

LA ATENCIÓN INTEGRADA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO DE RELACIÓN: LA EXPERIENCIA DE VILANOVA I LA GELTRÚ.

ARANTZA RODRÍGUEZ JUANO

Trabajadora Social. Coordinadora de proyectos y trabajo en red de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú.

SUMARIO

1. NOS PRESENTAMOS.

2. PERO ES NECESARIO ENTREVER LAS NUEVAS AMENAZAS.

3. EL MODELO COLABORATIVO DE VILANOVA I LA GELTRÚ.

3.1. De aquello que nos dimos cuenta: nuestro primer año de trabajo.

3.2. Nos ponemos a ello: nuestro segundo año de trabajo.

3.3. Empieza a dar su fruto: nuestros dos últimos años de trabajo.

3.4. Evaluamos el modelo.

4. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Trabajo en red; coordinación sociosanitaria; modelo colaborativo; atención integrada.

RESUMEN

Este artículo describe las claves que han sustentado el proceso de relación y de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria de Vilanova i la Geltrú y desvela las premisas esenciales que pueden resultar útiles a profesionales y a dispositivos que estén inmersos o interesados en abordar un proceso análogo. Muestra también los resultados de esa sinergia, lo que se ha gestado y hasta donde ha sido posible avanzar, señalando las amenazas y la complejidad implícita de un proceso de relación que suma cerca de doscientos profesionales.

La atención integrada solo será factible cuando todos los niveles de ambos sistemas asuman con pleno convencimiento que no hay otro camino posible y que las consecuencias de no hacerlo son nefastas. Pero esto implica remover intereses, estructuras y dinámicas que arraigan una inercia en dirección contraria. Y mientras todo esto acontece, nacen y crecen iniciativas movidas por las buenas intenciones y por la evidencia. La que en este artículo compartimos, es una de ellas.

KEYWORDS

Networking; Collaborative model; PIAISS; Vilanova i la Geltrú.

ABSTRACT

This article describes the keys that have underpinned the relationship and coordination process between the primary social and health care services in Vilanova i la Geltrú and reveals the essential premises that may be useful to professionals and devices that are immersed or interested in addressing a similar process. It also shows the results of this synergy, what has been developed and how far it has been possible to advance, pointing out the threats and implicit complexity of a relationship process that amounts to nearly two hundred professionals.

Integrated care will only be feasible when all levels of both systems assume with full conviction that there is no other possible path and that the consequences of not doing so are harmful. But this involves stirring interests, structures and dynamics that are rooted in inertia in the opposite direction. And while all this is happening, initiatives are appearing and growing, driven by good intentions and by evidence. We share one of these in this article.

1. NOS PRESENTAMOS.

No es casual sino causal que Vilanova i la Geltrú sea uno de los municipios inmersos en un proceso de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria².

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

La valiosa experiencia de abordaje integral del Centro de Atención Primaria Integral (CAPI)³ ha sido motor para empezar un camino paralelo en los dos territorios en los que nuestro municipio tiene Centros de Atención Primaria de Salud y equipos de intervención social de Servicios Sociales Municipales, que hasta ese momento permanecían en mundos mutuamente desconocidos. Dos espacios de atención prácticamente autistas, salvo excepciones de coordinación entre algunos profesionales de atención directa, algún protocolo que nos conecta y el puente de enlace de la trabajadora social sanitaria.

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

milar o a quien albergue sus dudas sobre cómo iniciarlo.

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

2. PERO ES NECESARIO PODER ENTREVER LAS NUEVAS AMENAZAS.

Antes de entrar en más detalle sobre este recorrido creo interesante hacer un zoom. Se trata de apuntar algunos elementos que, desde un plano panorámico -y más allá de una microintervención de coordinación limitada a un área geográfica como puede ser la nuestra-, están formando parte de los movimientos de freno para llegar a atender y a entender a las personas desde una integración asistencial sociosanitaria.

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

La construcción de un espacio social y sanitario común es un proceso movido por voluntades, pero también paralizado por complejidades, miedos, escepticismos y resistencias. Creo que hablar de ello nos

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

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

acerca al núcleo de los aspectos que subyacen, que están en un plano más o menos consciente y que no siempre se explicitan.

Como barreras al proceso se ha reiterado la complejidad implícita en la transformación profunda que requiere de ambos sistemas implicados, la dificultad de comunión entre dos lenguajes y culturas organizativas e institucionales diferentes, la falta de sistemas de información compartidos y compatibles, o la tan recurrente resistencia al cambio. Pero no se ha hablado tanto de cuestiones, seguramente más incómodas, que inevitablemente operan en los diferentes actores necesarios para el cambio de modelo, sean estos de la esfera política, sean líderes de las instituciones implicadas o sean profesionales de primera línea de atención.

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

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

Se han escrito muchas páginas sobre la insostenibilidad del actual sistema por cuestiones de evolución demográfica. Sumémosle a ello que la mayoría de experiencias de coordinación ya iniciadas se han reducido al espacio común de la atención a la cronicidad y a la dependencia, -ambas de elevado coste sociosanitario-,

perdiendo así la gran oportunidad de trabajar juntos en muchos otros ámbitos de intervención. Salud mental, infancia, familia, mujer o drogodependencia podrían ser algunos ejemplos de sinergia de resultados asegurada bajo una intervención bio-psico-social.

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

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

- Hablamos de procesos que conllevan inevitablemente modificar el status quo -situación, intereses y perspectivas actuales de cada agente, profesional, grupo u organización involucrados en el cambio-. Este aspecto nuclear inhibe la consistencia del compromiso de participación necesaria en el despliegue de la iniciativa (Artells, 2015: 66).

- El miedo a que el pez grande de la salud se coma al pez pequeño de lo social. La diferencia de peso específico entre ambos sistemas (Fantova, 2015) abre el miedo a compartir carteras y a avanzar en un proceso de cambio que no sea únicamente periférico, sino que represente una verdadera integración estructural, organizativa y económica.

Por poner un ejemplo, he oído más de una vez (prudentemente, solo en conversaciones

de pasillo) el temor a que el interés en el concurso de los Servicios Sociales básicos en este proceso responda en buena medida a la utilidad y bajo coste de la cartera de servicios de atención a domicilio.

La dificultad en ver reflejado un discurso social en los diferentes argumentarios y documentos teóricos sobre el nuevo modelo tampoco pasa desapercibida⁴. La defensa del trabajo social sanitario también entra en alerta bajo la posibilidad de que su tarea quede desdibujada o su utilidad cuestionada en un modelo de atención integrada⁵.

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

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

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

⁵ Desde nuestra experiencia podemos compartir que se produce el efecto contrario, fundamentalmente porque los profesionales sanitarios incorporan una mirada social que facilita y amplía el trabajo social sanitario y, por tanto, todo aquello que nos pone en relación.

⁶ Es un grupo motor formado inicialmente por 7 personas que mantenemos desde el inicio un espacio de reunión mensual. Durante el segundo año de trabajo este núcleo motor se amplía e incorpora a las direcciones del resto de dispositivos implicados. Quiero destacar el acierto en la decisión de incorporar a la trabajadora social sanitaria como parte integrante del equipo: su papel ha sido fundamental por ser conocedora de buena parte de los elementos que acabarán siendo la intersección entre

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

3. EL MODELO COLABORATIVO DE VILANOVA I LA GELTRÚ.

3.1. De aquello que nos dimos cuenta: nuestro primer año de trabajo.

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

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

El núcleo de este proceso de relación entre profesionales empieza con la constitución de un equipo motor formado por las direcciones de los dos Centros de Atención primaria de Salud y de los Servicios Sociales Municipales⁶.

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

1. Acordar con pleno convencimiento que la población diana de este proyecto no se limitaría a un único ámbito de intervención y, por tanto, se plantearía en el marco de cualquier dificultad susceptible de que una intervención conjunta obtenga mejores resultados⁷. La segunda decisión, en correspondencia con la anterior, fue incorporar a este proceso de trabajo en red a los servicios de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA), y al servicio de atención a las drogodependencias (CAS). El conjunto de los cinco servicios sumamos un total de 191 técnicos de diferentes disciplinas: trabajo social, medicina, educación social, enfermería, pediatría, psiquiatría, psicología y odontología.

2. A lo que metafóricamente llamábamos *corregir la miopía*: llegar a conocer con cierta profundidad qué hace cada cual no es tan inmediato, y es requisito previo para empezar a descubrir espacios comunes sobre el qué y sobre el cómo. Supuso también hacer confluír las miradas mostrando y ajustando las posibilidades y las expectativas que cada servicio tenía sobre en qué medida el otro podía complementarlo.

3. A tomar plena conciencia de que el proceso sería largo y complejo, y también de todo aquello que podía obstaculizarlo.

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

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

Solo desde la certeza de su utilidad podrá sostenerse una trama de relaciones que no han tenido hasta ahora un espacio, y que han de buscarse proactivamente con un esfuerzo añadido. El trabajo colaborativo no se justifica por sí mismo independientemente de sus resultados, y ha de ser internalizado como un tiempo y una dedicación necesaria ante algunas circunstancias.

Susana Vega describe este proceso de una manera sumamente inspiradora: “las redes de relaciones que se apoyan en la ayuda mutua entre profesionales actúan como multiplicadoras de beneficios cuan-

⁷ La mayor parte de experiencias de coordinación sociosanitaria iniciadas en los últimos años en Cataluña y en el conjunto de España se abordan en los ámbitos de la cronicidad, la discapacidad y la dependencia.

do se logra vivenciar y llevar a la práctica el vínculo de complementariedad” (Vega, 1997). El pensar en las redes como instrumento de trabajo plantea una de las tareas más complejas: el desafío de construir contextos colaborativos interequipos, interinstitucionales e intersectoriales. Para que ello sea posible, es necesario partir de una posición difícil de lograr, referida a que las experiencias de cambio se potencian cuando son socialmente compartidas con el objetivo de solucionar un problema común y se confirman cuando redundan tanto en beneficio de los profesionales como del usuario objeto de nuestra intervención.

4. Se nos hizo evidente que el éxito o el fracaso de esta iniciativa estaba en buena parte en dibujar un proceso que fuese adhiriendo voluntades y movilizando miradas en esta dirección. Para hacerlo posible era requisito que los profesionales implicados fuesen parte activa de la construcción del modelo. Un planteamiento vertical en este sentido está fuera de toda lógica y no hubiese obtenido ningún resultado.

El equipo motor tiene un cometido de impulso, de dar estabilidad, legitimidad y continuidad al proceso. También de cuidar y estar atento a todos los escollos, manteniendo una mirada apreciativa sobre los objetivos logrados para no caer en el desánimo ante la complejidad del engranaje. Pero en todo este trayecto, las ideas sólo serán validadas si surgen de un espacio y tiempo compartido entre los

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

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

De los resultados de la encuesta podemos destacar que el 75% respondió en un sentido favorable a las ventajas que podía aportar el modelo colaborativo⁸.

El grupo de discusión se formó invitando a 23 profesionales seleccionados de manera que fueran representativos de los diferentes equipos de trabajo y del conjunto de disciplinas implicadas. El debate se planteó en torno a tres interrogantes: cuáles son los beneficios y las dificultades de una atención coordinada, y qué elementos necesarios debía incorporar el proceso. La opinión expresada por los profesionales queda resumida en el cuadro 1.

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

⁸ La pregunta se formulaba de la siguiente manera: ¿Crees que poder trabajar de manera conjunta y coordinada puede aportarte ventajas? El 25% restante respondió “no lo tengo claro, me falta información para decidirlo” o “no, haría más complicado mi trabajo”. El total de la encuesta incorporaba cuatro preguntas más.

La encuesta obtuvo un porcentaje del 58% de respuesta sobre el total de 124 profesionales de atención primaria social y sanitaria consultados. La encuesta no incluyó a los técnicos de CSMA, CSMIJ y CAS, sí que los incorporó posteriormente en el grupo de discusión.

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

En relación a los beneficios de la atención coordinada:

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

En relación a las dificultades de la atención coordinada:

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

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

- Previamente es necesario conocernos y generar confianza.
- Nuestra relación ha de ser cercana y ágil.
- Necesitamos el consentimiento informado de las personas para compartir información.
- Se han de buscar espacios de trabajo o de formación compartidos.
- Hacer compatibles nuestros sistemas informáticos.
- Si no le vemos una utilidad, el modelo no tendrá ningún futuro.

3.2. Nos ponemos a ello: nuestro segundo año de trabajo.

A lo largo de los doce meses siguientes se plantean tres espacios consecutivos que ponen en relación directa a los profesionales de los cinco servicios implicados.

Buscamos compartir un trabajo de debate y reflexión a propósito de nuestro grado de interdependencia, de qué eficacia nos resta trabajar en paralelo, y de cuáles han de ser las circunstancias para que la intervención coordinada se produzca. Traducido a interrogantes, sería lo mismo que responder a

las preguntas: dónde hay tarea compartida, cuál es nuestro interés común y cómo hacerlo posible.

Describo brevemente cómo han sido las tres etapas del proceso y lo más significativo que puede rescatarse respondiendo al interés de este artículo⁹.

Primer Plenario.

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

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

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

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

les muy desconocido para los profesionales sanitarios.

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

Constitución de cinco equipos de trabajo.

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

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

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

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

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

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

Además de generar acuerdos sobre estas cuestiones, planteamos a todos los grupos que durante la última sesión –por el grado de cohesión y reflexión que previamente se habrá gestado- trabajen sobre un caso real. Este ejercicio incide en evidenciar la utilidad del modelo desde la idea que la coordinación profesional no se transmite con ideales sino con prácticas efectivas (Ubieto, 2007).

Segundo plenario.

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

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

Procurando ser congruentes con los aspectos identificados a lo largo de todo el

proceso de trabajo, el equipo motor cierra el plenario con los siguientes compromisos:

- Elaborar un documento de base del modelo colaborativo de nuestra ciudad que sintetice y contenga de manera operativa las premisas y los circuitos en los que se sustenta el trabajo colaborativo¹⁰;
- Crear un directorio conjunto con los datos de contacto de todos los profesionales implicados. Se actualiza y envía periódicamente;
- Incorporar a nuestros servicios un consentimiento informado a través del cual las personas atendidas nos autorizan a compartir información relativa a sus circunstancias;
- Preservar la disponibilidad de todos los profesionales –excepto los servicios de guardia o urgencia- cerrando las agendas el mismo día del mes durante una hora y media. Este espacio común facilita la coincidencia de agendas para coordinaciones presenciales o visitas domiciliarias conjuntas. Esta medida no resta libertad y prioridad para encontrarse tantas veces cuantas sea necesario, simplemente lo facilita
- Ampliar el grupo motor inicial -tractor del proceso- e incorporar a las reuniones mensuales a las direcciones de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA), y al servicio de atención a las drogodependencias (CAS).

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

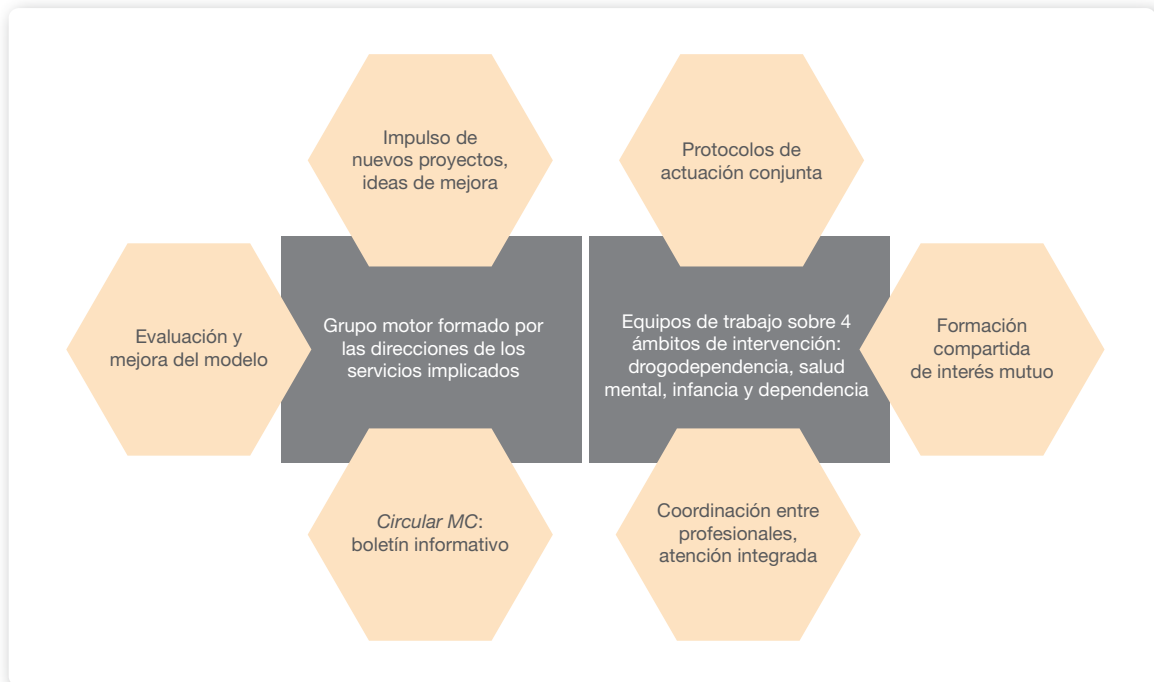
3.3. Empieza a dar su fruto: nuestros dos últimos años de trabajo.

El empeño del equipo motor durante esta última etapa ha sido seguir abriendo nuevos horizontes de relación. Estar atentos a descubrir y aprovechar estas sinergias es un reto estimulante que nos ha llevado a nuevas decisiones a lo largo de estos dos últimos años. Compartimos algunas (ver cuadro 2):

- Renovar conocimientos de manera conjunta planteando formaciones de interés mutuo, bien sea sobre temas transversales (trabajo en red por ejemplo) o sobre temas particulares ya identificados a lo largo del proceso. Para operativizar esta decisión un subgrupo del equipo motor se constituye como equipo de trabajo que organiza formaciones dirigidas a los 191 profesionales;
- Dar continuidad a cuatro de los cinco grupos de trabajo, para seguir dando espacio a la reflexión-acción compartida sobre la atención en los diferentes ámbitos del modelo: drogodependencias, salud mental, infancia y dependencia. Son equipos de trabajo, que igual que en su etapa inicial, están formados por profesionales sociales y sanitarios de los diferentes servicios implicados. Se organizan con autonomía, tanto en el calendario de reuniones como en los objetivos y prioridades de su tarea. Están liderados por un profesional que también forma parte del grupo motor. Esto permite conexión directa y coherencia entre los dos ejes impulsores de nuestra experiencia: el grupo motor y los grupos de trabajo;
- Enviar periódicamente información de interés común vía correo electrónico al conjunto de profesionales como grupo de distribución. Toma forma a partir de aquí la “Circular MC”, un boletín digital que se envía a 191 direcciones electrónicas;
- Crear un logotipo del modelo colaborativo que nos identifique como conjunto. Puede parecer a priori una idea banal, pero simbólicamente refuerza un sentimiento de pertenencia compartida. Toda la información que se envía y edita incorpora esta imagen identificativa del modelo;
- Evaluar los resultados del proceso realizando una encuesta a todos los profesionales;
- Estar atentos e intervenir cuando los profesionales se buscan para trabajar en común y no encuentran respuesta ágil del otro lado. Este es uno de los pilares del modelo, ha de funcionar y ha de ser fácil. El documento pactado de consentimiento informado nos permite compartir información, aún así, no todos los servicios lo han incorporado y el cumplimiento de la normativa de protección de datos sigue siendo algo pendiente de resolver en algunas circunstancias;
- Ampliar la red de servicios implicados. El trabajo en red es en sí mismo ilimitado, puede hacerse más tupido y pueden tejerse nuevas relaciones. Diversos dispositivos del territorio han mostrado su voluntad de formar parte de los servicios inmersos en el modelo. Actualmente éste es para nosotros un nuevo recorrido: abrir perímetros y dar entrada a otras organizaciones;

el servicio especializado de protección a la infancia, la atención sanitaria hospitalaria o el servicio de estimulación precoz, son algunos ejemplos.

Cuadro 2: El Modelo Colaborativo de Vilanova i la Geltrú.



Más allá del trabajo conjunto con usuarios-pacientes-familias, las sinergias del modelo cobran vida propia y brindan oportunidades que se van descubriendo en el proceso de relación: de encontrarnos, de ponernos a pensar y a hacer juntos. Son los frutos de las ganas, de la ilusión, de descubrir zonas vacías, de ver recorridos de mejora, de identificar necesidades emergentes...

Brevemente, mostramos algunos de los resultados de los dos últimos años de proceso. Estos son, en última instancia, los efectos y los afectos de esta relación:

1. Formaciones conjuntas y conferencias que se organizan con periodicidad trimestral y convocan a todos los profesionales implicados (191). Los temas elegidos son estratégicos y de interés mutuo. Más allá del objetivo de renovar conocimiento, la formación compartida ofrece nuevos espacios de relación y facilita una mirada y un saber hacer común.
2. Elaboración de un protocolo de detección e intervención en situaciones de maltrato a personas mayores. Ha sido la prioridad consensuada del grupo de trabajo del ámbito de la dependencia, y a ello han dedicado nueve meses de trabajo.

3. Elaboración de un protocolo de abordaje en situaciones de trastorno por acumulación- Síndrome de Diógenes. A partir de una formación conjunta sobre este tema se organiza un nuevo grupo de trabajo que tiene como objetivo dar forma al protocolo.

4. Nuevo proyecto de atención odontológica a personas que no pueden asumir el coste de los tratamientos bucodentales no cubiertos por la cartera pública. La iniciativa es posible gracias a la adhesión de servicios de odontología privados que crean una red de dentistas socialmente comprometidos en nuestra ciudad.

5. Sesión de trabajo entre educadores sociales y pediatras sobre recursos e intervención de los servicios sociales municipales en el ámbito de la infancia.

6. Sesiones de interconsulta en casos de patología dual. Los profesionales del Centro de Atención a Drogodependencias se desplazan, a demanda, al Servicio de Salud Mental para hacer entrevistas conjuntas en abordajes complejos de adicción y enfermedad psiquiátrica.

7. Elaboración de un protocolo de detección, actuación y coordinación entre el servicio de pediatría y los centros escolares del municipio. El Protocolo Salud-Escuela ha sido iniciativa del grupo de trabajo de infancia, y ha sumado la complicidad del servicio de inspección educativa.

3.4. Evaluamos el modelo.

Un año después de haber dado inicio operativo al modelo (enero de 2016) decidimos elaborar una encuesta que nos permita obtener una visión global de resultado y dirigir nuevos esfuerzos en la dirección más oportuna. La intención está enfocada sólo a obtener datos sobre la coordinación y el trabajo conjunto entre profesionales; no valora, por tanto, otros logros y derivadas del modelo.

El cuestionario se diseña a partir de tres ejes que nos interesa conocer: el grado de uso, el grado de utilidad y la identificación de líneas de mejora; con un número de preguntas de 4, 3 y 3, respectivamente. Se dirige mediante encuesta online a 191 profesionales y se consigue un grado de respuesta del 58,6%, 112 respuestas.

Estos son algunos de los resultados que nos parecen más relevantes, hacen referencia a un año natural de actuación:

En relación al grado de uso y en el contexto del modelo, de las respuestas obtenidas, 78 profesionales habían establecido contacto con otro servicio para intervención conjunta; de ellos un 57% en más de 4 ocasiones y un 43% de 1 a 3 ocasiones. Del total de coordinaciones, un 62% son presenciales y el resto telefónicas o por correo electrónico.

En relación al grado de utilidad los resultados muestran que el trabajo común del caso ha permitido:

- Agilizar o priorizar una actuación: 56 respuestas;

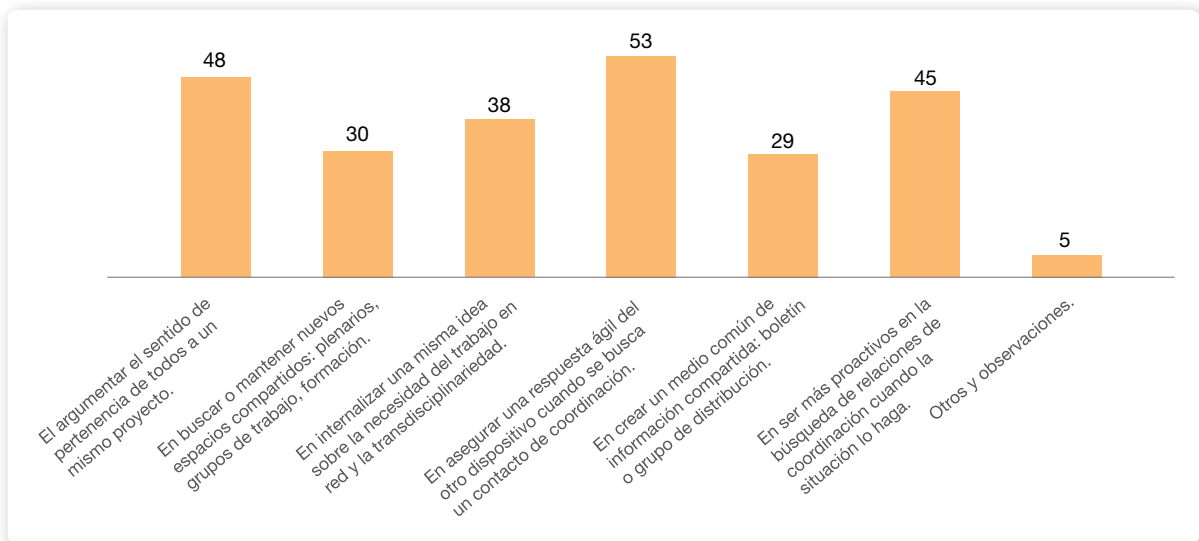
- Obtener una información relevante para la intervención: 53 respuestas;
- Ampliar la mirada de la realidad conocida: 42 respuestas;
- Hacer un nuevo diagnóstico y modificar la intervención: 39 respuestas.

La respuesta abierta a la pregunta sobre

en qué contextos o para qué objetivos ha sido útil el modelo muestra tres respuestas más coincidentes: para trabajar casos complejos, para aplicar un enfoque-intervención holística, y para compartir responsabilidad y apoyo mutuo.

En relación a las líneas de mejora, el cuadro 3 muestra los resultados que serán hoja de ruta del modelo.

Cuadro 3: El Modelo Colaborativo tiene que avanzar en...



Acabo compartiendo una idea de José Ramón Ubieto que nos inspira: No hay tratamiento fuera de la red, ni es posible pensar nuestra intervención profesional al margen de otras intervenciones, las conozcamos o no. Todo lo que hacemos es relativo a nuestro lugar en la red, el tiempo de los saberes y las disciplinas absolutas pasó.

Y esta es la manera, no hay otra mejor. Y es importante que todos los servicios y los profesionales implicados internalicen que para que una experiencia como la nuestra

cobre forma sólida necesita tiempo: es proceso y más proceso.

Lo importante es que estemos en el camino, que la inercia sea esta, que la música que suene sea esta, y que siga sonando...

4. BIBLIOGRAFÍA.

Antares Consulting (2010). Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España. <http://www.antares-consulting.com>.

ARTELLS, Joan Josep (dirección) (2015). Escenarios de la integración de la atención social y sanitaria: consulta prospectiva 2015-2020. Barcelona, Fundación Salud, Innovación y Sociedad. <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/05/delphi-escenarios-atencion-social-y-sanitaria2015-2020.pdf>

CANAL, Ramón VILA, Toni y otros (2015). Hacia una atención integrada social y sanitaria. Para un nuevo modelo centrado en las personas. Dossier Catalunya Social nº 43. http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf

FANTOVA, Fernando (2016). Servicios Sociales y atención integrada. Actas de Coordinación Sociosanitaria nº 18, pp. 7-18. Fundación Caser. http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_revista-actas-18_20161125.pdf

Generalitat de Catalunya (2015). Pla Interdepartamental d'atenció i Interacció Social i Sanitària. Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona. http://presidencia.gencat.cat/web/content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf

HERRERA, Emilio y otras (2013). Llenar el vacío. Documento de trabajo para el impulso de la continuidad entre los recursos de los sistemas sanitario y social. Madrid, Fundación Economía y Salud. <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/04/a.pdf>

SARQUELLA, Ester y otras (2015). "Atención integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones." Revista de Treball Social, nº 206, pp. 66-81. http://www.tscat.cat/sites/default/files/rts_206_catala.pdf

RODRÍGUEZ, Arantza (2015). Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso. El Modelo Colaborativo de Vilanova i la Geltrú. Revista de Trabajo Social nº 206, pp. 114-124. http://www.tscat.cat/sites/default/files/rts_206_catala.pdf

UBIETO, José Ramón (2007). Modelos de trabajo en red. Revista de educación social nº 36, pp 26-39. <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/165566/372129>

VEGA, Susana (1997). Instrumento de trabajo; en La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella. Barcelona: Ediciones Paidós, pp. 167-200.

