

# RTS

Revista de Treball Social

número 206 - desembre 2015

Atenció integral social  
i sanitària:  
elements per a la reflexió

Holistic health and social care:  
elements for further reflection



COL·LEGI OFICIAL  
DE TREBALL SOCIAL  
DE CATALUNYA

**Directora:** Rosa M. Ferrer Valls

**Sotsdirectora:** Pepita Vergara Beltrán

**Equip de redacció:** Carlos Alarcón Zwirnmann  
Teresa Aragonès i Viñes  
Rosa M. Carrasco Coria  
Rosa Garriga Blasco  
Josep M. Mesquida González

**Suport tècnic:** Laura Saula Tañá

**Comitè assessor:** **Montserrat Bacardit i Busquet:** Treballadora social. Directora RTS de 2006 a 2014. **Laura Caravaca Morilla:** Treballadora social. Coordinadora responsable del Servei de Centre de dia i SAD a la Fundació Privada President Torres Falguera, Llar Fundació. **Teresa Crespo i Julià:** Presidenta d'Entitats Catalanes d'Acció Social (ECAS). Presidenta del Consell assessor de Polítiques Socials i familiars. **Montserrat Cusó Torelló:** Treballadora social. Presidenta de Save the Children a Espanya. **Jose Fernández Barrera:** Treballadora Social, llicenciada en dret i Dra. en sociologia. Universitat de Barcelona. **Carme Fernández Ges:** Treballadora social i llicenciada en ciències de l'educació. Universitat Ramon Llull (Fundació Pere Tarrés). **Jose Antonio Langarita Adiego:** Treballador social i Dr. en antropologia social. Universitat de Girona. **Montserrat Mestres Anglà:** Treballadora social i llicenciada en antropologia social. Cap de Servei dels Serveis Socials, Sanitat i Programes a l'Ajuntament de Manresa. **Xavier Pelegrí Viaña:** Treballador social i Dr. en antropologia. Universitat de Lleida. **Carmina Puig i Cruells:** Treballadora social, psicòloga i Doctora en Antropologia social. Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). **Cristina Rimbau Andreu:** Treballadora social. Experta en polítiques socials europees. **Pepita Rodríguez i Molinet:** Treballadora social. Referent de L'àrea de treball social de l'Institut Català de la Salut àmbit Barcelona. **Antoni Vilà Mancebo:** Llicenciat en Dret i Dr. en Pedagogia. Investigador de l'IGOP-UAB. **Cristina Villalba Quesada:** Treballadora social. Professora titular del Departament de Treball Social i Serveis Socials. Universitat Pablo de Olavide (Sevilla). **Teresa Zamanillo Peral:** Treballadora social i doctora en ciències polítiques i sociologia. Catedràtica jubilada de la facultat de Treball social de la Universitat Complutense de Madrid.

**Disseny de les cobertes:** Jordina Tió

**Disseny interior:** Ester Lozano Vivó

**Correcció d'estil i traducció:** Raül Cascajo i Orzáez

**Traducció i correcció anglès:** Urgell Poch Planas

**Impremta i maquetació:** I.G. Santa Eulàlia. Sta. Eulàlia de Ronçana

**Dipòsit legal:** B-19535/1968

**ISSN:** 0212-7210

**ISSNe:** 2339-6385

**Tiratge:** 600 exemplars en edició impresa

Versió en línia consultable a [www.tscat.cat](http://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

Adreça electrònica: [rts@tscat.cat](mailto:rts@tscat.cat)

Subscripcions: [www.tscat.cat](http://www.tscat.cat)

**Junta de Govern del Col·legi**

**Degana:** Núria Carrera i Comes

**Vicedegana 1a:** Marga García Canela

**Secretari:** Juan Manuel Rivera Puerto

**Tresorera:** Lucía Guerrero Ruiz

**Vicesecretària:** Mercè Ginesta Rey

**Vicedegana 2a:** M<sup>a</sup> Pilar Martínez Bertholet

**Vicedegana 3a:** Anna M. Galobardes Gelada

**Vicedegana 4a:** Marta Frontiñán García

**Vicedegana 5a:** Gemma Solanas Bacardit

**Vicedegana 6a:** Glòria Martín Lleixa

**Vocals:** David Nadal Miquel

Arantza Rodríguez Juano

L'equip de redacció no s'identifica necessàriament amb el contingut dels articles publicats.

# Sumari

■ <b>Editorial</b> .....	5
■ <b>A fons</b>	
<b>És la salut un tema estrictament sanitari? Curar, cuidar i condicionants socials de la salut</b> <i>Joan Subirats i Antoni Vilà</i> .....	9
<b>El bon viure en comú. Treball social en salut i serveis socials</b> <i>Teresa Zamanillo Peral</i> .....	23
<b>La integració dels serveis socials i de salut per a les persones grans</b> <i>Annamaria Campanini</i> .....	41
<b>El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes</b> <i>Felix Arrieta i Emma Sobremonte</i> .....	51
<b>Atenció integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones</b> <i>Esther Sarquella, Albert Ledesma, Carles Blay, Joan Carles Contel, Assumpció González i Lluís Viguera</i> .....	66
<b>L'experiència del projecte AQuAS en l'avaluació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària</b> <i>Vicky Serra, Carla Montané, Joan MV Pons i Mireia Espallargues</i> .....	82
<b>La gestió de casos en el context sociosanitari</b> <i>Alicia Sarabia-Sánchez</i> .....	94
<b>Atenció integral centrada en la persona</b> <i>Dolors Bascompte, Mercè Laborda i M<sup>a</sup> Carme Sabater</i> .....	108
<b>Coordinació social i sanitària: mirada, anhel i procés: el model col·laboratiu de Vilanova i la Geltrú</b> <i>Arantxa Rodríguez Juano</i> .....	114

■ **Altres temes d'interès**

**Migracions internacionals femenines i noves formes d'organització del treball informal de cura**

*Esther Albasa Jové* ..... 127

**La supervisió des del treball social, un instrument de pensament i reflexió per a entitats familiars que gestionen serveis socials**

*Cristina Pérez Cot* ..... 134

■ **Pòsters universitaris**

Pòsters universitaris ..... 145

■ **Miscel·lània**

**El corazón**

*Pepita Vergara Beltrán* ..... 149

■ **Prestatge dels llibres**

Hull House: el valor de un centro social ..... 153

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

■ **La Revista**

Publicacions ..... 163

Normes per a la presentació d'articles a la *Revista de Treball Social* ..... 164

Butlleta de subscripció ..... 167

# Editorial

Cada número de la revista representa un repte per a l'equip de redacció, amb cada número reflexionem, qüestionem, aprenem i coneixem professionals de gran vàlua. Dediquem moltes hores al debat abans de decidir el contingut de cada revista. En el número que ara us presentem aquest procés previ ha estat especialment intens, parlar de models d'intervenció integral entre el sistema de serveis socials i el sistema de salut és un tema d'absoluta actualitat, un tema especialment controvertit que genera filies i fòbies, esperances de renovació de la professió i por a una pèrdua d'identitat i d'espai professional, expectatives de millora en l'atenció a l'usuari i desconfiances en relació amb la deriva de les polítiques socials i sanitàries. És un tema apassionant... i possiblement no prou pensat des de dins de casa nostra, des de la nostra disciplina.

Parlar de models integrals d'atenció social i sanitària és parlar d'una manera de fer treball social, d'una proposta d'intervenció professional molt diferent a la que fins ara es desenvolupa majoritàriament des dels serveis socials i des del treball social sanitari, i que també interpel·la la manera d'intervenir dels professionals clínics. Entren en joc valors ètics en relació amb l'atenció als usuaris d'aquests serveis, propostes de reestructuració competencial d'organismes públics, temes pressupostaris i altres aspectes que, potser, escapen al dia a dia dels professionals.

Per totes aquestes raons, no ens vàrem atrevir a posar fil a l'agulla sense demanar el consell i la col·laboració d'altres companys i companyes experts en els àmbits dels serveis socials i dels serveis sanitaris: Marta Bonilla, Melinda Jiménez, Montserrat Mestres, Dídac del Pino, Arantza Rodríguez i Pepita Rodríguez. Tots ens van ajudar a pensar com havia de ser aquest número, i des d'aquestes línies volem fer-los arribar el nostre agraïment per les seves valuoses aportacions.

Amb la il·lusió de contribuir al pensament crític del treball social, presentem aquestes pàgines que recullen saviesa, experiència, avaluació, iniciatives i reivindicacions de les persones usuàries dels dos sistemes. El debat està servit, gaudiu-ne.

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 fons

És la salut un tema estrictament sanitari?  
Curar, cuidar i condicionants socials de la salut

El bon viure en comú. Treball social en salut i serveis socials

La integració dels serveis socials i de salut per a les persones grans

El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes

Atenció integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones

L'experiència del projecte AQuAS en l'avaluació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària

La gestió de casos en el context sociosanitari

Atenció integral centrada en la persona

Coordinació social i sanitària: mirada, anhel i procés: el model col·laboratiu de Vilanova i la Geltrú





# És la salut un tema estrictament sanitari?

## Curar, cuidar i condicionants socials de la salut

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

Joan Subirats<sup>1</sup> i Antoni Vilà<sup>2</sup>

### Resum

Es tracta d'una contribució al voltant dels conceptes i les relacions de la salut i les polítiques socials en els últims anys. Per això, en primer lloc, es presenten les aportacions teòriques més rellevants sobre les necessitats, els satisfactors, els drets socials, la universalitat, les capacitats i autonomia, la qualitat de vida, la llibertat, la seguretat i la participació; així mateix s'analitzen els canvis conceptuals i institucionals (de l'enfocament de la malaltia a la salut i d'allò mèdic a allò social; els determinants socials de la salut) que han contribuït a un canvi de paradigma. A continuació es tracten les noves tendències en polítiques socials, especialment les relacionades amb l'atenció a les persones que necessiten cures de llarga durada i la perspectiva sociosanitària. Finalment, s'exposa la situació de la salut i la desigualtat a Catalunya i es presenten algunes experiències.

**Paraules clau:** Salut, polítiques socials, serveis socials, sociosanitari, condicionants socials de la salut.

**Per citar l'article:** SUBIRATS, Joan i VILÀ, Antoni. És la salut un tema estrictament sanitari? Curar, cuidar i condicionants socials de la salut. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 8-22. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Catedràtic de ciència política i investigador de l'IGOP-UAB. joan.subirats@uab.cat

<sup>2</sup> Investigador de l'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 crescut en els darrers temps la preocupació i les declaracions sobre la necessitat de repensar el model sanitari català, afavorint el diàleg i les interrelacions amb el camp de les polítiques socials en sentit estricte. Des del punt de vista teòric, com assenyalarem tot seguit, això no és pas cap novetat. El que sí que ho és és que es vulguin posar en pràctica aquests canvis en l'elaboració i implementació de les polítiques de salut i de les polítiques socials; unes polítiques que des de fa trenta-cinc anys han viscut en paral·lel, i sense massa articulacions, tret d'algunes i significatives excepcions que ja esmentarem. Celebrem aquest canvi de perspectiva, i esperem que no només es tracti d'un moviment tàctic fruit de les dificultats financeres del sector públic, sinó que es vegi com una oportunitat per articular millor el món del curar i el món del cuidar, avui força distanciat i, per què no dir-ho, molt diferentment finançats. En aquesta aportació volem simplement donar arguments

■ **Esperem que no només es tracti d'un moviment tàctic fruit de les dificultats financeres del sector públic, sinó que es vegi com una oportunitat per articular millor el món del curar i el món del cuidar.**

teòrics, recollir algunes experiències que ens semblen indicatives de cap a on anar, i mostrar com això que en diem "la perspectiva sociosanitària" té camí per endavant. No pretenem dir que serà fàcil. Volem dir que cal fer-ho i que cal evitar mirades jeràrquiques o de superioritat d'uns espais i d'uns professionals sobre els altres. Treballar en xarxa vol dir acceptar

■ **Cal evitar mirades jeràrquiques o de superioritat d'uns espais i d'uns professionals sobre els altres.**

les interdependències, evitar les “derives” i no caure en lògiques de comandament d’uns sobre els altres.

## 1. Un cop d’ull a la salut com a necessitat bàsica i universal, les maneres de satisfer-la i l’enfocament de les capacitats

En els últims anys s’han fet un conjunt d’aportacions que han anat configurant un nou paradigma que cal tenir en compte per repensar les polítiques en l’àmbit de la salut i dels serveis socials.

En primer lloc, si comencem per analitzar les diferents aportacions a la noció de necessitats humanes fetes des de diferents disciplines<sup>3</sup> veurem que entre els aspectes més debatuts s’hi troben el concepte de necessitats bàsiques i la determinació del caràcter universal o relatiu de totes o algunes d’elles. En les necessitats bàsiques s’inclouen normalment les fisiològiques, de subsistència o de supervivència; tanmateix, alguns autors, com GOUGH i DOYAL (1994), pensen que una de les necessitats bàsiques és la salut física, conjuntament amb l’autonomia, entesa com la capacitat d’iniciar una acció, formular propòsits i estratègies, i intentar posar-les en acció, considerant que per a això es requereix, entre d’altres, capacitat psicològica per formular opcions (salut mental). Aquesta proposta hi afegeix l’autonomia crítica com a nivell més elevat d’autonomia que permet

participar en l’acceptació o canvi del que s’entén com correcte o acceptable. Segons aquesta concepció, doncs, la salut i l’autonomia configuren el nucli central de les necessitats bàsiques.

Pel que fa al caràcter de les necessitats bàsiques, la majoria d’autors<sup>4</sup> es decanten per la universalitat ja que creuen que aquestes no poden dependre de l’espai cultural en què es visqui, del moment històric o social i menys dels desitjos i preferències personals. Aquest caràcter universalista és clau per poder objectivar aquestes situacions humanes i poder reconèixer el dret a la seva satisfacció. En canvi el que sí pot variar és la manera o mitjans de satisfer les necessitats bàsiques. Per tant, una diferenciació important a tenir en compte és entre necessitat i satisfactors.

Podem definir els satisfactors com tot allò (objectes, activitats, relacions, etc.) que contribueix a la realització de necessitats humanes. En aquest sentit, cal remarcar que no hi ha una correspondència exacta necessitat-satisfactor, ja que un mateix satisfactor pot incidir en diferents necessitats i diversos satisfactors poden referir-se a una mateixa necessitat. MAX-NEEF (1998) considera que els satisfactors són els que defineixen la modalitat dominant que una cultura o una societat imprimeixen a les necessitats. Assenyalava que poden incloure, entre d’altres: formes d’organització, estructures polítiques, pràctiques socials, condicions subjectives, valors i

<sup>3</sup>Són molts els autors que han tractat sobre la noció de necessitats humanes des de diferents disciplines i amb objectius diversos, com 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 i GOUGH.

<sup>4</sup>A. SEN, M. NUSSBAUM, MAX-NEEF, DOYAL i GOUGH.

normes, espais, contactes, comportaments i actituds. Per a aquest autor la inclusió dels satisfactors trenca la disciplina mecanicista imperant (necessitats-demanda-béns) i implica una reivindicació del que és pròpiament subjectiu. Considera que les necessitats han de comprometre, motivar i mobilitzar a les persones i les seves capacitats, que són una potencialitat i que poden arribar a tenir efectes diferents segons el context i els mitjans (MAX-NEEF, M., 1998). Aquests arguments posen en qüestió, per exemple, les actuals carteres de serveis rígides i reactives i propugnen la necessitat de dissenyar serveis i actuacions flexibles i personalitzats, amb una participació proactiva de les persones, com seria el cas del pacient expert.

Des del punt de vista jurídic, la cobertura de les necessitats bàsiques hauria de ser, en una societat que vulgui ser justa i que pretengui procurar un mínim benestar als ciutadans, un dels objectius principals de les polítiques socials i el fonament dels drets socials (MARTÍNEZ DE PISÓN, J., 1998). Sense el dret social a la cobertura de les necessitats bàsiques, com la salut, difícilment es podran exercir els drets i llibertats civils i polítics.

### ■ Sense el dret social a la cobertura de les necessitats bàsiques, com la salut, difícilment es podran exercir els drets i llibertats civils i polítics.

El que s'ha exposat ens apropa al model d'atenció centrada en la persona<sup>5</sup> (RODRÍGUEZ, P. i VILÁ, A., 2014), que es basa en l'enfocament de les capacitats, que concep la persona no com un simple receptor de prestacions sinó com un subjecte actiu amb capacitats. SEN (2010) reconeix que les persones tenen necessitats, però considera que seria parcial contemplar-ho només des d'aquest punt de vista, ja que cal tenir en compte també que les persones tenen valors i que atresoren habilitats per raonar, apreciar, elegir, participar i actuar (SEN, A., 2010: 280). Aquest autor entén les capacitats com el conjunt d'oportunitats per elegir i actuar, és a dir, la capacitat d'una persona per fer coses que tingui raó per valorar, des de la llibertat per determinar què desitja, què valora i què escull. Així mateix, considera que les capacitats depenen d'elements propis de la persona (p. e. maduresa per elegir) i d'altres relatius a l'estructura social (p. e. opcions reals de poder elegir).

Al tractar aquest concepte NUSSBAUM (2012) considera que les capacitats són una aproximació a l'avaluació de la qualitat de vida, que es pot entendre com un conjunt d'oportunitats per elegir i actuar. En concret, els trets essencials de les tesis de NUSSBAUM són: a) concepció de cada persona com un fi en si mateix; b) centrat en l'elecció o en la llibertat (autodefinició de les persones); c) pluralitat quant a valors; d) preocupació per la injustícia i les desigualtats socials (discriminació i margi-

<sup>5</sup> Pilar Rodríguez defineix l'atenció integral i centrada en la persona com la que “promou les condicions necessàries per a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de les persones, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació activa” (RODRÍGUEZ, P., 2014: 120).

nació); e) assignació d'una tasca urgent a les polítiques públiques, consistent a millorar la qualitat de vida de totes les persones definida per les capacitats d'aquestes.

La capacitat implica llibertat d'elecció, per això es considera que els objectius polítics s'han d'adreçar a les capacitats i no als funcionaments, per exemple, promoure les capacitats en matèria de vida saludable, no la promoció genèrica de la vida saludable. No obstant, aquesta postura és criticada per altres autors que fan servir igualment l'enfocament de les capacitats, ja que pensen que almenys en determinades àrees, com la salut, l'Estat està legítimament per imposar formes de funcionament (p. e. obligar a adoptar estils de vida sans). Una altra qüestió diferent a tenir en compte és el cas dels nens, als quals se'ls poden exigir certes formes de funcionament (p. e. educació obligatòria), i també és singular la situació de les persones amb les capacitats modificades judicialment<sup>6</sup> que tenen dret a les adaptacions i suports necessaris per manifestar la seva voluntat, preferències i desitjos.

NUSSBAUM (2012) es refereix també a un punt de fricció: la tensió o els conflictes entre la llibertat i la seguretat, que tan sovint es donen en els àmbits de la salut i dels serveis socials. Aquesta autora opta clarament per la llibertat, ja que davant de la qüestió sobre quins àmbits de la llibertat es podrien suprimir a favor de la seguretat, respon que només seria justificable en casos greus, quan la violació de la lli-

bertat fos necessària per garantir la dignitat humana, considerant que els altres supòsits es podrien decidir a través del procés i debat polític. Sembla, per tant, necessari que la regulació de l'aplicació pràctica d'aquests problemes sigui ben mesurada i es plantegi atenent les diferents situacions concretes, evitant la tendència de la normativa actual que prima la seguretat en detriment de la llibertat.

La democràcia i la participació constitueixen un altre element clau d'aquesta proposta, i per això SEN (2010) es refereix a la necessitat del raonament públic per fer una avaluació crítica, mitjançant la discussió pública i el raonament públic interactiu. D'aquesta manera considera que les valoracions serien més sòlides si es fan a partir de la consistència dels arguments aportats, més que del nombre de persones que hi donin suport. Aquest aspecte segurament avui és més convenient que mai, atès que es viuen temps de gran incertesa propis d'un canvi d'època, en què el gran objectiu de la democràcia, com s'ha dit, hauria de ser construir un món capaç d'incorporar a tothom (SUBIRATS, J., 2011).

## 2. Canvis conceptuals i institucionals: de la malaltia a la salut i de l'enfocament mèdic al social

### De l'abordatge centrat en la malaltia vers un concepte ampli de salut

El preàmbul del document constitutiu de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1946) defineix la salut com "un estat

<sup>6</sup> Nova terminologia emprada en la legislació espanyola (Llei 15/2015, de 2 de juliol, de la Jurisdicció Voluntària) per referir-se a les persones incapacitades, en un intent d'adaptació a la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (art. 12).

de complet benestar físic i mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties". Així, aquest concepte té en compte les tres dimensions de la persona: la física, la mental i la social. També s'ha d'esmentar la definició que es va presentar en el X Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana, celebrat a Perpinyà l'any 1976: "La salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa".<sup>7</sup> En aquesta definició amplia també és perceptible la importància social a partir de la dimensió solidària que li atorga a la salut (AADD, 1977).

Pel que fa a la pràctica de les polítiques de salut, interessa referir-nos al cèlebre Informe Lalonde,<sup>8</sup> elaborat al Canadà l'any 1974. Aquest document de referència fa una crítica al concepte biomèdic imperant i constata que la majoria de malalties no estan relacionades simplement amb els factors biològics o agents infecciosos, sinó que tenen una base o origen socioeconòmic. Estableix una classificació dels determinants de salut (estils de vida, medi ambient, sistema d'assistència sanitària i biologia humana) i posa en relleu la manca de relació entre els diners públics esmerçats i els determinants de la salut.<sup>9</sup> Les constatacions que feia aquest informe, malauradament, després de més de 40 anys són plenament vigents:

- El desafiament per a les polítiques de salut és canviar el model basat en la curació de les malalties vers un altre basat en la promoció de la salut.
- Entre els reptes destaquen la reducció de les desigualtats, l'increment de l'esforç preventiu i la capacitació de les persones per encarar i gestionar de manera autònoma els processos que limiten el benestar.

### De les classificacions de les malalties als components de salut

Les Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF, 2001) suposen un nou pas endavant, en passar d'una classificació de les malalties (CIDDM, 1980) cap a una altra centrada en els components de salut. En la dialèctica entre el model mèdic i el model social, les CIF se situen en una posició intermèdia que intenta la integració dels dos models, mitjançant un enfocament biopsico-social. Pretenen, doncs, aconseguir una síntesi i proporcionar una visió coherent de la diferents dimensions de la salut des de la perspectiva biològica, individual i social.

El gran canvi és, per tant, que ara es concep el funcionament i la discapacitat<sup>10</sup> d'una persona amb una interacció dinàmica

<sup>7</sup> Elaborat per la ponència coordinada pel Dr. Jordi Gol i Gurina. El Dr. Gol considerava que "el treball del metge és posar el seu coneixement a disposició de la persona malalta per tal que aquesta pogués prendre les seves decisions". O. Ramins, *En recuerdo del Dr. Jordi Gol*, en e-criterium. Disponible a: <https://ecriterium.wordpress.com/tag/congreso-de-perpignan/>

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

<sup>9</sup> Comparació del percentatge d'importància dels factors de salut i els recursos destinats: a) estils de vida 43% i 1,5%; b) biologia humana: 27% i 7,9%; c) medi ambient: 19% i 1,6%; d) sistema de salut: 11% i 90%.

<sup>10</sup> En aquest marc conceptual cal tenir en compte que les CIF tenen una aplicació universal i no només per a les persones amb discapacitats, i que comprenen els aspectes relacionats amb la salut i alguns components del benestar rellevants per a la salut.

ca entre els estats de salut (malalties, trastorns, lesions, traumes, etc.) i els factors contextuals, que esdevenen un component essencial de la classificació.

### 3. Determinants socials de la salut i les iniquitats sanitàries

El reconeixement de la importància dels aspectes socials en la salut i la incidència que tenen en la generació d'iniquitats sanitàries va fer que l'OMS focalitzés els estudis i actuacions en aquestes qüestions. Aquest organisme internacional defineix els determinants socials de la salut<sup>11</sup> com les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut, que són el resultat de la distribució del diner, el poder i els recursos a escala mundial, nacional i local, que així mateix depenen de les polítiques adoptades. Consideren que els determinants socials de la salut poden explicar la majoria de les iniquitats sanitàries.

Per tal d'estudiar aquesta qüestió l'OMS va crear la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut (CDSS), que va presentar un informe final l'any 2008 que proposa un Programa per a l'Equitat Sanitària<sup>12</sup> que, després de posar en relleu com l'esperança de vida d'un nen difereix enormement en funció d'on s'ha nascut, assenyalava de forma contundent que “en tots els països, amb independència del seu nivell d'ingressos, la salut i la malaltia segueixen un gradient: com més baixa la situació socioeconòmica, pitjor és l'estat de

### ■ Com més baixa la situació socioeconòmica, pitjor és l'estat de salut.

salut”. El model que proposa la CDSS és l'enfortiment de l'equitat en salut a partir de tres grans línies d'actuació:

- a) Millorar les condicions de vida quotidiana: entorns salubres; ocupació i treball digne; protecció social al llarg de la vida; atenció a la salut universal.
- b) Lluitar contra la distribució desigual del poder, els diners i els recursos: equitat sanitària; règim impositiu progressiu; incloure en els comptes nacionals la contribució econòmica del treball domèstic, l'assistència a altres persones i el voluntariat; lideratge del sector públic en la prestació de béns i serveis bàsics essencials per a la salut i el control d'articles que danyen la salut; representació de tots els grups de la societat en la presa de decisions; etc.
- c) Mesura i anàlisi del problema: sistema de dades bàsiques (registres, programes d'observació sistemàtica de les iniquitats sanitàries i dels determinants socials de salut; mecanismes que assegurin que les dades poden ser utilitzats en l'elaboració de polítiques, sistemes i programes eficaços); sensibilització i informació en matèria de determinants socials de salut.

<sup>11</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

<sup>12</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)

#### 4. Noves tendències de les polítiques de salut. La perspectiva sociosanitària

En una reflexió sobre la salut pública i les polítiques de salut, Andreu SEGURA (2000) considera que cal una visió global de la salut com a eix vertebrador de les polítiques sanitàries, que actualment se centren bàsicament en els aspectes organitzatius i poc en l'impacte en la salut de les persones i les comunitats o en el contingut del que haurien de ser les intervencions sanitàries. Per a l'anàlisi de les polítiques de salut s'han de considerar les tres grans branques que es corresponen amb les activitats sanitàries: a) promoció de la salut, com el procés de capacitar les persones perquè augmentin el control sobre la seva salut, i perquè la millorin; b) protecció de la salut, que es concreta en activitats que s'adrecen bàsicament a la prevenció per evitar que sorgeixin malalties; c) la restauració de la salut, que són les polítiques que tenen com a objectiu la curació, la cura i la rehabilitació de malalts.

Les polítiques actuals es caracteritzen, segons aquest mateix autor, fonamentalment per l'increment constant i desproporcionat dels serveis, intervencions i productes en detriment d'altres actuacions de caire socioeconòmic (estils de vida o medi ambient) molt més eficients en termes de salut. Un altre factor que incideix en les polítiques sanitàries actuals és l'envelliment de la població, que genera un increment important de la demanda de serveis sanitaris que difícilment es pot fi-

nançar en els marcs actuals, especialment a partir de la crisi que produeix una reducció de la població activa que cotitza. I finalment un darrer factor és l'increment preocupant de la iatrogènia que provoquen els mateixos serveis sanitaris i la incapacitat de comprendre i reaccionar adequadament davant dels riscos que suposen els factors socioeconòmics i ambientals per a la salut.

A partir de la crisi, s'observen a Europa canvis en les polítiques, que en l'àmbit de les cures de llarga durada<sup>13</sup> cerquen fórmules de governança basades en la cooperació i la coordinació de la protecció i la inclusió social, per tal d'assegurar la sostenibilitat del sistema de pensions, del sistema sanitari i de l'atenció a les situacions de dependència. Pel que fa a les polítiques socials, s'observa una tendència inquietant cap a la permanència i reforç de la família (refamiliarització) i de la dona en les funcions de cura (refeminització) i l'avançament dels serveis mercantils com a prestadors de serveis (remercantilització) i de les assegurances complementaries. No

■ **S'observa una tendència inquietant cap a la permanència i reforç de la família (refamiliarització) i de la dona en les funcions de cura (refeminització) i l'avançament dels serveis mercantils com a prestadors de serveis (remercantilització) i de les assegurances complementaries.**

<sup>13</sup> Amb aquesta denominació europea s'inclouen la cronicitat, la dependència i la discapacitat.



obstant s'aprecia, així mateix, el manteniment de Tercer Sector com a prestador de serveis i es consolida com a defensor dels drets de les persones més vulnerables (solidaritat) (RODRÍGUEZ CABRERO, G., 2014).

Cal, doncs, optimitzar els recursos de serveis socials i de sanitat per generar sinergies i estalvis que permetin fer sostenible el sistema davant les previsions d'increment de les persones que necessiten cures de llarga durada i l'augment de la complexitat de les atencions. Per això, des de fa uns anys, un dels nous eixos de les polítiques se centra en el disseny d'un espai sociosanitari. Aquest plantejament ha de ser territorial, ja que requereix la col·laboració de les persones, les seves famílies, i de tots els agents professionals i comunitaris.

Pel que fa a la coordinació o la integració (funcional o institucional) de la sanitat i els serveis socials es considera que s'haurien de resoldre a partir de criteris pràctics basats en la complexitat i la intensitat de l'atenció (LEUTZ, 1999; HERRERA *et al.*, 2014). Els sistemes actuals, segons el tipus de lideratge es poden classificar en: els que lidera sanitat en coordinació amb els serveis socials (País Basc, 2012), els liderats per serveis socials en coordinació amb sanitat (LAPAD, 2006), i els d'integració de serveis (autoritats d'integració territorials d'Escòcia) (CANALS, R. i VILÀ, A., 2014). Com a elements comuns d'èxit del procés de coordinació/integració sociosanitària s'ha proposat el decàleg següent: (1) visió compartida; (2) cultura de col·laboració; (3) lideratge i governança;

(4) èmfasi en allò local (enfocament territorial); (5) estructures de coordinació i comunicació; (6) redisseny dels serveis i prestacions; (7) full de ruta de transformació gradual (administrativa, organitzativa i financera); (8) connexió de sistemes d'informació i targeta única sociosanitària; (9) avaluació integrada; (10) difusió dels resultats (HERRERA *et al.*, 2014, p. 163).

## 5. Aspectes socials de la salut a Catalunya

La realitat catalana no difereix massa de l'exposada a nivell general, les dades ens mostren l'envelliment de la població, l'increment de les malalties cròniques i de les situacions de dependència que generen (el 70% de la despesa sanitària està relacionada amb les malalties cròniques) i la incidència de les desigualtats en la salut. Des del nostre país també ja fa temps que s'estudien aquests temes i s'observen experiències adreçades a afrontar els nous reptes, algunes de les quals s'assenyalen a continuació.

### 5.1. Salut i desigualtat a Catalunya

L'enquesta de Salut de Catalunya corresponent a l'any 2014 (ENCA2014)<sup>14</sup> mostra alguns indicadors que assenyalen les diferències en l'estat de salut de la població, degudes als nivells de renda, la classe social o el nivell d'estudis. Per exemple, el consum de risc d'alcohol o de tabac és menor entre els grups socials més benestants, o la practica periòdica de mamografies és més elevada entre les dones de classes més benestants i entre dones amb

<sup>14</sup> Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014\\_resum\\_executiu.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resum_executiu.pdf)

estudis universitaris. En canvi la valoració de l'estat de salut és pitjor entre els grups socioeconòmics més desfavorits i entre les persones amb estudis primaris o sense estudis; també afecta a les classes més desfavorides la qualitat de vida en relació amb la salut, el sobrepès o el nombre de persones que pateixen alguna malaltia o problema de salut; així mateix afecta més a aquest col·lectiu el risc de patir un trastorn mental o de trobar-se en una situació de manca d'autonomia o de dependència.

Hi ha un altre element de desigualtat que està relacionat amb el gènere. Les dones valoren pitjor l'estat de salut i el percentatge de dones és superior entre les persones que tenen malalties o problemes de salut, tenen major risc de trastorn mental i són més les que pateixen manca d'autonomia i situacions de dependència.

L'increment de la pobresa associat a la crisi econòmica ha incrementat els col·lectius en risc de desigualtat –especialment greu és el cas de la infància–, com posen en relleu diferents estudis (FERNÁNDEZ-VELILLA, E., 2014; BLANCO, I. *et al.*, 2014). Aquesta situació ha dificultat l'accés a l'assistència sanitària de les persones que depenien del sistema públic (persones sense doble cobertura a través de mútues; només hi estan afiliats el 10% de les classes baixes), que han hagut de patir més el fort increment de les llistes d'espera quirúrgiques, generades per la reducció de l'activitat imposada pels governants. També s'ha posat en relleu com, en moments de grans necessitats, les mesures

estatals anaven en direcció contrària: reducció de les llistes de medicaments i serveis de la cobertura pública, augment dels copagaments i exclusió del dret a la salut de determinats col·lectius de població.

### 5.2. L'avaluació d'algunes experiències

Per completar aquesta panoràmica es fa referència a algunes experiències realitzades a Catalunya. Pel que fa a la construcció de l'espai sociosanitari podem fixar la data de partida l'any 1986, quan la Generalitat va crear el “Programa Vida als Anys d'atenció sociosanitària a la gent gran amb llarga malaltia”, que pretenia planificar i coordinar les accions de sanitat i serveis socials per a l'atenció de les persones que necessitaven “un tractament mèdic prolongat integrat amb la prestació de serveis socials específics per a la vellesa”. Més tard es va crear la Xarxa de Serveis Sociosanitaris d'Utilització Pública (1999), que es va ubicar formalment i conceptualment en el sistema sanitari. Entre els serveis sociosanitaris creats cal fer una referència específica als PADES (programa d'atenció domiciliari equip de suport), ja que són un model d'èxit, ben valorat per la ciutadania. Són equips especialitzats integrats per personal mèdic, d'infermeria i de treball social que donen suport a l'atenció primària i comunitària. El seu treball es centra en l'atenció a persones en situació de malaltia crònica complexa que viuen a la seva llar.<sup>15</sup>

Una altra aportació interessant és l'avaluació de 9 experiències territorials (ajun-

<sup>15</sup> Vegeu dades sobre les activitats a Observatori del Sistema de Salut a Catalunya. Central de resultats. Àmbit sociosanitari. Juliol de 2013. Disponible a: <http://transparencia.csi.cat/media/documents/4f7b2759-dd24-4a1e-a528-e18568883b1c.pdf>

taments i consells comarcals) adreçats a cercar fórmules de col·laboració entre la salut i els serveis socials. Aquest estudi (SERRA-SUTTON *et al.*, 2015)<sup>16</sup> s'ha fet per encàrrec dels departaments de Salut i de Benestar Social i Família i hi han col·laborat professionals d'ambdós sistemes. Els resultats d'aquesta avaluació posen en relleu l'heterogeneïtat de les experiències i el caràcter recent i sense consolidar de moltes d'elles, llevat de Sabadell, la Garrotxa i Reus. La majoria de les iniciatives s'adrecen a tota la població amb necessitats de salut i socials, només dues es focalitzen a la cronicitat. Els professionals consideren que el model col·laboratiu va més enllà de la coordinació i de l'atenció integrada, ja que consideren que implica, a més, treball en equip i sobretot passar de la informalitat a la formalitat dels processos i de l'organització i atenció social i sanitària, considerant que aquesta forma de treball té beneficis per als professionals a l'hora de prendre decisions, ja que suposa més agilitat i eficàcia dels processos, i també per als usuaris en fomentar el benestar i l'apoderament. Tanmateix, assenyalen com a obstacles importants la resistència dels professionals als canvis que permetrien posar l'usuari al centre de l'atenció/organització, amb una visió i atenció integrada, i les resistències de les institucions i els proveïdors que tenen objectius propis i sistemes d'informació no compartits.

Pel que fa a l'avaluació de l'impacte de projectes urbans, és notable l'estudi sobre els efectes de la Llei de barris<sup>17</sup> (2004-2011) sobre la salut pública, que posa en relleu la importància de l'entorn físic i social. Aquest pla va permetre elaborar i executar projectes de renovació urbana en barris desfavorits, mitjançant millores físiques, socials i econòmiques. Aquestes actuacions foren estudiades per l'epidemiòloga social ROSHANAK MEHDIPANAH (2014) amb l'objectiu principal d'identificar i avaluar els impactes de les polítiques estructurals en les desigualtats socials en salut a nivell local. Per això, es varen estudiar les intervencions a Santa Caterina i Sant Pere i Roquetes (2004), Poble-sec (2005), i Torre Baró-Ciutat Meridiana i Trinitat Vella (2006). Les conclusions obtingudes remarquen els efectes positius de l'aplicació de l'esmentada Llei per a la salut dels ciutadans residents, ja que varen experimentar millores significatives, especialment els grups socials més desfavorits i també les dones en l'àmbit de la salut mental.

Un altre projecte de caire comunitari és Radars,<sup>18</sup> que es desenvolupa des de serveis socials de l'Ajuntament de Barcelona i que té com a objectiu ajudar i facilitar que les persones grans que viuen o se senten soles puguin continuar vivint a la seva llar amb la solidaritat i suport del seu entorn (veïns, amics, comerciants, voluntaris, professionals dels establiments del barri).

<sup>16</sup> El treball es titula *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Els models analitzats són: Alt Penedès, Gironès, Garrotxa, Lleida ciutat, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana i Vilanova i la Geltrú.

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

<sup>18</sup> [http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/menuitem.931633495bcd6167b4f7b4f7a2ef8a0c/?vgnnextoid=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&vgnnextchannel=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=ca\\_ES](http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/menuitem.931633495bcd6167b4f7b4f7a2ef8a0c/?vgnnextoid=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&vgnnextchannel=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=ca_ES)

Cal recordar que la soledat és un dels problemes més preocupants dels nostres temps, que pot arribar a tenir conseqüències greus per a la salut, i que el 40 % de les persones que viuen soles són jubilats o pensionistes.<sup>19</sup> Radars és una xarxa comunitària de detecció (dels canvis en la rutina diària de la gent gran, en el seu comportament o en el seu aspecte) i de seguretat que permet millorar el seu benestar social i la salut, mitjançant la implicació del barri.

Finalment, cal esmentar una recerca que s'està desenvolupant sobre l'acció comunitària en salut a Barcelona.<sup>20</sup> Aquest projecte té com a objectiu analitzar l'acció comunitària i avaluar el seu impacte sobre la salut de la població en barris de nivell socioeconòmic baix de la ciutat. Actualment, aquesta recerca ha elaborat un glossari, una anàlisi de la trajectòria de l'acció comunitària a la ciutat de Barcelona i un índex del seu desenvolupament; així mateix, ha construït un mapa del desplegament de les accions de salut comunitària en els diferents barris.<sup>21</sup> S'avança així en la generació d'un coneixement significatiu sobre la relació de l'acció comunitària i la salut.

## 6. Conclusions

Hem vist els diferents components que implica una mirada que vagi més enllà d'allò estrictament sanitari i busqui relacionar estretament salut i entorn social. No només per millorar el diagnòstic i la capacitat de trobar respostes adequades a les

carències en salut de les persones, sinó també com a perspectiva que permeti encarar un futur molt incert en relació amb el model "sanitarista", tecnològic i hospitalari que hem anat construint en els darrers trenta-cinc anys. Molts dels indicadors apunten, com ja avançàvem en la introducció, que augmentarà molt notablement el gruix de persones d'edat avançada, que si bé representa un avenç indubtable en la perspectiva vital i humana, incorpora molts interrogants sobre en quines condicions personals, familiars, socials i institucionals tindran lloc aquests canvis. Nogensmenys, sembla evident que l'augment imparable dels costos de la política sanitària en les seves condicions actuals exigeix repensar processos i dinàmiques.

La perspectiva apuntada aquí és al mateix temps ambiciosa, ja que incorpora una mirada molt ampla sobre el concepte de salut, però vol ser també curosa en relació a aquests reptes, ja que es parteix de la hipòtesi que la prevenció, la cura i l'atenció a les persones i el respecte a mantenir els seus espais i entorn vital no només no encareixen els costos d'una sanitat pública que és irrenunciable, sinó que n'afavoreixen la resiliència i continuïtat.

Cal, doncs, enfortir els lligams entre el món i els professionals de la sanitat i el món i els professionals de les polítiques socials, ja que d'aquest treball en xarxa ens en beneficiarem tots. Cal acceptar d'una vegada que tan important és curar com cuidar.

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

<sup>20</sup> Autors diversos. *Barcelona: acció comunitària en salut*. Barcelona: IGOP, ASPB, ICS, 2015.

<sup>21</sup> <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 executiu disponible a: <https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=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. i 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 a: [http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier\\_social\\_i\\_sanitaria.pdf](http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf)
- DOYAL, L. i 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. Pàg. 43-51. <http://www.fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/informes07maquetafinal.pdf>
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut. *Enquesta de Salut de Catalunya 2015*. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaris/enquestes/onada09/esca2014\\_resum\\_executiu.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaris/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 a: <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. Pàg. 77-110. [http://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter\\_leutz.pdf](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. i 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 a: <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. i VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014. Pàg. 33-58. Núm. de control: MAP20110020033
- RODRÍGUEZ, P. i 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). Pàg. 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/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio\\_9models\\_atencio\\_social\\_sanit\\_aquas2015.pdf](http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aquas2015.pdf)

## Bibliografia

- 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
- AUTORS DIVERSOS. “Cap a un nou concepte de salut”, en *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 bon viure en comú. Treball social en salut i serveis socials

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

Teresa Zamanillo Peral<sup>1</sup>

## Resum

Aquest article prova d'obrir un debat sobre les diferències entre el treball social en salut i en els serveis socials, així com d'analitzar els punts en comú. Les conclusions estan obertes a la discussió lliure, però una hipòtesi transita totes les seves línies: en el treball social general es troba la trama bàsica que pot donar lloc a diferents especialitzacions del camp en el qual s'intervé.

**Paraules clau:** Ètica del bé comú, intervenció comunitària, reconstrucció de l'individu, reforma de les institucions.

## 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.

**Per citar l'article:** ZAMANILLO PERAL, Teresa. El bon viure en comú. Treball social en salut i serveis socials. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 23-40. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Catedràtica jubilada de l'escola de la UCM. mtzpgcamino@gmail.com

El títol d'aquest article conté alguna cosa intencionada, el recurs a Aristòtil perquè el marc de l'ètica recorri aquestes pàgines. Però no és un marc que tancarà una obra acabada, alguna cosa quadriculada. Al contrari, el meu propòsit, tot i ser contradictori amb la idea del marc, és deixar que llisquin pels seus marges traços d'idees que formin trames que donin sentit a un problema que sembla existir en la intersecció entre salut i serveis socials. Provaré de llançar xarxes per rastrejar idees possibles, les que van fer dir a Kurt Lewin "no hi ha millor teoria que una bona pràctica". Intentaré, doncs, baixar al terreny de la "pràctica".

Per a Aristòtil, tot art i tota recerca és tota acció que en la lliure elecció tendeixen a algun bé. Així doncs, el coneixement del bé té un gran pes en la nostra vida, ja que s'ha de saber quin és el fi de l'acció a la qual tendim. En les diferents accions, arts i ciències cada fi és diferent, diu Aristòtil. Per això, distingeix: "la fi de la medicina és la salut; el de la construcció naval, el navili; el de l'estratègia, la victòria; el de l'economia, la riquesa..."

Això ens situa directament al fi de la disciplina del treball social. Per què som en la divisió social del treball? Allò que va donar contingut al Congrés de Saragossa el 2009 "el sentit del treball social", sembla que segueix aquí, és una música constant de la que ja advertia Salvador Giner el 1969 sobre els problemes d'identitat del treball social. Només per citar-ne alguns més, Estruch i Güell el 1976 van tractar el tema de la identitat professional amb un gran rigor analític. Més tard es repeteix amb LLOVET i USIETO (1990). Entre els molts documents que tinc dels

seminaris que he fet, aquest problema es repeteix. I anys més tard vaig dirigir una tesi sobre "La construcció de la identitat en Treball Social" a Maribel MARTÍN ESTALAYO (2012) amb conclusions similars. Crec que ara ha arribat definitivament el moment d'abandonar el discurs d'allò que ens afligeix per centrar-se en el que s'ha de fer.

### ■ Ha arribat definitivament el moment d'abandonar el discurs d'allò que ens afligeix per centrar-se en el que s'ha de fer.

L'article conté tres blocs, dividits en: consideracions generals sobre el treball social per, en el que segueix, tractar el tema del treball social en salut i en serveis socials. En el tercer apartat s'emprèn una anàlisi sobre allò comú a tots dos camps d'intervenció: salut i serveis socials, per acabar amb unes conclusions que, tot i obertes al debat lliure i enriquidor, plantejen que la trama bàsica per intervenir en els dos camps es troba en el treball social com a disciplina.

### Consideracions generals sobre el treball social

Cal aturar-se en primer lloc en el problema que planteja la disciplina del treball social: la impossibilitat des dels seus orígens de concretar el seu fi a la manera que es pot fer amb altres. Però la dificultat de precisar-ho no ens pot deixar atrapats en l'ambigüitat i oblidar així la noció principal del seu pensament: el bé és allò cap al que totes les coses tendeixen. I la



disciplina de treball social tendeix al bé. Intentaré de nou desgranar en què consisteix el que anomenem treball social, alguna cosa no del tot fàcil perquè la imprecisió que inclou ens obliga sempre a fer una volta explicativa que no resulta sempre clara, almenys per als ciutadans en general.

És sabut que hi ha múltiples definicions del treball social, totes, des de l'etapa de la reconceptualització, referides al canvi o transformació de les condicions socials en què es veuen implicats els individus. Però algunes són tan magnífiques i omnipotents que llancen una ombra de sospita si se les compara amb qualsevol definició d'una altra disciplina. Si anem com a exemple a la pedagogia correspon a la instrucció i formació en general. La referència als individus, grups o comunitats pedagògiques s'amplia amb els diferents enfocaments i mètodes pedagògics que proven des de modelar conductes per adaptar els subjectes a subjectar-se als dictàmens de la societat fins a veure en la pedagogia un procés d'emancipació com proposa Freire. D'aquí que el sentit del treball social pot variar des d'una visió positivista fins a una visió emancipadora.

Hi ha algun punt de fal·làcia en les diferents definicions, fonamentalment perquè proven de ser extensives i no s'han formalitzat en diferents escoles de pensament com s'ha fet en altres disciplines. Així mateix, preguntar-se pel sentit del treball social una vegada i una altra no ens portarà a respostes operatives. Es fan canvis

■ **Preguntar-se pel sentit del treball social una vegada i una altra no ens portarà a respostes operatives.**

lingüístics sense dotar-los d'anàlisi ni contingut de cap a on ens volem dirigir, quins resultats volem obtenir de la nostra intervenció. Són canvis dels conceptes bàsics que s'abandonen (l'assistència, l'adaptació dels individus, l'ajuda, l'autoajuda, l'acompanyament, etc.) pel biaix ideològic que es presumeix que tenen. Però es pot abandonar el concepte d'*assistència*? Què passaria si la medicina no fes assistència?

En resum, des del meu punt de vista l'assistència, la gestió, l'acompanyament, etcètera, és tot el procés de la intervenció social que es fa en els diferents àmbits, bé sigui en el jurídic, el de la salut o els serveis socials, entre molts més. I és que la intervenció social no s'oposa a l'assistència, i aquesta a l'ajut o l'assessorament, l'acompanyament, etcètera, entre altres de les seves moltes funcions. No es pot resumir en una paraula el que fem, la nostra identitat és molt polifacètica. Però... què és comú a tots? Una resposta espontània ens remet immediatament al fet que ens trobem amb els serveis públics per establir institucions justes, aquelles que constitueixen l'estructura bàsica de la societat, qüestions ètiques a les quals dedicaré un espai propi.

■ **Ens trobem amb els serveis públics per establir institucions justes, aquelles que constitueixen l'estructura bàsica de la societat.**

En aquest moment vull citar una amiga i col·lega mexicana, Nelia Tello, professora de Treball Social de la UNAM, que després d'una conversa sobre aquestes qüestions em va enviar la reflexió següent:

*“...Com a gremi tenim problemes amb el reconeixement del que és social, acceptem que treballem en el camp social, però ens és molt difícil acotar-lo. Ens situem en l'estructura social, però seguim definint els problemes de treball social des del que Simmel denomina contingut del que és social, i oblidem el que és social en si mateix, el que ho forma, el que ho constitueix: la trama del que és social. Allò social en el món en què vivim està eclipsat per allò econòmic i polític. Allò social acostuma a identificar-se amb allò pueril, però no es tracta d'un acte casual, encara que en aparença ho sigui, d'aquí la resistència a abordar-ho. Tampoc és retòrica, més aviat hi ha una estratègia política que buida de contingut allò que teixeix l'humà, la relació amb l'altre. El subjecte està desplaçat, les seves interaccions socials s'objectivitzen només des del mercat, com a consumidors de tot, inclosos els serveis. Allò social, com a interacció, com a generació de vincles, de llaços, d'allò que uneix uns amb els altres, d'allò que genera solidaritat, cooperació, d'allò que integra, que suma, que també s'oposa, qüestionaria, violenta, margina, desintegra, no és al centre del nostre fer. Els nostres camps d'intervenció els reconeixem com el de salut, el d'educació, el penal, l'ecològic... i ens diem experts en ells i no en la ruptura de processos socials o relacionals de domini i submissió, de dependència, d'exclusió, de violència, de desconfiança, o bé en l'enfortiment o construcció de processos socials o relacions en sentit oposat que permeti que en tots aquests àmbits transitin subjectes responsables històricament i socialment de si mateixos i del seu entorn social. És a dir, freqüentment en treball social abordem els problemes, els continguts, generats per allò social, però deixem de banda la trama social que els genera.*

*Dinàmica que ens porta a pensar en problemes d'aprenentatge en els alumnes, d'ecologia o de seguretat, per exemple, en comptes de en les relacions i processos socials desiguals, inoportuns, pervertits al voltant d'aquests aprenentatges, a aquesta ecologia o a aquesta inseguretat. No cal dir que, en fer-ho així, el treball social coadjuva amb la pedagogia, però no fa treball social. O quan, preocupats per la inseguretat, treballem en la capacitat dels policies en lloc de centrar-nos en la construcció relacional entre l'autoritat, els policies i els ciutadans. O en el nostre fer en salut són els símptomes de la malaltia el centre de la nostra intervenció i deixem de banda la desigualtat de l'atenció, de les oportunitats, accés, codificació del malalt, etc.; reportem un nombre de classificacions socioeconòmiques que fem i no construcció de dinàmiques relacionals de suport de la família, les institucions i/o tota la societat” (3-XI-015).*

Però la incertesa segueix aquí, per això encara que no hagi existit en la història del treball social un pensament de tan àmplia extensió cultural com el de Freud, en Mary Richmond podem trobar una “equació” per al treball social que fa necessari tornar-hi sempre. La classificació dels tipus d'intervenció professional agrupats en les “comprensions” i les “accions” és la que ens proporcionarà l'específic del treball social, a saber: és qüestió de comprendre la individualitat de la persona, així com la comprensió dels recursos, dels perills i de les influències del medi social; simultàniament es porta a terme l'acció directa de la mentalitat del treballador social sobre la de la persona, i l'acció indirecta que s'exerceix sobre el medi social. Aquesta etapa d'estudi es realitza durant la intervenció, de manera que suposa un

mètode precursor de la investigació-acció-participant.

Així concebut el camp del treball social, la intervenció social, o psicosocial, és tot, estudi i acció. La separació de tots dos moments pertany a un pensament dicotòmic que ha fet molt de mal a la professió, ja que d'aquesta forma de veure la realitat social se n'ha derivat una pràctica alimentada per la pràctica mateixa sense cap referència teòrica que doni suport explicatiu a l'acció.

També un menyspreu pels clàssics havent-se demonitzat, per exemple, els termes d'ajust o reajustament, que avui podem conceptualitzar amb un significat de vincle social. En aquesta línia, i amb una clara intenció d'aportar la riquesa del seu pensament, porto l'últim article que hem elaborat Alfonsa Rodríguez i jo, que porta per títol *El pensamiento complejo de M. Richmond algo más que una ventana al pasado*.

En els seus dos textos principals, *Caso social individual* i *Diagnóstico social*, es pot observar una determinada concepció de la realitat, la perspectiva teòrica, per mitjà de la qual s'estableixen els pressupòsits en què es fonamenta l'acció. La seva lectura suposa, en bona mesura, recrear l'escenari per a l'elaboració de noves actituds en el procés d'intervenció, determinats estils vinculars i instruments tècnics i metodològics; tot això avui es manté vigent, malgrat que els factors organitzatius, professionals i de la població hagin canviat.

Però en treball social passa que ha imperat una manera de pensament dual o dicotòmic segons el qual l'univers està dividit en parts contraposades. Aquest dualisme afecta al treball social en la formació de dues corrents contraposades que han

existit des dels seus inicis: d'una banda, l'interès en l'experiència subjectiva de l'individu i el descuit del medi ambient i la reforma social; i de l'altra, l'accent en la necessitat de transformar el medi social. Aquesta dissociació ha empobrit la disciplina, ha donat lloc a dos mons de llenguatge i de sentit, al nostre fer i el nostre ser, en ocasions dicotòmic i simplificador. Així, des de la primera perspectiva avui es confon o s'identifica el treball social amb una activitat d'índole tecnocràtica i instrumental, dedicada a solucionar els problemes individuals; i, per contra, a aquesta manera de concebre la professió s'enfronten aquells que advoquen pel canvi social, segona de les disjuntives.

Què implica aquesta dicotomia? D'una banda, individualització del problema, culpabilització de la víctima, protocols estandarditzats que renuncien a un treball de relació i reflexió; i, per l'altra, una segona posició que posa l'èmfasi en el canvi social, advocant per polítiques emancipadores. La majoria de les vegades aquestes dues mirades defensen mons separats. Quan en realitat, per exemple, un treball d'intervenció familiar o grupal "terapèutic" (en el sentit que li dona CANCRINI (1991) a aquest terme de promoure el canvi) no ha d'implicar una "desidologització", una absència de compromís, un aspecte de "túnel" a l'interior de la vida de les persones, una descontextualització del patiment, de la seva identitat. Perquè, des del nostre punt de vista, la qüestió primordial és com conceptualitzem-abordem la situació.

Seguint amb la idea que estem desenvolupant en aquest apartat –la complexitat–, la noció de causalitat múltiple troba un espai en les reflexions de M. RICHMOND,

quan planteja la necessitat d'evitar la simplificació en el diagnòstic (*Diagnòstico Social*, pàg. 417) i, per tant, en la intervenció. Tot i que és conscient de les dificultats que implica una anàlisi integral de les situacions, adverteix que cal seguir reflexionant, ja no tant en recollir un material complet de fortaleses i debilitats, d'innombrables variables, sinó en l'articulació i valoració de tot això com un tot (*op. cit.*, pàg. 406). Així, indica que "l'acció recíproca de les causes i els efectes, tan característics dels fenòmens socials (*Caso social individual*, pàg. 93) és imprescindible, però... l'intent d'assimilació global d'aquests aspectes és un assumpte complicat (...). Viduïtat, abandonament, il·legimitat, no són més que fets socials aïllats mancats de significat fins que es coneix el context que els envolta en cada cas" (*Diagnòstico Social*, pàg. 419). Per això planteja la necessitat de transcendir les variables, el seu sumatori (relats individuals, familiars, etc.), ja que la connexió d'unes dades amb altres és el que els dona significat. Perquè només "en el seu conjunt indiquen la naturalesa de les dificultats socials d'un determinat client" (*op. cit.* 2011, pàg. 25).

Aquesta és la mirada fonamental de Mary Richmond, que va inaugurar una cosa que mai no s'ha abandonat: que el treball social s'ocupa de l'individu i el seu medi provant de comprendre les dues dimensions per exercir accions entre ell i la seva situació per tal de canviar els seus condicionants de vida. El plantejament així explicat per ella va ser excel·lent i rigorós en un moment de la història del pensament de les ciències socials en el qual encara no existien la psicologia social o la comunitària. Una altra qüestió és quin contingut volen donar els treballadors socials

a la concepció de l'individu en el sistema, quin model teòric apliquen.

Però tornem a M. RICHMOND. Sí, va ser així com va donar sentit a la professió: centrar-se en les interaccions entre sistemes com diríem avui de la mà de la teoria sistèmica. Per això, la pregunta inevitable és: per què se segueix formant els treballadors socials per fer diagnòstics fragmentats en els quals s'assenyalen els problemes d'habitatge, salut, educació, etc. com a factors aïllats que no tenen perspectiva que els doni sentit? Ens trobem no només davant d'una qüestió de metodologia sinó també d'ètica.

El llegat de Mary Richmond per al treball social es troba a l'escola de la filosofia pragmàtica nord-americana. El llibre *Per comprendre el treball social* va suposar una mirada a ella. Per la seva banda, la de Miguel Miranda sobre el pragmatisme en treball social és una contribució important al seu pensament. La tesi més coneguda, però actual al mateix temps, del pragmatisme es troba a Bernstein en la recent revista editada per *El País* el passat mes de novembre: la filosofia té a veure amb la vida pràctica en el sentit de com arribes a viure la vida que vius. "Al principi de *La República*, Sòcrates afirma que està debatent un assumpte important: com hauríem de viure. Això és el que el pragmatisme tracta de recrear..." (2015). En aquesta línia, cal cridar l'atenció sobre la dimensió política a Mary Richmond, pensament que es troba relacionat amb la filosofia del pragmatisme: la reforma de les institucions socials. És aquesta la vida bona a la qual aspirava Aristòtil. Aquesta és l'actitud ètica que ha de presidir el tarannà de les persones.

Una primera aproximació al pensament dels pragmatistes és que no hi ha major demostració d'una teoria que la possibilitat de portar-la a la pràctica. Per a ells, existia una experiència indivisible que era ineludible entre el canvi personal i el social, de manera que el procés crític de reconstrucció de l'organització social portava a la reforma social. I seguim amb l'article esmentat. Per a Mary Richmond la reforma social era una de "les branques del servei social". Aquestes branques, agrupades en serveis socials col·lectius, reforma social i legislació social, es troben "...en relació recíproca amb el servei social de casos individuals (...). El servei social de casos individuals s'ocupa d'establir millors relacions socials, tracta els individus un per un en el cercle íntim de la família, però el servei social arriba també a les mateixes finalitats generals per altres mitjans". "Engloba una varietat considerable d'operacions que s'ocupen de grups –centres socials, obres d'esbarjo, cercles, obres de barri, obres locals–, operacions en les quals l'individu, tot i que es dirigeixin directament a ell, no és més que una unitat en un conjunt (...), el servei de reformes socials tendeix a elevar 'en conjunt' les condicions en les quals viuen les masses, principalment per la propaganda social i per la legislació social (...). En fi el servei d'investigacions socials (...) té també com a tasca accessòria reunir els fets coneguts i reinterpretar per a ús del servei de reformes socials, dels serveis socials col·lectius i del servei social de casos individuals" (*Caso Social individual*, pàg. 48-149).

Un tema polític de total actualitat, que s'endinsa profundament en el cor de la professió, és la defensa dels serveis socials

públics. També Mary Richmond es va fer ressò d'aquest greu problema a les nostres societats, que avui, amb l'ascens salvatge del neoliberalisme, està prenent un caire greu: "Una part important d'aquest conjunt està constituïda pel paper que pot exercir el servei social en el terreny de l'administració pública (...) en cadascuna de les branques del servei social cal considerar com un dels seus fins principals l'esforç de l'acció de serveis públics" (*Caso social individual*, pàg. 164).

Tot i que en les seves obres no s'esmenta directament el concepte d'ètica, el contingut del seu programa representa tot un projecte ètic-polític. Eticopolític en el sentit que dóna Foucault al compromís de tot ciutadà en la cura de la polis: es tracta d'acostar-se als problemes polítics en termes de "veritat/poder", tasca i compromís de l'"intel·lectual específic", d'aquell que lluita amb una consciència concreta, i immediata, als llocs on el situen el seu treball o les seves condicions de vida (ZAMANILLO, T., 2008: pàg. 75). La dimensió que dóna Mary Richmond a l'acció del treball social, tal com s'ha desenvolupat en l'article que segueixo, fa que puguem relacionar, integrar i comprendre tot el seu projecte en aquestes paraules de Foucault, així com en el significat que dóna Paul Ricoeur a l'ètica: "tendir a la vida bona, amb i per als altres en institucions justes". El viure bé per a Ricoeur és parlar de cura. Es tracta d'aprendre a cuidar-se a si mateix, aprendre de la mateixa manera a tenir cura dels altres i a les institucions (2005, pàg. 242).

En Mary Richmond, la reconstrucció de l'individu i la reforma de les institucions, per mitjà de la reforma social evo-

■ **En Mary Richmond, la reconstrucció de l'individu i la reforma de les institucions, per mitjà de la reforma social, evocuen aquest projecte ètic dels filòsofs més destacats.**

quen aquest projecte ètic dels filòsofs més destacats, com els de l'escola del pragmatisme americana, FOUCAULT, RICOEUR, SEN, entre altres. Però no hi ha ètica sense projecció política. I en aquest punt volem subratllar les paraules de Foucault: "La necessitat de la cura d'un mateix, la necessitat d'ocupar-se d'un mateix, està lligada a l'exercici del poder. Ocupar-se d'un mateix és una cosa que ve exigint i alhora es dedueix de la voluntat d'exercir un poder polític sobre els altres. No es pot governar els altres, no es poden transformar els propis privilegis en acció política sobre els altres, en acció racional, si un no s'ha ocupat de si mateix" (1994: 42). La qüestió sobre el poder està en el centre mateix d'aquest projecte ètic. Però en el treball social d'avui a Espanya gestionar el poder de la professió és una tasca pendent. Es menysprea com quelcom polític que han de fer altres. No obstant això, no hi estan tan lluny aquelles dones que van donar un impuls a la disciplina i la professió a Espanya, com ara Montserrat Colomer i Patrocínio de les Heras, entre d'altres.

Són diversos aspectes els que s'han de destacar en aquest apartat: la manca de reconeixement d'allò social i la gran dificultat per acotar el nostre camp que, per la seva enorme amplitud, pot solapar-se amb altres professions. La necessitat d'adquirir noves actituds i estils vinculars i ins-

truments tècnics i metodològics en el procés d'intervenció, davant de la fragmentació dels diagnòstics socials. Acceptar aquesta necessitat suposa reconèixer la complexitat inherent a allò social ja expressada per Mary Richmond; es tracta d'anar més enllà d'una concepció que posa l'accent en l'efecte que produeix una determinada causa. Recordem: per a ella és necessari analitzar conjuntament l'acció recíproca de les causes i els efectes, tan característics dels fenòmens socials. Aquest és un dels punts neuràlgics que recomanen una més profunda i diferent formació en els treballadors socials.

### **Treball social en salut i treball social en serveis socials**

Què fan els treballadors socials clínics? Què necessiten saber per realitzar la seva feina? Quines teories de la personalitat o dels sistemes socials els serien més útils? La mateixa pregunta ha de fer-se per als treballadors socials dels serveis socials. Anirem en primer lloc amb la primera.

Començar aquest apartat amb Amaya Ituarte és un acte de reconeixement imprescindible pel seu esforç i aportació rigorosa a explicar el camp sanitari. Per aquesta raó trasllado a aquestes pàgines íntegrament les seves reflexions sobre el sentit del treball social en salut, elaborades per al Congrés de Saragossa el 2009.

Per a l'Amaya el treball social sanitari és "l'activitat professional que té per objecte la investigació dels factors psicosocials que incideixen en el procés salut-malaltia, així com el tractament dels problemes psicosocials que apareixen en relació amb les situacions de malaltia, tant si influei-

xen en el seu desencadenament com si se'n deriven". (ITUARTE, A., 1994: 277).

El treball social aporta al camp sanitari: la comprensió de la interrelació entre factors psicosocials i qualitat de salut d'individus, grups i comunitats i l'estudi, diagnòstic i tractament de les situacions concretes de malestar psicosocial que incideixen en l'aparició o exacerbació de trastorns físics i/o mentals, o que es puguin produir a conseqüència de processos patològics i que s'han de tenir en compte en el context general de la intervenció sanitària. D'aquí se segueixen dos objectius generals i complementaris del treball social en salut: Objectiu Socioepidemiològic i Objectiu Clínic (Saragossa, maig 2009).

Per la seva banda, els documents públics com ara les guies d'intervenció de treball social sanitari, en concret, a la cita que segueix, el de la Comunitat Valenciana de 2012, ofereixen explicacions semblants. El Treball Social Sanitari s'ocupa dels aspectes psicosocials de l'individu, a través de l'estudi, diagnòstic i tractament dels factors socials que concorren en la promoció de la salut i en l'aparició de la malaltia de les persones, les famílies, els grups i la comunitat.

El/la TSS és el/la professional de l'equip multidisciplinari que intervé davant les mancances i necessitats socials que incideixen en el procés salut-malaltia dels individus, grups i comunitats. S'ocupa de l'atenció i gestió de les circumstàncies socials de les persones malaltes, de les seves famílies i del seu entorn, ajudant-los a enfrontar-se a aquests canvis i a trobar l'equilibri entre els seus hàbits de vida i la nova situació. Promou la utilització dels recursos disponibles, gestionant i coordinant els

suports professionals i institucionals necessaris, i promou la participació d'individus, grups i comunitats en les diferents institucions sanitàries.

“La intervenció social amb els pacients contribueix a l'objectiu compartit de l'equip de salut de garantir l'atenció integral i la millora de la qualitat de vida de la població, i és una eina afavoridora del canvi de l'individu i de la seva xarxa social pel que fa als problemes” (Guia d'intervenció de treball social sanitari, 2012. Agència Valenciana de Salut, Comunitat Valenciana).

I un paper de coordinació amb altres entitats se suma al paper descrit, el de servir d'enllaç amb els diferents sistemes d'atenció al benestar dels ciutadans: “El treballador social d'Atenció Primària és un professional d'enllaç format per impulsar i iniciar la coordinació sociosanitària, així com desenvolupar, amb la resta de l'Equip d'Atenció Primària, la relació amb les diferents entitats i associacions de la comunitat”. El coneixement actualitzat dels sistemes educatiu, sanitari i de serveis socials, així com dels recursos socials de diferent titularitat, és el que permet a aquest professional impulsar la coordinació per a benefici dels usuaris, de l'Equip d'Atenció Primària i del Sistema Sanitari (Servei d'Atenció Primària de Planificació i Avaluació, de la Direcció General de Programes Assistencials del Servei Canari de la Salut).

Però fins ara hem parlat d'aspectes ontològics, l'ésser del treball social. Una altra cosa és com actua, quins impediments té per treballar en coherència amb el seu sentit, com s'adapta a la institució: amb una crítica que prova de canviar la seva percepció, si aquesta és instrumental i fonamentada en requeriments mèdics? O fa

ús del seu poder professional per mostrar l'índole del seu treball? De fet, avui dia qualsevol professional del camp de la salut sap coses sobre els determinants psicosocials en el procés d'emmalaltir-recuperar-se, però el que ha d'aportar la intervenció social és trencar amb la lògica causa-efecte lineal, i provar de no adherir-se al model mèdic del dèficit. Les paraules de Concha VICENTE (2015), sobre l'escolta a l'altre, complementen aquestes reflexions per tal de convidar a situar-se al lloc de què fer. "En l'àrea de salut, com en qualsevol altre dels camps propis del treball social, s'imposa la disciplina de l'escolta: l'escolta a l'altre, de l'altre que permeti que aparegui la seva subjectivitat i la trama que la lliga. Les persones vénen a veure'ns als despatxos amb demandes manifestes: "dóna'm"; però no tot és tan clar. Darrere d'aquesta petició s'amaguen emocions, afectes, insatisfaccions, queixes, lamentacions i un llarg etcètera que parlen d'un subjecte que pateix i que espera el reconeixement del seu patiment i de la seva paraula. Però, des d'on escoltar? L'escolta ha de ser oberta, contenidora per a l'altre, allunyada de prejudicis i estereotips i subscriu a un model, a un mapa teòric que permeti un recorregut pels significats que ens presenten, una relectura de la informació que permeti una coconstrucció de significats subtilment diferents, alternatius al patiment original. Només en la trobada de l'escolta activa adquirirà sentit el canvi, ja que es configurarà des de les premisses d'aquell que demana".

Però sembla que les queixes sobre la manca de reconeixement es troben, igual que en els serveis socials, com més endavant veurem, en els professionals de sa-

lut. En efecte, les guies sobre el paper del treballador social en salut expressen també la manca de reconeixement i de visibilitat: els treballadors socials sanitaris segueixen sent, en moltes ocasions, difícilment identificables tant pels diferents professionals del sistema sanitari, com pels usuaris. La idea que la seva funció és exclusivament de gestors dels recursos socials ofereix una visió reduccionista del seu quefer professional, i no aporta la visió més complexa que significa analitzar l'entorn del pacient i proposar estratègies per facilitar des d'aquest entorn i/o amb les ajudes externes necessàries les condicions per afrontar els problemes de salut amb una major garantia d'èxit.

Acabem aquest punt amb una entrevista a Raquel Millán Susinos, treballadora social d'assistència primària en salut a Getafe (Madrid). La seva explicació del camp és similar a la ja esmentada, però ens interessa destacar alguns aspectes importants. Per a ella, el problema de la invisibilitat és atribuïble més a una actitud interna de la professió: "tampoc fem molt perquè ens coneguin. Pots ser a les sessions clíniques i presentar casos socials, perquè en la mesura que ho fas públic, el teu treball es reconeix. Entenc que no saben el que és allò social perquè no els ho hem ensenyat. Cal obrir-te no només a la població, sinó també a altres professionals" (...) "Es fan diferents grups que es plantegen a l'equip i es publiquen a la xarxa comunitària. Alguns grups els fem amb les treballadores socials dels serveis socials, així com les visites a domicili. La formació moltes vegades és conjunta". A la pregunta sobre la formació especialitzada en salut pensa que es necessita: "coneixement



sobre què és la salut integral, és a dir, física, psicològica, espiritual i social; la formació en rols de gènere i, evidentment, la de grups i comunitat”.

D'altra banda, què és específic del camp dels serveis socials? S'han escrit moltes pàgines des de la publicació del llibre anomenat *Les casetes. Introducció al Benestar social* de Patrocínio de les Heras i Elvira Cortajarena, treball que va suposar la creació d'un marc general per al camp dels serveis socials, denominació que no ha estat insignificant. En efecte, des de llavors el treball social ha estat representat per la seva eficàcia per donar resposta a les necessitats socials dels ciutadans. Però no està exempt de grans contradiccions. Portarem a aquest text, de la mateixa manera que s'ha fet amb el camp de la salut, algunes reflexions que s'han de tenir en compte abans que el sistema naufragui en les tempestuoses aigües del Tractat Transatlàntic de Lliure Comerç i Inversió (TTIP) i ens envaeixin les empreses de salut i serveis socials.

En efecte, al llibre de la Federació espanyola de municipis i províncies (FEMP) *Proposta per a la configuració d'un model actualitzat de serveis socials municipals* (juliol de 2010), document elaborat per M<sup>a</sup> Jesús Brezmes, es planteja la necessitat de fer un canvi radical en uns Serveis Socials que presenten grans contradiccions. Es pretén una reestructuració dels mateixos per adaptar les dinàmiques de treball dels professionals dels serveis socials a una nova realitat plural. Així doncs, s'han d'aclarir les seves funcions i reconstruir “els canals d'atenció a la ciutadania, reduint tràmits burocràtics prescindibles”, segons es manifesta en la introducció.

De nou ens trobem amb els problemes d'identitat. En el document es reconeix que la identitat dels serveis socials municipals segueix sense estar clara perquè no estan ben delimitades les competències: “els serveis socials municipals no són prou valorats per les estructures polítiques ni per altres departaments de l'Ajuntament. La imatge social dels serveis socials municipals és pobre i limitada a l'assistència de la població marginal; sempre cal barallar-se pel pressupost i el personal. La coordinació amb altres sistemes de benestar social, i fins amb altres departaments municipals, és feble, no està estructurada. Estem fragmentats i mal organitzats, necessitem tenir més clares les funcions i les responsabilitats. Estem excessivament burocratitzats i sobrecarregats. La prestació d'informació té un paper excessiu i esgotador. La burocratització en la gestió de prestacions tangibles ha arribat a minimitzar els processos d'intervenció social”. Es planteja una reconstrucció de la identitat basada en un enfocament comunitari i preventiu, amb funcions polivalents en l'àmbit de la convivència i la relació. L'atenció ha de ser integral per intervenir amb persones i famílies. Un gran problema que es detecta és que als serveis socials municipals se'ls “deriven” tots aquells problemes “socials” per als quals no existeix “solució” i en un paper subordinat a les estructures especialitzades pròpies o d'altres sistemes de benestar social. En fi, des de la dècada dels noranta, amb el sistema de serveis socials instaurat recentment, augmenten les queixes dels professionals de treball social, que es resumeixen en: “no podem fer intervenció, la gestió ens menja tot”.

Tot el que s'ha exposat fins ara obliga

a prendre's seriosament la crisi de la professió, no com una de tantes que hem passat, avui en perill de cosificació; perquè ara sí que ens travessa de ple aquesta crisi i se n'està prenent consciència. Cal no passar-la per alt, ja que la llarga llista de problemes plantejats en el document citat és aclaparadora. La manca d'informació específica al treball social com a professió de referència fa que es perdi la seva capacitat d'intervenció, quedant diluïda en la generalització de "els tècnics". Tècnics que poden ser igual treballadors socials que educadors, que tècnics en integració. D'aquesta manera, és difícil explicar, ni que sigui descriure, què és el treball social i quina és la seva missió en la intervenció social, i molt menys què fa a més de gestionar ajudes. D'altra banda, la dificultat de racionalitzar l'organització per construir una arquitectura eficaç i eficient està en relació directa amb aquesta àmplia relació de dificultats en la qual és fàcil perdre's. Les solucions que s'aporten vénen a emascarar unes resistències que s'expressen en l'haver de ser més que en què es fa i com es fa. La necessitat d'una nova forma d'intervenir oprimeix els treballadors socials, a excepció feta d'algunes professionals que s'han decidit per aprofundir en una intervenció social que accepta la complexitat i la incertesa. Potser les reflexions haurien d'anar per aquesta via. Sembla que la intervenció amb la comunitat està sent la taula de salvació d'una suposada atenció global. Però com es porta a terme? Quina formació es té en metodologies participatives per implementar programes comunitaris?

Per aquestes raons, que des del meu punt de vista poden servir d'esperó als

professionals, acabarem aquest espai donant la paraula a una treballadora social dels serveis socials d'Alcobendas (Madrid) que defensa la possibilitat que es poden fer altres coses a més de la gestió. Es tracta de Mar Salvador. Han estat dues preguntes a les que ha donat respostes ràpides i contundents que resumiré: Què és i com es fa treball social en els serveis socials? Es pot fer alguna cosa més que la gestió de recursos?

Començaré per allò negatiu, el treball social no són les ajudes econòmiques ja que aquestes poden donar-se des d'altres sistemes, per exemple atur, habitatge o altres. El treball social aporta la relació; és a dir, prova de fer de pont entre la persona i el seu entorn amb el propòsit de desenvolupar les relacions que necessita aquella per construir una vida més digna. El seu nucli de treball és restaurar la convivència. Si es pot fer alguna cosa més que la gestió de recursos? És clar! Per exemple, a Alcobendas el 2004 es va fer un bloc d'habitatges al mig d'una zona ja existent de classe mitjana. Se'ls van adjudicar a moltes persones de diferent procedència que van ser considerades pels veïns marginals, de fet el 80% eren persones que havien fet ús dels serveis socials; hi va haver protestes, s'anava a crear un conflicte important perquè no volien conviure amb els nous habitants. A l'equip de serveis socials vam decidir intervenir preguntant casa per casa: què t'agrada dels veïns? Què et desagrada? Què pots fer tu per canviar aquesta situació? Era la primera vegada que algú els preguntava alguna cosa així, es van sentir importants, es van implicar i van començar a treballar amb els tècnics en la neteja de la comunitat, als jardins i

en tot el que era el seu entorn, com la reivindicació de l'aigua, van adquirir poder. El PP va veure allò com un “niu de rojos” i es va tancar el projecte, però les persones ja s'havien fet amb el poder, havien començat a manegar-se com ciutadans de primera, de manera que avui continuen així. El que vam fer, per continuar amb la intervenció comunitària, va ser dissenyar un altre projecte amb persones sense llar que està donant resultats d'apoderament molt interessants.

## El que és comú en tots dos camps

Vegem ara què és el que hi ha de comú en aquests dos camps. La descripció de Nelia Tello, “ruptura de processos socials o relacions de domini i submissió, de dependència, d'exclusió, de violència, de desconfiança”, no informa sobre l'objecte de la disciplina i, per tant, de la professió que vaig definir en el seu moment com a “mal-estar psicosocial”? No hi ha en aquestes i altres referències a l'objecte alguna cosa comuna que transcendeix les intervencions més específiques en els diferents camps en què es desenvolupa la tasca de les/dels treballadors socials? No ens trobem davant qüestions que parlen de la justícia social i dels drets humans?

Abans d'abordar les qüestions, val la pena aturar-se en el discurs pronunciat al març de 1958 per Eleanor Roosevelt, amb ocasió del X aniversari de la Declaració Universal de Drets Humans: “En definitiva on comencen els drets humans universals? Doncs en petits llocs, a prop nostre; en llocs tan propers i petits que no apareixen en els mapes. Però aquests són els llocs que conformen el món de l'individu: el

barri en què viu, l'escola o la universitat en què estudia; la fàbrica, el camp o l'oficina en què treballa. Aquests són els llocs en els quals cada home, dona i nen busca ser igual davant la llei, en les oportunitats de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència; a la dignitat sense discriminació. Si aquests drets no signifiquen res en aquests llocs tampoc signifiquen res en cap altra part. Sense una acció decidida dels ciutadans per defensar aquests drets al seu voltant, no es faran progressos en la resta del món.” (Text inclòs en el fullet *Los Derechos Humanos: dales vida* del programa Conviure per viure - Àrea d'acció social de la comarca Hoya de Huesca).

Ens preguntem, doncs: no és aquest un marc per al treball social, qualsevol que sigui el camp on actui, tant en la seva tasca professional com en la seva condició de ciutadana/à? I la defensa dels drets humans és una acció política que els correspon a tots dos. És Aristòtil qui formula el que és la vida bona de moltes maneres. N'extraïem una: “l'ètica forma part de la política. Hi ha un fi últim o bé suprem que és el màxim bé”.

Exposarem breument aquestes qüestions amb una breu cita d'Amartya Sen, premi Nobel d'economia el 1998, per bairar a *La idea de la justícia* que argumenta en un llibre amb aquest títol. Amartya defensa un concepte de justícia que tingui el seu fonament en la Raó pràctica i, per tant, que inclogui “maneres de jutjar com és reduïx la injustícia i s'avança cap a la justícia”. És aquesta la matèria fonamental que ens pertoca a totes i tots i que reuneix els nostres sentiments, pensaments i actuacions; és també un problema empíric, és

a dir, d'investigació, problema que ha de ser avaluat en què fem i com ho fem per defensar la justícia i els drets humans des d'una actuació professional.

Com es redueix la injustícia semblaria fàcil si tenim unes institucions justes, però no ho és tant en la pràctica. En aquest tema provo de col·laborar amb el pensament de moltes treballadores socials que, com s'ha vist, se senten frustrades, desmotivades i amb una visió clara de quins són els factors crítics que s'haurien escometre. Una racionalització dels aquí apuntats des de diverses veus hauria de portar-nos a organitzar grups de treball per diferenciar quins són els factors dominants externs i quins els interns per reflexionar sobre com hauríem abordar-los per separat. Els externs —els propis del sistema dominant— exerceixen tanta pressió sobre els nostres comportaments que ens hem mimetitzat, deia Mar Salvador. Vivim en un sistema que modela i modela els comportaments.

És, doncs, necessari, treballar en cooperació, plantejament que es fa però emès com a queixa per la sobrecàrrega de treball, la burocratització, etcètera. La consciència de treballar en comú implica comprendre i reconèixer que no es pot aconseguir el que es desitja sense la cooperació d'altres. I de nou Amartya Sen, citant RAWLS: “la conducta cooperativa escull com una norma de grup per al benefici de tots, i implica l'elecció conjunta de termes que cada participant pot acceptar raonablement, i que algunes vegades hauria d'acceptar, sempre que tots els altres els acceptin d'alguna manera” (*op. cit.* Pàg. 233).

Així doncs, tenim en comú moltes coses entre el treball social en salut i el dels

serveis socials, la principal, la defensa de la justícia, una justícia la base de la qual hem de trobar-la, no només en la creació, la millora, la cura i el manteniment de les institucions justes, sinó també en el comportament just, el que es relaciona amb la forma en què les persones viuen les seves vides i no simplement amb la naturalesa de les institucions que les envolten. Institucions justes i comportaments justos, aquest és el plantejament d'Amartya Sen, perquè “moltes de les principals teories de la justícia es concentren de manera aclaparadora en com establir “institucions justes”, i concedeixen una funció subsidiària i dependent a les qüestions relacionades amb el comportament. I, sobretot, perquè “la presència d'injustícia remeiable bé pot tenir relació amb transgressions del comportament i no amb insuficiències institucionals” (2010, pàg. 14-15). La transgressió més destacada avui podríem veure-la en la corrupció, o les “portes giratòries”, com és evident.

No obstant això, en el cas que ens ocupa, a més de les reivindicacions professionals des dels més alts nivells de la professió (entre d'altres, i com a exemples, l'Associació de directors de Serveis Socials o l'entrevista a Ana Lima, presidenta del Consell de treballadors socials, per Ana Pastor, a la TV) que demanen una estructura estatal de serveis socials, un pacte d'Estat, més pressupost, més treballadors socials i no acomiadaments, les qüestions relacionades amb la coordinació amb altres sistemes de benestar social i amb altres departaments municipals han d'enfortir-se i estructurar-se. De la mateixa manera, la fragmentació a què es fa referència, així com l'organització i la clarificació de les tasques, les

funcions i les responsabilitats, l'excessiva burocratització i sobrecàrrega, en detriment de la intervenció social i la prevenció i intervenció comunitària, poden constituir transgressions lleus però que hauríem de solucionar perquè afecten la població a la qual atenem. I no podem acabar aquesta llarga relació de problemes sense esmentar la formació universitària de la carrera de Treball Social. Molts dels problemes es troben en l'origen del marc formatiu en què passen quatre anys els estudiants. Les metodologies participatives, la comunicació i la teoria de la complexitat, la mediació, la negociació, així com les habilitats estratègiques, haurien de ser matèries fonamentals que, entre altres, proporcionarien als estudiants el perfil polivalent recomanat per Xavier Pelegrí en el seu article titulat *Los roles en trabajo social: profesionalización y formación*.

Tenim molt a lluitar junts, perquè sabem que avui estem en un risc greu de perdre el que s'ha aconseguit fins fa vuit anys quan va començar el deteriorament de les institucions justes. I és que el veritable enemic és el capitalisme salvatge que privatitza tot el que troba al seu pas. També vol arrasar el sistema de salut i el dels serveis socials. Poc se sap del Tractat Transatlàntic de Lliure Comerç i Inversió (TTIP) pels secrets que envolten la negociació, però el que sembla cert és que aquest tractat ens porta a una privatització gairebé ineludible si no ens mobilitzem molt més activament per exercir el nostre dret de contrapoder.

I per acabar aquesta última part del treball portarem de nou la veu d'Amaya Ituarte per tal de subratllar l'haver de ser en el treball social: "El treballador social

sanitari ha de sentir-se, en forma simultània i inseparable, treballador social i com sanitari. Des d'aquí serà possible la seva efectiva integració, com un professional més, en el sistema sanitari, al millor funcionament en tots els nivells ha de fer aportacions des de la seva especificitat professional com a treballador social. Això implica que els seus objectius i els objectius sanitaris han de ser coincidents, encara que sempre revisats a la llum dels principis i coneixements del treball social, des d'on pot –i ha de– fer propostes enriquidores per a una millora de l'atenció en salut (tant des del punt de vista epidemiològic com clínic-assistencial). Implica, també, la necessitat i l'exigència d'una formació bàsica i àmplia en qüestions relacionades amb la salut en la formació pregrau; i d'una formació permanent dels treballadors socials sanitaris en aspectes generals relacionats amb la salut i la malaltia i en els aspectes específics dels problemes de salut amb els quals treballen. Suposa assumir plenament com a professionals sanitaris, sense renunciar per això a ser professionals del treball social..." (*op. cit.*).

## A mode de conclusions

És molt més, dèiem, el que ens uneix a totes i tots els treballadors socials que el que ens separa, és el llegat comú rebut pels que ens han precedit i les seves diverses hipòtesis i reflexions les que podem desenvolupar per intervenir en tots els camps. El que s'ha desgranat en aquestes pàgines no és més que aproximacions a la discussió lliure, pròpia de les societats obertes, per convergir en el comú i reflexionar sobre les diferències que, lluny de separar,

poden oferir major coneixement. Perquè les diferències són pròpies del coneixement especialitzat en cada camp en el qual ha de formar-se cada professional que ocupi el seu treball. Un exemple es troba en aquestes pàgines en la veu de Raquel Millán sobre el treball en coordinació amb els serveis socials. Estendre aquesta modalitat de treball els ajudaria a tots dos a col·laborar conjuntament en la intervenció amb els subjectes per atendre millor la població, ajudant les persones a augmentar les seves capacitats.

Finalment, pel que fa als problemes d'identitat de les i els professionals d'ambdós camps, un cop més les reflexions d'Amaia Ituarte poden arribar als professionals tant de salut com de serveis socials, tot i que vagin dirigides només als primers: Al meu entendre aquesta *invisibilitat* té molt a veure –encara que no sigui, certament, l'única explicació– amb una *actitud reactiva* dels TTSS, que esperen que *algú* (el pacient, la família, un altre professional...) es dirigeixi a ells amb una sol·licitud i és a partir d'aquí on comencen la seva intervenció que, d'aquesta manera, apareix moltes vegades com tangencial, esqueixada, de la resta del tractament del pacient. Què passaria si actuessin en forma més autònoma, proactiva, prenent ells la iniciativa, participant en els programes des del primer moment, fent propostes, etc.? Se'm dirà, i és probablement cert, que trobarien moltes resistències per part del personal sanitari; que amb atendre la “demanda” ja tenen prou càrrega de treball; que hi ha pocs treballadors socials, etc. (*Op. cit.*).

Tot el que s'ha dit suposa reconèixer-se com una professió amb poder, que és necessària en la societat en què vivim,

complexa i plural, però sobretot “en regressió” com afirma Josep Fontana. La desigualtat econòmica creixent, al costat de tota una sèrie de restriccions a la democràcia, és un escenari en el qual és “evident que les conquestes socials que es van obtenir en dos segles de lluites col·lectives no estaven assegurades, com creïem, i que per recomençar una nova etapa de progrés caldrà tornar a guanyar-les amb mètodes nous, perquè les classes dominants han après a neutralitzar els que fèiem servir fins avui”. És necessària la confrontació perquè no és lícit resignar-se a una situació injusta (2013, pàg.19). Per tant, no són temps de dividir, són de sumar i cooperar per assolir objectius comuns.

Posar en actiu la nostra polivalència, com exhorta Xavier Pelegrí en l'article citat, ens obliga a ampliar la nostra identitat unívoca fins al moment, classificada en funcions i rols. Aquestes categoritzacions han estat reclamades des d'instàncies col·legials o docents però no sempre tenen aplicació en les diferents organitzacions. Un dels problemes que s'hi veuen és que es refereixen al que cal fer, però no sabem el que es fa, em refereixo a la literatura que dóna compte del que es fa i com es fa.

En fi, el treball social general, tal com s'ha descrit de manera breu i de forma global en aquest treball, uneix tots els camps. El seu desenvolupament es troba en les diferents formes d'aplicació i en la pràctica cooperadora.

Però es necessita més, perquè adquirir coneixement i formació per investigar en el camp fent de la pràctica un laboratori d'experimentació és una de les moltes tasques que queden, perquè és urgent avaluar

ar els resultats de les nostres actuacions i sistematitzar les experiències; és urgent també promoure la cooperació i intervenir amb els subjectes de la comunitat per anar creant vincles creatius entre tots amb el propòsit de complementar la sola atenció als problemes socials dels individus considerats cas a cas; cal formar-se en metodologies participatives i en xarxes, així com tenir iniciativa per ampliar els programes en cooperació interinstitucional.

En resum, són tan urgents les respostes que hem de donar en aquest moment de tanta crisi global, local i d'àrea! Es tracta d'enfrontar-se a una reconceptualització de les nostres maneres d'actuar, perquè el més urgent, alhora que tota la resta, és seguir desenvolupant aplicacions de les teories precursoras de treball social a la

llum de les noves mirades sobre la relació social, la comunicació en la trobada inter-subjectiu/professional, grupal i comunitari, la convivència i, per tant, la mediació i la negociació, la intervenció familiar, etc., en tots els diferents àmbits en què actuem. Però, alhora, seguir transformant les institucions en què treballem la major part de les nostres vides, és a dir, la cura de les mateixes mitjançant la crítica conscient i activa. Tampoc és molt més del que es fa en altres professions, som a temps, totes, de donar solucions als problemes comuns que hem d'afrontar. En el cas que ens ocupa en aquest article, treballar conjuntament per obrir espais innovadors a la intervenció social en la salut i la convivència, drets humans ineludibles.

## Bibliografia

- 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. i col. “Las familias multiproblemáticas”, en COLETTI, M. i LINARES, J. L. (compiladores). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat 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*, núm. 2 (2015).
- Guía de intervención de trabajo social sanitario, 2012. Agencia Valenciana de Salud, Comunidad Valenciana.
- HERAS, P. i 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*, núm. 2 (Any 17) (2001). Buenos Aires.
- ITUARTE, A. *Sentido del Trabajo Social en salud*. Comunicació al Congreso Nacional de Trabajo Social. Saragossa, 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*, núm. 17 (2004). Pàg. 21-43.
- PELEGRÍ, X. “Los roles en trabajo social: profesionalización y formación”, en *Acciones e investigaciones sociales*, núm. extra 1 (2006). Pàg. 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. i 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 integració dels serveis socials i de salut per a les persones grans

The integration of health and social services for the elderly

Annamaria Campanini<sup>1</sup>

## Resum

La integració dels serveis socials i de salut per a la gent gran és una necessitat bàsica. L'article presenta una reflexió sobre el sentit general, combinació i alternatives d'integració en el sector específic de la tercera edat en el context italià. També destaca els elements més crítics que sorgeixen de la situació econòmica actual i la importància dels programes de formació en els professionals de la salut i socials per fer la seva integració professional més eficaç.

**Paraules clau:** Integració, serveis socials i de salut, persones grans, Itàlia.

## 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.

*Per citar l'article:* CAMPANINI, Annamaria. La integració dels serveis socials i de salut per a les persones grans. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 41-50. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Professora de treball social a la Universitat di Milano Bicocca. [annamaria.campanini@unimib.it](mailto:annamaria.campanini@unimib.it)

### Per què parlar d'integració socio-sanitària?

L'Organització Mundial de la Salut, el 1948, va adoptar una definició de salut innovadora i multidimensional per a la seva època i que identifica com “un estat complet de benestar físic, mental i social i no únicament com a absència de malaltia”. KICKBUSCH (en Ingrosso, 1987, pàg. 44), en referència a un model ecològic de la salut, veu l'individu com a “part integrant d'un grup social” i reconeix els components biològics i no biològics de la salut.

Si ens remetem a la història del treball social, trobem que en 1905 el director de la Comissió Mèdica de l'Hospital General de Massachusetts (Boston), Richard CABOT (1868-1939), anticipa aquesta idea. Mitjançant la inclusió del treball social a l'hospital, el doctor millora la pràctica mèdica incorporant al diagnòstic les relacions familiars, el context de l'usuari i la visita domiciliària, si fos el cas (CAMPANINI, 2015).

La idea d'integració no només és compatible amb la definició de salut esmentada, sinó també amb els principis del treball social que posen l'accent en la centralitat de la persona i l'atenció integral en un context relacional, familiar i social (NEVE, 2013). La necessitat d'integració dels serveis personals deriva de la naturalesa dels problemes a què s'enfronten; això evita un enfocament parcial i incorpora, com a conseqüència, aquells elements causals o multifactorials que participen en el diagnòstic. Es fa per tant ineficaç analitzar i actuar des d'una perspectiva única que ignori l'especialització professional i la seva capacitat per aprofundir en tècniques d'in-

tervenció que, superant la lògica autoreferent, produeixi efectes positius i eviti la cronificació. La comprensió de la realitat, finalment, no pot ser realitzada a través de l'acumulació de lectures parcials, es requereix, en qualsevol cas, la reelaboració de puntuacions diferents que permetin l'accés a la complexitat (CAMPANINI, 2002).

### Evolució legislativa a Itàlia

La legislació dels anys 70 i 80 del segle passat (Reforma de Salut L.833 de 1978) i les diverses lleis sectorials van posar èmfasi en la importància de la integració socio-sanitària en el territori com a articulació d'Unitat Local dels Serveis (FERRARIO, 2013). Segons VECCHIATO (2013), el Pla Nacional de Salut 1998-2000 representa una síntesi del debat de les tres últimes dècades quan afirma: “La integració institucional es basa en la necessitat de promoure la cooperació entre les diferents institucions (en particular empreses de salut, municipis, etc.) que s'organitzen per aconseguir fites comunes de salut, utilitzant per a això un conjunt ampli d'instruments jurídics com ara els convenis i acords del programa”.

La integració de la gestió es troba en el nivell operatiu i unificada al districte i en els diferents serveis que el componen mitjançant configuracions organitzatives i mecanismes de coordinació que garanteixen l'acompliment d'activitats, processos i intervencions. Condicions necessàries de la integració professional són per tant l'establiment de la unitat d'avaluació integrada, la gestió unificada de la documentació, l'avaluació de l'impacte econòmic, la defi-

nició de responsabilitats, la continuïtat de l'atenció hospital-districte, la col·laboració entre serveis residencials i comunitaris, la disposició de vies d'atenció per tipus d'intervenció i l'ús d'índexs de complexitat de les prestacions integrades.

En línia amb aquestes indicacions, la llei que reforma el sistema de serveis socials (Llei 328/2000) va abordar la qüestió de la integració en diferents nivells i, en l'última dècada, s'han definit molt millor les intervencions sociosanitàries integrades respecte al seu finançament, nivells bàsics, costos i criteris per al finançament de part de les *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) (Empreses Locals de Salut) i dels municipis (FERRARIO, 2013). Les primeres ASL són titulars dels serveis sanitaris i sociosanitaris integrats i poden administrar serveis socials per delegació municipal sense detriment de la titularitat que per llei els correspon a aquests últims (FERRARIO, 2013). A Itàlia el treball social professional està introduït en les dues àrees, i actua sobre funcions assignades institucionalment en l'àmbit d'intervenció directa. En concret i dins de les Empreses Locals de Salut, els professionals del treball social intervenen en serveis d'orientació familiar, drogodependència, discapacitat i/o malaltia mental, mentre que els municipis són responsables dels problemes comunitaris (gent gran, família, adults en estat de necessitat, i projectes comunitaris). La figura del treballador social també es pot trobar en hospitals, llars i cooperatives; aquestes poden ser acreditades o sota forma de conveni municipal per a la gestió dels serveis personals a la gent gran.

## La integració social i la salut, un mite o una realitat possible?

El debat iniciat en els anys 70 sobre la necessitat de la integració sociosanitària ha ocupat àmpliament experts socials i polítics en el camp de la promoció de la salut i el benestar. En ocasions s'ha treballat, però, des d'una "retòrica de la integració" que no ha anat sempre acompanyada d'una pràctica coherent amb aquests principis. En altres casos, de la mateixa manera, s'ha assumit l'objectiu d'integració en si mateix, oblidant que suposa una estratègia pensada per a benefici del ciutadà.

Des d'un punt de vista operatiu, la integració sociosanitària es desenvolupa a escala institucional, gerencial i professional (BISSOLO, FAZZI, 2005). La integració institucional garanteix la relació interinstitucional (acords de delegació, convenis i programes). La integració gerencial, d'altra banda, assumeix la gestió de recursos i integra projectes promovent sinergies, procediments i directrius operacionals. La integració professional, finalment, proposa models operatius a través de la capacitat de treballadors que garanteixi respostes efectives que des d'instàncies individuals no s'aconseguirien.

A la pràctica quotidiana els nivells primaris són essencials per proporcionar un marc de referència, però si manca la "tensió professional" del tercer nivell la integració professional mai no es farà efectiva a nivell de base. En aquest sentit la desconfiança, l'autoreferència professional i institucional, la rivalitat, el conflicte o l'absència de formació interdisciplinària poden socavar un projecte integrat i portar-lo al fracàs. Es fa evident, així, que la consciència

de pertinença i la claredat de la missió perseguida són essencials per desenvolupar una gestió eficaç del rol professional (CAMPANINI, 2002).

A manera de resum, tant el paper institucional com l'especificitat professional són factors indispensables per definir expectatives mútues entre col·legues, i no sol ser inusual que la manca de coneixement i claredat en aquestes qüestions duguin a malentesos que dificulten considerablement la capacitat de portar a la pràctica la idea d'“integració”. Com afirma FASOL (2005), un element bàsic per materialitzar la integració és la capacitat de treballar en equip.

En realitat, és comú que un grup de treball senti fatiga per una tasca realitzada durant molt de temps. De vegades manca en els professionals preparació i hàbit de treball des del col·lectiu, i per tant la capacitat de desenvolupar un propòsit que potenciï el sentit de ser membres. Aquestes habilitats no s'improvisen i no sempre es troben presents en els professionals que vulguin posar en pràctica la integració sociosanitària.

Un últim aspecte que s'ha d'emfatitzar per fer de la integració una possibilitat real és la integració comunitària. D'acord amb la llei 328/2000, la solidaritat ha d'il·luminar la presa de decisions a escala institucional i professional; això possibilita donar valor a les persones i a la seva autonomia social mitjançant projectes promoguts per serveis públics, mercat i ONG. La proposta comunitària permet, en última instància, conèixer les necessitats i estimular processos operatius que responguin amb eficàcia a les necessitats dels ciutadans.

## La integració sociosanitària en el sector de les persones grans

La integració sociosanitària ha guanyat protagonisme en les últimes dècades, no només per l'evolució legislativa i la recerca d'equilibris entre costos i serveis, sinó sobretot pels canvis produïts en l'estructura demogràfica i epidemiològica. A Itàlia l'any 2014 es va registrar un increment d'un 16% de persones grans amb edats entre 65 i 80 anys, i del 5,8% per a més grans de 80 anys. L'informe ISTAT de 2007 mostra que, entre els més grans de 65 anys, el 40% pateix almenys una malaltia crònica, i el 18% té limitacions funcionals que afecten la seva vida quotidiana (discapacitat); d'aquests últims, el 68% té com a mínim 3 malalties cròniques i el 8% està confinat a casa seva.

El sector de la gent gran és clarament una àrea on la necessitat d'integració sociosanitària és important en termes de qualitat i quantitat. El fenomen de l'envel·liment no únicament ha incrementat l'esperança de vida, sinó que incrementa paral·lelament la incidència de malalties, discapacitat i afeccions cròniques; pel que fa a la “part social”, es produeix un impacte clar en la dimensió econòmica (de subsistència) i de les relacions familiars i socials que donen sentit a la qualitat de vida i existència de la persona gran. Els serveis oferts en el context italià, com hem descrit en un article recent (CAMPANINI, DELLAVALLE, 2014), són molt variats i inclouen mesures per mantenir la gent gran al seu domicili o gaudir de serveis residencials.

Pel que fa a l'atenció domiciliària ens referim a menjars a domicili, teleassistència,

subvencions econòmiques (*Assegni di cura i voucher*) per pagar serveis en el mercat i permisos de treball per a familiars cuidadors.

Per a persones grans amb patologies greus, amb discapacitat o malaltia terminal, el Servei d'Atenció Domiciliària Integrada combina accions socials i sanitàries; així, ofereix atenció sanitària, rehabilitació i cures a la llar. En alguns casos pot ser proporcionat com a “assistència domiciliària de llarga durada” allà on hi hagi problemes crònics, per afavorir la recuperació d'autonomia i relacions, millorar la qualitat de vida i evitar l'hospitalització o internament.

A nivell d'establiments, les “residències assistencials flexibles” es destinen a persones grans en condicions d'autosuficiència total o parcial mitjançant serveis hotelers i de suport. D'altra banda, les “residències sanitàries assistencials” combinen l'atenció mèdica i cures en allotjament temporal o definitiu per a les persones amb necessitats sanitàries de protecció mitjana o alta. En el marc d'aquests serveis, hi ha centres (diürns o residencials) per a pacients diagnosticats de demència o Alzheimer, amb trastorns de conducta i problemes que requereixen tractament i rehabilitació.

La integració dels serveis de salut i socials es presenta no només com una necessitat vinculada al desenvolupament d'intervencions eficaces, sinó també com la necessitat d'atendre la persona gran com un tot indivisible que posseeix un projecte de vida “global i unitari”, com va assenyalar GUIDUCCI (1988, pàg. 115): “Global perquè supera les dimensions del subjecte, i unitari perquè és la mateixa persona la que defineix la unitat del seu ésser”. Per fer realitat el dret a la salut com a fona-

■ **Per fer realitat el dret a la salut com a fonamental, la integració s'ha de veure com un valor i al mateix temps com l'afirmació del principi de la dignitat personal.**

mental, la integració s'ha de veure com un valor i al mateix temps com l'afirmació del principi de la dignitat personal; aquesta visió permet encarar de manera global i no fragmentada les necessitats de la persona a través de la xarxa dels serveis.

Segons el que va declarar la Conferència d'Alma Ata (1978), per ressaltar l'atenció a la persona en el seu conjunt aquesta s'ha de considerar com un ésser social i amb una dinàmica relacional que s'estén des de la família a la comunitat en què viu. Certament, i des d'un punt de vista operatiu, el sistema familiar és un aspecte de rellevància especial per a l'anàlisi de necessitats i la implementació de serveis integrats.

En l'àmbit de la gent gran hi ha qüestions que per la seva naturalesa o evolució requereixen una acció compartida dels professionals que intervenen en el camp social i sanitari. És el cas dels criteris de finançament i l'abonament de quantitats a pagar per les empreses locals de salut i municipis, així com de la necessitat de prestar un nivell estàndard de servei i un marc de col·laboració que faciliti la integració (BISSOLO, FAZZI, 2005). A més de tot això i al marge de les intervencions de caràcter social o sanitari, s'identifiquen també prestacions sanitàries de rellevància social, prestacions socials de rellevància sanitària i prestacions sociosanitàries d'alta integració sanitària (FERRARIO, 2013).

És evident que en el camp de la gent gran hi ha intervencions que són en si mateixes de tipus sanitari, l'execució de les quals es porta a terme en el marc de les estructures hospitalàries. No obstant això, en les últimes dècades cada vegada són més freqüents les situacions en què els subjectes necessiten una acció integrada, i els límits entre la intervenció social i sanitària es presenten “mòbils”, i varien no únicament quant al tipus d'usuari i a la cronicitat de les seves necessitats. El sector de la gent gran és paradigmàtic en aquest sentit, i la intervenció sol tenir com a objectiu subjectes “fràgils” a nivell psicofísic, en els quals l'atenció i prestació de serveis relacionats amb els problemes de salut no pot separar-se de l'atenció simultània sobre el seu entorn i les seves condicions econòmiques de supervivència. Aquestes intervencions disposarien d'una eficàcia limitada si no s'integren amb mesures “socials” orientades a promoure la reinserció dels subjectes en la comunitat o el seu manteniment en el seu propi entorn.

Un estudi de l'IRS (Institut de Recerca Social) dels anys 80 evidencia els diferents tipus de relació entre els treballadors socials i els serveis d'atenció mèdica. L'estudi posa en evidència la necessitat d'integració entesa com *connexió* o forma de relació intencional entre subjectes amb objectius comuns que intercanvien informació i que, distingint les seves intervencions, es dirigeixen a un mateix públic. És típica en aquest sentit la relació entre metge i treballador social, on fins i tot una derivació adequada de la persona gran no és seguida per una participació en el projecte d'integració. Algunes recerques interes-

sants en aquest sentit analitzen el paper del treballador social en la pràctica quotidiana de metges generalistes (MORETTI, MAMMOLI, 2011).

La *coordinació* és un conjunt coherent d'accions de subjectes que comparteixen un objectiu comú, que per aconseguir-lo conserven la seva pròpia manera de funcionar. Pot dur-se a terme a través de contactes informals entre operadors, a falta d'acords formals entre els sistemes institucionals i/o operatius. La filosofia de la coordinació ha d'estar present entre els professionals hospitalaris i els dels serveis socials locals, seguint l'exemple dels Estats Units, on s'activa una alerta primerenca de “fragilitat” de les persones grans que ho necessiten que permet una planificació adequada de l'acció protectora adequada (DOTTI, 2015).

La coordinació pot activar-se en projectes on cada realitat operativa és responsable de la seva part o resultat d'una acció formal orientada a totes les etapes del procés (identificació, diagnòstic, avaluació). Aquesta acció es pot evidenciar a la Unitat d'Avaluació Geriàtrica o Unitat d'Avaluació Multidimensional (SPISNI, 2013). D'acord amb la proposta, la presència de treballadors socials en els comitès d'avaluació indica la importància del component social en els problemes de la tercera i quarta edat, i reconeix la professió com a subjecte competent en l'avaluació sociosanitària domiciliària, residencial i oberta per a persones de més de 65 anys (PREGNO, 2016). Es pot ressaltar, com a conclusió, la importància de la participació activa del treballador social per, a través de la valoració geriàtrica, donar una atenció personalitzada a les persones grans.

■ **La integració, d'altra banda, s'entén com la concurrència de diversos professionals que assolixen objectius comuns a través d'un informe integrat.**

*La integració, d'altra banda, s'entén com la concurrència de diversos professionals que assolixen objectius comuns a través d'un informe integrat; el resultat de l'acció no és la suma de les parts, sinó una nova estructura organitzativa en què les intervencions s'han millorat i dinamitzat i permeten més flexibilitat al sistema. Es poden desenvolupar experiències d'atenció domiciliària integrades quan es duguin a terme prestacions sanitàries (medicina general i especialitzada, exàmens mèdics, infermeria, rehabilitació, recuperació funcional) combinades amb serveis de benestar social (ajuda a domicili, higiene i cura personal, ajudes econòmiques) en un sistema coordinat, generalment, per un treballador social.*

La llei 328/2000 proposa diferents nivells de benestar que permeten destacar alguns exemples sobre la integració socio sanitària per a gent gran en el context italià:

- *Welfare di promozione sociale o welfare leggero* (benestar de promoció social o benestar lleuger): són especialment útils com a punts d'assessorament i orientació en el territori. Hi ha diverses experiències en aquest sentit qualificades com a portes d'accés al sistema integrat que desenvolupen la funció de secretaria social i proporcionen informació sobre l'àmbit social i de salut, adequada a la gent gran,

per evitar “carreres d'obstacles” en l'assoliment de la prestació de serveis socio sanitàris.

- *Welfare domiciliare* (benestar domiciliari): són les iniciatives encaminades a mantenir la gent gran en el seu entorn de vida. L'atenció domiciliària integrada és sens dubte un servei central per satisfer les necessitats de salut i socials. Aquesta atenció evita mesures de mera pràctica administrativa i incorpora una dimensió assistencial integral. Cal considerar que fins i tot la presència d'una unitat de valoració geriàtrica no garanteix en totes les ocasions la pràctica de la integració. En aquest sentit, els mòduls de treball adaptats per a l'avaluació multidimensional ofereixen un marc on l'acció integrada suposa sempre més que la suma de les parts. Cal considerar que no sempre s'opta per un camí coevolutiu en què els professionals de la salut i socials, al costat de la persona i la seva família, puguin coconstruir un projecte personalitzat que integri les necessitats de la persona en el seu entorn. La traducció de necessitats complexes i articulades en prestacions parcel·lades (5 incorporacions, 1 lavabo, 2 sessions d'infermeria a la setmana; ajuda econòmica, xec de servei), remet al procés d'externalització dels serveis, que redueix el treballador social a un mer buròcrata. La cura integral que incorpora escolta, suport i assessorament està orientat a coconstruir una resposta adequada a la forma de vida de la persona gran no basada en la lògica instrumental.

- El *welfare comunitari* (benestar comunitari) té com a objectiu millorar els intercanvis i responsabilitats d'aquells serveis de proximitat d'un mateix territori-comunitat dirigits a la gent gran. És una estructura fonamental per enfortir la seguretat i inclusió, ja que influeix en la reducció de demanda i ús indegut dels serveis de salut. Sota el Welfare comunitari s'inclouen diferents tipus de centres de dia que ofereixen serveis de respir a les famílies i on la intervenció social i sanitària és crucial. L'objectiu és evitar convertir aquest servei en un mer lloc on deixar la gent gran més o menys dependent o en situació d'exclusió, i orientar la intervenció a la recuperació de capacitats cognitives, motores o relacionals. En aquest context, el treballador social professional està directament involucrat en dos nivells; d'una banda activa projectes individualitzats i identifica noves maneres d'atendre necessitats, i de l'altra pot assumir un paper de coordinació i direcció pel que fa a la xarxa de serveis i competències per atendre les necessitats de la persona i la seva família.
- El *welfare residenziale* (benestar residencial), la *Residenza Sanitaria Assistenziale* (RSA), residència de gent gran, és una altra institució que dona resposta integral a les necessitats de la gent gran i la seva família. Més enllà del "tractament" estrictament mèdic, l'espai d'integració s'ha de desenvolupar en dues direccions: orientada a "humanitzar" el context de vida i fer-lo menys institucionalitzant i més obert a la comunitat; l'altra cap a l'ex-

terior, per mantenir actives les relacions que les persones tenen amb les seves famílies o parelles, mantenir el diàleg entre l'estructura i el territori evitant, així, el risc de reproduir institucions aïllades del seu entorn social (SPISNI, 2013).

- En relació amb el *welfare dell'emergenza* (benestar d'emergència), cal assenyalar que l'emergència hospitalària no garanteix una aplicació immediata del social, fins i tot si a l'hospital hi ha un treballador social (DOTTI, 2015). Les relacions, des d'aquest punt de vista, s'allunyen de la "connexió" i de la possibilitat d'activar-se per satisfer necessitats, per la qual cosa seria més útil planejar un protocol d'urgències integrat que permetés una lògica de continuïtat de l'atenció, més que sortir al pas de situacions d'emergència (BELLOTTO, 2013). Davant d'aquesta situació hi ha diferents situacions que requereixen protocols predefinitos: protecció de les persones grans que requereixin un allotjament adequat al seu entorn o, si no és possible, en un d'alternatiu; i d'altra banda atenció a persones grans amb problemes psiquiàtrics o alcoholisme la situació crítica de les quals requereixi remissió a l'hospital o als serveis socials locals, i, d'aquí, als serveis de salut mental.

### Qüestions pendents

Ja hem esmentat la importància de la integració professional com a punt crític davant moltes situacions. Atesa la necessitat de construir els fonaments d'una bona



integració sociosanitària, és fonamental una formació bàsica i permanent per consolidar grups de treball que interactuïn de forma sinèrgica.

Si realment es vol fer un pas endavant en la comprensió de la situació en què es troba la persona gran, cal que aquesta comprensió parteixi de la contribució dels diferents punts de vista que la defineixen sense actituds maniquees que defensin “veritats” absolutes. A través de l'intercanvi, la discussió i acceptant les diferències, es fa possible la generació de nous punts de vista, no basats en la juxtaposició i en la suma de les lectures parcials, sinó en una reelaboració creativa que les abasti i superi.

En aquesta lògica la contribució de tots és fonamental que l'especificitat entri en sinèrgia amb els altres, d'acord a l'objectiu comú d'ajudar la persona entesa com un tot. Per desenvolupar la cultura d'integració plantejada, cal superar una linealitat que en ocasions pot donar lloc a malentesos, “culpabilitats” sovint presents en la vida quotidiana, el llenguatge i la definició de la realitat. La incorporació d'un llenguatge comú, amb els seus sistemes de significació i descodificació, és fonamental per aconseguir una comunicació funcional.

D'altra banda, la formació conjunta, compartida i participativa permet desenvolupar mecanismes de comunicació i integració funcional ajudant a aclarir el significat de determinats termes i arribar a un acord semàntic sobre aquests significats i evitar malentesos.

Un altre resultat important és que una formació adequada permet la circulació de la informació i la generació de coneixement. En el grup es pot i s'han de socialitzar experiències, llegir-les a través de les

aportacions teòriques i metodològiques, i després produir sistematització i generalitzacions que ajudin a posar en pràctica la cultura professional.

En el cas italià hi ha un altre element crític important. Com s'ha analitzat en CAMPANINI i DELLAVALLE (2015), el govern de centre-dreta liderat per Silvio Berlusconi (6/2001-5/2006; 5/2008-11/2011) no ha completat el procés d'aplicació de la Llei de reforma 328/2000. La reforma del títol V de la Constitució (L.C. 18 d'octubre n. 3) que permet una major autonomia als governs regionals amb nivells mínims d'assistència (LEAS), permet tractaments diferenciats d'acord al lloc de residència dels ciutadans. En aquest context ha prevalgut la lògica empresarial sobre l'orientació universal, i des de l'any 2006 s'ha reduït significativament el finançament del Fons Nacional per a la Política Social i el de persones dependents.

D'una banda, amb l'envelliment progressiu de la població s'ha produït una demanda de serveis que supera l'oferta i provoca temps d'espera molt llargs. Per a les famílies, i especialment per a les dones, a falta d'una aportació significativa d'ajuda per part de l'Administració dels serveis socials, això significa una sobrecàrrega important de treball. De l'altra, ens trobem amb un sistema amb creixent escassetat de fons i de lògiques de gestió que produeixen cada vegada més procediments burocràtics i de control.

Com a conseqüència, els treballadors socials i els professionals de l'àmbit sanitari es troben en una lògica més inclinada a la prestació d'atencions socials i sanitàries estandarditzades que al desenvolupament d'un ajut global a la persona gran.

Aquesta circumstància amenaça les professions, les relega a una dimensió d'intervenció irrespectuosa amb la persona, la seva autonomia i el dret a ser atesa des d'una òptica global que ajudi a suportar les dificultats pròpies de la fase final de la vida.

■ Els treballadors socials es troben en una lògica més inclinada a la prestació d'atencions socials i sanitàries estandarditzades que al desenvolupament d'un ajut global a la persona gran.

### Bibliografia

- BELLOTTO, Barbara. *Continuità assistenziale*, en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pàg. 171-174.
- BISSOLO, Giorgio i FAZZI, Luca. *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci, 2005. ISBN 9788874661466
- CAMPANINI, Annamaria. *L'intervento sistemica*. Roma: Carocci, 2002. ISBN 9788874660001.
- CAMPANINI, Annamaria. "Prefazione", en DOTTI, Monica. *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci, 2015. Pàg. 7-9.
- CAMPANINI, Annamaria i DELL'AVALLE, Marilena. *Situación y transformaciones en los S.S.SS. en Italia. Documentación Social*. Cáritas Española Editores, 2014. Núm. 175. Pàg. 155-173. ISSN 0417-8106.
- DOTTI, Monica. *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci, 2015. ISBN 9788874667109.
- FASOL, Rino. "L'équipe", en BISSOLO, Giorgio i FAZZI, Luca. *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci, 2005. Pàg. 209-220.
- FERRARIO, Paolo. *Politica dei servizi sociali*. Roma: Carocci, 2013. ISBN 9788874660209.
- GUIDUCCI, Pier Luigi. *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*. Milà: F. Angeli, 1988.
- INGROSSO, Marco (a cura di). *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Milà: F. Angeli, 1987.
- MORETTI, Carla i 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. Pàg. 137-155.
- VECCHIATO, Tiziano. "Integrazione sociosanitaria", en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pàg. 320-324.

# El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes

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

Felix Arrieta<sup>1</sup> i Emma Sobremonte<sup>2</sup>

## Resum

L'espai sociosanitari ha tingut una evolució considerable a la Comunitat Autònoma d'Euskadi (CAE). Tot i les reticències inicials, es pot afirmar que l'espai sociosanitari és una realitat ja consolidada. No obstant això, la decisió de no conformar un nou sistema i les realitats d'origen desiguals dels sistemes de salut i serveis socials, així com les peculiaritats del sistema polític, fan que hi hagi encara importants dificultats i reptes de gestió. Sota el principi de coordinació, s'exposen els principals elements i claus de l'espai sociosanitari de la CAE.

**Paraules clau:** Atenció sociosanitària, treball social, serveis socials, coordinació, salut, institucions.

## 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.

Per citar l'article: ARRIETA, Felix i SOBREMONTÉ, Emma. El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 51-65. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Departament de Treball Social i Sociologia de la Universitat de Deusto. felix.arrieta@deusto.es

<sup>2</sup>Departament de Treball Social i Sociologia de la Universitat de Deusto. emma.sobremonte@deusto.es

### 1. Introducció

Per comprendre el model sociosanitari de la CAE cal remuntar-se a la dècada dels noranta i contextualitzar la seva gènesi considerant la combinació de diversos factors que van promoure els primers debats sobre l'“espai sociosanitari”. Amb aquest terme s'expressava l'absència d'un territori a mig camí entre el que és social i el que és sanitari, on faltaven recursos idonis per respondre a situacions urgents i variades de complexitat sanitària i social que feien patir els pacients i famílies i interrogaven també els professionals i institucions implicades.

A més de factors ben coneguts com l'envelliment de la població, l'augment de la cronicitat i la fragilitat de les xarxes informals de suport social, derivada, alhora, de la creixent incorporació de les dones al mercat laboral i de la manca d'assumpció de rols de cura informal per part de molts homes, altres elements com la posició de partida dels dos sistemes de serveis davant aquesta realitat i les peculiaritats de l'entramat institucional del sistema polític de govern d'Euskadi seran de gran rellevància en el procés de construcció de l'espai sociosanitari i en la definició del model actual.

Però narrar qualsevol història, com la que ens ocupa, pot fer-se des de diferents perspectives, tot depèn de qui l'expliqui i de l'accent que posi la seva mirada. Per això a l'hora d'exposar els antecedents del model d'atenció sociosanitària pel qual ha apostat Euskadi no hem pogut sostreure'ns a exposar, al costat dels fets de la història oficial, alguns elements que, com diria Unamuno, pertanyen a la intrahistòria i que estan a l'ombra d'allò més conegut i divulgat.

### 2. Antecedents i recorregut històric

Podem situar el començament de la història formal remuntant-nos a 1993, any en què a causa de la creixent demanda d'atenció sociosanitària que s'estava produint en el sector salut a Euskadi s'establirà la primera Comissió de Treball per a realitzar el diagnòstic de la situació. La Comissió, formada per responsables de la gestió i l'administració de serveis sanitaris i per experts pertanyents a l'àmbit hospitalari i de salut mental presentarà finalment al desembre de 1994 l'*Informe de la Comisión de análisis del Espacio Socio-sanitario* al Departament de Sanitat. Aquest document serà la base dels desenvolupaments posteriors en aquesta matèria i recollirà les claus essencials de l'atenció sociosanitària.

Després de l'informe de la Comissió s'iniciarà un llarg debat que, com ja vam assenyalar en un article anterior, es plantejarà aclarir “on acaben les competències de salut i comencen les de serveis socials, quan un problema sanitari es transforma en social, i, conseqüentment, on establir la línia divisòria entre les dues realitats. Qüestió difícil, que planteja ni més ni menys que la delimitació de parcel·les d'un tot indivís que és l'individu, amb una sola realitat, la bio-psico-social, que es veu amenaçada per un problema de competències”. (SOBREMONTA i LEONARDO, 2001: 13-14)

Però aquesta reflexió sobre l'espai sociosanitari que s'inicia en el sistema de salut cal comprendre-la dins d'un context més ampli: el de la reflexió estratègica iniciada el mateix any per la sanitat basca per reorientar el sistema davant les noves rea-

litats sociodemogràfiques, els canvis en els patrons de morbimortalitat, la incorporació de noves tecnologies, els costos creixents i l'augment de les expectatives dels usuaris, realitats que pressionaven el sistema a donar noves respostes. El resultat d'aquesta reflexió veurà la llum el 1994 amb el document denominat *Osasuna Zainduz* (Cuidant la Salut), en el qual s'establiran els pilars fonamentals pels quals haurà de discórrer la sanitat basca durant els propers anys. Les bases programàtiques del document es plasmaran tres anys després, el 1997, a la Llei d'Ordenació Sanitària, i en la qual es definirà el que al nostre judici i per al propòsit que ens ocupa serà substancial: la dimensió real de la sanitat basca i el seu àmbit d'actuació.

Així, tal com assenyala la mateixa Llei, quedarà definit de la manera següent: "L'àmbit reduït tècnicament a les modalitats tradicionals de l'assistència medico-sanitària: promoció, prevenció, curació i rehabilitació". Una declaració d'aquesta naturalesa, en la qual es planteja explícitament la reducció de l'activitat sanitària a les modalitats "tradicionals", no només implica un retrocés en la filosofia de l'atenció integral de la salut, entesa com una realitat biopsicosocial, sinó també l'intent d'anar transferint responsabilitats considerades no sanitàries a altres agents i poders públics. D'acord amb aquesta filosofia, la llei esmentada assenyalarà en l'art. 2, que correspondrà a tots els poders públics bascos preservar la salut i:

"propiciar el disseny d'accions positives multidisciplinàries que complementin les estrictament sanitàries (...). S'establiran les vies necessàries de cooperació amb les administracions públiques competents en

matèria de serveis socials per tal de garantir la continuïtat de l'atenció als problemes o situacions socials que concorrin en els processos de malaltia o pèrdua de salut"

Aquesta reorientació del sistema que apostarà per circumscriure el seu àmbit competencial envers allò *estrictament sanitari* es va plasmar també a Euskadi en una decisió política que, des del nostre punt de vista, ha sigut determinant per a la coordinació sociosanitària fins avui. Ens referim a la decisió que va prendre el Departament de Sanitat ja fa més de vint anys de retirar els treballadors socials dels equips d'atenció primària de salut per entendre, malentendre, seria més precís, que els treballadors socials dels serveis socials comunitaris podien suplir en cada districte l'atenció de les necessitats psicosocials de les persones malaltes i de les seves famílies. Una confusió conceptual de tal envergadura dona compte de la visió reduccionista i regressiva de la forma de concebre l'atenció a la salut per part de la sanitat basca, visió que quedarà perfectament reflectida a la llei del 1997. El replègament en aquest punt deixarà orfes no només els equips d'atenció primària del professional competent per diagnosticar i tractar la dimensió social de la salut, sinó el que és encara més seriós, els pacients i famílies. En consonància amb aquesta filosofia, la sanitat basca reassignarà a aquestes primeres treballadores socials sanitàries d'atenció primària de salut acabades de contractar funcions de gestió i coordinació entre serveis a les comarques sanitàries, i no tornarà a contractar més places en atenció primària.

Com alguns experts van assenyalar en el seu moment, l'absència de professionals

### ■ L'absència de professionals de treball social als centres d'atenció primària de salut suposarà un gran obstacle per als contactes entre ambdós sistemes.

de treball social als centres d'atenció primària de salut suposarà un gran obstacle per als contactes entre ambdós sistemes (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993). També se sentiran altres veus posant en qüestió l'organització i inversió de funcions de tots dos sistemes i alertant que aquesta descoordinació tindria efectes també en la qualitat assistencial, sobretot en l'àmbit de la psicogeriatría (GENUA i ARRIOLA, 1995).

I serà en aquest context i sota aquesta filosofia des d'on s'aniran posant els elements del model d'atenció sociosanitària a Euskadi. Així, el camí impulsat per la sanitat el 1993 a través de la Comissió d'anàlisi de l'Espai Sociosanitari donarà lloc a un seguit d'acords posteriors en cada territori per a la cooperació entre els serveis socials i el sistema de salut, que se signaran en primer lloc a Guipúscoa el 1996, més endavant a Bizkaia i Àlaba el 1998.<sup>3</sup> S'hi aniran concretant acords territorials de col·laboració entre tots dos sistemes per avançar en la concreció de les necessitats sociosanitàries i en l'actuació

conjunta. Per salvar les dificultats de coordinació real derivades del marc polític-administratiu i la distribució competencial existent, al gener de 2003 se signarà finalment el Conveni de col·laboració entre el Departament de Sanitat i el d'Ocupació i Assumptes Socials per al desenvolupament de l'atenció sociosanitària a la Comunitat Autònoma del País Basc.

Però mentrestant cal tenir en compte que el Sistema de Serveis Socials al començament de la dècada es trobava encara en una fase embrionària sense l'estructura i organització necessària per garantir el dret de tota la ciutadania als serveis socials. Per aquesta raó, serà el 1996 quan la segona Llei de serveis socials abordarà, en el seu Títol II, l'organització del sistema de serveis socials i consolidarà definitivament la distribució dels serveis en serveis socials especialitzats i en serveis socials de base, descrivint les funcions de cada grup i atribuint, en el Títol III, les competències d'uns i altres entre els ajuntaments i els òrgans forals dels territoris històrics. D'aquesta manera, ens trobarem a la fi de la dècada amb uns serveis que s'estan implantant progressivament i, tot s'ha de dir, amb mitjans i experiència escassos en comparació amb la sanitat.

Ens trobem per tant en un escenari en què els dos sistemes caminen a velocitats diferents i l'activitat va pràcticament en

<sup>3</sup> L'Acord Marc de 20 de maig de 1996 per a la col·laboració entre el Departament de Sanitat, juntament amb Osakidetza-Servei Basc de Salut, i Gizartekintza-Departament de Serveis Socials de la Diputació Foral de Gipúscoa, per a la cobertura de necessitats sociosanitàries al Territori Històric de Gipúscoa.

• L'Acord Marc de 14 de maig de 1998 entre el Departament de Sanitat i Osakidetza- Servei Basc de Salut i la Diputació Foral de Biscaia per col·laborar en l'espai sociosanitari, al Territori Històric de Biscaia.

• L'Acord Marc de 16 de novembre de 1998 entre el Departament de Sanitat del Govern Basc, Osakidetza-Servei Basc de Salut i el Departament de Benestar Social de la Diputació Foral d'Àlaba, per col·laborar en la cobertura de necessitats sociosanitàries al Territori Històric d'Àlaba.

paral·lel, a excepció de la feina d'atenció i coordinació sociosanitària, intersistèmica i intrasistèmica, que històricament exercien les i els treballadors socials sanitaris ubicats als diferents dispositius d'atenció sanitària, fonamentalment hospitalaris i de salut mental per ser precisament, el sociosanitari, entès tant en sentit clínic assistencial com des de la perspectiva de la gestió i coordinació de recursos, l'àmbit propi de la seva actuació, ja que aquesta especialitat del treball social neix a primers del segle XX dins dels serveis sanitaris als Estats Units amb aquesta missió i s'estendrà posteriorment per tot el món.

Així, en el marc de la seva activitat clínicoassistencial en els equips i serveis de salut, la coordinació amb els serveis socials i comunitaris ha estat i segueix sent un dels eixos centrals del treball social sanitari per a aquelles situacions que presenten com a denominador comú: complexitat i/o intensitat de cures de salut, diversos nivells de dependència, absència o fragilitat de les seves xarxes naturals de suport social i/o situacions de desprotecció o exclusió social.

Així, queda clar que disposant de primera mà del coneixement i amb voluntat política és factible adaptar els procediments a les necessitats integrals de les persones per evitar que, com va destacar Aguirre: "Un cop més allò formal-legal, allò polític-administratiu s'allunya de la realitat per-

sonal/individual i social" (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993: 4). D'aquesta manera, es pot millorar la qualitat, ser més eficient i eficaç amb els mateixos recursos i evitar duplicitats i costos de transacció innecessaris.

La importància de l'atenció sociosanitària, la seva filosofia i tots els aspectes nous que implica tant des de la perspectiva de la planificació com de la provisió, gestió, atenció i coordinació de recursos va quedar recollida per Dolors Colom<sup>4</sup> en l'obra titulada *La atención socio-sanitaria del futuro*, publicada el 1997, obra pionera de referència obligada per als professionals del sector (COLOM, 1997). Posteriorment, altres experts com RODRÍGUEZ CABREIRO (2007) o FANTOVA (2008) aborden la qüestió de la coordinació entre serveis socials i sanitaris des de diferents perspectives. Aquestes i altres aportacions seran publicades per Demetrio Casado el 2008 a l'obra *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales* (CASADO, 2008).

En qualsevol cas, experiències d'aquest tipus a nivell operatiu han posat en evidència que les coses poden fer-se millor d'una altra manera perquè les persones i les famílies no hagin d'esperar en moments tan crítics. Perquè, què passa mentre dura l'espera del servei que es necessita? Quines conseqüències té per a les persones i les seves famílies? Això és un punt clau a estudiar que té a veure amb la *continuitat*

<sup>4</sup>PROSAD fou la denominació que va rebre el Programa d'Atenció Domiciliària per garantir la continuïtat assistencial sociosanitària que s'implementà a l'Hospital de Basurto de Bilbao a finals dels noranta. Aquesta experiència va ser presa com a referència a l'Hospital de Manresa, on la treballadora social, cap del servei de TSS, Dolors Colom, pionera en aquest àmbit a Espanya, ja ho havia implementat anys abans amb resultats excel·lents en el marc del primer programa de planificació de l'alta hospitalària dut a terme per la mateixa autora o desenvolupat per primera vegada a Espanya i publicat l'any 2000 (Colom, 2000).

*assistencial* de qualsevol model sociosanitari però que poques vegades s'ha abordat analitzant el que passa des de la perspectiva de les persones que esperen, sinó més aviat, i col·lateralment, des de la perspectiva institucional. Investigacions que s'han ocupat d'analitzar aquesta qüestió han posat en evidència el grau d'abandonament institucional que es produeix durant aquest lapse de temps i la gravetat de les seves conseqüències, advertint de la necessitat d'implantar un model de gestió de l'espera que proveeixi d'atenció integral durant aquesta fase tan crítica, carregada de risc i incertesa (SOBREMONTÉ, COLOM i AURREKOETXEA, 2009). Prendre en compte aquesta perspectiva constitueix una innovació de rellevància en l'àmbit sociosanitari. Innovació que respon a la responsabilitat ja no només tècnica sinó ètica de fer el possible i l'impossible per donar una resposta humana, justa i solidària als que pateixen les conseqüències de les deficiències del sistema o sistemes i a les prestacions i serveis dels quals tenen dret.

### 3. Elements principals del model

Els esforços realitzats per construir un model basat d'atenció sociosanitari, com s'ha vist anteriorment, han quedat plasmats en els diferents acords interinstitucionals que es van anar signant des de 1993 fins al 2003. Però serà en el *Pla estratègic per al desenvolupament de l'atenció sociosanitària al País Basc 2005-2008* on s'arribarà a definir el model pel qual ha apostat Euskadi i es configuraran els elements conceptuals i trets constituents en què s'han d'enquadrar les iniciatives territorials. Es fixaran

### ■ L'aposta serà per un model de coordinació entre sistemes, i no d'integració o creació d'un tercer sector o sistema sociosanitari.

també els objectius i les accions que caldrà desenvolupar per consolidar el Pla. L'aposta serà per un model de coordinació entre sistemes, i no d'integració o creació d'un tercer sector o sistema sociosanitari. Aquest model se sustenta sobre la ferma creença de les sinergies i beneficis que cal esperar d'una acció conjunta entre les organitzacions socials i sanitàries existents.

Posteriorment, al maig de 2006, un grup de treball interinstitucional elaborarà un catàleg detallat de serveis sanitaris i serveis socials presents almenys en un dels tres territoris d'Euskadi. Aquest catàleg pretindrà servir de base per a la futura cartera de serveis sociosanitaris encara pendent de concretar. La col·laboració i cooperació iniciada serà també recollida en la darrera Llei de Serveis Socials de 2008. Així, ja al febrer de 2011 es presentarà el Document Marc sobre les directrius d'Atenció Sociosanitària a Euskadi, que seran vinculants per a les parts implicades per aconseguir les sinergies necessàries de l'actuació conjunta. Aquest document ha estat el referent principal per al següent pla estratègic i per al desenvolupament dels plans operatius sociosanitaris en cada territori. Finalment, s'elaborarà i presentarà el document *Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria para Euskadi, 2013-2016*.

Així amb l'impuls per a la creació de l'"espai sociosanitari", que sorgeix a Euskadi igual, que en altres comunitats autòno-



mes, des del sistema de salut per sol·licitar la cooperació d'altres poders públics, especialment dels serveis socials en tot allò que entén que excedeix les seves competències estrictament sanitàries, començarà formalment la història del model sociosanitari de la CAE. Història que s'inicia amb l'acostament entre tots dos sistemes i que se centrarà en la recerca d'estructures de coordinació formals d'acord al marc legal per superar les dificultats derivades de les diferents formes de finançament de cada sistema, de provisió de recursos i d'organització funcional.

Però, en quin punt es troba avui el model base d'atenció sociosanitària? Quina és la seva mirada, la seva visió i la

seva missió? A partir d'aquí provarem d'exposar-ne sintèticament els aspectes centrals.

### **Missió, visió i principis**

Sota la premissa de la coordinació, el sistema sociosanitari base es construeix, com hem vist anteriorment, a partir de la col·laboració entre els sistemes social i sanitari, creant un espai comú, que no un nou sistema amb estructures pròpies. A partir d'aquesta premissa, resulta interessant observar com la definició del sistema, plasmada en la missió, visió i principis que el regeixen, ha anat variant al llarg dels anys en funció del camí transitat i dels acords adquirits.

**Taula 1. Missió del Model d'Atenció Sociosanitària Base 2005-2013**

<p><b>Pla estratègic sociosanitari 2005-2008</b></p> <p>Donar l'atenció que requereixen les persones que per causa de problemes greus de salut o limitacions funcionals i/o de risc d'exclusió social, necessiten una atenció Sanitària i Social, simultània, coordinada i estable.</p>	<p><b>Línies estratègiques d'atenció sociosanitària 2013-2016</b></p> <p>Desenvolupament d'un model d'atenció sociosanitària efectiu, coordinat i sostenible centrat en la persona com a protagonista del seu projecte vital de resposta al compromís dels poders públics d'Euskadi.</p>
---	--

Font: (Eusko Jaurlaritzza - Govern Basc, 2005, 2013)

La missió és l'horitzó que persegueix el sistema, el que en un escenari ideal hauria d'aconseguir. Una anàlisi comparativa entre la missió del sistema definida en el pla estratègic de 2005 i l'última definida en el 2013-2016 deixa veure una evolució clara en la perspectiva i horitzó del sistema sociosanitari d'Euskadi. Tal com es pot observar a la taula 1, la coordinació és l'única de les caracte-

rístiques que es manté estable en el temps de les tres característiques que defineixen el sistema. En el camí s'ha transitat de la simultaneïtat i estabilitat definides el 2005 a l'efectivitat i sostenibilitat el 2013. Aquest canvi de paradigma, que té com a base la coordinació però reorienta la missió, tindrà també el seu reflex en la resta d'aspectes comparatius que defineixen el sistema.

A la taula 2 s'observa la visió, també en perspectiva comparada entre tots dos. En aquest cas la reorientació que es comença a albirar en la definició de la missió és encara més evident. En primer lloc, desapareix de l'equació el verb 'garantir', començament de la declaració d'intencions de 2005. En segon lloc, desapareix també la idea d'aconseguir un sistema integral i integrat i se substitueix per la con-

fiança i el consens interinstitucional. Per si això no fos suficient, la declaració de 2013 és acompanyada per una frase clarivident: 'en una línia pragmàtica...'. És clar, doncs, que es produeix una reorientació en els elements definitoris del sistema en clau 'pragmàtica', realista o simplement, amb una mirada més reduccionista respecte al que s'hagués d'afavorir.

**Taula 2. Visió del Model d'Atenció Sociosanitària Basc 2005-2013**

<p><b>Pla estratègic sociosanitari 2005-2008</b></p>	<p><b>Línies estratègiques d'atenció sociosanitària 2013-2016</b></p>
<p>Garantir, al màxim nombre de persones de la CAPV, la prestació de serveis, tant sanitaris com socials, als quals tingui dret, d'acord amb les seves necessitats assistencials, per mitjà d'un sistema coordinat, integral i integrat, eficient, efectiu i de qualitat així com territorialment equilibrat.</p>	<p>En una <i>línia pragmàtica</i> la visió podria definir-se com: "l'aspiració a crear un marc normatiu i operatiu que permeti una interlocució institucional fluida i basada en uns criteris de consens i confiança mútua"</p>

Font: (Eusko Jaurlaritz - Govern Basc, 2005, 2013)

Complementàriament al que ja s'ha esmentat, desapareix de la visió del sistema la perspectiva de l'usuari i és substituïda per una visió 'ad intra' entre sistemes (sanitari i social) i nivells institucionals (autonòmic, foral i local) dels mateixos. La raó d'aquesta podria haver estat una definició massa ambiciosa en origen o a la contra, imbuïts en el pragmatisme ja esmentat amb anterioritat, adquireix la primacia el criteri de coordinació interna.

Així doncs, la coordinació i el consens són els elements principals que impregnen la missió i visió de l'àmbit sociosanitari a

la CAE i els que determinen la seva pròpia organització interna. Cal pensar que l'èmfasi en aquests elements manifesta que els avenços per aconseguir l'estructura de coordinació que exigeix el model d'atenció sociosanitària pel qual s'ha apostat contínua arrossegant les dificultats que esdevenen de la divisió competencial dels ens implicats, i que afecten, en conseqüència, a la governança.

**Governança de l'atenció sociosanitària**

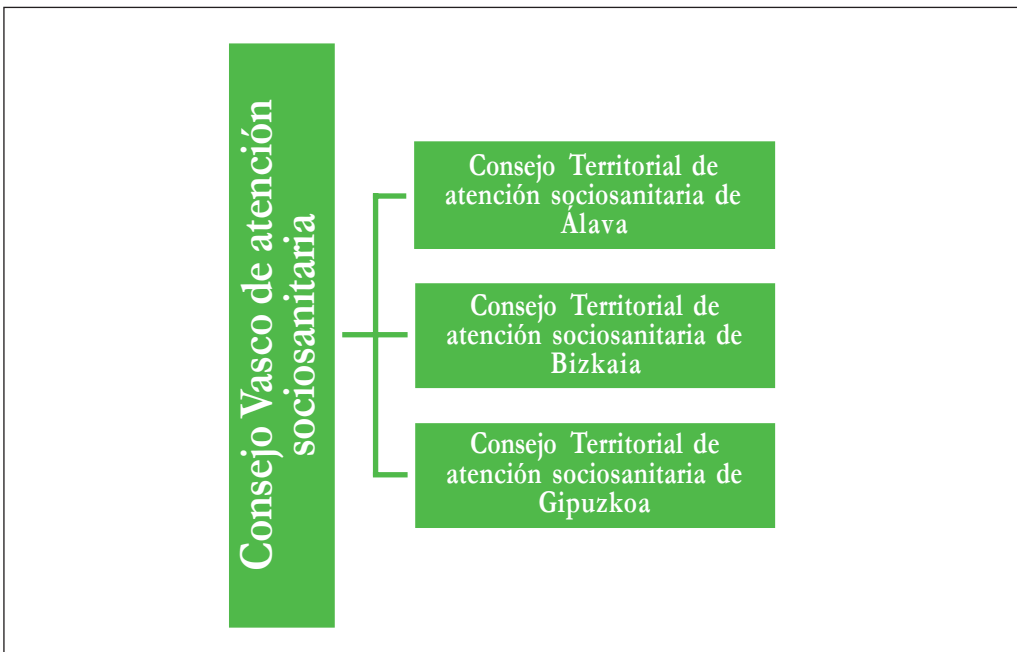
La governança del sistema està determinada per les estructures que donen res-

posta al principi general de coordinació esmentat prèviament. Sota aquest principi no hi ha cap organisme la funció principal del qual sigui implementar les polítiques sociosanitàries, i per tant es recorre als òrgans de coordinació, o consells, com a espais on consensuar polítiques i prendre decisions conjuntes. Els consells, espais de gran tradició en el sistema polític basc, responen a la realitat d'un sistema institucional fragmentat i complex. Aquest fet és més evident en el cas del sistema de serveis socials, on els tres nivells institucionals tenen competències en la matèria.

Així doncs, i sota aquesta premissa, s'estructuren els mecanismes de governança del sistema sociosanitari de la CAU. L'òrgan comú, encarregat de marcar les direc-

trius i aprovar els documents estratègics que guien el procés, és el Consell Basc d'Atenció Sociosanitària. Aquest òrgan reuneix els consellers de Salut i Assumptes socials, els tres diputats forals de Serveis Socials i un representant d'EUDEL, associació de municipis bascos. És per tant un òrgan de caràcter polític que té el seu reflex a escala territorial amb els consells territorials d'atenció sociosanitària de cadascun dels territoris històrics. En aquests, es reuneixen actualment la diputada foral de Serveis Socials, el delegat territorial de Salut, tots dos juntament amb representants dels seus departaments i un representant de EUDEL. Al gràfic 1 s'hi pot observar l'estructura de consells polítics del Sistema Sociosanitari de la CAE.

**Gràfic 1. Organització Política del Sistema Sociosanitari de la CAE**



Font: (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2010)

I és en aquest punt on s'acaben totes les similituds pel que fa a l'organització de les estructures territorials. A partir d'aquest punt cadascun dels territoris té acordat amb el Departament de Salut diferents comissions de treball, entre les quals destaca, amb denominació diferent en cada un, la Comissió d'Orientació i Valoració, on personal tècnic dels dos sistemes avalua els casos definits com de l'àmbit sociosanitari i ofereix una resposta adequada a la necessitat.

En el seu extens informe d'anàlisi de l'àmbit sociosanitari d'Euskadi, l'Ararteko<sup>5</sup> ja advertia que la construcció del sistema sociosanitari ha estat un procés dilatat, amb ritmes diferents en cada un dels territoris (ARARTEKO, 2007). L'esquema organitzatiu descrit n'és un reflex fidel.

El segon dels elements que defineix la governança del sistema és el finançament. Segons l'acord marc signat el 2010 pel Govern Basc i les tres diputacions forals, el suport sobre el qual descansen les prestacions del sistema és el sistema de serveis socials que es defineix com a marc i on, en uns casos puntuals, la sanitat aportarà finançament (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 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 sociosanitarios. 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.*

Segons les dades presentades pel Govern Basc, el finançament rebut per part del Departament de Sanitat a cada un dels territoris en els conceptes esmentats recentment va ser la següent:

**Taula 3. Finançament del Departament de Sanitat als territoris en concepte d'acords sociosanitaris. 2011**

	Àlaba - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Finançament	2.900.358 €	3.801.059 €	7.507.643 €

Font: (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2015)

Sorpren, en les dades mostrades a la taula 3, la quantitat que rep Guipúscoa sobretot davant de Biscaia, que li dobla en pobla-

ció. El desenvolupament i els acords de l'àmbit sociosanitari a Guipúscoa han tingut major recorregut que a Biscaia ja que

<sup>5</sup> Defensor del Poble Basc.

es va començar la seva marxa sis anys abans (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2010), i per tant pot ser que sigui aquesta la raó de la diferència de despesa, més consolidada a Guipúscoa que en els altres dos territoris. Aquest és, en qualsevol cas, un element més de diferències territorials que vénen a posar en evidència la territorialització del propi model i els seus efectes en termes d'equitat.

### Recursos del sistema sociosanitari

Pel que fa, finalment, als recursos amb què compta el sistema, no cal dir que el sistema no disposa de cap recurs propi definit enterament com a sociosanitari. Seguint els principis i criteris narrats fins al moment, es defineixen un nombre de places en els recursos del sistema de serveis socials bé siguin centres residencials o bé places conveniades en unitats hospitalàries de crònics,

que a partir d'aquest moment passen a ser finançades de manera conjunta. A més, es financen també de manera conjunta recursos gestionats pel tercer sector però dirigits als anomenats 'col·lectius diana' que formen part de l'entramat sociosanitari: persones amb malaltia mental, amb VIH/SIDA, persones drogodependents o amb dany cerebral adquirit. La realitat d'aquests recursos, com també hem dit abans, difereix en cada un dels tres territoris.

No obstant això, les places residencials per a gent gran dependents són més senzilles de quantificar, en tant que es defineixen de forma modular en unes residències concretes. A la taula 4 es pot observar, segons les últimes dades disponibles, el nombre de centres en què s'ha conveniat en cada territori, així com el nombre total de places que suposa el conveni.

**Taula 4. Nombre de centres i places conveniades en el règim sociosanitari per territori històric. 2010.**

	Àlaba - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Nombre de centres	2	4	2
Nombre de places	39	190	90

Font: (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2010)

Les diferències no semblen significatives si les comparem amb les poblacions diana de cada un dels territoris, però sí si ho fem respecte als recursos emprats per a això. Aquesta és una altra de les diferències fonamentals respecte a l'arquitectura del sistema.

### Línies estratègiques en desenvolupament fins el 2016

D'acord amb la visió pragmàtica d'as-

pirar a crear un marc normatiu i operatiu que permeti la interlocució institucional fluida entre els ens implicats en l'atenció sociosanitària, les línies estratègiques en desenvolupament a Euskadi fins al 2016 són les següents:

1. *Definició d'una cartera de serveis sociosanitaris.*
2. *Implantació d'un sistema d'informació i comunicació sociosanitari.* Inclou l'elaboració de la història sociosanitària i la

coordinació entre els comitès d'ètica de tots dos sistemes.

3. *Formalització d'acords sociosanitaris.* S'incorporen com a socis altres instàncies i sectors, alguns institucionals com els departaments d'Educació, Justícia i de Seguretat Social, i altres, com el tercer sector.
4. *Pla de desenvolupament en col·lectius diàna:* persones amb trastorn mental, en risc d'exclusió i desprotecció, discapacitat i dependència, nens i nenes amb necessitats especials, persones trasplantades i amb malalties poc freqüents.
5. *Impuls de la formació, innovació i transferència.*

### 4. Reflexions finals

A partir dels elements analitzats i partint de l'enumeració dels reptes que es plantejaven per alguns autors (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993; GENUA i ARRIO-LA, 1995) al començament del camí de la construcció de l'àmbit sociosanitari a la CAE, s'han produït avenços evidents en matèria de coordinació (estructures comunes de coordinació territorial) i finançament de serveis. Això suposa un compromís per part dels dos sistemes, salut i serveis socials, en el desenvolupament del model.

S'ha produït una major implicació del sistema de salut en la prestació de serveis sanitaris per garantir la continuïtat assistencial entre nivells d'atenció primària i especialitzada en les seves pròpies demarcacions territorials, les comarques sanitàries. I per facilitar aquesta integració intrasistèmica s'han creat les primeres OSIS (Organitzacions Sanitàries Integra-

des - Atenció Primària i Atenció Especialitzada). També s'ha avançat en el desenvolupament de les unitats de cures pal·liatives, de dany cerebral i de rehabilitació funcional i psicosocial en l'àmbit de la salut mental i de l'atenció primerenca.

La sanitat, en el seu intent de demarcar amb més precisió les seves competències i responsabilitats en l'àmbit sociosanitari, s'ha anat decantant per la fórmula del cofinançament d'alguns serveis de naturalesa sanitària que es donen en unitats residencials que atenen persones amb diferents processos de salut crònics o en període de convalescència. El temps màxim de permanència està limitat a un any, i les despeses estan cofinançades per tots dos sistemes però en una quantia menor per la sanitat.

S'estan produint actuacions a nivell operatiu i de gestió en la coordinació intersistèmica entre els serveis socials i sanitaris a través de l'elaboració de protocols de coordinació entre els professionals de referència de tots dos sistemes que operen en el mateix territori, per tal de detectar situacions de risc social i sanitari per ambdues parts en diferents col·lectius i d'establir qui són els agents que en cada cas tindran la responsabilitat d'actuar per abordar-les.

En quart lloc, els avenços realitzats en l'articulació i consolidació dels serveis socials, tant d'atenció primària com especialitzada, i la incorporació del tercer sector en la prestació de serveis i de la iniciativa privada, sobretot en l'àmbit residencial a través de la concertació, són factors que estan contribuint no només a ampliar l'oferta de recursos disponibles per millorar l'atenció sociosanitària, sinó també a

la innovació en moltes de les modalitats de serveis. És una realitat que aquestes organitzacions tenen una major flexibilitat en la gestió, s'adapten amb més rapidesa a les necessitats canviants de la societat, i com que moltes d'elles sorgeixen de l'associació de persones que pateixen situacions similars, tenen major potencialitat i motivació per detectar les necessitats emergents i generar nous serveis més d'acord amb elles.

No obstant això, cal subratllar dues qüestions substancials que estan dificultant en la pràctica que la coordinació avanci al ritme que caldria esperar.

La primera té a veure amb la dificultat que mostren els dos sistemes per innovar en les fórmules de coordinació socio sanitària en plantejar-les novament en termes gairebé idèntics al que sempre s'ha fet entre els treballadors socials de tots dos sistemes, però ara introduint nous actors en l'escena. La conseqüència no es fa esperar; per arribar al final del camí es requereixen més esforços extrems que abans tant per part dels professionals com dels usuaris. I tot això sense que encara s'hagi aconseguit desterrar un dels principals esculls amb què sempre topa la coordinació socio sanitària esmentada anteriorment: les dificultats d'accés, sobretot als recursos socials que sorgeixen, no només del compliment dels requisits tècnics o relacionats amb el copagament, sinó de la rigidesa de les estructures i lentitud dels procediments administratius establerts. I en comptes de reflexionar sobre fórmules valentes, flexibles i innovadores que permetin solucionar els obstacles, i evitar els elevats costos de transacció que produeix la coordinació, el bucle es retroalimenta; és més, es

■ **Les dificultats d'accés, sobretot als recursos socials que sorgeixen, no només del compliment dels requisits tècnics o relacionats amb el copagament, sinó de la rigidesa de les estructures i lentitud dels procediments administratius establerts.**

complica quan en establir nous circuits de coordinació entren més actors en l'escena i s'estableixen encara més passos en l'itinerari per arribar al punt final. Sens dubte, com més passos, més treball per als professionals i més esforç per als usuaris. Es pot pensar que la coordinació serà així més eficient, eficaç o de major qualitat? Caldrà seguir estirant cadascun dels fils que formen els nusos de la troca (SOBREMONTÉ, 2009) en què es quedaven atrapades les persones en el sistema.

La segona, relacionada amb la idea anterior, té a veure amb les fórmules i procediments de detecció de risc social plantejades entre els dos sistemes que trasllueixen la pressió del sistema sanitari sobre el social per obtenir respostes millors, més grans i més àgils davant les dificultats d'indole social que obstaculitzen l'assoliment dels objectius de salut. Fa la impressió que l'impuls per a l'èxit del model socio sanitari

■ **L'impuls per a l'èxit del model socio sanitari dependrà de la capacitat que tinguin els serveis socials d'assumir progressivament les responsabilitats que hi recauen.**

dependrà de la capacitat que tinguin els serveis socials d'assumir progressivament les responsabilitats que hi recauen, incrementant per a això l'oferta de serveis de suport social en totes les seves modalitats i també la seva intensitat. Però perquè això pugui ser així, a més del marc jurídic necessari per sustentar el model i de la definició sobre el paper de la cartera de serveis sociosanitària, l'assoliment d'un bon model no serà possible sense una aposta política el compromís de la qual es materialitzi en la pràctica en un increment notable del finançament. Si girem ara la nostra mirada cap a la situació dels serveis socials bascos i ens fixem que des de la darrera llei de 2008 fins al 2015 no ha estat possible aprovar el decret de cartera, no resulta difícil pensar que les qüestions financeres que han demorat el procés es repeteixin en el cas de la cartera de serveis sociosanitaris, on la complexitat pot ser encara més gran si es té en compte que hi ha més sistemes implicats que han de negociar i consensuar, i no només ens referim al de serveis socials, sinó també a l'educatiu, al de feina, etc.

A partir d'aquesta realitat enumerem els reptes que en la nostra opinió segueixen pendents i que urgeix abordar perquè el model de l'atenció sociosanitària de la CAE en el futur es consolidi.

**1. Path dependency i inequitats territorials.** Superar la divisió, les inèrcies institucionals i les diferents realitats que això crea en cadascun dels territoris, generant en la realitat

tres sistemes en una única comunitat autònoma en un marc d'inequitat.

**2. Marc jurídic comú i cartera sociosanitària.** És imprescindible, un cop aprovada la cartera de serveis socials, la definició d'una normativa comuna, en forma de cartera sociosanitària.

**3. Aposta per la centralitat del TS sanitari.** Incorporant-lo als equips d'atenció primària i potenciant la seva presència als centres comunitaris de salut mental, com a professionals de referència i de gestió i atenció de casos; això possibilitaria no només la millora i eficiència de l'atenció sociosanitària, sinó quelcom que és essencial: la prevenció comunitària.

**4. Aposta per l'enfocament real centrat en la persona.** Que suposaria implementar d'una manera real la metodologia i canvi de paradigma que suposa aquest model tal com recullen VILÁ i RODRIGUEZ (2014).<sup>6</sup>

**5. Reconeixement mutu i llenguatge comú.** Que cadascun dels sistemes assumeixi com a propi el que l'altre valora, diagnostica i prescriu. Que es treballi per processos sociosanitaris.

En conclusió es pot afirmar que a la CAE la capacitat de penetració del sector sanitari en les cures de la salut de la comunitat es produeix a major ritme que la del sector social, els recursos del qual són més limitats en aquest sentit. És imprescindible trobar l'equilibri necessari i generar

<sup>6</sup> Cal assenyalar que ja el 2004 Antoni Vilà en el seu article 'Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España' va revisar el marc jurídic i les diferents respostes articulades des dels diversos àmbits implicats per la dependència (Vilà, 2004).



un espai que sigui realment sociosanitari en la seva definició i implementació, dotant-lo dels recursos per a això.

Podem afirmar que s'han fet molts passos. La CAE ha tingut la valentia de posar en funcionament el model a priori

més eficient en la realitat institucional més complexa per a la seva implementació. No és estrany que després de 25 anys de ruta encara quedi un camí llarg per recórrer. Tenim els ingredients i la voluntat per fer-ho. *Tempus fugit! Alea jacta est!*

## Bibliografia

- AGUIRRE ELUSTONDO, J. A. «Conexión de la asistencia social y sanitaria. Análisis estratégico», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, núm. 23 (1993). Pàg. 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 Jaurlaritzza - Govern Basc. Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. Vitoria - Gasteiz, 2005.
- Eusko Jaurlaritzza - Govern Basc. Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la CAE. Vitoria - Gasteiz, 2010.
- Eusko Jaurlaritzza - Govern Basc. Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. Vitoria - Gasteiz, 2013.
- Eusko Jaurlaritzza - Govern Basc. 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. Pàg. 107-116.
- GENUA, I. i 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*, núm. 26 (1995). Pàg. 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*, núm. 70 (2007). Pàg. 21-30.
- SOBREMONTÉ, E. «Deshaciendo la madeja de los servicios sociales», en *EHUko Uda Ikastaroak*. Sant Sebastia: UPV-EHU, 2009.
- SOBREMONTÉ, E.; COLOM, D. i 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: Imsero, 2009.
- SOBREMONTÉ, E. i LEONARDO, J. «El espacio socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: una propuesta funcional de análisis», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, núm. 39 (2001). Pàg. 5-18.
- VILÀ, A. «Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España», en CASADO, D. (Ed.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, 2004. Pàg. 153-156.
- VILÀ, A. i 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.

# Atenció integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones

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

Esther Sarquella<sup>1</sup>, Albert Ledesma<sup>2</sup>, Carles Blay<sup>3</sup>, Joan Carles Contel<sup>4</sup>, Assumpció González<sup>5</sup> i Lluís Viguera<sup>6</sup>

### Resum

L'atenció social i sanitària integrada està esdevenint un tema central en l'agenda dels serveis socials i sanitaris a Catalunya. Aquest nou model d'atenció requereix una transformació profunda en el conjunt del sistema sanitari i del sistema de serveis socials. Per a poder catalitzar aquesta transformació el Govern català va posar en marxa el febrer del 2014 el PIAISS. Aquest Pla està promovent, amb visió poblacional i d'implementació territorial, un conjunt de projectes, tots orientats a poder garantir a Catalunya un nou model d'atenció capaç d'aconseguir uns millors resultats en salut i benestar, una millor experiència en l'atenció per part de les persones i un ús òptim dels recursos disponibles, assegurant una atenció planificada, proactiva, coordinada i continuada; garantint una resposta equilibrada a les necessitats d'atenció social i sanitària; i promovent una atenció de base comunitària i de proximitat.

**Paraules clau:** Atenció integrada, atenció centrada en les persones, territori.

**Per citar l'article:** SARQUELLA, Esther; LEDESMA, Albert; BLAY, Carles; CONTEL, Joan Carles, GONZÁLEZ, Assumpció i VIGUERA, Lluís. Atenció integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 66-81. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Membre del comitè Operatiu del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. esarquella@gencat.cat

<sup>2</sup>Membre del comitè Operatiu del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. aledesma@gencat.cat

<sup>3</sup>Membre del comitè Operatiu del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. cblay@gencat.cat

<sup>4</sup>Membre del comitè Operatiu del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. jccontel@gencat.cat

<sup>5</sup>Membre del comitè Operatiu del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Generalitat de Catalunya. Assumpcio\_gonzalez@gencat.cat

<sup>6</sup>Membre del comitè Operatiu 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 Govern va crear el febrer del 2014 el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (en endavant PIAISS), dependent del Departament de la Presidència i amb la participació dels departaments de Salut i de Benestar Social i Família per promoure la transformació del model actual d'atenció social i sanitària cap a un nou model que garanteixi una atenció social i sanitària integrada i centrada en les persones.

El model català d'atenció integrada proposa atendre les persones considerant les seves preferències, necessitats i expectatives, sempre amb el compromís de respectar els seus drets i de promoure l'exercici dels seus deures per mitjà d'un pla d'atenció únic que es percepí com un servei únic.

En l'actualitat, Catalunya disposa d'un model d'atenció a les necessitats socials o sanitàries que té moltes fortaleses, però que és poc adequat a la nova realitat en

què vivim. En aquest model, les persones són subjectes passius que transiten per múltiples dispositius i serveis i interaccionen amb un gran nombre de professionals amb escassa comunicació entre ells i per tant reben una resposta excessivament fragmentada i no prioritzada adequadament a les seves necessitats.

L'escenari social i demogràfic que afronta Catalunya, amb un envelliment poblacional creixent així com una esperança de vida de les més elevades d'Europa i un augment destacable de la complexitat social per l'impacte de la desocupació, risc de pobresa i exclusió social fan imperiosa aquesta transformació. En la mateixa línia, el canvi en la configuració actual i futura de Catalunya, des de l'òptica social i econòmica, amb un gran impacte de la globalització de l'economia, la redistribució de la riquesa i del benestar i el predomini dels valors individuals respecte dels

comunitaris o socials, fa necessària una nova manera d'entendre l'atenció a la salut i el benestar de les persones.

### ■ Ha arribat el moment de fer efectiva la transformació del nostre model i millorar la capacitat del sistema sanitari i del sistema de serveis socials per respondre a les necessitats actuals de la ciutadania.

Ha arribat el moment de fer efectiva la transformació del nostre model i millorar la capacitat del sistema sanitari i del sistema de serveis socials per respondre a les necessitats actuals de la ciutadania. El canvi que es proposa es basa en l'adopció d'un model d'atenció integrada, que supera anteriors paradigmes de serveis estancs i compartimentats, per tal d'aconseguir millors resultats de salut i benestar en les persones i de la comunitat; garantir bones experiències en l'atenció que reben les persones; promoure l'ús més adequat dels recursos disponibles. En definitiva garantir una resposta adequada, personalitzada i adaptada a les necessitats d'atenció, millorant la qualitat del servei ofert i promovent més coresponsabilitat i apoderament.

Aquest model d'atenció integrada neix amb la vocació de ser poblacional, és a dir, que està pensat i dissenyat per al conjunt de la ciutadania, tot i que per a la seva factibilitat es proposa prioritzar inicialment la seva aplicació a les persones en situació de complexitat social i sanitària. Tanmateix, cal remarcar que la implementació del model per a aquest grup i les actuacions

que es facin per fer-ho realitat tindran un impacte positiu per al conjunt de la societat. A poc a poc i de manera progressiva, caldrà planificar-ne el desplegament en grups de població de menor complexitat, i per tant en la seva implementació total el conjunt de la ciutadania gaudirà d'un nou model d'atenció, en el qual es tinguin en compte les preferències de les persones i les seves necessitats d'atenció de forma integrada.

Per assolir els reptes que planteja el procés de creació d'un model d'atenció integrada a Catalunya, es requereix un canvi important que desenvolupi un entorn de col·laboració entre el sistema sanitari i el de serveis socials. En aquests moments cal avançar junts preservant les singularitats i fortaleces específiques de cada sector per posar-les conjuntament a disposició de la ciutadania.

### Antecedents

El PIAISS no és la primera de les iniciatives que s'han impulsat a Catalunya per a fer que els serveis socials i sanitaris millorin la seva capacitat de resposta compartida en l'atenció a les persones. De fet, tant des de l'àmbit governamental com a nivell territorial s'han promogut, impulsat i implementat plans, programes, projectes o iniciatives que han esdevingut clau en la situació actual d'ambdós sistemes.

Iniciatives com el "Programa vida als anys", creat l'any 1986 per tal de millorar l'atenció a les persones grans malaltes, malalts crònics i persones en situació terminal va impulsar la creació d'una cartera sociosanitària assumida amb coresponsabilitat entre els dos sectors que inclou

l'atenció de llarga estada, hospitals de dia, la mitja estada per a convalescència i per a cures pal·liatives, els equips de suport a l'hospital (UFISS) i a la comunitat (PADES), així com també les unitats d'avaluació integral ambulatoria en geriatria, cures pal·liatives i deteriorament cognitiu; o el posterior Programa per a l'impuls i ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependència (PRODEP) creat l'any 2006, que va definir el model de sol·licitud de valoració de la dependència, el procediment per al reconeixement de la situació de dependència i el calendari del desplegament de la llei de la dependència, que va tenir un fort impacte en els territoris que van esdevenir projectes demostratius en l'àmbit de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència. Així com el Pla Director Sociosanitari que ha promogut l'excel·lència en un sector d'atenció sociosanitària a Catalunya referent a nivell internacional, o el Pla Integral de Salut mental i addiccions, una estratègia també interdepartamental orientada a la millora en l'atenció a les persones amb trastorns mentals o addiccions, entre moltes d'altres. Totes aquestes iniciatives han creat unes bases molt sòlides des d'on afrontar aquesta transformació.

Malgrat aquestes iniciatives, cal reconèixer com a precedent més recent del PIAISS el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya (en endavant PPAC). El Pla de Salut 2011-2015 de Catalunya (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2012) va incloure per primera vegada una línia d'actuació orientada a la creació d'un sistema més orientat als malalts crònics. Per poder avançar

en el desenvolupament d'aquesta línia el Departament de Salut va crear el programa d'atenció a la cronicitat (PPAC), que va formular sis projectes estratègics (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2015): Implantació de processos clínics integrats; Promoció dels programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques; Potenciació de l'autoresponsabilització dels pacients i cuidadors. Foment de l'autocura; Desenvolupament d'alternatives assistencials en un sistema integrat; Desplegament de programes territorials d'atenció als pacients amb complexitat clínica; i Foment de l'ús racional del medicament.

El PPAC ha tingut un impacte molt destacable en el conjunt del sistema sanitari. Sense poder fer en aquest text una revisió exhaustiva dels resultats assolits pel PPAC volem remarcar, per les conseqüències posteriors que han tingut en la formulació de l'estratègia d'atenció integrada social i sanitària, algunes de les principals fites assolides sota l'empara d'aquest programa o amb el seu impuls i coordinació (CONTEL et al., 2015):

Malgrat el lideratge del PPAC va ésser del Departament de Salut que es van preveure en la seva planificació i incloure en la seva execució algunes iniciatives que ja consideraven l'atenció social i sanitària com a element determinant per a l'atenció als pacients crònics.

En aquest sentit val la pena destacar els vuit projectes col·laboratius entre serveis socials i sanitaris de base territorial que amb el suport tècnic de l'equip del PPAC han esdevingut l'embrió del model d'atenció integrada social i sanitària que en aquests moments promou el PIAISS.

Figura 1. Principals productes del PPAC per a l'estratègia d'atenció integrada

Definició de dos perfils de complexitat clínica: PCC i MACA
Utilització d'una avaluació comuna i compartida de salut bàsica per a PCC
Incorporació d'un Pla Individual d'Intervenció compartit per a tots els PCC
Optimització del model d'estratificació de base poblacional.
Visualització de les puntuacions de risc a l'expedient personal de salut
Ampliació de l'abast i cobertura del Programa pacient expert Catalunya
Definició d'un marc d'avaluació amb indicadors compartits de base territorial
Utilització de les mesures de seguiment de la Qualitat. MSIQ
Implementació de rutes d'atenció per algunes patologies i especialment a la complexitat. (dins del sistema sanitari)
<b>8 projectes pilot de model col·laboratiu social i sanitari.</b>
Canvis en el contracte a proveïdors amb objectius compartits entre diferents proveïdors.

Els vuit projectes promoguts pel PPAC van ésser: Tona-Mancomunitat la Plana, Lleida ciutat, Salt-Gironès, Mataró, Reus-CAPI Districte V, Alt Penedès-Vilafranca del Penedès i Vilanova i la Geltrú. Aquests vuit projectes més La Garrotxa i Sabadell van ser avaluats per l'Agència de qualitat i avaluació sanitàries de Catalunya (SERRA-SUTTON, 2015) a petició de la Secretaria d'inclusió social i promoció de l'autonomia personal. Una avaluació que ha permès comprendre l'atenció integrada des d'un punt de vista fenomenològic.

## Descripció de la iniciativa

El 24 febrer del 2014 el Govern va acordar la creació del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) adscrit al Departament de Presidència (Generalitat de Catalunya, 2014), i

es va constituir el seu òrgan de govern el dia 11 de març.

### *Composició de l'òrgan de govern del PIAISS:*

*Jordi Baiget, secretari del Govern; Boi Ruiz, conseller de Salut; Neus Munté, consellera de Benestar Social i Família; Roser Fernández, secretària general de Salut; Dolors Rusinès, secretària general de Benestar Social i Família; Josep Maria Padrosa, director general de CatSalut; Carmela Fortuny, secretària de la Secretaria d'Inclusió social i promoció de l'autonomia personal.*

A banda de l'òrgan de govern, l'acord de govern que creava el PIAISS també acordava el nomenament d'un director/a, la creació d'un comitè operatiu, un consell assessor i un consell de participació.

### *Composició del Consell Assessor del PIAISS:*

*Enric Arqués Martí, president Fòrum Salut Mental. Teia Fàbrega Pairó, directora Consorci*

*d'Acció 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 de l'equip operatiu 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 psicopedagoga. 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 pla es va crear amb la missió de promoure la transformació del model d'atenció social i sanitària per tal de garantir una atenció integrada i centrada en les persones, capaç de donar resposta a les seves necessitats. El PIAISS assumeix com a visió el repte de catalitzar la construcció d'un sistema assistencial “que permeti a les persones estar bé, sentir-se bé i viure bé amb la situació personal sigui quina sigui; tenir un diagnòstic i una definició de les neces-

## ■ El PIAISS assumeix com a visió el repte de catalitzar la construcció d'un sistema assistencial.

sitats personals úniques; rebre el suport adequat on i quan sigui necessari; saber a qui adreçar-se quan necessitin suport professional; estar informades de tot el que afecta el seu benestar, i ser consultades i respectades en totes les decisions que prenguin; tot garantint l'equitat territorial i individual, la qualitat del servei, la participació de les persones en el seu procés assistencial i l'eficiència en l'assignació dels recursos econòmics” (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014).

Per poder avançar en aquest repte s'aprova el juliol del 2014 un full de ruta (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014) que apunta les línies estratègiques de la transformació, i aquestes es concreten en 8 projectes operatius recollits en el document de projectes<sup>7</sup> (PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2014).

1. Adequació i ordenació de la llarga estada sociosanitària i de salut mental.
2. Pràctica integrada social i sanitària en la xarxa de salut mental i addiccions.
3. Model català d'atenció a les persones que viuen en serveis residencials.
4. Pràctica integrada des de l'atenció primària social i sanitària. Acció territorial.
5. Model català d'atenció integrada a domicili.

<sup>7</sup> Cadascun dels projectes ha estat liderat per tres persones: una designada d'entre els membres de l'equip operatiu del PIAISS, i dues designades pel Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família.

6. El paper de les persones en el nou context d'atenció.
7. Integració dels sistemes d'informació.
8. Altres projectes i accions transversals.

Efectivament la formulació operativa d'aquests projectes ha estat positiva, però l'abast de la transformació és més profund i passa per dissenyar de nou, amb una única visió, la detecció i la resposta a les necessitats d'atenció de la persona en un procés compartit i participatiu amb tots els agents implicats. Implementant de forma efectiva a cada territori, amb rutes d'atenció pròpies, i considerant les seves singularitats però alineats amb un marc comú de país que fixi la governança per tal de garantir l'equitat territorial i l'avaluació dels resultats.

Per a la formulació política i conceptual d'aquest model d'atenció integrada, proposat pel PIAISS, hi ha dos aspectes que han esdevingut claus.

Per una banda l'elaboració i aprovació del *Document de bases conceptuals del model català d'atenció integrada de Catalunya* (LEDESMA, BLAY, CONTEL, SARQUELLA, GON-ZÁLEZ, i VIGUERA, 2015).<sup>8</sup> Aquest defineix conceptualment quin és l'abast i sentit de la transformació proposada, i per tant el seu contingut esdevé una referència obligada.

Per una altra banda, la promoció d'un escenari favorable per a la transformació del sistema d'atenció actual. Les estratègies de consens, participació i legitimació que s'han posat en marxa han fet que en

aquests moments l'atenció integrada s'hagi incorporat a l'agenda política i que sectors i grups d'interès de procedències molt diverses hi donin suport. Els darrers mesos s'han succeït diversos posicionaments públics al model d'atenció integrada, entre els quals destaquen:

- La incorporació de la necessària gestió integrada de tot allò que afecta a l'autonomia de les persones per part dels serveis socials i sanitaris en el document de balanç del CAPSIF *Catalunya i l'agenda social de futur: Pensant en quins haurien de ser els eixos de la política social* (CAPSIF, 2015) recollit per la premsa (VILÀ i VILÀ, 2015).
- El posicionament del Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari (CASOST) amb la publicació de l'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 posicionament de la Taula del tercer sector amb la publicació del dossier "Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones." (CANAL i VILÀ, 2015) referit de forma destacada en mitjans de comunicació (AROCA, 2015) (BONILLA, 2015).

Així mateix, i malgrat no ésser comunicats formals de les entitats signants, diverses entitats han emès pronunciaments als mitjans al voltant de l'atenció integra-

<sup>8</sup> Elaborat amb la participació de la 2a capa del PIAISS i aprovat per l'òrgan de govern, el consell assessor i el consell de participació del PIAISS.



da. Entre aquests és molt significatiu el del Col·legi de Diplomats en treball social de Catalunya (TSCAT) (GARCIA, 2015) i el de la Societat Científica de medicina familiar i comunitària (CAMFIC) (FORÉS, 2015) al diari *Ara* el dia 12 de maig.

Per últim, el dia 9 de juliol passat el Parlament de Catalunya va aprovar una resolució sobre el procés d'integració dels serveis socials i sanitaris en la qual insta el Govern a fer efectiva aquesta integració posant en funcionament els instruments necessaris pel seu desplegament (Parlament de Catalunya, 2015).

## Atenció integrada, per què i per a qui?

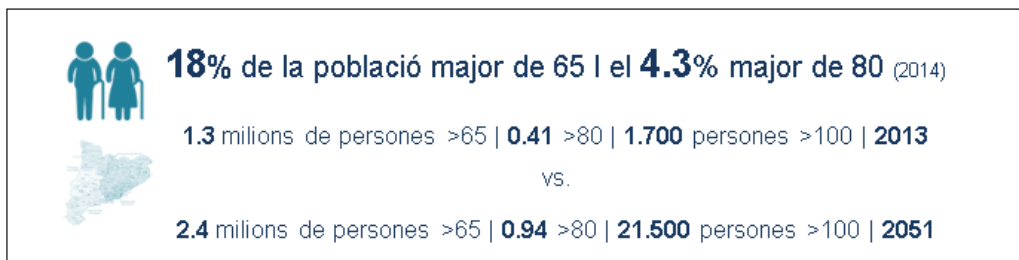
El nostre sistema de benestar ha estat capaç de donar una resposta excel·lent a les necessitats de la ciutadania al llarg dels darrers temps, i ha assolit uns resultats molt positius. Ara, però, es fa recomanable i necessari assumir el repte de la transformació del model d'atenció per diversos motius.

L'actual i sobretot el futur escenari social, econòmic i demogràfic situa l'atenció integrada com un repte imperatiu dels nostres sistemes. Un escenari marcat per

un envelliment poblacional molt notable que s'associa a una major prevalença de fragilitat, cronicitat, discapacitat i dependència, una esperança de vida de les més altes d'Europa i un context socioeconòmic poc favorable que fa augmentar significativament les situacions de complexitat social derivades de desocupació, risc de pobresa o exclusió social, així com la crisi del rol cuidador de les xarxes de suport personal, familiar i social fan necessària i imprescindible una nova manera d'entendre l'atenció sanitària i l'atenció social.

Catalunya disposa d'una situació de partida en el model d'atenció que és molt favorable per fer la transformació proposada amb grans fortaleces en el conjunt de serveis que operen en l'atenció social i sanitària d'atenció a les persones: la xarxa d'atenció primària de salut; uns serveis socials bàsics molt propers a la ciutadania, altament descentralitzats, promoguts i prestats amb la corresponsabilitat del món local; una estratègia de salut pública de promoció i prevenció de la salut d'àmbit poblacional o comunitari; una xarxa especialitzada de salut excel·lent; la xarxa sociosanitària de dispositius d'atenció intermèdia amb serveis de rehabilitació o

**Figura 2. Gràfic de projecció poblacional. Elaboració poblacional a partir de IDESCAT**



atenció pal·liativa; els serveis d'atenció a la dependència i suport als cuidadors/es; la xarxa de serveis socials especialitzats de provisió públicoprivada; i un teixit social i associatiu absolutament viu que a través del tercer sector social participa en aquesta xarxa de serveis socials, etc. En resum un ventall de dispositius ampli i sòlid, serveis o àmbits assistencials que des de fa temps estan fent un procés d'adaptació per garantir la continuïtat assistencial, l'eficiència i l'adequació de l'atenció al moment vital de la persona i que ara estan en un moment òptim per fer un pas més en aquesta direcció.

Per últim, i com a element justificatiu, disposem d'evidència a nivell europeu i mundial que constata que l'atenció integrada en general, i entre els serveis socials i sanitaris en particular, és capaç de millorar els resultats d'atenció a la població amb necessitats complexes.

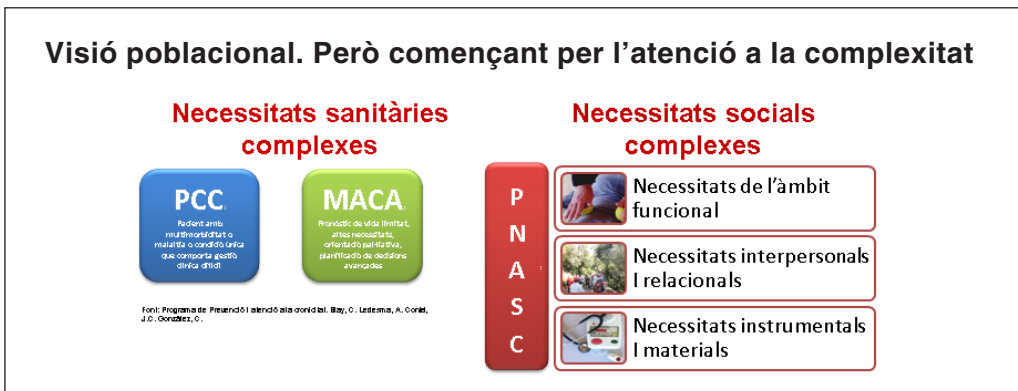
Analitzant els models d'atenció integrada a escala internacional (KODNER, 2012) es poden constatar beneficis derivats de l'atenció integrada sobretot pel que fa a la millora en l'accessibilitat a serveis,

la coordinació i continuïtat assistencial, l'experiència en l'atenció i la millor pràctica col·laborativa entre professionals i organitzacions. També existeix evidència en la millora dels resultats de salut i funcionament, la utilització de recursos d'institucionalització i les crisis derivades de la claudicació del/de la cuidadora. En canvi fins el moment no existeix una clara evidència que l'atenció integrada permeti reduir els costos de l'atenció, però sí garantir un ús més adequat a les necessitats d'atenció, siguin socials o sanitàries. Podem, per tant, concloure que l'atenció integrada és la forma més eficient, sostenible i satisfactòria d'atendre les persones. Aquest fet, que per si mateix ja té prou importància en situació d'abundància de recursos, esdevé de consideració indefugible davant escenaris econòmics de pronòstic desfavorable.

### Qui s'ha de beneficiar de l'atenció integrada?

Tal com s'ha mencionat anteriorment, el model d'atenció integrada que s'està

Figura 3. Població diana del model d'atenció integrada.



promoveint per Catalunya té una visió clarament poblacional, i per tant totes les estratègies endegades pretenen acabar transformant ambdós sistemes, el sanitari i el social, en el seu conjunt sense promoure la creació d'un tercer espai o sistema sociosanitari. Malgrat això, i per garantir la factibilitat de la transformació, s'ha adoptat una estratègia progressiva en l'abast poblacional. En aquest moment la població prioritària per la qual cal canviar el model d'atenció és la població en situació de complexitat.

Les persones amb necessitats d'atenció social i sanitàries complexes, població diària prioritària del PIAISS, poden representar al voltant d'un 8% de la població, percentatge que, amb els anys, tendirà a augmentar. El cost de la seva atenció pot suposar gairebé el 40% del pressupost de despesa pública. Amb l'efecte de l'envelliment de la població, aquesta xifra no pot fer altra cosa que augmentar gradualment, i per tant en aquest context la fragmentació de la resposta assistencial genera àmbits evitables d'ineficiència en l'ús dels recursos.

Una condició de complexitat que s'esdevé no només per la càrrega o gravetat de determinades malalties o problemàtiques de tipus social, sinó que respon a múltiples elements de morbiditat (incertesa, multimorbiditat, inestabilitat, gravetat, progressió...) i les condicions personals (fragilitat, desequilibri, anosognòsia, volició, xarxa...), relacionals amb els profes-

sionals (multiplicitat, manca d'acord...) o relacionats amb el sistema mateix (fragmentació, disposició de recurs...), que tenen a veure directament amb la gestió de la resposta i la presa de decisions dels professionals.

## Què es pretén aconseguir amb l'atenció integrada?

En termes generals podem dir que el model català d'atenció integrada pretén millorar els resultats en salut i benestar en base poblacional, millorar l'experiència d'atenció de les persones que utilitzen els serveis socials i sanitaris i promoure un ús adequat dels recursos. En definitiva garantir una "bona" atenció a les persones que presentin necessitats d'atenció social i sanitàries concurrents o mútuament influents, especialment quan són complexes.

Tot i aquesta descripció genèrica, per a nosaltres té un gran valor compartir amb els diversos sectors professionals els resultats esperats del model que s'han treballat amb diversos fòrums professionals i que han estat incorporats en el document de bases conceptuals:<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Inclosos en el *Document de bases conceptuals del model català d'atenció integrada*. Aprovat per l'òrgan de govern del PIAISS, el Consell Assessor i el Consell de Participació, l'òrgan de segona capa professional.

## Compromisos en l'atenció a les persones en situació de complexitat

El model català d'atenció integrada vol garantir que les persones, especialment aquelles que es troben en situació de complexitat social i sanitària:

- Visquin en les millors condicions de salut, qualitat de vida i autonomia durant el major temps possible.
- Siguin capaces de cuidar i millorar la seva pròpia salut i benestar.
- Puguin expressar les seves preferències i que aquestes siguin considerades en el procés d'atenció social i sanitària reconeixent-los una posició apoderada en el desenvolupament del seu propi projecte vital.
- Rebin una resposta planificada, personalitzada, proactiva i adaptada a les seves necessitats socials i sanitàries; i disposin d'una valoració integrada i integral, un pla d'atenció compartit i un professional de referència a qui adreçar-se i que vetlli per la gestió integrada del cas.
- Tinguin experiències i percepcions positives i satisfactòries dels serveis socials i de salut que utilitzen.
- Rebin l'atenció adequada en la intensitat i modulació de serveis que s'escau, on i quan sigui necessària.
- Siguin capaces de viure, en la mesura del possible i en condicions de seguretat, de forma independent en la llar o en dispositius de proximitat a la seva comunitat.
- Siguin ateses de manera continuada i sense dificultats en les transicions entre serveis sanitaris i socials.

Així mateix el model també vol garantir:

- Que les persones que exerceixen el rol de cuidador/a rebin suport per a fer-ho de la manera més adequada i per reduir l'impacte en la seva pròpia salut i benestar que aquest pot ocasionar.
- Que els serveis socials i sanitaris garanteixin la coordinació i la continuïtat assistencial sobre la base de la pràctica col·laborativa entre professionals dels serveis socials i sanitaris.
- Que els recursos disponibles s'utilitzin de la manera més adequada, eficient i eficaç en la prestació de serveis socials i de salut.
- Que el sistema sanitari i el sistema de serveis socials garanteixin l'accessibilitat i l'equitat en la prestació de serveis a nivell territorial.
- Que els professionals que treballen en els serveis de salut i els serveis socials tinguin el suport necessari per poder desenvolupar la seva funció en aquest model amb excel·lència com a agents principals de canvi i se sentin compromesos amb la feina que fan.
- Finalment, que els sistemes d'informació sanitaris i de serveis socials es desenvolupin i s'adaptin per donar resposta i permetre l'avaluació del model d'atenció integrada.

## El model d'atenció integrada

Poder garantir els compromisos descrits en l'apartat anterior requereix, com s'ha comentat, una transformació molt significativa dels sistemes actuals. En aquest apartat descriurem quins són els elements clau d'aquest model i l'avenç assolit en els diversos projectes i iniciatives endegades.

### Elements clau

Tal com descriu el *Document de bases del Model Català d'atenció integrada. Cap un model d'atenció centrada en la persona* (LEDESMA, BLAY, CONTEL, SARQUELLA, GONZÁLEZ, i VIGUERA, 2015), els elements clau del model d'atenció són:

- La vocació transversal i poblacional del model
- Una redefinició necessària del rol de la persona
- El lideratge dels professionals com a motor de la transformació
- Una visió territorial en la implementació

Un element central de la implementació del model és la territorialització a través de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida entre els diferents agents que es fan càrrec de la governança en el territori i la resta de serveis que hi operen. S'entén, com a fet determinant, la visualització del territori i dels seus agents com un microsistema que assumeix de manera compartida la responsabilitat en els objectius de salut i benestar de la població amb complexitat social i sanitària.

Les persones, subjectes actius de l'atenció, els familiars, els cuidadors o l'entorn han d'assumir un nou rol en aquest model d'atenció que implica un grau més elevat

de coresponsabilització i apoderament en les pròpies capacitats de cura i benestar, i els serveis han de garantir el suport necessari perquè aquest canvi de rol es pugui fer efectiu. De fet, es proposa una atenció centrada en les persones, i per tant basada en drets, independència, valors i opcions, en un entorn en el qual recuperem el valor de cuidar-les compartint entre tots –les mateixes persones, les famílies, la societat i els serveis públics– els drets i deures que ens corresponguin.

En aquesta nova manera d'actuar que proposem, els professionals assumeixen un nou rol, amb unes competències i capacitats relacionals determinades que promouguin i facin possible el treball col·laboratiu i les pràctiques compartides amb altres professionals i amb les persones o famílies que atenen, i el pla d'atenció es construeix entre tots i es promou la presa de decisions conjunta des d'una visió integrada, social i sanitària.

Per assegurar una atenció personalitzada, proactiva, preventiva, continuada, coordinada i transversal cal disposar d'elements nuclears com el mateix procés d'atenció, la disposició de professionals de referència i la gestió del cas. Aquesta visió incorpora, necessàriament, una nova definició dels lideratges i rols professionals, així com de les pràctiques compartides.

En definitiva, es pretén garantir que tothom que requereixi l'atenció dels serveis socials i sanitaris en les seves necessitats socials i de salut estarà adequadament identificada per part d'ambdós sistemes, es valoraran de forma integral i integrada les seves necessitats, tindrà un pla d'atenció que definirà les prioritats i l'assignació de recursos amb una única visió social i

sanitària, i serà establert amb la participació activa de les persones o les famílies, i un professional referent que li donarà suport permanentment i el guiarà en el seu pas pel sistema d'atenció.

En resum, es pretén oferir a la ciutadania un model que garanteixi una atenció de qualitat en el lloc més adient i més propera al seu entorn habitual i responnent a les necessitats que tinguin les persones i famílies ateses, ja siguin de tipus social o sanitari, tenint sempre en compte les seves preferències i respectant-les.

### Algunes accions destacades

Durant aquest període una part important de la feina del PIAISS ha estat orientada a la definició de model i de generació de consens amb els diversos actors implicats en la transformació. Tot i això des del PIAISS es va assumir deliberadament una estratègia multipalanca per la qual s'han estat promovent processos simultanis de disseny, planificació i implementació en cadascun dels àmbits recollits en els projectes del Pla.

Aquests mesos s'ha estat treballant amb les persones designades per cada departament i grups de líders professionals en l'elaboració de determinats documents de punt de partida com:

- Bases conceptuals del model català d'atenció integrada
- Casos tributaris del model d'atenció integrada
- Bases per a la definició del model d'atenció centrada en la persona

- Atenció integrada a les persones institucionalitzades en serveis de llarga estada i residencial
- Atenció integrada a les persones que viuen en el domicili
- Atenció integrada i salut mental
- Guia de suport a la implementació territorial i pràctica assistencial

Aquests documents han estat participats per diversos professionals, però tots requereixen noves fases de treball, consens i evolució per anar concretant més els termes de cadascun d'ells.

A banda de la producció documental hi ha algunes activitats que val la pena destacar:

- Fòrum ITCESS. Espai de generació de coneixement en atenció integrada de EsadeCreapolis<sup>10</sup> promogut pel PIAISS. En aquests moments hi ha diverses línies de treball actives i s'han fet 3 jornades de disseminació del coneixement en atenció integrada
- Elaboració i validació per part dels dos comitès d'ètica de Catalunya del model català de Planificació de decisions anticipades i disseny de la proposta formativa per acompanyar-ne la implementació.
- Inici del projecte de consens terminològic per a l'atenció integrada: S'ha començat a treballar el darrer trimestre de 2015 en col·laboració amb TermCat.
- Definició del model funcional, d'intercanvi, jurídic i tecnològic per a la connexió dels sistemes d'informació

<sup>10</sup> [www.forumitesss.com](http://www.forumitesss.com)

de serveis socials bàsics a la història clínica. Aquest projecte s'ha començat a implementar de forma pilot amb l'Ajuntament de Barcelona, però en aquests moments ja s'està també treballant amb d'altres Àrees bàsiques de serveis socials.

- Recerca aplicada per a la caracterització i prevalença de la complexitat social i sanitària en col·laboració amb l'ICO, Càtedra de cures pal·liatives de la Universitat de Vic, ICS, Diputació de Barcelona, Ajuntament de Sabadell, la Fundació Avedis Donavedian PPAC i PIAISS.
- Recerca qualitativa socioconstructiva per a la identificació de les perspectives, valors i experiències de la ciutadania respecte el procés de PDA amb l'objectiu d'integrar les aportacions de la ciutadania per validar el marc conceptual del Model Català de PDA i establir recomanacions per a la seva implementació a Catalunya. Realitzada en col·laboració PPAC, PIAISS, Càtedra de cures pal·liatives de la Universitat de Vic i IDIAP Jordi Gol.

Per últim, el que considerem que ha estat més significatiu ha estat l'impuls i suport a la implementació en diversos territoris que han tingut interès i voluntat de començar a treballar en aquesta estratègia a qui agraïm sincerament la feina feta contribuint de forma molt destacada en una millor presa de decisions del que ha d'incloure o considerar el model general que s'acabarà configurant.

## Conclusions

L'objectiu d'aquest text era presentar sintèticament el model català d'atenció social i sanitària integrada que promou el PIAISS i els avenços que el mateix pla ha fet durant el darrer any i mig per a la concreció d'aquest model per poder facilitar una informació i coneixement comú i compartit en els i les professionals del treball social que d'una forma o altra es veuen interpel·lats pel que suposa aquest model.

- **El repte que tenim entre mans és molt destacat i només podrem assolir-lo amb èxit si som capaços de comptar amb tots els actors implicats en aquesta transformació.**

El repte que tenim entre mans és molt destacat i només podrem assolir-lo amb èxit si som capaços de comptar amb tots els actors implicats en aquesta transformació. Les mirades i experteses de tots els professionals que atenen les persones des dels serveis socials i sanitaris són absolutament imprescindibles per garantir que la concreció d'aquest model d'atenció sigui valuós.

Des dels departaments implicats en la transformació cal garantir les condicions que facin possible aquesta transformació amb alguns elements estructurals que hi actuen com a catalitzadors o facilitadors: la integració dels sistemes d'informació, la integració total o parcial dels instruments de planificació de la política sanitària i de serveis socials, l'adequació normativa per fer factible aquest model, la definició d'un marc general de participació dels governs

locals, l'harmonització dels mapes territorials de compra i provisió d'ambdós sistemes o la utilització d'instruments de compra i avaluació dels serveis socials i sanitaris compartits.

Malgrat aquests elements estructurals esdevé encara més determinant per a aquesta transformació la capacitat per promoure i definir partenariats territorials que assumeixin des de la coresponsabilitat l'atenció social i sanitària integrada i la participació i implicació activa de les corporacions professionals i dels professionals individualment en la definició i concreció del model.

Certament la profunditat d'aquesta transformació requerirà definir estratègies de suport a la formació en nous rols i competències professionals en atenció in-

■ **En aquest nou escenari l'expertesa de totes les i els professionals que desenvolupen la seva activitat d'atenció a les persones en entorns i nivells diversos és imprescindible**

tegrada i practiques col·laboratives, però en aquest nou escenari l'expertesa de totes les i els professionals que desenvolupen la seva activitat d'atenció a les persones en entorns i nivells diversos és imprescindible i per tant totes les oportunitats per difondre el contingut i coneixement així com incorporar el coneixement que des de la pràctica professional ja fa anys que es té, té un gran valor.

### Bibliografia

- AROCA, J. V. "El sector social demana als partits un canvi dràstic", en *La Vanguardia* (9 de setembre de 2015). Consultat 17/02/2016: [http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/09.\\_prpostes\\_27s\\_la\\_vanguardia.pdf](http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/09._prpostes_27s_la_vanguardia.pdf)
- BONILLA, L. "Cap a una sanitat més social", en diari *Ara* (11 de maig de 2015), pàg. 1, 4-5. Consultat 17/02/2016: [http://www.ara.cat/tema\\_del\\_dia/Cap-sanitat-mes-social\\_0\\_1355264501.html](http://www.ara.cat/tema_del_dia/Cap-sanitat-mes-social_0_1355264501.html)
- CANAL, R. i VILÀ, T. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*. Recuperat el 28 de setembre de 2015 de Tercersector.cat. Consultat 17/02/2016: [http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier\\_social\\_i\\_sanitaria.pdf](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*. Juny de 2015. Recuperat el 30 de setembre de 2015 de CAPSIF. Consultat 17/02/2016: [http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits\\_actuacio/consells\\_assessors/capsif/informes/informe\\_capsif\\_catalunya\\_agenda\\_social\\_futur\\_201506.pdf](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*. Recuperat el 28 de setembre de 2015 de CASOST. Consultat 17/02/2016: [http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits\\_actuacio/consells\\_assessors/casost/Informes\\_Publicats/20140425\\_casost\\_atencio\\_social\\_sanitaria.pdf](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. i altres. *Chronic and integrated care in Catalonia* (Vol. 15, 29 juny 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 diari *Ara* (12 de maig de 2015), pàg. 21. Consultat 17/02/2016: [http://www.ara.cat/societat/professionals-aposten-canvi-model\\_0\\_1355864435.html](http://www.ara.cat/societat/professionals-aposten-canvi-model_0_1355864435.html)



## Bibliografia

- GARCIA, M. “Treballadors socials: visió integral, respostes personalitzades”, en diari *Ara* (12 de maig de 2015), pàg. 21. Consultat 17/02/2016: [http://www.ara.cat/tema\\_del\\_dia/Cap-sanitat-mes-social\\_0\\_1355264501.html](http://www.ara.cat/tema_del_dia/Cap-sanitat-mes-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). Recuperat el 22 de setembre de 2015 de Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Consultat 17/02/2016:[http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=656033&language=ca\\_ES](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. Recuperat el 22 de setembre de 2015 de [www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut). Consultat 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](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. Recuperat el 22 de setembre de 2015 de [www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut). Consultat 18/02/16:[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf)
- KODNER, D. L. *Integrated Care: Key Factors for Success Conference*. Recuperat el 30 de setembre de 2015 de The King's Fund. Consultat 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. i VIGUERA, L. (21 de setembre de 2015). *Model català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. Recuperat el 21 de setembre de 2015 de Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Consultat 18/02/16:[http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/acord\\_piaiss\\_2014.pdf](http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/acord_piaiss_2014.pdf)
- Parlament de Catalunya (25 de juny 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 juliol de 2014). Full de ruta 2014-2016 – Resum executiu. Recuperat el 22 de setembre de 2015 de [presidencia.gencat.cat/PIAISS](http://presidencia.gencat.cat/PIAISS). Consultat 18/02/2016:[http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS\\_full\\_ruta\\_RE\\_2014\\_2016\\_20140715.pdf](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 juny 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 juliol de 2014). Full de ruta 2014-2016 – Resum executiu. Recuperat el 22 de setembre de 2015 de [presidencia.gencat.cat/PIAISS](http://presidencia.gencat.cat/PIAISS). Consultat 18/02/2016: [http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS\\_full\\_ruta\\_RE\\_2014\\_2016\\_20140715.pdf](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 d'octubre de 2014). Projectes 2014-2016 PIAISS. Recuperat el 22 de setembre de 2015 de [presidencia.gencat.cat/PIAISS](http://presidencia.gencat.cat/PIAISS). Consultat 18/02/2016: [http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS\\_projectes\\_2014\\_2015\\_20141017.pdf](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. Consultat 18/02/2016: [http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio\\_9models\\_atencio\\_social\\_sanit\\_aquas2015.pdf](http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aquas2015.pdf)
- VILÀ, F. i VILÀ, T. “El món sociosanitari del futur: la finestreta única”, en diari *Ara* (8 de juliol de 2015), pàg. 30.

# L'experiència del projecte AQuAS en l'avaluació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària

AQuAS experience in assessing collaborative models of social and health care

Vicky Serra Sutton<sup>1</sup>, Carla Montané Gutiérrez<sup>2</sup>, Joan MV Pons Ràfols<sup>3</sup> i Mireia Espallargues Carreras<sup>4</sup>

## Resum

L'objectiu d'aquest estudi fou avaluar models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya que impliquessin de forma principal als serveis socials bàsics i els equips d'atenció primària de salut. Es va portar a terme un estudi qualitatiu de casos de 9 models col·laboratius que va evidenciar l'heterogeneïtat en els proveïdors implicats, àmbits d'atenció, àrees geogràfiques i formes d'organitzar-se. L'estudi ha permès obtenir una fotografia dels trets clau dels 9 models avaluats, descriure les necessitats dels professionals implicats i els beneficis percebuts que aporta treballar en el marc d'un model organitzatiu d'aquest tipus. Aquesta informació pot ser d'utilitat a diferents nivells: a nivell micro (per descriure com era el seu model, identificar aspectes de millora), a nivell meso i macro (per facilitar la presa de decisions i donar resposta a les necessitats identificades).

**Paraules clau:** Avaluació de serveis sanitaris, atenció integrada, ajuda presa decisions, bones pràctiques, avaluació de necessitats.

<sup>1</sup> Sociòloga, PhD. Filiació: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, (AQuAS, Barcelona) i CIBER Epidemiologia i Salut Pública, (CIBERESP, Barcelona). [vserra@gencat.cat](mailto:vserra@gencat.cat)

<sup>2</sup> Sociòloga. Filiació: Consultora independent (Barcelona).

<sup>3</sup> Metge internista, PhD. Filiació: AQuAS i CIBERESP.

<sup>4</sup> Metge preventivista en salut pública, PhD. Filiació: AQuAS i *Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas* (REDISSEC, Barcelona).

\* Aquest article és una adaptació de l'informe tècnic i annexos publicats: Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015. Disponible a: [http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio\\_9models\\_collaboratius\\_2015](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.

**Per citar l'article:** SERRA SUTTON, Vicky; MONTANÉ GUTIÉRREZ, Carla; PONS RÀFOLS, Joan MV i ESPALLARGUES CARRERAS, Mireia. L'experiència del projecte AQUAS en l'avaluació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 82-94. ISSN 0212-7210.

**Agraïments:** L'equip de recerca vol donar les gràcies als professionals participants vinculats als 9 models col·laboratius (Alt Penedès, Gironès, La Garrotxa, Lleida, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana i Vilanova i la Geltrú.

Més informació a l'annex 1.

També volem agrair a la Laia Domingo Torrell de l'AQuAS la seva revisió i aportacions de millora a aquest article, així com el suport i contribucions de Georgina Tomàs 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 i Família), del Joan Carles Contel Segura (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat– PPAC del Departament de Salut) i de l'Ester Sarquella Caselles (Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció entre Serveis Socials i Sanitaris- PIAISS, Generalitat de Catalunya) en les diferents fases del projecte.

### Context de l'avaluació externa de models col·laboratius

Els models col·laboratius són iniciatives que promouen una atenció més coordinada, integrada i centrada en els usuaris. Per atenció coordinada s'entén el grau de coordinació dels professionals per aconseguir una atenció integrada dels pacients al llarg del temps, dins i entre organitzacions, que s'intenta assolir amb la posada en marxa de processos transversals i el disseny de processos de manera conjunta entre àmbits assistencials (Ministeri de Sanitat, 2007). D'altra banda, una atenció integrada (usualment anomenada *comprehensive care*) inclou les entrades, el lliurament, la gestió i l'organització dels serveis relacionats amb el diagnòstic, el tractament, la cura, la rehabilitació i la promoció de la salut (GRÖNE, O., 2002). Finalment, per atenció centrada en els usuaris es pot entendre el seu grau de satisfacció i la de la seva família en relació als serveis i atenció rebuda, la informació, el disseny de serveis adequats a les seves expectatives, la seva participació en les decisions entorn de la seva salut i el respecte als sistemes de valors i creences d'aquests usuaris (Ministeri de Sanitat, 2007).

A nivell internacional, s'identifica poca evidència dels resultats i beneficis de l'atenció social i sanitària integrada (HUDSON, B., 2011; European Science Foundation, 2013). En el context estatal, existeixen alguns treballs centrats bàsicament en l'àmbit sanitari i de la cronicitat (NUÑO-SOLINÍS, R., 2013). Alguns estudis fets a Catalunya han permès identificar barreres o facilitadors en la coordinació d'organitzacions integrades sanitàries (VARGAS, I., 2006), o as-

pectes de millora del procés en l'àmbit específic de la dependència (avaluació dels projectes demostratius PRODEP; Fundació Avedis Donabedian, 2008).

En el marc de la creació del nou Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (actual Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal) del Departament de Benestar Social i Família i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) del Departament de Salut encarregaren dur a terme una avaluació externa dels models col·laboratius. Aquesta avaluació externa es va coordinar des de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), empresa pública adscrita al Departament de Salut que té com a missió generar coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat assistencial, seguretat i sostenibilitat del sistema de salut a Catalunya i en definitiva desenvolupar eines que facilitin la presa de decisions.

L'objectiu de l'estudi fou avaluar models col·laboratius d'atenció social i sanitària que impliquessin de forma principal els serveis socials bàsics i els equips d'atenció primària de salut. Atès que la majoria dels models col·laboratius estaven en les seves fases inicials en el moment de l'avaluació externa, s'esperava que els resultats

■ **L'objectiu de l'estudi fou avaluar models col·laboratius d'atenció social i sanitària que impliquessin de forma principal els serveis socials bàsics i els equips d'atenció primària de salut.**

d'aquesta avaluació facilitarien el desenvolupament dels seus plans funcionals i que s'identifiquessin les necessitats perquè els decisors, a diferents nivells, donessin suport en les diferents fases del seu desplegament.

En aquest article es presenten alguns dels resultats en relació amb els aspectes següents: a) quines característiques estructurals i organitzatives tenen els models avaluats; b) què implica treballar en un model col·laboratiu per als professionals; i c) quines barreres i facilitadors es detecten. Es pot obtenir una descripció més detallada de tot l'estudi a l'informe tècnic i annexes publicats i disponibles al web de l'AQuAS: [http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio\\_9models\\_collaboratius\\_2015-00001](http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio_9models_collaboratius_2015-00001)

## Com es va portar a terme l'avaluació externa?

Es va portar a terme un estudi qualitatiu de casos (descriptiu i exploratori) que va incloure la participació de set models en fases inicials de desplegament i dos amb més trajectòria en el temps. La majoria dels models eren encàrrecs institucionals del Departament de Benestar Social i Família així com del Departament de Salut com a pilots territorials.

Els criteris d'inclusió com a cas (model col·laboratiu) van ser els següents: a) ser referent territorial; b) incorporar bones pràctiques en gestió o atenció integrada entre els àmbits social i de la salut, i/o de coordinació entre diferents nivells assistencials (per exemple, atenció primària de salut i atenció en hospital d'aguts) o entre diferents proveïdors; c) ser encàrrecs insti-

tucionals del Departament de Benestar Social i Família i del Departament de Salut; d) altres models col·laboratius amb més trajectòria en el temps que poguessin ajudar a entendre els beneficis i l'impacte d'una atenció més integrada. També es va tenir en compte que haguessin col·laborat en projectes previs com el PRODEP (Programes d'Atenció a la Dependència), programes de prevenció i atenció a la cronicitat o altres experiències referents.

Per recollir informació es va enviar un qüestionari semiestructurat als líders de cada model col·laboratiu i també es va recollir documentació interna (protocol, pla funcional, presentació tècnica, circuits, organigrames, etc). Es van portar a terme 18 grups de discussió (2 per cada model) i una entrevista a les seues dels models entre gener i març del 2014, per recollir la veu dels professionals implicats, tant dels líders i els responsables com dels professionals que realitzen atenció directa a usuaris. Els perfils acadèmics més freqüents van ser en treball social, educació social, infermeria, medicina familiar i comunitària, medicina interna i psiquiatria, entre altres.

Es va fer un buidatge (transcripció) de cada grup de discussió amb *verbatim clau dels participants*. Es va fer una anàlisi qualitativa de contingut i del discurs per entendre el fenomen d'estudi i una anàlisi de cada cas (model col·laboratiu). Per assegurar la independència, transparència i validesa dels resultats es definiren diverses estratègies. En primer lloc, es va definir un protocol i guions per a la conducció dels grups de discussió i entrevistes. Dues investigadores van participar en les dinàmiques de grup i en el treball de camp. Les sessions es gravaren en format àudio

per a la seva anàlisi qualitativa posterior, amb un buidatge i extracció de verbatim clau dels participants. Els resultats es van triangular entre analistes i la informació recollida de cada experiència col·laborativa. Es va fer un retorn dels resultats a tots els participants (informe de cas) en relació amb el model per a la seva validació abans de realitzar les anàlisis globals. És important explicitar que l'equip de recerca tenia perfils acadèmics multidisciplinaris (sociologia, medicina preventiva, medicina interna, salut pública) i que no necessàriament compartia la perspectiva dels decisors.

### Característiques estructurals i organitzatives dels models

Les 9 experiències eren heterogènies quant als seus objectius, proveïdors, població diana, fases d'evolució i perfils professionals implicats (taula 1). Tot i així, els models es van classificar en quatre grups: a) segons si estaven centrats en els usuaris amb un discurs explícit preventiu i amb més lideratge inicial de l'àmbit social; b) segons si estaven centrats en gestió de casos de cronicitat amb més lideratge inicial sanitari; c) segons si eren models d'atenció primaristes amb integració de serveis socials i sanitaris amb equilibri de lideratge entre l'àmbit social i sanitari; d) segons si estaven centrats a millorar l'eficiència local/ regional i presentaven també un equilibri en el lideratge entre les dues vessants.

Els models avaluats estaven en fases desiguals quant al seu desplegament, tot i que gairebé tots s'iniciaren al primer trimestre de 2013. Alguns es trobaven en fases inicials de definició i coneixement dels professionals (construint equip, per

exemple, fase 1, Mataró, Vilanova i la Geltrú ABSI i ABSII) o de disseny i escriptura del seu pla funcional (fase 2: Lleida, Tona-Mancomunitat de la Plana), mentre que d'altres estaven en fases més avançades de desplegament i d'implementació (fase 3: Gironès o CAPI Vilanova i la Geltrú). Només algunes experiències col·laboratives, segurament pel fet de ser de les més antigues, semblaven haver assolit la fase de consolidació amb molta experiència acumulada i avaluació (d'auditoria i continuada), en fase de formalització del model i avaluació de la millora contínua (Reus, la Garrotxa o Sabadell).

Pocs models disposaven d'un pla funcional o circuits escrits en el moment de l'avaluació externa, encara que tots destacaven per la trajectòria i l'experiència de treball col·laboratiu i el fort lideratge estratègic i motivacional en el seu desplegament. Dintre dels seus objectius es proposava millorar la coordinació de serveis/àmbits, la qualitat i l'eficiència de l'atenció, el benestar dels usuaris, com també evitar duplicitats i detectar necessitats socials i sanitàries; havien definit iniciatives per identificar necessitats organitzatives i fomentar el treball d'equip i visions més integrades d'atenció i prevenció en usuaris amb major risc de necessitats socials i en salut.

### Què implica treballar en un model col·laboratiu per als professionals

A partir dels relats dels professionals es van identificar trets clau del que hauria de tenir un model quant a la seva conceptualització, gestió de recursos humans, cultura organitzativa i aspectes qualitius

intangibles (taula 2). Els professionals participants consideraren que un model col·laboratiu anava més enllà de l'atenció coordinada (considerada una forma de treball més informal entre diferents professionals) o integrada de l'atenció que implica, a més d'aquests atributs, tenir objectius comuns definits i una visió global dels usuaris amb un acord institucional formalitzat. En definitiva, treballar en un model col·laboratiu com a concepte per als professionals implicava passar de la informalitat a la formalitat dels processos i de l'organització i atenció (escrivint, protocol·litzant, fent que les institucions i els proveïdors es posin d'acord amb objectius comuns).

### ■ Treballar en un model col·laboratiu com a concepte per als professionals implicava passar de la informalitat a la formalitat dels processos i de l'organització i atenció.

### Barreres i facilitadors en el desplegament dels models

Darrere els models col·laboratius es percep que hi havia un canvi de paradigma de l'atenció i una adaptació de les estructures i que s'estava interioritzant el model per part dels professionals i proveïdors. Entre les barreres mencionades destaquen: a) la manca de directrius clares i d'objectius comuns per part dels 2 departaments (Departament de Salut i Departament de Benestar Social i Família); b) la manca de reconeixement institucional (por-

tar a terme un model col·laboratiu depèn en gran mesura del voluntarisme professional; a més, la inexistència de directrius/objectius comuns dificulta avançar); c) les resistències al canvi organitzatiu, a la manera de treballar i a les diferents visions; d) la inexistència de sistemes d'informació compartits, terminologia comuna i espais compartits tant estructurals i físics com de la paraula que condicionen el treball col·laboratiu. A continuació s'exemplifiquen algunes de les barreres esmentades pels professionals:

#### Manca de legitimació i lideratge institucional

*«Com que les coses no estan clares des de dalt, i és tan rellevant el canvi i tot el que comporta, l'actitud és d'incertesa: em moc o no em moc?»  
[professional, model Alt Penedès]*

*«La gran dificultat és que tenim diferents proveïdors de salut, amb diferents objectius propis, situacions diferents, i això, quan ho apliques al pacient, dificulta que puguis donar-li el mateix a no sé quants quilòmetres de distància.»  
[professional, model Alt Penedès]*

*«No tan sols podem dependre de les voluntats de la gent; amb això no en tenim prou...»  
[professional, model Tona-Mancomunitat de la Plana]*

#### Manca d'adaptació d'estructures, processos i dels agents del sistema

*«Nosaltres parlem de compartir informació bàsica, allò que és fonamental; per exemple, és important poder establir marcadors de situacions de risc i poder-ho veure directament sense haver d'utilitzar mecanismes del segle XVIII. Per exemple, aquesta persona a qui jo he identificat amb situacions de risc, l'àmbit de salut ja la té identificada com una situació de maltractament.»*

*Ja no cal que indagui més; parlo amb salut.»*  
[professional, model Lleida]

*«A més, aquí tenim una dificultat afegida important, i és que estem parlant de dos sistemes que tenen llenguatges diferents com a sistema amb informació significativa diferent. En l'àmbit dels serveis socials bàsics, tenim un tema clau que és el nucli familiar. (...)»* [professional, model Lleida]

### **Professionals que estan interioritzant un nou model d'atenció**

*«Una de les principals barreres ha estat la diferència en les formes de treballar. Som sistemes molt diferents; el sistema sanitari té una manera de treballar i de veure les coses, i al principi hi va haver tibantor. Des de social ja teníem història de treballar amb salut, però quan vam fer la incorporació, vam haver d'anar llimant. Una de les solucions va ser, per exemple, que tothom anés amb bata blanca, o ajustar terminologies, per exemple, el que nosaltres enteníem per urgència i el que enteniien ells...»* [professional, model Reus]

*«És difícil actuar en un problema únicament per la part d'un sector. Unir forces ha estat un avantatge per a l'usuari i un avantatge per a nosaltres, perquè hem entès que al darrere hi havia una càrrega que nosaltres ni la coneixíem. [...] Qui detecta el problema de vegades són els sanitaris i de vegades són serveis socials; aquell que ho detecta és el primer que comença a engegar el motor...»* [professional, model Sabadell]

*«Jo trobo que el que passa és que els dos sistemes no tenen res a veure, encara; per tant, totes aquestes pors són lògiques.»* [professional, model la Garrotxa]

Els facilitadors més rellevants per a la creació i el desplegament dels models col·laboratius foren: a) el context (la importància de l'històric de treball col·laboratiu i referències prèvies: PRODEP, PPAC,

SEVAD o altres, de les institucions, els proveïdors i les persones implicades); i b) la mida, la delimitació territorial i les estructures organitzatives que promouien el treball en equip, el treball multidisciplinari i l'atenció coordinada i integrada. Altres facilitadors en l'evolució dels models es van relacionar amb el lideratge, la motivació i la creença en el model, l'existència de professionals referents que fan de vincle entre ambdós àmbits d'atenció. A continuació s'exemplifiquen alguns dels facilitadors esmentats pels professionals:

### **Facilitadors de context: importància de l'històric, les institucions i proveïdors**

*«L'atenció primària és la intersecció entre tots dos departaments i cal que polítics i tècnics —més tècnics que polítics, perquè els polítics no entenen aquestes coses— entenguin que el problema puntual és aquest. I que, a partir d'aquí, aniran cap a un lloc o cap a un altre. Però és aquí, a atenció primària, on generem la gent que va cap als dos llocs.»* [professional, model Reus]

*«Això també és important (certa cultura de treball en equip), perquè, amb aquest nou model, hem de generar molts consensos: requisits, perfils, criteris d'accés, instruments de valoració, diagnòstics per evitar contradiccions...»* [professional, model Tona-Mancomunitat de la Plana]

### **Facilitadors institucionals, instrumentals i de territori**

*«Jo penso que el fet que hi hagi acord institucional és com a mínim un element que ha de garantir una continuïtat i que no sigui un experiment. [...] Les experiències que es fan (entre professionals, equips, etc.), si no tenen el suport i aquesta implicació de la institució, desapareixen quan desapareixen els professionals.»* [professional, model Lleida]



«És evident que cada territori s'estructura d'una manera diferent, però també hi ha d'haver una estructura marc clara, perquè, si no, es queda en un tema de voluntats, i els temes de voluntat es poden realitzar o no. [...] Com que fins ara no tenim directrius, en els territoris on s'ha seguit un model col·laboratiu és una qüestió de voluntats, perquè no hi ha instruccions.» [professional, model La Garrotxa]

### Facilitadors de gestió, d'estructura i funcionament

«Un paper clau l'ha tingut la direcció també en el lideratge; en generar el clima adient per poder treballar.» [professional, model Vilanova i la Geltrú]

«Jo crec que, per tal d'entendre'ns i apropar-nos a nivell de llenguatges, és molt important treballar junts i buscar punts de formació que siguin compartits; la formació compartida és molt important.» [professional, model Gironès]

«Alhora, les comissions són espais on, durant anys i més anys, ens reunim, i això crea confiança, crea cultura de treball i crea equip, crea integració. Els responsables, i també els treballadors socials, sobretot els tècnics, parlen de casos [...]» [professional, model La Garrotxa]

«Nosaltres vam poder trencar el tema de la jerarquia entre metges i treballadors socials; això es va poder fer a través de sessions conjuntes, generant espais informals de trobada, etc.» [professional, model Vilanova i la Geltrú]

«Les competències de cada professional en cada situació han d'estar ben marcades. I quan tu traspases aquesta competència, és molt important tenir definides quines són les meves tasques.» [professional, model Mataró]

## Conclusions i recomanacions per als decisors

Aquest estudi ha permès recollir la veu i perspectives dels professionals vinculats als models col·laboratius que han estat fonamentals per a aquesta avaluació externa. L'estudi ha permès obtenir una fotografia dels trets clau dels 9 models avaluats d'utilitat a diferents nivells: a nivell micro (descriure cada model, identificar aspectes de millora i necessitats percebudes) a nivell meso i a nivell macro (per facilitar la presa de decisions per donar resposta a les necessitats identificades).

### ■ L'estudi ha permès obtenir una fotografia dels trets clau dels 9 models avaluats d'utilitat a diferents nivells: a nivell micro, a nivell meso i a nivell macro

#### Algunes recomanacions estratègiques clau a nivell meso i macro

- Implicar de forma més estreta (lligam institucional) els Departaments de Salut, Benestar Social i Família i els Ajuntaments.
- Cal legitimació i posicionament dels 2 departaments (Social i Salut) per establir objectius comuns contemplats en la contractació del serveis vinculats als models (contractes programa), els territoris o els mecanismes de cooperació (el que hi ha en aquests moments no és suficient).
- Acompanyar en el canvi: són canvis de competències, de model, de me-

metodologies de treball; i tot això genera moltes resistències.

- Legitimar el treball col·laboratiu: incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; hores i feina dedicades (motivar els professionals per tal de garantir el desplegament i continuïtat de cada model).
- El nou Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció entre Serveis Socials i Sanitaris hauria de marcar les directrius clares per a tots els models i hauria d'incentivar l'atenció integrada.
- Facilitar anar cap a un model real de l'atenció centrada en la persona.
- Prioritzar que els professionals de l'àmbit social i sanitari puguin accedir i compartir la informació d'un

mateix usuari a través de sistemes d'informació compartits.

- Repensar el rol de l'atenció primària i dotar-la d'eines i de recursos. L'atenció primària de salut hauria de ser un dels eixos clau en l'atenció sanitària dels usuaris.
- Els professionals s'han de conèixer per poder treballar junts. Cal donar temps per generar clima de treball col·laboratiu i poder fer el desplegament de cada model.
- Des de la formació de grau i postgrau universitari (sobretot en l'àmbit sanitari) seria important ensenyar que és important la relació, no tan sols el vincle amb usuari o pacient, sinó també el coneixement del seu entorn i el treball en equip i integrat.

## 1. Característiques estructurals i d'organització dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària avaluats\*

Estudi cas (model col·laboratiu)	Alt Penedès	Gironès	La Garrotxa	Lleida ciutat	Tona- Mancomunitat t de la Plana	Mataró	Sabadell	Reus	Vilanova i la Geltrú
<b>Principals institucions implicades</b>	-Ajuntament -Consell Comarcal -Consorci Sanitari	-Institut d'Assistència Sanitària -Consorci Benestar Social -Institut Català de la Salut (ICS)	-Consorci d'Acció Social -Institut d'Assistència Sanitària -ICS	-Ajuntament -Regió sanitària de Lleida -ICS	-Mancomunitat -Ajuntament -ICS	-Ajuntament -Consorci Sanitari	-Ajuntament	-Ajuntament -Grup d'Assistència Sanitària i Social	-Ajuntament -ICS
<b>Any inici (encàrrec institucional)</b>	2013 (SI)	2013 (SI)	1996 (No)	2013 (SI)	2013 (SI)	2013 (SI)	1984; 2012 (No)	2013 (SI)	2013 (SI) (+)
<b>Perfils professionals a l'avaluació (volum participants)</b>	treball social (11), infermeria (2), medicina familiar i comunitària (1), medicina interna (1)	treball social (4), infermeria (6), medicina familiar i comunitària (1), medicina preventiva (1), pràctiques (treball estudiant en social); 1)	treball social (7), infermeria (1), medicina familiar i comunitària (1), medicina (1), medicina psiquiàtrica (1), medicina geriàtrica (1)	treball social (9), infermeria (3), educació social (1), medicina familiar i comunitària (1), medicina comunitària (1)	treball social (3), educació social (2), infermeria (4), medicina familiar i comunitària (1), terapeuta ocupacional (1)	treball social (10), medicina familiar i comunitària (1)	treball social (4), educació social (1), infermeria (3), medicina familiar i comunitària (2)	treball social (5), educació social (2), infermeria (2), medicina familiar i comunitària (1), medicina preventiva (1)	treball social (12), educació social (1), infermeria (6), medicina familiar i comunitària (4), medicina comunitària (1), psiquiàtrica (1)
<b>Participació altres projectes previs</b>	-PRODEP -PPAC	-PRODEP -PPAC -Viure en família -SEVAD	PRODEP	PRODEP PPAC	PRODEP	PRODEP SEVAD	PRODEP	PRODEP	PRODEP
<b>Població diana prioritària</b>	-cronicitat -dependència -cuidadors	-cronicitat -dependència -cuidadors	-qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària	-cronicitat -dependència i violència maltractament	-cronicitat -dependència i violència maltractament i salut mental i drogues	-cronicitat dependència -cuidadors	-qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària	-qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària	-qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària

\* Informació extreta dels qüestionaris semiestructurats, grups de discussió amb els professionals implicats i documentació interna/gestió de cada model. PRODEP: programa d'atenció a la dependència; PPAC: programa de prevenció i atenció a la cronicitat; SEVAD: servei de valoració a la dependència; ICS: Institut Català de la Salut; (+). Al model col·laboratiu a Vilanova i la Geltrú hi ha un centre d'atenció primària de salut integrat (CAPI) que depèn de l'Ajuntament des del 2003.

**Taula 2. Conceptes entorn al que implica un treball col·laboratiu extrets dels discursos dels professionals participants\***

- **Una relació més propera i més àgil entre els diferents serveis i major detecció de necessitats socials i sanitàries**  
«Jo m'imagino que s'ha de tractar d'una relació més propera i més àgil entre els diferents serveis que atenem la població. Jo entenc això, facilitar la comunicació.» [professional, model de Vilanova i la Geltrú]
- **Un intercanvi d'informació més fluid (des del vessant social)**  
«Nosaltres, el que esperem d'aquest model col·laboratiu, és poder tenir una relació més fluida d'intercanvi d'informació, i que després, des de sanitat, sapigueu també quina és la nostra feina.» [professional, model de Vilanova i la Geltrú]
- **Un coneixement dels dos àmbits (des del vessant de salut)**  
«Jo, respecte a les expectatives del model col·laboratiu, crec que el que és molt important, i ja s'ha dit, és el coneixement dels dos àmbits i dels recursos que té cada un. Saber-ho també et determina una mica l'abast de la actuació; fins on arribes i on t'has de quedar.» [professional, model de Vilanova i la Geltrú].»
- **Tracte més global a l'usuari, tenir totes les visions i treballar de manera conjunta**  
«Et dona punts de vista que de vegades, des de salut, no veus, i això és molt important.» [professional, model d'Alt Penedès]  
«S'inicia per l'eficiència; els recursos són els que són, però sumant es pot fer més que separats, i el pacient té necessitats tant socials com orgàniques, això ja ha quedat més que demostrat; a partir d'aquí, jo penso que és una manera de tenir les coses molt més ateses i molt més controlades, perquè l'atenció primària pot ser per ambdues bandes [...]. És una manera de veure les necessitats, gairebé com si ho veiessis amb uns sols ulls.» [professional, model del Gironès]
- **Tenir un pla de treball, acord institucional i objectius comuns**  
«Jo penso que nosaltres podem col·laborar, però no fem una atenció integrada; col·laborem, ens passem informació, però no hi ha un objectiu en comú. En canvi, l'atenció integrada vol dir que hi ha col·laboració, però que també hi ha un objectiu comú.» [professional, model del Gironès]  
«Moltes vegades depèn de les relacions entre els professionals, de les persones de les diferents organitzacions, de la bona voluntat, i fins i tot del *feeling*. Mentre que parlar d'un model col·laboratiu ja implica un consens, un acord institucional; i també és una actitud, col·laborar amb una meta comuna; potser parteix més de compartir objectius estructurals i no únicament d'atenció.» [professional, model de Lleida]
- **Les dues parts en igualtat de condicions (àmbit social i sanitari)**  
«Nosaltres veiem que, com a model col·laboratiu, hi ha dos sistemes que estarien en la mateixa situació, en igualtat de condicions, no sé com dir-ho, però que hi ha dos sistemes l'objectiu dels quals és col·laborar. La diferència que jo veig és que, quan estem parlant d'integració, voldria dir que un sistema estaria integrat dins d'un altre i no seria aquest cas.» [professional, model de Lleida]
- **Comporta que hi hagi establerts tota una sèrie de circuits diferenciats, etc.**  
«Sí, i sobretot implicarà que hi hagi establerts tota una sèrie de circuits diferenciats, etc.» [professional, model de Lleida]
- **Està tot més sistematitzat i permet organitzar-se millor**  
«En el model col·laboratiu, acabaràs fent coordinacions també, però d'una manera més sistematitzada. I ara, segurament, ho farem d'una manera molt més formal, no duplicarem, ens ajudarà a organitzar-nos millor.» [professional, model de Lleida]
- **Una manera de treballar que optimitza recursos**  
«I han de fer un pla d'acció, perquè tots els recursos siguin més aprofitables i perquè tota la millora que tingui sigui la més gran possible dins de la seva situació.» [professional, model col·laboratiu de Sabadell]  
«I és una manera, tot participant i compartint informació, de crear plans i de treballar per optimitzar els recursos, que se'n perden molts.» [professional, model de Sabadell]

\* Resultats extrets dels grups de discussió amb els participants als 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària avaluats.

## Annex 1. Professionals vinculats als models col·laboratius participants en l'avaluació externa

Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària	Professionals participants
Alt Penedès	Montse Domènech, Montserrat Gener, José Carlos Molina, Pilar Piñeiro, Mercè Aranda, Sonia Campos, Raquel Escriche, M <sup>a</sup> José García, Victòria Jou, Raquel Llera, Alba Paris, Juan M. Rivera, Encarna Torres, Raquel Manuel i 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 i 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 i 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 i Rosa Vilanova
Mataró	Marga Garcia, Maria Gil, Cristina López, Asun Muñoz, Emili Burdoy, Nuria Fàbregues, Victòria Mir, Noemí Pou, Maria Antònia Rocabayena, Vanessa i Laura Seijo
Reus	Àngels Granados, Teresa Rabadà, Jesús San Miguel, Cori Vall, Carolina Bautista, Montse Busquets, Lídia Martínez, Patricia Ricard, Esperança Vallejo, Tània Cuadrado i Lupe Roa
Sabadell	Núria Albi, Soledad Casas, Inés Escribano, Regina Liñán, Mari Carmen Aragón, Carme Cecilla, Cristina Cobo, Montserrat Curtiellas, Vanessa Martínez, Lídia Palau i 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 i Núria Viñas
Vilanova i la Geltrú	Rian Anguix, Àlicia 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 i Mònica Serra

\* Es van incorporar com a col·liders de l'àmbit sanitari (Institut Català de la Salut de Girona) la Montse Canet, Sara Rodríguez i Esteve Avellana; \*\* Actualment l'Ester Sarquella és membre del comitè operatiu del Pla Interdepartamental d'Interacció entre els serveis socials i sanitaris. L'Aida Guillaument es va incorporar com a col·lifer de l'àmbit social (Serveis Socials de la Mancomunitat de la Plana).

### Bibliografia

- 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. i 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. i 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. i SOLAS, O. “Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad”, en *Gac. Sanit*, núm. 27 (2013). Pàg. 128-134.
- SERRA-SUTTON, V.; MONTANÉ, C.; PONS, J. M. V. i 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. i VÁZQUEZ, M. L. “Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña”, en *Gac. Sanit*, núm. 21 (2007). Pàg. 114-123.

# La gestió de casos en el context socio-sanitari

## Case management in social & health context

Alicia Sarabia-Sánchez<sup>1</sup>

### Resum

La necessitat d'intervenció de les àrees social i sanitària per a l'atenció a les persones amb malalties cròniques complexes que necessiten també suport social ha donat lloc a la posada en funcionament de programes d'atenció integral social i sanitària en els quals es promou la gestió de casos com a mètode d'intervenció. Aquest article prova d'acotar aquest mètode i la seva adequació a l'entorn de treball amb persones que necessiten la col·laboració dels dos sistemes per a la seva atenció.

**Paraules clau:** Gestió de casos, gestió de les cures, interdisciplinarietat.

### 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.

*Per citar l'article:* SARABIA-SÁNCHEZ, Alicia. La gestió de casos en el context socio-sanitari. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 95-107. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Diplomada en Treball Social i llicenciada en Sociologia. Investigadora social. [alicia.sarabia@gmail.com](mailto:alicia.sarabia@gmail.com)

## El context actual: noves necessitats

En una societat en canvi permanent com és l'actual, resulta complicat delimitar de manera tan clara com en èpoques anteriors els camps d'actuació de cada professió.

D'una banda, el mercat laboral d'avui exigeix als treballadors, a més dels coneixements i habilitats propis de la seva disciplina, característiques com flexibilitat, capacitat de lideratge, destreses per al treball en equip, iniciativa per a la innovació, adaptabilitat, capacitat d'anàlisi o habilitats en la resolució de problemes, per esmentar només alguns d'aquests nous requeriments. No obstant això, aquests no són objecte de cap disciplina en concret, ni s'estudien com a tals en cap Universitat, sinó que són competències transversals que qualsevol treballador d'avui ha de tenir, i per tant no delimiten camps d'actuació professional.

De l'altra, s'ha produït una evolució en la percepció dels ciutadans com a titulars de drets i no com a simples receptors de serveis, encara en el context actual de deconstrucció conceptual i pràctica de l'Estat del Benestar. Això obliga a professionals i institucions a organitzar sistemes que donin resposta a les demandes d'aquests ciutadans alhora que s'ajusten els modes de funcionament per millorar l'eficiència en la utilització d'uns recursos que sempre resulten escassos. D'aquesta manera sorgeixen la multidisciplinarietat i la interdisciplinarietat, que fan encara més borrosos els límits tradicionals entre les competències de cada professional.

En aquest entorn, els professionals de la salut i del camp social (entre d'altres)

ens enfrontem al doble repte de respondre tant a les exigències dels nous models organitzatius de les entitats per a les quals treballem com a les noves demandes dels usuaris.

Un dels contextos en què aquest canvi es fa més palpable és l'anomenat "espai sociosanitari", en el qual es dona, a més, un tercer element: la confluència de dos sistemes prestacionals de característiques i envergadura molt diferents.

Així, el sistema sanitari, per la seva banda, presenta un recorregut històric llarg, un grau d'estructuració i normativitat alt, una estructura jeràrquica ben establerta, una definició i delimitació de rols professionals de llarga tradició i profundament arrelada, així com unes expectatives clares per part dels usuaris. A més, l'ampliació del dret a l'atenció sanitària a la gran majoria de la població, l'existència d'una cartera de serveis garantits i l'assignació als ciutadans d'un professional de referència (el metge de capçalera) la converteixen en alguna cosa inserida en la vida quotidiana de les persones la utilització de la qual s'assumeix amb naturalitat, ja que tot ésser humà, ric o pobre, pot tenir problemes de salut que requereixin aquests serveis.

No obstant això, la situació dels serveis socials és molt diferent. En primer lloc és un sistema de construcció molt recent: els serveis socials a Espanya es van construir en la seva configuració actual a partir dels anys 80 del segle passat; és a dir, encara que hi havia estructures i recursos previs, l'organització actual té menys de 40 anys de vida, la qual cosa des d'una perspectiva històrica és un lapse molt breu, i des del punt de vista organitzacional re-



sulta un període escàs per haver aconseguit una veritable consolidació. A més, la transferència de les competències en aquesta àrea a les comunitats autònomes ha provocat una diferenciació tant reguladora com organitzativa entre els diferents territoris del país. A això cal sumar les competències genèriques que la normativa que regula les administracions locals ha atribuït a aquestes en aquesta matèria i que ha donat lloc a la implantació en els municipis de diferents recursos en funció de les decisions de cada corporació local, sense que s'estructurés una veritable xarxa que respongui a una planificació supraterritorial de necessitats, sinó a una mera juxtaposició de recursos. Així doncs, trobem normes diferents segons la zona, titulars diferents per a recursos semblants, prestacions desiguals en properes (tant geogràficament com poblacionalment), estructures professionals i organitzatives heterogènies. A això cal afegir-hi una característica més dels serveis socials: no són un dret dels ciutadans sinó prestacions dependents de la disponibilitat pressupostària, que a més no solen rebre assignacions suficients per part dels que s'encarreguen de prioritzar la distribució dels recursos econòmics. Tot això ha convertit els serveis socials en un conjunt de sistemes dispars que són percebuts, en general, com una cosa a la qual no es té dret si no s'és pobre i sense xarxa familiar de suport. Aquesta visió dels serveis socials com un últim recurs per als qui no disposen dels mitjans econòmics i/o familiars per solucionar els seus propis problemes causa que una porció considerable de la població se senti reticent a acudir a aquest sistema, el que al seu torn perpetua la imatge dels serveis socials com una

cosa residual a la qual no cal dedicar més fons ni recursos, ja que és per a un sector marginal (i molts cops marginat) de la població. No obstant això, aquesta perspectiva està canviant arran de l'aparició de la Llei de promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència (LAPAD), que en instaurar un seguit de prestacions i serveis com un dret universal ha obert la porta dels serveis socials al conjunt de la població.

En aquest context, aquests sistemes (el sanitari i els de serveis socials) han de donar resposta a les noves situacions que estan sorgint a causa d'alguns dels canvis sociològics que s'estan produint en la societat. Els més rellevants en relació amb el tema que ens ocupa són, entre altres:

- La major esperança de vida i per tant l'augment del nombre de persones grans, amb les seqüeles inevitables que l'envelliment causa en l'estat de salut i la dependència funcional, tal com mostren les dades de l'INE (1).
- La disminució de la natalitat en la població autòctona, que implica una proporció més gran de persones grans en relació amb les joves de les seves pròpies famílies, com assenyala Gil Alonso.
- La més gran prevalença de situacions de discapacitat i malaltia crònica causada pels avenços medicosanitaris, que permeten una més gran supervivència davant de malalties i accidents abans mortals.
- La incorporació generalitzada de la dona al mercat laboral, segons recullen LARRAÑAGA i ECHEBERRÍA, que disminueix el nombre de possibles cuidadores familiars.

- La més gran mobilitat geogràfica de les treballadores causada per un mercat laboral inestable, segons indiquen entre altres les fonts Hays i Nova Empresa, que debilita la disponibilitat de les xarxes familiars i veïnals de suport.
- L'augment en relació amb èpoques anteriors de les famílies monoparentals la responsable de les quals és una dona sola amb fills (INE (2)) (que s'anomena "famílies monomarentals"), el que incrementa la seva dificultat per exercir, a més, de cuidadora de persones alienes al nucli familiar.

Totes aquestes circumstàncies han donat lloc a una població creixent de persones que, davant una situació de discapacitat o malaltia crònica, no disposen dels recursos socials de suport necessaris per afrontar-la de manera autònoma i necessiten per tant el suport de les institucions sanitàries i socials simultàniament. No obstant això, la disparitat entre els dos sistemes, com hem vist anteriorment, així com la manca de connexió entre ells, creen buits en la continuïtat assistencial a través dels quals cauen els ciutadans, i en aquestes caigudes corren el risc d'empitjorar notablement la seva situació.

### Alguns reptes a afrontar

En aquest context social i sanitari, i per donar resposta a les necessitats exposades, han anat sorgint diversos programes sociosanitaris com maneres de coordinació afavoridores de la continuïtat assistencial dins de les xarxes i els dispositius implicats. Aquesta interacció de les diferents xarxes i dispositius pretén l'òptima utilit-

zació de les capacitats i recursos dels sistemes, de manera que es configuren progressivament com una xarxa interrelacionada i integrada de serveis als usuaris, sense perjudici de les competències de cada departament pròpies del seu àmbit, sanitari o social. Tot això implica generar una visió interdisciplinària i transversal, imprescindible en la intervenció dels professionals que atenen i assessoren les persones que pateixen una problemàtica de salut i presenten alhora problemes socials. És qüestió, en definitiva, de crear un model d'interacció dels serveis sanitaris i socials, elaborant plans de treball interdepartamental, que contribueixi a generar un model d'intervenció global coordinada, amb una mateixa visió de conjunt que tingui en compte la persona. Es busca també la interacció entre la xarxa d'atenció especialitzada de salut i els serveis socials bàsics, per establir mecanismes de coordinació que permetin fer efectives les necessitats d'atenció especialitzada, la continuïtat assistencial i la prestació de serveis socials, generant vies d'interacció on les persones i les seves necessitats siguin el centre dels serveis. Es pretén facilitar la continuïtat assistencial en el domicili per evitar que les estades hospitalàries es prolonguin inadecuadament.

El desenvolupament dels programes sociosanitaris suposa donar un impuls important al model integral social i sanitari d'atenció a les persones. Això comporta la necessitat de dur a terme una reflexió sobre alguns aspectes funcionals relacionats amb el desenvolupament de la tasca dels professionals implicats i comporta una readaptació en la manera de fer treball social tant des de l'àmbit de salut com des

de serveis socials. Així doncs, els treballadors socials ens trobem amb alguns reptes professionals concrets com serien:

1. La necessitat de diàleg i coordinació entre treballadors socials de diferents institucions: Molt sovint, i a causa de les característiques abans esmentades dels serveis socials, les diverses institucions d'aquesta branca estan profundament desconnectades. Així, l'atenció primària que fan els municipis sol tenir escassa connexió amb els gestors dels recursos especialitzats (que solen ser d'àmbit supramunicipal: comarcal, provincial o autonòmic) més enllà de la tramitació purament administrativa; i la informació i coordinació no té lloc amb la fluïdesa necessària per abordar les situacions de necessitat dels ciutadans de manera integral. Això es fa palès, per exemple, en les dificultats que habitualment té la programació d'altres hospitalàries respecte a l'habilitació de recursos socials en l'entorn comunitari. Per donar resposta en el marc de la coordinació socio-sanitària, són necessaris dos canvis. Un institucional, ja que és necessari i imprescindible fer les modificacions organitzatives i estructurals necessàries per fer possible aquesta cooperació entre els diferents prestadors de serveis socials, de manera que es passi de l'actual coordinació informal a un model formalitzat i amb suport institucional de treball en comú. Aquesta modificació organitzativa i estructural ha de tenir en compte la centralitat i la globalitat de l'usuari per flexibilitzar

l'oferta de manera que sigui aquesta la que s'adeqüi a les necessitats, i no al contrari com sol ocórrer en l'actualitat. D'altra banda, els treballadors socials de tots dos àmbits han d'instaurar vies de cooperació i diàleg interdepartamentals operatius i vèncer les resistències provocades per la pertinença a diferents organismes administratius. A més, seria imprescindible integrar en aquesta xarxa de cooperació els prestadors privats de serveis socials (comercials i no comercials), trencant la dicotomia públic/privat per aconseguir una eficàcia real de les intervencions.

2. La necessitat de diàleg i coordinació entre professionals sanitaris i socials: partint de la diferent posició i estatus dels seus àmbits respectius, una de les queixes més freqüents dels treballadors socials que exerceixen en l'entorn sanitari és l'escassa rellevància que els professionals d'aquest sector solen concedir al treball social. La visió tradicional de la funció dels professionals sanitaris com "sanadors" de malalties els ha fet obviar en moltes ocasions que la salut va més enllà de l'absència de malaltia i abasta altres àmbits com l'emocional i el social. Per això, caldria una reformulació dels continguts tradicionals de l'atenció a la salut en el sistema sanitari per incloure els professionals del camp social com a membres de ple dret dels equips. Més encara, aquesta nova conceptualització hauria d'incloure no només els treballadors socials de l'àmbit sanitari, sinó fer-se

extensiva a tots els serveis socials entenent-los, perquè pugui produir-se un diàleg en igualtat de condicions, com a agents de salut i elements fonamentals per a l'abordatge de l'atenció integral als ciutadans amb necessitat d'intervenció sociosanitària.

3. El treball en equips interdisciplinaris i el repartiment de rols: la mateixa naturalesa de la coordinació socio-sanitària implica les exigències de cooperació, integració de sistemes, interdisciplinarietat, transversalitat o continuïtat assistencial. Aquest concepte de l'atenció a persones amb necessitats tant sanitàries com socials fa necessari delimitar les competències pròpies de cada un dels professionals participants, de manera que interdisciplinarietat no es converteixi en sinònim de "tothom pot fer qualsevol de les tasques i funcions", especialment en detriment del treball social. Si bé la flexibilitat de rols és necessària per garantir la cobertura de les necessitats dels usuaris, també és important garantir el nivell de qualitat en el contingut de cada un dels serveis i prestacions del sistema. Altrament, es corre el risc de caure en un dels errors tradicionals dels serveis socials (com a bons hereus de la beneficència): ja que se sol pensar que tots els que estan en aquest camp ho fan perquè són bones persones, qualsevol bona persona pot fer qualsevol de les tasques i funcions pròpies del treball social. Això, que pot semblar una caricatura per als aliens a aquest àmbit, sol

ser una realitat palpable en algunes parcel·les de la intervenció social.

En aquesta situació, ens trobem que alguns dels nous programes orientats cap a la coordinació sociosanitària promouen la implantació del mètode de treball denominat gestió de casos.

### La gestió de casos com a resposta

El "case management", que s'ha traduït com a "gestió de casos", va sorgir als Estats Units als anys 70 per afrontar la fragmentació en la provisió de serveis. De fet, la seva situació era molt similar a la nostra actual: en els àmbits de l'educació, la sanitat i els serveis socials, cada establiment (atenció primària, atenció especialitzada, atenció institucional, nivells local, provincial, regional, departamental, estatal) es regia per les seves pròpies normes, que, la majoria de les vegades, no tenen en compte la coordinació amb la resta. Cada nivell assistencial era concebut com un món en si mateix, aliè al que passés fora. En aquesta situació, tant els usuaris com els professionals es qüestionaven la fragmentació de les intervencions per part de cada un d'aquests nivells d'atenció, que no tenen en compte que la persona és només una, que les seves circumstàncies són canviants i que la tipologia i intensitat de les intervencions han de variar de forma tan fluïda com ho fa la vida de l'ésser humà.

Els orígens de la gestió de casos pròpiament dita es troben en la qual es podria traduir com a Llei estatunidenca de Serveis enllaçats (*Allied Services Act*) de 1971, que reconeixia la necessitat de millorar la interrelació entre els programes d'àmbit

estatal i local dels departaments de Salut, Educació i Benestar. Per a això es van implantar una sèrie de projectes pilot de mecanismes de coordinació, principalment a escala local, que incloïen el desenvolupament de nous sistemes d'informació i referència, sistemes de seguiment de clients, centres de serveis integrals i procediments de gestió de casos.

Aquests projectes pilot es desenvolupaven mitjançant un “nou” mode d'intervenció que es va anomenar “case management”, que anava destinat a proporcionar una atenció integral i integrada en la qual el client i les seves necessitats fossin el centre de la intervenció, i que incloïa una funció de promotor de canvis en el sistema. L'aplicació d'aquest mètode als diferents àmbits de necessitats socials va donar lloc a diferents formes de “fer” gestió de casos, principalment en funció del grup poblacional al qual s'apliquessin. Un dels àmbits en què amb més força es va imposar aquest mètode fou en el de les cures de llarga durada i el dels pacients amb necessitats complexes d'atenció, el “care management”. La similitud entre les paraules “case” (cas) i “care” (cures) ha provocat que en nombroses ocasions s'utilitzin com a sinònims i es confonguin l'una amb l'altra, reduint la gestió de casos a gestió de les cures. Fins i tot, en un context de reduccions pressupostàries, s'han arribat a assimilar aquests dos termes amb un tercer, el “managed care”, la funció principal del qual és controlar els costos mitjançant l'assignació adequada dels recursos més econòmics que siguin apropiats.

En el paràgraf anterior hem ressaltat la paraula “nou” en referir-nos al mètode de gestió de casos perquè, com sostenen

AUSTIN i MCCLELLAND, resulta irònic que es consideri a la gestió de casos com un dels “nous” abordatges més populars quan en realitat les arrels de la gestió de casos es remunten als inicis del treball social i l'èmfasi que Mary Richmond posava en la importància que tenien els enfocaments centrats en el client per a la coordinació i la cooperació entre agències.

Fruit d'aquests fonaments, la gestió de casos als Estats Units va beure inicialment de les fonts del treball social. No obstant això, la seva adopció al Regne Unit, on existia un sistema sanitari sòlid com l'espanyol, va donar lloc a la seva aplicació majoritàriament en l'àmbit de la salut. Això, juntament amb la similitud fònica amb el “care management” i amb la preponderància tradicional del sistema sanitari sobre el de serveis socials, ha causat que la seva aplicació en el context europeu s'ha anat escorant cap a la seva concepció com a servei en el marc sanitari, i per tant com a pròpia dels professionals sanitaris.

Però què és en realitat la gestió de casos? Tot i que hi ha nombroses definicions, en ressenyarem algunes de les més rellevants:

Segons INTAGLIATA, la gestió de casos és “un procés o mètode adreçat a garantir que es proporciona al consumidor qualsevol servei que necessiti, de manera coordinada, efectiva i eficient”.

Austin afirma que “la gestió de casos és vista de forma àmplia com un mecanisme dirigit a vincular i coordinar segments d'un sistema de provisió de serveis [...] per garantir [...] el programa més integral per satisfer les necessitats d'atenció d'un client individual”.

L'Associació Nacional de Treballadors

Socials dels EUA defineix la gestió de casos com “un mètode de provisió de serveis en el qual un professional del treball social valora les necessitats del client, i de la seva família quan sigui adient, i organitza, coordina, monitoritza, avalua i dóna suport (fa de mitjancer) un grup de múltiples serveis per satisfer les necessitats complexes d'un client específic... La gestió de casos en treball social té naturalesa tant micro com macro, i la intervenció té lloc tant en el nivell del client com en el del sistema”.

### ■ No s'ha de fer servir la “gestió de casos” com a terme paraigües que inclogui qualsevol intent de coordinació de serveis.

Com adverteix HUNTER, no s'ha de fer servir la “gestió de casos” com a terme paraigües que inclogui qualsevol intent de coordinació de serveis. Tampoc, com s'ha comentat abans, s'ha de confondre amb la “gestió de les cures” (care management) ni amb el *managed care* (que està dissenyat per evitar o escurçar al màxim l'hospitalització i reduir-ne les despeses), amb el “treballador de referència” (el paper del qual és molt més limitat, adscrit a un servei concret i per un temps limitat) o amb els “coordinadors” (que estan orientats cap a la gestió dels serveis i no cap a les necessitats de l'usuari).

Malgrat les diverses formes que pot adoptar la gestió de casos, existeix consens professional sobre les seves funcions fonamentals, independentment de com s'apliquin en la pràctica en cada context. Així, la gestió de casos inclou el desenvolupa-

ment seqüencial de tots i cadascun dels passos següents:

- Acotar l'àmbit: cal definir clarament l'esfera d'acció del programa concret, amb l'objectiu de seleccionar els destinataris més adients.
- Cribratge: suposa la valoració inicial dels usuaris potencials per establir la seva elegibilitat segons la seva adequació al perfil de població diana seleccionat.
- Valoració integral: és qüestió de recollir informació en profunditat sobre la situació social d'una persona i el seu entorn i sobre el seu funcionament físic, mental i psicològic, i això permet la identificació de les necessitats d'aquesta persona i les seves necessitats de suport. Acostuma a incloure l'ús d'instruments estandaritzats de valoració i pot tenir tres enfocaments: sobre els problemes, sobre les necessitats o sobre les fortaleses.
- Planificació del cas: amb la informació recollida durant el procés de valoració, el gestor de casos i l'usuari fan conjuntament una prescripció escrita i formalitzada (un “paquet”) de serveis. Existeix el risc, que s'ha de tenir en compte, d'enfocar la planificació en funció dels serveis disponibles, i no en funció de les necessitats de l'interessat i el seu pla d'intervenció adequat. En aquest sentit, el gestor de casos ha de buscar les alternatives que millor s'adeqüin al perfil de l'usuari, procurant lluitar amb l'estandardització dels serveis pròpia dels sistemes burocràtics.

- Implementació del pla i concertació de serveis: és el procés mitjançant el qual, com a suport a l'usuari (o substitució si aquest no pogués), s'estableix contacte amb els serveis, tant formals com informals, inclosos en el pla d'atenció, per a la prestació efectiva d'aquests serveis. Normalment implica negociacions amb els diferents proveïdors d'aquests serveis.
- Com que no és possible implementar amb èxit el pla d'atenció si la comunitat no té prou oferta de serveis, una funció que alguns autors afegeixen, complementària a l'anterior, és la de la defensa dels interessos de l'usuari davant els proveïdors de serveis per obtenir els serveis adients i davant l'organització burocràtica perquè posi en funcionament els serveis necessaris.
- Seguiment: Permet al gestor respondre ràpidament als canvis en la situació de l'usuari i augmentar, disminuir o suprimir la prestació dels serveis segons que calgui en cada moment. La seva freqüència és variable, depenent de la intensitat de les necessitats de l'individu i el seu entorn, la seva previsible cronicitat i del tipus de servei que s'està dispensant. El grau de reacció als canvis en les necessitats de l'usuari pot tenir un fort impacte tant en el seu benestar com en el cost dels serveis.
- Revaloració: pot ser preestablerta o realitzar-se en resposta a canvis detectats durant el seguiment. S'hi valoren de nou la situació i funcionament de l'usuari per identificar canvis des de la valoració anterior. Les revaloracions

preestablertes serveixen també per comprovar els avenços cap a les metes recollides en el pla.

MOXLEY (1989) hi afegeix una altra funció que considera fonamental:

- Implicació: significa la creació d'una relació de suport del gestor de cas amb els seus usuaris, en funció de les necessitats i els seus desitjos.

Segons Austin, els objectius referits al suport a les persones que necessiten cures de llarga durada han de ser de dos tipus:

#### **Orientats envers l'usuari:**

- Assegurar que els serveis proporcionats són adequats per a les necessitats d'aquell usuari específic.
- Supervisar les condicions de l'usuari per garantir l'adequació dels serveis.
- Servir com a únic punt de contacte que coordina la provisió de serveis que provenen de sistemes diferents i fragmentats.
- Millorar l'accés i la continuïtat de i entre els serveis.
- Donar suport als cuidadors i persones de suport de l'usuari.
- Servir d'enllaç entre el sistema institucional (basat en institucions) i el sistema d'atenció basat en la comunitat.

#### **Orientats envers el sistema:**

- Identificar mancances i errades de serveis a la comunitat.
- Facilitar el desenvolupament de més serveis a la comunitat.
- Promoure la qualitat i l'eficiència en la provisió de serveis.
- Millorar la coordinació entre els proveïdors de serveis.

- Prevenir institucionalitzacions inadequades mitjançant la detecció de casos susceptibles d'atenció en l'entorn mitjançant la gestió de casos.
- Controlar les despeses, especialment les més cares, examinant-ne l'adequació i l'absència d'alternatives més eficients.

La provisió de serveis i el funcionament dels programes estan sotmesos a una sèrie de paràmetres fiscals, programàtics i organitzatius, entre els quals SULLIVAN identifica nou variables clau: durada dels serveis; intensitat del contacte; enfocament del servei; disponibilitat del servei; lloc de la intervenció; direcció per l'usuari; capacitat dels professionals; autoritat dels professionals; i estructura de l'equip. Cadascuna influeix en com es duuguin a terme les funcions de la gestió de casos. Per tant, la gestió de casos pot ser implementada en múltiples formes que variaran pel que fa a la intensitat de cada un dels paràmetres esmentats, conformant procediments similars encara que no iguals. De fet, la gran flexibilitat de la gestió de casos és un dels seus majors atractius, ja que permet la seva adaptació a les característiques tant dels usuaris particulars com dels entorns culturals en què s'apliqui.

La realització d'aquestes tasques requereix una àmplia preparació per part del gestor de cas. Cal un coneixement profund del sistema local de provisió de serveis, dels proveïdors, dels serveis, dels programes, dels requisits d'accés a cada un d'ells, de la gestió econòmica; exigeix habilitats de valoració, empatia, negociació i capacitat de planificació i resolució de problemes flexible i creativa. Les destreses fonamentals que ha de tenir un gestor de casos inclouen:

**De valoració:** ha d'incloure a tots els individus significatius de la vida de l'usuari i explorar tots els factors incidents i totes les fortaleses existents. S'ha d'analitzar la interrelació entre els factors físics, contextuals, conductuals, psicològics, econòmics i socials i s'han de valorar els suports formals i informals, el funcionament social, els aspectes econòmics i d'habitatge i els factors culturals i ideològics (incloent els religiosos).

**De gestió:** la gestió de casos té, en algunes intervencions, aspectes gerencials (per exemple, amb persones incapacitades mentalment que no tenen familiars de suport). Per tant, cal tenir destreses en la presa de decisions. També és aspecte fonamental la relació interpersonal, per la qual cosa és fonamental la presència d'habilitats de comunicació i empatia, la capacitat d'acceptar les diferències (d'edat, de raça, de principis o creences) i la facilitat per relacionar-se simultàniament amb diversos entorns (empreses proveïdores de serveis, professionals d'altres sistemes o branques, entitats de voluntariat, etc.).

**Confidencialitat:** com que aquest mètode implica treballar un entorn de cooperació i coordinació entre entitats i serveis, cal explicitar als usuaris i les seves famílies quins són els seus drets respecte a la confidencialitat. Per a això cal establir acords concrets al respecte.

**De suport:** el gestor de cas estableix amb l'usuari i/o la seva família una relació que es perllonga al llarg del temps. Per això, el gestor de cas ha de ser capaç d'arribar a un equilibri entre l'empatia i l'objectivitat i deixar clars els límits de la relació.



## Perfil professional del gestor de casos

Com hem exposat, la gestió de casos demanda unes competències que inclouen capacitats per treballar amb problemes complexos, amb les famílies i les seves múltiples necessitats, amb diferents interlocutors públics, empresarials i privats, de contendre amb el sistema burocràtic. El gestor de cas actua com a conseller, assessor, mediador, facilitador, defensor, administrador i avaluador, i és necessària una formació específica en totes aquestes tasques.

Tal com s'ha vist anteriorment, als Estats Units la gestió de casos és una funció pròpia dels treballadors socials. Molts autors sostenen que el Treball Social proporciona aquesta formació, si bé coincideixen que la preparació bàsica de la diplomatura resulta insuficient per a l'adequat exercici simultani de tots aquests rols. Per això nombroses escoles de Treball Social d'EUA desenvolupen mòduls de formació de postgrau específics en gestió de casos. També moltes entitats de benestar social realitzen cursos d'especialització dels seus professionals sobre aquesta matèria i molts estats d'aquest país estan exigint una especialització en aquesta àrea als seus gestors de cas, que inclou hores de pràctiques tutelades.

De fet, l'Associació Nacional de Treballadors Socials dels Estats Units ha creat un Certificat de Treballador Social Gestor de Casos; per accedir-hi es requereixen la diplomatura en Treball Social i almenys 1.500 hores d'exercici professional de gestió de casos supervisades per un altre treballador social gestor de casos amb almenys cinc anys d'experiència si té

nivell de diplomàtic i dos si té nivell de llicenciat. També ha posat en marxa el Certificat Avançat de Treballador Social Gestor de Casos (destinat als llicenciats en Treball Social, en les mateixes condicions que l'anterior). Aquests certificats tenen una validesa de dos anys, i per a la seva renovació es requereix acreditar almenys 20 hores de formació presencial especialitzada durant aquest període.

No obstant això, a la Gran Bretanya són nombrosos els professionals de la infermeria que realitzen aquesta funció, encara que això pot estar influït pel camp d'aplicació ja que en aquest últim país la gestió de casos es troba molt lligada, des dels seus inicis, a la planificació de les cures de llarga durada per a gent gran i amb discapacitats que presenten limitacions severes (amb el que s'aproxima més al care management –gestió de les cures– que el case management pròpiament dit).

Per analitzar quins serien els professionals el perfil formatiu dels quals capacita més adequadament per a la gestió de casos a Espanya hem examinat els plans d'estudis universitaris dels graus en Educació Social, Infermeria, Treball Social i Psicologia. Un cop vistes les assignatures troncales i obligatòries (ja que les optatives i de lliure configuració queden a elecció de l'alumne i per tant no es garanteix la seva realització), queda palès que la diplomatura en Treball Social proporciona la formació inicial més ajustada, seguida per la diplomatura en Educació Social i la llicenciatura en Psicologia, mentre la formació proporcionada per Infermeria té un enfocament profundament clínic i bastant allunyat de les funcions a desenvolupar per un gestor de casos. No obstant això, en cap

d'elles es cobreixen íntegrament els requeriments específics necessaris per dur a terme de forma adequada la Gestió de Casos, pel que en totes elles serien necessaris cursos d'especialització que proporcionin els coneixements i habilitats necessaris.

En última instància, i donant suport al que mantenen molts dels autors especialistes en aquesta matèria, la gestió de casos no pot servir com a mer canvi de nom de l'atenció que actualment es dispensa des dels serveis sanitaris i socials, sinó que és un model d'intervenció holístic, centrat en

■ **La gestió de casos no pot servir com a mer canvi de nom de l'atenció que actualment es dispensa des dels serveis sanitaris i socials.**

el client com un tot inserit en un entorn, que potencia l'autonomia personal i la participació social, que promou canvis en el sistema i, sobretot, que fa accessibles recursos coordinats que responguin a les necessitats integrals dels clients.

## Bibliografia

- AUSTIN, C. . “Case management in long-term care: Options and opportunities”, en *Health and Social Work*, núm. 8 (1983), vol 1. Pàg. 16.
- AUSTIN, C. “Aging and long-term care”, en AUSTIN, C. i McCLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pàg. 78. ISBN 0-87304-285-9.
- AUSTIN, C. i MACLELLAND, R. “Introduction: Case management. Everybody is doing it”, en AUSTIN, C. i MACLELLAND, R. *Perspectives on case management practice*. Milwaukee: Families International, Inc., 1996. Pàg. 4 i 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 línia]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 15 de juliol de 2011, Vol. XVI, núm. 931. ISSN 1138-9796. Setembre 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](http://www.hays.es/cs/groups/hays_common/documents/digitalasset/hays_725697.pdf) . Setiembre 2015.
- HUNTER, D. J. *Bridging the gap. Case management and advocacy for people with physical handicaps*. Londres: King's Fund Publishing Office, 1988. Pàg. 105 -110. ISBN 1-870551-83-4.
- INE (1). Esperanzas de vida en salud. En <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf>. Agost 2015.
- INE (2) <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0604.pdf>. Setembre 2015.
- INTAGLIATA, J. “Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management”, en *Schizophrenia Bulletin* , núm. 8 (1982). Pàg. 657.
- LARRAÑAGA SARRIEGUI, M. i 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*, núm. 55. Pàg. 65-80. Setiembre 2015.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *NASW Standards for Social Work case management*. Washington, DC, 1992. Pàg. 5.
- NUEVA EMPRESA. *Fuerte aumento de la cifra de trabajadores expatriados*. En <http://www.nuevaempresa.com/expatriaciones-trabajadores-gran-aumento-ano-pasado/> 5 de març de 2015. Setembre 2015.
- OMS. Determinantes sociales de la salud. En [http://www.who.int/topics/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/topics/social_determinants/es/) . Setembre 2015.
- SARABIA SÁNCHEZ, A. “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”, en *Zerbitzuan*, núm. 42 (2007). Pàg. 7-17.
- WEIL, M. “Key components in providing efficient and effective services”, en WEIL, M. i KARLS, J. (Eds). *Case management in human service practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985. Pàg. 29-71.

# Atenció integral centrada en la persona

## Holistic attention person-centred

Dolors Bascompte<sup>1</sup> Mercè Laborda<sup>2</sup> i M<sup>a</sup> Carme Sabater<sup>3</sup>

### Resum

La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) és una entitat que defensa els interessos tant dels usuaris de la sanitat com dels serveis socials. Un dels nostres objectius és aconseguir integrar el model social i sanitari, centrat en les persones, per cobrir les seves necessitats amb una visió conjunta, ha de ser l'objectiu prioritari de tots els professionals implicats i el primer pas per tal d'evitar les iniquitats i desigualtats en salut. Per tal que això es dugui a terme cal voluntat política, implicació dels professionals i coresponsabilitat dels usuaris.

**Paraules clau:** Persona, atenció integral, dependència, determinants de la salut, voluntat 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.

**Per citar l'article:** BASCOMPTE, Dolors, LABORDA, Mercè i SABATER, M<sup>a</sup> Carme. Atenció integral centrada en la persona. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 108-113. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Directora de la Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS). [dolors@cus-usuaris.org](mailto:dolors@cus-usuaris.org)

<sup>2</sup>Metgessa. Assessora mèdica de la CUS. [merce@cus-usuaris.org](mailto:merce@cus-usuaris.org)

<sup>3</sup>Presidenta de la CUS. [carme@cus-usuaris.org](mailto:carme@cus-usuaris.org)

La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) és una entitat que defensa els interessos tant dels usuaris de la sanitat com dels serveis socials, i com a associació de consumidors que som, també defensem els drets de les persones consumidores en l'àmbit del consum i l'alimentació.

■ **La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) és una entitat que defensa els interessos tant dels usuaris de la sanitat com dels serveis socials, i com a associació de consumidors que som, també defensem els drets de les persones consumidores en l'àmbit del consum i l'alimentació.**

La CUS va començar a formar-se als anys 70, però va ser inclosa en el Registre d'Associacions i Fundacions amb data 27 d'abril de 1979. La persona que va fer possible això va ser la Sra. Carme Serarols i Arnau i alguns polítics que la van ajudar en la creació dels estatuts, com el Sr. Agustí de Semir o el Sr. Josep Maria Xirinacs, entre d'altres.

Els objectius de l'entitat no han variat en el temps, i són i seran ajudar les persones, sobretot col·lectius febles i sensibles, que puguin resoldre els conflictes amb els que es troben tant a nivell social com sanitari. Per això sempre hem estat defensant davant les conselleries corresponents aquests drets, amb la col·laboració i complicitat absoluta dels nostres tècnics.

En aquest llarg camí han passat moltes coses, ha evolucionat el sistema, els professionals han anat obtenint el seu lloc i

reconeixement i **els usuaris també han evolucionat**, de ser persones passives han passat a ser més proactius i demanar allò que creuen que per llei els correspon.

■ **Si un tema ha preocupat la CUS des dels seus inicis ha estat l'atenció sanitària i social que ha de rebre una persona quan ho necessita en un determinant moment de la seva vida i la coordinació dels serveis que donen aquesta atenció.**

Si un tema ha preocupat la CUS des dels seus inicis ha estat l'atenció sanitària i social que ha de rebre una persona quan ho necessita en un determinat moment de la seva vida i la coordinació dels serveis que donen aquesta atenció per tal que siguin eficients i coherents cap a la persona que els ha de rebre.

Aquesta preocupació sempre s'ha fet arribar tant als polítics com als dirigents de l'Administració que hem anat tenint en els més de 35 anys de treball que fa que la CUS existeix.

El Programa "Vida als anys", creat l'any 1986, va ser un bon inici d'intentar resoldre aquesta mancança. De mica en mica es van anar creant nous serveis com les llargues estades i els hospitals de dia, les convalsències i cures pal·liatives, com les UFISS (Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries) o el PADES (Programa d'atenció domiciliària i equips de suport). Tot un ramificat creat per donar atenció sociosanitària a les persones que ho necessitessin. Però, era suficient? Quedaven cobertes totes les expectatives? Nosaltres creiem que no.

Tot i que de cap manera es pot menysprear la creació de tots aquests recursos i sent conscients que van ser un gran avenç en l'atenció socio sanitària, a la CUS ens continuaven arribant persones, de totes les edats, amb determinades necessitats que no quedaven cobertes. Calia insistir més.

L'any 2005, i com a continuació de tot aquest procés, es dona un pas més. Un pas que semblava important i que cobriria els espais buits existents. El **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) volia implantar un model d'atenció a les persones en situació de dependència basat en una acció integrada entre els serveis socials i salut i que es dugués a terme en el territori.

La coneguda **Llei de Dependència**, tan esperada i en ocasions tan decebedora, amb un inici esperançador però amb un futur molt incert, ha intentat cobrir, a través del seu PIA, les necessitats de les persones que necessiten una atenció social i sanitària.

Però la nostra pregunta és: a costa de què i de qui?

En cap cas volem desmerèixer aquesta llei. No dubtem que ha estat un pas important i que com diuen... "val més això que res". Però... és suficient? L'experiència ens ha demostrat que no... El cost econòmic que ha suposat, era factible? Moltes persones encara no han cobrat determinats retards i si ens referim a les valoracions de dependència que es van fer en el seu dia, comparant-les amb les que es fan ara, no tenen res a veure. Ens preguntem, quines eren les correctes? Les d'abans o les d'ara? I no parlem de les re-

visions de grau de dependència, que com diuen o recomanen alguns professionals... "no la fem, no sigui que hi sortim perdent".

Però reprement la pregunta sobre si els recursos que tenim són suficients, hem de dir que suposem que no, ja que de nou se'ns presenta un nou projecte, el **PIAISS** (Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària), ple d'expectatives. Si fins ara tots els projectes depenien de conselleries diferents (Vida als anys a Salut, ProdeP a Benestar Social i Família...), aquest cop la voluntat política d'unificar criteris socials i sanitaris hi és. Totes dues conselleries s'uneixen amb la intenció de fer un treball conjunt i unificat vers el tema que ens ocupa: l'atenció social i sanitària però aquest cop centrada en la persona.

El PIAISS tot just comença. De moment va dirigit bàsicament a la gent gran i a la xarxa de salut mental. Altres sectors poblacionals com els infants, per exemple, hauran d'esperar i desitgem que també se'n puguin beneficiar ben aviat. Els canvis polítics fan que aquest projecte estigui en la corda fluixa i que el seu futur sigui de moment incert. Tot dependrà del seguiment que li vulguin donar futurs governs. Per la nostra part, considerem que projectes tan importants haurien d'estar garantits, per tal que el canvis polítics no puguin interferir en el seu desenvolupament.

Fins aquí hem intentat fer un resum en el temps del que hem tingut i tenim. Realment són grans projectes, grans accions que necessiten una bona dotació econòmica, però que sobretot sense l'esforç de milers de professionals tant de salut com de treball social no s'haguessin dut a ter-

me. **A la CUS ens agrada ser optimistes** i valorem la tasca realitzada en benefici de milers d'usuaris que se n'han pogut beneficiar. Però a la CUS també ens agrada ser crítics, sempre amb caire constructiu i projectant cap a les persones que realment necessiten els recursos i serveis socials i sanitaris. Aquests recursos necessaris en determinades tipologies de gent, els hem de veure com un tot, com una unió inseparable. Fins ara sempre hem tingut dos camins: la visió social i la visió sanitària, de manera que quan un usuari necessitava un determinat recurs on era imprescindible la unificació de les dues vessants, era abocat a una situació de conflicte on sempre, per dir-ho d'alguna manera, guanyava una vessant sobre l'altra. Quantes vegades hem hagut d'escoltar les frases: “aquest recurs no li correspon perquè no té discriminant sanitari” o “aquest recurs és social i tal com està de salut... no hi podrà accedir” o “aquesta atenció domiciliària no cobreix determinats aspectes que ja sabem que són importants i necessaris per a vostè, però...”.

S'anomena **determinants de la salut** al conjunt de circumstàncies en què neix, viu, creix, treballa, envellaix i és atès cada ciutadà pels sistemes sanitaris.

**El concepte SALUT és transversal**, fins al punt que resulta difícil trobar un aspecte de la vida que no hi estigui relacionat. Es parla de “**salut a totes les polítiques**”. Cada cop assumim més, com a ciutadans, que els condicionants de la salut són múltiples, diversos i molt propers a nosaltres i les nostres vides.

Ningú nega la importància de l'alimentació, l'accés a l'habitatge, la pobresa energètica, l'estrès, l'atur i la pol·lució atmosfèrica,

per anomenar-ne alguns, en la salut de cadascun de nosaltres.

L'informe de Salut, que anualment elabora l'Agència de Salut Pública de Barcelona, sobre la nostra ciutat valora molts d'aquests determinants, encara que no tots, i acaba dibuixant un mapa de desigualtats ben definit geogràficament. En l'informe del 2014, la “*matriu Urban HEART*” de Barcelona ens mostra les diferències entre barris per a una selecció d'indicadors de salut i de determinants de la salut. Així doncs, podem veure que l'estat de salut de la població no tan sols està relacionat amb els serveis assistencials. Tot i així, alguns condicionants, com ara els econòmics, són molt més difícils de modificar, i per això cal mirar de treballar sobre els socials i els sanitaris, coordinats de manera conjunta.

### ■ **L'estat de salut de la població no tan sols està relacionat amb els serveis assistencials.**

Atès que l'esperança de vida a Barcelona i a Catalunya va en augment i que les probabilitats de patir malalties cròniques, més o menys invalidants, s'incrementen exponencialment, és en aquests casos en els que cal esmerçar més esforços tant socials com sanitaris.

Fins ara els agents sanitaris i els socials treballaven per la seva banda i amb poques o cap interrelació mútua. Sovint l'usuari veia com el derivaven a diferents llocs, inclús físicament, per tal de sol·licitar ajuts complementaris. Recordeu la vella imatge de les “finestretes”, on tractaven fredament demanant diferents documents, se-

gells i timbres i feien anar de l'una a l'altra fins que es feia l'hora de TANCAR.

El ciutadà és únic i irrepetible. El ciutadà no vol sentir-se com un historial més, un número d'expedient.

Ara tot just es comença a veure el fruit de la història clínica compartida a casa nostra. Recordem quan cada persona amb pluripatologies tenia un historial de cada especialista que el visitava. Cada cop que anava al cardiòleg li havia d'ensenyar el que li havia receptat el trauma o l'oftalmòleg o el neuròleg. Aquest usuari pluritratat no sabia a qui fer cas i sovint acabava fent allò que volia, sense donar-ne part a ningú. Si a més a més necessitava ajuts socials calia dirigir-se a un nou professional, ubicat sovint en un nou indret, explicar la seva història mèdica, ensenyar els medicaments que prenia i els informes mèdics en cas de disposar-ne, tot un munt de documentació que no podia valorar perquè la seva funció era només atendre les demandes socials i no sanitàries.

Les persones volem ser tractades com a tals, no com a parts individualitzades i sense relació entre si. No pot ser que el reumatòleg ens digui que no podem fer exercici per culpa de l'artrosi de genoll i que l'endocrinòleg ens recomani fer exercici per baixar el sucre. A qui hem de fer cas?, per on hem de tirar?, en què consisteix l'autocura que a voltes ens demanen?, i si desconfio d'alguns dels professionals que m'atenen?

Per tot això la coordinació dels serveis sanitaris i socials, formant part d'una atenció integrada, ha estat tan i tan demandada per tots aquells ciutadans que els necessiten. Cal que treballin plegats amb l'objectiu d'aconseguir la millora de la qualitat de vida dels seus usuaris o clients.

Els ciutadans no podem entendre com és que hi ha diferents conselleries, amb diferents pressupostos, que els tracten sense cap mena de relació ni coordinació entre ells. Volem que totes aquelles persones implicades amb el nostre tractament crònic tinguin les nostres dades personals, tant mèdiques com socials, i que les puguin usar en el nostre bé propi, millorant les prestacions i en definitiva millorant el dia a dia, ja prou malmès per les discapacitats que tenim. Per si fóssim pocs, els serveis socials poden venir del CAP, de l'Ajuntament o del centre hospitalari i no acostumen a estar gaire coordinats.

A Barcelona ciutat, segons l'informe de salut 2014, hi ha 18.958 dones i 3.954 homes de més de 85 anys que viuen sols. Desconeixem quantes d'aquestes persones no tenen familiars o els tenen vivint lluny d'ells. Suposem que totes elles disposen de Teleassistència, que fan servir en cas d'emergència. Posem per cas que hi va el 061 i aconseguen establir-la i fer uns canvis en la medicació. Qui va a la farmàcia? Qui avisarà els serveis socials o l'associació de voluntaris que tenen o poden tenir cura d'aquesta persona? El servei d'emergències mèdiques s'ha d'esperar que aparegui un acompanyant? Si cal preparar una dieta especial, en aquell moment, amb productes que no són a la llar, qui els va a cercar i qui prepara aquell àpat? Si cal supervisió després d'administrar una determinada medicació per part del 061, qui la fa?

Seriosament **cal un canvi de paradigma**, els parents no sempre existeixen o no són allà en aquell moment, les relacions de veïnatge ja no són com abans. Per contra la xarxa de serveis socials públics és cada dia més present i potent.



Si creiem que cal treballar per **disminuir les desigualtats en salut**, hem de fer possible d'entrada aquesta interrelació estreta, coordinada i eficient entre els serveis sanitaris i els socials, fent possible l'atenció Integral de les persones, segons les seves necessitats.

## Conclusions

Com a conclusió, volem remarcar que el fet que Catalunya hagi aconseguit ser un dels països amb més esperança de vida a Europa ha fet que fos necessari adequar els recursos socials i sanitaris a les demandes dels ciutadans, usuaris del sistema, per tal de fer-ne un bon ús, respectant els drets i deures de la població.

Malgrat que donem dades sobre Barcelona ciutat, considerem que no cal oblidar que les desigualtats no són locals,

sinó a tots els municipis de Catalunya, cadascun amb les seves diferències geogràfiques i/o d'habitants.

Els professionals tant socials com sanitaris han d'estar disposats a treballar de manera conjunta, tenint com a objectiu cobrir les necessitats integrals de la persona a la qual van dirigits els recursos. Per la seva banda l'usuari, que amb el temps ha millorat el seu rol, a banda de demanar o reclamar allò que li correspon, està o hauria d'estar disposat a implicar-se i a participar en tot allò que afecti les seves necessitats, siguin sanitàries o socials, sense oblidar la seva responsabilitat de fer un bon ús dels recursos.

Considerem que si no s'enterboleix la situació anem pel bon camí. Treballar de manera conjunta i oferint serveis integrals és una bona manera de posar la **persona/ciudadà/usuari** en el lloc que li correspon, al centre del sistema.

## Bibliografia

- Document 'Vida als anys' L'Atenció sociosanitària a Catalunya 2003. [http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at\\_sociosanit\\_catalunya\\_2003.pdf](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>
- Creació 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](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](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>

# 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 Juano<sup>1</sup>

## 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.

<sup>1</sup>Treballadora 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.<sup>2</sup>

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 CAPI<sup>3</sup> 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 comparar la mirada, els anhels i el procés que ho han fet possible per si pot servir a qui es-

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 recol 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 (prudently, 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 argumentaris i documents teòrics sobre el nou model tampoc passa desapercibuda.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

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.**

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup> 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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.antares-consulting.com](http://www.antares-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](http://www.newhealthfoundation.org); *Observatorio de Modelos Integrados en Salud*: [www.omis-nh.org](http://www.omis-nh.org); *Forum Itesss*: [www.forumitesss.com](http://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 evidencien 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 complementarietat”. 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.<sup>8</sup> 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 plantejarem 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 respondent a l'interès d'aquest article.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> 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 meua 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.

<sup>9</sup> 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 dona 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.<sup>10</sup>

- 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.<sup>11</sup>

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 privatament.
- 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-

<sup>10</sup> 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*.

<sup>11</sup> 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 pertinència 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.antares-consulting.com](http://www.antares-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](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.



# Altres temes d'interès

Migracions internacionals  
femenines i noves formes  
d'organització del treball  
informal de cura

La supervisió des del treball social,  
un instrument de pensament i  
reflexió per a entitats familiars que  
gestionen serveis socials



# Migracions internacionals femenines i noves formes d'organització del treball informal de cura

Feminine international migrations and new forms of informal care work organisation

Esther Albesa Jové<sup>1</sup>

## Resum

Aquest escrit té per objecte explorar algunes de les principals aportacions teòriques dels últims anys, que analitzen i intenten explicar l'increment de les migracions internacionals femenines lligades a les noves estratègies d'organització de la cura social als països del sud d'Europa. Són migracions també vinculades, com veurem, a un context de globalització del treball, a la crisi del model informal de cura i a un increment de la mercantilització i refamiliarització de les polítiques socials.

**Paraules clau:** Migracions internacionals femenines, crisi del model informal de cura, polítiques socials públiques, cures de llarga durada, dependència.

## 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.

**Per citar l'article:** ALBESA JOVÉ, Esther. Migracions internacionals femenines i noves formes d'organització del treball informal de cura. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 127-133. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Diplomada en Treball Social i llicenciada en Sociologia. Diputació de Barcelona [albesaje@diba.cat](mailto:albesaje@diba.cat).

Els canvis socioeconòmics esdevinguts en les societats postindustrials han configurat, en els últims anys, diferents formes de polítiques públiques adreçades a la cobertura de nous riscos i necessitats socials, entre les quals es troba l'atenció a les persones en situació de dependència, també anomenada *cures de llarga durada* (CLLD).<sup>2</sup> Els dos factors clau en el desenvolupament de les polítiques adreçades a l'atenció de la dependència han estat l'envelliment progressiu de la població i la "crisi del model informal de cura".<sup>3</sup> Ambdós factors han propiciat un augment considerable de les necessitats d'atenció en el sector de les CLLD.

Des de l'anàlisi de les polítiques socials públiques, i en concret de les CLLD, aquest article pretén fer una exploració de les principals contribucions teòriques explicatives dels nexes entre les noves formes d'organització de la cura, l'increment dels processos migratoris de mà d'obra feminitzada i les polítiques públiques implementades durant els últims anys, les quals tal com veurem més endavant han contribuït a reforçar els processos migratoris al sud d'Europa.

A l'últim apartat s'analiza el vincle entre immigració femenina i el desplegament del sistema o model d'atenció a la dependència espanyol, que, com altres del nostre entorn, ha prioritzat la concessió de prestacions econòmiques en lloc d'afavorir el desenvolupament de serveis, fet que ha propiciat un augment considerable del nombre de dones immigrants que han vin-

gut a cobrir els llocs de treball de cura ocupats anteriorment per la població femenina autòctona.

### Gènere, migracions internacionals i treball de cura

Els estudis sobre gènere, migracions i mercat de treball a Espanya els podem situar entre els anys noranta en el marc de la recerca feminista internacional. Aquestes primeres aproximacions intenten, d'una banda, posar de manifest la importància de les dones immigrants com a agents econòmics i socials, tant per als països d'origen com per als països receptors, i de l'altra superar l'enfocament clàssic dels processos migratoris, en què tradicionalment es considera l'home com a principal protagonista, de manera que es produeix una forta invisibilització del rol femení (OSO i RIBAS-MATEOS, 2012).

En l'àmbit de la producció científica internacional, els estudis sobre gènere, migracions i mercat laboral exploren la participació de la mà d'obra femenina lligada als processos d'industrialització dels països perifèrics en un context d'economia global. Des d'aquesta perspectiva internacional, SASSEN (2003) explica el fenomen de la immigració internacional femenina als EUA com el resultat de la feminització dels anomenats "circuitos globals de supervivència"<sup>4</sup> i, a la vegada, de les transformacions que s'han produït als

<sup>2</sup> S'anomenen CLLD perquè impliquen una atenció continuada al llarg del cicle vital de l'individu.

<sup>3</sup> La crisi del model informal de cura suposa un dèficit de mà d'obra per cobrir les necessitats d'atenció i cura de les persones dependents, que eren ateses tradicionalment per les dones de l'entorn familiar.

<sup>4</sup> Per a aquesta autora els circuits globals de supervivència tenen a veure amb els desplaçaments de mà d'obra lligats a la globalització de l'economia i a la necessitat de subsistència de les persones als països empobrits, les quals es desplacen als països amb rendes més elevades per poder treballar.



mercats de treball dels països receptors, en els quals es relega les treballadores immigrants als llocs de treball menys valorats econòmicament i socialment, com a estratègia de flexibilització del capitalisme global.

Una de les línies centrals d'anàlisi en el tema que es tracta aquí és la que relaciona les dinàmiques migratòries, la globalització econòmica i el treball de cura o *globalisation of care work*<sup>5</sup> (en terminologia anglosaxona). Els estudis relacionats amb el tema de la globalització del treball de cura i la immigració intenten explicar l'actual procés de feminització de les migracions internacionals i la seva incidència en les desigualtats de gènere en un context de "crisi del treball de reproducció social" (ZIMMERMAN *et al.*, 2005) o "crisi del model informal de cura", entenent aquests termes com la manca de mà d'obra per desenvolupar aquelles activitats dutes a terme tradicionalment per dones dins l'esfera íntima i familiar i que tenen per objecte cobrir les necessitats bàsiques de la família, com ara l'alimentació, la higiene, l'afecte, el suport...

Altres aportacions conceptuals interessants són les de HOCHSCHILD (2000) i BETTIO *et al.* (2006) en relació amb el que anomenen "cadena global de cura"<sup>6</sup> i "extracció de la cura". Hochschild i Bettio han construït un marc teòric i han encunyat el terme *extracció de la cura* (*care drain* en terminologia anglesa) per referir-se a la compra a baix cost de mà d'obra per a les tasques de cura per part de les societats

riques als països empobrits, vinculada a múltiples eixos de discriminacions i fractures vers les dones immigrants, ja que sovint aquestes s'han d'enfrontar, en els països d'acollida, a múltiples discriminacions de gènere per la seva condició d'immigrants i alhora per la seva situació de precarietat en el mercat laboral.

## La internacionalització del treball reproductiu al sud d'Europa

Les primeres veus que posen en relleu la importància dels fluxos migratoris femenins al sud d'Europa són King i Zontini, que distingeixen principalment dos àmbits laborals per a dones immigrants: el servei domèstic i de cura, i el treball sexual (OSO i RIBAS-MATEOS, 2012).

Amb referència al servei domèstic, el Colectivo Ioé (1991, 2001, 2005) aborda en profunditat l'estudi de les característiques sociolaborals i la inserció de les dones immigrants en un context de globalització econòmica, així com la situació de precarietat i irregularitat que pateixen aquestes dones en els sectors del servei domèstic i de cura a les persones.

En aquest mateix àmbit, OSO i PARELLA posen en relleu la precarietat en les condicions laborals de les dones immigrants ocupades en aquest sector de l'economia (HERRANZ, 1996, 1997; OSO, 1998). PARELLA (2012) assenyala algunes de les característiques i dinàmiques migratòries transnacionals femenines, les

<sup>5</sup> Globalització del treball de cura.

<sup>6</sup> Hochschild introdueix el terme "cadena global de cura" per explicar els vincles que es configuren a través de la importació i l'extracció de la cura i l'afecte, des dels països pobres vers els països rics, basats en les connexions entre persones a escala global.

quals tenen l'origen en alguns dels països de l'Amèrica del Sud (Bolívia, Equador...) i el destí en països com Espanya o Itàlia, i afirma que l'orientació de la immigració boliviana cap a Espanya respon principalment a la forta demanda de mà d'obra femenina migrant dins el treball domèstic assalariat i en altres serveis poc qualificats. Segons aquesta autora, el mercat laboral espanyol demana aquest tipus de treball a conseqüència de les profundes transformacions socioeconòmiques i culturals que ha protagonitzat el país en les últimes dècades, que han propiciat la recaptació de mà d'obra femenina per desenvolupar tasques de cura i altres ocupacions amb salaris baixos poc atractius per a les dones autòctones (PARELLA, 2003, 2007). Segons Parella, el reclutament massiu de mà d'obra femenina immigrant per al treball de reproducció social en les societats postindustrials respon a un tipus de treball devaluat i rebutjat per les dones autòctones, amb oportunitats laborals millors, que ha passat, com hem vist, a formar part del mercat global. Parella afirma que el fenomen de la introducció del recurs de la mà d'obra femenina immigrant en el sector de la cura a les persones en el model de benestar espanyol s'explica principalment per un increment de la qualificació professional i la incorporació massiva de les dones espanyoles al mercat laboral; per la implementació de certes polítiques migratòries i polítiques socials que han facilitat aquest flux des de fa alguns anys, i també per les característiques

de la mateixa activitat laboral, atès que es tracta d'una activitat que facilita l'estalvi i la inserció ràpida de les dones en la societat receptora, fins i tot en situació d'irregularitat, fet que ha propiciat que es converteixi en una estratègia d'inserció laboral ràpida i en la porta d'entrada d'aquestes persones fins a aconseguir altres tipus de feines amb condicions millors. Com a resultat de tots aquests factors, les autores alerten que la situació de les dones immigrants als països receptors no és fàcil i que la concentració progressiva de dones immigrants en els serveis de cura està generant una triple discriminació per l'articulació de tres variables: la classe social, el gènere i l'ètnia (PARELLA, 2003).

### Polítiques socials i noves estratègies d'organització de la cura en el model de benestar espanyol a partir de la LAPAD

Un dels debats oberts en l'àmbit de les polítiques socials en el model de benestar social espanyol és el de l'atenció a les persones grans dependents a partir de la implementació de la LAPAD.<sup>7</sup> Segons LEITNER (2003), l'Estat de Benestar espanyol respon a un "familiarisme explícit" pel fet de tenir com a característica principal delegar la cura de les persones dependents exclusivament a la família. D'altra banda, la familiarització<sup>8</sup> i desfamiliarització<sup>9</sup> tenen a veure amb les obligacions de cura que la família assumeix en relació amb els seus membres i el paper

<sup>7</sup> Llei de promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de Dependència de l'any 2006.

<sup>8</sup> Tenir com a actor central la família en l'atenció i la cura.

<sup>9</sup> Quan l'Estat proveeix de recursos mitjançant les polítiques socials per alleugerir les obligacions familiars de cura.

que adopta l'Estat en el reforçament o l'alleviament d'aquestes obligacions (ESPING-ANDERSEN, 2000). Aquests termes, clau en l'anàlisi de les polítiques socials de cura, mostren, d'una banda, un dels trets bàsics del nostre model de benestar, i de l'altra la importància de l'Estat en la configuració de polítiques públiques i la interdependència que aquestes polítiques tenen en la cobertura de les necessitats socials.

Un dels aspectes nous, a partir de la implementació de la LAPAD, és la visió que ens aporta MARTÍNEZ (2011) quan defineix el model espanyol de cura de les persones grans com a nou servei de la llar o servei domèstic de l'envelliment, el qual, adverteix l'autora, té com a aspecte fonamental que la nova organització de la cura va associada a una mercantilització<sup>10</sup> i refamiliarització<sup>11</sup> de l'atenció. Per a aquesta autora, els factors fonamentals que expliquen aquesta mercantilització són: un Estat de Benestar insuficientment desenvolupat quant a la dotació de recursos; un model d'atenció de tradició marcadament familiarista<sup>12</sup> (PARELLA, 2003) i, evidentment, una situació de crisi del model informal de cura (com ja hem vist). Tots aquests aspectes, units a l'increment de la demanda de les necessitats de cura per part d'una població cada cop més envellida, han propiciat un augment considerable de la immigració femenina, que ha vingut al nostre país a cobrir el buit de mà d'obra dins d'aquest àmbit laboral.

Des de la seva perspectiva i en relació

amb la configuració de les polítiques socials públiques i de l'impacte que tenen en el model de benestar espanyol a partir de l'aplicació de la LAPAD, MARTÍNEZ (2011) afirma que la provisió de prestacions econòmiques (concretament les prestacions de curadors no professionals) amb les quals s'ha dotat principalment les famílies curadores ha propiciat una refamiliarització de les polítiques socials, ja que situa la família com a pilar central de l'atenció, i a més a més ha incrementat la privatització de l'atenció, ja que es diposita la responsabilitat de provisió en la família, i aquesta, davant la insuficiència de serveis, cerca en el mercat privat irregular la cobertura de les necessitats de cura.

També cal assenyalar que altres estudis que analitzen el recurs de la mà d'obra immigrant femenina en el sector de la cura dins l'entorn europeu han obtingut com a resultat que l'augment de les transferències monetàries gestionades directament per les famílies que sol·liciten treball de cura intensiu ha promogut la contractació del treball domèstic informal de les dones immigrants (BETTIO *et al.*, 2006).

## Conclusions

Al llarg d'aquesta exposició hem vist que els canvis socials i la configuració de noves necessitats en les últimes dècades han cristal·litzat en una nova organització de l'atenció a les persones en situació de dependència. Aquests canvis han fet emergir una nova realitat, un nou corpus teòric

<sup>10</sup> Quan la responsabilitat de cobertura d'una necessitat social recau en l'esfera mercantil.

<sup>11</sup> Increment de les responsabilitats de cobertura de les necessitats per la família.

<sup>12</sup> El terme *estat de benestar social familiarista* és emprat per alguns autors, sobretot els del sud d'Europa, per definir aquells models de benestar que presenten una tendència a cobrir les necessitats socials dins l'esfera familiar.

que ha posat la mirada en el fenomen de les migracions femenines transnacionals lligades a la demanda de mà d'obra en un context de globalització econòmica. Com s'ha vist, l'envelliment de la població, l'augment dels nivells formatius de les dones i llur incorporació al mercat laboral, les polítiques migratòries i les característiques del mercat laboral espanyol, han estat alguns dels principals factors en la configuració d'aquesta nova realitat, marcada pel que s'ha anomenat la "crisi del model informal de cura", un fenomen que té a veure amb la manca de mà d'obra autòctona per cobrir les necessitats de cura de les persones dependents en les societats desenvolupades, caracteritzades per un increment considerable de l'esperança de vida i un envelliment de la població.

Altres factors que expliquen aquesta nova realitat, com a mínim en el context espanyol, són la mercantilització de la cura unida a les noves polítiques d'atenció a la dependència, concretament les polítiques monetàries de la LAPAD, anomenades *prestacions econòmiques per a la cura en l'entorn familiar* o *prestacions de curador no professional*, adreçades als curadors, majoritàriament curadores. La implementació indiscriminada d'aquesta nova política social per l'Administració pública (fins a l'inici de les mesures de restricció pressupostària) deixa de banda de manera deliberada la inversió en els serveis de proximitat i residencials, del tot imprescindibles per a l'atenció i el manteniment de la qualitat de vida de les persones dependents i llurs famílies, sobretot en els casos de dependències severes o grans dependències.

Alhora, tal com hem vist en el discurs teòric, la implementació de les noves polí-

tiques de cura, concretament en el cas espanyol, han contribuït a l'increment dels processos d'immigració femenina en un context creixent d'internacionalització.

En aquest sentit, i per acabar, crec que és del tot necessari fer una anàlisi curosa de la nova realitat social i laboral descrita, ja que ens afecta directament, no tan sols com a professionals sinó també com a ciutadans. Cal reflexionar sobre quines són les repercussions per a les dones immigrants que vénen al nostre país a ocupar aquest nou sector laboral dins l'economia informal de la cura. Com que aquest sector està lligat tradicionalment a la precarietat i a la manca de drets laborals, les deixa relegades a una situació similar a la que pateixen en els països d'origen, on sovint es troben expropiades dels drets socials i laborals més elementals, però cal tenir present que hi ha una clara diferència: en el cas que estudiem, les desigualtats i la manca de drets es produeixen en societats dels anomenats països desenvolupats, en què suposadament ha de prevaldre el respecte dels drets humans i la justícia social.

Caldria, doncs, fer un replantejament seriós de les polítiques dels serveis socials i dels mecanismes que cal considerar per modificar la *path dependence* del nostre model social de benestar, un model tradicionalment assistencialista i familiarista, amb una clara tendència a la reproducció de les desigualtats de gènere, ancorat encara en la perpetuació del rol femení tradicional, que s'ha esbiaixat cap a noves formes d'explotació i expropiació, aspecte que ha estat configurat i assumit des de les polítiques públiques, en lloc de crear un model universal i equitatiu, que era del que es tractava originàriament amb la promulgació de la LAPAD.

## Bibliografia

- BETTIO, F. *et al.* “Change in care regimes and female migration, the ‘care drain’ in the mediterranean”, en *Journal of European Social Policy*, núm. 3 (2006), vol. 16. Pàg. 271-285.
- COLECTIVO IOÉ. *Trabajadoras extranjeras de servicio doméstico en Madrid*. Document de treball. 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. Pàg. 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*. Tesi 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. i VARA, M. J. (eds.). *Género, Clase y Etnia en los nuevos procesos de globalización*. Madrid: Edras, 1997. Pàg. 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*. Nova York: Vintage, 2000. Pàg. 130-146.
- LEITNER, S. “Varieties of Familialism: the Caring Function of the Family in Comparative Perspective”, en *European Societies*, núm. 4 (2003), vol. 5. Pàg. 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. Pàg. 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, núm. 52 (1998).
- OSO, L. i 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*, núm. 97 (2012), vol. 3. Pàg. 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*, núm. 97 (2012), vol. 3. Pàg. 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 supervisió des del treball social, un instrument de pensament i reflexió per a entitats familiars que gestionen serveis socials

Supervision in social work, a tool to think and reflect for family entities ruling social services.

Cristina Páez Cot<sup>1</sup>

## Resum

La supervisió des del treball social és una eina de pensament i reflexió, de canvi i de construcció de pensament. És un instrument de millora de les relacions personals i de les relacions entre els membres de l'equip. És un espai de protecció i cura davant dels encàrrecs institucionals, que sovint no acostumen a estar gaire definits. Aquest treball pretén mostrar com la supervisió d'un equip professional que atén persones amb esquizofrènia i altres trastorn mentals severes i que està gestionat per una entitat de familiars ha estat valorada com un instrument de cura del professional que vetlla per la seva salut.

**Paraules clau:** Gestió familiar, fragilitat, supervisió, cura del professional.

**Per citar l'article:** PÁEZ COT, Cristina. La supervisió des del treball social, un instrument de pensament i reflexió per a entitats familiars que gestionen serveis socials. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 134-141. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Diplomada en Treball Social. Postgrau en Salut Mental i Immigració. Consultora del Màster de Treball Social Sanitari de la Universitat Oberta de Catalunya. Supervisora de Treball Social acreditada pel Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Directora tècnica de la Fundació Salut Mental Catalunya [cpaezcot@telefonica.net](mailto: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.

Les professions de l'àmbit social que treballen diàriament acostant-se a les emocions i ansietats de l'ésser humà han de tenir instruments i espais de cura per mantenir la salut del professional i assegurar una bona pràctica assistencial.

Fer-se càrrec de l'altre, del seu patiment i del seu malestar és l'objectiu bàsic de qualsevol professió assistencial que promogui el canvi de la persona cap a la seva millora, el seu benestar i la seva autonomia personal.

Però per fer-se càrrec del patiment de l'altra persona i poder fer devolucions adequades a les seves capacitats d'escolta i de canvi al llarg del procés d'atenció social de la persona cal que el professional tingui espais on revisar els sentiments i emocions que li desperta la intervenció realitzada amb aquella persona i la seva família.

Siguin treballadors socials, educadors socials, treballadors familiars, integradors socials o altres, són tots ells professionals que treballen amb un material d'alta sensibilitat com són les emocions humanes, les quals impacten amb un espai de l'ésser humà del qual hem de tenir extrema cura

i atenció, que és el món de les ansietats i els sentiments dels professionals.

Ambdós s'han de tractar amb màxima cura, talent, sensibilitat i estima.

El primer, el familiar o afectat, perquè envaït pel patiment, angoixa i situacions personals i socials d'extrema dificultat demana ajuda, escolta i contenció.

El segon, el professional, perquè mogut per vocació, interès per la defensa dels drets humans o per la millora de les condicions socials dels col·lectius amb risc està abocat a treballar en un estat del benestar en què actualment manen el malestar i la queixa. I per tant, per tal de no quedar-se instal·lat en aquest malestar i en la queixa estructural i estructurada, cal que el professional tingui espais de revisió de la feina feta i de la feina viscuda.

La supervisió és un espai de protecció i cura; de creació de pensament i construcció de marc teòric. És, per excel·lència, un espai d'escolta d'un mateix, del que sent i del que viu el professional mentre treballa, del que el preocupa del seu rol professional, de la dinàmica de l'equip en el qual treballa i dels encàrrecs que fa la institució contractant.

### Context institucional i històric

Aquest apartat mostra com algunes organitzacions socials nascudes des de l'àmbit familiar i amb voluntat d'atendre una causa que els afecta en primera persona se senten amenaçades tant des del punt de vista econòmic com des de la fragilitat de la missió i dels objectius pels quals van néixer, la qual cosa genera en l'equip professional un nivell alt d'incertesa i sentiment d'amenaça permanents.

Moltes de les entitats del tercer sector que avui existeixen van néixer fa més de 35 anys des de moviments de reivindicació veïnals o familiars de la dècada dels anys 80. Amb l'aprovació de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials, algunes d'aquestes associacions van haver d'acceptar les exigències i els instruments de qualitat que l'administració pública els obliga a complir si volien que els programes laborals, d'habitatge, de lleure o el mateix moviment associatiu fossin legítimats com a serveis socials de la cartera de la llei recentment aprovada.

Davant aquest panorama legal, econòmic i tècnic no tots els serveis van sobreviure. Alguns van haver de tancar perquè no complien els requisits exigits.

Però altres associacions de familiars de persones afectades van sobreviure a aquestes exigències i actualment gestionen serveis d'inserció laboral o serveis destinats a l'oci i al lleure de persones amb necessitats especials, des d'un model construït bàsicament sobre aspectes de voluntarietat, altruisme i compromís social i sobretot liderat per persones que es guien per la bona voluntat i el sentit comú.

A les juntes directives de les associacions constituïdes per familiars d'edat avançada

hi ha poca tradició de treballar amb rigor i seriositat tècnica. Hi ha poc finançament econòmic que permeti assegurar res més enllà de les nòmines mensuals dels treballadors. Sovint són els mateixos familiars, persones d'edat avançada, amb una història personal de molt patiment i sense coneixements de gestió econòmica ni financera, que es dediquen a captar fons econòmics per assegurar la sostenibilitat i la viabilitat econòmica de l'entitat.

O és el coordinador del servei, que generalment procedeix d'una formació de l'àmbit social, qui amb gran compromís per la causa i pel col·lectiu objecte d'atenció i amb gran patiment per l'amenaça financera en la qual es construeixen aquestes entitats, també fa recerca i captació de recursos econòmics sense tenir la formació professional per fer-la eficaç i eficient.

El resultat és un gran patiment i sofriment diari personal i grupal de tots els membres de l'entitat; familiars que gestionen i professionals que hi treballen.

Així doncs, ens trobem amb un conjunt de serveis socials comunitaris que treballen moguts per una gran vocació professional, en un àmbit de difícil intervenció i amb poques eines personals i professionals que els permetin treballar amb qualitat assistencial.

### Entitats familiars: una organització fràgil gestionant serveis socials

Aquestes famílies, mogudes per un patiment brutal com és que en el seu si es desenvolupi la psicosis, passen a fer d'aquest patiment una raó de vida; de la malaltia, una raó de lluita, i de la família un



motor gestor de recursos. I veiem com traslladen fàcilment aquestes dinàmiques a l'organització que gestionen.

Quan una organització familiar es dedica a gestionar serveis socials sense els coneixements professionals que aquesta gestió exigeix, apareixen problemes fruit del desconeixement i, per altra banda, de l'enorme patiment emocional intrínsec que existeix en la gran majoria de famílies que tenen una persona afectada per una esquizofrènia o qualsevol altre trastorn de tipus psicòtic i que, a més, s'inicien en l'aventura de la gestió de serveis socials.

Les entitats familiars tenen un òrgan de gestió constituït per familiars o amics de persones amb trastorn mental sever.

La "marca" familiar la perpetuen allà on van perquè així creuen que perpetuen que "algú" es fa veritable càrrec de les necessitats dels seus familiars i que "l'amor" que mou les "famílies" va més enllà que la "professionalitat" que mou els diferents col·lectius de professionals que treballen per millorar la salut mental. Malgrat tot, aquesta "marca" que sovint ven familiaritat, compromís que desborda fronteres, lluita per una causa social, té una missió salvadora, sovint amaga organitzacions molt confoses que atrapen els professionals en el caos i la mala praxi professional.

*"Yo no puedo con tanto caos. Actuamos y no pensamos"*, deia un dels membres de la supervisió.

*"Analicemos de dónde viene este caos en el que trabajáis"*, els vaig qüestionar com a supervisora.

*"Aquí todo está confundido entre la profesionalidad y la amistad"*, va contestar un altre membre de l'equip amb més anys d'història en aquella entitat.

Joan GINEBRA (1997) ens diu al seu llibre sobre empreses familiars que aquest tipus d'empreses tenen unes característiques que les fan comunes i especials:

- Relacions d'afecte: vincles afectius que perdonen, que salven qualsevol situació, que cerquen el bé de tothom i se sotmeten a aquest guany global.
- Gran comprensió de l'altre: tots saben com pensa l'altre i es necessita molt poca comunicació formal per saber què pensa el company.
- Acceptació de l'autoritat del pare, de la mare o del germà que el precedeix.
- Finalitat comuna: la família és una unitat bàsica en la qual els membres creixen a nivell personal i professional i tots tenen la mateixa finalitat, que és la permanència de l'empresa per la que viuen.
- Esperit de sacrifici: tots els membres de la família tenen clar que s'han de sacrificar per al bé comú. Això es pot traduir en fer més hores laborals de les que toquen, en no tenir els dies festius prèviament marcats, a substituir un membre de la família si es posa malalt.

A l'empresa familiar s'espera de tothom que participi de la mateixa manera per a la causa, però no estan tan diferenciades les funcions i els llocs de treball de cadascú. En una entitat constituïda inicialment per familiars, l'organització interna és fràgil perquè tothom arriba o ha d'arribar on l'altre no arriba, com en una família, però amb la diferència important que els seus membres no són familiars, són treballadors contractats. Treballen per la mateixa causa social, però no la pateixen i se'ls

demana, molt subtilment, sotmetiment a la mateixa.

La manca de definició dels llocs de treball i de les funcions pròpies de cadascun porta a una confusió important dins de l'organització. La contractació dels professionals es fa per coneixença, proximitat o confiança, no passa per una selecció de personal en què es valorin capacitats, competències i habilitats. Sovint no tenen clar si necessiten un treballador social, un integrador social, un psicòleg o un terapeuta ocupacional.

Es contracta algú de qui s'espera que, de forma omnipotent i veladament, ho resolgui tot, i solen establir amb aquesta persona unes relacions d'amistat que extralimiten les realment professionals.

Tota aquesta amalgama d'expectatives i desitjos entre el contractant i el contractat fan que es vagi teixint un entrellat de relacions que atrapen el professional en un àmbit laboral que sol ser agradable i de bona entesa si tot va bé, si els objectius que la família tenia dels professionals contractats es veuen satisfets al cent per cent, però que pot arribar a ser molt hostil si aquest professional no respon a les expectatives del familiar contractant.

Com dèiem anteriorment, els llaços d'afecte passen per davant de les competències professionals, i l'altruisme i el sacrifici per davant del compliment de la tasca i les condicions laborals.

Funcions clares i definides mai. Tampoc interessa, perquè en l'ambigüitat també s'hi troben el poder i el joc de poder. Poden estar clarament definides sobre el paper, però no es veuen traduïdes en la pràctica laboral.

"He anat marcant les meves funcions jo mateixa amb els anys i les he hagut de

fer entendre amb moltes dificultats al president", ens deia la coordinadora d'un altre equip supervisat.

Autoritat, poder, rols, funcions són aspectes que han d'estar clarament definits i perfectament desenvolupats per a cadascuna de les persones que els exerceixen, perquè l'entitat, malgrat que sigui de caire familiar, estigui ben organitzada.

Com diu Carmina PUIG (2010) en un dels seus articles sobre el malestar i la desesperança dels professionals: "*...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...*".

Quan les organitzacions es mouen preferentment portades per l'altruisme, la voluntarietat, la solidaritat i la vocació per a una missió o causa social versus el coneixement de l'organització institucional, dels límits de l'autoritat, de l'àmbit de poder, dels circuits per constituir i conformar equips, de la capacitat de lideratge o de la capacitat de resoldre conflictes dins de l'àmbit laboral, és molt probable que apareguin sentiments de cansament i desesperança davant la feina diària.

Un altre fet que fa fràgils aquestes entitats familiars és el tipus de finançament. Estar finançades per subvencions anuals o plurianuals no deixa de ser una fórmula econòmica que està vinculada als moviments i oscil·lacions econòmics que pateix l'Administració pública: la tendència política de cada mandat, els resultats de les eleccions municipals, autonòmiques i es-

tats, dels pressupostos anuals, de les voluntats polítiques, de les sensibilitats personals...

Tota una sèrie d'instruments molt ben orquestrats i desconeguts per les entitats familiars gestores de serveis socials que fan que aquestes quedin absolutament atrapades en un finançament inestable quantitativament i qualitativament.

I tal com mostra el Dr. V. BARENBLIT (1993) en els seus diàlegs amb José Leal, supervisors de gran prestigi en el nostre país i que he tingut la gran sort de tenir com a supervisors de la meua tasca professional durant molts anys, ens diuen 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..."*. Aquest aspecte econòmicament estructural les fa febles des del seu naixement. Tots estan atrapats en un sistema de finançament que atrapa de forma endogàmica la vida econòmica i financera d'aquestes entitats. Les atrapa i les sotmet a l'única font financera, la subvenció anual. Fràgil i a la vegada molt potent.

## La supervisió des del treball social, un instrument de pensament i reflexió per a entitats familiars que gestionen serveis socials

La supervisió des del treball social hauria de ser un repte per a tots els treballadors socials als quals ens agradi aprofundir en aquest àmbit de la nostra professió. La nostra professió té un perfil polièdric. És una professió experta en el treball en equip i en les seves potencialitats, en el treball

en xarxa i en el seu ressò a la comunitat, en l'ampli ventall de recursos econòmics, socials, sanitaris, laborals, judicials que té la població.

La nostra professió és també experta en la gestió de les emocions i sentiments de la persona atesa. I per últim, és coneixedora dels aspectes d'organització institucional i gestió financera, la qual cosa la converteix en una professió interessant per supervisar equips psicosocials.

Però hi ha d'haver voluntat de canvi, de qüestionar-se la feina feta, de qüestionar-se les emocions sentides i de qüestionar l'encàrrec institucional.

La supervisió és una eina de pensament i per tant de conceptualització d'idees, de contenció d'ansietats. L'equip també ha de ser un instrument de contenció d'angoixes i ansietats i la institució hauria de ser una organització coneixedora de la metodologia per crear equip i defensar la seva cura i protecció. Hauria de proporcionar espais de formació, de reunió i de supervisió. I tenir cura dels seus professionals. El seu únic recurs.

I és que els professionals que participen en un procés de supervisió s'han d'ocupar de cuidar-se ells mateixos, el seu únic i principal recurs; s'han de dedicar a les seves emocions, a les seves frustracions, a com d'impactats i seduïts poden quedar per la tasca d'ajudar l'altre, i més quan aquest altre pateix un nivell elevat de dependència.

Però no és fàcil acceptar la supervisió com una eina necessària per la pràctica assistencial. Hi ha resistències institucionals i personals. No és habitual ni fàcil per part dels equips professionals demanar espais de supervisió. Deixar-se cuidar és

reconèixer la vulnerabilitat davant la tasca a fer; reconèixer les mancances davant la omnipotència de l'encàrrec institucional.

Cal certa humilitat per demanar ajuda i deixar-se cuidar.

Pel que fa a l'experiència personal com a supervisora d'un equip psicosocial, he de dir que l'equip i jo vam pactar un any de treball de supervisió: una hora i mitja cada tres setmanes.

Aquest procés els ha permès sentir-se supervisats, és a dir, gaudir de l'experiència de tenir un espai en el qual pensar sobre la feina feta i sobre les dificultats que tenen per fer-la bé o millor.

I quan parlo de "gaudir" no vull dir que totes les sessions hagin estat satisfactòries i plenes de reconeixement de la feina ben feta. Em refereixo a viure l'espai i viure'l reflexionat i pensat.

Reconèixer-se en l'àmbit de les dificultats i en l'àmbit de les possibilitats de canvi. I com i per quins motius aquests canvis de vegades són difícils de realitzar. Poder analitzar quins aspectes són personals i quins depenen de les persones que gestionen l'entitat o de l'administració que els finança. I després de fer aquesta anàlisi, detectar en quina mesura poden realitzar canvis i quins àmbits depenen d'ells i en quins no tenen cap o poca capacitat d'influir.

Reconeixement i agraïment són els dos aspectes que hem treballat durant les sessions de supervisió. El reconeixement a les seves capacitats com a éssers humans, a les seves capacitats com a equip que s'estima la feina i el col·lectiu, a les seves possibilitats de canvi, a les seves iniciatives de millorar la feina diària, d'incorporar aspectes nous, externs, com la supervisió que

els ajudi a créixer i a millorar com a persones i com a professionals.

És un capital humà que cal dir en veu alta que el tenen, que és seu, que l'han de cuidar i que l'han de protegir de tants factors fràgils i inestables que envolten la seva feina diària per mantenir la seva salut personal.

I l'agraïment, agrair és la capacitat d'apreciar i valorar el que es té gràcies als altres. Sentir agraïment implica reconèixer l'ajuda d'altres persones i desitjar correspondre'ls d'alguna manera. La gratitud celebra les connexions entre les persones i la seva capacitat innata per intercanviar ajuda. Aquesta actitud es fonamenta en la convicció que cap ésser humà és independent ni autosuficient i que res no es pot aconseguir sense la participació directa o indirecta de molts. Desenvolupar la gratitud ens ajuda a apreciar la bellesa i els aspectes positius de qualsevol circumstància, per adversa que pugui ser.

Això augmenta la capacitat de poder aprendre i créixer en totes les situacions. I aquest equip és un equip agraït i vol arribar a constituir-se com a un equip més fort i cohesionat.

## Conclusions

Segons paraules 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*". Aquesta és una de les definicions que té presents molts dels elements i aspectes que entren en joc en el procés de supervisió.

Tasca i sentiments, marc teòric i pràctica assistencial. Hem pogut observar com els llaços d'afecte sobre els que es basen les empreses familiars són molt similars als llaços que uneixen i vinculen els professionals a lluitar per una causa social origen de l'associació que gestiona el servei. Aquests llaços d'afecte o de solidaritat són força ambivalents, igual que qualsevol relació que es basi en l'afecte i l'amor. Aquesta ambivalència en l'organització d'aquestes entitats fa que els professionals vegin en la supervisió un espai òptim per revisar aspectes que els atrapen i no acaben d'identificar i funcions professionals que es presuposen i no s'acaben de verbalitzar. Confusió que genera malestar.

És important treballar en clau de “proccés”, concepte que significa treballar al llarg del temps i donar temps al temps. Els can-

vis personals i institucionals necessiten temps per identificar-los; temps per detectar-los, temps i voluntat per canviar-los i temps i coneixement per proposar aquests canvis. La supervisió com a espai de contenció d'aspectes emocionals de vegades desbordats ajuda a detectar sentiments de caos, impotència, fragilitat i desesperança.

Per acabar, vull remetre'm a la reflexió que fa Carmina PUIG (2010) en un dels seus articles, que ens diu que “la supervisió és una eina, una metodologia estructurada que pot fer-se càrrec dels esdeveniments i circumstàncies dels dos principals sistemes que operen en els professionals: el professional i la institució”. Penso que és una definició que emmarca el que hem treballat plegats durant tot aquest any perquè són els dos pilars bàsics de la intervenció social.

## Bibliografia

- BARENBLIT, V. “Diálogos con Valentin Barenblit”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, núm. 13 (1993). Pàg. 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 Neuropsiquiatria. Madrid: Estudios, 2006.
- PUIG, C. “Del supervisar y de la supervisió en la intervenció social”, en *Revista de Treball Social*, núm.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.



The page features a decorative graphic consisting of several overlapping rectangular blocks. At the top left, there are two light green squares. Below them, a horizontal green bar spans across the page, containing the main title. Underneath the green bar, a vertical grey bar extends downwards on the left side, containing a subtitle. The rest of the page is white.

# Pòsters universitaris

- Bona pràctica amb infància  
tutelada





# Pòsters de fi de grau

- Bona pràctica amb infància tutelada

## Final year project posters

- Good practice with minors under protection

Seguint la col·laboració amb les universitats de Catalunya que ofereixen estudis de Treball Social, i continuant la proposta de publicar a la nostra revista un **pòster del treball de fi de grau que se seleccioni de cada promoció** o curs acadèmic, presentem ara el pòster de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona:

- *Bona pràctica amb infància tutelada*, de Jordina Mora

Felicitem l'autora del pòster que presentem i desitgem que entre tots seguim treballant perquè aquesta col·laboració, que és un bon instrument per apropar el món professional i acadèmic, continuï en el proper curs.

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.

Per citar l'article: PÒSTERS DE FI DE GRAU. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 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".*





# Miscel·lània

El corazón



# El corazón

## The heart

Pepita Vergara Beltrán<sup>1</sup>

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.

Per citar l'article: VERGARA BELTRÁN, Pepita. El corazón. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgina 149. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Treballadora social i membre de l'equip de redacció de la RTS.



The page features a decorative design with a light green square in the top left, a darker green square below it, and a horizontal green bar across the middle. Below the green bar is a vertical grey bar on the left side.

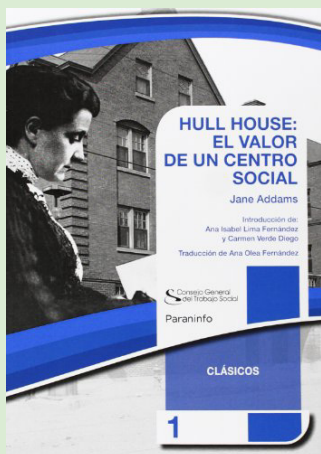
# Prestatge dels llibres

*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.

**Per citar l'article:** ADDAMS, Jane. Hull House: el valor de un centro social. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 153-156. ISSN 0212-7210.

## Hull House: el valor de un centro social

Hull House: the value of a community center

És possible que llegir la biografia i obra d'una de les pioneres del treball social esdevingui una experiència que no et deixa indiferent? Això és el que vaig descobrir que m'estava succeint a les poques pàgines de començar la lectura del llibre *Hull House: el valor de un centro social*.

Aquest llibre forma part de la col·lecció Clásicos del trabajo social que edita el Consejo General del Trabajo Social i que, amb gran encert, dedica a la divulgació dels orígens del treball social. En aquesta ocasió ens acosta a Laura Jane Addams, treballadora social, sociòloga, activista social, sindicalista, sufragista, feminista, premi Nobel de la pau i, malgrat això, dona poc coneguda i reconeguda des de la nostra disciplina. L'aproximació a la seva obra se'ns ofereix mitjançant la traducció inèdita de dues de les seves conferències, impartides el 1892, en què explica el projecte al qual va dedicar gran part de la seva vida i que encara avui en dia manté la seva activitat, la Hull House, inspirada en el moviment dels Settlements anglesos.

El pensament de J. Addams, les seves reivindicacions i les seves propostes d'acció per a la transformació social recuperen avui, malauradament, plena actualitat i serveixen d'inspiració per al desenvolupament d'un treball social global i compromès amb els drets humans i la justícia social.

El llibre s'estructura en sis parts: de la mà d'Ana Isabel Lima trobem la biografia de J. Addams, posteriorment és Carmen Verde qui presenta i contextualitza la Hull House així com un interessant apartat dedicat a analitzar les similituds i diferències entre J. Addams i M. Richmond i informació complementària sobre obres i bibliografia relacionades amb l'autora. Finalment, traduïdes per Ana Olea, les dues conferències seleccionades entre la seva producció literària: *El valor subjectiu d'un centre social* i *El valor objectiu d'un centre social*.

Es fa difícil destacar les idees clau que recull el llibre, perquè tot ell aporta elements per a la reflexió, però essent conscient de deixar molts temes al tinter, en les properes línies es destacaran algunes de les tesis que va defensar J. Addams, mitjançant la paraula i l'acció, al llarg de la seva vida.

Propera a l'escola de Chicago, va ser dels primers intel·lectuals que va explicar la pobresa com a problema social, distanciant-se de considerar-la conseqüència de formes de vida amoral o argumentant els principis del determinisme biològic. A partir d'aquesta convicció, planteja que qualsevol persona pot trobar-se en una situació de precarietat social d'un dia per l'altre i defensa la importància de compartir temps i coneixements en una dinàmica solidària de progrés social.

És especialment rellevant l'apartat en el qual s'explica l'activitat investigadora que es desenvolupava a la Hull House, la importància que J. Addams donava a la recerca partint del coneixement del territori i dels veïns del barri, fent servir tècniques qualitatives com l'observació participant, entrevistes en profunditat i històries de

vida, i tècniques quantitatives com la recollida i registre de dades, l'anàlisi estadística, l'elaboració de mapes i gràfiques i la presentació de resultats i conclusions que poguessin promoure canvis legislatius i reformes socials.

Per a l'autora, la persona, objecte d'investigació i de la intervenció social també és, indissociablement, el subjecte actiu d'aquesta intervenció social i hi participa com a protagonista. La posició del treballador social queda destacada en un rol d'acompanyament. Aquesta manera de posar en relació l'investigador amb el subjecte d'investigació és una de les grans aportacions de J. Addams, i ha estat recollida, a més de pel treball social, per altres disciplines com l'antropologia i la sociologia.

Les residents de la Hull House eren científiques socials i treballadores socials, i, al contrari que els col·legues masculins del Departament de Sociologia de la Universitat de Chicago, prioritzaven les necessitats de la societat sobre les necessitats de la recerca. Per a elles la ciència ha d'estar al servei de la reforma social. Aquesta manera de fer i pensar va portar que fossin denominades treballadores socials com una forma de diferenciar-les dels "autèntics" investigadors socials, els sociòlegs, titulars del coneixement pur allunyat de les classes populars. Així va ser com la història va quedar escrita amb gènere masculí per a la sociologia i en femení per al treball social.

Avui ja ningú nega que les investigacions empíriques desenvolupades per les reformistes socials de l'època, amb Jane Addams al capdavant, van ser origen de la sociologia aplicada i naixement del treball social com a disciplina científica especifi-

ca, o, en els seus orígens, com la branca de la ciència posada al servei de la reforma social.

És especialment interessant l'apartat dedicat a comparar la vida i llegat de J. Addams i M. Richmond. Les similituds vénen lligades a les seves biografies i a l'època en què van viure, les diferències es relacionen amb la manera com conceben una i l'altra la lluita per una societat millor. Richmond va centrar l'atenció en la persona planificant una intervenció destinada a minvar les seves dificultats i carències, va treballar des d'una de les organitzacions de caritat més potents d'aquell temps i va defensar la sistematització de les pràctiques assistencials i caritatives a partir del diagnòstic social. Addams se situa en un nivell més ideològic i polític, estava convençuda que les persones, amb ajuda i empoderament, poden resoldre les seves necessitats, com a membres d'un grup o una comunitat. El seu plantejament és contrari a la intervenció social focalitzada en exclusiva en els individus. Es considera una de les primeres inspiradores del treball social grupal i comunitari.

És un encert l'estructura que presenta el llibre, partint de la presentació de la biografia de J. Addams, continuant amb la contextualització del seu pensament en el moment històric en què va viure i posant-la en relació amb altres figures intel·lectuals vinculades als moviments socials del moment. Al final d'aquest camí, estem preparats per entrar a la Hull House, per conèixer, de la mà de la mateixa J. Addams, el valor objectiu d'aquesta casa i també el seu valor subjectiu, aquests són els títols de les dues conferències amb les quals es posa fi al llibre.

En la primera, *El valor objectiu d'un centre social*, s'explica la ubicació de la casa, descriu l'edifici, el barri, l'escassetat d'infraestructures, parla dels veïns, dels seus orígens, de com s'agrupen per colònies segons la procedència, de la precarietat laboral que pateixen, de l'explotació infantil, de la poca importància que li donen a l'educació, dels seus habitatges petits i sense subministraments... A partir d'aquesta descripció, planteja la Hull House com un projecte comunitari, de transformació social. El punt de partida és convidar els joves de la burgesia, principalment dones i universitaris, a viure a la casa per compartir les seves vides i els seus coneixements amb els veïns del barri, vivint com ells, sense privilegis. Però a més d'apartaments residencials, el centre disposa d'espais amplis i de serveis per als veïns (guarderia, cuina pública, banys públics, biblioteca, piscina, borsa de treball, etc.). Segons la mateixa J. Addams, les activitats s'agrupaven en educatives, culturals, politicsindicals i socials. Cal destacar el valor donat a afavorir les relacions socials com una de les necessitats bàsiques dels veïns, i les activitats educatives a diferents nivells (per a nens, joves, adults, d'alfabetització, industrials i universitàries), allunyant-se d'un model d'ajuda basat en la mera expedició de cursos.

En la segona conferència, *El valor subjectiu d'un centre social*, J. Addams fa referència a tres aspectes que justifiquen, subjectivament, el seu projecte: el desig d'interpretar la democràcia en termes socials, l'impuls d'ajudar en el progrés de la raça humana i la inspiració del moviment cristià humanista. A partir d'aquesta moti-

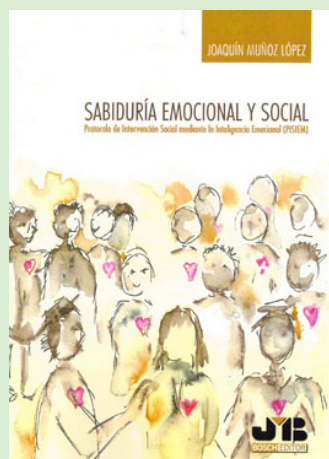
vació descriu el centre social com un esforç experimental per ajudar a la solució dels problemes socials i industrials generats per les condicions de vida moderna en una gran ciutat.

L'autora defensa, com a fórmula de progrés i democratització, la socialització de l'educació. Planteja un ensenyament no institucionalitzat sinó social, proper a les activitats de la comunitat, que impregni l'atmosfera del barri. També argumenta la importància de posar en relació, per a benefici de tota la societat, la necessitat de desenvolupar les capacitats apreses pels joves universitaris i les necessitats de coneixement de les persones que no han tingut la possibilitat d'estudiar. En un país democràtic res no es pot assolir perma-

nentment si no es garanteix el creixement cívic de tot el poble.

J. Addams planteja un compromís amb la millora de les condicions de vida de les persones que, tot i donar gran rellevància a la metodologia de la intervenció social, va més enllà dels aspectes professionals. En l'actualitat, en temps de precarietat i pèrdua de drets socials, cada vegada més treballadors i treballadores socials s'estan aproximant a plantejaments similars, estan reivindicant els valors originals de la professió: donar a conèixer les mancances que pateixen les persones, assenyalar els poders públics com a responsables del seu benestar i treballar conjuntament (població, tècnics i polítics) per al progrés social, amb una actitud compromesa.

**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.

**Per citar l'article:** 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, desembre 2015, n. 206, pàgines 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)

Escrit per en Joaquín Muñoz López, especialista en Intel·ligència emocional i amb dilatada experiència en atenció a les persones. És diplomad en Treball Social, sociòleg i màster en Intel·ligència emocional en les organitzacions. Ha orientat els seus estudis a l'anàlisi emocional i la felicitat de l'ésser humà i és un estudiós i ampli coneixedor del comportament humà.

Joaquim Muñoz ens endinsa en el coneixement emocional dels usuaris i de nosaltres mateixos com a professionals-persones, i ho imbrica en el procés metodològic de la intervenció social, amb l'objectiu de dirigir aquesta intervenció cap al treball centrat en l'usuari i en el desenvolupament de la seva autonomia.

Muñoz presenta un llibre que podria utilitzar-se com a manual pràctic per a la intervenció social on l'objecte d'intervenció és el treball emocional dels usuaris com a motors i impulsors del seu propi canvi.

El llibre exposa com treballar la intel·ligència emocional en la relació usuari-professional a partir d'un model propi, que anomena Protocol d'Intervenció Social mitjançant la Intel·ligència Emocional (PISIEM). Però no només planteja el PISIEM, sinó també coneixements i teories que s'han de poder in-

corporar per poder treballar amb el protocol citat com pot ser la Teoria de l'Aprenentatge cognoscitiu de Rotter, la teoria de la indefensió apresada i la gestió i coneixement de les emocions, entre d'altres.

El manuscrit té rellevància perquè presenta un model propi de la intervenció social basada en la intel·ligència emocional i el model d'habilitats, tornant la intervenció social la seva essència: la promoció del canvi i de l'autonomia dels usuaris a través de la relació professional d'ajuda.

Aquest protocol inclou diverses teories i coneixements de molt calatge per a la intervenció social, però no es queda només en la part del coneixement, sinó que proposa tècniques, procediments i habilitats en la intervenció social dins un procés metodològic clarificat i ajustat a través de la teoria, però també d'estudis i de la seva llarga experiència pràctica. Muñoz ens proposa com fer intervenció social des d'una òptica de treball amb emocions del mateix usuari, tenint en compte les del professional i les que poden sorgir de la relació d'ajuda.

El lector trobarà un llibre que no només li servirà com a eina d'intervenció, sinó també com a autoconeixement de la Intel·ligència Emocional a nivell personal i professional, i alhora proposa instruments d'autocura del professional i de millora dels espais de treball.

El llibre és extens perquè Muñoz ha volgut aportar tot allò que té influència en la intervenció des de la Intel·ligència Emocional, però un cop el llegeixes t'adones que has pogut incorporar la mirada emocional de la intervenció, tècniques d'intervenció i instruments que són primordials en la relació d'ajuda.

En la primera part del llibre Muñoz introdueix conceptes teòrics que enllaça amb la praxi de la intervenció social, exposant-nos la importància que tenen en la Intervenció. Aquests models teòrics, com pot ser el de les necessitats existencials, o el d'identitat social, entre d'altres, estan desenvolupats, però dins el capítol es fa èmfasi i s'aprofundeix en la teoria i metodologia del coneixement de la Intel·ligència Emocional i el model d'habilitats socials. Aquestes teories estan contrastades amb estudis demostratius de la seva utilitat i mostren la importància de les emocions com a origen del comportament humà.

Alhora el capítol mostra la diferenciació entre emoció, sentiment, afecte i estat d'ànim, i ens proposa com desenvolupar les pròpies habilitats socioemocionals, fent créixer així la intel·ligència emocional a través de identificar, facilitar o utilitzar, entendre i regular les emocions.

Encara al capítol 1 proposa exercicis d'autoconeixement i de treball sobre les emocions pròpies i dels usuaris.

Aquest capítol és un apartat important del llibre, atès que ens explica tota la base de la identificació i gestió de les emocions que després introdueix com a eina per a la intervenció directa amb l'usuari.

En el segon capítol Muñoz desenvolupa i aprofundeix en el Protocol de la Intervenció Social mitjançant la Intel·ligència Emocional (PISIEM), a través de nou principis que plantegen com treballar-lo i incorporar-lo per tal d'aconseguir la transformació citada i canvi en l'usuari des de la relació d'ajuda:

- Principi d'acceptació.
- Principi de legitimitat.
- Principi de responsabilitat.

- Principi de realitat.
- Principi d'ideïtat.
- Principi de paraigfaltat o equitat.
- Principi de voluntarietat.
- Principi de confidencialitat.
- Principi de promoció personal.

Als capítols tercer i quart ens mostra com introduir aquest protocol dins la intervenció social, abans i durant la intervenció. Mostra i explica eines i tècniques d'anàlisi i diagnòsi focalitzat en el treball amb les emocions dels usuaris, i ens aporta eines i estratègies d'intervenció molt valuoses com el *rapport*, el treball amb les emocions negatives i positives quan són adaptades o desadaptades, i el lideratge de la intervenció mitjançant els captadors emocionals que promouen canvis significatius a través de la metodologia.

El capítol cinquè introdueix altres competències emocionals per als professionals per intervenir des de la intel·ligència emocional, com el reenquadrament, o el procés per desenvolupar habilitats socioemocionals en el client, entre d'altres competències que poden produir canvis significatius en la relació d'ajuda i el desenvolupament de les capacitats dels usuaris.

El capítol sis tanca amb la informació sobre el que hem de fer després de la intervenció des del PISIEM i entra en l'avalu-

ació de la intervenció des de la Intel·ligència Emocional.

A l'última part del llibre l'autor ens inclou exercicis pràctics per treballar amb els usuaris la Intel·ligència Emocional i ens adjunta alhora el llistat d'emocions primàries i secundàries, i els seus oposats per com ell diu tenir coneixement sobre les emocions, vital per poder-les identificar i incorporar en el treball.

En conclusió, Muñoz ens proposa una metodologia d'intervenció social sobre la Intel·ligència Emocional en què es planifica, on s'analitza, on es dissenya un pla de treball, on s'intervé i on s'avalua la intervenció, i ho fonamenta en estudis i teories i experiència pràctica que consoliden aquesta intervenció. Ens aporta mètode, però també ens aporta multitud de tècniques, eines i habilitats per al professional de la intervenció social que vulgui un canvi de paradigma sobre la intervenció on l'objectiu és la promoció de l'autonomia i capacitats de desenvolupament dels usuaris des de la Intel·ligència Emocional.

Muñoz fa una aportació molt valuosa al coneixement del treball social posant sobre el paper i fonamentant el motiu, el perquè i el com de la intervenció social des de la Intel·ligència Emocional que tan cabdal és per a la nostra professió i els seus usuaris.

**Eva Noguera Cambray**





The image features a decorative graphic consisting of several overlapping rectangular blocks. A light green block is on the left, partially overlapping a darker green block. 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

*Publicacions*

*Presentació d'articles*

*Subscripció*



## Números anteriors

---

- **Repensant el treball social amb famílies (I)**  
Número 197 - Desembre 2012
- **Repensant el treball social amb famílies (II)**  
Número 198 - Abril 2013
- **Diàlegs entre l'ètica i el treball social**  
Número 199 - Agost 2013
- **Albirant nous horitzons per al treball social**  
Número 200 - Desembre 2013
- **La força del treball social amb grups**  
Número 201 - Abril 2014
- **Treball social en clau internacional**  
Número 202 - Agost 2014
- **Compromís amb la comunitat**  
Número 203 - Desembre 2014
- **Al costat dels infants i els adolescents (I)**  
Número 204 - Abril 2015
- **Al costat dels infants i els adolescents (II)**  
Número 205 - Agost 2015
- **Atenció integral i sanitària: elements per a la reflexió**  
Número 206 - Desembre 2015

## Propers temes

---

- **Drets socials**
- **Sexualitat**
- **Habitatge**

### NORMES PER A LA PRESENTACIÓ D'ARTICLES A LA REVISTA DE TREBALL SOCIAL (RTS)

La *Revista de Treball Social*, editada pel Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, es publica des de l'any 1960 amb periodicitat quadrimestral. El seu objectiu és transmetre coneixements sobre el treball social, els serveis socials, el benestar social i les polítiques socials a la comunitat científica, als professionals i als col·lectius interessats.

- La RTS està oberta a tots els col·laboradors que ho desitgin per presentar articles sobre investigacions originals teòriques o experimentals, treballs teòrics i metodològics, descripcions d'experiències professionals i assaigs, sempre en relació amb el treball social, les polítiques socials i els serveis de benestar social.
- Els articles han de ser inèdits. Malgrat tot, l'equip de redacció podrà reproduir textos publicats en altres llengües i en altres àmbits geogràfics, si ho creu oportú.
- El contingut dels articles és responsabilitat exclusiva dels autors i davant l'evidència de plagi es posaran en marxa accions previstes per a informar a les persones autores, retirar el document no original de la pàgina web i informar a les persones lectores d'aquesta situació.
- L'equip de redacció estudiarà els articles rebuts i informarà a l'autor/a de l'acceptació per a la publicació. Podrà també recomanar modificacions i, si l'article es considera no publicable, es comunicarà.
- Extensió. Els articles de la secció “**A Fons**” tindran una extensió màxima de 15 pàgines (els articles que facin referència a Experiències tindran una extensió màxima de 10 pàgines), els de les seccions “**Altres temes d'interès**” un màxim de 10 pàgines; els de “**Miscel·lània**”, 3 pàgines, i els comentaris de “**Prestatge dels Llibres**” no excediran les 2 pàgines. En tots els casos que correspongui l'extensió màxima serà inclosa la bibliografia. Els articles que superin les pàgines indicades seran retornats per reduir-ne l'extensió.  
Els articles es presentaran en format electrònic, lletra Arial cos 12; interlineat 1,5; marges 3 cm.
- Llengües. Els articles poden presentar-se en català o en castellà indistintament, la publicació es realitzarà bilingüe. Els títols i resums també en anglès.
- Les dades han d'anar a la capçalera dels articles. En la primera pàgina es farà constar títol i subtítol, si s'escau; nom i cognoms de l'autor/a principal i relació d'altres autors/es si el treball és d'equip; títol acadèmic, centre de treball i càrrec; també s'inclouran el número de telèfon i l'adreça de correu electrònic.  
A continuació el resum, no superior a 10 línies, en l'idioma triat i, si és possible, en anglès.  
Al final del resum les paraules clau, en nombre no superior a 5.
- Destacats: marcar en verd les dues o tres frases (que no excedeixin les 30 paraules cada una) que es considerin importants de l'article.
- Referències bibliogràfiques. Aniran al final del text, seguint l'ordre alfabètic i d'acord amb les següents normes de referència: ISO 690, 1987 (UNE 50-104-94) per a documents impresos i ISO 690-2 per a documents electrònics, bases de dades i programes informàtics.

#### Documents impresos.

- Monografies (Llibres): COGNOMS (majúscula), Nom o nom de l'entitat responsable. Títol (en cursiva). Altres responsables: traductor, editor, etc. (opcional). Edició. Lloc de

- publicació: Editorial, any. Extensió del llibre (opcional). Col·lecció (opcional). Notes (opcional). Número ISBN.
- Parts de monografies (Capítol de llibre): COGNOMS (majúscula), Nom o nom de l'entitat responsable del capítol. Títol del capítol. En COGNOMS (majúscula), Nom o nom de l'entitat responsable del llibre. Títol del llibre (en cursiva). Lloc de publicació: Editorial, any, situació en la publicació font (volum, pàgines, etc.).
  - Publicacions en sèrie (Revistes): Títol (en cursiva). Responsabilitat de la revista. Edició. Identificació del fascicle (data i/o número). Lloc de publicació: Editorial, any. Sèrie (opcional). Notes (opcional). Número ISSN.
  - Articles de publicacions en sèrie (Revistes): COGNOMS (majúscula), Nom o nom de l'entitat responsable de l'article. Títol de l'article. Col·laboradors/-es a l'article (opcional). Títol de la revista (en cursiva). Edició, any, volum, número, pàgines.
  - Legislació: País. Títol. Publicació (en cursiva), data de publicació, número, pàgines.

### Documents electrònics.

- Textos complets: COGNOMS (majúscula), Nom o nom de l'entitat responsable. Títol (en cursiva) [tipus de suport]. Responsable(s) secundari(s) (opcional). Edició. Lloc de publicació: Editor, data de publicació, data d'actualització/revisió [Data de consulta] (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). (Col·lecció) (opcional). Notes (opcional). Disponibilitat i accés (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). Número normalitzat (opcional).
  - Parts de textos: COGNOMS (majúscula), Nom o nom de l'entitat responsable del document base. Títol del document base (en cursiva) [tipus de suport]. Responsable(s) secundari(s) del document base (opcional). Edició. Lloc de publicació: Editor, data de publicació, data d'actualització/revisió [Data de consulta] (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). Capítol o designació equivalent a la part. Títol de la part. Numeració dins el document base (opcional). Localització dins el document base (opcional). Notes (opcional). Disponibilitat i accés (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). Número normalitzat (opcional).
  - Publicacions en sèrie (Revistes electròniques): Títol (en cursiva) [tipus de suport]. Edició. Lloc de publicació: Editor, data de publicació [Data de consulta] (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). Sèrie (opcional). Notes (opcional). Disponibilitat i accés (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). Número normalitzat.
  - Articles i altres contribucions de publicacions en sèrie (Revistes electròniques): COGNOMS (majúscula), Nom o nom de l'entitat responsable de la contribució. Títol de la contribució. Títol de la revista (en cursiva) [tipus de suport]. Edició. Número del fascicle. Data d'actualització/revisió [Data de consulta] (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). Localització dins el document base. Notes (opcional). Disponibilitat i accés (obligatori per als documents en línia; opcional per a la resta). Número normalitzat.
- Les gràfiques, dibuixos i taules portaran les corresponents referències, indicant amb quina part del text estan relacionades.
  - Els articles s'enviaran a l'adreça electrònica de la RTS: [rts@tscat.cat](mailto:rts@tscat.cat)
  - Els articles, un cop publicats, passen a ser propietat de la RTS.
  - Els autors/es rebran 2 exemplars en format paper del número de la revista en què s'ha publicat el seu treball.

**Nota als lectors:**

La Revista de Treball Social (RTS) ofereix un espai de comunicació amb els lectors amb la voluntat de rebre **comentaris, suggeriments, cartes, notes** i tot el que els lectors vulguin comunicar a la direcció de la revista.

Envia les teves aportacions per correu postal a:

**RTS**

c/ Portaferrisa, 18, 1r 1a - 08002 Barcelona

o bé per correu electrònic a: [rts@tscat.cat](mailto:rts@tscat.cat)

## Tarifes

- Subscripció anual: 45 euros
- Estranger (tarifa única): 58 euros
- Números solts: 18 euros

## Dades personals

Nom i cognoms: ..... NIF: .....  
Adreça: ..... C.P.: .....  
Població: .....  
Telèfon: ..... Tel. mòbil: ..... E-mail: .....

## Dades Bancàries

Banc o Caixa: .....  
Domiciliació Agència: .....  
Població: .....  
Titular: .....  
**Codi bancari:** Entitat\_\_\_/ Sucursal\_\_\_/ DC\_\_ Núm. C/c\_\_\_\_\_

**Signatura:**

**Data:**

**Podem fer-ho arribar per correu electrònic o per fax.**

