

Coordinació social i sanitària: mirada, anhel i procés: el model col·laboratiu 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

Resum

Aquest article respon al propòsit de compartir algunes idees clau que han sustentat un procés de relació i de coordinació entre els serveis d'atenció primària social i sanitària del nostre municipi.

La seva lectura revela les coordenades que han orientat el nostre recorregut; unes premisses essencials que poden resultar útils a professionals i dispositius que estiguin immersos o interessats a abordar un procés anàleg.

Més enllà d'aquesta experiència particular, l'article introdueix breument algunes idees que assenyalen les amenaces i la complexitat implícita en la voluntat d'integrar l'assistència social i sanitària.

Paraules clau: Treball en xarxa, coordinació sociosanitària, model col·laboratiu, atenció integrada social i sanitària.

Per citar l'article: RODRÍGUEZ JUANO, Arantza. Coordinació social i sanitària: mirada, anhel i procés: el model col·laboratiu de Vilanova i la Geltrú. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 114-124. ISSN 0212-7210.

¹Treballadora social a l'Ajuntament 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 és casual sinó causal que Vilanova i la Geltrú sigui un dels municipis immersos en un procés de coordinació entre els serveis d'atenció primària social i sanitària.²

La inèrcia de l'atenció dissociada es va trencar l'any 2009 amb l'entrada en funcionament d'un nou equipament que donava cobertura a prop d'un terç de la nostra població. Aquest dispositiu integrava físicament, funcionalment i organitzativament l'atenció social i sanitària de les persones i les famílies de la seva àrea geogràfica.

La valuosa experiència d'abordatge integral del CAPI³ ha estat motor per co-

mençar un camí paral·lel en els dos territoris en què el nostre municipi té Àrees Bàsiques de Salut i equips d'intervenció social de Serveis Socials Municipals que fins a aquest moment estaven en mons mútuament desconeguts. Dos espais d'atenció pràcticament autistes llevat d'excepcions de coordinació entre alguns professionals d'atenció directa, algun protocol que ens connecta i el pont d'enllaç de la treballadora social sanitària.

La voluntat d'aquest article és compartir la mirada, els anhels i el procés que ho han fet possible per si pot servir a qui es-

² Des de juny del 2013 Vilanova i la Geltrú és un dels municipis de desplegament del Model Col·laboratiu promogut pel Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), de la Generalitat de Catalunya. El model col·laboratiu té com a objectiu principal buscar la intersecció de treball conjunt entre els professionals de Serveis Socials Bàsics i d'Atenció Primària de Salut.

³ El Centre d'Atenció Primària Integral del barri de mar (CAPI Baix a Mar) es crea com un tercer espai d'atenció sumant-se a les dues Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que tenia el nostre municipi. L'equip social que donava cobertura a aquesta zona es trasllada a aquest nou equipament liderat per una doble direcció social i sanitària. Vilanova i la Geltrú queda així configurada amb tres àrees d'atenció: la zona 1, atesa des de l'ABS1 i l'equip social de la zona Ponent, la zona 2, atesa des de l'ABS2 i l'equip social de la zona Llevant, i la zona 3, atesa al CAPI.

tigui compromès en un procés similar o a qui tingui dubtes sobre com iniciar-lo.

Tenir una mirada enfocada i nítida en aquesta direcció, l'anhel i la convicció d'haver de fer-ho i dibuixar un procés que incorpori unes premisses bàsiques i consensuades són tres nuclis que sostenen el nostre projecte.

Cal poder entreveure les amenaces...

Però abans d'entrar en més detall sobre aquest recorregut, crec interessant apuntar alguns elements que des d'un marc general, i no tant des d'una microintervenció de coordinació limitada a una àrea geogràfica com pot ser la nostra, estan formant part dels moviments de fre per arribar a atendre i a entendre les persones des d'una integració assistencial sociosanitària.

Si ningú discuteix, sota un enfocament tècnic, que el social i el sanitari són àmbits indissociables i sobren arguments per defensar-ho, per què també es posa en dubte? Una de les respostes a aquesta pregunta és que el model no està exempt d'amenaces.

La construcció d'un espai social i sanitari comú és un procés mogut per voluntats, però també paralitzat per pors, escepticismes i resistències. Crec que parlar-ne ens porta al nucli dels aspectes subjacents, que estan en un pla més o menys conscient i que no sempre s'expliciten.

Com a barreres al procés s'ha reiterat la dificultat de comunió entre dos llenguatges i cultures organitzatives i institucionals diferents, la manca de sistemes d'informació compartits i compatibles, o la tan re-

current resistència al canvi. Però no s'ha parlat tant de qüestions, segurament més incòmodes, que inevitablement operen en els diferents actors necessaris per al canvi de model, siguin aquests de l'esfera política, siguin líders de les institucions implicades o siguin professionals de primera línia d'atenció.

Assenyalem alguns d'aquests aspectes, potser més inconfessables, que són viscuts com amenaces del model:

- La desconfiança que entre els professionals genera el fet de pensar que aquest moviment està fonamentalment sostingut per un interès economicista, en lloc de motivat per una voluntat real d'oferir una intervenció holística, des del compromís i la responsabilitat de millora de l'atenció a les persones. S'han escrit moltes pàgines sobre la insostenibilitat del sistema actual per qüestions d'evolució demogràfica. Sumem-hi que la majoria d'experiències de coordinació ja iniciades s'han reduït a l'espai comú de l'atenció a la cronicitat i a la dependència –ambdues de cost sociosanitari elevat–, perdent així la gran oportunitat de treballar junts en molts altres àmbits d'intervenció. Salut mental, infància, família, dona o drogodependència podrien ser alguns exemples de sinergia de resultats assegurada sota una intervenció bio-psico-social. L'argumentació d'*eficiència i eficàcia* com a defensa del nou model alimenta aquesta desconfiança, entenent que sonen a coartades sempre utilitzades per reduir la despesa i aprimar els serveis públics.

Podem estar d'acord que, des d'aquesta base de recel sobre el propòsit, serà difícil construir un procés conjunt.

- La por que el peix gran de la salut es mengi el peix petit del social. La diferència de pes específic entre els dos sistemes obre la por a compartir carteres i a avançar en un procés de canvi que no sigui únicament perifèric, sinó que representi una veritable integració estructural, organitzativa i econòmica.

Per posar un exemple, he sentit més d'una vegada (prudentment, només en converses de passadís) la por que l'interès en el concurs dels Serveis Socials Bàsics en aquest procés respongui en bona mesura a la utilitat i baix cost de la cartera de serveis d'atenció a domicili.

La dificultat en veure reflectit un discurs social en els diferents arguments i documents teòrics sobre el nou model tampoc passa desapercibuda.⁴ La defensa del treball social sanitari també entra en alerta sota la possibilitat que la seva tasca quedi desdibuixada o la seva utilitat qüestionada en un model d'atenció integrada.⁵

Si el procés no es desenvolupa des d'una cocreació en un pla d'igualtat absoluta, despertarà la sospita de qui se senti endarrerit per la inèrcia del més poderós.

- **Si el procés no es desenvolupa des d'una cocreació en un pla d'igualtat absoluta, despertarà la sospita de qui se senti endarrerit per la inèrcia del més poderós.**

- El descrèdit davant un objectiu que pot intuir-se com ectòpic per la seva enorme complexitat, per l'històric d'intents frustrats que ha quedat en la memòria de molts, i pel dubte raonable sobre la manca de veritable voluntat, continuïtat i generositat política, més enllà del discurs. Només és possible avançar en aquest camí des d'una posició de generositat política i tècnica, mobilitzada a posar en el centre de les decisions a les persones, i no a les institucions o als pressupostos. Això implicarà estar disposats a cedir una part de poder en benefici d'un bé col·lectiu de dimensió major. De tots aquests temors ens hem d'ocupar. Significa, al cap i a la fi, poder reconèixer i abraçar la complexitat en un procés que necessita molts ingredients.

- **De tots aquests temors ens hem d'ocupar. Significa, al cap i a la fi, poder reconèixer i abraçar la complexitat en un procés que necessita molts ingredients.**

⁴ Serveixi com a exemple gràfic l'absència de la paraula *social* en el nom de l'*Observatorio de Modelos Integrados de Salud* (OMIS), paradoxalment un espai que té com a intenció donar visibilitat i difusió a iniciatives conjuntes de col·laboració entre els sistemes social i sanitari.

⁵ Des de la nostra experiència podem compartir que es produeix l'efecte contrari, fonamentalment perquè els professionals sanitaris incorporen una mirada social que facilita i amplia el treball social sanitari.

El model col·laboratiu de Vilanova i la Geltrú

El nostre primer any de treball

L'asimetria d'atenció en relació a la intervenció coordinada del nostre municipi ens va moure a buscar un camí de trobada a les dues zones geogràfiques en les quals la intervenció simultània dels serveis socials i sanitaris es realitzava de manera paral·lela, pràcticament sota un model de "suma zero".

Calia intuir un recorregut propi que no podia replicar el procés que s'havia constituït al CAPI. No es donava la condició fonamental de compartir espai físic i partíem d'equips ja conformats que, històrica i culturalment, s'han comunicat a través de l'enllaç de la treballadora social sanitària.

El nucli d'aquest procés de relació entre professionals comença amb la constitució d'un equip motor format per les direccions dels dos ABS i dels Serveis Socials Municipals.⁶

Dediquem un temps preliminar de dotze mesos de treball que ens va servir per a diversos propòsits:

1. Acordar amb ple convenciment que la població diana d'aquest projecte no es limitaria a un únic àmbit d'inter-

venció i, per tant, es plantejaria en el marc de qualsevol dificultat susceptible que una intervenció conjunta obtingui millors resultats.⁷ La segona decisió, en correspondència amb l'anterior, va ser incorporar a aquest procés de treball en xarxa els serveis de salut mental infantojuvenil i d'adults, i al servei d'atenció a les drogodependències. El conjunt dels cinc serveis sumem un total de 157 tècnics de diferents disciplines: treball social, medicina, educació social, infermeria, pediatria, psiquiatria, psicologia i odontologia.

2. Al que metafòricament anomenàvem *corregir la miopia*: arribar a conèixer amb certa profunditat què fa cadascú no és tan immediat, i és requisit previ per començar a descobrir espais comuns sobre el què i sobre el com. Va suposar també fer confluïr les mirades mostrant i ajustant les possibilitats i les expectatives que cada servei tenia sobre en quina mesura l'altre podia complementar-ho.
3. A prendre plena consciència que el procés seria llarg i complex, i també de tot allò que podia obstaculitzar-lo. Per a nosaltres, parlar de model

⁶ És un grup motor format per 7 persones que mantenim des de fa dos anys i mig un espai de reunió mensual. Vull destacar l'encert en la decisió d'incorporar la treballadora social sanitària com a part integrant de l'equip: el seu paper ha estat fonamental per ser coneixedora de bona part dels elements que acabessin sent la intersecció entre tots dos àmbits.

⁷ La major part d'experiències de coordinació social i sanitària iniciades en els darrers anys a Catalunya i al conjunt d'Espanya s'aborden en els àmbits de la cronicitat, la discapacitat i la dependència. Algunes referències de consulta que poden ser interessants: *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España* www.antaes-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*.

col·laboratiu és el mateix que parlar de relació i per tant entraran en joc totes aquelles subjectivitats que operen en qualsevol relació professional o humana. La complexitat implícita en el procés rau en ser capaços de gestionar predisposicions diverses, comprensions diferents sobre l'objecte de treball, visions disperses sobre l'amplitud de les intervencions, o temors i idees preconcebudes particulars de cada un dels professionals sobre el que representa el treball en xarxa.

■ **La complexitat implícita en el procés rau en ser capaços de gestionar predisposicions diverses, comprensions diferents sobre l'objecte de treball.**

Implica, al cap i a la fi, construir relacions col·laboratives que evidencin un enriquitment recíproc i que superin els efectes perniciosos àmpliament contrastats de les intervencions fragmentades.

Només des de la certesa de la seva utilitat podrà sostenir una trama de relacions que no han tingut fins ara un espai, i que s'han de buscar proactivament amb un esforç afegit. El treball col·laboratiu no es justifica per si mateix independentment dels seus resultats, i ha de ser internalitzat com un temps i una dedicació necessària davant algunes circumstàncies.

Susana Vega descriu aquest procés d'una manera summament inspiradora: “les xarxes de relacions que es

recolzen en l'ajuda mútua entre professionals actuen com multiplicadores de beneficis quan s'aconsegueix vivenciar i portar a la pràctica el vincle de complementaritat”. El pensar en les xarxes com a instrument de treball planteja una de les tasques més complexes: el desafiament de construir contextos col·laboratius interequip, interinstitucionals i interserveis.

Perquè això sigui possible, cal començar des d'una posició difícil d'aconseguir, referida al fet que les experiències de canvi es potencien quan són socialment compartides amb l'objectiu de solucionar un problema comú i es confirmen quan redunden tant en benefici dels professionals com de l'usuari objecte de la nostra intervenció.

4. Se'ns va fer evident que l'èxit o el fracàs d'aquesta iniciativa es trobava en bona part en el dibuix d'un procés que anés adherint voluntats i mobilitzant mirades en aquesta direcció. Per fer-ho possible era requisit que els professionals implicats fossin part activa de la construcció del model. Un plantejament vertical en aquest sentit està fora de tota lògica i no hagués obtingut cap resultat. L'equip motor té una comesa d'impuls, de donar estabilitat, legitimitat i continuïtat al procés. També de cuidar i estar atent a tots els esculls, mantenint una mirada apreciativa sobre els objectius assolits per no caure en el desànim davant la complexitat de l'engranatge. Però en tot aquest trajecte, les idees només seran validades si sorgeixen d'un espai i temps

compartit entre els professionals de primera línia d'atenció. Són ells, i ningú més que ells, els que són capaços d'apreciar què ens posa en relació, i davant de quines intervencions més complexes serà necessari buscar-nos.

■ Les idees només seran validades si sorgeixen d'un espai i temps compartit entre els professionals de primera línia d'atenció.

5. Elaborem una enquesta i convoquem un grup de discussió que ens serveixen per contrastar el nostre propòsit amb les predisposicions prèvies dels professionals implicats. Ens permet, en bona manera, *prendre la temperatura* i començar a construir una narrativa col·lectiva sobre la necessitat d'una atenció compartida.

Dels resultats de l'enquesta podem destacar que el 75% va respondre en un sentit favorable als avantatges que podia aportar el model col·laboratiu.⁸ El grup de discussió es va formar convidant 23 professionals seleccionats de manera que fossin representatius dels diferents equips de treball i del conjunt de disciplines implica-

des. El debat es va plantejar al voltant de tres interrogants: quins són els beneficis i les dificultats d'una atenció coordinada, i quins elements necessaris havia d'incorporar el procés. L'opinió expressada pels professionals queda resumida en el quadre 1.

Buscant coherència amb totes les premisses bàsiques identificades plantejem els espais que donarien continuïtat al procés des de la coparticipació de tots els professionals.

El nostre segon any de treball

Al llarg dels dotze mesos següents es plantegen tres espais consecutius que posen en relació directa els professionals dels cinc serveis implicats. Busquem compartir un treball de debat i reflexió a propòsit del nostre grau d'interdependència, de quina eficàcia ens resta treballar en paral·lel, i de quines han de ser les circumstàncies perquè la intervenció coordinada es produeixi. Traduït a interrogants, seria el mateix que respondre les preguntes: on hi ha tasca compartida, quin és el nostre interès comú i com fer-ho possible. Descric breument com han estat les tres etapes del procés i el més significatiu que pot rescatar responent a l'interès d'aquest article.⁹

⁸ La pregunta es formulava de la manera següent: creus que poder treballar de manera conjunta i coordinada pot aportar-te avantatges? El 25% restant va respondre "no ho tinc clar, em falta informació per decidir-ho" o "no, faria més complicada la meva feina". El total de l'enquesta incorporava quatre preguntes més. L'enquesta va obtenir un percentatge del 58% de resposta sobre el total de 124 professionals d'atenció primària social i sanitària consultats. L'enquesta no va incloure els tècnics de CSMA, CSMIJ i CAS, sí que els va incorporar posteriorment el grup de discussió.

⁹ Estem oberts a compartir, amb qui pugui ser-li útil, el material generat en el procés de treball, així com el disseny de les eines i guions que estructuraven la tasca.

Quadre 1: Aportació dels professionals que configuren el grup de discussió.

En relació amb els beneficis de l'atenció coordinada:

- Compartir informació ens permet ampliar el diagnòstic
- Possibilita un pla de treball més ampli amb objectius comuns d'intervenció
- Supera una visió fragmentada i la substitueix per una mirada integral
- Evita duplicar intervencions
- Representa un benefici especial en situacions de complexitat alta
- Facilita treballar amb persones poc vinculades a tots dos àmbits
- Ens dóna agilitat i efectivitat en les urgències

En relació amb les dificultats de l'atenció coordinada:

- No existeix una cultura prèvia de treball integrat
- Resistències a nous models de treball
- Per coordinar-se cal dedicar un temps que no tenim
- Tenim diferents mirades i diferents llenguatges: no ens coneixem
- Cal per part de tots flexibilitat i adaptabilitat
- Cal que les direccions dels serveis ho facilitin

En relació amb les claus que ha d'incorporar el procés:

- Prèviament cal conèixer-nos i generar confiança
- La nostra relació ha de ser propera i àgil
- Necessitem el consentiment informat de les persones per compartir informació
- S'han de buscar espais de treball o de formació compartits
- Fer compatibles els nostres sistemes informàtics
- Si no hi veiem una utilitat, el model no tindrà cap futur.

1. Primer plenari

Convoca els 157 professionals que conformen els serveis implicats. Aquesta primera trobada respon a quatre objectius.

El primer és compartir la reflexió i les premisses bàsiques que han emergit en el si del debat del grup motor, de les aportacions de l'enquesta i del diàleg del grup de discussió.

El segon és col·lectivitzar un significat comú del procés que estàvem iniciant: què significa coordinació i treball conjunt de casos, i què modifica respecte al que hem fet fins ara. Es comparteixen també els resultats avaluats en el CAPI, en relació amb el nivell de satisfacció dels professionals i els beneficis de la intervenció compartida.

Com a tercera intenció ens permet compartir una primera informació de l'organització, l'objecte de treball i de les carteres de recursos de tots dos sistemes. Una primera fotografia que possibilita començar a mirar-nos, i especialment descobrir un sistema de serveis socials municipals molt desconegut per als professionals sanitaris.

Finalment el plenari es tanca configurant la continuïtat del treball conjunt i estructurant cinc espais de diàleg i decisió. Seran ells els que acabaran determinant els detalls del model col·laboratiu de Vilanova i la Geltrú, des del debat generat entre els professionals de primera línia d'atenció.

2. Constitució de cinc equips de treball

Durant set mesos de treball, cinc grups formats per professionals socials i sanitaris representatius de tots els serveis, treballen en paral·lel a propòsit de cinc àmbits d'intervenció: infància, dona i família, drogodependència, discapacitat i dependència, i salut mental.

En conjunt aquesta organització va representar posar en relació 43 persones en un total de 25 reunions mantingudes.

L'encàrrec compartit que tenien els cinc grups era interrogar-se i plantejar idees sobre tres qüestions principals:

- El perquè del treball col·laboratiu: motius que el fonamenten, beneficis esperables i objectius realistes en clau de procés.
- El sobre què ens hem de coordinar o intervenir amb un únic pla de treball: davant quines situacions o indicadors es necessitaria l'ajuda de l'altre, i quines circumstàncies ens plantegen un treball necessàriament conjunt.

- Com i quan establir abordatges compartits: identificar els protocols que ja ens posen en relació, alternatives de treball comú en funció de la complexitat, i canals de comunicació o trobades factibles per ambdues bandes.

A més de generar acords sobre aquestes qüestions, vam plantejar a tots els grups que durant l'última sessió –pel grau de cohesió i reflexió que prèviament s'haurà gestat– treballin sobre un cas real. Aquest exercici incideix en evidenciar la utilitat que, en paraules de José Ramon Ubieta, queda justificada des de la idea que la coordinació professional no es transmet amb ideals sinó amb pràctiques efectives.

3. Segon plenari

Convoca novament la totalitat de professionals i el protagonisme en aquesta ocasió és per a les conclusions dels cinc grups de treball.

Cadascú exposa al conjunt de professionals el debat i les idees generades en cada àmbit d'actuació, així com les noves possibilitats d'intervenció que s'han obert a propòsit del supòsit pràctic. És interessant destacar la coincidència i la complementarietat de les idees aportades pels cinc grups en les qüestions transversals, i les diferències que particularment poden derivar-se dels processos de cada àmbit.

Procurant ser congruents amb els aspectes identificats al llarg de tot el procés de treball, l'equip motor tanca el plenari amb els compromisos següents:

- Elaborar un document de base del model col·laboratiu de la nostra ciutat que sintetitzi i contingui de manera operativa les premisses i els

circuits en què se sustenta el treball col·laboratiu.¹⁰

- Compartir un directori amb les dades de contacte de tots els professionals implicats.
- Incorporar als nostres serveis un consentiment informat a través del qual les persones ateses ens autoritzen a compartir informació relativa a les seves circumstàncies.
- Preservar la disponibilitat de tots els professionals –excepte els serveis de guàrdia o urgència– tancant les agendes el mateix dia del mes durant una hora i mitja. Aquest espai comú facilita la coincidència d'agendes per coordinacions presencials o visites domiciliàries conjuntes. Aquesta mesura no resta llibertat i prioritat per trobar-se tantes vegades com calgui, simplement ho facilita.

Moment actual i noves sinergies

Aquest article s'escriu sis mesos després de l'últim plenari. No podem encara compartir una valoració qualitativa o quantitativa que reveli la solidesa del procés o que identifiqui quins canvis ha produït en tots aquells aspectes que prèviament vam identificar com a objectius.¹¹

L'obstinació de l'equip motor durant aquesta última etapa ha estat seguir obrint nous horitzons de relació. Des del concepte sistèmic de totalitat, el model

col·laboratiu entès com un entramat de relacions, ens permet obtenir alguna cosa més que la suma dels seus components aïlladament. Estar atents a descobrir i aprofitar aquestes sinergies és un repte motivador que ens ha portat a noves decisions al llarg d'aquests últims mesos. En compartim algunes:

- Renovar coneixements de manera conjunta plantejant formacions d'interès mutu, bé sigui sobre temes transversals (treball en xarxa per exemple) o sobre temes particulars ja identificats al llarg del procés.
- Donar continuïtat als cinc grups de treball –a petició d'alguns d'ells– per seguir donant espai a la reflexió compartida a propòsit de l'atenció comú en els diferents àmbits.
- Buscar conjuntament recursos externs per dur a terme un projecte d'odontologia infantil que doni cobertura a tractaments bucodentals no coberts per la seguretat social i adreçat a famílies que no poden assumir el seu cost privadament.
- Desenvolupar un Banc d'Ajudes Tècniques que millori el petit dispositiu que tenim actualment.
- Enviar periòdicament informació d'interès comú via correu electrònic al conjunt de professionals com a grup de distribució. Pot semblar a priori una idea banal, però simbòli-

¹⁰ És un document intern, no publicat, que té com a títol *Modelo Colaborativo de Atención Social y Sanitaria en la Ciudad de Vilanova i la Geltrú*.

¹¹ En dates pròximes al fet que aquest article sigui publicat tenim previst fer la primera avaluació sobre l'impacte que el procés ha generat.

cament reforça un sentiment de pertinença compartida.

Si hagués de valorar en un recorregut de l'u al deu en quin moment ens trobem, probablement el situaria acostant-nos al dos. Dos anys i mig de relació per estar encara en l'inici? La resposta és sí, perquè el procés de conèixer-nos i re-conèixer-nos mútuament com a necessàries, amb tot el potencial que això implica, es cuina a foc lent.

No hi ha tractament fora de la xarxa, no és possible pensar la nostra intervenció professional al marge d'altres intervencions, les coneguem o no. Tot el que fem és relatiu al nostre lloc a la xarxa, ja que el temps dels sabers i les disciplines absolutes va passar. Avui el malestar es tracta per mitjà de la distribució social i institucional: a cadascú la seva quota i a la xarxa el global.

JOSÉ RAMÓN UBIETO

Bibliografia

- Antares Consulting. *Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España*. (2010) www.atares-consulting.com.
- CANAL, R., VILÀ, T. i altres. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*. Dossier Catalunya Social, núm. 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*, núm. 36 (2007). Pàg. 26-39.
- VEGA, S. *Instrumento de trabajo en La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1997. Pàg. 167-200.