servicios de la cobertura pública, aumento de los copagos y exclusión del derecho a la salud de determinados colectivos de población.

5.2. La evaluación de algunas experiencias

Para completar esta panorámica se hace referencia a algunas experiencias realizadas en Cataluña. En cuanto a la construcción del espacio socio-sanitario podemos fijar la fecha de partida en el año 1986, cuando la Generalitat creó el “Programa Vida a los Años de atención socio-sanitaria a personas mayores con larga enfermedad”, que pretendía planificar y coordinar las acciones de sanidad y servicios sociales para la atención de las personas que necesitaban “un tratamiento médico prolongado integrado con la prestación de servicios sociales específicos para la vejez”. Más tarde se creó la Red de Servicios Sociosanitarios de Utilización Pública (1999), que se ubicó formal y conceptualmente en el sistema sanitario. Entre los servicios socio-sanitarios creados, debe hacerse una referencia específica a los PADES (Programa de atención domiciliario equipo de apoyo), ya que son un modelo de éxito, bien valorado por la ciudadanía. Se trata de equipos especializados integrados por personal médico, de enfermería y de trabajo social que dan soporte a la atención primaria y comunitaria. Su trabajo se centra en la atención a personas en situación de enfermedad crónica compleja que viven en su hogar.¹⁵

Otra aportación interesante es la evaluación de 9 experiencias territoriales (ayunta-

¹⁵ Ver datos sobre las actividades en El observatorio del Sistema de Salud en Cataluña. Central de resultados. Ámbito socio-sanitario. Julio de 2013. Disponible en: <http://transparencia.csi.cat/media/documents/4f7b2759-dd24-4a1e-a528-c18568883b1c.pdf>

mientos y consejos comarcales) dirigidas a buscar fórmulas de colaboración entre la salud y los servicios sociales. Este estudio (SERRA-SUTTON *et al.*, 2015)¹⁶ se ha realizado por encargo de los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia y han colaborado profesionales de ambos sistemas. Los resultados de esta evaluación ponen de relieve la heterogeneidad de las experiencias y el carácter reciente y sin consolidar de muchas de ellas, excepto Sabadell, la Garrotxa y Reus. La mayoría de las iniciativas se dirigen a toda la población con necesidades de salud y sociales, solo dos se focalizan a la cronicidad. Los profesionales consideran que el modelo colaborativo va más allá de la coordinación y de la atención integrada, ya que consideran que implica además trabajo en equipo y sobre todo pasar de la informalidad a la formalidad de los procesos y de la organización y atención social y sanitaria, considerando que esta forma de trabajo tiene beneficios para los profesionales a la hora de tomar decisiones, ya que supone una mayor agilidad y eficacia de los procesos, y también por los usuarios al fomentar el bienestar y el empoderamiento. Sin embargo, señalan como obstáculos importantes la resistencia de los profesionales a los cambios que permitirían poner al usuario en el centro de la atención/organización, con una visión y atención integrada, y las resistencias de las instituciones y los proveedores que tienen objetivos propios y sistemas de información no compartidos.

En cuanto a la evaluación del impacto de proyectos urbanos, es notable el estudio sobre los efectos de la Ley de barrios¹⁷ (2004-2011) sobre la salud pública, que pone de relieve la importancia del entorno físico y social. Este plan permitió elaborar y ejecutar proyectos de renovación urbana en barrios desfavorecidos, mediante mejoras físicas, sociales y económicas. Estas actuaciones fueron estudiadas por la epidemióloga social ROSHANAK MEHDIPANAH (2014) con el objetivo principal de identificar y evaluar los impactos de las políticas estructurales en las desigualdades sociales en salud a nivel local. Por ello, se estudiaron las intervenciones en Santa Caterina y Sant Pere y Roquetes (2004), Poble-sec (2005), y Torre Baró-Ciutat Meridiana y Trinitat Vella (2006). Las conclusiones obtenidas remarcan los efectos positivos de la aplicación de dicha Ley para la salud de los ciudadanos residentes, ya que experimentaron mejoras significativas, especialmente los grupos sociales más desfavorecidos y también las mujeres en el ámbito de la salud mental.

Otro proyecto de carácter comunitario es Radars,¹⁸ que se desarrolla desde servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona y que tiene como objetivo ayudar y facilitar que las personas mayores que viven o se sienten solas puedan continuar viviendo en su hogar con la solidaridad y apoyo de su entorno (vecinos, amigos, comerciantes, voluntarios, profesionales de los establecimientos del barrio). Hay que recordar que

¹⁶ El trabajo se titula *Anvaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Los modelos analizados son: Alt Penedès, Gironès, Garrotxa, Lleida ciutat, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana y Vilanova i la Geltrú.

¹⁷ Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen d'atenció especial.

¹⁸ http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/menuitem.931633495bcd6167b4f7b4f7a2ef8a0c/?vgnextoid=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&vgnnextchannel=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=ca_ES

la soledad es uno de los problemas más preocupantes de nuestro tiempo, que puede llegar a tener consecuencias graves para la salud, y que el 40% de las personas que viven solas son jubilados o pensionistas.¹⁹ Radars es una red comunitaria de detección (de los cambios en la rutina diaria de las personas mayores, en su comportamiento o en su aspecto) y de seguridad que permite mejorar su bienestar social y la salud, mediante la implicación del barrio.

Finalmente, cabe mencionar una investigación que se está desarrollando sobre la acción comunitaria en salud en Barcelona.²⁰ Este proyecto tiene como objetivo analizar la acción comunitaria y evaluar su impacto sobre la salud de la población en barrios de bajo nivel socioeconómico de la ciudad. Actualmente, esta investigación ha elaborado un glosario, un análisis de la trayectoria de la acción comunitaria en la ciudad de Barcelona y un índice de su desarrollo; asimismo, ha construido un mapa del desarrollo de las acciones de salud comunitaria en los diferentes barrios.²¹ Se avanza así en la generación de un conocimiento significativo sobre la relación de la acción comunitaria y la salud.

6. Conclusiones

Hemos visto los diferentes componentes que implica una mirada que vaya más allá de lo estrictamente sanitario y busque relacionar estrechamente salud y entorno social. No solo para mejorar el diagnóstico y la capacidad de encontrar respuestas ade-

cuadas a las carencias en salud de las personas, sino también como perspectiva que permita encarar un futuro muy incierto en relación al modelo “sanitarista”, tecnológico y hospitalario que hemos ido construyendo en los últimos treinta y cinco años. Muchos de los indicadores apuntan, como ya adelantábamos en la introducción, a que aumentará muy notablemente el grueso de personas de edad avanzada, que si bien representa un avance indudable en la perspectiva vital y humana, incorpora muchos interrogantes sobre en qué condiciones personales, familiares, sociales e institucionales tendrán lugar estos cambios. Sin embargo, parece evidente que el aumento imparable de los costes de la política sanitaria en sus condiciones actuales exige repensar procesos y dinámicas.

La perspectiva aquí apuntada es al mismo tiempo ambiciosa, ya que incorpora una mirada muy amplia sobre el concepto de salud, pero quiere ser también cuidadosa en relación a estos retos, ya que se parte de la hipótesis de que la prevención, el cuidado y la atención a las personas y el respeto a mantener sus espacios y entorno vital no solo no encarecen los costes de una sanidad pública que es irrenunciable, sino que favorecen su resiliencia y continuidad.

Es necesario, pues, fortalecer los lazos entre el mundo y los profesionales de sanidad y el mundo y los profesionales de las políticas sociales, ya que de este trabajo en red nos beneficiaremos todos. Hay que aceptar de una vez que tan importante es curar como cuidar.

¹⁹ J. DIEZ y M. MORENOS. *La soledad en España*. Madrid: Fundación AXA y Fundación ONCE. Disponible en: <https://www.axa.es/documents/1119421/2495806/RESUMEN+EJECUTIVO-Soledad-Espa%C3%B1a.pdf/6f84956e-4485-4373-8776-dac1bf48fe43>

²⁰ VV.AA. *Barcelona: acció comunitària en salut*. Barcelona: IGOP, ASPB, ICS, 2015.

²¹ <http://salutcomunitaria.com/2015/09/16/barcelona-accio-comunitaria-en-salut/>

Bibliografia

- BLANCO, I. *et al. Barris desfavorits davant la crisi: segregació urbana, innovació social i capacitat cívica*. Barcelona: IGOP, 2014. Informe ejecutivo disponible en: <https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espy=2&ie=UTF-8#q=BLANCO%2C+I.+et+al.+Barris+desfavorits+davant+la+crisi%3A+segregaci%C3%B3+urbana%2C+innovaci%C3%B3+social+i+capacitat+c%C3%ADvica.+Barcelona%3A+IGOP%2C+2014>.
- CANAL, R. y VILÀ, A. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un model centrat en les persones*. Barcelona: Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2015. Disponible en: http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf
- DOYAL, L. y GOUGH, I. *Teoría de las necesidades Humanas*. Barcelona: Icaria, 1994. ISBN 9788474262186
- FERNÁNDEZ-VELILLA, E. “Desigualtats en salut”, en *Informe Social 2013. Atur, pobresa i desigualtat a Catalunya*. Barcelona: Fundació Enric Campalans, 2014. Pág. 43-51. <http://www.fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/informes07maquetafinal.pdf>
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut. *Enquesta de Salut de Catalunya 2015*. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resum_executiu.pdf
- GROPPA, O. *Las necesidades humanas y su determinación. Los aportes de Doyal y Gough, Nussbaum y Max-Neef al estudio de la pobreza*. Buenos Aires: Universidad Católica de Argentina, 2004. Disponible en: <http://uca.edu.ar/uca/common/grupo32/files/Las-necesidades-Groppa-2004.pdf>
- HERRERA, E. et al. “Coordinación Sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada”, en RODRÍGUEZ, P. i VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014.
- LEUTZ, W. N. *Five lows for integrating Medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom*. Milbank Quarterly, 1999. Pág. 77-110. http://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf
- MARTÍNEZ DE PISÓN, J. *Políticas de bienestar. Un estudio sobre los derechos sociales*. Madrid: Editorial Tecnos, 1998. ISBN 9788430932818
- MAX-NEEF M. y col. *Desarrollo a escala humana*. Barcelona: Icaria Editorial, S.A., 1998. ISBN 84-7426-217-8
- MEHDIPANAH, R. *Urban Renewal and Health: The effects of the Neighbourhoods Law on the health and health inequalities in Barcelona*. 2014. Tesis doctoral disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/301438>
- NUSSBAUM, M. C. *Crear Capacidades*. Barcelona: Paidós, 2012. ISBN 978-84-493-0988-5
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. “Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia”, en RODRÍGUEZ, P. y VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014. Pág. 33-58. N.º de control: MAP20110020033
- RODRÍGUEZ, P. y VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014.
- SEGURA, A. “La salud pública y las políticas de salud”, en *Política y sociedad*, vol. 35 (2000). Pág. 55-64. ISSN 1130-8001
- SEN, A. *La idea de la justicia*. Madrid: Santillana Ediciones Generales, S.L., 2010. ISBN: 9788430606863
- SERRA-SUTTON, V. *et al. Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2015. http://aquas.gencat.cat/web/.content/mini-site/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aquas2015.pdf

¿Es la salud un tema estrictamente sanitario?

Bibliografía

- SUBIRATS, J. *Otra sociedad ¿otra política? De “no nos representan” a la democracia de lo común*. Barcelona: Icaria/Asaco, 2011. ISBN 978-84-9888-389-3
- VV.AA. “*Cap a un nou concepte de salut*”, a *Salut, sanitat i societat: per una resposta socialista a l'actual situació sanitària*. Barcelona: Col·lecció Alternativa, 7 x 7 edicions, 1977. ISBN 13: 9788485072071

El buen vivir en común. Trabajo social en salud y servicios sociales

Well-living in common. Social work in health and social services

Teresa Zamanillo Peral¹

Resumen

Este artículo trata de abrir un debate sobre las diferencias entre el trabajo social en salud y en los servicios sociales, así como de analizar los puntos en común. Las conclusiones están abiertas a la discusión libre; sin embargo, una hipótesis transita todas sus líneas: en el trabajo social general se encuentra la trama básica que puede dar lugar a distintas especializaciones del campo en el que se interviene.

Palabras clave: Ética del bien común, intervención comunitaria, reconstrucción del individuo, reforma de las instituciones.

Abstract

This article tries to open a debate about the differences between social work in health and in social services, and to analyze its common points. Conclusions are open to free discussion but a hypothesis lies at the basis: in general social work there are basic elements that can lead to different field specializations.

Key words: Ethics of the common good, community intervention, reconstruction of the individual, institutions reform.

Para citar el artículo: ZAMANILLO PERAL, Teresa. El buen vivir en común. Trabajo social en salud y servicios sociales. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 23-40. ISSN 0212-7210.

¹Catedrática jubilada de la escuela de la UCM. mtzpgcamino@gmail.com

El título de este artículo contiene algo intencionado, el recurso a Aristóteles para que el marco de la ética recorra estas páginas. Pero no es un marco que va a encerrar una obra acabada, algo cuadrulado. Más al contrario, mi propósito, aun siendo contradictorio con la idea del marco, es dejar que se deslicen por sus márgenes trazos de ideas que formen tramas que den sentido a un problema que parece existir en la intersección entre salud y servicios sociales. Trataré de lanzar redes para rastrear ideas posibles, esas que hicieron decir a Kurt Lewin “no hay mejor teoría que una buena práctica”. Intentaré, pues, descender al terreno de la “práctica”.

Para Aristóteles, todo arte y toda investigación es toda acción que en la libre elección tienden a algún bien. Así pues, el conocimiento del bien tiene un gran peso en nuestra vida, ya que se ha de saber cuál es el fin de la acción a la que tendemos. En las distintas acciones, artes y ciencias cada fin es distinto, dice Aristóteles. Por ello, distingue: “el fin de la medicina es la salud; el de la construcción naval, el navío; el de la estrategia, la victoria; el de la economía, la riqueza...”

Esto nos sitúa directamente en el fin de la disciplina del trabajo social. ¿Para qué estamos en la división social del trabajo? Aquello que dio contenido al Congreso de Zaragoza en 2009 “el sentido del trabajo social”, parece que sigue ahí, es una música constante de lo que ya advertía Salvador Giner en 1969 sobre los problemas de identidad del trabajo social. Solo por citar algunos más, Estruch y Güell en 1976 trataron el tema de la identidad profesional con un gran rigor analítico. Más tarde se repite con LLOVET y USIETO (1990). Entre los mu-

chos documentos que tengo de los seminarios que he realizado, este problema se repite. Y años más tarde dirigí una tesis sobre “La construcción de la identidad en Trabajo Social” a Maribel Martín Estalayo (2012) con conclusiones similares. Creo que ahora ha llegado definitivamente el momento de abandonar el discurso de lo que nos aqueja para centrarse en lo que hay que hacer.

■ Ha llegado definitivamente el momento de abandonar el discurso de lo que nos aqueja para centrarse en lo que hay que hacer.

El artículo contiene tres bloques divididos en: consideraciones generales sobre el trabajo social para, en lo que sigue, tratar el tema del trabajo social en salud y en servicios sociales. En el tercer apartado se emprende un análisis acerca de lo común a ambos campos de intervención: salud y servicios sociales, para terminar con unas conclusiones que, aún abiertas al debate libre y enriquecedor, plantean que la trama básica para intervenir en los dos campos se encuentra en el trabajo social como disciplina.

Consideraciones generales sobre el trabajo social

Es preciso detenerse en primer lugar en el problema que plantea la disciplina del trabajo social: la de la imposibilidad desde sus orígenes de concretar su fin a la manera que se puede hacer con otras. Pero la dificultad de precisarlo no nos puede dejar atrapados en la ambigüedad y olvidar así la noción principal de su pensamiento: el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden. Y la

disciplina de trabajo social tiende al bien. Intentaré de nuevo desgranar en qué consiste lo que llamamos trabajo social, algo no tan fácil porque la imprecisión que encierra nos obliga siempre a hacer un rodeo explicativo que no resulta siempre claro, al menos para los ciudadanos en general.

Es sabido que existen múltiples definiciones del trabajo social, todas, desde la etapa de la reconceptualización, referidas al cambio o transformación de las condiciones sociales en las que se ven envueltos los individuos. Pero algunas son tan magníficas y omnipotentes que arrojan una sombra de sospecha si se las compara con cualquier definición de otra disciplina. Si nos vamos como ejemplo a la pedagogía corresponde a la instrucción y formación en general. La referencia a los individuos, grupos o comunidades pedagógicas se amplía con los distintos enfoques y métodos pedagógicos que tratan desde el modelar conductas para adaptar a los sujetos a sujetarse a los dictámenes de la sociedad hasta ver en la pedagogía un proceso de emancipación como propone Freire. De ahí que el sentido del trabajo social puede variar desde una visión positivista hasta una visión emancipadora.

Hay algo de falacia en las distintas definiciones, fundamentalmente porque tratan de ser extensivas y no se han formalizado en distintas escuelas de pensamiento como se ha hecho en otras disciplinas. Asimismo, preguntarse por el sentido del trabajo social una vez y otra no nos va a llevar a respuestas operativas. Se hacen cambios lingüísticos

■ **Preguntarse por el sentido del trabajo social una vez y otra no nos va a llevar a respuestas operativas.**

sin dotarlos de análisis ni contenido de hacia dónde nos queremos dirigir, qué resultados queremos obtener de nuestra intervención. Son cambios de los conceptos básicos que se abandonan (la asistencia, la adaptación de los individuos, la ayuda, la autoayuda, el acompañamiento, etc.) por el sesgo ideológico que se presume que tienen. Pero ¿se puede abandonar el concepto de *asistencia*? ¿Qué pasaría si la medicina no hiciera asistencia?

En resumen, desde mi punto de vista la asistencia, la gestión, el acompañamiento, etcétera, es todo el proceso de la intervención social que se realiza en los diferentes ámbitos, bien sea en el jurídico, el de la salud o los servicios sociales, entre otros muchos más. Y es que la intervención social no se opone a la asistencia, y ésta a la ayuda o al asesoramiento, al acompañamiento, etcétera, entre otras de sus muchas funciones. No se puede resumir en una palabra lo que hacemos, nuestra identidad es muy polifacética. Mas... ¿qué es lo común a todos ellos? Una respuesta espontánea nos remite inmediatamente a que nos encontramos con los servicios públicos para establecer instituciones justas, esas que constituyen la estructura básica de la sociedad, cuestiones éticas a las que dedicaré un espacio propio.

■ **Nos encontramos con los servicios públicos para establecer instituciones justas, esas que constituyen la estructura básica de la sociedad.**

En este momento quiero citar a una amiga y colega mexicana, Nelia Tello, profesora de Trabajo Social de la UNAM, quien tras una conversación sobre estas cuestiones me envió la siguiente reflexión:

“...Como gremio tenemos problemas con el reconocimiento de lo social, aceptamos que trabajamos en lo social, pero nos es muy difícil acotarlo. Nos ubicamos en la estructura social, pero seguimos definiendo los problemas de trabajo social desde lo que Simmel denomina contenido de lo social, y olvidamos lo social en sí mismo, lo que lo forma, lo que lo constituye: la trama de lo social. Lo social en el mundo en el que vivimos está eclipsado por lo económico y lo político. Lo social suele identificarse con lo pueril, pero no se trata de un acto casual, aunque en apariencia lo sea, de allí la resistencia a abordarlo. Tampoco es retórica, más bien hay una estrategia política que vacía de contenido aquello que entreteje lo humano, la relación con el otro. El sujeto está desplazado, sus interacciones sociales se objetivizan solo desde el mercado, como consumidores de todo, incluidos los servicios. Lo social, como interacción, como generación de vínculos, de lazos, de aquello que une a unos con los otros, de aquello que genera solidaridad, cooperación, de aquello que integra, que suma, que también opone, cuestiona, violenta, margina, desintegra, no está en el centro de nuestro hacer. Nuestros campos de intervención los reconocemos como el de salud, el de educación, el penal, el ecológico... y nos decimos expertos en ellos y no en la ruptura de procesos sociales o relacionales de dominio y sumisión, de dependencia, de exclusión, de violencia, de desconfianza, o bien en el fortalecimiento o construcción de procesos sociales o relaciones en sentido opuesto que permita que en todos esos ámbitos transiten sujetos responsables histórica y socialmente de sí y de su entorno social. Es decir, frecuentemente en trabajo social abordamos los problemas, los contenidos, generados por lo social, pero dejamos de lado la trama social que los genera. Dinámica que nos lleva a pensar en problemas de aprendizaje en los alumnos, de ecología o de seguridad,

por ejemplo, en vez de en las relaciones y procesos sociales desiguales, inoportunos, pervertidos en torno a esos aprendizajes, a esa ecología, o a esa inseguridad. No tengo que decir, que al hacerlo así, el trabajo social coadyuva con la pedagogía, pero no hace trabajo social. O cuando preocupados por la inseguridad trabajamos en la capacitación de los policías en vez de centrarnos en la construcción relacional entre la autoridad, los policías y los ciudadanos. O en nuestro hacer en salud son los síntomas de la enfermedad el centro de nuestra intervención y dejamos de lado la desigualdad de la atención, de las oportunidades, acceso, codificación del enfermo, etc.; reportamos un número de clasificaciones socio económicas que hacemos y no construcción de dinámicas relacionales de apoyo de la familia, las instituciones y/o la sociedad toda” (3-XI-015).

Pero la incertidumbre sigue ahí, por eso, aunque no haya existido en la historia del trabajo social un pensamiento de tan amplia extensión cultural como el de Freud, en Mary Richmond podemos encontrar una “ecuación” para el trabajo social que hace necesario volver siempre sobre ella. La clasificación de los tipos de intervención profesional agrupados en las “comprensiones” y las “acciones” es la que nos va a proporcionar lo específico del trabajo social, a saber: se trata de comprender la individualidad de la persona, así como la comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social; simultáneamente se lleva a cabo la acción directa de la mentalidad del trabajador social sobre la de la persona, y la acción indirecta que se ejerce sobre el medio social. Esta etapa de estudio se realiza durante la intervención, de forma que supone un método precursor de la investigación-acción-participante

Así concebido el campo del trabajo social, la intervención social, o psicosocial, es todo, estudio y acción. La separación de ambos momentos pertenece a un pensamiento dicotómico que ha hecho mucho daño a la profesión, pues de esa forma de ver la realidad social se ha derivado una práctica alimentada por la práctica misma sin ninguna referencia teórica que dé apoyo explicativo a la acción. También un desdén por los clásicos habiéndose demonizado, por ejemplo, los términos de ajuste o reajuste, que hoy podemos conceptualizarlos con un significado de vínculo social. En esta línea, y con una clara intención de aportar la riqueza de su pensamiento, traigo el último artículo que hemos elaborado Alfonso Rodríguez y yo, cuyo título es *El pensamiento complejo de M. Richmond algo más que una ventana al pasado*.

En sus dos principales textos: *Caso social individual* y *Diagnóstico social* se puede observar una determinada concepción de la realidad, la perspectiva teórica, por medio de la cual se establecen los presupuestos en los que se fundamenta la acción. Su lectura supone, en buena medida, recrear el escenario para la elaboración de nuevas actitudes en el proceso de intervención, determinados estilos vinculares e instrumentos técnicos y metodológicos; todo lo cual hoy se mantiene vigente, pese a que los factores organizativos, profesionales y de la población hayan cambiado.

Pero en trabajo social sucede que ha imperado un modo de pensamiento dual o dicotómico según el cual el universo está dividido en partes contrapuestas. Este dualismo afecta al trabajo social en la formación de dos corrientes contrapuestas que han existido desde sus inicios: por un lado, el interés en la experiencia subjetiva del indivi-

duo y el descuido del medio ambiente y la reforma social; y por el otro, el acento en la necesidad de transformar el medio social. Esta disociación ha empobrecido la disciplina, habiendo dado lugar a dos mundos de lenguaje y de sentido, a nuestro hacer y nuestro ser, en ocasiones dicotómico y simplificador. Así, desde la primera perspectiva hoy se confunde o se identifica al trabajo social con una actividad de índole tecnocrática e instrumental, dedicada a solucionar los problemas individuales; y, por el contrario, a esta manera de concebir la profesión se enfrentan aquellos que abogan por el cambio social, segunda de las disyuntivas.

¿Qué implica dicha dicotomía? Por una parte, individualización del problema, culpabilización de la víctima, protocolos estandarizados que renuncian a un trabajo de relación y reflexión; y, por la otra, una segunda posición que pone el énfasis en el cambio social, abogando por políticas emancipadoras. Las más de las veces estas dos miradas defienden mundos separados. Cuando en realidad, por ejemplo, un trabajo de intervención familiar o grupal “terapéutico” (en el sentido que le da CANCRINI (1991) a este término de promover el cambio) no ha de implicar una “desidologización”, una ausencia de compromiso, una mirada en túnel al interior de la vida de las personas, una descontextualización del sufrimiento, de su identidad. Porque, desde nuestro punto de vista, la cuestión primordial es cómo conceptualizamos-abordamos la situación.

Siguiendo con la idea que estamos desarrollando en este apartado —la complejidad—, la noción de causalidad múltiple encuentra un espacio en las reflexiones de M. RICHMOND, cuando plantea la necesidad de

evitar la simplificación en el diagnóstico (Diagnóstico Social, pág. 417) y, por ende, en la intervención. Aun cuando es consciente de las dificultades que implica un análisis integral de las situaciones, advierte que es necesario seguir reflexionando, ya no tanto en recoger un material completo de fortalezas y debilidades, de innumerables variables, sino en la articulación y valoración de todo ello como un todo (*op. cit.*, pág. 406). Así, indica que “la acción recíproca de las causas y los efectos, tan característicos de los fenómenos sociales (*Caso social individual*, pág. 93) es imprescindible, mas... el intento de asimilación global de estos aspectos es un asunto complicado (...). Viudedad, abandono, ilegitimidad, no son más que hechos sociales aislados carentes de significado hasta que se conoce el contexto que los rodea en cada caso” (*Diagnóstico Social*, pág. 419). Por ello plantea la necesidad de trascender las variables, el sumatorio de las mismas (relatos individuales, familiares, etcétera), ya que la conexión de unos datos con otros es lo que les da significado. Porque sólo en su “conjunto indican la naturaleza de las dificultades sociales de un determinado cliente” (*op. cit.*, 2011, pág. 25).

Esta es la mirada fundamental de Mary Richmond, que inauguró algo que nunca se ha abandonado: que el trabajo social se ocupa del individuo y su medio tratando de comprender ambas dimensiones para ejercer acciones entre él y su situación con el fin de cambiar sus condicionantes de vida. El planteamiento así explicado por ella fue sobresaliente y riguroso en un momento de la historia del pensamiento de las ciencias sociales en el que todavía no existían la psicología social o la comunitaria. Otra cuestión es la de qué contenido quieren dar los traba-

jadores sociales a la concepción del individuo en su sistema, qué modelo teórico aplican.

Pero volvamos a M. RICHMOND. Sí, fue así como dio sentido a la profesión: centrarse en las interacciones entre sistemas como diríamos hoy de la mano de la teoría sistémica. Por eso, la pregunta inevitable es: ¿por qué se sigue formando a los trabajadores sociales a hacer diagnósticos fragmentados en los que se señalan los problemas de vivienda, salud, educación, etc, como factores aislados que carecen de perspectiva que les dé sentido? Nos encontramos no sólo ante una cuestión de metodología sino también de ética.

El legado de Mary Richmond para el trabajo social se encuentra en la escuela de la filosofía pragmática norteamericana. El libro *Para comprender el trabajo social* supuso una mirada a ella. Por su parte, la de Miguel Miranda sobre el pragmatismo en trabajo social es una contribución importante a su pensamiento. La tesis más conocida, pero actual al mismo tiempo, del pragmatismo se encuentra en Bernstein en la reciente revista editada por El País en este mes de noviembre: la filosofía tiene que ver con la vida práctica en el sentido de cómo llegas a vivir la vida que vives. “Al principio de *La República* Sócrates afirma que está debatiendo un asunto importante: cómo deberíamos vivir. Esto es lo que el pragmatismo trata de recrear...” (2015). En esta línea, es preciso llamar la atención sobre la dimensión política en Mary Richmond, pensamiento que se encuentra relacionado con la filosofía del pragmatismo: la reforma de las instituciones sociales. Es esta la vida buena a la que aspiraba Aristóteles. Esta es la actitud ética que ha de presidir el talante de las personas.

Una primera aproximación al pensamiento de los pragmatistas es la de que no hay mayor demostración de una teoría más que la de la posibilidad de llevarla a la práctica. Para ellos, existía una experiencia indivisible que era ineludible entre el cambio personal y el social de forma que el proceso crítico de reconstrucción de la organización social llevaba a la reforma social. Y seguimos con el artículo citado. Para Mary Richmond la reforma social era una de “las ramas del servicio social”. Estas ramas, agrupadas en servicios sociales colectivos, reforma social y legislación social, se hallan “...en relación recíproca con el servicio social de casos individuales (...). El servicio social de casos individuales se ocupa de establecer mejores relaciones sociales, tratando los individuos uno por uno en el círculo íntimo de la familia, pero el servicio social alcanza también los mismos fines generales por otros medios. “Engloba una variedad considerable de operaciones que se ocupan de grupos –centros sociales, obras de recreo, círculos, obras de barrio, obras locales– operaciones en las cuales el individuo, aunque se dirijan directamente a él, no es más que una unidad en un conjunto (...), el servicio de reformas sociales tiende a elevar ‘en conjunto’ las condiciones en las cuales viven las masas, principalmente por la propaganda social y por la legislación social (...). En fin el servicio de investigaciones sociales (...) tiene también como tarea accesoria, la de reunir los hechos conocidos y reinterpretarlo para uso del servicio de reformas sociales, de los servicios sociales colectivos y del servicio social de casos individuales” (*Caso Social individual*, pág. 48-149).

Un tema político de total actualidad, que se adentra profundamente en el corazón de

la profesión, es el de la defensa de los servicios sociales públicos. También Mary Richmond se hizo eco de este grave problema en nuestras sociedades, que hoy, con el ascenso salvaje del neoliberalismo, está tomando tintes graves: “Una parte importante de este conjunto está constituida por el papel que puede desempeñar el servicio social en el terreno de la administración pública (...) en cada una de las ramas del servicio social hay que considerar como uno de sus fines principales el esfuerzo de la acción de servicios públicos” (*Caso social individual*, pág. 164).

Aun cuando en sus obras no se menciona directamente el concepto de *ética*, el contenido de su programa representa todo un proyecto ético-político. Ético-político en el sentido que da Foucault al compromiso de todo ciudadano en el cuidado de la polis: se trata de acercarse a los problemas políticos en términos de “verdad/poder”, tarea y compromiso del “intelectual específico”, de aquél que lucha con una conciencia concreta, e inmediata, en los lugares donde le sitúan su trabajo, o sus condiciones de vida (ZAMANILLO, T. 2008: 75). La dimensión que da Mary Richmond a la acción del trabajo social, tal y como se ha desarrollado en el artículo que vengo siguiendo, hace que podamos relacionar, integrar y comprender todo su proyecto en estas palabras de Foucault, así como en el significado que da Paul Ricoeur a la ética: “tender a la vida buena, con y para los otros en instituciones justas”. El vivir bien para Ricoeur es hablar de *cuidado*. Se trata de aprender a cuidarse uno a sí mismo, aprender de la misma forma a cuidar a los otros y a las instituciones (2005, pág. 242).

En Mary Richmond, la reconstrucción del individuo y la reforma de las instituciones, mediante la reforma social evocan este

■ En Mary Richmond, la reconstrucción del individuo y la reforma de las instituciones, mediante la reforma social, evocan este proyecto ético de los más destacados filósofos.

proyecto ético de los más destacados filósofos, como los de la escuela del pragmatismo americana, FOUCAULT, RICOEUR, SEN, entre otros. Pero no hay ética sin proyección política. Y en este punto queremos subrayar las palabras de Foucault: “La necesidad del cuidado de uno mismo, la necesidad de ocuparse de uno mismo, está ligada al ejercicio del poder. Ocuparse de uno mismo es algo que viene exigido y a la vez se deduce de la voluntad de ejercer un poder político sobre los otros. No se puede gobernar a los demás, no se pueden transformar los propios privilegios en acción política sobre los otros, en acción racional, si uno no se ha ocupado de sí mismo” (1994: 42). La cuestión sobre el poder está en el centro mismo de este proyecto ético. Pero en el trabajo social de hoy en España manejar el poder de la profesión es una labor pendiente. Se desdeña como algo político que tienen que hacer otros. Sin embargo, no están tan lejos aquellas mujeres que dieron un impulso a la disciplina y a la profesión en España, tales como Montserrat Colomer y Patrocinio de las Heras, entre otras.

Son varios aspectos los que han de destacarse en este apartado: la falta de reconocimiento de lo social y la gran dificultad para acotar nuestro campo que, por su enorme amplitud, puede solaparse con otras profesiones. La necesidad de adquirir nuevas actitudes y estilos vinculares e instrumentos

técnicos y metodológicos en el proceso de intervención, frente a la fragmentación de los diagnósticos sociales. Aceptar esta necesidad supone reconocer la complejidad inherente a lo social ya expresada por Mary Richmond; se trata de ir más allá de una concepción que pone el acento en el efecto que produce una determinada causa. Recordemos: para ella es necesario analizar conjuntamente la acción recíproca de las causas y los efectos, tan característicos de los fenómenos sociales. Este es uno de los puntos neurálgicos que recomiendan una más profunda y diferente formación en los trabajadores sociales.

Trabajo social en salud y trabajo social en servicios sociales

¿Qué hacen los trabajadores sociales clínicos? ¿Qué necesitan saber para realizar su trabajo? ¿Qué teorías de la personalidad o de los sistemas sociales serían de mayor utilidad para ellas/os? La misma pregunta ha de hacerse para los trabajadores sociales de los servicios sociales. Iremos en primer lugar con la primera.

Comenzar este apartado con Amaya Ituarte es un acto de reconocimiento imprescindible por su esfuerzo y aportación rigurosa a explicar el campo sanitario. Por esta razón traslado a estas páginas íntegramente sus reflexiones sobre el sentido del trabajo social en salud, elaboradas para el Congreso de Zaragoza en 2009.

Para Amaya el trabajo social sanitario es “La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen

en su desencadenamiento como si se derivan de ellas”. (ITUARTE, A., 1994: 277).

El trabajo social aporta al campo sanitario: la comprensión de la interrelación entre factores psicosociales y calidad de salud de individuos, grupos y comunidades y el estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones concretas de malestar psicosocial que inciden en la aparición o exacerbación de trastornos físicos y/o mentales, o que puedan producirse como consecuencia de procesos patológicos y que deben ser tenidas en cuenta en el contexto general de la intervención sanitaria. De ahí se siguen dos objetivos generales y complementarios del Trabajo Social en Salud: Objetivo Socio-Epidemiológico y Objetivo Clínico (Zaragoza, mayo 2009).

Por su parte, los documentos públicos tales como las guías de intervención de trabajo social sanitario, en concreto, en la cita que sigue, el de la Comunidad Valenciana de 2012, ofrecen similares explicaciones. El Trabajo Social Sanitario se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, las familias, los grupos y la comunidad.

El/la TSS es el/la profesional del equipo multidisciplinar que interviene ante las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad de los individuos, grupos y comunidades. Se ocupa de la atención y gestión de las circunstancias sociales de las personas enfermas, de sus familias y de su entorno, ayudándoles a enfrentarse a estos cambios y a encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida y la nueva situación. Promueve la utilización de los recursos disponibles, gestionándolos y coordinan-

do los apoyos profesionales e institucionales necesarios, y promueve la participación de individuos, grupos y comunidades en las distintas instituciones sanitarias.

La intervención social con los pacientes contribuye al objetivo compartido del equipo de salud de garantizar la atención integral y la mejora de la calidad de vida de la población, siendo una herramienta favorecedora del cambio del individuo y de su red social respecto a los problemas” (Guía de intervención de trabajo social sanitario, 2012. Agencia Valenciana de Salud, Comunidad Valenciana).

Y un rol de coordinación con otras entidades se suma al rol descrito, el de servir de enlace con los distintos sistemas de atención al bienestar de los ciudadanos: “El Trabajador Social de Atención Primaria es un profesional de enlace formado para impulsar e iniciar la coordinación socio sanitaria, así como desarrollar, junto al resto del Equipo de Atención Primaria la relación con las distintas entidades y asociaciones de la comunidad”. El conocimiento actualizado de los Sistemas Educativo, Sanitario y de Servicios Sociales así como los Recursos Sociales de distinta titularidad, es lo que permite a este profesional impulsar la coordinación para beneficio de los usuarios, del Equipo de Atención Primaria y del Sistema Sanitario (Servicio de Atención Primaria de Planificación y Evaluación, de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud).

Mas hasta ahora hemos hablado de aspectos ontológicos, el ser del trabajo social. Otra cosa es como actúa, qué impedimentos tiene para trabajar en coherencia con su sentido, cómo se adapta a la institución: ¿con una crítica que trata de cambiar su percep-

ción, si esta es instrumental y fundamentada en requerimientos médicos? ¿O hace uso de su poder profesional para mostrar la índole de su trabajo? De hecho, hoy en día cualquier profesional del campo de la salud sabe sobre los determinantes psicosociales en el proceso de enfermar-recuperarse, pero lo que debe aportar la intervención social es romper con la lógica causa-efecto lineal, y tratar de no adherirse al modelo médico del déficit. Las palabras de Concha VICENTE (2015), sobre la escucha al otro, vienen a completar estas reflexiones con el fin de invitar a situarse en el lugar del qué hacer. “En el área de salud como en cualquier otro de los campos propios del trabajo social se impone la disciplina de la escucha: la escucha al Otro, del Otro que permita que aparezca su subjetividad y la trama que la anuda. Las personas acuden a vernos a los despachos con demandas manifiestas: “dame”; pero no todo es tan claro. Tras esa petición se esconden emociones, afectos, insatisfacciones, quejas, lamentos y un largo etc. que no hablan sino de un sujeto que sufre y que espera el reconocimiento de su sufrimiento y de su palabra. Mas, ¿desde dónde escuchar? La escucha ha de ser abierta, contenedora para el otro, alejada de prejuicios y estereotipos y suscrita a un modelo, a un mapa teórico que permita un recorrido por los significados que nos presentan, una relectura de la información que permita una co-construcción de significados sutilmente diferentes, alternativos al sufrimiento original. Solo en el encuentro de la escucha activa va a adquirir sentido el cambio, puesto que va a configurarse desde las premisas de aquel que demanda.”

Pero parece que las quejas sobre la falta de reconocimiento se encuentran, al igual que en los servicios sociales, como más ade-

lante veremos, en los profesionales de salud. En efecto, las guías sobre el papel del trabajador social en salud expresan también la falta de reconocimiento y de visibilidad: los trabajadores sociales sanitarios siguen siendo, en muchas ocasiones, difícilmente identificables tanto por los diferentes profesionales del sistema sanitario, como para los usuarios del mismo. La idea de que su función es exclusivamente de gestores de los recursos sociales ofrece una visión reduccionista de su quehacer profesional, no aportando la visión más compleja que significa analizar el entorno del paciente y proponer estrategias para facilitar desde ese entorno y/o con las ayudas externas necesarias las condiciones para afrontar los problemas de salud con una mayor garantía de éxito.

Terminamos este punto con una entrevista a Raquel Millán Susinos, trabajadora social de asistencia primaria en salud en Getafe (Madrid). Su explicación del campo es similar a la ya citada, sin embargo, nos interesa destacar algunos aspectos importantes. Para ella, el problema de la invisibilidad es atribuible más a una actitud interna de la profesión: “tampoco hacemos mucho para que nos conozcan. Puedes estar en las sesiones clínicas y presentar casos sociales, porque en la medida en que lo haces público, tu trabajo se reconoce. Entiendo que no saben lo que es lo social porque no se lo hemos enseñado. Es necesario abrirte no solo a la población sino también a otros profesionales” (...). “Se hacen distintos grupos que se plantean al equipo y se publican en la red comunitaria. Algunos grupos los hacemos con las trabajadoras sociales de los servicios sociales, así como las visitas a domicilio. La formación muchas veces es conjunta”. A la pregunta sobre la formación especializada

en salud piensa que se necesita: “conocimiento sobre qué es la salud integral, esto es, física, psicológica, espiritual y social; la formación en roles de género y, por supuesto, la de grupos y comunidad”.

Por otra parte, ¿qué es lo específico del campo de los servicios sociales? Se han escrito muchas páginas desde la publicación del libro llamado *Las casitas, Introducción al Bienestar social* de Patrocinio de las Heras y Elvira Cortajarena, trabajo que supuso la creación de un marco general para el campo de los servicios sociales, denominación que no ha sido insignificante. En efecto, desde entonces, el trabajo social ha sido representado por su eficacia para dar respuesta a las necesidades sociales de los ciudadanos. Pero no está exento de grandes contradicciones. Traeremos a este texto, al igual que se ha hecho con el campo de la salud, algunas reflexiones que han de tenerse en cuenta antes de que el sistema naufrague en las tormentosas aguas del Tratado Transatlántico de Libre Comercio e Inversión (TTIP), y nos invadan las empresas de salud y servicios sociales.

En efecto, en el libro de la Federación española de municipios y provincias (FEMP) *Propuesta para la configuración de un modelo actualizado de servicios sociales municipales* (julio de 2010), documento elaborado por M^a Jesús Brezmes, se plantea la necesidad de hacer un cambio radical en unos Servicios Sociales que presentan grandes contradicciones. Se pretende una reestructuración de los mismos para adaptar las dinámicas de trabajo de los profesionales de los servicios sociales a una nueva realidad plural. Así pues, se han de clarificar sus funciones y reconstruir “los canales de atención a la ciudadanía, reduciendo trámites burocráticos prescindibles”, según se manifiesta en la introducción.

De nuevo nos encontramos con los problemas de identidad. En el documento se reconoce que la identidad de los servicios sociales municipales sigue sin estar clara porque no están bien delimitadas las competencias: “los servicios sociales municipales no son suficientemente valorados por las estructuras políticas ni por otros departamentos del Ayuntamiento. La imagen social de los servicios sociales municipales es pobre y limitada a la asistencia de la población marginal; siempre hay que pelearse por el presupuesto y el personal. La coordinación con otros sistemas de bienestar social, y hasta con otros departamentos municipales es débil, no está estructurada. Estamos fragmentados y mal organizados, necesitamos tener más claras las funciones y las responsabilidades. Estamos excesivamente burocratizados y sobrecargados. La prestación de información tiene un papel excesivo y agotador. La burocratización en la gestión de prestaciones tangibles, ha llegado a minimizar los procesos de intervención social”. Se plantea una reconstrucción de la identidad basada en un enfoque: comunitario y preventivo, con funciones polivalentes en el ámbito de la convivencia y la relación. La atención ha de ser integral para intervenir con personas y familias. Un gran problema que se detecta es que a los servicios sociales municipales se les “derivan” todos aquellos problemas “sociales” para los que no existe “solución” y en un papel subordinado a las estructuras especializadas propias o de otros sistemas de bienestar social. En fin, desde la década de los noventa, recién instaurado el sistema de servicios sociales, vienen aumentando las quejas de los profesionales de trabajo social que se resumen en: “no podemos hacer intervención, la gestión nos come todo”.

Todo lo expuesto hasta ahora obliga a tomar en serio la crisis de la profesión, no como una de tantas que hemos pasado, hoy en peligro de cosificación; porque ahora sí nos atraviesa de lleno esta crisis y se está tomando conciencia de ella. Es preciso no pasarla por alto, ya que la larga lista de problemas planteados en el documento citado es abrumadora. La falta de información específica al trabajo social como profesión de referencia hace que se pierda su capacidad de intervención, quedando diluida en la generalización de “los técnicos”. Técnicos que pueden ser lo mismo trabajadores sociales que educadores, que técnicos en integración. De esa forma, es difícil describir, aunque solo sea describir, qué es el trabajo social y cuál es su misión en la intervención social y, mucho menos, qué hace aparte de gestionar ayudas. Por otro lado, la dificultad de racionalizar la organización para construir una arquitectura eficaz y eficiente está en relación directa con esa amplia relación de dificultades en la que es fácil perderse. Las soluciones que se aportan vienen a enmascarar unas resistencias que se expresan en el deber ser más que en qué se hace y cómo se hace. La necesidad de una nueva forma de intervenir oprime a los trabajadores sociales, a excepción hecha de algunas profesionales que se han decidido por profundizar en una intervención social que acepta la complejidad y la incertidumbre. Quizás las reflexiones tendrían que ir por esa vía. Parece que la intervención con la comunidad está siendo la tabla de salvación de una supuesta atención global. Pero ¿cómo se lleva a cabo? ¿Qué formación se tiene en metodologías participativas para implementar programas comunitarios?

Por estas razones, que desde mi de vista

pueden servir de acicate a los profesionales, vamos a terminar este espacio dando la palabra a una trabajadora social de los servicios sociales de Alcobendas (Madrid) que defiende la posibilidad de que se pueden hacer otras cosas además de la gestión. Se trata de Mar Salvador. Han sido dos preguntas a las que ha dado respuestas rápidas y contundentes que voy a resumir: ¿Qué es y cómo se hace trabajo social en los servicios sociales? ¿Se puede hacer algo más que la gestión de recursos?

Comenzaré por lo negativo, el trabajo social no son las ayudas económicas pues éstas pueden darse desde otros sistemas, por ejemplo, desempleo, vivienda u otros. El trabajo social aporta la relación; es decir, trata de hacer de puente entre la persona y su entorno con el propósito de desarrollar las relaciones que necesita aquélla para construir una vida más digna. Su núcleo de trabajo es el de restaurar la convivencia. ¿Si se puede hacer algo más que la gestión de recursos? ¡Por supuesto! Por ejemplo, en Alcobendas en 2004 se hizo un bloque de viviendas en medio de una zona ya existente de clase media. Se les adjudicaron a muchas personas de distinta procedencia que fueron consideradas por los vecinos marginales, de hecho el 80% eran personas que habían hecho uso de los servicios sociales; hubo protestas, se iba a crear un conflicto importante porque no querían convivir con los nuevos habitantes. En el equipo de servicios sociales decidimos intervenir preguntando casa por casa: ¿qué te gusta de los vecinos? ¿qué te disgusta? ¿qué puedes hacer tú para cambiar esta situación? Era la primera vez que alguien les preguntaba algo así, se sintieron importantes, se implicaron y empezaron a trabajar con los técnicos en la

limpieza de la comunidad, en los jardines y en todo lo que era su entorno, como la reivindicación del agua adquirieron poder. El PP vio aquello como un “nido de rojos” y se cerró el proyecto, pero las personas ya se habían hecho con el poder, habían comenzado a manejarse como ciudadanos de primera, de manera que hoy continúan así. Lo que hicimos, para continuar con la intervención comunitaria, fue diseñar otro proyecto con personas sin hogar que está dando resultados de empoderamiento muy interesantes.

Lo común en ambos campos

Veamos ahora qué es lo común en estos dos campos. ¿La descripción de Nelia Tello “ruptura de procesos sociales o relacionales de dominio y sumisión, de dependencia, de exclusión, de violencia, de desconfianza”, no informa sobre el objeto de la disciplina y, por tanto, de la profesión que definí en su momento¹ como “malestar psicosocial”? ¿No hay en estas y otras referencias al objeto algo común que trasciende las intervenciones más específicas en los distintos campos en los que se desarrolla la labor de las/os trabajadoras sociales? ¿No nos encontramos ante cuestiones que hablan de la justicia social y de los derechos humanos?

Antes de abordar más cuestiones, merece la pena detenerse en el discurso pronunciado en marzo de 1958 por Eleanor Roosevelt, con ocasión del X aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “En definitiva ¿dónde empiezan los derechos humanos universales? Pues en pequeños lugares, cerca de nosotros; en lugares tan próximos y pequeños que no aparecen en los mapas. Pero esos son los lugares que conforman el mundo del individuo: el ba-

rrío en el que vive, la escuela o la universidad en que estudia; la fábrica, el campo o la oficina en que trabaja. Esos son los lugares en los que cada hombre, mujer y niño busca ser igual ante la ley, en las oportunidades de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; en la dignidad sin discriminación. Si esos derechos no significan nada en esos lugares tampoco significan nada en ninguna otra parte. Sin una acción decidida de los ciudadanos para defender esos derechos a su alrededor, no se harán progresos en el resto del mundo.” (Texto incluido en el folleto *Los Derechos Humanos: dales vida*, del programa Convivir para vivir - Área de acción social de la comarca Hoya de Huesca).

Nos preguntamos pues: ¿no es este un marco para el trabajo social, cualquiera que sea el campo donde actúe, tanto en su labor profesional como en su condición de ciudadana/o? Y la defensa de los derechos humanos es una acción política que le corresponde a ambos. Es Aristóteles quien formula lo que es la vida buena de muchas maneras. Extraemos una de ellas: “la ética forma parte de la política. Existe un fin último o bien supremo que es el máximo bien”.

Expondremos brevemente estas cuestiones con una breve cita de Amartya Sen, premio nobel de economía en 1998, para descender a *La idea de la justicia* que argumenta en un libro con este título. Amartya defiende un concepto de justicia que tenga su fundamento en la razón práctica y, por tanto, que incluya “maneras de juzgar cómo se reduce la injusticia y se avanza hacia la justicia”. Es esta la materia fundamental que nos atañe a todas y todos y que reúne nuestros sentires, pensares y actuares; se trata también de un problema empírico, esto es,

de investigación, problema que ha de ser evaluado en el qué hacemos y cómo lo hacemos para defender la justicia y los derechos humanos desde una actuación profesional.

Cómo se reduce la injusticia parecería fácil si tenemos unas instituciones justas, pero no lo es tanto en la práctica. En este tema trato de colaborar con el pensamiento de muchas trabajadoras sociales que, como se ha visto, se sienten frustradas, desmotivadas y con una visión clara de cuáles son los factores críticos que se deberían acometer. Una racionalización de los aquí apuntados desde varias voces tendría que llevarnos a organizar grupos de trabajo para diferenciar cuáles son los factores dominantes externos y cuáles los internos para reflexionar sobre el cómo deberíamos abordarlos por separado. Los externos –los propios del sistema dominante– ejercen tanta presión sobre nuestros comportamientos que nos hemos mimetizado, decía Mar Salvador. Vivimos en un sistema que moldea y modela los comportamientos.

Es, pues, menester, trabajar en cooperación, planteamiento que se hace pero emitido como queja por la sobrecarga de trabajo, la burocratización, etcétera. La conciencia del trabajar en común implica comprender y reconocer que no se puede lograr lo que se desea sin la cooperación de otros. Y de nuevo Amartya Sen, citando a RAWLS: “la conducta cooperativa escoge como una norma de grupo para el beneficio de todos, e implica la elección conjunta de términos que cada participante puede aceptar razonablemente, y que algunas veces debería aceptar, siempre que todos los demás los acepten de alguna forma (*Op. cit.*, pág. 233).

Así pues, tenemos en común muchas cosas entre el trabajo social en salud y el de

los servicios sociales, la principal, la defensa de la justicia, una justicia cuya base hemos de encontrarla, no solo en la creación, la mejora, el cuidado y el mantenimiento de las instituciones justas, sino también en el comportamiento justo, el que se relaciona con la forma en que las personas viven sus vidas y no simplemente con la naturaleza de las instituciones que las rodean. Instituciones justas y comportamientos justos, este es el planteamiento de Amartya Sen, porque “muchas de las principales teorías de la justicia se concentran de manera abrumadora en cómo establecer “instituciones justas”, y conceden una función subsidiaria y dependiente a las cuestiones relacionadas con el comportamiento. Y, sobre todo, porque “la presencia de injusticia remediable bien puede tener relación con transgresiones del comportamiento y no con insuficiencias institucionales” (2010, pág. 14-15). La transgresión más destacada hoy podríamos verla en la corrupción, o las “puertas giratorias”, como es evidente.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa, además de las reivindicaciones profesionales desde los más altos niveles de la profesión (entre otras, y como ejemplos, la Asociación de directores de Servicios Sociales o la entrevista a Ana Lima, presidenta del Consejo de trabajadores sociales, por Ana Pastor, en la TV) que piden una estructura estatal de servicios sociales, un pacto de Estado, más presupuesto, más trabajadores sociales y no despidos, las cuestiones relacionadas con la coordinación con otros sistemas de bienestar social y con otros departamentos municipales han de fortalecerse y estructurarse. De igual forma, la fragmentación a la que se hace referencia, así como la organización y la clarificación de

las tareas, las funciones y las responsabilidades, la excesiva burocratización y sobrecarga, en detrimento de la intervención social y la prevención e intervención comunitaria, pueden constituir transgresiones leves pero que tendríamos que solucionar porque afectan a la población a la que atendemos. Y no podemos terminar esta larga relación de problemas sin mencionar a la formación universitaria de la carrera de Trabajo Social. Muchos de ellos se encuentran en el origen del marco formativo en el que pasan cuatro años los estudiantes. Las metodologías participativas, la comunicación y la teoría de la complejidad, la mediación, la negociación, así como las habilidades estratégicas, deberían ser materias fundamentales que, entre otras, proporcionarían a los estudiantes el perfil polivalente recomendado por Xavier Pelegrí en su artículo titulado *Los roles en trabajo social: profesionalización y formación*.

Tenemos mucho que luchar juntos, porque sabemos que hoy estamos en un grave riesgo de perder lo alcanzado hasta hace ocho años cuando comenzó el deterioro de las instituciones justas. Y es que el verdadero enemigo es el capitalismo salvaje que privatiza todo lo que encuentra a su paso. También quiere arrasar con el sistema de salud y con el de los servicios sociales. Poco se sabe del Tratado Transatlántico de Libre Comercio e Inversión (TTIP) por los secretos que rodean la negociación, pero lo que parece cierto es que este tratado nos lleva a una privatización casi ineludible si no nos movilizamos mucho más activamente para ejercer nuestro derecho de contrapoder.

Y para terminar esta última parte del trabajo traeremos de nuevo la voz de Amaya Ituarte con el fin de subrayar el deber ser en el trabajo social: “El trabajador social sa-

nitario tiene que sentirse, en forma simultánea e inseparable, como trabajador social y como sanitario. Desde ahí será posible su efectiva integración, como un profesional más, en el sistema sanitario, a cuyo mejor funcionamiento en todos los niveles debe hacer aportaciones desde su especificidad profesional como trabajador social. Ello implica que sus objetivos y los objetivos sanitarios deben de ser coincidentes, aunque siempre revisados a la luz de los principios y conocimientos del trabajo social, desde donde puede –y debe– hacer propuestas enriquecedoras para una mejora de la atención en salud (tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico-asistencial). Implica, también, la necesidad y la exigencia de una formación básica y amplia en cuestiones relacionadas con la salud en la formación pregrado; y de una formación permanente de los trabajadores sociales sanitarios en aspectos generales relacionados con la salud y la enfermedad y en los aspectos específicos de los problemas de salud con los que trabajan. Supone asumirse plenamente como profesionales sanitarios, sin renunciar por ello a ser profesionales del trabajo social...” (*op. cit.*).

A modo de conclusiones

Es mucho más, decíamos, lo que nos une a todas y todos los trabajadores sociales que lo que nos separa, es el legado común recibido por los que nos han precedido y sus varias hipótesis y reflexiones las que podemos desarrollar para intervenir en todos los campos. Lo que se ha desgranado en estas páginas no es más que aproximaciones a la discusión libre, propia de las sociedades abiertas, para converger en lo común y reflexionar sobre las diferencias que, lejos de separar,

pueden ofrecer mayor conocimiento. Porque las diferencias son propias del conocimiento especializado en cada campo en el que ha de formarse cada profesional que desempeñe su trabajo en el mismo. Un ejemplo se encuentra en estas páginas en la voz de Raquel Millán sobre el trabajo en coordinación con los servicios sociales. Extender esta modalidad de trabajo ayudaría a ambos a colaborar conjuntamente en la intervención con los sujetos para atender con mayor calado a la población, ayudando a las personas a que aumenten sus capacidades.

Por último, respecto a los problemas de identidad de las y los profesionales de ambos campos, una vez más las reflexiones de Amaia Ituarte pueden llegar a los profesionales tanto de salud como de servicios sociales, aunque ellas vayan dirigidas solo a los primeros: A mi entender esa *invisibilidad* tiene mucho que ver –aunque no sea, ciertamente, la única explicación– con una *actitud reactiva* de los TTSS, que esperan que *alguien* (el paciente, la familia, otro profesional...) se dirija a ellos con una solicitud y es a partir de ahí donde comienzan su intervención que, de esa manera aparece muchas veces como tangencial, desgajada, del resto del tratamiento del paciente. ¿Qué sucedería si actuaran en forma más autónoma, proactiva, tomando ellos la iniciativa, participando en los programas desde el primer momento, haciendo propuestas, etc.? Se me dirá, y es probablemente cierto, que encontrarían muchas resistencias por parte del personal sanitario; que con atender a la “demanda” ya tienen suficiente carga de trabajo; que hay pocos trabajadores sociales, etc. (*Op. cit.*).

Todo lo dicho supone reconocerse como una profesión con poder que es necesaria en la sociedad en la que vivimos, compleja y

plural, pero sobre todo “en regresión” como afirma Josep Fontana. La desigualdad económica creciente, junto a toda serie de restricciones a la democracia, es un escenario en el que es “evidente que las conquistas sociales que se obtuvieron en dos siglos de luchas colectivas no estaban aseguradas, como creíamos, y que para recomenzar una nueva etapa de progreso habrá que volver a ganarlas con métodos nuevos, porque las clases dominantes han aprendido a neutralizar los que usábamos hasta hoy”. Es necesaria la confrontación porque no es lícito resignarse a una situación injusta (2013, pág. 19). Por tanto, no son tiempos de dividir, son de sumar y cooperar por alcanzar objetivos comunes.

Poner en activo nuestra polivalencia, como exhorta Xavier Pelegrí en el artículo citado, nos obliga a ampliar nuestra identidad unívoca hasta el momento, clasificada en funciones y roles. Estas categorizaciones han sido reclamadas desde instancias colegiales o docentes pero no siempre tienen aplicación en las distintas organizaciones. Uno de los problemas que se ven en estas ellas es que se refieren a lo que hay que hacer, pero no sabemos lo que se hace, me refiero a la literatura que da cuenta de lo que se hace y cómo se hace.

En fin, el trabajo social general, tal y como se ha descrito de manera breve y de forma global en este trabajo, aún a todos los campos. Su desarrollo se encuentra en las distintas formas de aplicación y en la práctica cooperadora.

Pero se necesita más, porque adquirir conocimiento y formación para investigar en el campo haciendo de la práctica un laboratorio de experimentación es una de las muchas tareas que quedan porque es urgen-

te evaluar los resultados de nuestras actuaciones y sistematizar las experiencias; es urgente también promover la cooperación e intervenir con los sujetos de la comunidad para ir creando vínculos creativos entre todos con el propósito de complementar la sola atención a los problemas sociales de los individuos considerados caso a caso; es preciso formarse en metodologías participativas y en redes, así como tener iniciativa para ampliar los programas en cooperación interinstitucional.

En resumen, ¿son tan urgentes las respuestas que hemos de dar en este momento de tanta crisis global, local y de área! Se trata de enfrentarse a una reconceptualización de nuestros modos de actuar, porque lo más urgente, a la vez que todo lo demás, es seguir desarrollando aplicaciones de las teorías precursoras de trabajo social a la luz de

las nuevas miradas sobre la relación social, la comunicación en el encuentro intersubjetivo/profesional, grupal y comunitario, la convivencia y, por tanto, la mediación y la negociación, la intervención familiar, etc., en todos los distintos ámbitos en los que actuamos. Mas, a la par, seguir transformando las instituciones en las que trabajamos la mayor parte de nuestras vidas, esto es, el cuidado de las mismas mediante la crítica consciente y activa. Tampoco es mucho más de lo que concierne a otras profesiones, estamos en tiempos, todas, de dar soluciones a los problemas comunes que hemos de afrontar. En el caso que nos ocupa en este artículo, trabajar conjuntamente para abrir espacios innovadores a la intervención social en la salud y la convivencia, derechos humanos ineludibles.

Bibliografía

- Área de acción social de la comarca Hoya de Huesca. *Los Derechos Humanos: dales vida*. Texto incluido en el folleto del Programa Convivir para vivir.
- BREZMES, M. J. *Propuesta para la configuración de un modelo actualizado de servicios sociales municipales*. Federación española de municipios y provincias (FEMP), 2010.
- CANCRINI, L. y col. “Las familias multiproblemáticas”, en COLETTI, M. y LINARES, J. L. (compiladores). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Cintat Vella*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar, 1997.
- FONTANA, J. *El futuro es un país extraño. Una reflexión sobre la crisis social de comienzos del Siglo XXI*. Barcelona: Ediciones de pasado y presente, 2013.
- FOUCAULT, M. *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Editorial La Piqueta, 1994. ISBN: 84-7731-177-3.
- GAUPERA, J. “Entrevista a Richard J. Bernstein”, en *Jot Down*, nº 2 (2015).
- Guía de intervención de trabajo social sanitario, 2012. Agencia Valenciana de Salud, Comunidad Valenciana.
- HERAS, P. y CORTAJARENA, E. *Introducción al bienestar social*. Madrid: FEEDAAS, 1979.
- HOFFMAN, L. “De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional: Una perspectiva comunal”, en *Sistemas Familiares*, nº 2 (Año 17) (2001). Buenos Aires.
- ITUARTE, A. *Sentido del Trabajo Social en salud*. Comunicació al Congreso Nacional de Trabajo Social. Zaragoza, 2009.
- MARTÍN, M. I. *La construcción de la identidad en Trabajo Social*. Tesis inédita. Universidad Complutense de Madrid, 2012.
- PELEGRÍ, X. “El poder en el trabajo social: una aproximación desde Foucault”, en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 17 (2004). Pág. 21-43.
- PELEGRÍ, X. “Los roles en trabajo social: profesionalización y formación”, en *Acciones e investigaciones sociales*, nº extra 1 (2006). Pág. 304. ISSN 1132-192X.
- RICOEUR, P. “Ética y moral”, en C. GÓMEZ. *Doce textos fundamentales de la Ética en el siglo XX*. Madrid: Alianza Editorial, 2002. ISBN 978-84-206-4390-8.
- RICHMOND, M. E. *El caso social individual: El diagnóstico social*. Editorial: Talasa, 1995. ISBN 9788488119360
- RODRÍGUEZ, A. y ZAMANILLO, T. “El pensamiento complejo de M. Richmond”, en *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 24 (2011). ISSN 0214-0314
- SEN, A. *La idea de justicia*. Madrid: Editorial Taurus, 2010.
- Servicio de Atención Primaria de Planificación y Evaluación, de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- ZAZZO, R. “La vinculación, una nueva teoría sobre el origen de la afectividad”, en *La vinculación*. Alcoi: Editorial Marfil, 1977.
- ZAMANILLO, T. *Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana*. Madrid: Editorial Síntesis, 2008. ISBN 9788497565684
- ZAMANILLO, T. “Las relaciones de poder en las profesiones de ayuda. Una cuestión ética de primer orden”, en *AZARBE*. Murcia: Facultad de Trabajo Social, 2012.
- ZAMANILLO, T. *Para comprender el trabajo social*. Editorial Verbo Divino, 1991. ISBN 9788471516473.

La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores

The integration of health and social services for the elderly

Annamaria Campanini¹

Resumen

La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores es una necesidad básica. El artículo presenta una reflexión sobre el sentido general, combinación y alternativas de integración en el sector específico de la tercera edad en el contexto italiano. También destaca los elementos más críticos que surgen de la situación económica actual y la importancia de los programas de formación en los profesionales de la salud y sociales para hacer su integración profesional más eficaz.

Palabras clave: Integración, servicios sociales y de salud, personas mayores, Italia.

Abstract

The integration of social and health services for the elderly is a basic need. The article analyses the meaning and the various facets of integration and then combines it in the specific sector of the elderly, with reference to the Italian context. It also highlights the critical issues arising from the current economic situation and the importance of training programs for professionals in health and social sector in order to realize a more effective professional integration.

Key words: Integration, social and health services, old adults, Italy.

Para citar el artículo: CAMPANINI, Annamaria. La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores . *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 41-50. ISSN 0212-7210.

¹ Profesora de trabajo social en la Università di Milano Bicocca annamaria.campanini@unimib.it

¿Por qué hablar de integración socio-sanitaria?

La Organización Mundial de la Salud, en 1948, adoptó una definición de salud innovadora y multidimensional para su época y a la que identifica como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente como ausencia de enfermedad”. KICKBUSCH (en Ingrosso, 1987, pág. 44), en referencia a un modelo ecológico de la salud, ve al individuo como “parte integrante de un grupo social” y reconoce los componentes biológicos y no biológicos de la salud.

Si nos remitimos a la historia del trabajo social, encontramos que en 1905 el Director de la Comisión Médica del Hospital General de Massachusetts (Boston), Richard CABOT (1868-1939), anticipa esta idea. A través de la inclusión del trabajo social en el hospital, el doctor mejora la práctica médica incorporando al diagnóstico las relaciones familiares, el contexto del usuario y la visita domiciliaria, si fuese el caso (CAMPANINI, 2015).

La idea de integración no solo es compatible con la definición de salud mencionada, sino también con los principios del trabajo social que hacen hincapié en la centralidad de la persona y la atención integral en un contexto relacional, familiar y social (NEVE, 2013). La necesidad de integración de los servicios personales deriva de la naturaleza de los problemas a que se enfrentan; esto evita un enfoque parcial e incorpora, como consecuencia, aquellos elementos causales o multifactoriales que participan en el diagnóstico. Se hace por tanto ineficaz analizar y actuar desde una perspectiva única que ignore la especialización profesional y su capacidad para profundizar en técnicas de

intervención que, superando la lógica auto-referente, produzca efectos positivos y evite la cronificación. La comprensión de la realidad, finalmente, no puede ser realizada a través de la acumulación de lecturas parciales, se requiere, en cualquier caso, la reelaboración de puntuaciones diferentes que permitan el acceso a la complejidad (CAMPANINI, 2002).

Evolución legislativa en Italia

La legislación de los años 70 y 80 del siglo pasado (Reforma de Salud L.833 de 1978) y las diversas leyes sectoriales hicieron hincapié en la importancia de la integración socio-sanitaria en el territorio como articulación de Unidad Local de los Servicios (FERRARIO, 2013). Según VECCHIATO (2013), el Plan Nacional de Salud 1998-2000 representa una síntesis del debate de las tres últimas décadas cuando afirma: “La integración institucional se basa en la necesidad de promover la cooperación entre las diferentes instituciones (en particular empresas de salud, municipios, etc.) que se organizan para lograr metas comunes de salud, utilizando para ello un amplio conjunto de instrumentos jurídicos tales como los convenios y acuerdos del programa”.

La integración de la gestión se encuentra en el nivel operativo y unificada en el distrito y en los distintos servicios que lo componen mediante configuraciones organizativas y mecanismos de coordinación que garantizan el desempeño de actividades, procesos e intervenciones. Condiciones necesarias de la integración profesional son por lo tanto el establecimiento de la unidad de evaluación integrada, la gestión unificada de la documentación, la evaluación del impacto eco-

nómico, la definición de responsabilidades, la continuidad de la atención hospital-distrito, la colaboración entre servicios residenciales y comunitarios, la disposición de vías de atención por tipos de intervención y el uso de índices de complejidad de las prestaciones integradas.

En línea con estas indicaciones, la ley que reforma el sistema de servicios sociales (Ley 328/2000) abordó la cuestión de la integración en diferentes niveles y, en la última década, se han definido mucho mejor las intervenciones socio-sanitarias integradas respecto a su financiación, niveles básicos, costos y criterios para la financiación de parte de las *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) (Empresas Locales de Salud) y de los municipios (FERRARIO, 2013). Las primeras ASL son titulares de los servicios sanitarios y sociosanitarios integrados y pueden administrar servicios sociales por delegación municipal sin menoscabo de la titularidad que por ley les corresponde a éstos últimos (FERRARIO, 2013). En Italia el trabajo social profesional está introducido en ambas áreas, actuando sobre funciones asignadas institucionalmente en el ámbito de intervención directa. En concreto y dentro de las Empresas Locales de Salud, los profesionales del trabajo social intervienen en servicios de orientación familiar, drogodependencia, discapacidad y/o enfermedad mental, mientras que los municipios son responsables de los problemas comunitarios (mayores, familia, adultos en estado de necesidad, y proyectos comunitarios). La figura del trabajador social también se puede encontrar en hospitales, hogares y cooperativas; éstas pueden ser acreditadas o bajo forma de convenio municipal para la gestión de los servicios personales a las personas mayores.

¿La integración social y la salud, un mito o una realidad posible?

El debate iniciado en los años 70 sobre la necesidad de la integración socio-sanitaria ha ocupado ampliamente a expertos sociales y políticos en el campo de la promoción de la salud y el bienestar. En ocasiones se ha trabajado, sin embargo, desde una “retórica de la integración” que no ha ido siempre acompañada de una práctica coherente con dichos principios. En otros casos, de igual forma, se ha asumido el objetivo de integración en sí mismo, olvidando que supone una estrategia pensada para beneficio del ciudadano.

Desde un punto de vista operativo, la integración socio-sanitaria se desarrolla a nivel institucional, gerencial y profesional (BISSOLO, FAZZI, 2005). La integración institucional garantiza la relación interinstitucional (acuerdos de delegación, convenios y programas). La integración gerencial, por otro lado, asume la gestión de recursos e integra proyectos promoviendo sinergias, procedimientos y directrices operacionales. La integración profesional, finalmente, propone modelos operativos a través de la capacitación de trabajadores que garantice respuestas efectivas que desde instancias individuales no se lograrían.

En la práctica cotidiana los niveles primarios son esenciales para proporcionar un marco de referencia, pero si falta la “tensión profesional” del tercer nivel la integración profesional nunca se hará efectiva a nivel de base. En tal sentido la desconfianza, la autoreferencia profesional e institucional, la rivalidad, el conflicto o la ausencia de formación interdisciplinaria pueden socavar un proyecto integrado y llevarlo al fracaso. Se

hace evidente, así, que la conciencia de pertenencia y la claridad de la misión perseguida son esenciales para desarrollar una gestión eficaz del rol profesional (CAMPANINI, 2002).

A modo de resumen, tanto el papel institucional como la especificidad profesional son factores indispensables para definir expectativas mutuas entre colegas, y no suele ser inusual que la falta de conocimiento y claridad en estas cuestiones lleven a malentendidos que dificultan considerablemente la capacidad de llevar a la práctica la idea de “integración”. Como afirma FASOL (2005), un elemento básico para materializar la integración es la capacidad de trabajar en equipo.

En realidad, es común que un grupo de trabajo sienta fatiga por una tarea realizada durante mucho tiempo. En ocasiones falta en los profesionales preparación y hábito de trabajo desde lo colectivo, y por lo tanto la capacidad desarrollar un propósito que potencie el sentido de membresía. Estas habilidades no se improvisan y no siempre se encuentran presentes en los profesionales que quieran poner en práctica la integración socio-sanitaria.

Un último aspecto que debe ser enfatizado para hacer de la integración una posibilidad real es la integración comunitaria. En consonancia con la ley 328/2000, la solidaridad debe iluminar la toma de decisiones a nivel institucional y profesional; esto posibilita dar valor a las personas y a su autonomía social mediante proyectos promovidos por servicios públicos, mercado y ONG. La propuesta comunitaria permite, en última instancia, conocer las necesidades y estimular procesos operativos que respondan con eficacia a las necesidades de los ciudadanos.

La integración socio-sanitaria en el sector de las personas mayores

La integración socio-sanitaria ha ganado protagonismo en las últimas décadas no solo por la evolución legislativa y la búsqueda de equilibrios entre costes y servicios, sino sobre todo por los cambios producidos en la estructura demográfica y epidemiológica. En Italia el año 2014 se registró un incremento de un 16% de personas mayores con edades entre 65 y 80 años, y del 5,8% para mayores de 80 años. El informe ISTAT de 2007 muestra que, entre los mayores de 65 años, el 40% sufre al menos una enfermedad crónica, y el 18% tiene limitaciones funcionales que afectan a su vida cotidiana (discapacidad); de éstos últimos, el 68% tiene al menos 3 enfermedades crónicas y el 8% está confinado en su casa.

El sector de las personas mayores es claramente un área donde la necesidad de integración socio-sanitaria es importante en términos de calidad y cantidad. El fenómeno del envejecimiento no únicamente ha incrementado la esperanza de vida, sino que incrementa paralelamente la incidencia de enfermedades, discapacidad y afecciones crónicas; en cuanto a la “parte social”, se produce un claro impacto en la dimensión económica (de subsistencia) y de las relaciones familiares y sociales que dan sentido a la calidad de vida y existencia de la persona mayor. Los servicios ofertados en el contexto italiano, como hemos descrito en un artículo reciente (CAMPANINI, DELLAVALLE, 2014), son muy variados e incluyen medidas para mantener a las personas mayores en su domicilio o disfrutar de servicios residenciales.

En cuanto a la atención domiciliaria nos referimos a comidas a domicilio, teleasistencia,

subvenciones económicas (*Assegni di cura y voucher*) para pagar servicios en el mercado y permisos de trabajo para familiares cuidadores.

Para personas mayores con patologías graves, con discapacidad o enfermedad terminal, el Servicio de Atención Domiciliaria Integrada combina acciones sociales y sanitarias; así, ofrece atención sanitaria, rehabilitación y cuidados en el hogar. En algunos casos puede ser proporcionado como “asistencia domiciliaria de larga duración” allí donde existan problemas crónicos, para favorecer la recuperación de autonomía y relaciones, mejorar la calidad de vida y evitar la hospitalización o internamiento.

A nivel de establecimientos, las “residencias asistenciales flexibles” se destinan a personas mayores en condiciones de autosuficiencia total o parcial mediante servicios hoteleros y de apoyo. Por otro lado, las “residencias sanitarias asistenciales” combinan la atención médica y cuidados en alojamiento temporal o definitivo para las personas con necesidades sanitarias de protección media o alta. En el marco de estos servicios, existen centros (diurnos o residenciales) para pacientes diagnosticados de demencia o Alzheimer, con trastornos de conducta y problemas que requieren tratamiento y rehabilitación.

La integración de los servicios de salud y sociales se presenta no solo como una necesidad vinculada al desarrollo de intervenciones eficaces, sino también como la necesidad de atender a la persona mayor como un todo indivisible que posee un proyecto de vida “global y unitario”, como señaló GUIDUCCI (1988, pág. 115): “Global porque supera las dimensiones del sujeto, y unitario porque es la misma persona la que define la unidad de su ser”. Para hacer realidad el derecho a la salud como fundamental, la in-

■ **Para hacer realidad el derecho a la salud como fundamental, la integración debe ser vista como un valor y al mismo tiempo como la afirmación del principio de la dignidad personal.**

tegración debe ser vista como un valor y al mismo tiempo como la afirmación del principio de la dignidad personal; esta visión permite encarar de manera global y no fragmentada las necesidades de la persona a través de la red de los servicios.

Según lo declarado por la Conferencia de Alma Ata (1978), para resaltar la atención a la persona en su conjunto ésta debe considerarse como un ser social y con una dinámica relacional que se extiende desde la familia a la comunidad en la que vive. Ciertamente, y desde un punto de vista operativo, el sistema familiar es un aspecto de especial relevancia para el análisis de necesidades y la implementación de servicios integrados.

En el ámbito de las personas mayores hay cuestiones que por su naturaleza o evolución requieren una acción compartida de los profesionales que intervienen en el campo social y sanitario. Es el caso de los criterios de financiación y el abono de cantidades a pagar por las empresas locales de salud y municipios, así como de la necesidad de prestar un nivel estándar de servicio y un marco de colaboración que facilite la integración (BISSOLO, FAZZI, 2005). Además de todo ello y al margen de las intervenciones de carácter social o sanitario, se identifican también prestaciones sanitarias de relevancia social, prestaciones sociales de relevancia sanitaria y prestaciones socio-sanitarias de alta integración sanitaria (FERRARIO, 2013).

Es evidente que en el campo de las personas mayores existen intervenciones que son en sí mismas de tipo sanitario, cuya ejecución se lleva a cabo en el marco de las estructuras hospitalarias. Sin embargo, en las últimas décadas cada vez son más frecuentes las situaciones en las que los sujetos necesitan de una acción integrada, y los límites entre la intervención social y sanitaria se presentan “móviles”, variando no únicamente respecto al tipo de usuario y a la cronicidad de sus necesidades. El sector de las personas mayores es paradigmático en este sentido, y la intervención suele tener como objetivo sujetos “frágiles” a nivel psicofísico, en los cuales la atención y prestación de servicios relacionados con los problemas de salud no puede separarse de la atención simultánea sobre su entorno y sus condiciones económicas de supervivencia. Dichas intervenciones dispondrían de una eficacia limitada si no se integran con medidas “sociales” orientadas a promover la reinserción de los sujetos en la comunidad o el mantenimiento de los mismos en su propio entorno.

Un estudio del IRS (Instituto de Investigación Social) de los años 80 evidencia los distintos tipos de relación entre los trabajadores sociales y los servicios de atención médica. El estudio pone en evidencia la necesidad de integración entendida como *conexión* o forma de relación intencional entre sujetos con objetivos comunes que intercambian información y que, distinguiendo sus intervenciones, se dirigen a un mismo público. Es típica en este sentido la relación entre médico y trabajador social, donde incluso una adecuada derivación de la persona mayor no es seguida por una participación en el proyecto de integración. Algunas investigaciones interesantes en este sentido analizan

el papel del trabajador social en la práctica cotidiana de médicos generalistas (MORETTI, MAMMOLI, 2011).

La *coordinación* es un conjunto coherente de acciones de sujetos que comparten un objetivo común, que para lograrlo conservan su propio modo de funcionamiento. Ésta puede llevarse a cabo a través de contactos informales entre operadores, a falta de acuerdos formales entre los sistemas institucionales y/o operativos. La filosofía de la coordinación debe estar presente entre los profesionales hospitalarios y los de los servicios sociales locales, siguiendo el ejemplo de los Estados Unidos, donde se activa una alerta temprana de “fragilidad” de las personas mayores que lo necesitan que permite una planificación adecuada de la acción protectora adecuada (DOTTI, 2015).

La coordinación puede ser activada en proyectos donde cada realidad operativa es responsable de su parte o resultado de una acción formal orientada a todas las etapas del proceso (identificación, diagnóstico, evaluación). Esta acción se puede evidenciar en la Unidad de Evaluación Geriátrica o Unidad de Evaluación Multidimensional (SPISNI, 2013). De acuerdo a la propuesta, la presencia de trabajadores sociales en los comités de evaluación indica la importancia del componente social en los problemas de la tercera y cuarta edad, y reconoce la profesión como sujeto competente en la evaluación socio-sanitaria domiciliaria, residencial y abierta para personas de más de 65 años (PREGNO, 2016). Se puede resaltar, como conclusión, la importancia de la participación activa del trabajador social para, a través de la valoración geriátrica, prestar una atención personalizada a las personas mayores.

■ **La integración, por otro lado, se entiende como la concurrencia de varios profesionales que alcanzan objetivos comunes a través de un informe integrado.**

La integración, por otro lado, se entiende como la concurrencia de varios profesionales que alcanzan objetivos comunes a través de un informe integrado; el resultado de tal acción no es la suma de sus partes, sino una nueva estructura organizativa en la que las intervenciones se han mejorado y dinamizado permitiendo una mayor flexibilidad al sistema. Se pueden desarrollar experiencias de atención domiciliaria integradas cuando se realicen prestaciones sanitarias (medicina general y especializada, exámenes médicos, enfermería, rehabilitación, recuperación funcional) combinadas con servicios de bienestar social (ayuda a domicilio, higiene y cuidado personal, ayudas económicas) en un sistema coordinado, generalmente, por un trabajador social.

La ley 328/2000 propone diferentes niveles de bienestar que permiten destacar algunos ejemplos sobre la integración socio-sanitaria para personas mayores en el contexto italiano:

- *Welfare di promozione sociale* o *welfare leggero* (bienestar de promoción social o bienestar ligero): son especialmente útiles como puntos de asesoramiento y orientación en el territorio. Hay varias experiencias en este sentido calificadas como puertas de acceso al sistema integrado que desarrollan la función de secretaría social y proporcionan información sobre el ámbito social y de salud, adecuada a las personas mayores,

para evitar “carreras de obstáculos” en el logro de la prestación de servicios socio-sanitarios.

- *Welfare domiciliare* (bienestar domiciliario): son las iniciativas encaminadas a mantener a las personas mayores en su entorno de vida. La atención domiciliaria integrada es sin duda un servicio central para satisfacer las necesidades de salud y sociales. Esta atención evita medidas de mera práctica administrativa e incorpora una dimensión asistencial integral. Hay que considerar que incluso la presencia de una unidad de valoración geriátrica no garantiza en todas las ocasiones la práctica de la integración. En este sentido, los módulos de trabajo adaptados para la evaluación multidimensional ofrecen un marco donde la acción integrada supone siempre más que la suma de sus partes. Cabe considerar que no siempre se opta por un camino co-evolutivo donde los profesionales de la salud y lo social, junto a la persona y su familia, puedan co-construir un proyecto personalizado que integre las necesidades de la persona en su entorno. La traducción de necesidades complejas y articuladas en prestaciones parceladas (5 incorporaciones, 1 aseo, 2 sesiones de enfermería a la semana; ayuda económica, cheque de servicio), remite al proceso de externalización de los servicios, que reduce al trabajador social a un mero burócrata. El cuidado integral que incorpora escucha, apoyo y asesoramiento está orientado a coconstruir una respuesta adecuada a la forma de vida de la persona mayor no basada en la lógica instrumental.

- El *welfare comunitario* (bienestar comunitario) tiene como objetivo mejorar los intercambios y responsabilidades de aquellos servicios de proximidad de un mismo territorio-comunidad dirigidos a las personas mayores. Se trata de una estructura fundamental para fortalecer la seguridad e inclusión, ya que influye en la reducción de demanda y uso indebido de los servicios de salud. Bajo el *Welfare comunitario* se incluyen diferentes tipos de centros de día que ofrecen servicios de respiro a las familias y donde la intervención social y sanitaria es crucial. El objetivo es evitar convertir dicho servicio en un mero lugar donde dejar a las personas mayores más o menos dependientes o en situación de exclusión, y orientar la intervención a la recuperación de capacidades cognitivas, motoras o relacionales. En este contexto, el trabajador social profesional está directamente involucrado en dos niveles; por un lado activa proyectos individualizados e identifica nuevas formas de atender necesidades, y por otro puede asumir un papel de coordinación y dirección respecto a la red de servicios y competencias para atender las necesidades de la persona y su familia.
- El *welfare residenziale* (bienestar residencial), la *Residenza Sanitaria Assistenziale* (RSA), residencia de personas mayores, es otra institución que da respuesta integral a las necesidades de las personas mayores y su familia. Más allá del “tratamiento” estrictamente médico, el espacio de integración debe desarrollarse en dos direcciones: una orientada a “humanizar” el contexto de vida y hacerlo menos institucionalizante y

más abierto a la comunidad; la otra, hacia el exterior, para mantener activas las relaciones que las personas tienen con sus familias o parejas, mantener el diálogo entre la estructura y el territorio evitando, así, el riesgo de reproducir instituciones aisladas de su entorno social (SPISNI, 2013).

- En relación con el *welfare dell'emergenza* (bienestar de emergencia), hay que señalar que la emergencia hospitalaria no garantiza una implicación inmediata de lo social, incluso si en el hospital existe un trabajador social (DOTTI, 2015). Las relaciones, desde este punto de vista, se alejan de la “conexión” y de la posibilidad de activarse para satisfacer necesidades, por lo que sería más útil planear un protocolo de urgencias integrado que permitiera una lógica de continuidad de la atención, más que salir al paso de situaciones de emergencia (BELLOTTO, 2013). Ante esta situación existen diferentes situaciones que requieren de protocolos predefinidos: protección de las personas mayores que requieran de un alojamiento adecuado en su entorno o, si no es posible, en uno alternativo; y por otro lado atención a personas mayores con problemas psiquiátricos o alcoholismo cuya situación crítica requiera de remisión al hospital o a los servicios sociales locales, y, de aquí, a los servicios de salud mental.

Cuestiones pendientes

Ya hemos mencionado la importancia de la integración profesional como punto crítico ante muchas situaciones. Dada la necesidad de construir los cimientos de una buena

integración socio-sanitaria, es fundamental una formación básica y permanente para consolidar grupos de trabajo que interactúen de forma sinérgica.

Si realmente se quiere dar un paso adelante respecto a la comprensión de la situación en la que se encuentra la persona mayor, es necesario que dicha comprensión parta de la contribución de los diferentes puntos de vista que la definen sin actitudes maniqueas que defiendan “verdades” absolutas. A través del intercambio, la discusión y aceptando las diferencias, se hace posible la generación de nuevos puntos de vista, no basados en la yuxtaposición y en la suma de las lecturas parciales, sino en una reelaboración creativa que las abarque y supere.

En esta lógica la contribución de todos es fundamental que la especificidad entre en sinergia con los demás, de acuerdo al objetivo común de ayudar a la persona entendida como un todo. Para desarrollar la cultura de integración planteada, es necesario superar una linealidad que en ocasiones puede dar lugar a malentendidos, “culpabilidades” a menudo presentes en la vida cotidiana, el lenguaje y la definición de la realidad. La incorporación de un lenguaje común, con sus sistemas de significación y decodificación, es fundamental para lograr una comunicación funcional.

Por otro lado, la formación conjunta, compartida y participativa permite desarrollar mecanismos de comunicación e integración funcional ayudando a aclarar el significado de determinados términos y llegar a un acuerdo semántico sobre estos significados y evitar malentendidos.

Otro resultado importante es que una adecuada formación permite la circulación de la información y la generación de conoci-

miento. En el grupo se puede y se deben socializar experiencias, leerlas a través de los aportes teóricos y metodológicos, y luego producir sistematización y generalizaciones que ayuden a poner en práctica la cultura profesional.

En el caso italiano hay otro elemento crítico importante. Como se ha analizado en CAMPANINI y DELLAVALLE (2015), el gobierno de centro-derecha liderado por Silvio Berlusconi (6/2001-5/2006; 5/2008-11/2011) no ha completado el proceso de aplicación de la Ley de Reforma 328/2000. La reforma del Título V de la Constitución (L.C. 18 de octubre n. 3) que permite una mayor autonomía a los gobiernos regionales con niveles mínimos de asistencia (LEAS), permite tratamientos diferenciados de acuerdo al lugar de residencia de los ciudadanos. En este contexto ha prevalecido la lógica empresarial sobre la orientación universal, y desde el año 2006 se ha reducido significativamente la financiación del Fondo Nacional para la Política Social y el de personas dependientes.

Por un lado, con el progresivo envejecimiento de la población se ha producido una demanda de servicios que supera la oferta y provoca tiempos de espera muy largos. Para las familias, y especialmente para las mujeres, a falta de un aporte significativo de ayuda por parte de la Administración de los servicios sociales, esto significa una sobrecarga importante de trabajo. Por el otro, nos encontramos con un sistema con creciente escasez de fondos y de lógicas de gestión que producen cada vez más procedimientos burocráticos y de control.

Como consecuencia, los trabajadores sociales y los profesionales del ámbito sanitario se encuentran en una lógica más inclinada

a la prestación de atenciones sociales y sanitarias estandarizadas que al desempeño de una ayuda global a la persona mayor. Tal circunstancia amenaza las profesiones, relegándolas a una dimensión de intervención irrespetuosa con la persona, su autonomía y el derecho a ser atendida desde una óptica global que ayude a sobrellevar las dificultades propias de la fase final de la vida.

■ **Los trabajadores sociales y los profesionales del ámbito sanitario se encuentran en una lógica más inclinada a la prestación de atenciones sociales y sanitarias estandarizadas que al desempeño de una ayuda global a la persona mayor.**

Bibliografía

- BELLOTTO, Barbara. *Continuità assistenziale*, en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pág. 171-174.
- BISSOLO, Giorgio y FAZZI, Luca. *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci, 2005. ISBN 9788874661466
- CAMPANINI, Annamaria. *L'intervento sistemico*. Roma: Carocci, 2002. ISBN 9788874660001.
- CAMPANINI, Annamaria. "Prefazione", en DOTTI, Monica. *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci, 2015. Pág. 7-9.
- CAMPANINI, Annamaria y DELLAVALLE, Marilena. *Situación y transformaciones en los S.S.SS. en Italia. Documentación Social*. Cáritas Española Editores, 2014. N° 175. Pág. 155-173. ISSN 0417-8106.
- DOTTI, Monica. *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci, 2015. ISBN 9788874667109.
- FASOL, Rino. "L'équipe", en BISSOLO, Giorgio y FAZZI, Luca. *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci, 2005. Pág. 209-220.
- FERRARIO, Paolo. *Politica dei servizi sociali*. Roma: Carocci, 2013. ISBN 9788874660209.
- GUIDUCCI, Pier Luigi. *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*. Milán: F. Angeli, 1988.
- INGROSSO, Marco (a cura di). *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Milán: F. Angeli, 1987.
- MORETTI, Carla y MAMMOLI, Milena. "Progetto PASSI: l'integrazione del servizio sociale negli studi medici", en BRONZINI, Micol (a cura di). *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*. Nàpols-Roma: ESI, 2011.
- PREGNO, Cristiana. *Il servizio sociale per gli anziani*. Roma: Carocci, 2016.
- SPISNI, Luisa. "Servizio sociale e cure geriatriche", en DENTE, Franca. *Nuove Dimensioni del servizio sociale*. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli, 2013. Pág. 137-155.
- VECCHIATO, Tiziano. "Integrazione sociosanitaria", en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pág. 320-324.

El modelo socio-sanitario en Euskadi: luces y sombras de la coordinación entre sistemas

The social and health care model in Euskadi: lights and shadows of systems coordination

Felix Arrieta¹ y Emma Sobremonte²

Resumen

El espacio socio-sanitario ha tenido una evolución considerable en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). A pesar de las reticencias iniciales, se puede afirmar que el espacio socio-sanitario es una realidad ya consolidada. Sin embargo, la decisión de no conformar un nuevo sistema y las desiguales realidades de origen de los sistemas de salud y servicios sociales, así como las peculiaridades del sistema político, hacen que existan todavía importantes dificultades y retos de gestión. Bajo el principio de coordinación, se exponen los principales elementos y claves del espacio socio-sanitario de la CAE.

Palabras clave: Atención socio-sanitaria, trabajo social, servicios sociales, coordinación, salud, instituciones.

Abstract

Social and health care attention has considerably evolved in Euskadi. In spite of some initial reticences, social and health care attention is nowadays a consolidated reality. Though, there are management difficulties and challenges due to the decision of not creating a new system, the unequal reality of health and social services and the peculiarities of the political system. Key elements of health and social care under the principal of coordination are exposed.

Key words: Social and health care, social work, social services, coordination, health, institutions.

Para citar el artículo: ARRIETA, Felix y SOBREMONTTE, Emma. El modelo socio-sanitario en Euskadi: luces y sombras de la coordinación entre sistemas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 51-65. ISSN 0212-7210.

¹Departamento de Trabajo Social y Sociología de la Universidad de Deusto. felix.arrieta@deusto.es

²Departamento de Trabajo Social y Sociología de la Universidad de Deusto. emma.sobremonte@deusto.es

1. Introducción

Para comprender el modelo socio-sanitario de la CAE hay que remontarse a la década de los noventa y contextualizar su génesis considerando la combinación de diversos factores que promovieron los primeros debates sobre el “espacio socio-sanitario”. Con este término se expresaba la ausencia de un territorio a medio camino entre lo social y lo sanitario, donde faltaban recursos idóneos para responder a situaciones acuciantes y variadas de complejidad sanitaria y social que angustiaban a los pacientes y familias e interrogaban también a los profesionales e instituciones implicadas.

Además de factores bien conocidos como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad y la fragilidad de las redes informales de apoyo social, derivada, a la vez, de la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral y de la falta de asunción de roles de cuidado informal por parte de muchos hombres, otros elementos como la posición de partida de los dos sistemas de servicios ante esta realidad y las peculiaridades del entramado institucional del sistema político de gobierno de Euskadi serán de gran relevancia en el proceso de construcción del espacio socio-sanitario y en la definición del modelo actual.

Pero narrar cualquier historia, como la que nos ocupa, puede hacerse desde diferentes perspectivas, todo depende de quién la cuente y del acento que ponga su mirada. Por eso a la hora de exponer los antecedentes del modelo de atención socio-sanitaria por el que ha apostado Euskadi no hemos podido sustraernos a exponer, junto a los hechos de la historia oficial, algunos elementos que, como diría Unamuno, pertenecen a la intrahistoria y que están a la sombra de lo más conocido y divulgado.

2. Antecedentes y recorrido histórico

Podemos situar el comienzo de la historia formal remontándonos a 1993, año en el que debido a la creciente demanda de atención socio-sanitaria que se estaba produciendo en el sector salud en Euskadi se establecerá la primera Comisión de Trabajo para realizar el diagnóstico de la situación. La Comisión, compuesta por responsables de la gestión y la administración de servicios sanitarios y por expertos pertenecientes al ámbito hospitalario y de salud mental presentará finalmente en diciembre de 1994 el *Informe de la Comisión de análisis del Espacio Socio-sanitario* al Departamento de Sanidad. Este documento será la base de los desarrollos posteriores en esta materia y recogerá las claves esenciales de la atención socio-sanitaria.

Tras el informe de la Comisión se iniciará un largo debate que, como ya señalamos en un artículo anterior, se planteará clarificar “dónde terminan las competencias de salud y comienzan las de servicios sociales, cuándo un problema sanitario se transforma en social, y, consecuentemente, dónde establecer la línea divisoria entre ambas realidades. Difícil cuestión, que plantea nada más y nada menos que la delimitación de parcelas de un todo indiviso que es el individuo, con una sola realidad, la bio-psico-social, que se ve amenazada por un problema de competencias”. (SOBREMONTTE y LEONARDO, 2001: 13-14)

Pero esta reflexión sobre el espacio socio-sanitario que se inicia en el sistema de salud hay que comprenderla dentro de un contexto más amplio: el de la reflexión estratégica iniciada en el mismo año por la sanidad vasca para reorientar el sistema ante

las nuevas realidades sociodemográficas, los cambios en los patrones de morbilidad, la incorporación de nuevas tecnologías, los costes crecientes y el aumento de las expectativas de los usuarios, realidades que presionaban al sistema a dar nuevas respuestas. El resultado de esa reflexión verá la luz en 1994 con el documento denominado *Osasuna Zainduz* (Cuidando la Salud), en el que se establecerán los pilares fundamentales por los que deberá discurrir la sanidad vasca durante los próximos años. Las bases programáticas del documento se plasmarán tres años después, en 1997, en la Ley de Ordenación Sanitaria, y en la que se definirá lo que a nuestro juicio y para el propósito que nos ocupa será sustancial: la dimensión real de la sanidad vasca y su ámbito de actuación.

Así, tal y como señala la propia Ley, quedará definido de la siguiente manera: «El ámbito reducido técnicamente a las tradicionales modalidades de la asistencia médico-sanitaria: promoción, prevención, curación y rehabilitación». Una declaración de esta naturaleza, en la que se plantea explícitamente la reducción de la actividad sanitaria a las “tradicionales” modalidades, no solo implica un retroceso en la filosofía de la atención integral de la salud, entendida como una realidad biopsicosocial, sino también el intento de ir transfiriendo responsabilidades consideradas no sanitarias a otros agentes y poderes públicos. Acorde a esta filosofía, la citada ley señalará en el art. 2 que corresponderá a todos los poderes públicos vascos preservar la salud y:

“propiciar el diseño de acciones positivas multidisciplinares que complementen a las estrictamente sanitarias (...) Se establecerán los cauces necesarios de cooperación con las administraciones públicas competentes en

materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad de la atención a los problemas o situaciones sociales que concurren en los procesos de enfermedad o pérdida de salud”.

Esta reorientación del sistema que apostará por circunscribir su ámbito competencial hacia lo *estrictamente sanitario* se plasmó también en Euskadi en una decisión política que, desde nuestro punto de vista, ha sido determinante para la coordinación socio-sanitaria hasta la fecha. Nos referimos a la decisión que tomó el Departamento de Sanidad hace ya más de veinte años de retirar a los trabajadores sociales de los equipos de atención primaria de salud por entender, malentender, sería más preciso, que los trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios podían suplir en cada distrito la atención de las necesidades psicosociales de las personas enfermas y de sus familias. Una confusión conceptual de tal envergadura da cuenta de la visión reduccionista y regresiva de la forma de concebir la atención a la salud por parte de la sanidad vasca, visión que quedará perfectamente reflejada en la ley de 1997. El repliegue en este punto dejará huérfanos no solo a los equipos de atención primaria del profesional competente para diagnosticar y tratar la dimensión social de la salud, sino lo que es aún más serio, a los pacientes y familias. En consonancia con esta filosofía, la sanidad vasca reasignará a estas primeras trabajadoras sociales sanitarias de atención primaria de salud recién contratadas funciones de gestión y coordinación entre servicios en las comarcas sanitarias, y no volverá a contratar más plazas en atención primaria.

Como algunos expertos señalaron en su momento, la ausencia de profesionales de

■ La ausencia de profesionales de trabajo social en los centros de atención primaria de salud supondrá un gran obstáculo para los contactos entre ambos sistemas.

trabajo social en los centros de atención primaria de salud supondrá un gran obstáculo para los contactos entre ambos sistemas (Aguirre Elustondo, 1993). También se oirán otras voces poniendo en cuestión la organización e inversión de funciones de ambos sistemas y alertando de que esta descoordinación tendría efectos también en la calidad asistencial, sobre todo en el ámbito de la psiquiatría (Genua y Arriola, 1995).

Y será en ese contexto y bajo esta filosofía desde donde se irán poniendo los mimbres del modelo de atención socio-sanitaria en Euskadi. Así, el camino impulsado por la sanidad en 1993 a través de la Comisión de análisis del Espacio Socio-sanitario dará lugar a una serie de acuerdos posteriores en cada territorio para la cooperación entre los servicios sociales y el sistema de salud, que se firmarán en primer lugar en Gipuzkoa en 1996, más adelante en Bizkaia y Álava en 1998.³ En ellos se irán concretando acuerdos territoriales de colaboración entre ambos sistemas para avanzar en la concreción de las necesidades sociosanitarias y en la actuación conjunta. Para salvar las dificulta-

des de coordinación real derivadas del marco político-administrativo y la distribución competencial existente en enero de 2003 se firmará finalmente el Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y el de Empleo y Asuntos Sociales para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Pero mientras tanto hay que tener en cuenta que el Sistema de Servicios Sociales a comienzos de la década se encontraba aún en una fase embrionaria sin la estructura y organización necesaria para garantizar el derecho de toda la ciudadanía a los servicios sociales. Por esta razón, será en 1996 cuando la segunda Ley de Servicios Sociales abordará, en su Título II, la organización del sistema de servicios sociales consolidando definitivamente la distribución de los servicios en servicios sociales especializados y en servicios sociales de base, describiendo las funciones de cada grupo y atribuyendo, en el Título III, las competencias de unos y otros entre los Ayuntamientos y los órganos forales de los territorios históricos. De esta manera, nos encontraremos a finales de la década con unos servicios que se están implantando progresivamente, y todo hay que decirlo, con escasos medios y experiencia en comparación con la sanidad.

Nos encontramos por tanto en un escenario en el que los dos sistemas caminan a velocidades diferentes y cuya actividad va

³ El Acuerdo Marco de 20 de mayo de 1996 para la colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, y Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, para la cobertura de necesidades socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

• El Acuerdo Marco de 14 de mayo de 1998 entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Bizkaia para colaborar en el espacio socio-sanitario, en el Territorio Histórico de Bizkaia.

• El Acuerdo Marco de 16 de noviembre de 1998 entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, para colaborar en la cobertura de necesidades socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Álava.

prácticamente en paralelo, a excepción del trabajo de atención y coordinación socio-sanitaria, intersistémica e intrasistémica, que venían desarrollando históricamente las y los trabajadores sociales sanitarios ubicados en los diferentes dispositivos de atención sanitaria, fundamentalmente hospitalarios y de salud mental por ser precisamente, el socio sanitario, entendido tanto en sentido clínico asistencial como desde la perspectiva de la gestión y coordinación de recursos, el ámbito propio de su actuación, puesto que esta especialidad del trabajo social nacerá a primeros del siglo XX dentro de los servicios sanitarios en Estados Unidos con esa misión y se extenderá posteriormente por todo el mundo.

Así, en el marco de su actividad clínico-asistencial en los equipos y servicios de salud, la coordinación con los servicios sociales y comunitarios ha sido y sigue siendo uno de los ejes centrales del trabajo social sanitario para aquellas situaciones que presentan como denominador común: complejidad y/o intensidad de cuidados de salud, diversos niveles de dependencia, ausencia o fragilidad de sus redes naturales de apoyo social y/o situaciones de desprotección o exclusión social.

Así, queda claro que disponiendo de primera mano del conocimiento y con voluntad política es factible adaptar los procedimientos a las necesidades integrales de las personas para evitar que, como destacó Aguirre: “Una vez más lo formal-legal, lo político-administrativo se aleja de la realidad

personal/individual y social” (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993: 4). De esta forma, se puede mejorar la calidad, ser más eficiente y eficaz con los mismos recursos y evitar duplicidades y costes de transacción innecesarios.

La importancia de la atención socio-sanitaria, su filosofía y todos los aspectos novedosos que implica tanto desde la perspectiva de la planificación como de la provisión, gestión, atención y coordinación de recursos quedó recogida por Dolors Colom⁴ en la obra titulada *La atención socio-sanitaria del futuro*, publicada en 1997, obra pionera de obligada referencia para los profesionales del sector (COLOM, 1997). Posteriormente, otros expertos como RODRÍGUEZ CABRERO (2007) o FANTOVA (2008) abordarán la cuestión de la coordinación entre servicios sociales y sanitarios desde diferentes perspectivas. Éstas y otras aportaciones serán publicadas por Demetrio Casado en 2008 en la obra *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales* (CASADO, 2008).

En cualquier caso, experiencias de este tipo a nivel operativo han puesto en evidencia que las cosas pueden hacerse mejor de otra manera para que las personas y las familias no tengan que esperar en momentos tan críticos. Porque, ¿qué ocurre mientras dura la espera del servicio que se necesita? ¿Qué consecuencias tiene para las personas y sus familias? Esto es un punto clave a es-

⁴PROSAD fue la denominación que recibió el Programa de Atención Domiciliaria para garantizar la continuidad asistencial socio-sanitaria que se implementó en el Hospital de Basurto de Bilbao a finales de las noventa. Esta experiencia fue tomada como referencia del Hospital de Manresa, donde la trabajadora social, jefa del servicio de TSS, Dolors Colom, pionera en este ámbito en España, ya lo había implementado años antes con excelentes resultados en el marco del primer programa de planificación del alta hospitalaria llevado a cabo por la misma autora o desarrollado por primera vez en España y publicado en el año 2000 (Colom, 2000).

tudiar que tiene que ver con la *continuidad asistencial* de cualquier modelo socio-sanitario pero que pocas veces se ha abordado analizando lo que ocurre desde la perspectiva de las personas que esperan, sino más bien, y colateralmente, desde la perspectiva institucional. Investigaciones que se han ocupado de analizar esta cuestión han puesto en evidencia el grado de abandono institucional que se produce durante ese lapso de tiempo y la gravedad de sus consecuencias, advirtiendo de la necesidad de implantar un modelo de gestión de la espera que provea de atención integral durante esa fase tan crítica, cargada de riesgo e incertidumbre (SOBREMONTÉ, COLOM, y AURRE-KOETXEA, 2009). Tomar en cuenta esta perspectiva constituye una innovación de relevancia en el ámbito socio-sanitario. Innovación que responde a la responsabilidad ya no solo técnica sino ética de hacer lo posible y lo imposible para dar una respuesta humana, justa y solidaria a quienes sufren las consecuencias de las deficiencias del sistema o sistemas y a cuyas prestaciones y servicios tienen derecho.

3. Principales elementos del modelo

Los esfuerzos realizados por construir un modelo vasco de atención socio-sanitario, como se ha visto anteriormente, han quedado plasmados en los diferentes acuerdos interinstitucionales que se fueron firmando desde 1993 hasta el 2003. Pero será en el *Plan estratégico para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en el País Vasco 2005-2008* donde se llegará a definir el *modelo* por el que ha apostado Euskadi y se configurarán los elementos conceptuales y rasgos constituyen-

■ La apuesta será por un modelo de coordinación entre sistemas, y no de integración o creación de un tercer sector o sistema socio-sanitario.

tes en los que deberán encuadrarse las iniciativas territoriales. Se fijarán también los objetivos y las acciones que habrá que desarrollar para consolidar el Plan. La apuesta será por un modelo de coordinación entre sistemas, y no de integración o creación de un tercer sector o sistema socio-sanitario. Este modelo se sustentará sobre la firme creencia de las sinergias y beneficios que cabe esperar de una acción conjunta entre las organizaciones sociales y sanitarias existentes.

Posteriormente, en mayo de 2006, un grupo de trabajo interinstitucional elaborará un catálogo detallado de servicios sanitarios y servicios sociales presentes al menos en uno de los tres territorios de Euskadi. Este catálogo pretenderá servir de base para la futura cartera de servicios socio-sanitarios todavía pendiente de concretar. La colaboración y cooperación iniciada será también recogida en la última Ley de Servicios Sociales de 2008. Así, ya en febrero de 2011 se presentará el Documento Marco sobre las directrices de Atención Sociosanitaria en Euskadi, que serán vinculantes para las partes implicadas a efectos de lograr las sinergias necesarias de la actuación conjunta. Este documento ha sido el referente principal para el siguiente plan estratégico y para el desarrollo de los planes operativos socio-sanitarios en cada Territorio. Por último, se elaborará y presentará el documento *Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria para Euskadi, 2013-2016*'.

Así con el impulso para la creación del “espacio socio-sanitario”, que surge en Euskadi, al igual que en otras comunidades autónomas, desde el sistema de salud para solicitar la cooperación de otros poderes públicos, especialmente de los servicios sociales en todo aquello que entiende que excede sus competencias estrictamente sanitarias, comenzará formalmente la historia del modelo socio-sanitario de la CAE. Historia que se inicia con el acercamiento entre ambos sistemas y que se centrará en la búsqueda de estructuras de coordinación formales acordes al marco legal para superar las dificultades derivadas de las diferentes formas de financiación de cada sistema, de provisión de recursos y de organización funcional.

Pero, ¿en qué punto se encuentra hoy el

modelo vasco de atención socio-sanitaria? ¿Cuál es su mirada, su visión y su misión? En lo que sigue trataremos de exponer sintéticamente sus aspectos centrales.

Misión, visión y principios

Bajo la premisa de la coordinación, el sistema socio-sanitario vasco se construye, como hemos visto anteriormente, a partir de la colaboración entre los sistemas social y sanitario, creando un espacio común, que no un nuevo sistema con estructuras propias. A partir de esta premisa, resulta interesante observar cómo la definición del sistema, plasmada en la misión, visión y principios que lo rigen, ha ido variando a lo largo de los años en función del camino transitado y de los acuerdos adquiridos.

Tabla 1. Misión del Modelo de Atención Socio-sanitaria Vasca 2005-2013

Plan estratégico socio-sanitario 2005-2008	Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria 2013-2016
<p>Prestar la atención que requieren las personas que por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención Sanitaria? y Social, simultánea, coordinada y estable.</p>	<p>Desarrollo de un modelo de atención socio-sanitaria efectivo, coordinado y sostenible centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital de respuesta al compromiso de los poderes públicos de Euskadi.</p>

Fuente: (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2005, 2013)

La misión es el horizonte que persigue el sistema, lo que en un escenario ideal debería conseguir. Un análisis comparativo entre la misión del sistema definida en el plan estratégico de 2005 y la última definida en el 2013-2016 deja ver una clara evolución en la perspectiva y horizonte del sistema socio-sanitario de Euskadi. Tal y como se puede observar en la tabla 1, la coordinación es la única

de las características que se mantiene estable en el tiempo de las tres características que definen el sistema. En el camino se ha transitado de la simultaneidad y estabilidad definidas en 2005 a la efectividad y sostenibilidad en 2013. Este cambio de paradigma, que tiene como base la coordinación pero reorienta la misión, tendrá también su reflejo en el resto de aspectos comparativos que definen el sistema.

En la tabla 2 se observa la visión, también en perspectiva comparada entre ambos. En este caso la reorientación que se comienza a vislumbrar en la definición de la misión es todavía más evidente. En primer lugar, desaparece de la ecuación el verbo ‘garantizar’, comienzo de la declaración de intenciones de 2005. En segundo lugar, desaparece también la idea de conseguir un sistema integral e integrado y se sustituye por

la confianza y el consenso interinstitucional. Por si ello no fuera suficiente, la declaración de 2013 es acompañada por una frase clarividente: ‘en una línea pragmática...’. Es claro pues, que, se produce una reorientación en los elementos definitorios del sistema en clave ‘pragmática’, realista o simplemente, con una mirada más reduccionista respecto a lo que se debiera de favorecer.

Tabla 2. Visión del Modelo de Atención Socio-sanitaria Vasco 2005-2013

<p>Plan estratégico socio-sanitario 2005-2008</p>	<p>Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria 2013-2016</p>
<p>Garantizar, al máximo número de personas de la CAPV, la prestación de servicios, tanto sanitarios como sociales, a los que tenga derecho, de acuerdo con sus necesidades asistenciales, mediante un sistema coordinado, integral e integrado, eficiente, efectivo y de calidad así como territorialmente equilibrado.</p>	<p>En una <i>línea pragmática</i> la visión podría definirse como: “la aspiración a crear un marco normativo y operativo que permita una interlocución institucional fluida y basada en unos criterios de consenso y mutua confianza”.</p>

Fuente: (Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco, 2005, 2013)

Complementariamente a lo ya mencionado, desaparece de la visión del sistema la perspectiva del usuario y es sustituida por una visión ‘ad intra’ entre sistemas (sanitario y social) y niveles institucionales (autonómico, foral y local) de los mismos. La razón de ésta pudiera haber sido una definición demasiado ambiciosa en origen o a la contra, imbuidos en el pragmatismo ya mencionado con anterioridad, adquiere la primacía el criterio de coordinación interna.

Así pues, la coordinación y el consenso son los elementos principales que impregnan la misión y visión del ámbito socio-

sanitario en la CAE y los que determinan su propia organización interna. Cabe pensar que el énfasis en estos elementos manifiesta que los avances para lograr la estructura de coordinación que exige el modelo de atención socio-sanitaria por el que se ha apostado continua arrastrando las dificultades que devienen de la división competencial de los entes implicados, y que afectan, en consecuencia, a la gobernanza.

Gobernanza de la atención socio-sanitaria

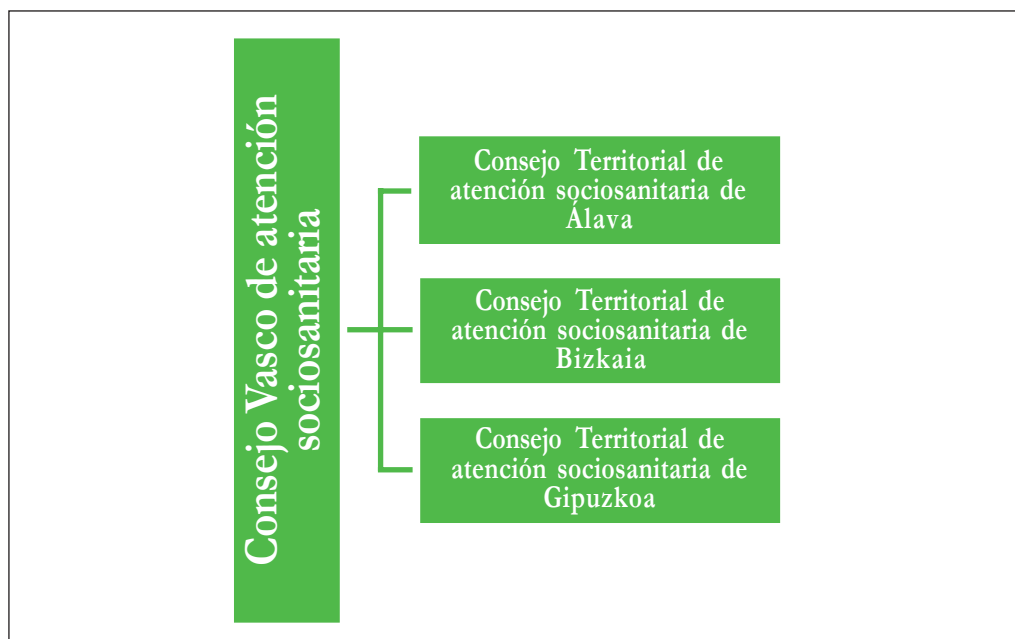
La gobernanza del sistema está determi-

nada por las estructuras que dan respuesta al principio general de coordinación mencionado previamente. Bajo este principio no existe ningún organismo cuya función principal sea la de implementar las políticas socio-sanitarias, y por lo tanto se recurre a los órganos de coordinación, o consejos, como espacios donde consensuar políticas y tomar decisiones conjuntas. Los consejos, espacios de gran tradición en el sistema político vasco, responden a la realidad de un sistema institucional fragmentado y complejo. Este hecho es más evidente en el caso del sistema de servicios sociales, donde los tres niveles institucionales tienen competencias en la materia.

Así pues, y bajo esta premisa, se estructuran los mecanismos de gobernanza del sistema socio-sanitario de la CAE. El órgano común,

encargado de marcar las directrices y aprobar los documentos estratégicos que guían el proceso, es el Consejo Vasco de Atención Socio-sanitaria. Este órgano reúne a los consejeros de Salud y Asuntos sociales, a los tres diputados forales de Servicios Sociales y a un representante de EUDEL, asociación de municipios vascos. Se trata por lo tanto de un órgano de carácter político que tiene su reflejo a nivel territorial con los consejos territoriales de atención socio-sanitaria de cada uno de los territorios históricos. En éstos, se reúnen actualmente la diputada foral de Servicios Sociales, el delegado territorial de Salud, ambos junto con representantes de sus departamentos y un representante de EUDEL. En el gráfico 1 se puede observar la estructura de consejos políticos del Sistema Socio-sanitario de la CAE.

Gráfico 1. Organización Política del Sistema Socio-sanitario de la CAE



Fuente: (Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco, 2010)

Y es en este punto en el que se acaban todas las similitudes en cuanto a la organización de las estructuras territoriales. A partir de este punto cada uno de los territorios tiene acordado con el Departamento de Salud distintas comisiones de trabajo, entre las que destaca, con distinta denominación en cada uno de ellos, la Comisión de Orientación y Valoración, donde personal técnico de ambos sistemas evalúa los casos definidos como del ámbito socio-sanitario y ofrece una respuesta adecuada a la necesidad.

En su extenso informe de análisis del ámbito socio-sanitario de Euskadi, el Ararteko⁵ ya advertía de que la construcción del sistema socio-sanitario ha sido un proceso dilatado, con ritmos distintos en cada uno de los territorios (ARARTEKO, 2007). El esquema organizativo descrito es un reflejo fiel del mismo.

El segundo de los elementos que define la gobernanza del sistema es la financiación. Según el acuerdo marco firmado en 2010 por el Gobierno Vasco y las tres diputaciones forales, el soporte sobre el que descansan las prestaciones del sistema es el sistema de servicios sociales al que se define como marco y donde, en unos casos puntuales, la

sanidad aportará financiación (Eusko Jauriaritza - Gobierno Vasco, 2010):

El Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco asume la financiación de determinadas prestaciones sanitarias ofrecidas en el marco del sistema de servicios sociales (tanto en recursos de titularidad pública, como en otros de titularidad y gestión de la iniciativa social) o la cofinanciación de los recursos específicamente definidos como socio-sanitarios.

Así, nos encontramos con tres tipos de convenios:

- a) Convenios entre el Gobierno Vasco, Osakidetza y una Diputación, en los que el Gobierno financia una parte del coste de la plaza, cercana al 50%: unidades de atención sociosanitaria y centros psicosociales.*
- b) Convenios entre el Gobierno Vasco, Osakidetza y una Diputación, en los que el Gobierno financia el coste del personal médico y de enfermería.*
- c) Convenios entre el Gobierno Vasco y asociaciones o fundaciones de atención a personas dependientes o en riesgo de exclusión con problemas sanitarios específicos.*

Según los datos presentados por el Gobierno Vasco, la financiación recibida por parte del Departamento de Sanidad a cada uno de los territorios en los conceptos recientemente mencionados fue la siguiente:

Tabla 3. Financiación del Departamento de Sanidad a los territorios en concepto de acuerdos socio-sanitarios. 2011.

	Álava - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Financiación	2.900.358 €	3.801.059 €	7.507.643 €

Fuente: (Eusko Jauriaritza - Gobierno Vasco, 2015)

Sorprende, en los datos mostrados en la tabla 3, la cantidad que recibe Gipuzkoa sobre todo frente a Bizkaia, que le dobla en

población. El desarrollo y los acuerdos del ámbito socio-sanitario en Gipuzkoa han tenido mayor recorrido que en Bizkaia ya que se

⁵ Defensor del Pueblo Vasco.

comenzó su andadura seis años antes (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2010), y por lo tanto puede que sea ésta la razón de la diferencia de gasto, más consolidado en Gipuzkoa que en los otros dos territorios. Éste es, en cualquier caso, un elemento más de diferencias territoriales que vienen a poner en evidencia la territorialización del propio modelo y sus efectos en términos de equidad.

Recursos del sistema socio-sanitario

En lo que se refiere, finalmente, a los recursos con los que cuenta el sistema, huelga decir que el sistema no dispone de ningún recurso propio definido enteramente como socio-sanitario. Siguiendo los principios y criterios narrados hasta el momento, se definen un número de plazas en los recursos del sistema de servicios sociales bien sean centros residenciales o bien plazas conveniadas en unidades hospitalarias de

crónicos, que a partir de dicho momento pasan a ser financiadas de manera conjunta. Además, se financian también de manera conjunta recursos gestionados por el tercer sector pero dirigidos a los llamados ‘colectivos diana’ que forman parte del entramado socio-sanitario: personas con enfermedad mental, con VIH/SIDA, personas drogo-dependientes o con daño cerebral adquirido. La realidad de estos recursos, como también hemos mencionado previamente, difiere en cada uno de los tres territorios.

Sin embargo, las plazas residenciales para personas mayores dependientes son más sencillas de cuantificar, en tanto que se definen de forma modular en unas residencias concretas. En la tabla 4 se puede observar, según los últimos datos disponibles, el número de centros en los que se ha conveniado en cada territorio, así como el número total de plazas que supone dicho convenio.

Tabla 4. Número de centros y plazas conveniados en el régimen socio-sanitario por territorio histórico. 2010.

	Álava - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Número de centros	2	4	2
Número de plazas	39	190	90

Fuente: (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2010)

Las diferencias no parecen significativas si las comparamos con las poblaciones diana de cada uno de los territorios, pero sí si lo hacemos respecto a los recursos empleados para ello. Es ésta otra de las diferencias fundamentales respecto a la arquitectura del sistema.

Líneas estratégicas en desarrollo hasta el 2016

Acorde a la visión pragmática de aspirar

a crear un marco normativo y operativo que permita la interlocución institucional fluida entre los entes implicados en la atención socio-sanitaria, las líneas estratégicas en desarrollo en Euskadi hasta el 2016 son las siguientes:

1. *Definición de una cartera de servicios socio-sanitarios.*
2. *Implantación de un sistema de información y comunicación socio-sanitario.* Incluye la elaboración de la historia socio-sani-

taria y la coordinación entre los comités de ética de ambos sistemas.

3. *Formalización de acuerdos socio-sanitarios.* Se incorporan como socios a otras instancias y sectores, algunos institucionales como los departamentos de Educación, Justicia y de Seguridad Social, y otros, como el tercer sector.
4. *Plan de desarrollo en colectivos diana:* personas con trastorno mental, en riesgo de exclusión y desprotección, discapacidad y dependencia, niños y niñas con necesidades especiales, personas trasplantadas y con enfermedades poco frecuentes.
5. *Impulso de la formación, innovación y transferencia.*

4. Reflexiones finales

A partir de los elementos analizados y partiendo de la enumeración de los retos que se planteaban por algunos autores (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993; GENUA y ARRIO-LA, 1995) al comienzo del camino de la construcción del ámbito socio-sanitario en la CAE, se han producido avances evidentes en materia de coordinación (estructuras comunes de coordinación territorial) y financiación de servicios. Esto supone un compromiso por parte de ambos sistemas, salud y servicios sociales, en el desarrollo del modelo.

Se ha producido una mayor implicación del sistema de salud en la prestación de servicios sanitarios para garantizar la continuidad asistencial entre niveles de atención primaria y especializada en sus propias demarcaciones territoriales, las comarcas sanitarias. Y en aras a facilitar esta integración intrasistémica se han creado las primeras OSIS (Organizaciones Sanitarias Integradas

- Atención Primaria y Atención Especializada). También se ha avanzado en el desarrollo de las unidades de cuidados paliativos, de daño cerebral y de rehabilitación funcional y psicosocial en el ámbito de la salud mental y de la atención temprana.

La sanidad, en su intento de demarcar con más precisión sus competencias y responsabilidades en el ámbito socio-sanitario, se ha ido decantando por la fórmula de la cofinanciación de algunos servicios de naturaleza sanitaria que se prestan en unidades residenciales que atienden a personas con diferentes procesos de salud crónicos o en periodo de convalecencia. El tiempo máximo de permanencia está limitado a un año, y los gastos están cofinanciados por ambos sistemas pero en una cuantía menor por la sanidad.

Se están produciendo actuaciones a nivel operativo y de gestión en la coordinación intersistémica entre los servicios sociales y sanitarios a través de la elaboración de protocolos de coordinación entre los profesionales de referencia de ambos sistemas que operan en el mismo territorio, con el fin de detectar situaciones de riesgo social y sanitario por ambas partes en distintos colectivos y de establecer quiénes son los agentes que en cada caso tendrán la responsabilidad de actuar para abordarlas.

En cuarto lugar, los avances realizados en la articulación y consolidación de los servicios sociales tanto de atención primaria como especializada y la incorporación del tercer sector en la prestación de servicios y de la iniciativa privada, sobre todo en el ámbito residencial a través de la concertación, son factores que están contribuyendo no solo a ampliar la oferta de recursos disponibles para mejorar la atención socio-sanitaria, sino también a la innovación en muchas de las

modalidades de servicios. Es una realidad que estas organizaciones tienen una mayor flexibilidad en la gestión, se adaptan con mayor rapidez a las necesidades cambiantes de la sociedad, y puesto que muchas de ellas surgen de la asociación de personas que padecen situaciones similares, tienen mayor potencialidad y motivación para detectar las necesidades emergentes y generar nuevos servicios más acordes a ellas.

Sin embargo, hay que subrayar dos cuestiones sustanciales que están dificultando en la práctica que la coordinación avance al ritmo que cabría esperar.

La primera tiene que ver con la dificultad que muestran ambos sistemas para innovar en las fórmulas de coordinación socio-sanitaria al plantearlas nuevamente en términos casi idénticos a lo que siempre se ha venido haciendo entre los trabajadores sociales de ambos sistemas, pero ahora introduciendo nuevos actores en la escena. La consecuencia no se hace esperar; para llegar al final del camino se requieren más esfuerzos extras que antes tanto por parte de los profesionales como de los usuarios. Y todo ello sin que aún se haya logrado desterrar uno de los principales escollos con el que siempre se topa la coordinación socio-sanitaria mencionado anteriormente: las dificultades de acceso sobre todo a los recursos sociales que devienen no solo del cumplimiento de los requisitos técnicos o relacionados con el copago, sino de la rigidez de las estructuras y lentitud de los procedimientos administrativos establecidos. Y en vez de reflexionar sobre fórmulas valientes, flexibles e innovadoras que permitan solventar los obstáculos, y evitar los elevados costes de transacción que produce la coordinación, el bucle se retroalimenta, es más, se compli-

■ **Las dificultades de acceso sobre todo a los recursos sociales que devienen no solo del cumplimiento de los requisitos técnicos o relacionados con el copago, sino de la rigidez de las estructuras y lentitud de los procedimientos administrativos establecidos.**

ca cuando al establecer nuevos circuitos de coordinación entran más actores en la escena y se establecen aún más pasos en el itinerario para llegar al punto final. Sin duda, cuantos más pasos, más trabajo para los profesionales y más esfuerzo para los usuarios. ¿Cabe pensar que la coordinación será así más eficiente, eficaz o de mayor calidad? Habrá que seguir tirando de cada uno de los hilos que forman los nudos de la madeja (SOBREMONTÉ, 2009) en los que se quedaban atrapadas las personas en el sistema.

La segunda, relacionada con la idea anterior, tiene que ver con las fórmulas y procedimientos de detección de riesgo social planteadas entre ambos sistemas que traslucen la presión del sistema sanitario sobre el social para obtener mejores, mayores y más ágiles respuestas ante las dificultades de índole social que obstaculizan el logro de los objetivos de salud. Da la impresión de que el impulso para el éxito del modelo socio-

■ **El impulso para el éxito del modelo socio-sanitario va a depender de la capacidad que tengan los servicios sociales de asumir progresivamente las responsabilidades que recaen en él.**

sanitario va a depender de la capacidad que tengan los servicios sociales de asumir progresivamente las responsabilidades que recaen en él, incrementando para ello la oferta de servicios de apoyo social en todas sus modalidades y también su intensidad. Pero para que esto pueda ser así, además del marco jurídico necesario para sustentar el modelo y de la definición sobre el papel de la cartera de servicios socio-sanitaria, el logro de un buen modelo no será posible sin una apuesta política cuyo compromiso se materialice en la práctica en un incremento notable de la financiación. Si giramos ahora nuestra mirada hacia la situación de los servicios sociales vascos y nos fijamos en que desde la última ley de 2008 hasta 2015 no ha sido posible probar el decreto de cartera, no resulta difícil pensar que las cuestiones financieras que han demorado el proceso se repitan en el caso de la cartera de servicios socio-sanitarios, donde la complejidad puede ser aún mayor si se tiene en cuenta que hay más sistemas implicados que tienen que negociar y consensuar, y no solo nos referimos al de servicios sociales, sino también al educativo, al de empleo, etc.

A partir de esta realidad enumeramos los retos que en nuestra opinión siguen pendientes y que urge abordar para que el modelo de la atención socio-sanitaria de la CAE en el futuro se consolide.

1. Path dependency e inequidades territoriales. Superar la división, las inercias institucionales y las distintas realidades que ello crea en cada uno de los territorios, generando en la rea-

lidad tres sistemas en una única comunidad autónoma en un marco de inequidad.

2. Marco jurídico común y cartera socio-sanitaria. Es imprescindible, una vez aprobada la cartera de servicios sociales, la definición de una normativa común, en forma de cartera socio-sanitaria.

3. Apuesta por la centralidad del TS sanitario. Incorporándolo en los equipos de atención primaria y potenciando su presencia en los centros comunitarios de salud mental, como profesionales de referencia y de gestión y atención de casos; ello posibilitaría no sólo la mejora y eficiencia de la atención socio-sanitaria, sino algo que es esencial: la prevención comunitaria.

4. Apuesta por el enfoque real centrado en la persona. Que supondría implementar de una forma real la metodología y cambio de paradigma que supone este modelo tal y como recoge VILÁ y RODRIGUEZ (2014).⁵

5. Reconocimiento mutuo y lenguaje común. Que cada uno de los sistemas asuma como propio lo que el otro valora, diagnostica y prescribe. Que se trabaje por procesos socio-sanitarios.

En conclusión se puede afirmar que en la CAE la capacidad de penetración del sector sanitario en los cuidados de la salud de la comunidad se produce a mayor ritmo que la del sector social, cuyos recursos son más limitados a este respecto. Es imprescindible

⁵ Hay que señalar que ya en 2004 Antoni Vilá en su artículo 'Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España' revisó el marco jurídico y las distintas respuestas articuladas desde los diversos ámbitos implicados por la dependencia (Vilá, 2004).

encontrar el equilibrio necesario y generar un espacio que sea realmente socio-sanitario en su definición e implementación, dotándolo de los recursos para ello.

Podemos afirmar que se han dado muchos pasos. La CAE ha tenido la valentía de

poner en marcha el modelo a priori más eficiente en la realidad institucional más compleja para su implementación. No es extraño que tras 25 años de andadura quede aún un largo trecho por recorrer. Hay mimbres y voluntad para ello. *Tempus fugit! Alea jacta est!*

Bibliografía

- AGUIRRE ELUSTONDO, J. A. «Conexión de la asistencia social y sanitaria. Análisis estratégico», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, nº 23 (1993). Pág. 4-14.
- ARARTEKO. *Atención socio-sanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Vitoria - Gasteiz: Ararteko, 2007.
- CASADO, D. *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Editorial Hacer, 2008.
- COLOM, D. *La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades, nuevas soluciones*. Barcelona: Editorial Mira, 1997.
- COLOM, D. *La planificación del alta hospitalaria*. Barcelona: Editorial Mira, 2000.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. Vitoria - Gasteiz, 2005.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la CAE. Vitoria - Gasteiz, 2010.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. Vitoria - Gasteiz, 2013.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Plan estratégico de servicios sociales 2016-2019. Vitoria - Gasteiz, 2015.
- FANTOVA, F. «Experiencias de coordinación sociosanitaria», en CASADO, D. (Ed.) *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Editorial Hacer, 2008. Pág. 107-116.
- GENUA, I. y ARRIOLA, E. «El Espacio sociosanitario. Propuesta de acción a corto plazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, nº 26 (1995). Pág. 38-48.
- Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales (BOPV de 12 de noviembre de 1996).
- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (BOPV de 21 de julio de 1997).
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (BOPV de 24 de diciembre de 2008).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. «Los pilares de la Ley de Dependencia. Especial referencia a la coordinación institucional», en *Revista de Análisis Local*, nº 70 (2007). Pág. 21-30.
- SOBREMONTTE, E. «Deshaciendo la madeja de los servicios sociales», en *EHUko Uda Ikastaroak*. Donostia - San Sebastián: UPV-EHU, 2009.
- SOBREMONTTE, E.; COLOM, D. y AURREKOETXEA, M. *Análisis del impacto psicosocial del tiempo de espera para el acceso de las personas en situación de dependencia y sus familias a un recurso residencial*. Madrid: Imserso, 2009.
- SOBREMONTTE, E. y LEONARDO, J. «El espacio socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: una propuesta funcional de análisis», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, nº 39 (2001). Pág. 5-18.
- VILÁ, A. «Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España», en CASADO, D. (Ed.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, 2004. Pág. 153-156.
- VILÁ, A. y RODRÍGUEZ, P. *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Editorial Tecnos, 2014.

Atención integrada. ¿Oportunidad, reto, necesidad? Transformando la atención a las personas

Integrated attention. Opportunity, challenge, need? Transforming people care

Esther Sarquella¹, Albert Ledesma², Carles Blay³, Joan Carles Contel⁴, Assumpció González⁵ y Lluís Viguera⁶

Resumen

La atención social y sanitaria integrada se está convirtiendo en un tema central en la agenda de los servicios sociales y sanitarios en Cataluña. Este nuevo modelo de atención requiere una transformación profunda en el conjunto del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales. Para poder catalizar esta transformación, el Gobierno catalán puso en marcha en febrero de 2014 el PIAISS. Este Plan está promoviendo con visión poblacional y de implementación territorial un conjunto de proyectos orientados todos ellos a poder garantizar en Cataluña un nuevo modelo de atención capaz de conseguir unos mejores resultados en salud y bienestar, una mejor experiencia en la atención por parte de las personas y un uso óptimo de los recursos disponibles, asegurando una atención planificada, proactiva, coordinada y continuada; garantizando una respuesta equilibrada a las necesidades de atención social y sanitaria; y promoviendo una atención de base comunitaria y de proximidad.

Paraules clau: Atención integrada, atención centrada en las personas, territorio.

Para citar el artículo: SARQUELLA, Esther; LEDESMA, Albert; BLAY, Carles; CONTEL, Joan Carles, GONZÁLEZ, Assumpció y VIGUERA, Lluís. Atención integrada. ¿Oportunidad, reto, necesidad? Transformando la atención a las personas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 66-81. ISSN 0212-7210.

¹ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. esarquella@gencat.cat

² Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. aledesma@gencat.cat

³ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. cblay@gencat.cat

⁴ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. jcontel@gencat.cat

⁵ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. Assumpció_gonzalez@gencat.cat

⁶ Miembro del comité operativo del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. Luis.viguera.espejo@gmail.com

Abstract

Integrated health and social care is becoming a key topic in the agenda of social and health care services in Catalonia. This new model requires a deep transformation of the whole health and social care service. In order to do so, the Catalan government launched PIAISS in February 2014. This Plan has a territory perspective and promotes several projects aimed at guaranteeing a new care model able to obtain better results in health and well-being, a better experience in attention from the human point of view and a proper use of the available resources. It assures an attention which is planned, proactive, coordinated and continuous. It guarantees a balanced response to social and health needs and promotes attention from a community-based approach.

Key words: Integrated attention, person-centered care, territory

El Gobierno creó en febrero de 2014 el Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (en adelante PIAISS), dependiente del Departamento de la Presidencia y con la participación de los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia para promover la transformación del modelo actual de atención social y sanitaria hacia un nuevo modelo que garantice una atención social y sanitaria integrada y centrada en las personas.

El modelo catalán de atención integrada propone atender a las personas considerando sus preferencias, necesidades y expectativas, siempre con el compromiso de respetar sus derechos y promover el ejercicio de sus deberes por medio de un plan de atención único que se perciba como un servicio único.

En la actualidad, Cataluña dispone de un modelo de atención a las necesidades sociales o sanitarias que tiene muchas fortalezas, pero que es poco adecuado a la nueva reali-

dad en la que vivimos. En este modelo, las personas son sujetos pasivos que transitan por múltiples dispositivos y servicios e interaccionan con un gran número de profesionales con escasa comunicación entre ellos y por tanto reciben una respuesta excesivamente fragmentada y no adecuadamente priorizada a sus necesidades.

El escenario social y demográfico que afronta Cataluña, con un envejecimiento poblacional creciente así como una esperanza de vida de las más elevadas de Europa y un aumento destacable de la complejidad social por el impacto del desempleo, riesgo de pobreza y exclusión social hacen imperiosa esta transformación. En la misma línea, el cambio en la configuración actual y futura de Cataluña, desde la óptica social y económica, con un gran impacto de la globalización de la economía, la redistribución de la riqueza y del bienestar y el predominio de los valores individuales respecto de los

comunitarios o sociales, hace necesaria una nueva manera de entender la atención a la salud y el bienestar de las personas.

■ Ha llegado el momento de hacer efectiva la transformación de nuestro modelo y mejorar la capacidad del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales para responder a las necesidades actuales de la ciudadanía.

Ha llegado el momento de hacer efectiva la transformación de nuestro modelo y mejorar la capacidad del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales para responder a las necesidades actuales de la ciudadanía. El cambio que se propone se basa en la adopción de un modelo de atención integrada, que supere anteriores paradigmas de servicios estancos y compartimentados, a fin de lograr mejores resultados de salud y bienestar en las personas y de la comunidad; garantizar buenas experiencias en la atención que reciben las personas; promover el uso más adecuado de los recursos disponibles. En definitiva garantizar una respuesta adecuada, personalizada y adaptada a las necesidades de atención, mejorando la calidad del servicio ofrecido y promoviendo más corresponsabilidad y apoderamiento.

Este modelo de atención integrada nace con la vocación de ser poblacional, es decir, que está pensado y diseñado para el conjunto de la ciudadanía, aunque para su factibilidad se propone priorizar inicialmente su aplicación a las personas en situación de complejidad social y sanitaria. Sin embargo, cabe destacar que la implementación del

modelo para este grupo y las actuaciones que se realicen para hacerlo realidad tendrán un impacto positivo para el conjunto de la sociedad. Poco a poco y de manera progresiva, será necesario planificar su desarrollo en grupos de población de menor complejidad, y por tanto en su implementación total el conjunto de la ciudadanía disfrutará de un nuevo modelo de atención, en el que se tengan en cuenta las preferencias de las personas y sus necesidades de atención de forma integrada.

Para alcanzar los retos que plantea el proceso de creación de un modelo de atención integrada en Cataluña, se requiere un cambio importante que desarrolle un entorno de colaboración entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. En estos momentos hay que avanzar juntos preservando las singularidades y fortalezas específicas de cada sector para ponerlas conjuntamente a disposición de la ciudadanía.

Antecedentes

El PIAISS no es la primera de las iniciativas que se han impulsado en Cataluña para hacer que los servicios sociales y sanitarios mejoren su capacidad de respuesta compartida en la atención a las personas. De hecho, tanto desde el ámbito gubernamental como a nivel territorial se han promovido, impulsado e implementado planes, programas, proyectos o iniciativas que se han convertido en claves en la situación actual de ambos sistemas.

Iniciativas como el “Programa vida a los años”, creado en 1986 para mejorar la atención a las personas mayores enfermas, enfermos crónicos y personas en situación terminal impulsó la creación de una cartera socio-sanitaria asumida con corresponsa-

bilidad entre los dos sectores que incluye la atención de larga estancia, hospitales de día, la media estancia para convalecencia y para cuidados paliativos, los equipos de apoyo en el hospital (UFISS) y en la comunidad (PADES), así como también las unidades de evaluación integral ambulatoria en geriatría, cuidados paliativos y deterioro cognitivo; o el posterior Programa para el impulso y ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con dependencia (PRODEP) creado en 2006, que definió el modelo de solicitud de valoración de la dependencia, el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el calendario del despliegue de la ley de la dependencia, teniendo un fuerte impacto en los territorios que fueron proyectos demostrativos en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia. Así como el Plan Director Socio-sanitario que ha promovido la excelencia en un sector de atención socio-sanitaria en Cataluña referente a nivel internacional, o el Plan Integral de Salud mental y adicciones, una estrategia también interdepartamental orientada a la mejora en la atención a las personas con trastornos mentales o adicciones, entre muchas otras. Todas estas iniciativas han creado unas bases muy sólidas desde donde afrontar esta transformación.

A pesar de estas iniciativas, hay que reconocer como precedente más reciente PIAISS el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña (en adelante PPAC). El Plan de Salud 2011-2015 de Cataluña (Generalitat de Cataluña. Departamento de Salud, 2012) incluyó por primera vez una línea de actuación orientada a la creación de un sistema más orientado a los enfermos crónicos. Para poder avanzar en

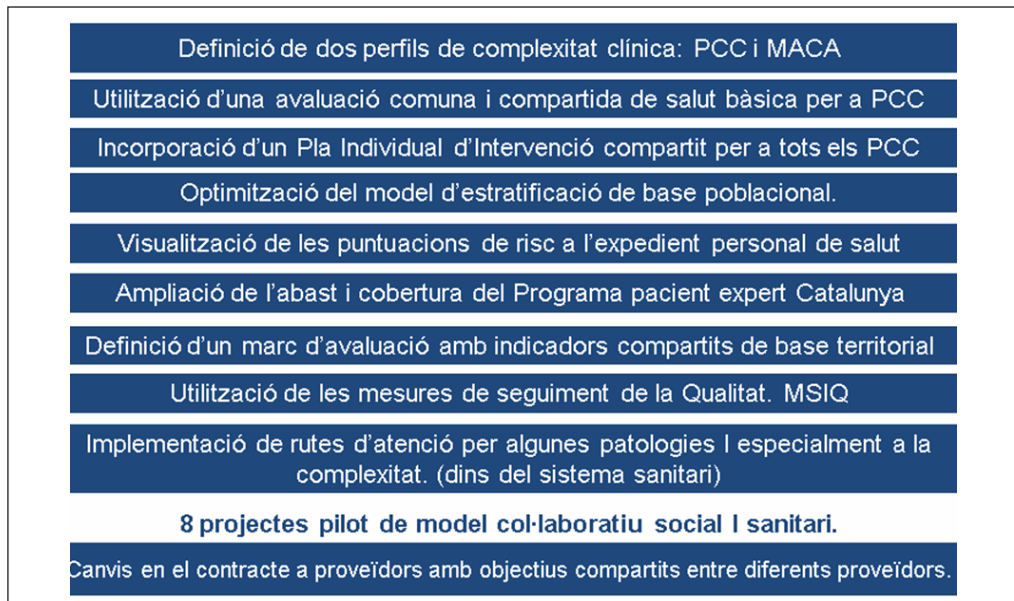
el desarrollo de esta línea el Departamento de Salud creó el programa de atención a la cronicidad (PPAC), que formuló seis proyectos estratégicos (Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud, 2015): Implantación de procesos clínicos integrados; Promoción de los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas; Potenciación de la autorresponsabilización de los pacientes y cuidadores. Fomento del autocuidado; Desarrollo de alternativas asistenciales en un sistema integrado; Desarrollo de programas territoriales de atención a los pacientes con complejidad clínica; y Fomento del uso racional del medicamento.

El PPAC ha tenido un impacto muy destacable en el conjunto del sistema sanitario. Sin poder hacer en este texto una revisión exhaustiva de los resultados alcanzados por el PPAC queremos remarcar, por las consecuencias posteriores que han tenido en la formulación de la estrategia de atención integrada social y sanitaria, algunas de las principales metas alcanzadas bajo el amparo de este programa o con su impulso y coordinación (CONTEL, *et al.*, 2015):

Pese a que el liderazgo del PPAC fue del Departamento de Salud se previeron en su planificación e incluyeron en su ejecución algunas iniciativas que ya consideraban la atención social y sanitaria como elemento determinante para la atención a los pacientes crónicos.

En este sentido vale la pena destacar los ocho proyectos colaborativos entre servicios sociales y sanitarios de base territorial que con el apoyo técnico del equipo del PPAC se han convertido en el embrión del modelo de atención integrada social y sanitaria que en estos momentos promueve el PIAISS.

Figura 1. Principales productos del PPAC para la estrategia de atención integrada



Los ocho proyectos promovidos por PPAC fueron: Tona-Mancomunidad la Plana, Lleida ciudad, Salt-Gironès, Mataró, Reus-CAPI Distrito V, Alt Penedès-Vilafranca del Penedès y Vilanova i la Geltrú. Estos ocho proyectos más La Garrotxa y Sabadell fueron evaluados por la Agencia de calidad y evaluación sanitarias de Cataluña (Serra-Sutton, 2015) a petición de la Secretaría de inclusión social y promoción de la autonomía personal. Una evaluación que ha permitido comprender la atención integrada desde un punto de vista fenomenológico.

Descripción de la iniciativa

El 24 de febrero de 2014 el Gobierno acordó la creación del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) adscrito al Departamento de Presidencia (Generalitat de Catalunya,

2014), y se constituyó su órgano de gobierno el día 11 de marzo.

Composició del òrgan de govern del PLAISS: Jordi Baiget, secretari del Govern; Boi Ruiz, conseller de Salut; Neus Munté, consellera de Benestar Social i Família; Roser Fernán-dez, secretària general de Salut; Dolors Rusinès, secretària general de Benestar Social i Família; Josep Maria Padrosa, director general de Cat.Salut; Carmela Fortuny, secretària de la Secretaria d'Inclusió social i promoció de l'autonomia personal.

Aparte del órgano de gobierno, el acuerdo de gobierno que creaba el PIAISS también acordaba el nombramiento de un director/a, la creación de un comité operativo, un consejo asesor y un consejo de participación.

Composició del Consejo Asesor del PLAISS: Enric Arqués Martí, president Fòrum Salut Mental. Teia Fàbrega Pairó, directora Consorci d'Ac-

ció Social de La Garrotxa. Antoni Juan Pastor, director Assistencial Institut Català de la Salut. Manel Valls Martorell, director general Fundació sociosanitària de Manresa. Antoni Salvà Casanovas, director Institut de l'Envel·liment, UAB. Pilar Piñeiro Méndez, adjunta a la Direcció Equip d'Atenció Primària Penedès rural Institut Català de la Salut.

Composició del equipo operativo del PIAISS:

Albert Ledesma Castellort, metge de família. Atenció primària de salut. Director del PIAISS; Carles Blay Pueyo, metge de família. Atenció primària de salut. Responsable PPAC i comitè operatiu PIAISS; Joan Carles Contel Segura, infermer. Atenció primària de salut. Membre PPAC i comitè operatiu PIAISS; Assumpció González Mestre, infermera. Programa Pacient Expert Catalunya. Membre PPAC i comitè operatiu PIAISS; Ester Sarquella Casellas, educadora social i psico-pedagoga. Serveis socials bàsics. Comitè operatiu PIAISS; Lluís Viguera Espejo, economista. Serveis residencials d'atenció a la discapacitat. Comitè operatiu PIAISS; José Antonio Domínguez, servei d'acció social de la Diputació de Barcelona. Comitè operatiu PIAISS; Victòria Mir, treballadora social. ABS Premià de Mar. Comitè operatiu PIAISS.

El plan se creó con la misión de promover la transformación del modelo de atención social y sanitaria para garantizar una atención integrada y centrada en las personas, capaz de dar respuesta a sus necesidades. El PIAISS asume como visión el reto de catalizar la construcción de un sistema asistencial “que permita a las personas estar bien, sentirse bien y vivir bien con la situación personal sea cual sea; tener un diagnóstico y una definición de las necesidades personales únicos; recibir el apoyo adecua-

■ El PIAISS asume como visión el reto de catalizar la construcción de un sistema asistencial

do donde y cuando sea necesario; saber a quién dirigirse cuando necesiten apoyo profesional; estar informadas de todo lo que afecta a su bienestar, y ser consultadas y respetadas en todas las decisiones que tomen; todo garantizando la equidad territorial e individual, la calidad del servicio, la participación de las personas en su proceso asistencial y la eficiencia en la asignación de los recursos económicos” (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014).

Para poder avanzar en este reto se aprueba en julio de 2014 una hoja de ruta (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014) que apunta las líneas estratégicas de la transformación, y estas se concretan en 8 proyectos operativos recogidos en el documento de proyectos⁷ (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014).

1. Adecuación y ordenación de la larga estancia socio-sanitaria y de salud mental
2. Práctica integrada social y sanitaria en la red de salud mental y adicciones
3. Modelo catalán de atención a las personas que viven en servicios residenciales
4. Práctica integrada desde la atención primaria social y sanitaria. Acción territorial
5. Modelo catalán de atención integrada a domicilio

⁷Cada uno de los proyectos ha sido liderado por tres personas: una designada de entre los miembros del equipo operativo del PIAISS, y dos designadas por el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social y Familia.

6. El papel de las personas en el nuevo contexto de atención
7. Integración de los sistemas de información
8. Otros proyectos y acciones transversales

Efectivamente la formulación operativa de estos proyectos ha sido positiva, pero el alcance de la transformación es más profundo y pasa por diseñar de nuevo, con una única visión, la detección y la respuesta a las necesidades de atención de la persona en un proceso compartido y participativo con todos los agentes implicados. Implementando de forma efectiva en cada territorio, con rutas de atención propias, y considerando sus singularidades pero alineados con un marco común de país que fije la gobernanza para garantizar la equidad territorial y la evaluación de los resultados.

Para la formulación política y conceptual de este modelo de atención integrada, propuesto por PIAISS, hay dos aspectos que se han convertido en claves.

Por un lado la elaboración y aprobación del *Documento de bases conceptuales del modelo catalán de atención integrada de Cataluña* (LEDESMA, BLAY, CONTEL, SARQUELLA, GONZÁLEZ y VIGUERA, 2015).⁸ Este define conceptualmente cuál es el alcance y sentido de la transformación propuesta, y por tanto su contenido pasa a ser una referencia obligada.

Por otra parte, la promoción de un escenario favorable para la transformación del sistema de atención actual. Las estrategias de consenso, participación y legitimación que se han puesto en marcha han hecho que en

estos momentos la atención integrada se haya incorporado a la agenda política y que sectores y grupos de interés de procedencias muy diversas la apoyen. Los últimos meses se han sucedido diversos posicionamientos públicos al modelo de atención integrada, entre los que destacan:

- La incorporación de la necesaria gestión integrada de todo lo que afecta a la autonomía de las personas por parte de los servicios sociales y sanitarios en el documento de balance del CAPSIF *Catalunya i l'agenda social de futur: Pensant en quins haurien de ser els eixos de la política social* (CAPSIF, 2015) recogido por la prensa (Vilà i Vilà, 2015).
- El posicionamiento del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario (CASOST) con la publicación del informe *Proposta de mesures per a l'optimització de l'atenció social i sanitària per atendre la cronicitat, la discapacitat i la dependència a Catalunya* (CASOST, 2015).
- El posicionamiento de la Taula del tercer sector con la publicación del dossier *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones* (CANAL i VILÀ, 2015) referido de forma destacada en medios de comunicación (Aroca, 2015) (BONILLA, 2015).

Asimismo, y a pesar de no ser comunicados formales de las entidades firmantes, varias entidades han emitido pronunciamientos a los medios en torno a la atención integrada. Entre estos es muy significativo el del

⁸Elaborado con la participación de la 2ª capa del PIAISS y aprobado por el órgano de gobierno, el consejo asesor i el consejo de participación del PIAISS.

Colegio de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña (TSCAT) (García, 2015) y el de la Sociedad Científica de medicina familiar y comunitaria (CAMFIC) (Forés, 2015) en el periódico *Ara* el día 12 de mayo.

Por último, el pasado día 9 de julio el Parlament de Catalunya aprobó una resolución sobre el proceso de integración de los servicios sociales y sanitarios en la que insta al Gobierno a hacer efectiva esta integración poniendo en funcionamiento los instrumentos necesarios para su desarrollo (Parlament de Catalunya, 2015).

Atención integrada, ¿por qué y para quién?

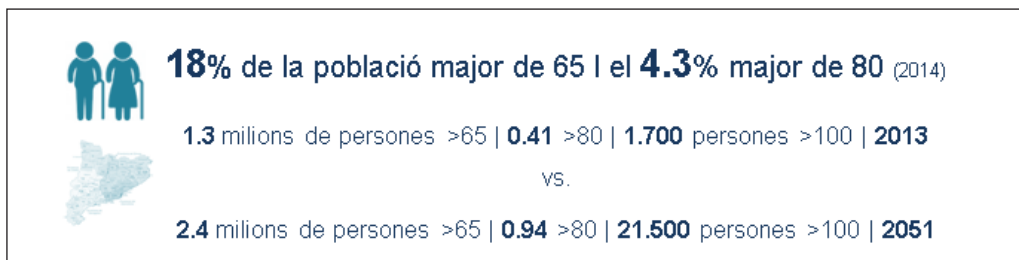
Nuestro sistema de bienestar ha sido capaz de dar una excelente respuesta a las necesidades de la ciudadanía a lo largo de los últimos tiempos alcanzando unos resultados muy positivos. Ahora, sin embargo, se hace recomendable y necesario asumir el reto de la transformación del modelo de atención por varios motivos.

El actual y sobre todo el futuro escenario social, económico y demográfico sitúa la atención integrada como un reto imperativo de nuestros sistemas. Un escenario marcado por un envejecimiento poblacional muy no-

table que se asocia a una mayor prevalencia de fragilidad, cronicidad, discapacidad y dependencia, una esperanza de vida de las más altas de Europa y un contexto socioeconómico poco favorable que hace aumentar significativamente las situaciones de complejidad social derivadas de desocupación, riesgo de pobreza o exclusión social, así como la crisis del rol cuidador de las redes de apoyo personal, familiar y social hacen necesaria e imprescindible una nueva manera de entender la atención sanitaria y la atención social.

Cataluña dispone de una situación de partida en el modelo de atención que es muy favorable para hacer la transformación propuesta con grandes fortalezas en el conjunto de servicios que operan en la atención social y sanitaria de atención a las personas: la red atención primaria de salud; unos servicios sociales básicos muy cercanos a la ciudadanía, altamente descentralizados, promovidos y prestados con la corresponsabilidad del mundo local; Una estrategia de salud pública de promoción y prevención de la salud de ámbito poblacional o comunitario; una red especializada de salud excelente; la red socio-sanitaria de dispositivos de atención intermedia con servicios de rehabilitación y atención paliativa; los servicios

Figura 2. Gráfico de proyección poblacional. Elaboración poblacional a partir de IDESCAT



de atención a la dependencia y apoyo a los cuidadores/as; la red de servicios sociales especializados de provisión público-privada; y un tejido social y asociativo absolutamente vivo que a través del tercer sector social participa en esta red de servicios sociales, etc. En resumen un amplio y sólido abanico de dispositivos, servicios o ámbitos asistenciales que desde hace tiempo están haciendo un proceso de adaptación para garantizar la continuidad asistencial, la eficiencia y la adecuación de la atención al momento vital de la persona y que ahora están en un momento óptimo para dar un paso más en esta dirección.

Por último, y como elemento justificativo, disponemos de evidencia a nivel europeo y mundial que constata que la atención integrada en general, y entre los servicios sociales y sanitarios en particular, es capaz de mejorar los resultados de atención a la población con necesidades complejas.

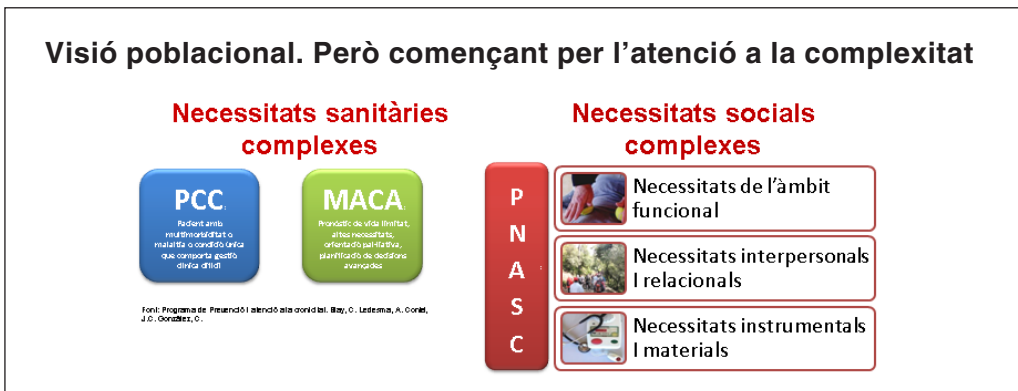
Analizando los modelos de atención integrada a escala internacional (Kodner, 2012) se pueden constatar beneficios derivados de la atención integrada sobre todo en cuanto a la mejora en la accesibilidad a servicios, la

coordinación y continuidad asistencial, la experiencia en la atención y la mejor práctica colaborativa entre profesionales y organizaciones. También existe evidencia en la mejora de los resultados de salud y funcionamiento, la utilización de recursos de institucionalización y las crisis derivadas de la claudicación del/de la cuidadora. En cambio hasta el momento no existe una clara evidencia de que la atención integrada permita reducir los costes de la atención, pero sí garantizar un uso más adecuado a las necesidades de atención, sean sociales o sanitarias. Podemos, por tanto, concluir que la atención integrada es la forma más eficiente, sostenible y satisfactoria de atender a las personas. Este hecho, que de por sí ya tiene suficiente importancia en situación de abundancia de recursos, se convierte en de insoslayable consideración ante escenarios económicos de pronóstico desfavorable.

¿Quién se tiene que beneficiar de la atención integrada?

Tal como se ha mencionado anteriormente, el modelo de atención integrada que se

Figura 3. Población diana del modelo de atención integrada.



está promoviendo por Cataluña tiene una visión claramente poblacional, y por lo tanto todas las estrategias emprendidas pretenden acabar transformando ambos sistemas, el sanitario y el social, en su conjunto sin promover la creación de un tercer espacio o sistema socio-sanitario. A pesar de eso, y para garantizar la factibilidad de la transformación, se ha adoptado una estrategia progresiva en el alcance poblacional. En este momento la población prioritaria por la que hay que cambiar el modelo de atención es la población en situación de complejidad.

Las personas con necesidades de atención social y sanitarias complejas, población diana prioritaria del PIAISS, pueden representar alrededor de un 8% de la población, porcentaje que, con los años, tenderá a aumentar. El coste de su atención puede suponer casi el 40% del presupuesto de gasto público. Con el efecto del envejecimiento de la población, esta cifra no puede hacer otra cosa que aumentar gradualmente, y por lo tanto en este contexto la fragmentación de la respuesta asistencial genera ámbitos evitables de ineficiencia en el uso de los recursos.

Una condición de complejidad que ocurre no solo por la carga o gravedad de determinadas enfermedades o problemáticas de tipo social, sino que responde a múltiples elementos de morbilidad (incertidumbre, multimorbilidad, inestabilidad, gravedad, progresión...) y las condiciones personales (fragilidad, desequilibrio, anosognosia, volición, red ...), relacionales con los profesionales

(multiplicitat, falta de acuerdo...) o relacionados con el propio sistema (fragmentación, disposición de recurso...), que tienen que ver directamente con la gestión de la respuesta y la toma de decisiones de los profesionales.

¿Qué se pretende conseguir con la atención integrada?

En términos generales podemos decir que el modelo catalán de atención integrada pretende mejorar los resultados en salud y bienestar en base poblacional, mejorar la experiencia de atención de las personas que utilizan los servicios sociales y sanitarios y promover un uso adecuado de los recursos. En definitiva garantizar una “buena” atención a las personas que presenten necesidades de atención social y sanitarias concurrentes o mutuamente influyentes, especialmente cuando éstas son complejas.

Pese a esta descripción genérica, para nosotros tiene un gran valor compartir con los diversos sectores profesionales los resultados esperados del modelo que se han trabajado con diversos foros profesionales y que han sido incorporados en el documento de bases conceptuales:⁹

⁹ Incluidos en el *Document de bases conceptuales del model català d'atenció integrada*. Aprobado por el órgano de gobierno del PIAISS, el Consejo Asesor y el Consejo de Participación, el órgano de segunda capa profesional.

Compromisos en la atención a las personas en situación de complejidad

El modelo catalán de atención integrada quiere garantizar que las personas, especialmente aquellas que se encuentran en situación de complejidad social y sanitaria:

- Vivan en las mejores condiciones de salud, calidad de vida y autonomía durante el mayor tiempo posible.
- Sean capaces de cuidar y mejorar su propia salud y bienestar.
- Puedan expresar sus preferencias y que éstas sean consideradas en el proceso de atención social y sanitaria reconociéndoles una posición apoderada en el desarrollo de su propio proyecto vital.
- Reciban una respuesta planificada, personalizada, proactiva y adaptada a sus necesidades sociales y sanitarias; y dispongan de una valoración integrada e integral, un plan de atención compartido y un profesional de referencia a quien dirigirse y que vele por la gestión integrada del caso.
- Tengan experiencias y percepciones positivas y satisfactorias de los servicios sociales y de salud que utilizan.
- Reciban la atención adecuada en la intensidad y modulación de servicios que procede, donde y cuando sea necesaria.
- Sean capaces de vivir, en la medida de lo posible y en condiciones de seguridad, de forma independiente en el hogar o en dispositivos de proximidad a su comunidad.
- Sean atendidas de manera continuada y sin dificultades en las transiciones entre servicios sanitarios y sociales.

Asimismo el modelo también quiere garantizar:

- Que las personas que ejercen el rol de cuidador / a reciban apoyo para hacerlo de la manera más adecuada y para reducir el impacto en su propia salud y bienestar que este puede ocasionar.
- Que los servicios sociales y sanitarios garanticen la coordinación y la continuidad asistencial en base a la práctica colaborativa entre profesionales de los servicios sociales y sanitarios.
- Que los recursos disponibles se utilicen de la manera más adecuada y eficiente y eficaz en la prestación de servicios sociales y de salud.
- Que el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales garanticen la accesibilidad y la equidad en la prestación de servicios a nivel territorial.
- Que los profesionales que trabajan en los servicios de salud y los servicios sociales tengan el apoyo necesario para poder desarrollar su función en este modelo con excelencia como agentes principales de cambio y se sientan comprometidos con el trabajo que hacen.
- Finalmente, que los sistemas de información sanitarios y de servicios sociales se desarrollen y se adapten para dar respuesta y permitir la evaluación del modelo de atención integrada

El modelo de atención integrada

Poder garantizar los compromisos descritos en el apartado anterior requiere, como se ha comentado, una transformación muy significativa de los sistemas actuales. En este apartado describiremos cuáles son los elementos clave de este modelo y el avance alcanzado en los diversos proyectos e iniciativas emprendidas.

Elementos clave

Tal como describe el *Documento de bases del Modelo Catalán de atención integrada. Hacia un modelo de atención centrada en la persona* (LEDESMA, BLAY, CONTEL, SARQUELLA, GONZÁLEZ, i VIGUERA, 2015), los elementos clave del modelo de atención son:

- La vocación transversal y poblacional del modelo
- Una necesaria redefinición del rol de la persona
- El liderazgo de los profesionales como motor de la transformación
- Una visión territorial en la implementación

Un elemento central de la implementación del modelo es la territorialización a través de la subsidiariedad y la responsabilidad compartida entre los diferentes agentes que se hacen cargo de la gobernanza en el territorio y el resto de servicios que operan. Se entiende, como hecho determinante, la visualización del territorio y de sus agentes como un microsistema que asume de manera compartida la responsabilidad en los objetivos de salud y bienestar de la población con complejidad social y sanitaria.

Las personas, sujetos activos de la atención, los familiares, los cuidadores o el entorno deben asumir un nuevo rol en este

modelo de atención que implica un mayor grado de corresponsabilización y apoderamiento en las propias capacidades de cuidado y bienestar, y los servicios deben garantizar el apoyo necesario para que este cambio de rol se pueda hacer efectivo. De hecho, se propone una atención centrada en las personas, y por tanto basada en derechos, independencia, valores y opciones, en un entorno en el que recuperamos el valor de cuidarlas compartiendo entre todos –las mismas personas, las familias, la sociedad y los servicios públicos– los derechos y deberes que nos correspondan.

En esta nueva manera de actuar que proponemos, los profesionales asumen un nuevo rol, con unas determinadas competencias y capacidades relacionales que promuevan y hagan posible el trabajo colaborativo y las prácticas compartidas con otros profesionales y con las personas o familias a las que atienden, y el plan de atención se construye entre todos y se promueve la toma de decisiones conjunta desde una visión integrada, social y sanitaria.

Para asegurar una atención personalizada, proactiva, preventiva, continua, coordinada y transversal es necesario disponer de elementos nucleares como el propio proceso de atención, la disposición de profesionales de referencia y la gestión del caso. Esta visión incorpora, necesariamente, una nueva definición de los liderazgos y roles profesionales, así como de las prácticas compartidas.

En definitiva, se pretende garantizar que todo el mundo que requiera la atención de los servicios sociales y sanitarios en sus necesidades sociales y de salud estará adecuadamente identificada por parte de ambos sistemas, se valorarán de forma integral e

integrada sus necesidades, tendrá un plan de atención que definirá las prioridades y la asignación de recursos con una única visión social y sanitaria, y será establecido con la participación activa de las personas o las familias, y un profesional referente que le apoyará permanentemente y le guiará en su paso por el sistema de atención.

En resumen, se pretende ofrecer a la ciudadanía un modelo que garantice una atención de calidad en el lugar más adecuado y más cercana a su entorno habitual y respondiendo a las necesidades que tengan las personas y familias atendidas, ya sean de tipo social o sanitario, siempre teniendo en cuenta sus preferencias y respetándolas.

Algunas acciones destacadas

Durante este periodo una parte importante del trabajo del PIAISS ha estado orientada a la definición de modelo y de generación de consenso con los diversos actores implicados en la transformación. Sin embargo desde el PIAISS se asumió deliberadamente una estrategia multipalanca por la que se han estado promoviendo procesos simultáneos de diseño, planificación e implementación en cada uno de los ámbitos recogidos en los proyectos del Plan. Estos meses se ha estado trabajando con las personas designadas por cada departamento y grupos de líderes profesionales en la elaboración de determinados documentos de punto de partida como:

- Bases conceptuales del modelo catalán de atención integrada
- Casos tributarios del modelo de atención integrada

- Bases para la definición del modelo de atención centrada en la persona
- Atención integrada a las personas institucionalizadas en servicios de larga estancia i residencial
- Atención integrada a las personas que viven en el domicilio
- Atención integrada y salud mental
- Guía de apoyo a la implementación territorial y práctica asistencial

Estos documentos han sido participados por varios profesionales, pero todos ellos requieren de nuevas fases de trabajo, consenso y evolución para ir concretando más los términos de cada uno de ellos.

Aparte de la producción documental hay algunas actividades que vale la pena destacar:

- Foro ITCESS. Espacio de generación de conocimiento en atención integrada de EsadeCreapolis¹⁰ promovido por el PIAISS. En estos momentos hay varias líneas de trabajo activas y se han hecho 3 jornadas de diseminación del conocimiento en atención integrada
- Elaboración y validación por parte de los dos comités de ética de Cataluña del modelo catalán de Planificación de decisiones anticipadas y diseño de la propuesta formativa para acompañar su implementación.
- Inicio del proyecto de consenso terminológico para la atención integrada: Se ha comenzado a trabajar el último trimestre de 2015 en colaboración con TermCat.
- Definición del modelo funcional, de intercambio, jurídico y tecnológico para

¹⁰ www.forumitesss.com

la conexión de los sistemas de información de servicios sociales básicos en la historia clínica. Este proyecto se ha comenzado a implementar de forma piloto con el Ayuntamiento de Barcelona, pero en estos momentos ya se está también trabajando con otras Áreas básicas de servicios sociales.

- Investigación aplicada para la caracterización y prevalencia de la complejidad social y sanitaria en colaboración con el ICO, Cátedra de curas paliativas de la Universidad de Vic, ICS, Diputació de Barcelona, Ajuntament de Sabadell, la Fundació Avedis Donavedian PPAC y PIAISS.
- Investigación cualitativa socio-construccionista para la identificación de las perspectivas, valores y experiencias de la ciudadanía respecto al proceso de PDA con el objetivo de integrar las aportaciones de la ciudadanía para validar el marco conceptual del Modelo Catalán de PDA y establecer recomendaciones para su implementación en Cataluña. Realizada en colaboración PPAC, PIAISS, Cátedra de curas paliativas de la Universidad de Vic e IDIAP Jordi Gol.

Por último, lo que consideramos que ha sido más significativo ha sido el impulso y apoyo a la implementación en diversos territorios que han tenido interés y voluntad de empezar a trabajar en esta estrategia a quien agradecemos sinceramente el trabajo realizado contribuyendo de forma muy destacada en una mejor toma de decisiones de lo que debe incluir o considerar el modelo general que se acabará configurando.

Conclusiones

El objetivo de este texto era presentar sintéticamente el modelo catalán de atención social y sanitaria integrada que promueve el PIAISS y los avances que el mismo plan ha hecho durante el último año y medio para la concreción de este modelo para poder facilitar una información y conocimiento común y compartido en los y las profesionales del trabajo social que de una forma u otra se ven interpelados por lo que este modelo supone.

- **El reto que tenemos entre manos es muy destacado y solo podremos alcanzarlo con éxito si somos capaces de contar con todos los actores implicados en esta transformación.**

El reto que tenemos entre manos es muy destacado y solo podremos alcanzarlo con éxito si somos capaces de contar con todos los actores implicados en esta transformación. Las miradas y pericias de todos los profesionales que atienden a las personas desde los servicios sociales y sanitarios son absolutamente imprescindibles para garantizar que la concreción de este modelo de atención sea valioso.

Desde los departamentos implicados en la transformación hay que garantizar las condiciones que hagan posible esta transformación con algunos elementos estructurales que actúan como catalizadores o facilitadores de esta: la integración de los sistemas de información, la integración total o parcial de los instrumentos de planificación de la política sanitaria y de servicios sociales, la adecuación normativa para hacer factible este mo-

delo, la definición de un marco general de participación de los gobiernos locales, la armonización de los mapas territoriales de compra y provisión de ambos sistemas o la utilización de instrumentos de compra y evaluación de los servicios sociales y sanitarios compartidos.

A pesar de estos elementos estructurales se hace aún más determinante para esta transformación la capacidad para promover y definir partenariats territoriales que asuman desde la corresponsabilidad la atención social y sanitaria integrada y la participación e implicación activa de las corporaciones profesionales y de los profesionales individualmente en la definición y concreción del modelo.

Ciertamente la profundidad de esta transformación requerirá definir estrategias de apoyo a la formación en nuevos roles y com-

■ **En este nuevo escenario la pericia de todas las y los profesionales que desarrollan su actividad de atención a las personas en entornos y niveles diversos es imprescindible.**

petencias profesionales en atención integrada y prácticas colaborativas, pero en este nuevo escenario la pericia de todas las y los profesionales que desarrollan su actividad de atención a las personas en entornos y niveles diversos es imprescindible y por lo tanto todas las oportunidades para difundir el contenido y conocimiento, así como incorporar el conocimiento que desde la práctica profesional ya hace años que se tiene, tiene un gran valor.

Bibliografía

- AROCA, J. V. “El sector social demana als partits un canvi dràstic”, en *La Vanguardia* (9 de septiembre de 2015). Consultado 17/02/2016: http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/09._prpostes_27s_la_vanguardia.pdf
- BONILLA, L. “Cap a una sanitat més social”, en periódico *Ara* (11 de mayo de 2015), pág. 1, 4-5. Consultado 17/02/2016: http://www.ara.cat/tema_del_dia/Cap-sanitat-mes-social_0_1355264501.html
- CANAL, R. y VILÀ, T. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*. Recuperado el 28 de septiembre de 2015 de Tercersector.cat. Consultado 17/02/2016: http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_social_i_sanitaria.pdf
- CAPSIF. *Catalunya i l'agenda social de futur: Pensant en quins haurien de ser els eixos de la política social*. Junio de 2015. Recuperado el 30 de septiembre de 2015 de CAPSIF. Consultado 17/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/consells_assessors/capsif/informes/informe_capsif_catalunya_agenda_social_futur_201506.pdf
- CASOST. *Proposta de mesures per a l'optimització de l'atenció social i sanitària per atendre la cronicitat, la discapacitat i la dependència a Catalunya*. Recuperado el 28 de septiembre de 2015 de CASOST. Consultado 17/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/consells_assessors/casost/Informes_Publicats/20140425_casost_atencio_social_sanitaria.pdf
- CONTEL, J. C.; LEDESMA, A.; BLAY, C.; GONZÁLEZ MESTRE, A.; SARQUELLA, E.; AMIL, P. y otros. *Chronic and integrated care in Catalonia* (Vol. 15, 29 junio 2015). Londres: International Journal of Integrated Care. URN: NBN: NL:UI:10-1-114830. ISSN 1568-4156
- FORÉS, D. “Metges de família: la primària és l'entorn per fer-ho possible”, en periódico *Ara* (12 de mayo de 2015), pág. 21. Consultado 17/02/2016: http://www.ara.cat/societat/professionals-aposten-canvi-model_0_1355864435.html

Bibliografia

- GARCIA, M. “Treballadors socials: visió integral, respostes personalitzades”, en periòdic Ara (12 de mayo de 2015), pág. 21. Consultado 17/02/2016: http://www.ara.cat/tema_del_dia/Cap-sanitatzmes-social_0_1355264501.html
- Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Consultado 17/02/2016: http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=656033&language=ca_ES
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Informe balanç del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat 2015. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de www.gencat.cat/salut. Consultado 18/02/2016: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2012). Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de www.gencat.cat/salut. Consultado 18/02/16: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
- KODNER, D. L. *Integrated Care: Key Factors for Success Conference*. Recuperado el 30 de septiembre de 2015 de The King's Fund. Consultado 18/02/16: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/dennis-kodner-integrated-care-frail-older-people-kingsfund-sept12.pdf>
- LEDESMA, A.; BLAY, C.; CONTEL, J. C.; SARQUELLA, E.; GONZÁLEZ, A. y VIGUERA, L. (21 de septiembre de 2015). *Model català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. Recuperado el 21 de septiembre de 2015 de Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Consultado 18/02/16: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/acord_piaiss_2014.pdf
- Parlament de Catalunya (25 de junio de 2015). Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya sobre el sistema públic de Salut. XIX Procés d'integració dels serveis socials i sanitaris (610), 17-18. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya.
- PIAISS. Generalitat de Catalunya. (15 de julio de 2014). Full de ruta 2014-2016 – Resum executiu. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de presidencia.gencat.cat/PIAISS. Consultado 18/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_full_ruta_RE_2014_2016_20140715.pdf
- Parlament de Catalunya (25 de junio de 2015). Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya sobre el sistema públic de Salut. XIX Procés d'integració dels serveis socials i sanitaris (610), 17-18. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya.
- PIAISS. Generalitat de Catalunya. (15 de julio de 2014). Full de ruta 2014-2016 – Resum executiu. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de presidencia.gencat.cat/PIAISS. Consultado 18/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_full_ruta_RE_2014_2016_20140715.pdf
- PIAISS. Generalitat de Catalunya (17 de octubre de 2014). Projectes 2014-2016 PIAISS. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de presidencia.gencat.cat/PIAISS. Consultado 18/02/2016: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_projectes_2014_2015_20141017.pdf
- SERRA-SUTTON, V. M. *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut, 2015. Consultado 18/02/2016: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aquas2015.pdf
- VILÀ, F y VILÀ, T. “El món sociosanitari del futur: la finestreta única”, en periòdic Ara (8 de julio de 2015), pág. 30.

La experiencia del proyecto AQuAS en la evaluación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria

AQuAS experience in assessing collaborative models of social and health care

Vicky Serra Sutton,¹ Carla Montané Gutiérrez,² Joan MV Pons Ràfols³ y Mireia Espallargues Carreras⁴

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña que implicaran de forma principal a los servicios sociales básicos y los equipos de atención primaria de salud. Se llevó a cabo un estudio cualitativo de casos de 9 modelos colaborativos que evidenció la heterogeneidad en los proveedores implicados, ámbitos de atención, áreas geográficas y formas de organizarse. El estudio ha permitido obtener una fotografía de los rasgos clave de los 9 modelos evaluados, describir las necesidades de los profesionales implicados y los beneficios percibidos que aporta trabajar en el marco de un modelo organizativo de este tipo. Esta información puede ser de utilidad a diferentes niveles: a nivel micro (para describir cómo era su modelo, identificar aspectos de mejora), a nivel meso y macro (para facilitar la toma de decisiones y dar respuesta a las necesidades identificadas).

Palabras clave: Evaluación de servicios sanitarios, atención integrada, ayuda toma decisiones, buenas prácticas, evaluación de necesidades.

¹ Socióloga, PhD. Filiación: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, (AQuAS, Barcelona) y CIBER Epidemiologia i Salut Pública, (CIBERESP, Barcelona). vserra@gencat.cat

² Socióloga. Filiación: Consultora independiente (Barcelona)

³ Médico internista, PhD. Filiación: AQuAS y CIBERESP

⁴ Médico preventivista en salud pública, PhD. Filiación: AQuAS y *Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas* (REDISSEC, Barcelona)

* Este artículo es una adaptación de un informe técnico y anexos publicados: Evaluación externa de 9 modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015. Disponible en: http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio_9models_collaboratius_2015

Abstract

The aim of this study was to assess collaborative models of social and health care in Catalonia (implying mainly the collaboration of professionals from basic social services and primary health care services). A qualitative case-study was conducted, showing heterogeneity in the involved providers, the care fields, the geographic areas and the ways of organization. The study offered a picture of the key features of the nine evaluated experiences and described the needs of the professionals involved and the subjective benefits of working in a collaborative model. This information can be useful at different levels: micro (to describe how the model was, to identify areas for improvement), meso and macro level (to facilitate decision-making and to response to the identified needs).

Key words: Evaluation of health services, holistic care, decision-making support, best practices, assessment of needs.

Para citar el artículo: SERRA SUTTON, Vicky; MONTANÉ GUTIÉRREZ, Carla; PONS RÀFOLS, Joan MV y ESPALLAR-GUES CARRERAS, Mireia. La experiencia del proyecto AQUAS en la evaluación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 82-94. ISSN 0212-7210.

Agradecimientos: El equipo de investigación quiere dar las gracias a los profesionales participantes vinculados a los 9 modelos colaborativos (Alt Penedès, Gironès, la Garrotxa, Lleida, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana y Vilanova i la Geltrú. Más información en el anexo 1.

También queremos agradecer a Laia Domingo Torrell del AQUAS su revisión y aportaciones de mejora en el presente artículo, así como el apoyo y contribuciones de Georgina Tomás Comas d'Argemir (Institut Català d'Assistència Sanitària-actual Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal del Departament de Benestar social y Família), de Joan Carles Contel Segura (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat- PPAC del Departament de Salut) y de Ester Sarquella Caselles (Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció entre Serveis Socials i Sanitaris- PIAISS, Generalitat de Catalunya) en las diferentes fases del proyecto.

Contexto de la evaluación externa de modelos colaborativos

Los modelos colaborativos son iniciativas que promueven una atención más coordinada, integrada y centrada en los usuarios. Por atención coordinada se entiende el grado de coordinación de los profesionales para conseguir una atención integrada de los pacientes a lo largo del tiempo, dentro y entre organizaciones, que se intenta alcanzar con la puesta en marcha de procesos transversales y el diseño de procesos de manera conjunta entre ámbitos asistenciales (Ministerio de Sanidad, 2007). Por otra parte, una atención integrada (usualmente llamada *comprehensive care*) incluye las entradas, la entrega, la gestión y la organización de los servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado, la rehabilitación y la promoción de la salud (GRÖNE, O., 2002). Finalmente, por atención centrada en los usuarios se puede entender su grado de satisfacción y la de su familia en relación a los servicios y atención recibida, la información, el diseño de servicios adecuados a sus expectativas, su participación en las decisiones en torno a su salud y el respeto a los sistemas de valores y creencias de estos usuarios (Ministerio de Sanidad, 2007).

A nivel internacional, se identifica poca evidencia de los resultados y beneficios de la atención social y sanitaria integrada (HUDSON, B., 2011; European Science Foundation, 2013). En el contexto estatal, existen algunos trabajos centrados básicamente en el ámbito sanitario y de la cronicidad (NUÑO-SOLINÍS, R., 2013). Algunos estudios realizados en Cataluña han permitido identificar barreras o facilitadores en la coordinación de organizaciones integradas sa-

nitarias (VARGAS, I., 2006), o aspectos de mejora del proceso en el ámbito específico de la dependencia (evaluación de los proyectos demostrativos PRODEP; Fundación Avedis Donabedian, 2008).

En el marco de la creación del nuevo Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (actual Secretaría de Inclusión Social y de Promoción de la Autonomía Personal) del Departamento de Bienestar Social y Familia y el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) del Departamento de Salud encargaron llevar a cabo una evaluación externa de los modelos colaborativos. Esta evaluación externa se coordinó desde la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS), empresa pública adscrita al Departamento de Salud que tiene como misión generar conocimiento relevante para contribuir a la mejora de la calidad asistencial, seguridad y sostenibilidad del sistema de salud en Cataluña y en definitiva desarrollar herramientas que faciliten la toma de decisiones.

El objetivo del estudio fue evaluar modelos colaborativos de atención social y sanitaria que implicasen de forma principal a los servicios sociales básicos y los equipos de atención primaria de salud. Dado que la mayoría de los modelos colaborativos estaban en sus fases iniciales en el momento de la evaluación externa, se esperaba que los

■ **El objetivo del estudio fue evaluar modelos colaborativos de atención social y sanitaria que implicasen de forma principal a los servicios sociales básicos y los equipos de atención primaria de salud.**

resultados de esta evaluación facilitarían el desarrollo de sus planes funcionales y que se identificaran las necesidades para que los decisores, a diferentes niveles, apoyaran en las diferentes fases de su despliegue.

En el presente artículo se presentan algunos de los resultados en relación a los siguientes aspectos: a) qué características estructurales y organizativas tienen los modelos evaluados; b) qué implica trabajar en un modelo colaborativo para los profesionales; y c) qué barreras y facilitadores se detectan. Se puede obtener una descripción más detallada de todo el estudio en el informe técnico y anexos publicados y disponibles en la web de AQUAS: http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio_9models_collaboratiu_2015-00001

¿Cómo se llevó a cabo la evaluación externa?

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de casos (descriptivo y exploratorio) que incluyó la participación de siete modelos en fases iniciales de desarrollo y dos con más trayectoria en el tiempo. La mayoría de los modelos eran encargos institucionales del Departamento de Bienestar Social y Familia así como del Departamento de Salud como pilotos territoriales.

Los criterios de inclusión como caso (modelo colaborativo) fueron los siguientes: a) ser referente territorial; b) incorporar buenas prácticas en gestión o atención integrada entre los ámbitos social y de la salud, y/o de coordinación entre diferentes niveles asistenciales (por ejemplo, atención primaria de salud y atención en hospital de agudos) o entre diferentes proveedores; c) ser encargos institucionales del Departamento de Bien-

estar Social y Familia y del Departamento de Salud; d) otros modelos colaborativos con más trayectoria en el tiempo que pudieran ayudar a entender los beneficios y el impacto de una atención más integrada. También se tuvo en cuenta que hubieran colaborado en proyectos previos como el PRODEP (Programas de Atención a la Dependencia), programas de prevención y atención a la cronicidad u otras experiencias referentes.

Para recoger información se envió un cuestionario semiestructurado a los líderes de cada modelo colaborativo y también se recogió documentación interna (protocolo, plan funcional, presentación técnica, circuitos, organigramas, etc.). Se llevaron a cabo 18 grupos de discusión (2 por cada modelo) y una entrevista en las sedes de los modelos entre enero y marzo de 2014, para recoger la voz de los profesionales implicados, tanto de los líderes y los responsables como de los profesionales que realizan atención directa a usuarios. Los perfiles académicos más frecuentes fueron en trabajo social, educación social, enfermería, medicina familiar y comunitaria, medicina interna y psiquiatría, entre otros.

Se realizó un vaciado (transcripción) de cada grupo de discusión con *verbatimms clave de los participantes*. Se hizo un análisis cualitativo de contenido y del discurso para entender el fenómeno de estudio y un análisis de cada caso (modelo colaborativo). Para asegurar la independencia, transparencia y validez de los resultados se definieron varias estrategias. En primer lugar, se definió un protocolo y guiones para la conducción de los grupos de discusión y entrevistas. Dos investigadoras participaron en las dinámicas de grupo y en el trabajo de campo. Las sesiones se grabaron en formato audio para

su posterior análisis cualitativo, con un vaciado y extracción de verbatims clave de los participantes. Los resultados se triangularon entre analistas y la información recogida de cada experiencia colaborativa. Se realizó un retorno de los resultados a todos los participantes (informe de caso) en relación al modelo para su validación antes de realizar los análisis globales. Es importante explicitar que el equipo de investigación tenía perfiles académicos multidisciplinares (sociología, medicina preventiva, medicina interna, salud pública) y que no necesariamente compartía la perspectiva de los decisores.

Características estructurales y organizativas de los modelos

Las 9 experiencias eran heterogéneas en cuanto a sus objetivos, proveedores, población diana, fases de evolución y perfiles profesionales implicados (tabla 1). Sin embargo, los modelos se clasificaron en cuatro grupos: a) según si estaban centrados en los usuarios con un discurso explícito preventivo y con más liderazgo inicial del ámbito social; b) según si estaban centrados en gestión de casos de cronicidad con más liderazgo inicial sanitario; c) según si eran modelos de atención primaristas con integración de servicios sociales y sanitarios con equilibrio de liderazgo entre el ámbito social y sanitario; d) según si estaban centrados en mejorar la eficiencia local/regional y presentaban también un equilibrio en el liderazgo entre las dos vertientes.

Los modelos evaluados estaban en fases desiguales en cuanto a su desarrollo, aunque casi todos se iniciaron en el primer trimestre de 2013. Algunos se encontraban en fases iniciales de definición y conocimiento de

los profesionales (construyendo equipo, por ejemplo, fase 1, Mataró, Vilanova i la Geltrú ABSI y ABSII) o de diseño y escritura de su plan funcional (fase 2: Lleida, Tona-Mancomunitat de la Plana), mientras que otros estaban en fases más avanzadas de desarrollo y de implementación (fase 3: Gironès o CAPI Vilanova i la Geltrú). Solo algunas experiencias colaborativas, seguramente por ser de las más antiguas, parecían haber alcanzado la fase de consolidación con mucha experiencia acumulada y evaluación (de auditoría y continuada), en fase de formalización del modelo y evaluación de la mejora continua (Reus, la Garrotxa o Sabadell).

Pocos modelos disponían de un plan funcional o circuitos escritos en el momento de la evaluación externa, aunque todos destacaban por la trayectoria y la experiencia de trabajo colaborativo y el fuerte liderazgo estratégico y motivacional en su desarrollo. Dentro de sus objetivos se proponía mejorar la coordinación de servicios/ámbitos, la calidad y la eficiencia de la atención, el bienestar de los usuarios, así como evitar duplicidades y detectar necesidades sociales y sanitarias; habían definido iniciativas para identificar necesidades organizativas y fomentar el trabajo de equipo y visiones más integradas de atención y prevención en usuarios con mayor riesgo de necesidades sociales y en salud.

Qué implica trabajar en un modelo colaborativo para los profesionales

A partir de los relatos de los profesionales se identificaron rasgos clave de lo que debería tener un modelo en cuanto a su conceptualización, gestión de recursos humanos, cultura organizativa y aspectos cualitativos

intangibles (tabla 2). Los profesionales participantes consideraron que un modelo colaborativo iba más allá de la atención coordinada (considerada una forma de trabajo más informal entre diferentes profesionales) o integrada de la atención que implica, además de estos atributos, tener objetivos comunes definidos y una visión global de los usuarios con un acuerdo institucional formalizado. En definitiva, trabajar en un modelo colaborativo como concepto para los profesionales implicaba pasar de la informalidad a la formalidad de los procesos y de la organización y atención (escribiendo, protocolizando, haciendo que las instituciones y los proveedores se pongan de acuerdo con objetivos comunes).

■ Trabajar en un modelo colaborativo como concepto para los profesionales implicaba pasar de la informalidad a la formalidad de los procesos y de la organización y atención

Barreras y facilitadores en el despliegue de los modelos

Detrás de los modelos colaborativos se percibe que había un cambio de paradigma de la atención y una adaptación de las estructuras y que se estaba interiorizando el modelo por parte de los profesionales y proveedores. Entre las barreras mencionadas destacan: a) la falta de directrices claras y de objetivos comunes por parte de los 2 departamentos (Departamento de Salud y Departamento de Bienestar Social y Familia); b) la falta de reconocimiento institucional (llevar

a cabo un modelo colaborativo depende en gran medida del voluntarismo profesional; además, la inexistencia de directrices/objetivos comunes dificulta avanzar); c) las resistencias al cambio organizativo, a la manera de trabajar y las diferentes visiones; d) la inexistencia de sistemas de información compartidos, terminología común y espacios compartidos tanto estructurales y físicos como de la palabra que condicionan el trabajo colaborativo. A continuación se ejemplifican algunas de las barreras mencionadas por los profesionales:

Falta de legitimación y liderazgo institucional

«Como las cosas no están claras desde arriba, y es tan relevante el cambio y todo lo que conlleva, la actitud es de incertidumbre: ¿me muevo o no me muevo?» [profesional, modelo Alt Penedès]

«La gran dificultad es que tenemos diferentes proveedores de salud, con diferentes objetivos propios, situaciones diferentes, y esto, cuando lo aplicas al paciente, dificulta que puedas darle lo mismo a no sé cuántos kilómetros de distancia.» [profesional, modelo Alt Penedès]

«No sólo podemos depender de las voluntades de la gente; con esto no nos basta...» [profesional, modelo Tona-Mancomunitat de la Plana]

Falta de adaptación de estructuras, procesos y de los agentes del sistema

«Nosotros hablamos de compartir información básica, lo fundamental; por ejemplo, es importante poder establecer marcadores de situaciones de riesgo y poderlo ver directamente sin tener que utilizar mecanismos del siglo XVIII. Por ejemplo, esta persona a la que yo he identificado con situaciones de riesgo, el ámbito de salud ya la tiene identificada como una situación de maltrato. Ya no hace falta que indague más; hablo con salud.» [profesional, modelo Lleida]

«Además, aquí tenemos una dificultad añadida importante, y es que estamos hablando de dos sistemas que tienen lenguajes diferentes como sistema con información significativa diferente. En el ámbito de los servicios sociales básicos, tenemos un tema clave que es el núcleo familiar. (...)» [profesional, modelo Lleida]

Profesionales que están interiorizando un nuevo modelo de atención

«Una de las principales barreras ha sido la diferencia en las formas de trabajar. Somos sistemas muy diferentes; el sistema sanitario tiene una manera de trabajar y de ver las cosas, y al principio hubo tirantez. Desde social ya teníamos histórico de trabajar con salud, pero cuando hicimos la incorporación, tuvimos que ir limando. Una de las soluciones fue, por ejemplo, que todo el mundo fuera con bata blanca, o ajustar terminologías, por ejemplo, lo que nosotros entendíamos por urgencia y lo que entendían ellos...» [profesional, modelo Reus]

«Es difícil actuar en un problema únicamente por la parte de un sector. Unir fuerzas ha sido una ventaja para el usuario y una ventaja para nosotros, porque hemos entendido que detrás había una carga que nosotros ni conocíamos. [...] Quien detecta el problema a veces son los sanitarios y a veces son servicios sociales; aquel que lo detecta es el primero que empieza a arrancar el motor...» [profesional, modelo Sabadell]

«Yo encuentro que lo que pasa es que los dos sistemas no tienen nada que ver, aunque; por tanto, todos estos miedos son lógicas.» [profesional, modelo la Garrotxa]

Los facilitadores más relevantes para la creación y el desarrollo de los modelos colaborativos fueron: a) el contexto (la importancia del histórico de trabajo colaborativo y referencias previas: PRODEP, PPAC, SEVAD u otras, de las instituciones, los proveedores y las personas implicadas); y b) el

tamaño, la delimitación territorial y las estructuras organizativas que promovían el trabajo en equipo, el trabajo multidisciplinario y la atención coordinada e integrada. Otros facilitadores en la evolución de los modelos se relacionaron con el liderazgo, la motivación y la creencia en el modelo, la existencia de profesionales referentes que hacen de vínculo entre ambos ámbitos de atención. A continuación se ejemplifican algunos de los facilitadores mencionados por los profesionales:

Facilitadores de contexto: importancia del histórico, las instituciones y proveedores

«La atención primaria es la intersección entre ambos departamentos y es necesario que políticos y técnicos —más técnicos que políticos, porque los políticos no entienden estas cosas— entiendan que el problema puntual es éste. Y que, a partir de ahí, irán hacia un lugar o hacia otro. Pero es aquí, en atención primaria, donde generamos a la gente que va hacia los dos sitios.» [profesional, modelo Reus]

«Esto también es importante (cierta cultura de trabajo en equipo), porque, con este nuevo modelo, debemos generar muchos consensos: requisitos, perfiles, criterios de acceso, instrumentos de valoración, diagnósticos para evitar contradicciones...» [profesional, modelo Tona-Mancomunitat de la Plana]

Facilitadores institucionales, instrumentales y de territorio

«Yo pienso que el hecho de que haya acuerdo institucional es al menos un elemento que debe garantizar una continuidad y que no sea un experimento. [...] Las experiencias que se hacen (entre profesionales, equipos, etc.), si no tienen el apoyo y esta implicación de la institución, desaparecen cuando desaparecen los profesionales.» [profesional, modelo Lleida]

«Es evidente que cada territorio se estructura de una manera diferente, pero también tiene que haber una estructura marco clara, porque, si no, se queda en un tema de voluntades, y los temas de voluntad se pueden realizar o no. [...] Como hasta ahora no tenemos directrices, en los territorios donde se ha seguido un modelo colaborativo es una cuestión de voluntades, porque no hay instrucciones.» [profesional, modelo la Garrotxa]

Facilitadores de gestión, de estructura y funcionamiento

«Un papel clave lo ha tenido la dirección también en el liderazgo; al generar el clima adecuado para poder trabajar.» [profesional, modelo Vilanova i la Geltrú]

«Yo creo que, para entendernos y acercarnos a nivel de lenguajes, es muy importante trabajar juntos y buscar puntos de formación que sean compartidos; la formación compartida es muy importante.» [profesional, modelo Gironès]

«A la vez, las comisiones son espacios donde, durante años y más años, nos reunimos, y esto crea confianza, crea cultura de trabajo y crea equipo, crea integración. Los responsables, así como los trabajadores sociales, sobre todo los técnicos, hablan de casos [...]» [profesional, modelo la Garrotxa]

«Nosotros pudimos romper el tema de la jerarquía entre médicos y trabajadores sociales; esto se pudo hacer a través de sesiones conjuntas, generando espacios informales de encuentro, etc.» [profesional, modelo Vilanova i la Geltrú]

«Las competencias de cada profesional en cada situación deben estar bien marcadas. Y cuando tú traspasa esta competencia, es muy importante tener definidas cuáles son mis tareas.» [profesional, modelo Mataró]

Conclusiones y recomendaciones para los decisores

Este estudio ha permitido recoger la voz y perspectivas de los profesionales vinculados a los modelos colaborativos que han sido fundamentales para esta evaluación externa. El estudio ha permitido obtener una fotografía de los rasgos clave de los 9 modelos evaluados de utilidad a diferentes niveles: a nivel micro (describir cada modelo, identificar aspectos de mejora y necesidades percibidas) a nivel meso y a nivel macro (para facilitar la toma de decisiones para dar respuesta a las necesidades identificadas).

■ **El estudio ha permitido obtener una fotografía de los rasgos clave de los 9 modelos evaluados de utilidad a diferentes niveles: a nivel micro, a nivel meso y a nivel macro.**

Algunas recomendaciones estratégicas clave a nivel meso y macro

- Implicar de forma más estrecha (vínculo institucional) a los Departamentos de Salud, Bienestar Social y Familia y a los Ayuntamientos.
- Es necesaria legitimación y posicionamiento de los 2 departamentos (Social y Salud) para establecer objetivos comunes contemplados en la contratación de los servicios vinculados a los modelos (contratos programa), los territorios o los mecanismos de cooperación (lo que hay en estos momentos no es suficiente).
- Acompañar en el cambio: son cambios

de competencias, de modelo, de metodologías de trabajo; y todo esto genera muchas resistencias.

- Legitimar el trabajo colaborativo: incentivar, valorar y conocer el trabajo colaborativo; horas y trabajo dedicadas (motivar a los profesionales para garantizar el desarrollo y continuidad de cada modelo).
- El nuevo Plan Interdepartamental de Atención e Interacción entre Servicios Sociales y Sanitarios debería marcar las directrices claras para todos los modelos y debería incentivar la atención integrada.
- Facilitar ir hacia un modelo real de la atención centrada en la persona.
- Priorizar que los profesionales del ámbito social y sanitario puedan acceder y compartir la información de un

mismo usuario a través de sistemas de información compartidos.

- Repensar el rol de la atención primaria y dotarla de herramientas y de recursos. La atención primaria de salud debería ser uno de los ejes clave en la atención sanitaria de los usuarios.
- Los profesionales se deben conocer para poder trabajar juntos. Hay que dar tiempo para generar clima de trabajo colaborativo y poder hacer el despliegue de cada modelo.
- Desde la formación de grado y postgrado universitario (sobre todo en el ámbito sanitario) sería importante enseñar que es importante la relación, no solo el vínculo con usuario o paciente, sino también el conocimiento de su entorno y el trabajo en equipo e integrado.

1. Características estructurales y de organización de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria evaluados*

Estudio caso (modelo colaborativo)	Alt Penedès	Gironès	La Garrotxa	Lleida ciudad	Tona-Mancomunitat de la Plana	Mataró	Sabadell	Reus	Vilanova i la Geltrú
Principales instituciones implicadas	-Ajuntament -Consell Comarcal -Consorti Sanitari	-Institut d'Assistència Sanitària -Consorti Benestar Social -Institut Català de la Salut (ICS)	-Consorti d'Acció Social -Institut d'Assistència Sanitària -ICS	-Ajuntament -Regió sanitària de Lleida -ICS	-Mancomunitat -Ajuntament -ICS	-Ajuntament -Consorti Sanitari	-Ajuntament	-Ajuntament -Grup d'Assistència Sanitària i Social	-Ajuntament -ICS
Año inicio (encargo institucional)	2013 (SI)	2013 (SI)	1996 (NO)	2013 (SI)	2013 (SI)	2013 (SI)	1994; 2012 (NO)	2013 (SI)	2013 (SI) (+)
Perfiles profesionales en la evaluación (volumen participantes)	trabajo social (11), enfermería (2), medicina familiar y comunitaria (1), medicina preventiva (1), medicina interna (1)	trabajo social (4), enfermería (6), medicina familiar y comunitaria (1), medicina preventiva (1), estudiante en prácticas (trabajo social) (1)	trabajo social (7), enfermería (1), medicina familiar y comunitaria (1), medicina psiquiátrica (1), medicina geriátrica (1)	trabajo social (9), enfermería (3), educación social (1), medicina familiar y comunitaria (1)	trabajo social (3), educación social (2), enfermería (4), medicina familiar y comunitaria (1), terapeuta ocupacional (1)	trabajo social (10), medicina familiar y comunitaria (1)	trabajo social (4), educación social (1), enfermería (3), medicina familiar y comunitaria (2)	trabajo social (5), educación social (2), enfermería (1), medicina familiar y comunitaria (4), medicina comunitaria (1), medicina preventiva (1)	trabajo social (12), educación social (1), enfermería (6), medicina familiar y comunitaria (4), medicina psiquiátrica (1)
Participación otros proyectos previos	-PRODEP -PPAC -Vive en familia -SEVAD	-PRODEP -PPAC	PRODEP	PRODEP PPAC	PRODEP SEVAD	PRODEP	PRODEP	PRODEP	PRODEP
Población diana prioritaria	-cronicidad -dependencia -cuidadores	-cronicidad -dependencia -cuidadores	-cualquier población susceptible intervención social y sanitaria	-cronicidad -dependencia -violencia y maltrato social y sanitaria	-cronicidad -dependencia -violencia y maltrato mental y drogas	-cronicidad dependencia -cuidadores	- cualquier población susceptible intervención social y sanitaria	- cualquier población susceptible intervención social y sanitaria	- cualquier población susceptible intervención social y sanitaria

* Información extraída de los cuestionarios semiestructurados; grupos de discusión con los profesionales implicados y documentación interna / gestión de cada modelo. PRODEP: programa de atención a la dependencia; PPAC: programa de prevención y atención a la cronicidad; SEVAD: servicio de valoración a la dependencia; ICS: Institut Català de la Salut; (+) En el modelo colaborativo en Vilanova i la Geltrú hay un centro de atención primaria de salud integrado (C-API) que depende del Ayuntamiento desde 2003.

Tabla 2. Conceptos en torno a lo que implica un trabajo colaborativo extraídos de los discursos de los profesionales participantes*

- **Una relación más cercana y más ágil entre los diferentes servicios y mayor detección de necesidades sociales y sanitarias**
«Yo me imagino que se debe tratar de una relación más cercana y más ágil entre los diferentes servicios que atendemos a la población. Yo lo entiendo, facilitar la comunicación.» [profesional, modelo de Vilanova i la Geltrú]
- **Un intercambio de información más fluido (desde la vertiente social)**
«Nosotros, lo que esperamos de este modelo colaborativo, es poder tener una relación más fluida de intercambio de información, y que luego, desde sanidad, sabed también cuál es nuestro trabajo.» [profesional, modelo de Vilanova i la Geltrú]
- **Un conocimiento de los dos ámbitos (desde la vertiente de salud)**
«Yo, respecto a las expectativas del modelo colaborativo, creo que lo que es muy importante, y ya se ha dicho, es el conocimiento de los dos ámbitos y de los recursos que tiene cada uno. Saberlo también te determina un poco el alcance de la actuación; hasta donde llegas y donde te tienes que quedar.» [profesional, modelo de Vilanova i la Geltrú].»
- **Trato más global al usuario, tener todas las visiones y trabajar de manera conjunta**
«Te da puntos de vista que a veces, desde salud, no ves, y eso es muy importante.» [profesional, modelo del Alt Penedès]
«Se inicia por la eficiencia; los recursos son los que son, pero sumando se puede hacer más que separados, y el paciente tiene necesidades tanto sociales como orgánicas, esto ya ha quedado más que demostrado; a partir de ahí, yo creo que es una manera de tener las cosas mucho más atendidas y mucho más controladas, para que la atención primaria puede ser por ambos lados [...]. Es una manera de ver las necesidades, casi como si lo vieras con unos solos ojos.» [profesional, modelo del Gironès]
- **Tener un plan de trabajo, acuerdo institucional y objetivos comunes**
«Yo pienso que nosotros podemos colaborar, pero no hacemos una atención integrada; colaboramos, nos pasamos información, pero no hay un objetivo en común. En cambio, la atención integrada significa que hay colaboración, pero que también hay un objetivo común.» [profesional, modelo del Gironès]
«Muchas veces depende de las relaciones entre los profesionales, de las personas de las diferentes organizaciones, de la buena voluntad, e incluso del feeling. Mientras que hablar de un modelo colaborativo ya implica un consenso, un acuerdo institucional; y también es una actitud, colaborar con una meta común; quizás parte además de compartir objetivos estructurales y no únicamente de atención.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Las dos partes en igualdad de condiciones (ámbito social y sanitario)**
«Nosotros vemos que, como modelo colaborativo, hay dos sistemas que estarían en la misma situación, en igualdad de condiciones, no sé cómo decirlo, pero que hay dos sistemas cuyo objetivo es colaborar. La diferencia que yo veo es que, cuando estamos hablando de integración, querría decir que un sistema estaría integrado dentro de otro y no sería este caso.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Comporta que haya establecidos toda una serie de circuitos diferenciados, etc.**
«Sí, y sobre todo implicará que haya establecidos toda una serie de circuitos diferenciados, etc.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Está todo más sistematizado y permite organizarse mejor**
«En el modelo colaborativo, acabarás haciendo coordinaciones también, pero de una manera más sistematizada. Y ahora, seguramente, lo haremos de una manera mucho más formal, no duplicaremos, nos ayudará a organizarnos mejor.» [profesional, modelo de Lleida]
- **Una manera de trabajar que optimiza recursos**
«Y tienen que hacer un plan de acción, para que todos los recursos sean más aprovechables y para que toda la mejora que tenga sea la más grande posible dentro de su situación.» [profesional, modelo colaborativo de Sabadell]
«Y es una manera, participando y compartiendo información, de crear planes y de trabajar para optimizar los recursos, que se pierden muchos.» [profesional, modelo de Sabadell]

* Resultados extraídos de los grupos de discusión con los participantes en los 9 modelos colaborativos de atención social y sanitaria evaluados.

Anexo 1. Profesionales vinculados a los modelos colaborativos participantes en la evaluación externa

Modelo colaborativo de atención social y sanitaria	Profesionales participantes
Alt Penedès	Montse Domènech, Montserrat Gener, José Carlos Molina, Pilar Piñeiro, Mercè Aranda, Sonia Campos, Raquel Escriche, M ^a José García, Victòria Jou, Raquel Llera, Alba Paris, Juan M. Rivera, Encarna Torres, Raquel Manuel y Eva Beltran
Gironès*	Cari Castillo, Izabella Rohlf, Ben Tomas, Àngela Vila, Teresa Vilalta, Anna Agell, Elvira Aguado, Lídia Box, Núria Llinars, Alba Miras, Glòria Reig, Pilar Tarradas, Eulàlia y Jordi Vilanó
La Garrotxa	Roser Coromina, Teia Fàbrega, Carme Sans, Esther Barris, Glòria Bassets, Montse Coll, Margarita Coma, Elena Güell, Anna Maria Pijuan, Josep Torrell y Salvador Vilar
Lleida ciutat	Montse Farran, Ramon Piñol, Estefania Reves, Lurdes Zanoy, Ana Becana, Divina Farré, Marta Messeguer, Mar Peña, Estela Peralta, Alba Pirla, Marisa Regany, Sara Sabes, Olga Teixidó y Rosa Vilanova
Mataró	Marga Garcia, Maria Gil, Cristina López, Asun Muñoz, Emili Burdoy, Nuria Fàbregues, Victòria Mir, Noemí Pou, Maria Antònia Rocabayena, Vanessa y Laura Seijo
Reus	Àngels Granados, Teresa Rabadà, Jesús San Miguel, Cori Vall, Carolina Bautista, Montse Busquets, Lídia Martínez, Patricia Ricard, Esperança Vallejo, Tània Cuadrado y Lupe Roa
Sabadell	Núria Albi, Soledad Casas, Inés Escribano, Regina Liñán, Mari Carmen Aragón, Carme Cecilla, Cristina Cobo, Montserrat Curtiellas, Vanessa Martínez, Lídia Palau y Anna Sánchez
Tona-Mancomunitat de la Plana	Ester Sarquella (**), Rosa Planesas, Marta Palou, Mònica Arjona, Cati Blázquez, Eva Capdevila, Míriam Clopés, Cristina Rufián, Marta Segalés, Josep M. Villegas y Núria Viñas
Vilanova i la Geltrú	Rian Anguix, Alícia Bartrina, Rosa Carrasco, Rosa Franc, Miquel Perona, Lourdes Roca, Arantza Rodríguez, Marta Rovira, Sílvia Álvarez, Antonia Avete, Carme Casamajor, Montse Diasante, Mireia Farré, Lara Fernández, Montserrat Martínez, David Mona, Mar Muñoz, Núria Puntí, Mercè Sallent, Isabel Ràfols, Eva Rupi, Roser Sangrar, Xus y Mònica Serra

* Se incorporaron como colíderes del ámbito sanitario (Institut Català de la Salut de Girona) Montse Canet, Sara Rodríguez y Esteve Avellana; (***) Actualmente Ester Sarquella es miembro del comité operativo del Plan Interdepartamental de Interacción entre los servicios sociales y sanitarios. Aida Guillaument se incorporó como colíder del ámbito social (Serveis Socials de la Mancomunitat de la Plana)

Bibliografía

- CALDERÓN GÓMEZ, C. “Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura”, en *Forum: Qualitative Social Research*, 10 (2) (2009), art. 17.
- DICKINSON, H.; Glasby, J.; NICHOLDS, A.; Jeffares, S.; ROBINSON, S. y SULLIVAN, H. *Joint commissioning in health and social care: an exploration of definitions, processes, services and outcomes*. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme. National Institute for Health Research, 2013.
- European Science Foundation. Standing Committee for the Social Sciences (SCSS). *Developing a new understanding of enabling health and wellbeing in Europe. Harmonising health and social care delivery and informatics support to ensure holistic care*. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. *Aspectos básicos de gestión de la calidad en el ámbito sanitario capítulo 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- MUIR GRAY, J. A. *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
- GRÖNE, O. y GARCÍA-BARBERO, M. *Trends in Integrated Care. Reflections on Conceptual Issues*. Copenhagen: World Health Organization, 2002.
- HUDSON, B. “Ten years of jointly commissioning health and social care in England”, en *International Journal of Integrated Care*, 11 (2014). URN:NBN: NL:UI:10-1-101296/ijic2011-5 – <http://www.ijic.org>
- Institut U. Avedis Donabedian. *Disseny del model d'organització i atenció a les persones en situació de dependència a la comunitat*. Barcelona, 2008.
- NUÑO-SOLINÍS, R.; FERNÁNDEZ-CANO, P.; MIRA, J. J.; TORO-POLANCO, N.; CONTEL, J.C.; GUILABERT-MORA, M. y SOLAS, O. “Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad”, en *Gac. Sanit*, nº 27 (2013). Pág. 128-134.
- SERRA-SUTTON, V.; MONTANÉ, C.; PONS, J. M. V. y ESPALLARGUES, M. *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Informe tècnic i annexos*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015.
- VARGAS, I. y VÁZQUEZ, M. L. “Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña”, en *Gac. Sanit*, nº 21 (2007). Pág. 114-123.

La gestión de casos en el contexto socio-sanitario

Case management in social & health context

Alicia Sarabia-Sánchez¹

Resumen

La necesidad de intervención de las áreas social y sanitaria para la atención a las personas con enfermedades crónicas complejas que precisan también apoyo social ha dado lugar a la puesta en marcha de programas de atención integral social y sanitaria en los que se promueve la gestión de casos como método de intervención. Este artículo trata de acotar este método y su adecuación al entorno de trabajo con personas que necesitan la colaboración de ambos sistemas para su atención.

Palabras clave: Gestión de casos, gestión de los cuidados, interdisciplinariedad.

Abstract

The necessity of intervention in social and health care areas in order to attend to people with complex chronic diseases also in need of social support, has led to the implementation of programs of comprehensive social and health assistance. In this context, case management is promoted as a method of intervention. This article tries to define this method and its adaptation on working with people who need the cooperation of both systems for care.

Key words: Case management, care management, interdisciplinary nature.

Para citar el artículo: SARABIA-SÁNCHEZ, Alicia. La gestión de casos en el contexto socio-sanitario. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 95-107. ISSN 0212-7210.

¹Diplomada en Trabajo Social y licenciada en Sociología. Investigadora social. alicia.sarabia@gmail.com

El contexto actual: nuevas necesidades

En una sociedad en permanente cambio como es la actual, resulta complicado delimitar de manera tan clara como en épocas anteriores los campos de actuación de cada profesión.

Por una parte, el mercado laboral de hoy en día exige a los trabajadores, además de los conocimientos y habilidades propios de su disciplina, características como flexibilidad, capacidad de liderazgo, destrezas para el trabajo en equipo, iniciativa para la innovación, adaptabilidad, capacidad de análisis o habilidades en la resolución de problemas, por mencionar solo algunos de estos nuevos requerimientos. Sin embargo, éstos no son objeto de ninguna disciplina en concreto, ni se estudian como tales en ninguna Universidad, sino que son competencias transversales que cualquier trabajador de hoy día debe tener, por lo que no delimitan campos de actuación profesional.

Por otra parte, se ha producido una evolución en la percepción de los ciudadanos como titulares de derechos y no como meros receptores de servicios, aún en el actual contexto de deconstrucción conceptual y práctica del Estado del Bienestar. Esto obliga a profesionales e instituciones a organizar sistemas que den respuesta a las demandas de estos ciudadanos a la vez que se ajustan los modos de funcionamiento para mejorar la eficiencia en la utilización de unos recursos que siempre resultan escasos. De esta manera surgen la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, que hacen todavía más borrosos los límites tradicionales entre las competencias de cada profesional.

En este entorno, los profesionales de la

salud y de lo social (entre otros) nos enfrentamos al doble reto de responder tanto a las exigencias de los nuevos modelos organizativos de las entidades para las que trabajamos como a las nuevas demandas de los usuarios.

Uno de los contextos en los que más palpable se hace este cambio es el denominado “espacio socio-sanitario”, en el que concurre, además, un tercer elemento: la confluencia de dos sistemas prestacionales de muy diferentes características y envergadura.

Así, el sistema sanitario, por su parte, presenta un largo recorrido histórico, un alto grado de estructuración y normatividad, una estructura jerárquica bien establecida, una definición y delimitación de roles profesionales de larga tradición y profundamente arraigada, así como unas expectativas claras por parte de los usuarios. Además, la ampliación del derecho a la atención sanitaria a la gran mayoría de la población, la existencia de una cartera de servicios garantizados y la asignación a los ciudadanos de un profesional de referencia (el médico de cabecera) la convierten en algo inserto en la vida cotidiana de las personas cuya utilización se asume con naturalidad, ya que todo ser humano, rico o pobre, puede tener problemas de salud que requieran de estos servicios.

Sin embargo, la situación de los servicios sociales es muy diferente. En primer lugar se trata de un sistema de muy reciente construcción: los servicios sociales en España se construyeron en su configuración actual a partir de los años 80 del siglo pasado; es decir, aunque había estructuras y recursos previos, la organización actual tiene menos de 40 años de vida, lo cual desde una perspectiva histórica es un lapso muy breve, y desde el punto de vista organizacional resulta un periodo escaso para haber alcanzado una ver-

dadera consolidación. Además, la transferencia de las competencias en esta área a las comunidades autónomas ha provocado una diferenciación tanto reguladora como organizativa entre los distintos territorios del país. A ello hay que sumar las competencias genéricas que la normativa que regula las administraciones locales ha atribuido a éstas en esa materia y que ha dado lugar a la implantación en los municipios de diferentes recursos en función de las decisiones de cada corporación local, sin que se estructurase una verdadera red que responda a una planificación supraterritorial de necesidades, sino a una mera yuxtaposición de recursos. Así pues, encontramos normas distintas según la zona, titulares diferentes para recursos parecidos, prestaciones desiguales en localidades cercanas (tanto geográfica como poblacionalmente), estructuras profesionales y organizativas heterogéneas. A ello hay que añadir una característica más de los servicios sociales: no son un derecho de los ciudadanos sino prestaciones dependientes de la disponibilidad presupuestaria, que además no suelen recibir asignaciones suficientes por parte de quienes se encargan de priorizar la distribución de los recursos económicos. Todo ello ha convertido a los servicios sociales en un conjunto de sistemas dispares que son percibidos, en general, como algo a lo que no se tiene derecho a menos que se sea pobre y sin red familiar de apoyo. Esta visión de los servicios sociales como un último recurso para quienes carecen de los medios económicos y/o familiares para solventar sus propios problemas causa que una porción considerable de la población se sienta remisa a acudir a este sistema, lo que a su vez perpetúa la imagen de los servicios sociales como algo residual a lo que no es ne-

cesario dedicar más fondos ni recursos puesto que es para un sector marginal (y muchas veces marginado) de la población. No obstante, esta perspectiva está cambiando a raíz de la aparición de la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), que al instaurar una serie de prestaciones y servicios como un derecho universal ha abierto la puerta de los servicios sociales al conjunto de la población.

En este contexto, estos sistemas (el sanitario y los de servicios sociales) deben dar respuesta a las nuevas situaciones que están surgiendo debido a algunos de los cambios sociológicos que están teniendo lugar en la sociedad. Los más relevantes respecto al tema que nos ocupa son, entre otros:

- La mayor esperanza de vida y por tanto el aumento del número de personas mayores, con las inevitables secuelas que el envejecimiento causa en el estado de salud y la dependencia funcional, tal y como muestran los datos del INE (1).
- La disminución de la natalidad en la población autóctona, que implica una mayor proporción de personas mayores respecto a las jóvenes de sus propias familias, como señala Gil Alonso.
- La mayor prevalencia de situaciones de discapacidad y enfermedad crónica causada por los avances médico-sanitarios, que permiten una mayor supervivencia ante enfermedades y accidentes antes mortales.
- La incorporación generalizada de la mujer al mercado laboral, según recogen LARRAÑAGA y ECHEBERRÍA, que disminuye el número de posibles cuidadores familiares.

- La mayor movilidad geográfica de los trabajadores causada por un mercado laboral inestable, según indican entre otras las fuentes Hays y Nueva Empresa, que debilita la disponibilidad de las redes familiares y vecinales de apoyo.
- El aumento respecto a épocas anteriores de las familias monoparentales cuya responsable es una mujer sola con hijos (INE (2)) (lo que está denominando “familias monomarentales”), lo que incrementa su dificultad para ejercer, además, de cuidadora de personas ajenas al núcleo familiar.

Todas estas circunstancias han dado lugar a una creciente población de personas que, ante una situación de discapacidad o enfermedad crónica, carecen de los recursos sociales de soporte necesarios para afrontarla de manera autónoma y precisan por tanto del apoyo de las instituciones sanitarias y sociales simultáneamente. Sin embargo, la disparidad entre ambos sistemas, como hemos visto anteriormente, así como la falta de conexión entre ellos, crean huecos en la continuidad asistencial a través de los cuales caen los ciudadanos, y en estas caídas corren el riesgo de empeorar notablemente su situación.

Algunos retos a afrontar

En este contexto social y sanitario, y para dar respuesta a las necesidades expuestas, han ido surgiendo varios programas socio-sanitarios como modos de coordinación favorecedores de la continuidad asistencial dentro de las redes y los dispositivos implicados. Esta interacción de las diferentes redes y dispositivos pretende la óptima utilización de las capacidades y recursos de

los sistemas, de forma que se configuren progresivamente como una red interrelacionada e integrada de servicios a los usuarios, sin perjuicio de las competencias de cada departamento propias de su ámbito, sanitario o social. Todo esto implica generar una visión interdisciplinaria y transversal, imprescindible en la intervención de los profesionales que atienden y asesoran a las personas que sufren una problemática de salud y presentan a la vez problemas sociales. Se trata, en definitiva, de crear un modelo de interacción de los servicios sanitarios y sociales, elaborando planes de trabajo interdepartamental, que contribuya a generar un modelo de intervención global coordinada, con una misma visión de conjunto que tenga en cuenta la persona. Se busca también la interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos, para establecer mecanismos de coordinación que permitan hacer efectivas las necesidades de atención especializada, la continuidad asistencial y la prestación de servicios sociales, generando vías de interacción donde las personas y sus necesidades sean el centro de los servicios. Se pretende facilitar la continuidad asistencial en el domicilio para prevenir que las estancias hospitalarias se prolonguen inadecuadamente.

El desarrollo de los programas socio-sanitarios supone dar un impulso importante al modelo integral social y sanitario de atención a las personas. Esto conlleva la necesidad de llevar a cabo una reflexión sobre algunos aspectos funcionales relacionados con el desarrollo de la labor de los profesionales implicados y comporta una readaptación en la manera de hacer trabajo social tanto desde el ámbito de salud como desde servicios sociales. Así pues, los trabajadores

sociales nos encontramos con algunos retos profesionales concretos como serían:

1. La necesidad de diálogo y coordinación entre trabajadores sociales de diferentes instituciones: Con mucha frecuencia, y debido a las características antes reseñadas de los servicios sociales, las diversas instituciones de esta rama están profundamente desconectadas. Así, la atención primaria que realizan los municipios suele tener escasa conexión con los gestores de los recursos especializados (que suelen ser de ámbito supramunicipal: comarcal, provincial o autonómico) más allá de la tramitación puramente administrativa; y la información y coordinación no tiene lugar con la fluidez necesaria para abordar las situaciones de necesidad de los ciudadanos de manera integral. Ello se hace patente, por ejemplo, en las dificultades que habitualmente tiene la programación de altas hospitalarias respecto a la habilitación de recursos sociales en el entorno comunitario. Para dar respuesta en el marco de la coordinación sociosanitaria, son necesarios dos cambios. Uno institucional, ya que es necesario e imprescindible realizar las modificaciones organizativas y estructurales necesarias para hacer posible esta cooperación entre los distintos prestadores de servicios sociales, de manera que se pase de la actual coordinación informal a un modelo formalizado y con soporte institucional de trabajo en común. Esta modificación organizativa y estructural debe tener en cuenta la centralidad y la globalidad del usuario para flexibilizar

la oferta de manera que sea ésta la que se adecue a las necesidades, y no al contrario como suele ocurrir en la actualidad. Por otra parte, los trabajadores sociales de ambos ámbitos deberán instaurar cauces de cooperación y diálogo interdepartamentales operativos y vencer las resistencias provocadas por la pertenencia a distintos organismos administrativos. Además, sería imprescindible integrar en esta red de cooperación a los prestadores privados de servicios sociales (comerciales y no comerciales), rompiendo la dicotomía público/privado para alcanzar una eficacia real de las intervenciones.

2. La necesidad de diálogo y coordinación entre profesionales sanitarios y sociales: partiendo de la diferente posición y estatus de sus respectivos ámbitos, una de las quejas más frecuentes de los trabajadores sociales que ejercen en el entorno sanitario es la escasa relevancia que los profesionales de este sector suelen conceder al trabajo social. La visión tradicional de la función de los profesionales sanitarios como “sanadores” de enfermedades les ha hecho obviar en muchas ocasiones que la salud va más allá de la ausencia de enfermedad y abarca otros ámbitos como el emocional y el social. Por ello, sería necesaria una reformulación de los contenidos tradicionales de la atención a la salud en el sistema sanitario para incluir a los profesionales de lo social como miembros de pleno derecho de los equipos. Más aún, esta nueva conceptualización debería incluir no solo

a los trabajadores sociales del ámbito sanitario, sino hacerse extensiva a todos los servicios sociales entendiéndolos, para que pueda producirse un diálogo en igualdad de condiciones, como agentes de salud y elementos fundamentales para el abordaje de la atención integral a los ciudadanos con necesidad de intervención socio-sanitaria.

3. El trabajo en equipos interdisciplinarios y el reparto de roles: la propia naturaleza de la coordinación socio-sanitaria implica las exigencias de cooperación, integración de sistemas, interdisciplinariedad, transversalidad o continuidad asistencial. Este concepto de la atención a personas con necesidades tanto sanitarias como sociales hace necesario delimitar las competencias propias de cada uno de los profesionales participantes, de modo que interdisciplinariedad no se convierta en sinónimo de “todo el mundo puede hacer cualquiera de las tareas y funciones”, especialmente en detrimento del trabajo social. Si bien la flexibilidad de roles es necesaria para garantizar la cobertura de las necesidades de los usuarios, también es importante garantizar el nivel de calidad en el contenido de cada uno de los servicios y prestaciones del sistema. De lo contrario, se corre el riesgo de caer en uno de los fallos tradicionales de los servicios sociales (como buenos herederos de la beneficencia): puesto que se suele pensar que todos los que están en ese campo lo hacen porque son buenas personas, cualquier buena persona puede hacer cualquie-

ra de las tareas y funciones propias del trabajo social. Esto, que puede parecer una caricatura para los ajenos a este ámbito, suele ser una realidad palpable en algunas parcelas de la intervención social.

En esta situación, nos encontramos con que algunos de los nuevos programas orientados hacia la coordinación socio-sanitaria promueven la implantación del método de trabajo denominado gestión de casos.

La gestión de casos como respuesta

El “case management”, que se ha traducido como “gestión de casos”, surgió en Estados Unidos en los años 70 para afrontar la fragmentación en la provisión de servicios. De hecho, su situación era muy similar a la nuestra actual: en los ámbitos de la educación, la sanidad y los servicios sociales, cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional, niveles local, provincial, regional, departamental, estatal) se regía por sus propias normas, que, la mayoría de las veces, no tenían en cuenta la coordinación con el resto. Cada nivel asistencial era concebido como un mundo en sí mismo, ajeno a lo que pasase fuera de él. En esta situación, tanto los usuarios como los profesionales se cuestionaban la fragmentación de las intervenciones por parte de cada uno de estos niveles de atención, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano.

Los orígenes de la gestión de casos propiamente dicha se hallan en la que se podría

traducir como Ley estadounidense de Servicios Enlazados (*Allied Services Act*) de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar la interrelación entre los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar. Para ello se implantaron una serie de proyectos piloto de mecanismos de coordinación, principalmente a nivel local, que incluían el desarrollo de nuevos sistemas de información y referencia, sistemas de seguimiento de clientes, centros de servicios integrales y procedimientos de gestión de casos.

Esos proyectos piloto se desarrollaban mediante un “nuevo” modo de intervención al que se denominó “case management”, que iba destinado a proporcionar una atención integral e integrada en la que el cliente y sus necesidades fueran el centro de la intervención, y que incluía una función de promotor de cambios en el sistema. La aplicación de este método a los distintos ámbitos de necesidades sociales dio lugar a diferentes formas de “hacer” gestión de casos, principalmente en función del grupo poblacional en el que se aplicaran. Uno de los ámbitos en que con más fuerza se impuso este método fue en el de los cuidados de larga duración y el de los pacientes con necesidades complejas de atención, el “care management”. La similitud entre las palabras “case” (caso) y “care” (cuidados) ha provocado que en numerosas ocasiones se utilicen como sinónimas y se confundan la una con la otra, reduciendo la gestión de casos a gestión de los cuidados. Incluso, en un contexto de reducciones presupuestarias, se han llegado a asimilar estos dos términos con un tercero, el “managed care”, cuya función principal es controlar los costes mediante la adecuada asignación de los recursos más económicos que sean apropiados.

En el párrafo anterior hemos resaltado la palabra “nuevo” al referirnos al método de gestión de casos porque, como sostienen AUSTIN y MCCLELLAND, resulta irónico que se considere a la gestión de casos como uno de los “nuevos” abordajes más populares cuando en realidad las raíces de la gestión de casos se remontan a los inicios del trabajo social y al énfasis que Mary Richmond ponía en la importancia que tenían los enfoques centrados en el cliente para la coordinación y la cooperación entre agencias.

Fruto de estos fundamentos, la gestión de casos en Estados Unidos bebió inicialmente de las fuentes del trabajo social. Sin embargo, su adopción en el Reino Unido, donde existía un sistema sanitario sólido como el español, dio lugar a su aplicación mayoritariamente en el ámbito de la salud. Esto, junto a la similitud fónica con el “care management” y a la tradicional preponderancia del sistema sanitario sobre el de servicios sociales, ha causado que su aplicación en el contexto europeo se ha ido escorando hacia su concepción como servicio en el marco sanitario, y por tanto como propia de los profesionales sanitarios.

Pero, ¿qué es en realidad la gestión de casos? Aunque hay numerosas definiciones, reseñaremos algunas de las más relevantes:

Según INTAGLIATA, la gestión de casos es “un proceso o método dirigido a garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente”.

Austin afirma que “la gestión de casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios [...] para garantizar [...] el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de un cliente individual”.

La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EE.UU. define la gestión de casos como “un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya (media) un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico... La gestión de casos en trabajo social tiene naturaleza tanto micro como macro, y la intervención tiene lugar tanto en el nivel del cliente como en el del sistema”.

■ No se debe usar la “gestión de casos” como término paraguas que incluya cualquier intento de coordinación de servicios.

Como advierte HUNTER, no se debe usar la “gestión de casos” como término paraguas que incluya cualquier intento de coordinación de servicios. Tampoco, como se ha comentado antes, hay que confundirla con la “gestión de los cuidados” (care management) ni con el *managed care* (que está diseñado para evitar o acortar al máximo la hospitalización y reducir sus costes), con el “trabajador de referencia” (cuyo papel es mucho más limitado, adscrito a un servicio concreto y por un tiempo limitado) o con los “coordinadores” (que están orientados hacia la gestión de los servicios y no hacia las necesidades del usuario).

A pesar de las diversas formas que puede adoptar la gestión de casos, existe consenso profesional sobre sus funciones fundamentales, independientemente de cómo se apliquen en la práctica en cada contexto. Así, la gestión de casos incluye el desarrollo

secuencial de todos y cada uno de los siguientes pasos:

- Acotar el ámbito: es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de seleccionar a los destinatarios más adecuados.
- Cribado: supone la valoración inicial de los potenciales usuarios para establecer su elegibilidad según su adecuación al perfil de población diana seleccionado.
- Valoración integral: se trata de recoger información en profundidad sobre la situación social de una persona y su entorno y sobre su funcionamiento físico, mental y psicológico, lo cual permite la identificación de las necesidades de dicha persona y sus necesidades de apoyo. Suele incluir el uso de instrumentos estandarizados de valoración y puede tener tres enfoques: sobre los problemas, sobre las necesidades o sobre las fortalezas.
- Planificación del caso: con la información recogida durante el proceso de valoración, el gestor de casos y el usuario realizan conjuntamente una prescripción escrita y formalizada (un “paquete”) de servicios. Existe el riesgo, que debe ser tenido en cuenta, de enfocar la planificación en función de los servicios disponibles, y no en función de las necesidades del interesado y su plan de intervención adecuado. En este sentido, el gestor de casos tiene que buscar las alternativas que mejor se adecuen al perfil del usuario, procurando lidiar con la estandarización de los servicios propia de los sistemas burocráticos.
- Implementación del plan y concertación de servicios: es el proceso mediante el

qual, como apoyo al usuario (o sustitución si éste no pudiera), se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. Normalmente implica negociaciones con los distintos proveedores de estos servicios.

- Puesto que no es posible implementar con éxito el plan de atención si la comunidad no tiene suficiente oferta de servicios, una función que algunos autores añaden, complementaria a la anterior, es la de la defensa de los intereses del usuario frente a los proveedores de servicios para obtener los servicios adecuados y frente a la organización burocrática para que ponga en marcha los servicios necesarios.
- Seguimiento: permite al gestor responder rápidamente a los cambios en la situación del usuario y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario en cada momento. Su frecuencia es variable, dependiendo de la intensidad de las necesidades del individuo y su entorno, su previsible cronicidad y del tipo de servicio que se está dispensando. El grado de reacción a los cambios en las necesidades del usuario puede tener un fuerte impacto tanto en su bienestar como en el coste de los servicios.
- Re-valoración: puede ser preestablecida o realizarse en respuesta a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se valoran de nuevo la situación y funcionamiento del usuario para identificar cambios desde la anterior valoración. Las re-valoraciones preestablecidas sir-

ven también para comprobar los avances hacia las metas recogidas en el plan.

Moxley (1989) añade otra función que considera fundamental:

- Implicación: significa la creación de una relación de apoyo del gestor de caso con sus usuarios, en función de las necesidades y los deseos de éstos.

Según Austin, los objetivos referidos al apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración han de ser de dos tipos:

Orientados hacia el usuario:

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de ese usuario específico.
- Supervisar las condiciones del usuario para garantizar la adecuación de los servicios.
- Servir como único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados.
- Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo del usuario.
- Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.

Orientados hacia el sistema:

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios en la comunidad.
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.

- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de atención en el entorno mediante la gestión de casos.
- Controlar los costes, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

La provisión de servicios y el funcionamiento de los programas están sometidos a una serie de parámetros fiscales, programáticos y organizativos, entre los cuales Sullivan identifica nueve variables clave: duración de los servicios; intensidad del contacto; enfoque del servicio; disponibilidad del servicio; lugar de la intervención; dirección por el usuario; capacitación de los profesionales; autoridad de los profesionales; y estructura del equipo. Cada una de ellas influye en cómo se lleven a cabo las funciones de la gestión de casos. Por tanto, la gestión de casos puede ser implementada en múltiples formas que variarán en cuanto a la intensidad de cada uno de los parámetros mencionados, conformando procedimientos similares aunque no iguales. De hecho, la gran flexibilidad de la gestión de casos es uno de sus mayores atractivos, ya que permite su adaptación a las características tanto de los usuarios particulares como de los entornos culturales en que se aplique.

La realización de estas tareas requiere una amplia preparación por parte del gestor de caso. Es preciso un conocimiento profundo del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, de los servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos, de la gestión económica; exige habilidades de valoración, empatía, negociación y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa. Las destrezas fundamentales que debe tener un gestor de casos incluyen:

De valoración: debe incluir a todos los individuos significativos de la vida del usuario y explorar todos los factores incidentes y todas las fortalezas existentes. Se ha de analizar la interrelación entre los factores físicos, contextuales, conductuales, psicológicos, económicos y sociales y se deben valorar los apoyos formales e informales, el funcionamiento social, los aspectos económicos y de vivienda y los factores culturales e ideológicos (incluyendo los religiosos).

De gestión: la gestión de casos tiene, en algunas intervenciones, aspectos gerenciales (por ejemplo, con personas incapacitadas mentalmente que carecen de familiares de apoyo). Por tanto, es necesario tener destrezas en la toma de decisiones. También es aspecto fundamental la relación interpersonal, por lo que es fundamental la presencia de habilidades de comunicación y empatía, la capacidad de aceptar las diferencias (de edad, de raza, de principios o creencias) y la facilidad para relacionarse simultáneamente con diversos entornos (empresas proveedoras de servicios, profesionales de otros sistemas o ramas, entidades de voluntariado, etc.).

Confidencialidad: puesto que este método implica trabajar un entorno de cooperación y coordinación entre entidades y servicios, es necesario explicitar a los usuarios y sus familias cuáles son sus derechos respecto a la confidencialidad. Para ello es preciso establecer acuerdos concretos al respecto.

De apoyo: el gestor de caso establece con el usuario y/o su familia una relación que se prolonga a lo largo del tiempo. Por ello, el gestor de caso tiene que ser capaz de alcanzar un equilibrio entre la empatía y la objetividad y dejar claros los límites de la relación.

Perfil profesional del gestor de casos

Como hemos expuesto, la gestión de casos demanda unas competencias que incluyen capacidades para trabajar con problemas complejos, con las familias y sus múltiples necesidades, con diferentes interlocutores públicos, empresariales y privados, de contener con el sistema burocrático. El gestor de caso actúa como consejero, asesor, mediador, facilitador, defensor, administrador y evaluador, y es necesaria una formación específica en todas esas tareas.

Tal y como se ha visto anteriormente, en Estados Unidos la gestión de casos es una función propia de los trabajadores sociales. Muchos autores sostienen que el Trabajo Social proporciona esa formación, si bien coinciden en que la preparación básica de la diplomatura resulta insuficiente para el adecuado ejercicio simultáneo de todos estos roles. Por ello numerosas escuelas de Trabajo Social de EE.UU. desarrollan módulos de formación de postgrado específicos en gestión de casos. También muchas entidades de bienestar social realizan cursos de especialización de sus profesionales sobre esta materia y muchos estados de ese país están exigiendo una especialización en esta área a sus gestores de caso, que incluye horas de prácticas tuteladas.

De hecho, la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de Estados Unidos ha creado un Certificado de Trabajador Social Gestor de Casos; para acceder a él se requieren la diplomatura en Trabajo Social y al menos 1.500 horas de ejercicio profesional de gestión de casos supervisadas por otro trabajador social gestor de casos —con al menos cinco años de experiencia si tiene ni-

vel de diplomado y dos si tiene nivel de licenciado. También ha puesto en marcha el Certificado Avanzado de Trabajador Social Gestor de Casos (destinado a los licenciados en Trabajo Social, en las mismas condiciones que el anterior). Estos certificados tienen una validez de dos años, y para su renovación se requiere acreditar al menos 20 horas de formación presencial especializada durante dicho período.

Sin embargo, en Gran Bretaña son numerosos los profesionales de la enfermería que realizan esta función, aunque ello puede estar influido por el campo de aplicación ya que en este último país la gestión de casos se encuentra muy ligada, desde sus inicios, a la planificación de los cuidados de larga duración para personas mayores y con discapacidades que presentan limitaciones severas (con lo que se aproxima más al care management —gestión de los cuidados— que al case management propiamente dicho).

Para analizar cuáles serían los profesionales cuyo perfil formativo capacita más adecuadamente para la gestión de casos en España hemos examinado los planes de estudios universitarios de los grados en Educación Social, Enfermería, Trabajo Social y Psicología. Una vez vistas las asignaturas troncales y obligatorias (puesto que las optativas y de libre configuración quedan a elección del alumno y por tanto no se garantiza su realización), queda patente que la diplomatura en Trabajo Social proporciona la formación inicial más ajustada, seguida por la diplomatura en Educación Social y la licenciatura en Psicología, en tanto la formación proporcionada por Enfermería tiene un enfoque profundamente clínico y bastante alejado de las funciones a desarrollar por un gestor de casos. No obstante, en ninguna de

ellas se cubren en su totalidad los requerimientos específicos necesarios para llevar a cabo de forma adecuada la Gestión de Casos, por lo que en todas ellas serían necesarios cursos de especialización que proporcionen los conocimientos y habilidades precisos.

En última instancia, y apoyando lo que mantienen muchos de los autores especialistas en esta materia, la gestión de casos no puede servir como mero cambio de nombre de la atención que actualmente se dispensa desde los servicios sanitarios y sociales, sino que es un modelo de intervención

■ **La gestión de casos no puede servir como mero cambio de nombre de la atención que actualmente se dispensa desde los servicios sanitarios y sociales.**

holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social, que promueve cambios en el sistema y, sobre todo, que hace accesibles recursos coordinados que respondan a las necesidades integrales de los clientes.

Bibliografía

- AUSTIN, C. “Case management in long-term care: Options and opportunities”, en *Health and Social Work*, nº 8 (1983), vol 1. Pág. 16.
- AUSTIN, C. “Aging and long-term care”, en AUSTIN, C. y McCLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pág. 78. ISBN 0-87304-285-9.
- AUSTIN, C. y MACLELLAND, R. “Introduction: Case management. Everybody is doing it”, en AUSTIN, C. y McCLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pág. 4 y 78. ISBN 0-87304-285-9.
- GIL ALONSO, F. “Los estudios sobre el descenso histórico de la fecundidad en España y sus pautas territoriales: un estado de la cuestión”, en *Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*. [En línea]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 15 de julio de 2011, Vol. XVI, nº 931. ISSN 1138-9796. Septiembre 2015. <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-931.htm>
- HAYS. Guía del mercado laboral 2013. En http://www.hays.es/cs/groups/hays_common/documents/digitalasset/hays_725697.pdf . Septiembre 2015.
- HUNTER, D. J. *Bridging the gap. Case management and advocacy for people with physical handicaps*. Londres: King's Fund Publishing Office. 1988. Pág. 105 -110. ISBN 1-870551-83-4.
- INE (1). Esperanzas de vida en salud. En <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf>. Agosto 2015.
- INE (2) <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0604.pdf>. Septiembre 2015.
- INTAGLIATA, J. “Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management”, en *Schizophrenia Bulletin*, nº 8 (1982). Pág. 657.
- LARRAÑAGA SARRIEGUI, M. y ECHEBARRÍA MIGUEL, C. “Actividad laboral femenina en España e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 55. Pág. 65-80. En http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/55/Est04.pdf. Septiembre 2015.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *NASW Standards for Social Work case management*. Washington, DC, 1992. Pág. 5.
- NUEVA EMPRESA. *Fuerte aumento de la cifra de trabajadores expatriados*. En <http://www.nuevaempresa.com/expatriaciones-trabajadores-gran-aumento-ano-pasado/> 5 de marzo de 2015. Septiembre 2015.
- OMS. Determinantes sociales de la salud. En http://www.who.int/topics/social_determinants/es/ . Septiembre 2015.
- SARABIA SÁNCHEZ, A. “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”, en *Zerbitzuan*, nº 42 (2007). Pág. 7-17.
- WEIL, M. “Key components in providing efficient and effective services”, en WEIL, M. y KARLS, J. (Eds). *Case management in human service practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985. Pág. 29-71.

Atención integral centrada en la persona

Holistic attention person-centred

Dolors Bascompte,¹ Mercè Laborda² y M^a Carme Sabater³

Resumen

La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) es una entidad que defiende los intereses tanto de los usuarios de la sanidad como de los servicios sociales. Uno de nuestros objetivos es conseguir integrar el modelo social y sanitario, centrado en las personas, para cubrir sus necesidades con una visión conjunta, debe ser el objetivo prioritario de todos los profesionales implicados y el primer paso para evitar las iniquidades y desigualdades en salud. Para que eso se lleve a cabo se necesita voluntad política, implicación de los profesionales y corresponsabilidad de los usuarios.

Palabras clave: Persona, atención integral, dependencia, determinantes de la salud, voluntad política.

Abstract

CUS is the Health Users Coordinator, an entity fighting for the rights of social and health care users. One of our goals is to integrate the person-centred health and social model to cover people needs holistically. This has to be the main objective for all implied professionals and the first step to avoid health inequalities. To do so, political will is needed, as well as implication from professionals and users' co-responsability.

Key words: Person, holistic attention, dependancy, health determinants, political will.

Para citar el artículo: BASCOMPTE, Dolors, LABORDA, Mercè y SABATER, M^a Carme. Atención integral centrada en la persona. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 108-113. ISSN 0212-7210.

¹Directora de la Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS). dolors@cus-usuaris.org

²Médico. Asesora médica de la CUS. merce@cus-usuaris.org

³Presidenta de la CUS. carme@cus-usuaris.org

La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) es una entidad que defiende los intereses tanto de los usuarios de la sanidad como de los servicios sociales, y como asociación de consumidores que somos, también defendemos los derechos de las personas consumidoras en el ámbito del consumo y la alimentación.

■ **La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) es una entidad que defiende los intereses tanto de los usuarios de la sanidad como de los servicios sociales, y como asociación de consumidores que somos, también defendemos los derechos de las personas consumidoras en el ámbito del consumo y la alimentación.**

La CUS comenzó a formarse en los años 70, pero fue incluida en el Registro de Asociaciones y Fundaciones con fecha 27 de abril de 1979. La persona que hizo posible esto fue la Sra. Carmen Serarols i Arnau y algunos políticos que la ayudaron en la creación de los estatutos, como el Sr. Agustí de Semir o el Sr. Josep Maria Xirinacs, entre otros.

Los objetivos de la entidad no han variado en el tiempo, y son y serán ayudar a las personas, sobre todo a colectivos débiles y sensibles, a que puedan resolver los conflictos con los que se encuentran tanto a nivel social como sanitario. Por eso siempre hemos estado defendiendo ante las consejerías correspondientes estos derechos, con la colaboración y complicidad absoluta de nuestros técnicos.

En este largo camino han pasado muchas cosas, ha evolucionado el sistema, los profesionales han ido obteniendo su lugar y

reconocimiento y **los usuarios también han evolucionado**, de ser personas pasivas han pasado a ser más proactivos y pedir lo que creen que por ley les corresponde.

■ **Si un tema ha preocupado a la CUS desde sus inicios ha sido la atención sanitaria y social que tiene que recibir una persona cuando lo necesita en un determinado momento de su vida y la coordinación de los servicios que dan esta atención para que sean eficientes y coherentes hacia la persona que los ha de recibir.**

Si un tema ha preocupado a la CUS desde sus inicios ha sido la atención sanitaria y social que tiene que recibir una persona cuando lo necesita en un determinado momento de su vida y la coordinación de los servicios que dan esta atención para que sean eficientes y coherentes hacia la persona que los ha de recibir.

Esta preocupación siempre se ha hecho llegar tanto a los políticos como a los dirigentes de la Administración que hemos ido teniendo en los más de 35 años de trabajo que la CUS lleva de existencia.

El Programa “**Vida als anys**”, creado en 1986, fue un buen inicio de intentar resolver esta carencia. Poco a poco se fueron creando nuevos servicios como las largas estancias y los hospitales de día, las convalecencias y cuidados paliativos, como las UFISS (Unidades funcionales interdisciplinarias socio sanitarias) o el PADES (Programa de atención domiciliaria y equipos de apoyo). Todo un ramificado creado para dar atención sociosanitaria a las personas que lo necesitaran. ¿Pero era suficiente? ¿Quedaban cubiertas todas las expectativas? Nosotros creemos que no.

Aunque de ninguna manera se puede despreciar la creación de todos estos recursos y siendo conscientes de que fueron un gran avance en la atención sociosanitaria, a la CUS nos seguían llegando personas, de todas las edades, con determinadas necesidades que no quedaban cubiertas. Había que insistir más.

En 2005, y como continuación de todo este proceso, se da un paso más. Un paso que parecía importante y que cubriría los espacios vacíos existentes. El **ProdeP** (Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia) quería implantar un modelo de atención a las personas en situación de dependencia basado en una acción integrada entre los servicios sociales y salud y que se llevara a cabo en el territorio.

La conocida **Ley de Dependencia**, tan esperada y en ocasiones tan decepcionante, con un inicio esperanzador pero con un futuro muy incierto, ha intentado cubrir, a través de su PIA, las necesidades de las personas que necesitan una atención social y sanitaria.

Pero nuestra pregunta es: ¿a costa de qué y de quién?

En ningún caso queremos desmerecer esta ley. No dudamos que ha sido un paso importante y que como dicen... “algo es algo”. Pero... ¿es suficiente? La experiencia nos ha demostrado que no... El coste económico que ha supuesto, ¿era factible? Muchas personas aún no han cobrado determinados atrasos y si nos referimos a las valoraciones de dependencia que se hicieron en su día, comparándolas con las que se hacen ahora, no tienen nada que ver. Nos preguntamos, ¿cuáles eran las correctas? ¿Las de antes o las de ahora? Y no hablemos de las revisio-

nes de grado de dependencia, que como dicen o recomiendan algunos profesionales... “no la hagamos, no sea que salgamos perdiendo”.

Pero retomando la pregunta sobre si los recursos que tenemos son suficientes, debemos decir que suponemos que no, ya que de nuevo se nos presenta un nuevo proyecto, el **PIAISS** (Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria), lleno de expectativas. Si hasta ahora todos los proyectos dependían de consejerías diferentes (Vida a los años en Salud, ProdeP en Bienestar Social y Familia...), esta vez la voluntad política de unificar criterios sociales y sanitarios está. Ambas consejerías se unen con la intención de hacer un trabajo conjunto y unificado hacia el tema que nos ocupa: la atención social y sanitaria pero esta vez centrada en la persona.

El PIAISS apenas comienza. De momento va dirigido básicamente a las personas mayores y a la red de salud mental. Otros sectores poblacionales como los niños, por ejemplo, tendrán que esperar, y deseamos que también se puedan beneficiar en breve. Los cambios políticos hacen que este proyecto esté en la cuerda floja y que su futuro sea de momento incierto. Todo dependerá del seguimiento que le quieran dar futuros gobiernos. Por nuestra parte, consideramos que proyectos tan importantes deberían estar garantizados, para que los cambios políticos no puedan interferir en su desarrollo.

Hasta aquí hemos intentado hacer un resumen en el tiempo de lo que hemos tenido y tenemos. Realmente son grandes proyectos, grandes acciones que necesitan de una buena dotación económica, pero que sobre todo sin el esfuerzo de miles de profesionales tanto de salud como de trabajo

social no se hubieran llevado a cabo. **En la CUS nos gusta ser optimistas** y valoramos la labor realizada en beneficio de miles de usuarios que se han podido beneficiar. Pero en la CUS también nos gusta ser críticos, siempre con carácter constructivo y proyectando hacia las personas que realmente necesitan los recursos y servicios sociales y sanitarios. Estos recursos necesarios en determinadas tipologías de gente, los tenemos que ver como un todo, como una unión inseparable. Hasta ahora siempre hemos tenido dos caminos: la visión social y la visión sanitaria, de modo que cuando un usuario necesitaba un determinado recurso donde era imprescindible la unificación de las dos vertientes, era abocado a una situación de conflicto donde siempre, por decirlo de alguna manera, ganaba una vertiente sobre la otra. Cuántas veces hemos tenido que escuchar las frases: “este recurso no le corresponde porque no tiene discriminante sanitario” o “este recurso es social y tal y como está de salud... no podrá acceder” o “esta atención domiciliaria no cubre determinados aspectos que ya sabemos que son importantes y necesarios para usted, pero...”.

Se denomina **determinantes de la salud** al conjunto de circunstancias en las que nace, vive, crece, trabaja, envejece y es atendido cada ciudadano por los sistemas sanitarios.

El concepto SALUD es transversal, hasta el punto de que resulta difícil encontrar un aspecto de la vida que no esté relacionado con ella. Se habla de “**salud en todas las políticas**”. Cada vez asumimos más, como ciudadanos, que los condicionantes de la salud son múltiples, diversos y muy cercanos a nosotros y nuestras vidas.

Nadie niega la importancia de la alimentación, el acceso a la vivienda, la pobreza

energética, el estrés, el paro y la polución atmosférica, por nombrar algunos, en la salud de cada uno de nosotros.

El informe de Salud, que anualmente elabora la Agencia de Salud Pública de Barcelona sobre nuestra ciudad valora muchos de estos determinantes, aunque no todos, y acaba dibujando un mapa de desigualdades bien definido geográficamente. En el informe de 2014, la “*matriz Urban HEART*” de Barcelona nos muestra las diferencias entre barrios para una selección de indicadores de salud y de determinantes de la salud. Así pues, podemos ver que el estado de salud de la población no solamente está relacionado con los servicios asistenciales. Aun así, algunos condicionantes, como los económicos, son mucho más difíciles de modificar, y por eso hay que tratar de trabajar sobre los sociales y los sanitarios, coordinados de manera conjunta.

■ El estado de salud de la población no solamente está relacionado con los servicios asistenciales.

Dado que la esperanza de vida en Barcelona y en Cataluña va en aumento y que las probabilidades de sufrir enfermedades crónicas, más o menos invalidantes, se incrementan exponencialmente, es en estos casos en los que hay que invertir más esfuerzos tanto sociales como sanitarios.

Hasta ahora los agentes sanitarios y los sociales trabajaban por su parte y con pocas o ninguna interrelación mutua. A menudo el usuario veía como lo derivaban a diferentes lugares, incluso físicamente, a fin de solicitar ayudas complementarias. Recordad la vieja imagen de las “ventanillas”, donde tratan fríamente pidiendo diferentes documen-

tos, sellos y timbres y hacían ir de una a la otra hasta que se hacía la hora de CERRAR.

El ciudadano es único e irrepetible. El ciudadano no quiere sentirse como un historial más, un número de expediente.

Ahora apenas se empieza a ver el fruto de la historia clínica compartida en nuestro país. Recordemos cuando cada persona con pluripatologías tenía un historial de cada especialista que lo visitaba. Cada vez que iba al cardiólogo le tenía que enseñar lo que le había recetado el trauma o el oftalmólogo o el neurólogo. Este usuario pluritratado no sabía a quién hacer caso y a menudo terminaba haciendo lo que quería, sin dar parte a nadie. Si además necesitaba ayudas sociales había que dirigirse a un nuevo profesional, ubicado a menudo en un nuevo lugar, contar su historia médica, enseñar los medicamentos que tomaba y los informes médicos en caso de disponer de ellos, todo un montón de documentación que no podía valorar porque su función era solo atender las demandas sociales y no sanitarias.

Las personas queremos ser tratadas como tales, no como partes individualizadas y sin relación entre sí. No puede ser que el reumatólogo nos diga que no podemos hacer ejercicio por culpa de la artrosis de rodilla y que el endocrinólogo nos recomiende hacer ejercicio para bajar el azúcar. ¿Quién me hará caso?, ¿por dónde debemos tirar?, ¿en qué consiste el autocuidado que a veces nos piden?, ¿y si desconfío de algunos de los profesionales que me atienden?

Por todo ello la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, formando parte de una atención integrada, ha sido tan y tan demandada por todos aquellos ciudadanos que los necesitan. Es necesario que trabajen juntos con el objetivo de conseguir la mejo-

ra de la calidad de vida de sus usuarios o clientes.

Los ciudadanos no podemos entender cómo es que hay diferentes consejerías, con diferentes presupuestos, que los tratan sin ningún tipo de relación ni coordinación entre ellos. Queremos que todas aquellas personas implicadas con nuestro tratamiento crónico tengan nuestros datos personales, tanto médicos como sociales, y que los puedan usar en nuestro propio bien, mejorando las prestaciones y en definitiva mejorando el día a día, ya bastante dañado por las discapacidades que tenemos. Por si fuéramos pocos, los servicios sociales pueden venir del CAP, del Ayuntamiento o del centro hospitalario y no suelen estar demasiado coordinados.

En Barcelona ciudad, según el informe de salud 2014, hay 18.958 mujeres y 3.954 hombres mayores de 85 años que viven solos. Desconocemos cuántas de estas personas no tienen familiares o los tienen viviendo lejos de ellos. Supongamos que todas ellas disponen de Teleasistencia, que utilizan en caso de emergencia. Supongamos que va el 061 y consiguen estabilizarla y hacer unos cambios en la medicación. ¿Quién va a la farmacia? ¿Quién avisará a los servicios sociales o a la asociación de voluntarios que tienen o pueden tener cuidado de esta persona? ¿El servicio de emergencias médicas se debe esperar a que aparezca un acompañante? Si es necesario preparar una dieta especial, en ese momento, con productos que no están en el hogar, ¿quién los va a buscar y quién prepara aquella comida? Si hay supervisión después de administrar una determinada medicación por parte del 061, ¿quién la hace?

Seramente **es necesario un cambio de paradigma**, los parientes no siempre existen o no están allí en ese momento, las rela-

ciones de vecindad ya no son como antes. Por contra la red de servicios sociales públicos es cada día más presente y potente.

Si creemos en que hay que trabajar para **disminuir las desigualdades en salud**, debemos hacer posible de entrada esta interrelación estrecha, coordinada y eficiente entre los servicios sanitarios y los sociales, haciendo posible la atención Integral de las personas, según sus necesidades.

Conclusiones

Como conclusión, queremos remarcar que el hecho de que Cataluña haya conseguido ser uno de los países con mayor esperanza de vida en Europa ha hecho que fuera necesario adecuar los recursos sociales y sanitarios a las demandas de los ciudadanos, usuarios del sistema, a fin de hacer un buen uso, respetando los derechos y deberes de la población.

A pesar de que damos datos sobre Barcelona ciudad, consideramos que no hay que

olvidar que las desigualdades no son locales, sino en todos los municipios de Cataluña, cada uno de ellos con sus diferencias geográficas y/o de habitantes.

Los profesionales tanto sociales como sanitarios deben estar dispuestos a trabajar de manera conjunta, teniendo como objetivo cubrir las necesidades integrales de la persona a la que van dirigidos los recursos. Por su parte el usuario, que con el tiempo ha mejorado su rol, además de pedir o reclamar lo que le corresponde, está o debería estar dispuesto a implicarse y a participar en todo aquello que afecte a sus necesidades, sean sanitarias o sociales, sin olvidar su responsabilidad de hacer un buen uso de los recursos.

Consideramos que de no enturbiar la situación vamos por buen camino. Trabajar de manera conjunta y ofreciendo servicios integrales es una buena manera de poner a la **persona/ciudadano/usuario** en el lugar que le corresponde, en el centro del sistema.

Bibliografía

- Documento ‘Vida als anys’ L’Atenció sociosanitària a Catalunya 2003. http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at_sociosanit_catalunya_2003.pdf
- Observatori del sistema de salut de Catalunya: Model col·laboratiu per a l’abordatge de l’atenció sanitària i social bàsica a Lleida: <http://oigs.gencat.cat/pages/viewexperience.aspx?id=193>
- Creación del Programa “Prodep” (Programa per a l’impuls i l’ordenació de la promoció de l’autonomia personal i l’atenció a les persones en situació de dependència): http://www.dincat.cat/ca/ceaci%C3%B3-del-programa-prodep-programa-per-l-impuls-i-l-ordenaci%C3%B3-de-la-promoci%C3%B3-de-l-autonomia-personal-i-l-atenci%C3%B3-a-les-persones-en-situaci%C3%B3-de-depend%C3%A8ncia-_9222
- Informe de Salut Barcelona 2014. Agència de Salut Pública de Barcelona. http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut2014_2010.pdf
- Matriu Urban HEART de Barcelona. Diferències entre barris per a una selecció d’indicadors de salut i de determinants de la salut. Barcelona, 2014. http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut2014_2010.pdf (Figura 24).
- Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid07212.htm>

Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso: el modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú

Social and health care coordination: regard, wish and process.
The collaborative model in Vilanova i la Geltrú

Arantza Rodríguez Juano¹

Resumen

Este artículo responde al propósito de compartir algunas ideas clave que han sustentado un proceso de relación y de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria de nuestro municipio.

Su lectura desvela las coordenadas que han orientado nuestro recorrido; unas premisas esenciales que pueden resultar útiles a profesionales y dispositivos que estén inmersos o interesados en abordar un proceso análogo.

Más allá de esta experiencia particular, el artículo introduce brevemente algunas ideas que señalan las amenazas y la complejidad implícita en la voluntad de integrar la asistencia social y sanitaria.

Palabras clave: Trabajo en red, coordinación sociosanitaria, modelo colaborativo, atención integrada social y sanitaria.

Para citar el artículo: RODRÍGUEZ JUANO, Arantza. Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso: el modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 114-124. ISSN 0212-7210.

¹Trabajadora social en el Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú. arodriguezj@vilanova.cat

Abstract

This article aims to share some key ideas that have been at the basis of a relation and coordination process between social and health care services in our municipality.

Reading the article reveals the coordinates that have guided our journey; essential premises that can be useful to professionals and services involved or interested in addressing a similar process.

Beyond this particular experience, the article briefly introduces some ideas that indicate the threats and implicit complexity in the wish to integrate health and social care.

Key words: Networking, social and health care coordination, collaborative model, integrated health and social care.

No es casual sino causal que Vilanova i la Geltrú sea uno de los municipios inmersos en un proceso de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria.²

La inercia de la atención disociada se rompió en el año 2009 con la entrada en funcionamiento de un nuevo equipamiento que daba cobertura a cerca de un tercio de nuestra población. Este dispositivo integraba física, funcional y organizativamente la atención social y sanitaria de las personas y las familias de su área geográfica.

La valiosa experiencia de abordaje integral del CAPI³ ha sido motor para empezar

un camino paralelo en los dos territorios en los que nuestro municipio tiene Áreas Básicas de Salud y equipos de intervención social de Servicios Sociales Municipales que hasta ese momento permanecían en mundos mutuamente desconocidos. Dos espacios de atención prácticamente autistas salvo excepciones de coordinación entre algunos profesionales de atención directa, algún protocolo que nos conecta y el puente de enlace de la trabajadora social sanitaria.

La voluntad de este artículo es compartir la mirada, los anhelos y el proceso que lo han hecho posible por si puede servir a quien

² Desde junio de 2013 Vilanova i la Geltrú es uno de los municipios de despliegue del Modelo Colaborativo promovido por el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), de la Generalitat de Catalunya. El modelo colaborativo tiene como objetivo principal buscar la intersección de trabajo conjunto entre los profesionales de Servicios Sociales Básicos y de Atención Primaria de Salud.

³ El Centro de Atención Primaria Integral del barrio de mar (CAPI Baix a Mar) se crea como un tercer espacio de atención sumándose a las dos Áreas Básicas de Salud (ABS) que tenía nuestro municipio. El equipo social que daba cobertura a esa zona se traslada a este nuevo equipamiento liderado por una doble dirección social y sanitaria. Vilanova i la Geltrú queda así configurada con tres áreas de atención: la zona 1, atendida desde el ABS1 y el equipo social de la zona Ponent, la zona 2, atendida desde el ABS2 y el equipo social de la zona Llevant, y la zona 3, atendida en el CAPI.

esté comprometido en un proceso similar o a quien albergue dudas sobre cómo iniciarlo.

Tener una mirada enfocada y nítida en esta dirección, el anhelo y la convicción de tener que hacerlo y dibujar un proceso que incorpore unas premisas básicas y consensuadas son tres núcleos que sostienen nuestro proyecto.

Es necesario poder entrever las amenazas...

Pero antes de entrar en más detalle sobre este recorrido, creo interesante apuntar algunos elementos que desde un marco general, y no tanto desde una microintervención de coordinación limitada a un área geográfica como puede ser la nuestra, están formando parte de los movimientos de freno para llegar a atender y a entender a las personas desde una integración asistencial sociosanitaria.

Si nadie discute, bajo un enfoque técnico, que lo social y lo sanitario son ámbitos indisociables y sobran argumentos para defenderlo, ¿por qué también se pone en duda? Una de las respuestas a esta pregunta es que el modelo no está exento de amenazas.

La construcción de un espacio social y sanitario común es un proceso movido por voluntades, pero también paralizado por miedos, escepticismos y resistencias. Creo que hablar de ello nos lleva al núcleo de los aspectos que subyacen, que están en un plano más o menos consciente y que no siempre se explicitan.

Como barreras al proceso se ha reiterado la dificultad de comunión entre dos lenguajes y culturas organizativas e institucionales diferentes, la falta de sistemas de información compartidos y compatibles, o la tan recurrente resistencia al cambio. Pero no se

ha hablado tanto de cuestiones, seguramente más incómodas, que inevitablemente operan en los diferentes actores necesarios para el cambio de modelo, sean estos de la esfera política, sean líderes de las instituciones implicadas o sean profesionales de primera línea de atención.

Señalemos algunos de estos aspectos, tal vez más inconfesables, que son vividos como amenazas del modelo:

- La desconfianza que entre los profesionales genera el hecho de pensar que este movimiento está fundamentalmente sostenido por un interés economicista, en lugar de motivado por una voluntad real de ofrecer una intervención holística, desde el compromiso y la responsabilidad de mejora de la atención a las personas.

Se han escrito muchas páginas sobre la insostenibilidad del actual sistema por cuestiones de evolución demográfica. Sumémosle a ello que la mayoría de experiencias de coordinación ya iniciadas se han reducido al espacio común de la atención a la cronicidad y a la dependencia, -ambas de elevado coste sociosanitario-, perdiendo así la gran oportunidad de trabajar juntos en muchos otros ámbitos de intervención. Salud mental, infancia, familia, mujer o drogodependencia podrían ser algunos ejemplos de sinergia de resultados asegurada bajo una intervención bio-psico-social.

La argumentación de *eficiencia y eficacia* como defensa del nuevo modelo alimenta esta desconfianza, entendiendo que resuenan a coartadas siempre utilizadas para reducir el gasto y adelgazar los servicios públicos.

Podemos estar de acuerdo en que, desde esta base de recelo sobre el propósito, será difícil construir un proceso conjunto.

- El miedo a que el pez grande de la salud se coma al pez pequeño de lo social. La diferencia de peso específico entre ambos sistemas abre el miedo a compartir carteras y a avanzar en un proceso de cambio que no sea únicamente periférico, sino que represente una verdadera integración estructural, organizativa y económica.

Por poner un ejemplo, he oído más de una vez (prudentemente, sólo en conversaciones de pasillo) el temor a que el interés en el concurso de los Servicios Sociales Básicos en este proceso responda en buena medida a la utilidad y bajo coste de la cartera de servicios de atención a domicilio.

La dificultad en ver reflejado un discurso social en los diferentes argumentarios y documentos teóricos sobre el nuevo modelo tampoco pasa desapercibida.⁴ La defensa del trabajo social sanitario también entra en alerta bajo la posibilidad de que su tarea quede desdibujada o su utilidad cuestionada en un modelo de atención integrada.⁵ Si el proceso no se desarrolla desde una co-creación en un plano de absoluta igualdad, despertará la sospecha de quien se sienta rezagado por la inercia del más poderoso.

- **Si el proceso no se desarrolla desde una co-creación en un plano de absoluta igualdad, despertará la sospecha de quien se sienta rezagado por la inercia del más poderoso.**

- El descrédito ante un objetivo que puede intuirse como utópico por su enorme complejidad, por el histórico de intentos frustrados que ha quedado en la memoria de muchos, y por la duda razonable sobre la falta de verdadera voluntad, continuidad y generosidad política, más allá del discurso. Sólo es posible avanzar en este camino desde una posición de generosidad política y técnica, movilizadas al poner en el centro de las decisiones a las personas, y no a las instituciones o a los presupuestos. Esto implicará estar dispuestos a ceder una parte de poder en beneficio de un bien colectivo de mayor dimensión. De todos estos temores nos tenemos que ocupar. Significa, al fin y al cabo, poder reconocer y abrazar la complejidad en un proceso que necesita de multitud de ingredientes.

- **De todos estos temores nos tenemos que ocupar. Significa, al fin y al cabo, poder reconocer y abrazar la complejidad en un proceso que necesita de multitud de ingredientes.**

⁴Sirva como ejemplo gráfico la ausencia de la palabra social en el nombre del *Observatorio de Modelos Integrados de Salud* (OMIS), paradójicamente un espacio que tiene como intención dar visibilidad y difusión a iniciativas conjuntas de colaboración entre los sistemas social y sanitario.

⁵Desde nuestra experiencia podemos compartir que se produce el efecto contrario, fundamentalmente porque los profesionales sanitarios incorporan una mirada social que facilita y amplía el trabajo social sanitario.

El modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú

Nuestro primer año de trabajo

La asimetría de atención en relación a la intervención coordinada de nuestro municipio nos movió a buscar un camino de encuentro en las dos zonas geográficas en las que la intervención simultánea de los servicios sociales y sanitarios se realizaba de manera paralela, prácticamente bajo un modelo de “suma cero”.

Era necesario intuir un recorrido propio que no podía replicar el proceso que había constituido al CAPI. No se daba la condición fundamental de compartir espacio físico y partíamos de equipos ya conformados que, histórica y culturalmente, se han comunicado a través del enlace de la trabajadora social sanitaria.

El núcleo de este proceso de relación entre profesionales empieza con la constitución de un equipo motor formado por las direcciones de los dos ABS y de los Servicios Sociales Municipales.⁶

Dedicamos un tiempo preliminar de doce meses de trabajo que nos sirvió a varios propósitos:

1. Acordar con pleno convencimiento que la población diana de este proyecto no se limitaría a un único ámbito de

intervención y, por tanto, se plantearía en el marco de cualquier dificultad susceptible de que una intervención conjunta obtenga mejores resultados.⁷ La segunda decisión, en correspondencia con la anterior, fue incorporar a este proceso de trabajo en red a los servicios de salud mental infanto-juvenil y de adultos, y al servicio de atención a las drogodependencias. El conjunto de los cinco servicios sumamos un total de 157 técnicos de diferentes disciplinas: trabajo social, medicina, educación social, enfermería, pediatría, psiquiatría, psicología y odontología.

2. A lo que metafóricamente llamábamos *corregir la miopía*: llegar a conocer con cierta profundidad qué hace cada cual no es tan inmediato, y es requisito previo para empezar a descubrir espacios comunes sobre el qué y sobre el cómo. Supuso también hacer confluir las miradas mostrando y ajustando las posibilidades y las expectativas que cada servicio tenía sobre en qué medida el otro podía complementarlo.
3. A tomar plena conciencia de que el proceso sería largo y complejo, y también de todo aquello que podía obstaculizarlo. Para nosotros, hablar de

⁶ Es un grupo motor formado por 7 personas que mantenemos desde hace dos años y medio un espacio de reunión mensual. Quiero destacar el acierto en la decisión de incorporar a la trabajadora social sanitaria como parte integrante del equipo: su papel ha sido fundamental por ser conocedora de buena parte de los elementos que acabarían siendo la intersección entre ambos ámbitos.

⁷ La mayor parte de experiencias de coordinación social y sanitaria iniciadas en los últimos años en Cataluña y en el conjunto de España se abordan en los ámbitos de la cronicidad, la discapacidad y la dependencia. Algunas referencias de consulta que pueden ser interesantes: *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España* www.antes-consulting.com; *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*; Experiencias de atención integrada en España: www.newhealthfoundation.org; Observatorio de Modelos Integrados en Salud: www.omis-nh.org; Forum Itesss: www.forumitesss.com; *Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*.

modelo colaborativo es lo mismo que hablar de relación y por tanto entrarán en juego todas aquellas subjetividades que operan en cualquier relación profesional o humana. La complejidad implícita en el proceso está en ser capaces de gestionar predisposiciones diversas, comprensiones diferentes sobre el objeto de trabajo, visiones dispares sobre la amplitud de las intervenciones, o temores e ideas preconcebidas particulares de cada uno de los profesionales sobre lo que representa el trabajo en red.

■ La complejidad implícita en el proceso está en ser capaces de gestionar predisposiciones diversas, comprensiones diferentes sobre el objeto de trabajo.

Implica, al fin y al cabo, construir relaciones colaborativas que evidencien un enriquecimiento recíproco y que superen los efectos perniciosos ampliamente contrastados de las intervenciones fragmentadas.

Solo desde la certeza de su utilidad podrá sostenerse una trama de relaciones que no han tenido hasta ahora un espacio, y que han de buscarse proactivamente con un esfuerzo añadido. El trabajo colaborativo no se justifica por sí mismo independientemente de sus resultados, y ha de ser internalizado como un tiempo y una dedicación necesaria ante algunas circunstancias. Susana Vega describe este proceso de una manera sumamente inspiradora: “las redes de relaciones que se apo-

yan en la ayuda mutua entre profesionales actúan como multiplicadoras de beneficios cuando se logra vivenciar y llevar a la práctica el vínculo de complementariedad”. El pensar en las redes como instrumento de trabajo plantea una de las tareas más complejas: el desafío de construir contextos colaborativos interequipo, interinstitucionales e interservicios. Para que ello sea posible, es necesario partir de una posición difícil de lograr, referida a que las experiencias de cambio se potencian cuando son socialmente compartidas con el objetivo de solucionar un problema común y se confirman cuando redundan tanto en beneficio de los profesionales como del usuario objeto de nuestra intervención.

4. Se nos hizo evidente que el éxito o el fracaso de esta iniciativa estaba en buena parte en dibujar un proceso que fuese adhiriendo voluntades y movilizándolo en esta dirección. Para hacerlo posible era requisito que los profesionales implicados fuesen parte activa de la construcción del modelo. Un planteamiento vertical en este sentido está fuera de toda lógica y no hubiese obtenido ningún resultado. El equipo motor tiene un cometido de impulso, de dar estabilidad, legitimidad y continuidad al proceso. También de cuidar y estar atento a todos los escollos, manteniendo una mirada apreciativa sobre los objetivos logrados para no caer en el desánimo ante la complejidad del engranaje. Pero en todo este trayecto, las ideas solo serán validadas si surgen de un espacio y tiempo compartido entre los profesio-

nales de primera línea de atención. Son ellos, y nadie más que ellos, los que son capaces de apreciar qué nos pone en relación, y delante de qué intervenciones más complejas será necesario buscarlos.

■ Las ideas solo serán validadas si surgen de un espacio y tiempo compartido entre los profesionales de primera línea de atención.

5. Elaboramos una encuesta y convocamos a un grupo de discusión que nos sirven para contrastar nuestro propósito con las predisposiciones previas de los profesionales implicados. Nos permite, en buena manera, *medir la temperatura* y empezar a construir una narrativa colectiva sobre la necesidad de una atención compartida.

De los resultados de la encuesta podemos destacar que el 75% respondió en un sentido favorable a las ventajas que podía aportar el modelo colaborativo.⁸

El grupo de discusión se formó invitando a 23 profesionales seleccionados de manera que fueran representativos de los diferentes equipos de trabajo y del conjunto de disciplinas implicadas. El debate se planteó en torno a tres

interrogantes: cuáles son los beneficios y las dificultades de una atención coordinada, y qué elementos necesarios debía incorporar el proceso. La opinión expresada por los profesionales queda resumida en el cuadro 1.

Buscando coherencia con todas las premisas básicas identificadas planteamos los espacios que darían continuidad al proceso desde la co-participación de todos los profesionales.

Nuestro segundo año de trabajo

A lo largo de los doce meses siguientes se plantean tres espacios consecutivos que ponen en relación directa a los profesionales de los cinco servicios implicados. Buscamos compartir un trabajo de debate y reflexión a propósito de nuestro grado de interdependencia, de qué eficacia nos resta trabajar en paralelo, y de cuáles han de ser las circunstancias para que la intervención coordinada se produzca. Traducido a interrogantes, sería lo mismo que responder a las preguntas: dónde hay tarea compartida, cuál es nuestro interés común y cómo hacerlo posible.

Describo brevemente cómo han sido las tres etapas del proceso y lo más significativo que puede rescatarse respondiendo al interés de este artículo.⁹

⁸ La pregunta se formulaba de la siguiente manera: ¿Crees que poder trabajar de manera conjunta y coordinada puede aportarte ventajas? El 25% restante respondió “no lo tengo claro, me falta información para decidirlo” o “no, haría más complicado mi trabajo”. El total de la encuesta incorporaba cuatro preguntas más. La encuesta obtuvo un porcentaje del 58% de respuesta sobre el total de 124 profesionales de atención primaria social y sanitaria consultados. La encuesta no incluyó a los técnicos de CSMA, CSMIJ y CAS, sí que los incorporó posteriormente el grupo de discusión.

⁹ Estamos abiertos a compartir, con quien pueda resultarle útil, el material generado en el proceso de trabajo, así como el diseño de las herramientas y guiones que estructuraban la tarea.

Cuadro 1: Aportación de los profesionales que configuran el grupo de discusión.

En relación a los beneficios de la atención coordinada:

- Compartir información nos permite ampliar el diagnóstico
- Posibilita un plan de trabajo más amplio con objetivos comunes de intervención
- Supera una visión fragmentada y la sustituye por una mirada integral
- Evita duplicar intervenciones
- Representa un especial beneficio en situaciones de alta complejidad
- Facilita trabajar con personas poco vinculadas a ambos ámbitos
- Nos da agilidad y efectividad en las urgencias

En relación a las dificultades de la atención coordinada:

- No existe una cultura previa de trabajo integrado
- Resistencias a nuevos modelos de trabajo
- Para coordinarse es necesario dedicar un tiempo del que no disponemos
- Tenemos diferentes miradas y diferentes lenguajes: no nos conocemos
- Es necesario por parte de todos flexibilidad y adaptabilidad
- Es necesario que las direcciones de los servicios lo faciliten

En relación a las claves que ha de incorporar el proceso:

- Previamente es necesario conocernos y generar confianza
- Nuestra relación ha de ser cercana y ágil
- Necesitamos el consentimiento informado de las personas para compartir información
- Se han de buscar espacios de trabajo o de formación compartidos
- Hacer compatibles nuestros sistemas informáticos

1. Primer plenario

Convoca a los 157 profesionales que conforman los servicios implicados. Este primer encuentro responde a cuatro objetivos.

El primero es compartir la reflexión y las premisas básicas que han emergido en el seno del debate del grupo motor, de las aportaciones de la encuesta y del diálogo del grupo de discusión.

El segundo es colectivizar un significado común del proceso que estábamos iniciando: qué significa coordinación y trabajo conjunto de casos, y qué modifica respecto a lo que hemos venido haciendo hasta ahora. Se comparten también los resultados evaluados en el CAPI, en relación al nivel de satisfacción de los profesionales y los beneficios de la intervención compartida.

Como tercera intención nos permite compartir una primera información de la organización, del objeto de trabajo y de las carteras de recursos de ambos sistemas. Una primera fotografía que posibilita empezar a mirarnos, y especialmente descubrir un sistema de servicios sociales municipales muy desconocido para los profesionales sanitarios.

Por último el plenario se cierra configurando la continuidad del trabajo conjunto y estructurando cinco espacios de diálogo y decisión. Serán ellos los que acabarán determinando los pormenores del modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú, desde el debate generado entre los profesionales de primera línea de atención.

2. Constitución de cinco equipos de trabajo

Durante siete meses de trabajo, cinco grupos formados por profesionales sociales y sanitarios representativos de todos los servicios, trabajan en paralelo a propósito de cinco ámbitos de intervención: infancia, mujer y familia, drogodependencia, discapacidad y dependencia, y salud mental.

En conjunto esta organización representó poner en relación a 43 personas en un total de 25 reuniones mantenidas.

El encargo compartido que tenían los cinco grupos era interrogarse y plantear ideas sobre tres cuestiones principales:

- El porqué del trabajo colaborativo: motivos que lo fundamentan, beneficios esperables y objetivos realistas en clave de proceso.
- El sobre qué nos hemos de coordinar o intervenir con un único plan de trabajo: ante qué situaciones o indicadores se precisaría la ayuda del otro, y qué circunstancias nos plantean un trabajo necesariamente conjunto.

- Cómo y cuándo establecer abordajes compartidos: identificar los protocolos que ya nos ponen en relación, alternativas de trabajo común en función de la complejidad, y canales de comunicación o encuentros factibles por ambos lados.

Además de generar acuerdos sobre estas cuestiones, planteamos a todos los grupos que durante la última sesión –por el grado de cohesión y reflexión que previamente se habrá gestado– trabajen sobre un caso real. Este ejercicio incide en evidenciar la utilidad que, en palabras de José Ramón Ubieto, queda justificada desde la idea que la coordinación profesional no se transmite con ideales sino con prácticas efectivas.

3. Segundo plenario

Convoca nuevamente a la totalidad de profesionales y el protagonismo en esta ocasión es para las conclusiones de los cinco grupos de trabajo.

Cada cual expone al conjunto de profesionales el debate y las ideas generadas en cada ámbito de actuación, así como las nuevas posibilidades de intervención que se han abierto a propósito del supuesto práctico. Es interesante destacar la coincidencia y la complementariedad de las ideas aportadas por los cinco grupos en las cuestiones transversales, y las diferencias que particularmente pueden derivarse de los procesos de cada ámbito.

Procurando ser congruentes con los aspectos identificados a lo largo de todo el proceso de trabajo, el equipo motor cierra el plenario con los siguientes compromisos:

- Elaborar un documento de base del modelo colaborativo de nuestra ciudad que sintetice y contenga de manera operativa las premisas y los circuitos

en los que se sustenta el trabajo colaborativo.¹⁰

- Compartir un directorio con los datos de contacto de todos los profesionales implicados.
- Incorporar a nuestros servicios un consentimiento informado a través del cual las personas atendidas nos autorizan a compartir información relativa a sus circunstancias.
- Preservar la disponibilidad de todos los profesionales –excepto los servicios de guardia o urgencia– cerrando las agendas el mismo día del mes durante una hora y media. Este espacio común facilita la coincidencia de agendas para coordinaciones presenciales o visitas domiciliarias conjuntas. Esta medida no resta libertad y prioridad para encontrarse tantas veces cuantas sea necesario, simplemente lo facilita.

Momento actual y nuevas sinergias

Este artículo se escribe seis meses después del último plenario. No podemos aún compartir una valoración cualitativa o cuantitativa que revele la solidez del proceso o que identifique qué cambios ha producido en todos aquellos aspectos que previamente identificamos como objetivos.¹¹

El empeño del equipo motor durante esta última etapa ha sido seguir abriendo nuevos horizontes de relación. Desde el concepto sistémico de totalidad, el modelo colaborativo

entendido como un entramado de relaciones, nos permite obtener algo más que la suma de sus componentes aisladamente. Estar atentos a descubrir y aprovechar estas sinergias es un reto motivador que nos ha llevado a nuevas decisiones a lo largo de estos últimos meses. Compartimos algunas:

- Renovar conocimientos de manera conjunta planteando formaciones de interés mutuo, bien sea sobre temas transversales (trabajo en red por ejemplo) o sobre temas particulares y a identificados a lo largo del proceso.
- Dar continuidad a los cinco grupos de trabajo –a petición de algunos de ellos– para seguir dando espacio a la reflexión compartida a propósito de la atención común en los diferentes ámbitos.
- Buscar conjuntamente recursos externos para llevar a término un proyecto de odontología infantil que dé cobertura a tratamientos bucodentales no cubiertos por la seguridad social y dirigido a familias que no pueden asumir su coste privadamente.
- Desarrollar un Banco de Ayudas Técnicas que mejore el pequeño dispositivo que tenemos actualmente.
- Enviar periódicamente información de interés común vía correo electrónico al conjunto de profesionales como grupo de distribución. Puede parecer a priori una idea banal, pero simbólicamente refuerza un sentimiento de pertenencia compartida.

¹⁰ Es un documento interno, no publicado, que tiene como título *Modelo Colaborativo de Atención Social y Sanitaria en la Ciudad de Vilanova i la Geltrú*.

¹¹ En fechas próximas a que este artículo sea publicado tenemos previsto hacer la primera evaluación sobre el impacto que el proceso ha generado.

Si tuviese que valorar en un recorrido del uno al diez en qué momento nos encontramos, probablemente lo situaría acercándonos al dos. ¿Dos años y medio de relación para estar aún en el inicio? La respuesta es sí, porque el proceso de conocernos y reconocernos mutuamente como necesarios, con todo el potencial que ello implica, se cocina a fuego lento.

No hay tratamiento fuera de la red, ni es posible pensar nuestra intervención profesional al margen de otras intervenciones, las conozcamos o no. Todo lo que hacemos es relativo a nuestro lugar en la red, ya que el tiempo de los saberes y las disciplinas absolutas pasó. Hoy el malestar se trata por medio de la distribución social e institucional: a cada uno su cuota y a la red el global.

JOSÉ RAMÓN UBIETO

Bibliografía

- Antares Consulting. *Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España*. (2010) www.atares-consulting.com.
- CANAL, R.; VILÀ, T. y otros. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*. Dossier Catalunya Social nº 43 (2015). http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf
- Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental d'atenció i Interacció Social i Sanitària. *Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona* (2015).
- UBIETO, J. R. (2007) *Modelos de trabajo en red*. Revista de educación social nº 36, pp 26-39.
- VEGA, S. *Instrumento de trabajo en La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Ediciones Paidós, pp. 167-200. (1997).

A decorative graphic consisting of a light green square on the left, a darker green square overlapping its right side, and a horizontal green bar extending across the page. Below the green bar is a vertical grey bar.

Otros temas de interés

Migraciones internacionales
femeninas y nuevas formas de
organización del trabajo informal
de cuidado

La supervisión desde el trabajo
social, un instrumento de
pensamiento y reflexión para
entidades familiares que gestionan
servicios sociales

Migraciones internacionales femeninas y nuevas formas de organización del trabajo informal de cuidado

Feminine international migrations and new forms of informal care work organisation

Esther Albesa Jové¹

Resumen

El presente escrito tiene por objeto explorar algunas de las principales aportaciones teóricas de los últimos años, que analizan y tratan de explicar el incremento de las migraciones internacionales femeninas ligadas a las nuevas estrategias de organización del cuidado social en los países del sur de Europa. Son migraciones también vinculadas, como veremos, a un contexto de globalización del trabajo, a la crisis del modelo informal de cuidado y a un incremento de la mercantilización y refamiliarización de las políticas sociales.

Palabras clave: Migraciones internacionales femeninas, crisis del modelo informal de cuidado, políticas sociales públicas, cuidados de larga duración, dependencia.

Abstract

This article seeks to analyse some of the theoretical contributions in the area of international feminine migrations and the new forms and strategies of social care organisation within the context of the global economy, the crisis of the informal model and the commercial exploitation of the care work within the framework of the informal care sector and new social policies.

Key words: Feminine international migration, crisis of the informal care model, public policy.

Para citar el artículo: ALBESA JOVÉ, Esther. Migraciones internacionales femeninas y nuevas formas de organización del trabajo informal de cuidado. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 127-133. ISSN 0212-7210.

¹ Diplomada en Trabajo Social y licenciada en Sociología. Diputació de Barcelona albesaje@diba.cat

Los cambios socioeconómicos ocurridos en las sociedades postindustriales han configurado, en los últimos años, diferentes formas de políticas públicas dirigidas a la cobertura de nuevos riesgos y necesidades sociales, entre las que se encuentra la atención a las personas en situación de dependencia, también llamada *cuidados de larga duración* (CLD).² Los dos factores clave en el desarrollo de las políticas dirigidas a la atención de la dependencia han sido el progresivo envejecimiento de la población y la “crisis del modelo informal de cuidado”.³ Ambos factores han propiciado un aumento considerable de las necesidades de atención en el sector de las CLD.

Desde el análisis de las políticas sociales públicas, y en concreto de las CLD, este artículo pretende hacer una exploración de las principales contribuciones teóricas explicativas de los nexos entre las nuevas formas de organización del cuidado, el incremento de los procesos migratorios de mano de obra feminizada y las políticas públicas implementadas durante los últimos años, que tal y como veremos más adelante han contribuido a reforzar los procesos migratorios en el sur de Europa.

En el último apartado se analiza el vínculo entre inmigración femenina y el desarrollo del sistema o modelo de atención a la dependencia español, que, como otros de nuestro entorno, ha priorizado la concesión de prestaciones económicas en lugar de favorecer el desarrollo de servicios, lo que ha propiciado un aumento considerable del número de mujeres inmigrantes que han

venido a cubrir los puestos de trabajo de cuidado ocupados anteriormente por la población femenina autóctona.

Género, migraciones internacionales y trabajo de cuidado

Los estudios sobre género, migraciones y mercado de trabajo en España los podemos situar entre los años noventa en el marco de la investigación feminista internacional. Estas primeras aproximaciones intentan, por un lado, poner de manifiesto la importancia de las mujeres inmigrantes como agentes económicos y sociales, tanto para los países de origen como para los países receptores, y por otro superar el enfoque clásico de los procesos migratorios, en los que tradicionalmente se considera al hombre como principal protagonista, por lo que se produce una fuerte invisibilización del rol femenino (OSO y RIBAS-MATEOS, 2012).

En el ámbito de la producción científica internacional, los estudios sobre género, migraciones y mercado laboral exploran la participación de la mano de obra femenina ligada a los procesos de industrialización de los países periféricos en un contexto de economía global. Desde esta perspectiva internacional, SASSEN (2003) explica el fenómeno de la inmigración internacional femenina en EE.UU. como el resultado de la feminización de los llamados “circuitos globales de supervivencia”⁴ y, a la vez, de las transformaciones que se han producido en los mercados

² Se denominan CLD porque implican una atención continuada a lo largo del ciclo vital del individuo.

³ La crisis del modelo formal de cuidado supone un déficit de mano de obra para cubrir las necesidades de atención y cuidado de las personas dependientes, que eran atendidas tradicionalmente por las mujeres del entorno familiar.

⁴ Para esta autora los circuitos globales de supervivencia tienen que ver con los desplazamientos de mano de obra ligados a la globalización de la economía y a la necesidad de subsistencia de las personas en los países empobrecidos, las cuales se desplazan a los países de ingresos más elevadas para poder trabajar.

de trabajo de los países receptores, en los que se relega a las trabajadoras inmigrantes a los puestos de trabajo menos valorados económicamente y socialmente, como estrategia de flexibilización del capitalismo global.

Una de las líneas centrales de análisis en el tema que se trata aquí es la que relaciona las dinámicas migratorias, la globalización económica y el trabajo de cuidado o *globalisation of care work*⁵ (en terminología anglosajona). Los estudios relacionados con el tema de la globalización del trabajo de cuidado y la inmigración intentan explicar el actual proceso de feminización de las migraciones internacionales y su incidencia en las desigualdades de género en un contexto de “crisis del trabajo de reproducción social” (ZIMMERMAN *et al.*, 2005) o “crisis del modelo informal de cuidado”, entendiendo estos términos como la falta de mano de obra para desarrollar aquellas actividades llevadas a cabo tradicionalmente por mujeres dentro de la esfera íntima y familiar y que tienen por objeto cubrir las necesidades básicas de la familia, como la alimentación, la higiene, el afecto, el apoyo...

Otras aportaciones conceptuales interesantes son las de HOCHSCHILD (2000) y BETTIO *et al.* (2006) en relación con lo que llaman “cadenas globales de cuidado”⁶ y “extracción del cuidado”. Hochschild y Bettio han construido un marco teórico acuñando el término *extracción del cuidado* (*care drain* en terminología inglesa) para referirse a la compra a bajo coste de mano de obra para las tareas de cuidado por parte de las sociedades ricas a países empobrecidos, vinculada a

múltiples ejes de discriminaciones y fracturas hacia las mujeres inmigrantes, ya que a menudo estas deben enfrentarse, en los países de acogida, a múltiples discriminaciones de género por su condición de inmigrantes y a la vez por su situación de precariedad en el mercado laboral.

La internacionalización del trabajo reproductivo en el sur de Europa

Las primeras voces que ponen de relieve la importancia de los flujos migratorios femeninos en el sur de Europa son King y Zontini, que distinguen principalmente dos ámbitos laborales para mujeres inmigrantes: el servicio doméstico y de cuidado, y el trabajo sexual (OSO y RIBAS-MATEOS, 2012).

Con referencia al servicio doméstico, el Colectivo Ioé (1991, 2001, 2005) aborda en profundidad el estudio de las características socio-laborales y la inserción de las mujeres inmigrantes en un contexto de globalización económica, así como la situación de precariedad e irregularidad que sufren estas mujeres en los sectores del servicio doméstico y de cuidado a las personas.

En este mismo ámbito, OSO y PARELLA ponen de relieve la precariedad en las condiciones laborales de las mujeres inmigrantes empleadas en este sector de la economía (HERRANZ, 1996, 1997; USO, 1998). PARELLA (2012) señala algunas de las características y dinámicas migratorias transnacionales femeninas, las cuales tienen su origen en algunos de los países de América del Sur

⁵ Globalización del trabajo de cuidado.

⁶ Hochschild introduce el término “cadenas globales de cuidado” para explicar los vínculos que se configuran a través de la importación y la extracción del cuidado y el afecto, desde los países pobres hacia los países ricos, basados en las conexiones entre personas a escala global.

(Bolivia, Ecuador...) y el destino en países como España o Italia, y afirma que la orientación de la inmigración boliviana hacia España responde principalmente a la fuerte demanda de mano de obra femenina migrante dentro del trabajo doméstico asalariado y en otros servicios poco cualificados. Según esta autora, el mercado laboral español pide este tipo de trabajo a consecuencia de las profundas transformaciones socioeconómicas y culturales que ha protagonizado el país en las últimas décadas, que han propiciado la recaudación de mano de obra femenina para desarrollar tareas de cuidado y otros empleos con salarios bajos poco atractivos para las mujeres autóctonas (PARELLA, 2003, 2007). Según Parella, el reclutamiento masivo de mano de obra femenina inmigrante para el trabajo de reproducción social en las sociedades postindustriales responde a un tipo de trabajo devaluado y rechazado por las mujeres autóctonas, con oportunidades laborales mejores, que ha pasado, como hemos visto, a formar parte del mercado global. Parella afirma que el fenómeno de la introducción del recurso de la mano de obra femenina inmigrante en el sector del cuidado a las personas en el modelo de bienestar español se explica principalmente por un incremento de la cualificación profesional y la incorporación masiva de las mujeres españolas al mercado laboral; por la implementación de ciertas políticas migratorias y políticas sociales que han facilitado este flujo desde hace algunos años, y también por las características de la propia actividad laboral, dado que se trata de una actividad que

facilita el ahorro y la inserción rápida de las mujeres en la sociedad receptora, incluso en situación de irregularidad, lo que ha propiciado que se convierta en una estrategia de inserción laboral rápida y en la puerta de entrada de estas personas hasta conseguir otros tipos de trabajos con condiciones mejores. Como resultado de todos estos factores, las autoras alertan de que la situación de las mujeres inmigrantes en los países receptores no es fácil y que la progresiva concentración de mujeres inmigrantes en los servicios de cuidado está generando una triple discriminación por la articulación de tres variables: la clase social, el género y la etnia (PARELLA, 2003).

Políticas sociales y nuevas estrategias de organización del cuidado en el modelo de bienestar español a partir de la LAPAD

Uno de los debates abiertos en el ámbito de las políticas sociales en el modelo de bienestar social español es el de la atención a las personas mayores dependientes a partir de la implementación de la LAPAD.⁷ Según LEITNER (2003), el Estado de Bienestar español responde a un “familiarismo explícito” por tener como característica principal delegar el cuidado de las personas dependientes exclusivamente a la familia. Por otra parte, la familiarización⁸ y desfamiliarización⁹ tienen que ver con las obligaciones de cuidado que la familia asume en relación con sus miembros y el papel que adopta el Estado en el refuerzo o el alivio de estas obligaciones (ESPING-ANDERSEN, 2000). Estos

⁷ Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia del año 2006.

⁸ Tener como actor central a la familia en la atención y el cuidado.

⁹ Cuando el estado provee de recursos mediante las políticas sociales para aliviar las obligaciones familiares de cuidado.

términos, claves en el análisis de las políticas sociales de cuidado, muestran, por un lado, uno de los rasgos básicos de nuestro modelo de bienestar, y por otro la importancia del Estado en la configuración de políticas públicas y la interdependencia que estas políticas tienen en la cobertura de las necesidades sociales.

Uno de los aspectos nuevos, a partir de la implementación de la LAPAD, es la visión que nos aporta MARTÍNEZ (2011) cuando define el modelo español de cuidado de las personas mayores como nuevo servicio del hogar o servicio doméstico del envejecimiento, el cual, advierte la autora, tiene como aspecto fundamental que la nueva organización del cuidado va asociada a una mercantilización¹⁰ y refamiliarización¹¹ de la atención. Para esta autora, los factores fundamentales que explican esta mercantilización son: un Estado de Bienestar insuficientemente desarrollado en cuanto a la dotación de recursos; un modelo de atención de tradición marcadamente familiarista¹² (PARELLA, 2003) y, evidentemente, una situación de crisis del modelo formal de cuidado (como ya hemos visto). Todos estos aspectos, unidos al incremento de la demanda de las necesidades de cuidado por parte de una población cada vez más envejecida, han propiciado un aumento considerable de la inmigración femenina, que ha venido a nuestro país a cubrir el vacío de mano de obra dentro de este ámbito laboral.

Desde su perspectiva y en relación con la configuración de las políticas sociales públicas y del impacto que tienen en el modelo de bienestar español a partir de la aplicación

de la LAPAD, MARTÍNEZ (2011) afirma que la provisión de prestaciones económicas (concretamente las prestaciones de cuidadores no profesionales) con las que se ha dotado principalmente a las familias cuidadoras ha propiciado una refamiliarización de las políticas sociales, ya que sitúa la familia como pilar central de la atención, y además ha incrementado la privatización de la atención, ya que se deposita la responsabilidad de provisión en la familia, y ésta, ante la insuficiencia de servicios, busca en el mercado privado irregular la cobertura de las necesidades de cuidado.

También hay que señalar que otros estudios que utilizan el recurso de la mano de obra inmigrante femenina en el sector del cuidado en el entorno europeo han obtenido como resultado que el aumento de las transferencias monetarias gestionadas directamente por las familias que solicitan trabajo de cuidado intensivo ha promovido la contratación del trabajo doméstico informal de las mujeres inmigrantes (BETTIO *et al.*, 2006).

Conclusiones

A lo largo de esta exposición hemos visto que los cambios sociales y la configuración de nuevas necesidades en las últimas décadas han cristalizado en una nueva organización de la atención a las personas en situación de dependencia. Estos cambios han hecho emerger una nueva realidad, un nuevo corpus teórico que ha puesto la mirada en el fenómeno de las migraciones femeni-

¹⁰ Cuando la responsabilidad de cobertura de una necesidad social recae en la esfera mercantil.

¹¹ Incremento de las responsabilidades de cobertura de las necesidades por la familia.

¹² El término *estado de bienestar social familiarista* es empleado por algunos autores, sobre todo los del sur de Europa, para definir aquellos modelos de bienestar que presentan una tendencia a cubrir las necesidades sociales dentro de la esfera familiar.

nas transnacionales ligadas a la demanda de mano de obra en un contexto de globalización económica. Como se ha visto, el envejecimiento de la población, el aumento de los niveles formativos de las mujeres y su incorporación al mercado laboral, las políticas migratorias y las características del mercado laboral español, han sido algunos de los principales factores en la configuración de esta nueva realidad, marcada por lo que se ha llamado la “crisis del modelo informal de cuidado”, un fenómeno que tiene que ver con la falta de mano de obra autóctona para cubrir las necesidades de cuidado de las personas dependientes en las sociedades desarrolladas, caracterizadas por un incremento considerable de la esperanza de vida y un envejecimiento de la población.

Otros factores que explican esta nueva realidad, al menos en el contexto español, son la mercantilización del cuidado unida a las nuevas políticas de atención a la dependencia, concretamente las políticas monetarias de la LAPAD, llamadas *prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar* o *prestaciones de cuidador no profesional*, dirigidas a los cuidadores, mayoritariamente cuidadoras. La implementación indiscriminada de esta nueva política social para la Administración Pública (hasta el inicio de las medidas de restricción presupuestaria) deja de lado de manera deliberada la inversión en los servicios de proximidad y residenciales, del todo imprescindibles para la atención y el mantenimiento de la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias, sobre todo en los casos de dependencias severas o grandes dependencias.

Asimismo, tal como hemos visto en el discurso teórico, la implementación de las nuevas políticas de cuidado, concretamente en el caso español, han contribuido al incre-

mento de los procesos de inmigración femenina en un contexto creciente de internacionalización.

En este sentido, y para terminar, creo que es del todo necesario hacer un análisis cuidadoso de la nueva realidad social y laboral descrita, ya que nos afecta directamente, no solo como profesionales sino también como ciudadanos. Hay que reflexionar sobre cuáles son las repercusiones para las mujeres inmigrantes que vienen a nuestro país a ocupar este nuevo sector laboral dentro de la economía informal del cuidado. Como este sector está ligado tradicionalmente a la precariedad y a la falta de derechos laborales, las deja relegadas a una situación similar a la que sufren en los países de origen, donde a menudo se encuentran expropiadas de los derechos sociales y laborales más elementales, pero hay tener presente que hay una clara diferencia: en el caso que estudiamos, las desigualdades y la falta de derechos se producen en sociedades de los llamados países desarrollados, en los que supuestamente debe prevalecer el respeto de los derechos humanos y la justicia social.

Sería necesario, pues, hacer un replanteamiento serio de las políticas de los servicios sociales y de los mecanismos que hay que considerar para modificar la *path dependence* de nuestro modelo social de bienestar, un modelo tradicionalmente asistencialista y familiarista, con una clara tendencia a la reproducción de las desigualdades de género, anclado aún en la perpetuación del rol femenino tradicional, que se ha sesgado hacia nuevas formas de explotación y expropiación, aspecto que ha sido configurado y asumido desde las políticas públicas, en lugar de crear un modelo universal y equitativo, que era lo que se trataba originariamente con la promulgación de la LAPAD.

Bibliografía

- BETTIO, F. *et al.* “Change in care regimes and female migration, the ‘care drain’ in the mediterranean”, en *Journal of European Social Policy*, nº 3 (2006), vol. 16. Pág. 271-285.
- COLECTIVO IOÉ. *Trabajadoras extranjeras de servicio doméstico en Madrid*. Documento de trabajo. Ginebra: OIT, 1991.
- COLECTIVO IOÉ. *Mujer, inmigración y trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.
- COLECTIVO IOÉ. “El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid”, en IMSERSO (ed.). *Cuidado a la dependencia e inmigración*. Madrid: IMSERSO, 2005. Pág. 233-370.
- ESPING-ANDERSEN, G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Barcelona: Ariel. ISBN 978-84-344-1697-0.
- HERRANZ GÓMEZ, Y. *Formas de incorporación laboral de la inmigración latinoamericana en Madrid. Importancia del contexto de recepción*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Sociología y Antropología Social. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, 1996.
- HERRANZ GÓMEZ, Y. “Transformación del mercado laboral de Madrid y feminización de la inmigración latinoamericana”, en MAQUIEIRA, V. y VARA, M. J. (eds.). *Género, Clase y Etnia en los nuevos procesos de globalización*. Madrid: Edras, 1997. Pág. 171-182.
- HOCHSCHILD, A. “Global Care and Chains and Emotional Surplus Value”, en HUTTON, W. y GIDDENS, A. (eds.). *On the Edge. Living with Global Capitalism*. Nueva York: Vintage, 2000. Pág. 130-146.
- LEITNER, S. “Varieties of Familialism: the Caring Function of the Family in Comparative Perspective”, en *European Societies*, nº 4 (2003), vol. 5. Pág. 353-375.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC, 2010.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. *Reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional*. Cuaderno de relaciones laborales, 1 (2011), vol. 29. Pág. 93-123.
- OSO, L. *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Serie Estudios, nº 52 (1998).
- OSO, L. y RIBAS-MATEOS, N. “De la sorpresa a la incertidumbre: etapas en el estudio de la temática sobre género y migración en el contexto español”, en *PAPERS revista de sociología. Nuevos retos en los estudios de género y migración en España*, nº 97 (2012), vol. 3. Pág. 511-520.
- PARELLA RUBIO, S. *Mujer, inmigrante y trabajadora, la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos, 2003.
- PARELLA RUBIO, S. *et al.* *Immigració i mercat de treball a Barcelona*. Barcelona: Consell Econòmic i Social de Barcelona, 2007.
- PARELLA RUBIO, S. “Familia transnacional y redefinición de los roles de género. El caso de la migración boliviana en España”, en *PAPERS revista de sociología. Nuevos retos en los estudios de género y migración en España*, nº 97 (2012), vol. 3. Pág. 661-684.
- SASSEN, S. *Contra geografías de la globalización: género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2003.
- ZIMMERMAN, M. K. *et al.* *Global dimensions of gender and carework*. Palo Alto (CA): Stanford University Press, 2005.

La supervisión desde el trabajo social, un instrumento de pensamiento y reflexión para entidades familiares que gestionan servicios sociales

Supervision in social work, a tool to think and reflect for family entities ruling social services.

Cristina Páez Cot¹

Resumen

La supervisión desde el trabajo social es una herramienta de pensamiento y reflexión, de cambio y de construcción de pensamiento. Es un instrumento de mejora de las relaciones personales y de las relaciones entre los miembros del equipo. Es un espacio de protección y cuidado ante los encargos institucionales, que a menudo no suelen estar muy definidos. Este trabajo pretende mostrar cómo la supervisión de un equipo profesional que atiende a personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales severos y que está gestionado por una entidad de familiares ha sido valorada como un instrumento de cuidado del profesional que vela por la salud de estos.

Palabras clave: Gestión familiar, fragilidad, supervisión, cuidado del profesional.

Para citar el artículo: PÁEZ COT, Cristina. La supervisión desde el trabajo social, un instrumento de pensamiento y reflexión para entidades familiares que gestionan servicios sociales. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 134-141. ISSN 0212-7210.

¹ Diplomada en Trabajo Social. Postgrado en Salud Mental e Inmigración. Consultora del Máster de Trabajo Social Sanitario de la Universitat Oberta de Catalunya. Supervisora de Trabajo Social acreditada por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Directora técnica de la Fundació Salut Mental Catalunya
cpaezcot@telefonica.net

Abstract

Supervision in social work is a tool of change and of thought construction. It is a tool to improve personal relationships and relationships among team members. It also means care and protection against institutional orders that often are not well defined. This work aims to show how the supervision of a professional team that takes care of people with schizophrenia and other severe mental disorders and that is managed by an organization of families has been an experience highly valued as successful by the team members.

Key words: Family run service, fragility, supervision, care to the professional.

Las profesiones del ámbito social que trabajan diariamente acercándose a las emociones y ansiedades del ser humano deben tener instrumentos y espacios de cuidado para mantener la salud del profesional y asegurar una buena práctica asistencial.

Hacerse cargo del otro, de su sufrimiento y de su malestar es el objetivo básico de cualquier profesión asistencial que promueva el cambio de la persona hacia su mejora, su bienestar y su autonomía personal.

Pero para hacerse cargo del sufrimiento de la otra persona y poder hacer devoluciones adecuadas a sus capacidades de escucha y de cambio a lo largo del proceso de atención social de la persona es necesario que el profesional tenga espacios donde revisar los sentimientos y emociones que le despierta la intervención realizada con esa persona y su familia.

Sean trabajadores sociales, educadores sociales, trabajadores familiares, integradores sociales u otros, son todos ellos profesionales que trabajan con un material de alta sensibilidad como son las emociones humanas, las cuales impactan con un espacio del ser humano del que debemos tener extremo cuidado y atención, que es el mundo de las

ansiedades y los sentimientos de los profesionales.

Ambos se deben tratar con máximo cuidado, talento, sensibilidad y aprecio.

El primero, el familiar o afectado, porque invadido por el sufrimiento, angustia y situaciones personales y sociales de extrema dificultad pide ayuda, escucha y contención.

El segundo, el profesional, porque movido por vocación, interés por la defensa de los derechos humanos o por la mejora de las condiciones sociales de los colectivos con riesgo está abocado a trabajar en un estado de bienestar en el que actualmente priman el malestar y la queja. Y por tanto, para no quedarse instalado en este malestar y en la queja estructural y estructurada, es necesario que el profesional tenga espacios de revisión del trabajo realizado y del trabajo vivido.

La supervisión es un espacio de protección y cuidado; de creación de pensamiento y construcción de marco teórico. Es, por excelencia, un espacio de escucha de uno mismo, de lo que siente y lo que vive el profesional mientras trabaja, lo que le preocupa de su rol profesional, de la dinámica del equipo en el que trabaja y de los encargos que hace la institución contratante.

Contexto institucional e histórico

Este apartado muestra cómo algunas organizaciones sociales nacidas desde el ámbito familiar y con voluntad de atender una causa que les afecta en primera persona se sienten amenazadas tanto desde el punto de vista económico como desde la fragilidad de la misión y los objetivos por los que nacieron, lo que genera en el equipo profesional un nivel alto de incertidumbre y sentimiento de amenaza permanentes.

Muchas de las entidades del tercer sector que hoy existen nacieron hace más de 35 años desde movimientos de reivindicación vecinales o familiares de la década de los años 80. Con la aprobación de la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios Sociales, algunas de estas asociaciones tuvieron que aceptar las exigencias y los instrumentos de calidad que la administración pública les obligaba a cumplir si querían que los programas laborales, de vivienda, de ocio o el propio movimiento asociativo fueran legitimados como servicios sociales de la cartera de la ley recientemente aprobada.

Ante este panorama legal, económico y técnico no todos los servicios sobrevivieron. Algunos tuvieron que cerrar porque no cumplían los requisitos exigidos.

Pero otras asociaciones de familiares de personas afectadas sobrevivieron a estas exigencias y actualmente gestionan servicios de inserción laboral o servicios destinados al ocio y al tiempo libre de personas con necesidades especiales, desde un modelo construido básicamente sobre aspectos de voluntariedad, altruismo y compromiso social y sobre todo liderado por personas que se guían por la buena voluntad y el sentido común.

En las juntas directivas de las asociaciones constituidas por familiares de edad avanzada hay poca tradición de trabajar con rigor y seriedad técnica. Hay poca financiación económica que permita asegurar nada más allá de las nóminas mensuales de los trabajadores. A menudo son los propios familiares, personas de edad avanzada, con una historia personal de mucho sufrimiento y sin conocimientos de gestión económica ni financiera, que se dedican a captar fondos económicos para asegurar la sostenibilidad y la viabilidad económica de la entidad.

O es el coordinador del servicio, que generalmente procede de una formación del ámbito social, quien con gran compromiso por la causa y por el colectivo objeto de atención y con gran sufrimiento por la amenaza financiera en la que se construyen estas entidades, también realiza investigación y captación de recursos económicos sin tener la formación profesional para hacerla eficaz y eficiente.

El resultado es un gran sufrimiento y sufrimiento diario personal y grupal de todos los miembros de la entidad; familiares que gestionan y profesionales que trabajan.

Así pues, nos encontramos con un conjunto de servicios sociales comunitarios que trabajan movidos por una gran vocación profesional, en un ámbito de difícil intervención y con pocas herramientas personales y profesionales que les permitan trabajar con calidad asistencial.

Entidades familiares: una organización frágil gestionando servicios sociales

Estas familias, movidas por un sufrimiento brutal como es que en su seno se desa-

rolle la psicosis, pasan a hacer de este padecimiento una razón de vida; de la enfermedad, una razón de lucha, y de la familia un motor gestor de recursos. Y vemos cómo trasladan fácilmente estas dinámicas a la organización que gestionan.

Cuando una organización familiar se dedica a gestionar servicios sociales sin los conocimientos profesionales que esta gestión exige, aparecen problemas fruto del desconocimiento y, por otra parte, del enorme sufrimiento emocional intrínseco que existe en la gran mayoría de familias que tienen una persona afectada por una esquizofrenia o cualquier otro trastorno de tipo psicótico y que, además, se inician en la aventura de la gestión de servicios sociales.

Las entidades familiares tienen un órgano de gestión constituido por familiares o amigos de personas con trastorno mental severo.

La “marca” familiar la perpetúan allá donde van porque así creen que perpetúan que “alguien” se hace verdadero cargo de las necesidades de sus familiares y que “el amor” que mueve a las “familias” va más allá que la “profesionalidad” que mueve a los diferentes colectivos de profesionales que trabajan para mejorar la salud mental. Sin embargo, esta “marca” que a menudo vende familiaridad, compromiso que desborda fronteras, lucha por una causa social, tiene una misión salvadora, a menudo esconde organizaciones muy confundidas que atrapan a los profesionales en el caos y la mala praxis profesional.

“Yo no puedo con tanto caos. Actuamos y no pensamos”, decía uno de los miembros de la supervisión.

“Analicemos de dónde viene este caos en el que trabajáis”, les cuestioné como supervisora.

“Aquí todo está confundido entre la profesionalidad y la amistad”, contestó otro miembro del equipo que lleva más años de historia en esa entidad.

Juan GINEBRA (1997) nos dice en su libro sobre empresas familiares, que este tipo de empresas tienen unas características que las hacen comunes y especiales:

- Relaciones de afecto: vínculos afectivos que perdonan, que salvan cualquier situación, que buscan el bien de todo el mundo y se someten a esta ganancia global.
- Gran comprensión del otro: todos saben cómo piensa el otro y se necesita muy poca comunicación formal para saber qué piensa el compañero.
- Aceptación de la autoridad del padre, de la madre o del hermano que le precede.
- Finalidad común: la familia es una unidad básica en la que los miembros crecen a nivel personal y profesional y todos tienen la misma finalidad, que es la permanencia de la empresa para la que viven.
- Espíritu de sacrificio: todos los miembros de la familia tienen claro que deben sacrificarse para el bien común. Esto se puede traducir en hacer más horas laborales de las que tocan, al no tener los días festivos previamente marcados, a sustituir un miembro de la familia si enferma.

En la empresa familiar se espera de todo el que participe de la misma manera para la causa, pero no están tan diferenciadas las funciones y los puestos de trabajo de cada uno. En una entidad inicialmente constituida por familiares, la organización interna es frágil porque todo el mundo llega o debe llegar

donde el otro no llega, como en una familia, pero con la diferencia importante que sus miembros no son familiares, son trabajadores contratados. Trabajan por la misma causa social, pero no la padecen y se les pide, muy sutilmente, sometimiento a la misma.

La falta de definición de los puestos de trabajo y de las funciones propias de cada uno lleva a una confusión importante dentro de la organización. La contratación de los profesionales se hace por conocimiento, proximidad o confianza, no pasa por una selección de personal en la que se valoren capacidades, competencias y habilidades. A menudo no tienen claro si necesitan un trabajador social, un integrador social, un psicólogo o un terapeuta ocupacional.

Se contrata a alguien de quien se espera que, de forma omnipotente y veladamente, lo resuelva todo, y suelen establecer con esta persona unas relaciones de amistad que extralimitado las realmente profesionales.

Toda esta amalgama de expectativas y deseos entre el contratante y el contratado hacen que se vaya tejiendo un entramado de relaciones que atrapan al profesional en un ámbito laboral que suele ser agradable y de buen entendimiento si todo va bien, si los objetivos que la familia tenía de los profesionales contratados se ven satisfechos al cien por cien, pero que puede llegar a ser muy hostil si este profesional no responde a las expectativas del familiar contratante.

Como decíamos anteriormente, los lazos de afecto pasan por delante de las competencias profesionales, y el altruismo y el sacrificio por delante del cumplimiento de la tarea y las condiciones laborales.

Funciones claras y definidas nunca. Tampoco interesa, porque en la ambigüedad también está el poder y el juego de poder. Pueden

estar claramente definidas sobre el papel, pero no se ven traducidas en la práctica laboral.

“He ido marcando mis funciones y yo mismo con los años y se las he tenido que hacer entender con muchas dificultades al presidente”, nos decía la coordinadora de otro equipo supervisado.

Autoridad, poder, roles, funciones son aspectos que deben estar claramente definidos y perfectamente desarrollados para cada una de las personas que los ejercen, para que la entidad, aunque sea de carácter familiar, esté bien organizada.

Como dice Carmina PUIG (2010) en uno de sus artículos sobre el malestar y la desesperanza de los profesionales “...Ahora bien, las causas de que actualmente haya claros indicadores de malestar en estos profesionales serían, en primer lugar, el desencanto sobre el trabajo hecho y sobre las propuestas de lo que queda por hacer y por otra parte, la insatisfacción provocada por un sentimiento de desajuste entre lo que se le exige y las condiciones de trabajo que le proporciona la institución...”.

Cuando las organizaciones se mueven preferentemente llevadas por el altruismo, la voluntariedad, la solidaridad y la vocación para una misión o causa social versus el conocimiento de la organización institucional, de los límites de la autoridad, del ámbito de poder, los circuitos para constituir y conformar equipos, de la capacidad de liderazgo o de la capacidad de resolver conflictos dentro del ámbito laboral, es muy probable que aparezcan sentimientos de cansancio y desesperanza ante el trabajo diario.

Otro hecho que hace frágiles a estas entidades familiares es el tipo de financiación. Estar financiadas por subvenciones anuales o plurianuales no deja de ser una fórmula

económica que está vinculada a los movimientos y oscilaciones económicos que sufre la Administración pública: la tendencia política de cada mandato, los resultados de las elecciones municipales, autonómicas y estatales, los presupuestos anuales, de las voluntades políticas, de las sensibilidades personales...

Toda una serie de instrumentos muy bien orquestados y desconocidos por las entidades familiares gestoras de servicios sociales que hacen que estas queden absolutamente atrapadas en una financiación inestable cuantitativa y cualitativamente.

Y tal y como muestra el Dr. V. BARENBLIT (1993) en sus diálogos con José Leal, supervisores de gran prestigio en nuestro país y que he tenido la gran suerte de tener como supervisores de mi tarea profesional durante muchos años, nos dicen que: “...Y cuando digo recursos incluyo tanto el saber, el conocimiento de aquellos miembros del equipo o del equipo como el recurso instrumental, temporal y el espacio físico necesario para desarrollar cualquier actividad con eficacia...”. Este aspecto económicamente estructural las hace débiles desde el nacimiento. Todos están atrapados en un sistema de financiación que atrapa de forma endogámica la vida económica y financiera de estas entidades. Las atrapa y las somete a la única fuente financiera, la subvención anual. Frágil y a la vez muy potente.

La supervisión desde el trabajo social, un instrumento de pensamiento y reflexión para entidades familiares que gestionan servicios sociales

La supervisión desde el trabajo social debería ser un reto para todos los trabajado-

res sociales a los que nos guste profundizar en este ámbito de nuestra profesión. Nuestra profesión tiene un perfil poliédrico. Es una profesión experta en el trabajo en equipo y en sus potencialidades, en el trabajo en red y en su eco en la comunidad, en el amplio abanico de recursos económicos, sociales, sanitarios, laborales, judiciales de que dispone la población.

Nuestra profesión es también experta en la gestión de las emociones y sentimientos de la persona atendida. Y por último, es conocedora de los aspectos de organización institucional y gestión financiera, lo que la convierte en una profesión interesante para supervisar equipos psicosociales.

Pero tiene que haber voluntad de cambio, de cuestionarse el trabajo hecho, de cuestionarse las emociones sentidas y de cuestionar el encargo institucional.

La supervisión es una herramienta de pensamiento y por tanto de conceptualización de ideas, de contención de ansiedades. El equipo también debe ser un instrumento de contención de angustias y ansiedades y la institución debería ser una organización conocedora de la metodología para crear equipo y defender su cuidado y protección. Debería proporcionar espacios de formación, de reunión y de supervisión. Y cuidar de sus profesionales. Su único recurso.

Y es que los profesionales que participan en un proceso de supervisión deben ocuparse de cuidarse a sí mismos, su único y principal recurso; deben dedicarse a sus emociones, a sus frustraciones, a cómo de impactados y seducidos pueden quedar para la tarea de ayudar al otro, y más cuando este otro sufre un elevado nivel de dependencia.

Pero no es fácil aceptar la supervisión como una herramienta necesaria para la prác-

tica asistencial. Hay resistencias institucionales y personales. No es habitual ni fácil por parte de los equipos profesionales pedir espacios de supervisión. Dejarse cuidar es reconocer la vulnerabilidad ante la tarea a realizar; reconocer las carencias ante la omnipotencia del encargo institucional.

Se necesita cierta humildad para pedir ayuda y dejarse cuidar.

En cuanto a la experiencia personal como supervisora de un equipo psicossocial, debo decir que el equipo y yo pactamos un año de trabajo de supervisión: una hora y media cada tres semanas.

Este proceso les ha permitido sentirse supervisados, es decir, disfrutar de la experiencia de tener un espacio donde pensar sobre el trabajo realizado y sobre las dificultades que tienen para hacerla bien o mejor.

Y cuando hablo de “disfrutar” no quiero decir que todas las sesiones hayan sido satisfactorias y llenas de reconocimiento del trabajo bien hecho. Me refiero a vivir el espacio y vivirlo reflexionado y pensado.

Reconocerse en el ámbito de las dificultades y en el ámbito de las posibilidades de cambio. Y cómo y por qué motivos estos cambios a veces son difíciles de realizar. Poder analizar qué aspectos son personales y cuáles dependen de las personas que gestionan la entidad o de la administración que los financia. Y después de hacer este análisis, detectar en qué medida pueden realizar cambios y qué ámbitos dependen de ellos y en cuáles no tienen ninguna o poca capacidad de influir.

Reconocimiento y agradecimiento son los dos aspectos que hemos trabajado durante las sesiones de supervisión. El reconocimiento a sus capacidades como seres humanos, a sus capacidades como equipo que se estima

el trabajo y el colectivo, a sus posibilidades de cambio, a sus iniciativas de mejorar el trabajo diario, de incorporar aspectos nuevos, externos, como la supervisión que les ayude a crecer y a mejorar como personas y como profesionales.

Es un capital humano que hay que decir en voz alta que lo tienen, que es suyo, que lo tienen que cuidar y que lo han de proteger de tantos factores frágiles e inestables que rodean su trabajo diario para mantener su salud personal.

Y el agradecimiento, agradecer es la capacidad de apreciar y valorar lo que se tiene gracias a los demás. Sentir agradecimiento implica reconocer la ayuda brindada por otras personas y desear corresponderles de alguna manera. La gratitud celebra las conexiones entre las personas y su capacidad innata para intercambiar ayuda. Esta actitud se fundamenta en la convicción de que ningún ser humano es independiente ni autosuficiente y de que nada se puede lograr sin la participación directa o indirecta de muchos. Desarrollar la gratitud nos ayuda a apreciar la belleza y los aspectos positivos de cualquier circunstancia, por adversa que pueda ser.

Esto aumenta la capacidad de poder aprender y crecer en todas las situaciones. Y este equipo es un equipo agradecido y quiere llegar a constituirse como un equipo más fuerte y cohesionado.

Conclusiones

Según palabras de Jose Fernández (1997), “la supervisión ofrece un setting donde facilitar la reflexión sobre las actuaciones profesionales y donde favorecer el mantenimiento de una curiosidad intelectual para ir estimulando el afán de aprender y de mejorar las propias actuaciones”. Esta es una

de las definiciones que tiene presentes muchos de los elementos y aspectos que entran en juego en el proceso de supervisión.

Tarea y sentimientos, marco teórico y práctica asistencial. Hemos podido observar cómo los lazos de afecto sobre los que se basan las empresas familiares son muy similares a los lazos que unen y vinculan a los profesionales a luchar por una causa social origen de la asociación que gestiona el servicio. Estos lazos de afecto o de solidaridad son bastante ambivalentes, igual que cualquier relación que se base en el afecto y el amor. Esta ambivalencia en la organización de estas entidades hace que los profesionales vean en la supervisión un espacio óptimo para revisar aspectos que los atrapan y no acaban de identificar y funciones profesionales que se presuponen y no acaban de verbalizar. Confusión que genera malestar.

Es importante trabajar en clave de “proceso”, concepto que significa trabajar a lo

largo del tiempo y dar tiempo al tiempo. Los cambios personales e institucionales necesitan tiempo para identificarlos; tiempo para detectarlos, tiempo y voluntad para cambiarlos y tiempo y conocimiento para proponer estos cambios. La supervisión como espacio de contención de aspectos emocionales a veces desbordados ayuda a detectar sentimientos de caos, impotencia, fragilidad y desesperanza.

Por último, quiero remitirme a la reflexión que hace Carmina Puig (2010) en uno de sus artículos, que nos dice que “la supervisión es una herramienta, una metodología estructurada que puede hacerse cargo de los acontecimientos y circunstancias de los dos principales sistemas que operan en los profesionales: el profesional y la institución”. Pienso que es una definición que enmarca lo que hemos trabajado juntos durante todo este año porque son los dos pilares básicos de la intervención social.

Bibliografía

- BARENBLIT, V. “Diálogos con Valentin Barenblit”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 13 (1993). Pág. 123-145. Madrid: Editorial AEN.
- GINEBRA, J. *Las empresas familiares. Su dirección y continuidad*. Panorama Editorial, 1997.
- LEAL, J. *La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Estudios, 2006.
- PUIG, C. “Del supervisar y de la supervisión en la intervención social”, en *Revista de Treball Social*, nº 189 (2010). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. ISSN 0212-7210.
- FERNÁNDEZ BARRERA, J. *La supervisión en el trabajo social*. Barcelona: Paidós Trabajo Social 4, 1997. ISBN 9788449304408
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials. Publicacions del Parlament de Catalunya. DL: B.41249-2008.

A decorative graphic consisting of a light green square on the left, a darker green square overlapping its right side, and a horizontal green bar extending to the right from the darker square. Below the green bar is a vertical grey bar.

Pósters universitarios

- Bona pràctica amb infància
tutelada

Pósters de fin de grado

- Bona pràctica amb infància tutelada

Final year project posters

- Good practice with minors under protection

Siguiendo la colaboración con las universidades de Cataluña que ofrecen estudios de Trabajo Social, y continuando la propuesta de publicar en nuestra revista un **póster del trabajo de fin de grado que se seleccione de cada promoción** o curso académico, presentamos ahora el póster de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona:

- *Bona pràctica amb infància tutelada, de Jordina Mora*

Felicitemos a la autora del póster que presentamos y deseamos que entre todos sigamos trabajando para que esta colaboración, que es un buen instrumento para acercar el mundo profesional y académico, continúe en el próximo curso.

Following the collaboration with Social Work Universities in Catalonia and continuing with the proposal of publishing **the chosen final year project poster**, we show a poster from Universitat Rovira i Virgili de Tarragona:

- *Good practice with minors under protection*

We congratulate the author and wish to continue working next year in this collaboration, where the professional world meets the academic world.

Para citar el artículo: PÓSTERS DE FIN DE GRADO. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 145-146. ISSN 0212-7210.

BONA PRÀCTICA AMB INFÀNCIA TUTELADA

Projecte de Jordina Mora, treballadora social d'Intress, dirigit per la Dra. Ramona Torrens Bonet de la Universitat Rovira i Virgili



Implementada a la **Llar Llevant de Tarragona**, casa d'acollida per a nens de 0 a 4 anys gestionada per Intress.



Canvi en el plantejament i metodologia de les **trobades dels infants** amb els seus familiars.



Nova aproximació **terapèutica i d'acompanyament** a les famílies dels infants que estan als centres.



Més informació sobre **l'evolució dels vincles afectius** i les capacitats parentals. Millor retorn i una estada més breu.

"Les administracions públiques han de vetllar per la protecció dels infants i adolescents en el cas de mal ús de la potestat parental i també perquè els pares, titulars de tutela o els que en tenen la guarda disposin de les oportunitats i dels mitjans per a complir les seves responsabilitats".

Torralba, J.M.

"Mesurant les competències parentals dels adults de la xarxa familiar es podrà determinar qui pot ser l'adult capaç de garantir l'exercici d'aquesta funció. El retorn dels infants en els seus entorns sociofamiliars, ha de ser possible només en els casos que hi hagi adults protectors amb competències parentals per assegurar un desenvolupament sa".

Barudy, J.

COM INTERVENIM?



Donant atenció i protecció a la família



Potenciant la cohesió amb la xarxa, amb reunions de coordinació freqüents entre tots els equips que intervenen en el cas



Possibilitant l'assumpció dels rols parentals amb capacitat socialitzadora



Cuidant especialment les visites, registrant la informació objectiva de les relacions interfamiliars, evitant la posició invasiva del supervisor/a



Oferint suport psicològic i social, individual i familiar, potenciador de la competència dels membres de la família

1. Disseny del pla d'intervenció

Es marquen objectius de treball amb la família. Assignació del referent del cas (l'educador tutor de l'infant a la llar). Les visites són supervisades dins del servei. Acord de treball a realitzar amb la família firmat pels equips que intervindran. Els temps han d'estar acotats, no s'ha d'allargar l'estada.

3. Seguiment

Les visites es realitzen a la llar familiar treballant les rutines, els hàbits. Els pares o familiars participen de totes les activitats. Es treballen les pors i angoixes que poden sorgir per l'imminent retorn de l'infant. Aliança terapèutica: vincle entre l'educador que va al domicili i la família.

2. Fase terapèutica

Treball amb les famílies per possibilitar l'assumpció dels rols parentals. Les visites es realitzen a l'exterior del centre. S'implica als familiars en les activitats de l'infant. Reunió amb l'equip de referència per valorar si es continua amb el retorn al nucli familiar. Possible introducció de l'educador terapèutic que treballi aspectes concrets.

4. Tancament i proposta

S'inicien les pernòctes al domicili familiar. Es realitza una última reunió amb tots els equips implicats i es pacta com es farà el retorn de l'infant. Important el paper del professional com a referent en aquest procés, que requereix conèixer les seves capacitats i les de l'altre. No precipitar cap canvi pel qual les parts no estan preparades.

ASPECTES CLAU



Els educadors esdevenim "acompanyants de famílies"



Identificar capacitats i límits de la família i dels professionals i plantejar objectius assolibles



Aconseguim donar a les famílies i als seus infants l'oportunitat de treballar pel retorn de l'infant al domicili



Seguir treballant quins són els límits de la intervenció de l'educador amb la família. Si no hi ha retorn de l'infant amb la família, serà important establir les pautes de com comunicar-ho i de com es posiciona el centre



Establir un acord signat entre els equips que intervinguin en el cas

"Si vols anar ràpid, camina sol; si vols arribar lluny, camina acompanyat".





Miscelánea

El corazón

El corazón

The heart

Pepita Vergara Beltrán¹

Llevaba varios meses esperando un donante de corazón. Algunos días pensaba que ya no lo tenía, notaba su falta, ya que había dejado de amar. Ya no amaba a mi esposa, ella creía que yo era demasiado exquisito porque prefería ir a un restaurante japonés y odiaba las paellas en la playa. No solo no la amaba, sino que había empezado a detestarla, había dejado atrás su sobria elegancia. Iba vestida con tejanos y camisetas, ropa joven, desenfadada decía. Empezó a salir todas las tardes. Al principio sentía curiosidad y le preguntaba cosas, pero después me dio igual. Yo me pasaba las tardes sumergido en mis lecturas y escuchando música clásica.

¿Y si no aparece un donante?, me preguntaba cada día. Y de repente sucedió: Jaime, mi mejor amigo de la infancia, sufrió un accidente de tráfico y murió pocas horas después. Su familia decidió donarme su corazón, asegurándome que eso es lo que hubiera querido Jaime. La noticia llenó de alegría a mi familia, excepto a mi

mujer, que hizo una mueca de horror mientras intentaba sonreír.

Pasaron varias semanas y yo intentaba volver a la normalidad. Empecé a sentir predilección por jugar al parchís, cuando yo lo detestaba, prefiriendo siempre el ajedrez. Rosa, la viuda de Jaime me visitaba con frecuencia, pero a mí me molestaba y empecé a ser grosero con ella. Ella se sorprendía porque habíamos sido siempre muy buenos amigos. Poco a poco iba cambiando mis gustos, así prefería una buena paella a un plato de sushi, y me pasé a la novela negra, en vez de seguir leyendo ensayos filosóficos que ahora me parecían aburridísimos.

Empecé a darme cuenta, que amaba con el corazón de Jaime. Amaba y odiaba todo lo que él amaba y odiaba. Apenas quedaba de mi pasado la pasión por el fútbol, que ambos compartíamos. Lo más perturbador de todo es que ahora amaba desesperadamente a mi esposa.

Para citar el artículo: VERGARA BELTRÁN, Pepita. El corazón. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, página 149. ISSN 0212-7210.

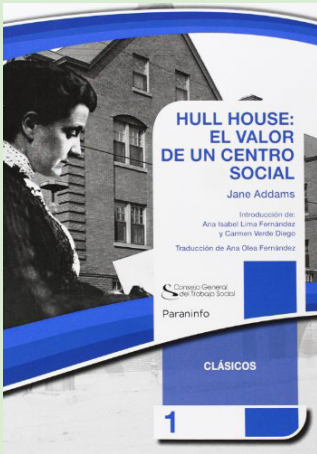
¹Trabajadora social y miembro del equipo de redacción de la RTS.

A decorative graphic consisting of a light green square on the left, a darker green square overlapping its top-right corner, and a horizontal green bar extending to the right from the top-right corner of the darker square. Below the green bar is a vertical grey bar.

Estante de libros

Hull House: el valor de un centro social

Sabiduría emocional y social



- ADDAMS, Jane. *Hull House: el valor de un centro social*. Editorial Paraninfo. Colección Trabajo Social (2013). ISBN-13: 978-8428335256.

Para citar el artículo: ADDAMS, Jane. Hull House: el valor de un centro social. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 153-156. ISSN 0212-7210.

Hull House: el valor de un centro social

Hull House: the value of a community center

¿Es posible que leer la biografía y obra de una de las pioneras del trabajo social se convierta en una experiencia que no te deja indiferente? Esto es lo que descubrí que me estaba sucediendo a las pocas páginas de comenzar la lectura del libro *Hull House: el valor de un centro social*.

Este libro forma parte de la colección Clásicos del trabajo social que edita el Consejo General del Trabajo Social y que, con gran acierto, dedica a la divulgación de los orígenes del trabajo social. En esta ocasión nos acerca a Laura Jane Addams, trabajadora social, socióloga, activista social, sindicalista, sufragista, feminista, premio Nobel de la paz y, pese a ello, mujer poco conocida y reconocida desde nuestra disciplina. La aproximación a su obra se nos ofrece mediante la traducción inédita de dos de sus conferencias, impartidas en 1892, en las que explica el proyecto al que dedicó gran parte de su vida y que aún hoy en día mantiene su actividad, la Hull House, inspirada en el movimiento de los Settlements ingleses.

El pensamiento de J. Addams, sus reivindicaciones y sus propuestas de acción para la transformación social recuperan hoy, desgraciadamente, plena actualidad y sirven de inspiración para el desarrollo de un trabajo social global y comprometido con los derechos humanos y la justicia social.

El libro se estructura en seis partes: de la mano de Ana Isabel Lima encontramos la biografía de J. Addams, posteriormente es Carmen Verde quien presenta y contextualiza la Hull House así como un interesante apartado dedicado a analizar las similitudes y diferencias entre J. Addams y M. Richmond e información complementaria sobre obras y bibliografía relacionadas con la autora. Finalmente, traducidas por Ana Olea, las dos conferencias seleccionadas entre su producción literaria: *El valor subjetivo de un centro social* y *El valor objetivo de un centro social*.

Se hace difícil destacar las ideas clave que recoge el libro, porque todo él aporta elementos para la reflexión, pero siendo consciente de dejar muchos temas en el tintero, en las próximas líneas se destacarán algunas de las tesis que defendió J. Addams, mediante la palabra y la acción, a lo largo de su vida.

Cercana a la escuela de Chicago, fue de los primeros intelectuales que explicó la pobreza como problema social, distanciándose de considerarla consecuencia de formas de vida amoral o argumentando los principios del determinismo biológico. A partir de esta convicción, plantea que cualquier persona puede encontrarse en una situación de precariedad social de un día para otro y defiende la importancia de compartir tiempo y conocimientos en una dinámica solidaria de progreso social.

Es especialmente relevante el apartado en el que se explica la actividad investigadora que se desarrollaba en la Hull House, la importancia que J. Addams daba a la investigación partiendo del conocimiento del territorio y de los vecinos del barrio, utilizando técnicas cualitativas como la observación participante, entrevistas en profundidad e

historias de vida, y técnicas cuantitativas como la recogida y registro de datos, el análisis estadístico, la elaboración de mapas y gráficas y la presentación de resultados y conclusiones que pudieran promover cambios legislativos y reformas sociales.

Para la autora, la persona, objeto de investigación y de la intervención social también es, indisociablemente, el sujeto activo de esta intervención social y participa en ella como protagonista. La posición del trabajador social queda destacada en un rol de acompañamiento. Esta manera de poner en relación al investigador con el sujeto de investigación es una de las grandes aportaciones de J. Addams, y ha sido recogida, además de por el trabajo social, por otras disciplinas como la antropología y la sociología.

Las residentes de la Hull House eran científicas sociales y trabajadoras sociales, y, al contrario que los colegas masculinos del Departamento de Sociología de la Universidad de Chicago, priorizaban las necesidades de la sociedad sobre las necesidades de la investigación. Para ellas la ciencia debe estar al servicio de la reforma social. Esta manera de hacer y pensar llevó a que fueran denominadas trabajadoras sociales como una forma de diferenciarlas de los “auténticos” investigadores sociales, los sociólogos, titulares del conocimiento puro alejado de las clases populares. Así fue como la historia quedó escrita con género masculino para la sociología y en femenino para el trabajo social.

Hoy ya nadie niega que las investigaciones empíricas desarrolladas por las reformistas sociales de la época, con Jane Addams a la cabeza, fueron origen de la sociología aplicada y nacimiento del trabajo social como

disciplina científica específica, o, en sus orígenes, como la rama de la ciencia puesta al servicio de la reforma social.

Especialmente interesante es el apartado dedicado a comparar la vida y legado de J. Addams y M. Richmond. Las similitudes vienen ligadas a sus biografías y a la época en la que vivieron, las diferencias se relacionan con la forma en la que concebían una y otra la lucha por una sociedad mejor. Richmond centró la atención en la persona planificando una intervención destinada a disminuir sus dificultades y carencias, trabajó desde una de las organizaciones de caridad más potentes de aquel tiempo y defendió la sistematización de las prácticas asistenciales y caritativas a partir del diagnóstico social. Addams se sitúa en un nivel más ideológico y político, estaba convencida de que las personas, con ayuda y empoderamiento, pueden resolver sus necesidades, como miembros de un grupo o una comunidad. Su planteamiento es contrario a la intervención social focalizada en exclusiva en los individuos. Se considera una de las primeras inspiradoras del trabajo social grupal y comunitario.

Es un acierto la estructura que presenta el libro, partiendo de la presentación de la biografía de J. Addams, continuando con la contextualización de su pensamiento en el momento histórico en el que vivió y poniéndola en relación con otras figuras intelectuales vinculadas a los movimientos sociales del momento. Al final de este camino, estamos preparados para entrar en la Hull House, para conocer, de la mano de la propia J. Addams, el valor objetivo de esta casa y también su valor subjetivo, estos son los títulos de las dos conferencias con las que se pone fin al libro.

En la primera, *El valor objetivo de un centro social*, se explica la ubicación de la casa, describe el edificio, el barrio, la escasez de infra-estructuras, habla de los vecinos, de sus orígenes, de cómo se agrupan por colonias según la procedencia, de la precariedad laboral que sufren, de la explotación infantil, de la poca importancia que le dan a la educación, de sus viviendas pequeñas y sin suministros... A partir de esta descripción, plantea la Hull House como un proyecto comunitario, de transformación social. El punto de partida es invitar a los jóvenes de la burguesía, principalmente mujeres y universitarios, a vivir en la casa para compartir sus vidas y sus conocimientos con los vecinos del barrio, viviendo como ellos, sin privilegios. Pero además de apartamentos residenciales, el centro dispone de amplios espacios y de servicios para los vecinos (guardería, cocina pública, baños públicos, biblioteca, piscina, bolsa de trabajo, etc.). Según la propia J. Addams, las actividades se agrupaban en educativas, culturales, político-sindicales y sociales. Cabe destacar el valor dado a favorecer las relaciones sociales como una de las necesidades básicas de los vecinos, y las actividades educativas a diferentes niveles (para niños, jóvenes, adultos, de alfabetización, industriales y universitarias), alejándose de un modelo de ayuda basado en la mera expedición de recursos.

En la segunda conferencia, *El valor subjetivo de un centro social*, J. Addams hace referencia a tres aspectos que justifican, subjetivamente, su proyecto: el deseo de interpretar la democracia en términos sociales, el impulso de ayudar en el progreso de la raza humana y la inspiración del movimiento cristiano humanista. A partir de esta

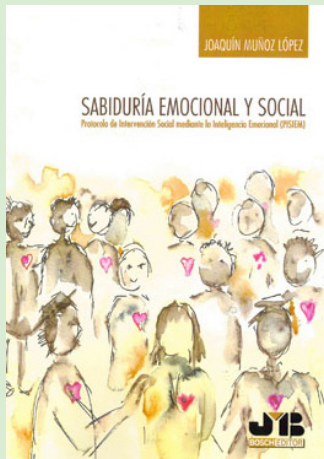
motivación describe el centro social como un esfuerzo experimental para ayudar a la solución de los problemas sociales e industriales generados por las condiciones de vida moderna en una gran ciudad.

La autora defiende, como fórmula de progreso y democratización, la socialización de la educación. Plantea una enseñanza no institucionalizada sino social, cercana a las actividades de la comunidad, que impregne la atmósfera del barrio. También argumenta la importancia de poner en relación, para beneficio de toda la sociedad, la necesidad de desarrollar las capacidades aprendidas por los jóvenes universitarios y las necesidades de conocimiento de las personas que no han tenido la posibilidad de estudiar. En un país democrático nada se puede alcanzar perma-

nentemente si no se garantiza el crecimiento cívico de todo el pueblo.

J. Addams plantea un compromiso con la mejora de las condiciones de vida de las personas que, a pesar de dar mayor relevancia a la metodología de la intervención social, va más allá de los aspectos profesionales. En la actualidad, en tiempos de precariedad y pérdida de derechos sociales, cada vez más trabajadores sociales se están aproximando a planteamientos similares, están reivindicando los valores originales de la profesión: dar a conocer las carencias que sufren las personas, señalar a los poderes públicos como responsables de su bienestar y trabajar conjuntamente (población, técnicos y políticos) para el progreso social, con una actitud comprometida.

Rosa M. Carrasco Còria



- MUÑOZ LÓPEZ, J. Sabiduría Emocional y Social. *Protocolo de Intervención Social mediante la Inteligencia Emocional (PISIEM)*. Març 2015. Editorial Wolters Kluwer. Cuadernos de Pedagogía, núm. 454. ISBN-ISSN: 2386-6322.

Para citar el artículo: MUÑOZ LÓPEZ, Joaquín. Sabiduría Emocional y Social. Protocolo de Intervención Social mediante la Inteligencia Emocional (PISIEM). *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, di-ciembre 2015, n. 206, páginas 157-159. ISSN 0212-7210.

Sabiduría Emocional y Social. Protocolo de Intervención Social mediante la Inteligencia Emocional (PISIEM)

Emotional wisdom. Social intervention protocol by emotional intelligence (PISIEM)

Escrito por Joaquín Muñoz López, especialista en Inteligencia emocional y con dilatada experiencia en atención a las personas. Es diplomado en Trabajo Social, sociólogo y máster en Inteligencia emocional en las organizaciones. Ha orientado sus estudios al análisis emocional y la felicidad del ser humano y es un estudioso y amplio conocedor del comportamiento humano.

Joaquín Muñoz nos adentra en el conocimiento emocional de los usuarios y de nosotros mismos como profesionales-personas, y lo imbrica en el proceso metodológico de la intervención social, con el objetivo de dirigir esta intervención hacia el trabajo centrado en el usuario y en el desarrollo de su autonomía.

Muñoz presenta un libro que podría utilizarse como manual práctico para la intervención social donde el objeto de intervención es el trabajo emocional de los usuarios como motores e impulsores de su propio cambio.

El libro expone cómo trabajar la inteligencia emocional en la relación usuario-profesional a partir de un modelo propio, al cual llama Protocolo de Intervención Social mediante la Inteligencia Emocional (PISIEM). Pero no sólo plantea el PISIEM, sino también conocimientos y teorías que se han de poder in-

corporar para poder trabajar con el citado protocolo como puede ser la Teoría del Aprendizaje cognoscitivo de Rotter, la teoría de la indefensión aprendida y la gestión y conocimiento de las emociones, entre otros.

El manuscrito tiene relevancia porque presenta un modelo propio de la intervención social basada en la inteligencia emocional y el modelo de habilidades, devolviendo a la intervención social a su esencia: la promoción del cambio y de la autonomía de los usuarios a través de la relación profesional de ayuda.

Este protocolo incluye varias teorías y conocimientos de mucho calado para la intervención social, pero no se queda solo en la parte del conocimiento, sino que propone técnicas, procedimientos y habilidades en la intervención social dentro de un proceso metodológico clarificado y ajustado a través de la teoría, pero también de estudios y de su larga experiencia práctica. Muñoz nos propone cómo hacer intervención social desde un óptica de trabajo con emociones del propio usuario, teniendo en cuenta las del profesional y las que pueden surgir de la relación de ayuda.

El lector se encontrará con un libro que no solo le servirá como herramienta de intervención, sino también como autoconocimiento de la Inteligencia Emocional a nivel personal y profesional, al tiempo que propone instrumentos de autocuidado del profesional y de mejora de los espacios de trabajo.

El libro es extenso porque Muñoz ha querido aportar todo lo que tiene influencia en la intervención desde la Inteligencia Emocional, pero una vez lo lees te das cuenta de que has podido incorporar la mirada emocional de la intervención, técnicas de intervención e instrumentos que son primordiales en la relación de ayuda.

En la primera parte del libro Muñoz introduce conceptos teóricos que enlaza con la praxis de la intervención social, exponiéndonos la importancia de las mismas en la Intervención. Estos modelos teóricos, como puede ser el de las necesidades existenciales, o el de identidad social, entre otros, están desarrollados, pero dentro del capítulo se hace hincapié y se profundiza en la teoría y metodología del conocimiento de la Inteligencia Emocional y el modelo de habilidades sociales. Estas teorías están contrastadas con estudios demostrativos de su utilidad y muestran la importancia de las emociones como origen del comportamiento humano.

A su vez el capítulo muestra la diferenciación entre emoción, sentimiento, afecto y estado de ánimo, y nos propone cómo desarrollar las propias habilidades socio-emocionales, haciendo crecer así la inteligencia emocional a través de identificar, facilitar o utilizar, entender y regular las emociones.

Todavía en el capítulo 1 propone ejercicios de autoconocimiento y de trabajo sobre las emociones propias y de los usuarios.

Este capítulo es un apartado importante del libro, dado que nos cuenta toda la base de la identificación y gestión de las emociones que luego introduce como herramienta para la intervención directa con el usuario.

En el segundo capítulo Muñoz desarrolla y profundiza en el Protocolo de la Intervención Social mediante la Inteligencia Emocional (PISIEM), a través de nueve principios que plantean cómo trabajarlo e incorporarlo para conseguir la citada transformación y cambio en el usuario desde la relación de ayuda:

- Principio de aceptación.
- Principio de legitimidad.
- Principio de responsabilidad.

- Principio de realidad.
- Principio de idoneidad.
- Principio de parigualdad o equidad.
- Principio de voluntariedad.
- Principio de confidencialidad.
- Principio de promoción personal.

En los capítulos tercero y cuarto nos muestra cómo introducir el citado protocolo dentro de la intervención social, antes y durante la intervención. Muestra y explica herramientas y técnicas de análisis y diagnóstico focalizado en el trabajo con las emociones de los usuarios, y nos aporta herramientas y estrategias de intervención muy valiosas como el *rappport*, el trabajo con las emociones negativas y positivas cuando son adaptadas o desadaptadas, y el liderazgo de la intervención mediante los captadores emocionales que promueven cambios significativos a través de la metodología.

El capítulo cinco introduce otras competencias emocionales para los profesionales para intervenir desde la inteligencia emocional, como el reencuadre, o el proceso para desarrollar habilidades socio-emocionales en el cliente, entre otras competencias que pueden producir cambios significativos en la relación de ayuda y el desarrollo de las capacidades de los usuarios.

El capítulo seis cierra con la información sobre lo que tenemos que hacer después de la intervención desde el PISIEM y entra en

la evaluación de la intervención desde la Inteligencia Emocional.

En la última parte del libro el autor nos incluye ejercicios prácticos para trabajar con los usuarios la Inteligencia Emocional y nos adjunta a la vez el listado de emociones primarias y secundarias, y sus opuestos para, como él dice, tener conocimiento sobre las emociones, vital para poder identificar e incorporar en el trabajo.

En conclusión, Muñoz nos propone una metodología de intervención social sobre la Inteligencia emocional donde se planifica, donde se analiza, donde se diseña un plan de trabajo, donde se interviene y donde se evalúa la intervención, y lo fundamenta en estudios y teorías y experiencia práctica que consolidan esta intervención. Nos aporta método, pero también nos aporta multitud de técnicas, herramientas y habilidades para el profesional de la intervención social que quiera un cambio de paradigma sobre la intervención donde el objetivo es la promoción de la autonomía y capacidades de desarrollo de los usuarios desde la Inteligencia Emocional.

Muñoz hace una aportación muy valiosa al conocimiento del Trabajo Social poniendo sobre el papel y fundamentando el motivo, el porqué y el cómo de la intervención social desde la Inteligencia Emocional que tan capital es para nuestra profesión y sus usuarios.

Eva Noguera Cambray

The page features a decorative layout with overlapping geometric shapes. A light green square is partially visible on the left. A darker green square overlaps it. A horizontal green bar spans across the middle, containing the main title. Below this bar, a vertical grey bar extends downwards, containing a list of menu items.

La revista

Publicaciones

Presentación de artículos

Suscripción

Números anteriores

- **Repensando el trabajo social con familias (I)**
Número 197 - Diciembre 2012
- **Repensando el trabajo social con familias (II)**
Número 198 - Abril 2013
- **Diálogos entre la ética y el trabajo social**
Número 199 - Agosto 2013
- **Divisando nuevos horizontes para el trabajo social**
Número 200 - Diciembre 2013
- **La fuerza del trabajo social con grupos**
Número 201 - Abril 2014
- **Trabajo social en clave internacional**
Número 202 - Agosto 2014
- **Compromiso con la comunidad**
Número 203 - Diciembre 2014
- **Al lado de los niños y los adolescentes (I)**
Número 204 - Abril 2015
- **Al lado de los niños y los adolescentes (II)**
Número 205 - Agosto 2015
- **Atención integral y sanitaria: elementos para la reflexión**
Número 206 - Diciembre 2015

Próximos temas

- **Derechos sociales**
- **Sexualidad**
- **Vivienda**

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS A LA REVISTA DE TRABAJO SOCIAL (RTS)

La *Revista de Trabajo Social*, editada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña, se publica desde el año 1960 con periodicidad cuatrimestral. Su objetivo es transmitir conocimientos sobre el trabajo social, los servicios sociales, el bienestar social y las políticas sociales a la comunidad científica, a los profesionales y a los colectivos interesados.

- La RTS está abierta a todos los colaboradores que lo deseen para presentar artículos sobre investigaciones originales teóricas o experimentales, trabajos teóricos y metodológicos, descripciones de experiencias profesionales y ensayos, siempre en relación con el trabajo social, las políticas sociales y los servicios de bienestar social.
- Los artículos tienen que ser inéditos. A pesar de todo, el equipo de redacción podrá reproducir textos publicados en otras lenguas y en otros ámbitos geográficos, si lo cree oportuno.
- El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y ante la evidencia de plagio se pondrán en marcha acciones previstas para informar a las personas autoras, retirar el documento no original de la página web e informar a las personas lectoras de esta situación.
- El equipo de redacción estudiará los artículos recibidos e informará al autor/a de la aceptación para la publicación. Podrá también recomendar modificaciones y, si el artículo se considera no publicable, se comunicará.
- Extensión. Los artículos de la sección “**A fondo**” tendrán una extensión máxima de 15 páginas (los artículos que hagan referencia a Experiencias tendrán una extensión máxima de 10 páginas), los de las secciones “**Otros temas de interés**” un máximo de 10 páginas; los de “**Miscelánea**”, 3 páginas, y los comentarios de “**Estante de los Libros**” no excederán las 2 páginas. En todos los casos que corresponda en la extensión máxima estará incluida la bibliografía. Los artículos que superen las páginas indicadas serán devueltos para reducir la extensión. Los artículos se presentarán en formato electrónico, letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm.
- Idiomas. Los artículos pueden presentarse en catalán o en castellano indistintamente, la publicación se realizará bilingüe. Los títulos y resúmenes también en inglés.
- Los datos tienen que ir a la cabecera de los artículos. En la primera página se hará constar título y subtítulo, si se tercia; nombre y apellidos del autor/a principal y relación otros autores/as si el trabajo es de equipo; título académico, centro de trabajo y cargo; también se incluirán el número de teléfono y la dirección de correo electrónico. A continuación el resumen, no superior a 10 líneas, en el idioma elegido y, si es posible, en inglés. Al final del resumen las palabras clave, en número no superior a 5.
- Destacados: marcados en verde las dos o tres frases (que no excedan las 30 palabras cada una) que se consideren importantes del artículo.
- Referencias bibliográficas. Irán al final del texto, siguiendo el orden alfabético y de acuerdo con las siguientes normas de referencia: ISO 690, 1987 (UNE 50-104-94) para documentos impresos e ISO 690-2 para documentos electrónicos, bases de datos y programas informáticos.

Documentos impresos.

- Monografías (Libros): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable. *Título* (en cursiva). Otros responsables: traductor, editor, etc. (opcional). Edi-

- ción. Lugar de publicación: Editorial, año. Extensión del libro (opcional). Colección (opcional). Notas (opcional). Número ISBN.
- Partes de monografías (Capítulo de libro): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del capítulo. Título del capítulo. En APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del libro. *Título del libro* (en cursiva). Lugar de publicación: Editorial, año, situación en la publicación fuente (volumen, páginas, etc.)
 - Publicaciones en serie (Revistas): Título (en cursiva). Responsabilidad de la revista. Edición. Identificación del fascículo (fecha y/o número). Lugar de publicación: Editorial, año. Serie (opcional). Notas (opcional). Número ISSN.
 - Artículos de publicaciones en serie (Revistas): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del artículo. Título del artículo. Colaboradores/as al artículo (opcional). *Título de la revista* (en cursiva). Edición, año, volumen, número, páginas. Legislación: País. Título. *Publicación* (en cursiva), fecha de publicación, número, páginas.

Documentos electrónicos.

- Textos completos: APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable. *Título* (en cursiva) [tipo de apoyo]. Responsable(s) secundario(s) (opcional). Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación, fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). (Colección) (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado (opcional).
 - Partes de textos: APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del documento base. *Título del documento base* (en cursiva) [tipo de apoyo]. responsable(s) secundario(s) del documento base (opcional). Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación, fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Capítulo o designación equivalente a la parte. Título de la parte. Numeración dentro del documento base (opcional). Localización dentro del documento base (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado (opcional).
 - Publicaciones en serie (Revistas electrónicas): *Título* (en cursiva) [tipo de apoyo]. Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Serie (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado.
 - Artículos y otras contribuciones de publicaciones en serie (Revistas electrónicas): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable de la contribución. Título de la contribución. *Título de la revista* (en cursiva) [tipo de apoyo]. Edición. número del fascículo. Fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Localización dentro del documento base. Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado.
- Las gráficas, dibujos y tablas traerán las correspondientes referencias, indicando con qué parte del texto están relacionadas.
 - Los artículos se enviarán a la dirección electrónica de la RTS: rts@tscat.cat
 - Los artículos, una vez publicados, pasan a ser propiedad de la RTS.
 - Los autores/as recibirán 2 ejemplares en formato papel del número de la revista en que se ha publicado su trabajo.

Nota a los lectores:

La Revista de Treball Social (RTS) ofrece un espacio de comunicación con los lectores con la voluntad de recibir **comentarios, sugerencias, cartas, notas** y todo lo que los lectores quieran comunicar a la dirección de la revista.

Envía tus aportaciones por correo postal a:

RTS

c/ Portaferrisa, 18, 1r 1a - 08002 Barcelona

o bien por correo electrónico a: rts@tscat.cat

Tarifas

- Suscripción anual: 45 euros
- Extranjero (tarifa única): 58 euros
- Números sueltos: 18 euros

Datos personales

Nombre y apellidos: NIF:

Dirección: C.P.:

Población:

Teléfono: Tel. móvil: E-mail:

Datos Bancarios

Banco o Caja:

Domiciliación Agencia:

Población:

Titular:

Código bancario: Entidad___/ Sucursal___/ DC__ Núm. C/c_____

Firma:

Fecha:

Lo podéis enviar por correo electrónico o por fax.

