

Programa: Gestión directiva de entidades no lucrativas (Fundación Luis Vives)  
**Módulo: Discapacidad, envejecimiento y dependencia**

## **6. COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y GESTIÓN DE CASOS**

(versión a 27 de noviembre de 2007)

**Fernando Fantova**

*Consultor social*

### **SUMARIO**

PREGUNTAS INICIALES

INTRODUCCIÓN

1. LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

1.1. Definición del ámbito socio sanitario y términos relacionados

1.2. Contexto e importancia de la cuestión socio sanitaria

2. LA ACCIÓN PRO BIENESTAR Y SUS RAMAS

2.1. La acción pro bienestar y la diferenciación entre ramas por necesidades, finalidades y prestaciones o actividades características

2.2. Las ramas de actividad y sus correspondientes sistemas públicos

2.3. Los servicios sociales y los servicios sanitarios

3. ALGUNAS CLAVES PARA LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

3.1. Marco normativo, político e institucional

3.2. Las personas destinatarias

3.3. Principios, criterios o perspectivas de referencia

3.4. Herramientas para la coordinación socio sanitaria

3.5. Financiación

4. LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y LA GESTIÓN DE CASOS

4.1. Diseño de servicios o centros

4.2. Otras aportaciones del diseño de procesos y estructuras para la coordinación sociosanitaria

4.3. La gestión de casos como herramienta para la coordinación sociosanitaria.

4.4. Otras aportaciones desde la gestión

## 5. LAS ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS Y LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

5.1. Algunos rasgos de las organizaciones no lucrativas del sector

5.2. Perspectivas de futuro para las entidades no lucrativas relacionadas con la coordinación sociosanitaria

RESUMEN

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### **PREGUNTAS INICIALES**

¿Por qué es tan importante la coordinación entre la atención sanitaria y los servicios sociales?

¿Qué perfiles de personas son los que más necesitan de la coordinación sociosanitaria?

¿Cuáles son las principales claves de respuesta al reto de la coordinación sociosanitaria?

¿Qué herramientas pueden ayudar a la coordinación sociosanitaria?

¿Qué papel pueden desempeñar las organizaciones del tercer sector en la coordinación sociosanitaria?

¿Qué supone y aporta la gestión de casos (y, en general, la gestión) para la coordinación sociosanitaria y, en definitiva, para acción pro bienestar?

## **INTRODUCCIÓN**

*Las personas que se encuentran en las situaciones que nos ocupan en este módulo (como son el envejecimiento, la discapacidad o la dependencia) son, como el resto de personas en nuestra sociedad, potenciales o efectivas usuarias de todas las grandes familias, tipos o ramas de servicios. Sin embargo, no cabe duda de que, tanto los servicios sanitarios como los servicios sociales, tienen una importancia crítica para ellas, como se ha visto en los anteriores temas.*

*Y es precisamente cuando una misma persona necesita de forma importante prestaciones o actividades propias de los servicios sanitarios y sociales cuando la coordinación sociosanitaria puede emerger como problema. Podríamos decir que, desde el punto de vista de la persona usuaria, carecería, en principio, de relevancia que los servicios que recibe sean considerados sanitarios, sociales o de otra índole. Sin embargo, desde la óptica de la provisión de los servicios, tal cuestión organizativa sí resulta significativa, pues no hay otra forma de funcionar que clasificando y estructurando de alguna manera los servicios.*

*Asumiendo como lógica y conveniente la diferenciación entre ramas de actividad (y, en este caso, entre servicios sociales y servicios sanitarios) el reto está en la adecuada comprensión y estructuración de esta diferenciación y, posteriormente, en la coordinación o integración, en la medida en que resulte necesaria, de ambos tipos de actividad. Para ello, la gestión de caso será, como veremos, una técnica interesante que merecerá, por ello, nuestra atención.*

## 1. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Quizá la mejor manera de comenzar este tema sea presentando y comentando un caso práctico.

---

### Caso 1. Esperanza Roca

Esperanza Roca es una mujer soltera de setenta años. Vive sola en un cuarto piso de una casa sin ascensor en el casco histórico de una ciudad. La demencia leve y la artritis reumatoide que padece son las principales preocupaciones de la médica que le corresponde en su centro de salud, quien intenta llamarle por teléfono y visitarle con frecuencia. El tratamiento de la artritis requiere de un cuidadoso control de la administración de los correspondientes fármacos y se vería complementado de forma interesante con algún tipo de ejercicio de rehabilitación física que, en este momento, Esperanza no realiza.

Una de sus vecinas, que suele ofrecerle ayuda en algunas labores domésticas o en la realización de compras, le ha sugerido en varias ocasiones que necesitaría algún tipo de ayuda domiciliaria, pero Esperanza se niega a que ninguna persona extraña entre en su casa. La vecina está crecientemente preocupada pues tanto Esperanza como su casa están cada vez más sucias y deterioradas. En una ocasión ha provocado una inundación al vecino de abajo por dejarse un grifo abierto.

---

En el caso de Esperanza Roca podemos observar la coexistencia de problemas de salud, que necesitan seguimiento y atención de carácter sanitario y, simultáneamente, importantes necesidades de apoyo social para el desenvolvimiento cotidiano en su entorno vital. Podríamos decir que recibe la atención que, con los recursos disponibles y con buena voluntad, le presta su médica y, en general, la que puede brindarle el centro de salud. Sin embargo, por una u otra razón, no se ha articulado el *paquete* coordinado o integrado de carácter sociosanitario que un caso como el suyo requeriría, especialmente si tomamos en cuenta los riesgos que comporta su situación, sobre todo, para ella y, también, para las personas que le rodean y la alta probabilidad de que, en ausencia de la intervención adecuada, su caso se agrave rápidamente, requiriendo entonces intervenciones más intensas y costosas y, posiblemente, más alejadas del modo y entorno de vida que Esperanza desea mantener.

### 1.1. Definición del ámbito sociosanitario y términos relacionados

Dentro del amplio campo de la acción pro bienestar social (al que luego nos referiremos) nos ubicamos en el ámbito sociosanitario en la medida en que una serie de personas reciben prestaciones (o, dicho de forma más general, participan en actividades) propias o características de la rama sanitaria y de la de servicios sociales de forma significativamente coordinada (o integrada). Para ello:

- La persona tiene que tener necesidades correspondientes a ambas ramas de actividad.
- La necesidad ha de ser relativamente importante en ambas áreas y, consiguientemente, habrá de serlo la duración o intensidad (o ambas) de la atención propia de las dos ramas.
- Deseablemente, ha de haber sinergias entre las intervenciones propias de los servicios sociales y las propias de los servicios sanitarios. Es decir, se ha de producir un efecto multiplicador entre los procesos y efectos de ambos tipos de intervención, beneficioso para la atención y, en definitiva y fundamentalmente, para la persona usuaria.

En este tema, partiendo, como veremos, de que existen prestaciones y actividades más propias o típicas de los servicios sociales y de los servicios sanitarios (y que tanto los unos como los otros están estructurados o institucionalizados con cierta autonomía), vamos a utilizar el término de *coordinación* para referirnos a cualquier proceso o mecanismo que haga posible (de forma más directa o más indirecta) que las personas reciban esa atención que incluye en forma significativa prestaciones o actividades propias de las dos ramas citadas. Reservaremos el término *integración*, para aquellas situaciones o intervenciones en las que la coordinación sea más estrecha, más fuerte, más estable, más duradera... Con una expresiva metáfora, se ha hablado, en este sentido, de una integración *sin costuras*.

Por otra parte nos parece necesario, en este punto, desechar algunas definiciones o concepciones de la coordinación sociosanitaria que a veces encontramos en la literatura o en la práctica cotidiana.

Así, en primer lugar, hemos de poner en cuestión aquellas concepciones de la coordinación sociosanitaria que, de forma explícita o implícita, la restringen a un determinado grupo poblacional, como es, por ejemplo, el de las personas en situación de dependencia funcional. No cabe duda de que las personas en situación de dependencia son un público objetivo de primera importancia en el ámbito sociosanitario pero, como veremos en las siguientes páginas, no el único.

Igualmente queremos rechazar cualquier definición de lo sociosanitario que lo escore en mayor medida hacia una de las dos ramas o, peor aún, que lo considere como parte, exclusivamente,

de una de ellas. En nuestra consideración, como se verá, los servicios sociales y los sanitarios tienen, en principio, un estatus equivalente en el entramado de la acción pro bienestar y, por lógica, tanto en una rama como en la otra encontrará cabida lo sociosanitario.

En tercer lugar hemos de cuestionar la equiparación de la coordinación sociosanitaria con los denominados *cuidados de larga duración*, concepto muy utilizado en la literatura especializada. De nuevo hemos de reconocer la relevancia de los cuidados de larga duración dentro del ámbito sociosanitario, pero éste no puede desentenderse de los procesos de duración corta o media, que también requieren, en muchos casos, de la correspondiente coordinación sociosanitaria.

Por último también hay que alertar contra la confusión que, a nuestro juicio, supone identificar coordinación sociosanitaria con atención residencial. Tanto en la atención sanitaria como en los servicios sociales hay servicios que se prestan en régimen o modalidad residencial (es decir, incluyendo el alojamiento de la persona como parte del paquete de cuidados) y, lo mismo ocurre, en el ámbito sociosanitario. Sin embargo, no sólo hay que recordar que existen muchos servicios que no tienen carácter residencial (u hospitalario), sino que, como tendremos ocasión de comentar, se tiende a ver como preferible, en general, que las personas destinatarias de la atención permanezcan en sus entornos hogareños, familiares, convivenciales y comunitarios naturales o habituales.

Como veremos en este tema, son diversas las experiencias y fórmulas de interés para la coordinación sociosanitaria. Entre ellas queremos llamar especialmente la atención sobre la gestión de casos, entre otras razones por que se trata de una práctica que se sitúa en forma muy próxima a la persona usuaria, velando, en cualquier caso, por esa sinergia de la que hablábamos y, en última instancia, por la calidad de vida de las personas.

## **1.2. Contexto e importancia de la cuestión sociosanitaria**

En cualquier caso, una vez realizadas las anteriores clarificaciones conceptuales, también debemos decir que esas aproximaciones a la coordinación sociosanitaria que hemos criticado como parciales, sesgadas o, en todo caso, cuestionables, tienen, seguramente, su razón de ser, por el contexto en el que ha surgido en nuestro entorno y en los últimos años, la cuestión sociosanitaria.

Efectivamente, no cabe duda de que la preocupación sociosanitaria se incrementa en la medida en que el fenómeno de la dependencia, que abordamos en este módulo, va emergiendo socialmente y ganando espacio en las agendas de la política social en nuestro país y, anteriormente, en otros de su entorno económico, político, social y cultural más próximo. Tal

como se analiza de forma más pormenorizada en otras partes de este modulo, ello ocurre, resumiendo mucho, por la confluencia de dos factores:

- Se viene dando un importante aumento del número de personas en situación de dependencia funcional, debido en gran medida al aumento de las posibilidades de supervivencia a muchos accidentes y enfermedades (e incremento del número de personas con enfermedades crónicas).
- Viene disminuyendo de forma acelerada la disponibilidad de las familias para la ayuda personal (particularmente por parte de quienes venían prestándola: las mujeres), entre otras razones, por importantes transformaciones de las estructuras familiares (básicamente, más familias en las que ambos cónyuges trabajan fuera del hogar, disminución del tamaño de la familia y reducción del número de generaciones que conviven en el mismo hogar).

No parece difícil comprender que la dependencia es uno de los fenómenos que pone en crisis nuestros sistemas de bienestar y que uno de los puntos donde esa crisis se nota más es, justamente, en la frontera sociosanitaria. Las personas en situación de dependencia se configuran como una población que, en muchos casos, va a necesitar con intensidad atención sanitaria y servicios sociales de una previsible larga duración. Siendo además, en términos generales, una población que, por su limitada autonomía, no podrá, fácilmente, circular entre unos servicios y otros y gestionar proactivamente su relación con los diferentes sistemas o redes.

Así pues, la cuestión sociosanitaria aparece en el debate de la política social vinculada al hecho de que, en buena medida por el aumento del número de personas en situación de dependencia funcional, se incrementa la necesidad de cuidados con ingredientes tanto de carácter sanitario como de servicios sociales y la prolongación e intensidad de estos cuidados. En unos casos primará la preocupación por los costes de esos cuidados para las arcas públicas; o la inquietud por la inexistencia de servicios idóneos para algunos perfiles de personas usuarias; en otros casos la preocupación viene de la baja calidad de unos dispositivos de atención no preparados para los nuevos retos que tienen delante; en otros por la discontinuidad que se da entre la atención en unos dispositivos y en otros; también por las ineficiencias que se producen por la inadecuada articulación de los servicios.

En este contexto, el debate sociosanitario, igualmente, aparece muy conectado con el reto que sienten cada vez con más fuerza los sistemas formales de favorecer y potenciar los apoyos y redes sociales y comunitarias que revelan una importancia crítica para las personas en situación de dependencia, entre otras. Esto ocurre en ocasiones por razones, más bien, de tipo

técnico (pensando en la calidad de vida de las personas) y en otras, más bien, por razones económicas (abaratar costes de los sistemas formales de protección social).

También hay que situar la emergencia del debate sociosanitario en un contexto de incremento de la conciencia y el poder de las personas usuarias de los servicios, sea (en mayor o menor medida) en clave de sujetos de derechos, de consumidoras más exigentes o de participantes responsables en la vida comunitaria. En la medida en que las personas usuarias se empoderan, hacen entrar en crisis con más facilidad una lógica sistémica demasiado atada a la definición preestablecida de cada una de las ramas y demasiado poco orientada a sus necesidades, demandas y expectativas.

Por otro lado, no podemos ocultar que, en muchos contextos, el principal elemento dinamizador del debate sociosanitario es el que tiene que ver con la existencia de diferentes fórmulas de financiación de los servicios sociales y los servicios sanitarios. Al no existir o ser menor la participación económica de las personas usuarias en los servicios sanitarios, la consideración de unos servicios como *sociosanitarios*, puede ser utilizada en muchos casos como *bandera de conveniencia* para sacarlos del sistema sanitario y pasarlos al de servicios sociales donde, al existir el sistema de copago, cabe la posibilidad de cobrar por ellos. Por otro lado no cabe olvidar que también ha influido en la emergencia de lo sociosanitario la quiebra de la práctica secular de atención a situaciones crónicas por parte de la rama sanitaria (particularmente en los hospitales) o la reforma psiquiátrica.

En cualquier caso, por lo tanto, hemos de situar el debate sociosanitario en un contexto en el que el incremento de las situaciones de dependencia funcional y la emergencia y consideración de otras situaciones individuales complejas ponen en crisis un modelo de bienestar que presuponía que las redes familiares y comunitarias se harían cargo de proporcionar a las personas importantes apoyos y, entre ellos, del apoyo suficiente para *gestionar* su relación con los sistemas o redes formales de protección social (básicamente sanidad, educación y pensiones). En este contexto, por más que los entornos familiares sigan desempeñando un papel fundamental e insustituible, emerge la necesidad de fortalecer de una u otra manera la rama los servicios sociales como condición necesaria para la coordinación sociosanitaria y para una nueva forma de articulación entre los entramados formales de bienestar y las redes informales familiares y comunitarias.

La cuestión sociosanitaria debe merecer nuestra atención puesto que si bien es inevitable que la actividad humana (y en especial la de responsabilidad pública) se organice por ramas especializadas en determinadas necesidades, fines, actividades y recursos, las personas son únicas e indivisibles y hemos de procurar que esa división en ramas no tenga efectos indeseados en la calidad de vida y el bienestar social de la población.



Ello es especialmente importante en el ámbito sociosanitario pues, frecuentemente, los desajustes en ese ámbito desencadenan situaciones absurdas, perjudiciales y, muchas veces, dramáticas para la vida de muchas personas a consecuencia de modelos de intervención en los que cada uno de los agentes percibe a la persona desde su óptica parcial y procede a una actuación que muchas veces tiene interferencias con las otras, disminuyendo o incluso negativizando el efecto final en la destinataria o destinatario. Tras un estudio comparativo de la coordinación sociosanitaria en nueve países europeos Kai Leichsenring concluye que “en los últimos veinte años se ha obtenido un éxito parcial y algo de innovación pero un fracaso general en mantener la cooperación entre las organizaciones y las personas implicadas” (Kai Leichsenring, *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea*. Madrid, Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO), 2005, p. 5).

Estos desajustes y situaciones afectan frecuentemente a personas especialmente vulnerables que, muchas veces, resultan invisibles para la mayoría de los *sensores* de necesidades y problemas sociales (movimientos sociales, medios de comunicación, investigación social...). De ahí la importancia de un enfoque y abordaje riguroso de la coordinación sociosanitaria orientado a las personas que la necesitan, con independencia de sus capacidades y recursos. De ahí, también, la necesidad de un compromiso del sector solidario en la coordinación sociosanitaria.

## **2. LA ACCIÓN PRO BIENESTAR Y SUS RAMAS**

Para continuar presentemos y comentemos otro caso práctico.

---

### Caso 2. Julián Camacho

Julián Camacho es un niño de doce años con parálisis cerebral y discapacidad intelectual con necesidad de apoyo generalizado. Vive con su madre, su padre y sus dos hermanas menores. Acude diariamente a un centro de día gestionado por una entidad voluntaria y concertado con el Departamento de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma en la que vive.

En los últimos años Julián ha tenido que ser hospitalizado un promedio de cuatro veces al año, con síntomas de fiebre repentina y fatiga, por episodios de neumonía provocados por catarros o por aspiración de comida. Una vez hospitalizado es tratado con antibióticos y se le proporciona oxígeno.

En los períodos de hospitalización, la familia de Julián encuentra dificultades para organizarse, de modo que el padre o la madre puedan estar con él allá. Por otra parte, tras los períodos de hospitalización, Julián muestra por algún tiempo rechazo a volver al centro de día.

---

En el caso de Julián Camacho vemos a un niño que usa alternativamente un centro de la rama de los servicios sociales y otro de la rama sanitaria. Vemos que la complejidad de su caso hace especialmente arriesgados los cambios en el entorno o en el personal que lo atiende. Cabría preguntarse qué características habría de tener el centro de día que pudieran permitir disminuir el número de hospitalizaciones. También si la familia podría recibir otros apoyos, además del centro de día. Y, en general, cómo podrían coordinarse mejor la red de servicios sociales y la sanitaria para mejorar la calidad de atención y la calidad de vida de Julián.

### **2.1. La acción pro bienestar y la diferenciación entre ramas por necesidades, finalidades y prestaciones o actividades características**

Cuando (en nuestro entorno social, económico, político y cultural) hablamos de la acción pro bienestar (social) nos referimos a un conjunto de prestaciones, actividades, servicios o dispositivos que, además de responder a determinadas necesidades de las personas, tienen una especial significación o relevancia colectiva. Podemos denominar *necesidades sociales* a las necesidades a las que pretenden responder dichas prestaciones, actividades, servicios o dispositivos.

Cuando hablamos de necesidades *sociales*, no queremos señalar que dichas necesidades no sean *individuales*, pues no hay otro portador (en última instancia) de las necesidades humanas que el individuo. Lo que queremos decir es que la respuesta a dichas necesidades, además de importar e implicar, como en toda necesidad, al individuo, importa e implica, de alguna forma relevante o especial, a la colectividad, a la sociedad.

Hay que aclarar, por cierto, que, cuando hablamos de necesidades, no estamos pensando únicamente en carencias que puedan sentir o tener los individuos sino que nos referimos a un concepto más amplio que recoge, por decirlo así, todo lo que las personas precisan para desarrollarse integralmente y potenciar su calidad de vida. Sabemos que las necesidades humanas, estando enraizadas de manera más directa o indirecta en nuestro *equipo biológico de base*, se construyen en interacciones sociales y que, en esa *construcción social de la*

*necesidad*, tienen un papel de primera importancia, justamente, las respuestas que se plantean o se establecen para hacerles frente.

En coherencia con todo lo anterior, cuando hablamos de necesidades sociales estamos asumiendo que la colectividad, la sociedad debe poder establecer de alguna manera si una necesidad existe o no. El hecho de que cada persona sienta o diga sentir una necesidad es, sin duda, un punto de referencia, pero el cuerpo social, a través de diversos mecanismos (científicos, políticos, administrativos...), reclama, legítimamente, su papel en la identificación de las necesidades sociales, precisamente en la medida en que, también colectivamente, está interesado e implicado en brindarles algún tipo de respuesta.

En este concepto amplio de necesidad social (y, consiguientemente, de bienestar social) estamos incluyendo necesidades como, por ejemplo, las educativas, las sanitarias, las habitacionales o aquellas a las que se responderá desde los servicios sociales. En general, como decimos, se trata de necesidades para las que, colectivamente, queremos asegurarnos hasta cierto punto de que habrá respuesta; necesidades a las que, colectivamente, hacemos frente de una u otra manera, al menos hasta cierto punto. Se trata de necesidades individuales cuya satisfacción o insatisfacción entendemos que afecta de forma especial al conjunto de la sociedad.

De forma natural, en el desarrollo social se van configurando ámbitos de actividad que corresponden a determinadas necesidades sociales. Es decir, dentro de ese amplio campo de las necesidades sociales se van delimitando *parcelas* que corresponden a conjuntos más o menos articulados y coherentes de respuestas organizadas que corresponden a esos tipos de necesidad social.

Así pues, lo que distingue a esos ámbitos o ramas de actividad es el tipo de necesidad al que cada una de ellas da respuesta o, dicho de otra manera, la finalidad que les es propia y característica. También, igualmente, determinadas prestaciones o actividades (y estructuras y recursos) que son más típicas o características de cada una de esas ramas de actividad, precisamente porque están especialmente orientadas a dar respuesta al tipo de necesidades que corresponde a cada rama o ámbito de actividad.

## **2.2. Las ramas de actividad y sus correspondientes sistemas públicos**

Uno de los esquemas más aceptados a la hora de identificar y diferenciar las ramas de la acción pro bienestar es la que distingue las seis siguientes:

- Educación

- Sanidad
- Empleo
- Vivienda
- Garantía de ingresos
- Servicios sociales

A veces se hace una versión reducida de este esquema cuando se habla de los cuatro pilares de los sistemas de bienestar:

- Educación
- Sanidad
- Garantía de ingresos
- Servicios sociales

A los efectos de este tema, nos vale cualquiera de las dos clasificaciones, pues en ambas aparecen las dos ramas que aquí nos interesan: la de los servicios sociales y la de los servicios sanitarios.

En cada uno de estos ámbitos o ramas de actividad, usualmente, operan los tres grandes tipos de agente formal que cabe encontrar en sociedades como las nuestras: el sector público, el sector mercantil y el sector voluntario. Por ello no se debe confundir la rama de actividad con su correspondiente sistema público, por importante y central que éste sea, en particular en algunas de las ramas. Sea como fuere, no cabe duda de que, en sociedades como la nuestra, la existencia de políticas públicas y sistemas públicos en las diferentes ramas es la principal manifestación de esa consideración especial que, según decíamos antes, se otorga a las correspondientes necesidades sociales. Es la principal demostración de que, colectivamente, hemos decidido que no dependa de los recursos, de la capacidad o de la suerte de cada individuo el que pueda dar respuesta a esas necesidades.

Decimos, sin embargo, que es la principal demostración pero no la única, puesto que la propia existencia y funcionamiento de organizaciones solidarias en esos ámbitos, y su legitimidad y apoyo social, sería también otra manifestación del tratamiento especial que reciben dichas necesidades.

Por otra parte, en todos los ámbitos mencionados las actividades formalizadas (sean llevadas a cabo por el sector público, por el mercantil o por el voluntario) interactúan con los apoyos naturales o informales que brindan las redes familiares, convivenciales y comunitarias, siendo necesario, sin embargo, diferenciar el tipo de bienes que brindan las familias, grupos naturales

y comunidades y aquellos que brindan los servicios formales. Esta diferenciación resulta clave en las políticas de bienestar en todos los ámbitos, pues los apoyos que se ofrecen desde los entramados formales de bienestar pueden dar soporte y fortaleza a las redes informales o bien pueden contribuir, quizás inadvertidamente, a desarticularlas o debilitarlas, con el consiguiente impacto negativo en la calidad de vida de las personas cuyo bienestar se dice buscar.

Por otra parte hemos de reparar en que, al definir las ramas de la actividad pro bienestar en relación con necesidades, todas ellas, por definición, se configuran como ramas dirigidas, en principio, a todas las personas, las cuales se dirigirían a ellas o recibirían su atención en el momento y en la medida en que presentan las necesidades correspondientes a cada una de las ramas.

### **2.3. Los servicios sociales y los servicios sanitarios**

A la hora de referirnos a las dos ramas que más nos interesan aquí entre las orientadas al bienestar social, hemos de señalar, en primer lugar, que la rama sanitaria está mucho más desarrollada y consolidada desde todos los puntos de vista y en todos los aspectos: en cuanto a sus prestaciones y actividades características y el rigor del conocimiento en el que se soportan; en cuanto a la decantación de los servicios o procesos en los que se articulan dichas prestaciones o actividades, en cuanto a la organización y regulación de los sistemas o redes correspondientes; en cuanto al compromiso de financiación pública...

El referente (en cuanto a necesidades correspondientes o finalidades propias) para las prestaciones y actividades de la rama sanitaria sería, en su momento, la enfermedad y, más modernamente, la promoción de la salud, término para el cual podemos encontrar definiciones más restrictivas (en términos de ausencia de patologías) o más ambiciosas (en términos, por ejemplo, de calidad de vida). Si nos fijamos, la salud no es el resultado, principalmente, de la asistencia sanitaria (lo mismo ocurrirá con los fines de las otras ramas). Sin embargo, tales fines (la salud en este caso) son tan importantes que se han configurado y desarrollado en prácticamente todas las sociedades ramas estructuradas de actividades que se orientan a su consecución.

Así pues, la rama sanitaria se orienta a prevenir y tratar las enfermedades (o, hasta cierto punto, a paliar sus consecuencias) y, en la medida en que sus medios lo permiten, a lo que suponga recuperación, conservación y promoción de la salud de las personas. La segunda mitad del siglo XX es un período caracterizado por el desarrollo tecnológico en la medicina y otras disciplinas sanitarias, así como por la creciente especialización y el recurso a la hospitalización (sin olvidar que ésta se ha practicado desde muy atrás con las personas desamparadas). Sin romper totalmente esta tendencia, la Conferencia de Alma Ata de la

Organización Mundial de la Salud (1978) simboliza un proceso de compensación o reequilibrio mediante el reforzamiento de la atención primaria y la medicina familiar y comunitaria que reivindica una mirada y una atención más global u holística a la persona en su entorno.

En lo relativo a los servicios sociales, hemos de partir de que, en nuestro entorno, en las comunidades científicas, técnicas e institucionales (más o menos tramadas y) más o menos vinculadas a los servicios sociales no contamos con una definición de consenso suficientemente acogida y aplicada por los agentes relevantes en el escenario o los escenarios de los servicios sociales. Aquí se propone comprender los servicios sociales en términos de prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad, para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general. Dicho de otra manera, entendemos que el tipo de necesidad al que han de responder los servicios sociales es el que tiene que ver con el ajuste existente o deseable entre la capacidad autónoma de desenvolvimiento de las personas en sus entornos vitales y el apoyo social disponible en las redes familiares y, en general, sociales con las que están vinculadas.

Una propuesta como ésta supone, especialmente, rechazar aquellas definiciones de los servicios sociales que no identifican un tipo de necesidad que cualquier persona pueda presentar sino una variedad de necesidades de unos determinados tipos (o colectivos) de personas. También intentamos superar aquellas definiciones de los servicios sociales que los ubican como subsidiarios de otras ramas de la acción pro bienestar social, como una suerte de *camión escoba* que se haría cargo de las disfunciones o fracasos de las otras ramas.

Tanto en los servicios sanitarios como en los servicios sociales el *valor añadido* fundamental que pueden esperar las usuarias y usuarios es aportado, sin duda, por las prestaciones o actividades características de cada una de las ramas. En el caso de la asistencia sanitaria serán el diagnóstico médico, la intervención quirúrgica, la prestación farmacéutica, los cuidados paliativos... En el caso de los servicios sociales el diagnóstico social, la asistencia personal, el acompañamiento social, la mediación comunitaria...

Ahora bien, estas prestaciones y actividades vendrían a ser como los *ingredientes* de los servicios sociales y sanitarios. Como tales ingredientes no suelen ir solas, sino acompañadas de otras en el marco de *servicios*, que, junto a las prestaciones y actividades fundamentales, es decir, las que son características de la rama, suelen contener:

- Prestaciones y actividades complementarias o de soporte, tales como el alojamiento o la alimentación que se brindan, por ejemplo, en un hospital o en una residencia.

- Prestaciones y actividades propias o características de otras ramas, como los cuidados de enfermería que se brindan en un centro de día o las clases a escolares que se dan en un hospital.
- Actividades de gestión y gobierno del servicio o de la unidad organizativa correspondiente.

Estos conjuntos de prestaciones y actividades que denominamos servicios y que tienen un determinado formato o que adoptan una determinada modalidad (domiciliaria, ambulatoria, virtual, residencial u hospitalaria...) son, en general, los verdaderamente reconocibles para las usuarias y usuarios. Así, por ejemplo, las personas usuarias pueden reconocer el denominado servicio de ayuda a domicilio y quizá no reparar en que dentro de dicho paquete puede haber, en un caso concreto:

- Prestaciones propias de los servicios sociales, como el acompañamiento social o la asistencia personal.
- Prestaciones propias de los servicios sanitarios como los cuidados de enfermería.
- Prestaciones complementarias como la atención doméstica o la alimentación.

A partir de este marco de referencia, por tanto, para que consideremos que un servicio tiene carácter sociosanitario, habremos de encontrar en él, de manera suficientemente significativa, prestaciones o actividades propias de los servicios sociales y prestaciones o actividades propias de los servicios sanitarios. Estos servicios sociosanitarios, según cuáles sean las prestaciones o actividades predominantes (y, en definitiva, en función de decisiones de planificación y desarrollo) podrán estar incorporados en la red de servicios sociales o en la red sanitaria. Hay que decir que, hoy por hoy, en el sector público español es difícil encontrar servicios que se correspondan con esta definición. Si podemos encontrarlos, en alguna medida, en el sector privado.

Por lo tanto, lo sociosanitario, tal como aquí lo definimos, no se agota en el seno de esos servicios que denominamos sociosanitarios sino que puede darse a través de procesos de intervención en los que participen diferentes servicios sociales y servicios sanitarios. Precisamente lo difícil de la verdadera integración sociosanitaria en el marco de un servicio nos lleva a insistir en la coordinación, como marco más amplio y realista, hoy y aquí.

### **3. ALGUNAS CLAVES PARA LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

Comencemos este apartado de nuestro tema con un nuevo caso práctico que nos siga ayudando a comprenderlo.

### Caso 3. Marina Rubert

Marina Rubert tiene treinta y cinco años y un largo historial de consumo de drogas ilegales. En este momento está incorporada a un tratamiento en virtud del cual acude regularmente a un centro de la red sanitaria a recibir la correspondiente dosis de metadona. Tiene SIDA y, consiguientemente, por sus bajas defensas, padece frecuentes infecciones intestinales y respiratorias.

Marina no tiene un domicilio fijo y frecuentemente duerme en la calle. Acude ocasionalmente a un centro de noche que gestiona una asociación con financiación de los servicios sociales municipales. En los últimos años ha realizado trabajos remunerados de forma esporádica.

Por efecto del consumo de drogas, padeció hace algunos años una psicosis y precisa medicación bajo seguimiento psiquiátrico. En algunas ocasiones ha abandonado la medicación y su estado ha empeorado, necesitando un ingreso en un hospital psiquiátrico.

---

En el caso de Marina Rubert vemos a otra persona con importantes problemas de salud y, a la vez, una importante necesidad de apoyo social. Su condición de persona sin hogar dificulta su acceso a los sistemas de protección social y, por lo que vemos, no ha conseguido incorporarse a un itinerario de inserción social y, para lo que nos interesa en este tema, a una verdadera sinergia entre la intervención social y la atención sanitaria de la que es objeto.

#### **3.1. Marco normativo, político e institucional**

Cualquier profesional, cualquier organización con interés en la coordinación sociosanitaria ha de situarse en el marco normativo, político e institucional en el que ésta tiene lugar y ser capaz de calibrar las consecuencias positivas o negativas que dicho marco pueda tener.

Desde nuestro punto de vista, lo sociosanitario, tal como lo hemos definido, estará presente tanto en la rama sanitaria como en la de servicios sociales y no cabría, por definición, pensar que tengan mayor o mejor ubicación en una o en la otra. Tenemos la impresión de que esta posición que, desde un punto de vista teórico, parece bastante razonable es olvidada o impugnada de forma más o menos explícita o implícita más bien por razones vinculadas a situaciones contingentes que se presentan en los sistemas realmente existentes más que a su



naturaleza o caracterización fundamental. Así, lo que muchas veces está pesando realmente en el debate es el hecho de que en el sistema sanitario público es muy inferior, en nuestro entorno, el copago por parte de las usuarias y usuarios que en el de servicios sociales. O la circunstancia de que los sistemas públicos de servicios sociales están, en general, menos institucionalizados y reconocidos que los sanitarios o son menos accesibles y apreciados. O el hecho de que, en muchas ocasiones, los servicios sociales están más vinculados a las autoridades locales y los sanitarios a administraciones de mayor ámbito. O la circunstancia de que el *mix de bienestar* (la participación relativa de los sectores público, privado, social e informal en los cuidados) sea diferente en las dos ramas. O las diferencias culturales entre ambas ramas.

Lo que no habría, a nuestro juicio, sería una tercera rama (o sistema) de carácter sociosanitario separada de las dos a las que nos estamos refiriendo. Aunque a veces se habla en estos términos, en nuestro entorno cercano dicha tercera rama (o tercer sistema) no existe en realidad. En algún caso podría hablarse, quizá, de un subsistema sociosanitario como parte del sistema de servicios sociales, pero en términos generales tampoco encontramos esta configuración.

En cualquier caso, en este nivel macro de lo normativo y lo institucional del que ahora estamos hablando, puede hacerse mucho por la coordinación sociosanitaria. Así, podríamos referirnos a los procesos de producción normativa y planificación social que, necesariamente, han de tener dimensiones transversales e interdepartamentales. Dichos procesos permitirán (por ejemplo mediante catálogos o carteras) ir identificando prestaciones y actividades presentes en los distintos servicios, programas o centros y, a su vez, los servicios, programas o centros que se encuadran en cada una de las ramas o sistemas. Además, otra aportación importante a realizar desde estos procesos es la delimitación de áreas geográficas iguales para los servicios sociales y los servicios sanitarios u otros servicios de bienestar. Todo ello puede plasmarse y se plasma, por ejemplo:

- en desarrollos legislativos o normativos que recogen derechos o afectan, por ejemplo, a estructuras administrativas;
- en planes sociosanitarios, gerontológicos, de atención a personas mayores, de atención a personas con determinadas enfermedades, de atención a personas con discapacidad, de servicios sociales o de salud;
- en programas e iniciativas de carácter y denominación estrictamente sociosanitaria;
- en documentos en los que se recogen convenios o acuerdos interinstitucionales o interdepartamentales;
- en diseños de centros o servicios (plasmados en decretos, reglamentos, pliegos de condiciones...)

Sea como fuere, para las personas con responsabilidades de gestión en organizaciones voluntarias, el marco normativo, político e institucional de la coordinación sociosanitaria es objeto de interés porque dibuja el terreno de juego en el que se produce la prestación de servicios que, en su caso, realiza su entidad y porque, en cualquier caso, las organizaciones del tercer sector y sus redes son (o pueden ser) agentes protagonistas en la conformación y modificación de dichos marcos.

Cuando se escriben estas páginas, aprobada hace pocos meses la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, no cabe duda de que ese marco normativo, político e institucional del ámbito sociosanitario está llamado a experimentar importantes cambios en nuestro país y que deberemos prestar atención a dichos cambios e involucrarnos en ellos.

### **3.2. Las personas destinatarias**

Para comprender, diseñar y organizar la coordinación sociosanitaria, es necesario identificar aquellas características o situaciones de las personas que van a incrementar la posibilidad de que la necesiten. En términos generales diríamos que, fundamentalmente, son tres:

- Su condición de salud.
- El soporte informal (fundamentalmente familiar) disponible.
- La capacidad de desenvolvimiento autónomo, la discapacidad o, en su caso, la situación de dependencia.

Por otra parte, de cara a una segmentación de los grupos objetivo se pueden tener y se tienen en cuenta, también, otras variables:

- Edad.
- Sexo.
- Disposición de recursos materiales (como vivienda), económicos...
- Protección social formal disponible (pensiones...)
- Características idiomáticas, culturales...

Combinando los elementos antes mencionados, aparecen segmentos poblacionales como los siguientes, entre los más probables y frecuentes beneficiarios de la coordinación sociosanitaria:

- Personas en situación de gran dependencia.
- Personas en situación de dependencia con demencia.

- Personas en situación de dependencia con problemas de salud de elevada complejidad clínica.
- Personas convalecientes con limitado soporte informal disponible.
- Personas con discapacidad y enfermedad mental.
- Personas con enfermedad mental grave.
- Personas con enfermedades somáticas graves y limitado soporte informal disponible.
- Personas toxicómanas.
- Personas en estado terminal.
- Personas con limitado soporte informal y problemas graves de salud.
- Personas con limitados recursos materiales y económicos y problemas graves de salud.
- Mujeres víctimas de violencia de género.
- Menores con problemas de comportamiento.

A la hora de segmentar la población objetivo, en todo caso, hemos de estar especialmente vigilantes ante el hecho de que, frecuentemente, la identificación de un determinado grupo poblacional o colectivo de atención se ha basado en criterios poco rigurosos y contrastados con la evidencia empírica, hijos, más bien, de la inercia institucional y ha traído aparejada la segregación y estigmatización de determinadas personas.

### **3.3. Principios, criterios o perspectivas de referencia**

Los consensos de las comunidades científicas, profesionales, políticas e institucionales relacionadas con la coordinación sociosanitaria nos permiten hablar de algunos principios, criterios o perspectivas compartidas:

1. Prevención: preferencia, en principio, por aquella intervención que evite que aparezca o se intensifique la necesidad de atención.
2. Personalización: búsqueda flexible de la mayor adecuación o adaptación de la atención a las necesidades, demandas y expectativas de cada uno de los individuos que la recibe.
3. Orientación a la persona destinataria: primacía, en principio, de los intereses legítimos de la persona destinataria frente a los de otros agentes participantes en el proceso de intervención (profesionales, prestadoras de servicios Administraciones...).
4. Prescripción: la atención, al ser una actividad basada en un conocimiento que se da en un marco de responsabilidad pública o, al menos, social, ha de proporcionarse, necesariamente, bajo criterio técnico y, legítimamente, según criterio administrativo.

5. Sinergia: buscar el mayor ajuste, la mayor fluidez y el efecto multiplicador entre las diferentes prestaciones y actividades, de modo que la interacción del servicio con la persona sea lo más amigable y lo menos disruptiva posible.
6. Continuidad de cuidados: que en las *cadena de atención* no haya momentos o períodos en los que la persona quede desatendida o atendida inadecuadamente por tener que esperar a recibir la atención que corresponde.
7. Interdisciplinariedad: que las diferentes áreas de conocimiento e intervención interactúen en todas las fases del ciclo de la atención.
8. Promoción de la autonomía: en el doble sentido de trabajar para que la persona conserve y desarrolle las mayores y mejores capacidades y de que decida, en la mayor medida posible, sobre todo lo que le afecta.
9. Enfoque comunitario: que la intervención se apoye en las redes familiares y comunitarias y les de soporte.
10. Normalización: brindar a las personas destinatarias los entornos, actividades, recursos y oportunidades culturalmente normativas o socialmente valoradas, con especial atención a cuestiones como la confidencialidad, la intimidad, la privacidad y la imagen. El principio de normalización está relacionado con el de integración comunitaria que propone brindar los entornos, actividades, servicios y recursos menos restrictivos que sea posible, es decir, los que representen mayor contacto con la comunidad. En función de este criterio pueden estar contraindicados determinados grados o tipos de integración sociosanitaria si llevan a las personas a un modo de vida, por ejemplo, excesivamente institucionalizado.

#### **3.4. Herramientas para la coordinación sociosanitaria**

Independientemente (hasta cierto punto, al menos) del marco político o institucional en el que se desenvuelva la coordinación sociosanitaria (al que nos hemos referido en el apartado 3.1.) o de la manera en que se realice el diseño y la gestión de las organizaciones involucradas (a la que dedicaremos específicamente el apartado 4 de este tema), las personas que están más próximas a las usuarias y usuarios, los agentes involucrados en los procesos operativos de intervención pueden y deben tener en sus manos algunos instrumentos clave para la coordinación sociosanitaria. A continuación vamos a referirnos a los que nos parecen más relevantes, teniendo presentes, siempre, los pasos de lo que sería un ciclo lógico en cualquier intervención pro bienestar:

- Acceso y acogida.
- Diagnóstico de la persona y el entorno o evaluación de necesidades y recursos.
- Prescripción, planificación o programación.
- Realización de la intervención.
- Coordinación.
- Registro, seguimiento, evaluación.
- Gestión de la salida.

Para las labores de acceso y acogida suelen proponerse en el ámbito de la coordinación sociosanitaria modelos de *ventanilla única*. Hablar de ventanilla única supone identificar un conjunto suficientemente amplio de potenciales demandas (y necesidades de referencia) aceptable para la ventanilla, es decir, aquellas que se considerarán aceptables para el sistema y a partir de las cuales el propio sistema se compromete a acompañar a la persona, facilitando sus acceso y primeros pasos en el proceso de atención.

Los sistemas de ventanilla única necesitan, al menos:

- Unas infraestructuras materiales e informáticas adecuadas a la labor a realizar y a los perfiles de usuarias y usuarios a atender.
- Una labor permanente de comunicación clara e ilustrativa hacia el entorno (focalizada especialmente en determinados grupos poblacionales) acerca del tipo de demandas y necesidades de referencia.
- Una labor permanente de normalización y simplificación de procedimientos.
- Una labor permanente de actualización, sensibilización y formación del personal para la mejora continua de sus actitudes y aptitudes (cordialidad, discernimiento, empatía, manejo de información...).

En lo que tiene que ver con las labores de diagnóstico o evaluación de las personas destinatarias y sus entornos, la insistencia suele referirse a la búsqueda, mediante el correspondiente trabajo en equipo (y también la correspondiente normalización y simplificación de procedimientos) de diagnósticos o evaluaciones tan integrales e interdisciplinares como sea posible. Se trataría, en primera instancia, de superar diagnósticos unidimensionales que pueden llevar a indicaciones beneficiosas en un aspecto y contraproducentes en otros. Pero, más allá, se trataría de buscar dinámicas en las que cada profesional procesara información aportada desde otras disciplinas y se construyera una evaluación lo más compartida posible.

En general, especialmente de cara a la intervención, se trata de construir, disseminar, revisar y reelaborar guías clínicas, protocolos, procedimientos... entendidos como maneras

estandarizadas y pactadas de realizar procesos que de una u otra manera afectan a las personas usuarias y que, necesariamente, en última instancia, desembocan en ellas. Uno de ellos será el que haga referencia al modo de elaborar y coordinar la ejecución del programa individual de atención (tal como lo denomina la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) así como su seguimiento y evaluación.

Tabla 1  
DESCRIPCIÓN DE UN PROCESO

Fuente: Fernando Fantova, *Manual para la gestión de la intervención social. Políticas, organizaciones y sistemas para la acción*. Madrid, CCS, p. 290-291.

<b>Nombre</b> del proceso. Por ejemplo "Evaluación inicial"
<b>Alcance</b> o ámbito de aplicación. Se trata de señalar las áreas, situaciones, casos o momentos para las que rige. Por ejemplo, "Es de aplicación a todas las personas que solicitan plaza en el centro de día".
Persona (y, en su caso, equipo) <b>responsable</b> . Se trata de la persona responsable, en última instancia de la globalidad del proceso, aquella que responde ante las destinatarias o destinatarios por la consecución de los objetivos del proceso. Frecuentemente esa responsabilidad última, residenciada en una persona, es compatible con una responsabilidad compartida en un equipo (aparte de que, como se verá en el apartado correspondiente, haya personas responsables de subprocesos o partes del proceso). También se habla, en el mismo sentido, de <b>propietaria</b> o <b>propietario</b> del proceso.
<b>Recursos</b> o insumos (humanos, económicos, materiales, informacionales) y, en general, aportaciones (efectos de otros procesos) que son necesarias para que el proceso tenga lugar. Se podrá indicar, en cada caso, procedencia (de qué proceso, persona, unidad u organización vienen), cantidad, características de calidad, momento de su incorporación o actividad para las que son necesarios. Por ejemplo, un insumo necesario para el proceso de "evaluación inicial" podría ser una ficha estandarizada rellena por el servicio de información y orientación del sistema de servicios del que forma parte el centro de día, enviada, como máximo, tres días después de haberse formalizado la solicitud de plaza en el centro de día.
<b>Destinataria o destinatario</b> (proceso, persona, unidad, organización). Por ejemplo en el caso del proceso de "evaluación inicial" podrían ser la dirección del centro y la persona que demanda plaza y, en su caso, quien le represente. También se puede recoger, además de la destinataria o destinatario principal del proceso, otros procesos, personas, unidades u organizaciones afectadas directamente por él.
Razón de ser u <b>objetivo</b> del proceso, en términos de efectos en las destinatarias y destinatarios (incluidos, si existen, productos o entregables materiales). En la "evaluación inicial" podría ser, por ejemplo, brindar a la dirección del centro la información técnica que necesita para decidir sobre la idoneidad del centro para la persona que lo solicita. Como entregable material se podría mencionar un informe de formato estandarizado que se entregaría a la dirección, a la persona y, en su caso, a quien le represente.
Secuencia de procesos, subprocesos o <b>actividades</b> , con descripción, interacción (incluido carácter de llave) con actividades de éste y de otros procesos, plazos, unidades involucradas y responsables (o, en su caso, abriendo para cada proceso, subproceso o actividad una ventana en la que utilice, de nuevo, todo este esquema). Por ejemplo, una actividad dentro de este proceso podría ser la visita de la trabajadora o trabajador social a la persona en su domicilio. Podrían darse algunas indicaciones descriptivas sobre la manera de realizar esta actividad, señalando que es inmediatamente posterior al tratamiento en el equipo de la solicitud y llave para citar a la persona en el centro de cara a la evaluación psicológica. Se daría, por ejemplo,

que la visita ha de realizarse antes de transcurrir cuatro días de la anterior actividad y que su responsable es la o el trabajador social del centro. Lo mismo habría que hacer con cada una de las actividades.
<b>Registros</b> a realizar. Mencionando qué huellas escritas han de quedar de las actividades del proceso. En el ejemplo que estamos viendo se hablaría de registro de la solicitud en el archivo correspondientes, informes de cada una de las entrevistas o evaluaciones, informe final, registro de la entrega del informe final.
<b>Formatos</b> asociados al proceso (se adjuntarían). Se trata de adjuntar, en los casos en que existan, los esquemas o formularios estandarizados que han de utilizarse en las diversas actividades.
<b>Diagrama de flujo</b> (se adjuntarían). Se puede representar el proceso en un diagrama de flujo o flujograma (...).
<b>Otras observaciones</b>
<b>Número y fecha</b> de la versión del proceso. Para no confundirse cuando se introducen cambios en un proceso, es necesario mencionar qué número de versión es la que estamos manejando y su fecha.

Una última cuestión que recibe y debe recibir especial atención en el ámbito de la coordinación sociosanitaria es la que tiene que ver con la derivación, la planificación del alta o los planes de transición y adaptación (entre servicios o programas). Al respecto se insiste en la necesidad de que cada responsable de un eslabón de la cadena de atención programe y transmita con tiempo de antelación la salida de la persona usuaria del proceso o servicio en cuestión.

No nos referiremos en este apartado a la gestión de casos porque será objeto de un apartado específico más adelante.

### 3.5. Financiación

Del mismo modo que el estamento profesional con más implicación en la atención directa a las usuarias y usuarios debe conocer, tal como decíamos, el marco normativo, político e institucional en el que se encuadre, en cada caso, la coordinación sociosanitaria, igualmente les afectará el esquema de financiación que rijan en cada caso y, por lo mismo, es necesario que manejen información al respecto. Con más motivo las personas con responsabilidades de gestión en unidades u organizaciones involucradas.

A este respecto, cabe la posibilidad, como ocurre en nuestro país para los servicios de responsabilidad pública, que los modelos de financiación sean diferentes en los servicios sociales y en los servicios sanitarios, hecho que ha de ser tenido en cuenta por las personas usuarias, por quienes gestionan servicios y, en general, por toda la cadena de atención. Como es sabido, en España, los servicios sanitarios de responsabilidad pública son gratuitos siendo también gratuitos los fármacos para las y los pensionistas, Sin embargo en los servicios sociales suele existir, en muchos servicios, una participación económica directa de las personas usuarias, normalmente progresiva en función de su disponibilidad de recursos.

Si nos situamos fuera del ámbito de la responsabilidad pública, puede darse el caso de que se cobre a la persona a precios de mercado o que no ello no sea así, en el caso de que haya alguna financiación social, lo cual puede ocurrir en algunos servicios gestionados por entidades sin ánimo de lucro con fondos propios o capaces de allegarlos para tal fin. En cualquier caso, para hacer frente a los pagos, las personas usuarias pueden utilizar sus propios recursos, primas de seguros o fondos públicos finalistas recibidos como subvenciones o los denominados pagos directos o cheques-servicio.

Sin duda la coordinación sociosanitaria, la gestión de los casos y la gestión de los servicios en general se ven afectadas por el modelo de financiación por el que se rigen. Para la persona con responsabilidades de gestión en organizaciones no lucrativas que se desenvuelven en el ámbito sociosanitario es radicalmente diferente desenvolverse, por poner algunos ejemplos:

- En un marco de gestión concertada de servicios de responsabilidad pública.
- En un cuasimercado generado por una única administración pública compradora de servicios que genera competencia entre proveedores privados con o sin ánimo de lucro.
- En un contexto en el que quienes compran los servicios son las personas usuarias (bien con sus propios recursos o con recursos que recibidos para tal fin).
- En una situación en la que han de interactuar con más de una administración pública (por ejemplo la sanitaria y la de servicios sociales) y en la que diferentes prestaciones o actividades cuentan con diferentes coberturas de financiación pública.

Las claves de la gestión varían en cada una de las situaciones, en la medida en que también varían las expectativas y compromisos de los diferentes agentes involucrados. En cualquier caso, la tendencia que se observa en nuestro entorno, parece que llevará a las personas con responsabilidades de gestión en este ámbito a tener que manejar, simultánea, alternativa o sinérgicamente las lógicas propias del mercado (el intercambio), la Administración (el derecho) y la comunidad (la reciprocidad) en un entorno cada vez más abierto, complejo, y poblado de nuevos agentes (formales e informales) y, en todo caso, con una creciente presencia de la gran empresa privada con ánimo de lucro y que opera en diversos ámbitos (por ejemplo construcción, finanzas, otras actividades intensivas en mano de obra de baja cualificación...) con sinergias con el sociosanitario.

#### **4. LA GESTIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y LA GESTIÓN DE CASOS**

Como siempre, empezaremos este apartado con un caso práctico.

---

Caso 4. Roberto Gardezabal



Roberto Gardezabal tiene 85 años y es viudo. Tiene diabetes, cardiopatía isquémica y permanece encamado desde hace tres años a consecuencia de una trombosis que le acarreó una hemiplejía.

Con parte de su pensión y aportaciones de sus dos hijas, paga a una mujer que vive con él y le atiende. La que lo hace actualmente es la quinta en tres años. Ella es la encargada de inyectarle insulina cada día.

En varias temporadas del año, varios días a la semana, Roberto ha venido necesitando cuidados de enfermería por úlceras de decúbito. Para prevenirlas es fundamental la preparación de la persona que le cuida en cuanto a la forma de movilizarle. También lo es que tenga la formación y la vigilancia necesarias en lo relativo a la dieta y la evacuación pues, de lo contrario, se producen ingresos hospitalarios por parálisis intestinal que podrían evitarse.

Entre sus dos hijas, desde hace algunos meses, se produce una discusión recurrente, cada vez más tensa de la cual Roberto no tiene noticia directa, pues una de ellas es partidaria de solicitar el ingreso de Roberto en un centro residencial y la otra no.

---

En el caso de Roberto Gardezabal comprobamos también la importancia de la coordinación sociosanitaria y, específicamente, las dudas de la familia en relación con el tipo de servicio que puede resultar más idóneo. A la hora de tomar ese tipo de decisiones, influye mucho el diseño de los servicios realmente disponibles y, en general, de las redes o sistemas de servicios. También, como veremos, aspectos de su gestión.

#### **4.1. Diseño de servicios o centros**

Tal como venimos diciendo en este tema, la coordinación sociosanitaria emerge como problema o reto, precisamente, por una decisión de carácter organizativo como es la de comprender y estructurar, por una parte, los denominados servicios sociales y, por otra, los que llamamos servicios sanitarios. Si no hemos impugnado tal hecho organizativo es porque entendemos que, en conjunto, son más los beneficios que los perjuicios de tal estructuración organizativa de las ramas de la acción pro bienestar.

Ahora bien, dicho esto, también hemos señalado que la coordinación sociosanitaria procura que los perjuicios que puedan derivarse de tal diferenciación y configuración sean tan pequeños como sea posible. Para conseguirlo, las personas con responsabilidades de gestión en los sistemas y organizaciones involucradas en la coordinación sociosanitaria pueden acudir, sin duda, a la teoría de la organización y a las herramientas del diseño organizacional. Desde esta perspectiva, fundamentalmente, podemos buscar el mejor diseño formal de las estructuras y los procesos, de modo que se facilite la coordinación sociosanitaria.

El diseño y rediseño de los servicios o centros, tanto en aquellos casos (que serán los menos) en los que, en su seno, se de la integración sociosanitaria como en aquellos (los más) en los que únicamente participen en procesos de coordinación sociosanitaria es una de las labores en las que pueden hacer su aportación las personas con responsabilidades de gestión en este ámbito, en el que cabrían las siguientes modalidades:

- Residencial u hospitalaria: cuando se proporciona, además de las prestaciones y actividades propias de los servicios sociales y de los sanitarios, la de alojamiento.
- Diurna: cuando la intervención se realiza en un centro al que la persona acude en el horario diurno que, normalmente, se asocia con el estudio o el trabajo.
- Nocturna: cuando la intervención se realiza en un centro al que la persona acude en horario nocturno.
- Ambulatoria: cuando la persona acude al centro únicamente durante el tiempo en el que es atendida pero no existe una regularidad o una posibilidad de acudir en un horario amplio como el de los centros diurnos o nocturnos.
- Domiciliaria: cuando la intervención se realiza en el domicilio de la persona.
- Material: cuando la intervención consiste, únicamente, en la aportación de objetos o la modificación física de entornos (se consigue mediante estos medios lo que podría conseguirse, también, mediante relaciones de ayuda).
- Virtual: cuando la intervención se realiza a través de tecnologías de la información y la comunicación (teleasistencia).
- Comunitaria: cuando la intervención se realiza en el entorno comunitario en general.

Dentro de las diferentes modalidades, la identificación de los centros o servicios suele venir dada, en cada caso, por las prestaciones o actividades predominantes o nucleares. Así, nos podemos encontrar, por poner varios ejemplos, con:

- Un servicio hospitalario en el que la prestación principal son los cuidados paliativos (tanto médicos como de enfermería) pero en el que también se proporciona asistencia personal (ayuda en las actividades de la vida diaria).

- Un programa ambulatorio con personas sin techo en el que la prestación o actividad central es el acompañamiento social pero en el que se proporcionan también cuidados de enfermería.
- Un centro de día en el que la prestación o actividad central es la rehabilitación psicosocial pero en el que se ofrece también asistencia personal.
- Un programa de atención temprana en el que resultan centrales, por ejemplo, el diagnóstico lo más precoz posible de problemas de salud o la rehabilitación física pero en el que también se proporciona acompañamiento social a las familias usuarias.

En estas labores de diseño se habrá de ir progresando en la construcción y utilización de un lenguaje cada vez más común para todo el ámbito de la política social. Ello nos tiene que animar a ensanchar la mirada y ser capaces de ver los servicios y programas de nuevas maneras. Así, por ejemplo, hablar de centros de *convalecencia*, o servicios de *respiro*, es hacer referencia, posiblemente, a una de las dimensiones (y quizá no la más relevante) de los programas que así se denominan. Así, cuando hablamos de la convalecencia parece que admitimos que lo que le está pasando a la persona a la que atendemos en este momento más que tener sentido en sí mismo viene supeditado a lo que le ha ocurrido en servicio del que proviene. En el caso de los servicios de respiro, en lugar de referirnos al efecto que tiene el servicio en la persona a la que atendemos nos referimos al que desencadena en una tercera persona...

Por otra parte, las nuevas necesidades y recursos presentes en la sociedad aconsejan la realización de diseños flexibles que permitan, al modo del Lego, diferentes re combinaciones. La flexibilidad y versatilidad de los diseños, por otra parte, también viene aconsejada por la diversidad y peculiaridad de trayectorias, itinerarios, circunstancias y preferencias de las personas, a la que hay que intentar ser capaces de adaptarse en la mayor medida posible. Y por la posibilidad que deben dar los servicios de que las personas usuarias puedan tener diferentes utilidades y vivencias de ellos (tú vas al bar porque tienes sed, yo para ver el partido, aquel porque quiere compañía, ella para charlar con su amiga y él para no pasar frío en la calle, sin que esto afecte a la identidad del bar). Por otra parte, en materia de diseño de respuestas, la investigación, desarrollo e innovación (en general, los procesos de gestión de conocimiento) han de ser constantes.

Así, por ejemplo, según el estudio realizado en nueve países europeos al que nos hemos referido anteriormente, "las tendencias futuras de la política social y sanitaria han de tener en cuenta que la importancia tradicional concedida a los grupos objetivo y a las soluciones correspondientes contrastará cada vez más con la atención concedida a la solución de los problemas sociales y sanitarios que afectan a diferentes grupos objetivo con el mismo tipo de necesidades. Las tradicionales residencias asistidas o de mayores («instituciones totales»)

sobrevivirán a duras penas en este escenario, a menos que se conviertan en centros vecinales, abiertos e innovadores que proporcionen toda clase de servicios e instalaciones al público” (Kai Leichsenring, *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea*. Madrid, Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO), 2005, p. 24).

#### **4.2. Otras aportaciones del diseño de procesos y estructuras para la coordinación sociosanitaria**

Al menos en nuestra realidad cercana, incluso en los pocos centros o servicios en cuyo seno se verifica una verdadera integración sociosanitaria, no deja de ser necesario pensar en la coordinación con otros centros y servicios tanto de la rama sanitaria como de la de servicios sociales. Por ello, las labores de diseño de procesos y estructuras no sólo son útiles, como hemos señalado en el apartado anterior, en el caso de servicios o centros integrados, sino también para otras fórmulas o mecanismos de coordinación sociosanitaria.

Así, singularmente en el ámbito de los sistemas públicos sanitario y de servicios sociales, hemos de referirnos a los consejos, comisiones, mesas o equipos que, a los diferentes niveles institucionales y territoriales cabe constituir, y existen en muchos casos, entre ambos sistemas. Estos dispositivos, entre otras, se ocupan de labores como las siguientes:

- Análisis de normativa con incidencia en la coordinación sociosanitaria.
- Elaboración, seguimiento y evaluación de planes.
- Diseño de servicios, centros, programas.
- Elaboración y aprobación de guías clínicas, protocolos y procedimientos.
- Discusión de casos.
- Diseminación de buenas prácticas y lecciones aprendidas.

Lógicamente, las cuestiones a tratar serán más generales cuanto más alto sea el nivel dentro de la estructura y más específicas cuanto más nos aproximemos a las unidades operativas que trabajan en el territorio. En todo caso, como ya hemos dicho, para la coordinación sociosanitaria resulta de gran ayuda que las zonas o áreas geográficas que se definan en ambos sistemas coincidan, tanto en la atención primaria como en la atención secundaria.

Por otra parte, en el ámbito de la gestión pública, se propende cada vez más a la utilización de fórmulas flexibles que permitan la colaboración entre agentes e instancias diversas. Estas fórmulas, en la medida en que no contribuyan (como ocurre a veces) a una disolución de la responsabilidad pública, configuran una administración relacional, un gobierno multinivel, una gestión en red que parecen adecuadas para dar respuesta al reto sociosanitario. Sin que

olvidemos que cada instrumento (contratos, convenios, subvenciones y así sucesivamente) tiene una finalidad diferente y ha de aprenderse y limitarse su utilización.

En realidad, en la medida en que los sistemas de bienestar se estructuren en red, habrá de facilitarse también la conexión en red entre *nodos* pertenecientes a diferentes sistemas. Lo que ocurre es que, en esos procesos de transformación, cada uno de los agentes o *nodos* deberá aprender nuevas formas de *añadir valor* en ese contexto complejo: acreditación, homologación, colaboración, concertación, inspección, evaluación, consultoría o formación son tan sólo algunos ejemplos de actividades que tienen lugar en procesos que atraviesan los muros de los sistemas y que han de ser gestionados proactivamente con el fin de añadir valor para la usuaria o usuario final.

Este proceso de reestructuración en red del tejido sociosanitario se explica también por la fragmentación de las cadenas de valor, es decir, por las posibilidades que el desarrollo de las tecnologías de intervención (y las que cabe utilizar para el soporte administrativo de la intervención) dan para fragmentar y recombinar de diferentes formas los procesos de trabajo. Pensemos en una organización dedicada a la ayuda a domicilio en la que cada auxiliar, al llegar a cada domicilio, hace la compra y cocina para la persona frente a otra que tiene centralizado el proceso de compras y elaboración de comida.

Por último hemos de decir que en las labores de diseño de estructuras organizativas y procesos de trabajo, hemos de tener siempre en cuenta otras variables a considerar en las organizaciones humanas, tales como las redes informales de relación, las tecnologías que se utilizan, las infraestructuras, la cultura (presunciones y valores realmente operantes), el entorno... Así, por ejemplo, se ha señalado que muchas veces los problemas para la coordinación sociosanitaria tienen que ver con aspectos culturales muy profundamente arraigados en cada uno de los sectores en relación con el valor que se otorga a la curación, a los cuidados personales...

#### **4.3. La gestión de casos como herramienta para la coordinación sociosanitaria**

Siendo el diseño y rediseño de estructuras y procesos una actividad o función muy propia de las personas con responsabilidades de gestión, hemos de entender que se sitúa en el extremo más macro del abanico de actividades de gestión en un ámbito como el sociosanitario. Pasemos ahora al otro extremo, al más micro, para referirnos a la gestión de caso.

Y comencemos por explicitar que entendemos por *gestión* la asunción de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades), lo que incluye:

- La preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar.
- La coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones).
- La rendición de cuentas ante el abanico de agentes interesados por los efectos que se espera que el proceso desencadene.

Hablar de gestión de caso no sería sino aplicar esta definición de gestión a cualquier proceso de intervención sobre una persona en cualquier ámbito, y, para lo que nos interesa ahora, en servicios sociales y sanitarios y, más específicamente, en la coordinación sociosanitaria.

En cualquier ámbito la gestión emerge como una función o actividad que añade valor a ese proceso que se gestiona, de suerte que, sin la gestión, el proceso tendría lugar de forma menos ordenada, menos eficaz, menos eficiente o, en todo caso, menos satisfactoria. La gestión de un proceso, por tanto, no tiene sentido en sí misma, sino por el valor añadido (en términos de claridad, seguridad, fluidez, articulación, eficiencia...) que aporta.

Normalmente es la complejidad de un proceso la que justifica la necesidad de su gestión. Dicho de otra manera, cuando un proceso es sencillo, simplemente *ocurre* y no solemos hablar de la necesidad de *gestionarlo*.

Lo mismo vale para la gestión de caso, para la gestión del proceso de intervención con una persona. A más complejidad del caso, es decir, a más número y envergadura de actividades y agentes involucrados, más necesidad de que se haga una gestión del caso, esto es, más necesidad de que alguien asuma algún tipo de responsabilidad sobre el conjunto de la intervención y coordine esa multiplicidad de agentes y actividades involucradas en el proceso de intervención. De hecho, en el ámbito anglosajón, se observa un desarrollo paralelo de la gestión de caso (*case management*) con la implantación de modelos de gestión de la atención (*care management*) caracterizados por la división de papeles (entre quien financia, quien prescribe, quien presta los servicios...) y la introducción de una lógica más mercantil y concurrencial en la relación entre esos múltiples agentes. También es verdad que en muchas situaciones, la gestión de caso, aunque sea en forma precaria, se hace de manera informal o implícita, por parte de la propia persona interesada, alguien de su familia o uno de los agentes involucrados.

Desde ahí se explica la relación entre la coordinación sociosanitaria y la gestión de casos que se refleja en el título de este tema, aunque, desde luego, la coordinación de casos también tiene sentido y aplicación fuera del ámbito de la coordinación sociosanitaria. Sea como fuere, el hecho de que en un mismo proceso de intervención con una persona se articulen prestaciones y actividades propias de los servicios sociales y los servicios sanitarios es, sin duda, un factor

de complejidad y, por lo tanto, una razón que puede aconsejar la aplicación a ese caso de herramientas y mecanismos de gestión.

A partir de ahí, hemos de decir que son múltiples y variados los modelos y propuestas de gestión de caso que cabe encontrar en la práctica y en la literatura de referencia. Desde modelos en los que el gestor o gestora es, fundamentalmente, alguien que representa a la persona usuaria (cliente) ante una variedad de proveedoras con las que negocia hasta modelos en los que la persona gestora de caso es la trabajadora del sistema de servicios que opera como referente para la persona usuaria. Desde modelos en los que la gestión de caso se basa, sobre todo, en conocimientos y capacidades de tipo técnico hasta aquellos en los que priman más los elementos de administración (por ejemplo de recursos económicos). Desde modelos que se aplican a todas las fases de la intervención (de las que antes hemos hablado) hasta aquellos que se concentran en algunas de ellas. Desde modelos en los que el gestor de caso interactúa preferentemente con la persona usuaria hasta aquellos en los que dedica su jornada, sobre todo, a interactuar con los agentes de intervención. Desde modelos más orientados a la defensa de derechos y el empoderamiento de la persona usuaria a otros en los que tales consideraciones no tienen cabida...

Nos parecen de particular interés y aplicación a la gestión de caso los planteamientos de la *planificación centrada en la persona*, que surgen en el ámbito de la intervención con personas con discapacidad en ambientes favorables al principio de normalización o valorización del rol social (al que antes nos hemos referido) en los que se va evolucionando hacia enfoques que, poniendo en el centro el concepto de calidad de vida, subrayan la importancia de la satisfacción actual de las necesidades y aspiraciones de las personas y de los apoyos, entendidos como toda aquella persona, relación, objeto, entorno, actividad o servicio que responde a alguna necesidad de la persona y le ayuda a conseguir sus objetivos y su plena participación social.

La planificación centrada en la persona supone que en el proceso de planificación se identifiquen siempre los *logros personales*, es decir, aquello que la persona desea conseguir o alcanzar y que, ante cada objetivo o actividad que nos planteemos, nos preguntemos siempre cómo va a ayudar a la persona a alcanzar sus logros personales. El proceso de planificación centrada en la persona es, necesariamente, participativo y en él han de tomar parte, además de la persona destinataria de la intervención, todos aquellos agentes o instancias relevantes para que la persona pueda alcanzar sus logros. Son muchos los antecedentes de los enfoques de planificación centrada en la persona que cabría mencionar. Así, por ejemplo, el trabajo de casos en Mary E. Richmond, pionera del trabajo social o Carl Rogers, con su enfoque de terapia centrada en el cliente.

Por otra parte, cada vez se pone más énfasis en que la gestión de caso permita registrar información (a partir de indicadores y estándares de referencia) que no sólo puedan ser útiles para la evaluación y reprogramación de la intervención individual, sino que también puedan ser agregados y utilizados, con ayuda de las correspondientes herramientas informáticas, para la evaluación y planificación a escalas más amplias (incluso por el conjunto del sistema o red de servicios) alimentando e impulsando la gestión estratégica a esas escalas más amplias.

#### **4.4. Otras aportaciones desde la gestión**

Aunque entre los procesos y herramientas de gestión hayamos prestado especial atención, sobre todo, a las que tienen que ver con el diseño y transformación de estructuras organizativas y procesos de trabajo (en un plano más macro) o a la gestión de caso (en un plano más micro), en realidad, todas las funciones de gestión son necesarias e importantes en el ámbito de la coordinación sociosanitaria.

Así, por ejemplo, al tratarse de servicios altamente relacionales y basados en el capital humano, en las personas con responsabilidades de gestión tienen especial importancia las funciones de comunicación y gestión de las relaciones dentro de las organizaciones o unidades organizativas que dirigen y, consiguientemente, las actitudes y competencias facilitadoras de la relación y, en particular, de la construcción de equipos en los que se hace necesario diferenciar entre dinámicas de carácter:

- Multidisciplinar o pluridisciplinar, cuando coexisten (en una suerte de yuxtaposición) las diferentes disciplinas o ramas en la misma unidad organizativa para el servicio de las mismas destinatarias y destinatarios pero no hay trabajo profesional conjunto, propiamente dicho.
- Interdisciplinar, cuando existe una coordinación o colaboración entre profesionales en un proyecto común de intervención.
- Transdisciplinar, cuando el proceso de compartir competencias y tecnologías lleva a una integración entre las disciplinas y las funciones de las personas (cada vez más polivalentes) tienden a basarse más en el proyecto que en su profesión original.

Por lo mismo, otra área de especial importancia en la gestión de la coordinación sociosanitaria es la relacionada con la gestión de los recursos humanos. Además, si nos fijamos, se da un gran paralelismo entre las técnicas de intervención operativa con las personas usuarias y las de gestión de recursos humanos en aspectos como el diseño de puestos, la selección, la acogida, la integración, la promoción, la motivación, la salud laboral...



Por otro lado, si hemos hablado de la importancia de la estandarización de procesos, ello nos remite a las propuestas y herramientas de gestión de la calidad que se basan, en buena medida, en la gestión por procesos. En un contexto en el que, como hemos dicho, se hacen más complejas las cadenas asistenciales y hay más proveedores y clientes y se impone una dinámica de aseguramiento de la calidad (y certificación) aunque también hemos de ser conscientes de las limitaciones de este tipo de herramientas en servicios tan interactivos y con un *saber hacer* tan basado en competencias relacionales como éstos.

Por lo mismo se hace necesaria, también, una gestión de la cultura, es decir, una permanente labor de fortalecimiento del compromiso ético del personal que trabaja en el ámbito sociosanitario. Especialmente importante en un contexto cultural que, en muchos casos, desvaloriza esta labor, a sus personas destinatarias y a quienes la realizan. La introducción de los enfoques y herramientas de la bioética está suponiendo una gran ayuda para esta gestión de la cultura de la que hablamos, en un contexto en el que frecuentemente las y los profesionales se enfrentan a la vulnerabilidad, a la limitación y a la muerte.

Por otro lado, la complejidad de la coordinación sociosanitaria y la diversidad de agentes involucrados hace que se vuelvan cada vez más críticos los procesos y herramientas de gestión de las relaciones (o, dicho de otra manera, del marketing). Así, por poner algunos ejemplos se trata de:

- Mejorar las técnicas de segmentación, para aproximarse con más eficiencia y mayor impacto a los diferentes perfiles de personas usuarias.
- Mejorar la gestión de la demanda, lidiando con problemas como el llamado *velo fiscal* (efecto en la percepción de las personas usuarias de no pagar a precios de mercado) o el insuficiente reconocimiento de la prescripción técnica en el acceso a los servicios, particularmente en lo que toca a los servicios sociales.
- Mejorar la comunicación simultánea y diversificada con agentes interesados tan diversos como las familias, las Administraciones, profesionales de otras organizaciones...

Por último hemos de mencionar como área de especial interés la de la gestión de la información y el conocimiento, incluyendo las labores de investigación, desarrollo e innovación, aprovechando las posibilidades de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para el trabajo en red, simplificando los procesos y reservando las reuniones presenciales para aquello en lo que sean verdaderamente necesarias y útiles. Estamos hablando de una gestión del aprendizaje que permita a las organizaciones reconstruir su capital intelectual en un contexto en el que se vuelve crítica la construcción de saberes transdisciplinares y el incremento de la polivalencia de las personas y los equipos. Se trata de *poner en valor* el

importante patrimonio metodológico que tienen las organizaciones, muchas veces en un estado que lo hace irreconocible incluso para ellas mismas.

## **5. LAS ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS Y LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

Presentemos para empezar este apartado nuestro último caso.

---

### Caso 5. Lucía Aristizabal

Lucía Aristizabal es una mujer colombiana de treinta años que lleva año y medio en España en situación irregular. Tras convivir por seis meses con un hombre en casa de éste, se ha marchado por ser objeto de maltrato físico y psicológico por su parte.

En estos momentos Lucía está viviendo en un piso de acogida gestionado por una organización no gubernamental y financiado por los servicios sociales municipales. Le ha sido diagnosticada una depresión y sufre frecuentes crisis de ansiedad. Desde el ambulatorio le han derivado a una psicóloga, también de la red sanitaria pública, que puede atenderle una vez al mes, como máximo.

---

Lucía Aristizabal es, posiblemente, una mujer con una limitada red informal de apoyo, por el hecho de ser inmigrante y llevar poco tiempo en el país de acogida. Además, la persona con la que había establecido un vínculo afectivo se ha convertido en su mayor amenaza, recibiendo por ello el apoyo de los servicios sociales. En todo caso, la gestión de su situación no es fácil y el tratamiento psicológico que le ofrece el sistema sanitario es insuficiente.

### **5.1. Algunos rasgos de las organizaciones no lucrativas del sector**

Son muchas y diversas las entidades no lucrativas relacionadas de una u otra manera con la coordinación sociosanitaria. Si tuviéramos que entresacar, brevemente, sus principales rasgos escogeríamos los siguientes:

- Autoconcepción y configuración como organizaciones formales, no gubernamentales, solidarias y que renuncian al lucro económico orientándose, en principio, a la producción de bienes relacionales, a la generación de capital social, a la construcción de tejido social.

- Tensión entre la referencia a necesidades (establecidas normativamente) y demandas de las personas destinatarias de la intervención con la consiguiente tensión entre calidad técnica y calidad percibida.
- Diversidad, interrelación y a veces conflicto entre las relaciones que conforman la organización: relaciones de intercambio, relaciones de legitimación, relaciones de servicio, relaciones de regulación, relaciones de participación...
- Integración y tensión entre dimensiones de asistencia, reivindicación, sensibilización, gestión u otras que pueden coexistir en las organizaciones.
- Alto grado de interacción entre la organización y el entorno con muchas personas de la organización en contacto directo y permanente con el exterior y, en particular, con las personas destinatarias.
- Complejidad del conjunto de personas y grupos interesados o implicados de la organización y, con frecuencia, situaciones paradójicas o contradictorias en relación con las necesidades o demandas de diferentes agentes relevantes a quienes la organización ha de dar respuesta.
- Orientación a las personas destinatarias y, consiguientemente, relación con diferentes departamentos o áreas de las Administraciones públicas (servicios sociales, sanidad...).
- Carácter altamente relacional e interactivo tanto de los fines como de los medios de las organizaciones.
- Frecuente referencia a un territorio de tamaño reducido o a un grupo poblacional determinado y próximo.
- Potencialidad pero también vulnerabilidad de las personas de atención directa en la medida en que penetran profundamente en toda una variedad de espacios y momentos de la vida de las personas desde posiciones de poco reconocimiento o estatus profesional o institucional.
- Coexistencia de personal remunerado y personal voluntario así como coexistencia de personal procedente y no procedente de redes sociales con las que está conectada la organización (y por tanto, presumiblemente, diferentes grados y tipos de *compromiso*).
- Patrimonios (materiales, económicos, estructurales, técnicos, humanos...) y tamaños, en general, pequeños, en comparación con los que se observan en la esfera pública o en la del mercado.
- Interesante patrimonio de competencias y, en particular, de competencias relacionales adquiridas en buena medida gracias a la pertenencia o cercanía a las personas, grupos y comunidades a las que se acompaña desde la organización.
- Culturas y herramientas de gestión híbridas y en transición, partiendo básicamente de un saber hacer implícito que se va abriendo a influencias diversas, con más o menos rigor.

- Coexistencia más o menos pacífica o conflictiva entre la estructura de participación (por ejemplo de personas socias) y la estructura de gestión de las actividades de la organización (con peso del personal remunerado).
- Importancia otorgada a la base de valores de la organización con dificultades, sin embargo, de preservar y reinventar los valores en las sucesivas etapas de maduración, profesionalización y estructuración de la organización.
- Limitada conexión en red con otras organizaciones similares, embrionarias experiencias de alianza, poca experiencia de fusiones.
- Especial posicionamiento de las organizaciones más tradicionales (como fundaciones) en el ámbito de la atención residencial (u hospitalaria) a mayores, con un importante sector de nuevas cooperativas en la atención domiciliaria. Liderazgo de asociaciones con amplia gama de servicios en el ámbito de la discapacidad.

## **5.2. Perspectivas de futuro para las entidades no lucrativas relacionadas con la coordinación sociosanitaria**

El contexto en el que se está desarrollando y se va a desarrollar la vida y la intervención de estas organizaciones está cambiando de forma rápida y profunda y en una situación de este estilo es necesario adaptarse y, mejor aún, anticiparse a esos cambios de los que estamos hablando. Terminemos este tema, por tanto, señalando algunas consideraciones que cabe hacer al respecto, pensando en las personas con responsabilidades de gestión en estas entidades.

Muchas de estas organizaciones, como ya hemos dicho, tienen como destinatario un determinado grupo poblacional, entendido (o quizá *cosificado*) muchas veces como *colectivo* (personas mayores, personas con discapacidad...). Sin embargo, nos desenvolvemos en un contexto de individualización de las trayectorias de las personas y de incremento y diversificación de las contingencias o los riesgos que pueden afectarles. Desde las responsabilidades de gestión de estas entidades, por tanto, se deben activar todos los *capilares* que las organizaciones tienen en contacto con el entorno para obtener y procesar información procedente de esa realidad cambiante y diseñar y ofrecer productos, servicios y actuaciones capaces de responder a esa individualización de las trayectorias y reconfiguración de la estructura y de los flujos de las poblaciones.

Por otra parte, esta situación de cambio en el entorno es vivida por parte de las organizaciones como una situación de *achique de espacios* en la que sienten que otras organizaciones *penetran* en el que consideran *su* ámbito natural o exclusivo de actuación. Y, a nuestro juicio erróneamente, ponen en marcha estrategias (implícitas o explícitas) de defensa (a veces numantina) de ese espacio con un discurso muchas veces de poco recorrido basado en el

fondo en la débil idea de *yo llegué primero*. Por el contrario, frente a la estrategia de encerrarse en un nicho cada vez más pequeño tiene, posiblemente, más sentido abrirse a nuevos entornos y relaciones que nos permitan colocarnos en el nuevo escenario más abierto y más amplio aunque ello obligue a intervenir de maneras y en ámbitos que no imaginábamos. Para ello será muy útil, por ejemplo, trabar alianzas con otras organizaciones.

Párrafo aparte merece, en lo que tiene que ver con la relación con otros agentes, la creciente competencia que las organizaciones del tercer sector sienten por parte de empresas con ánimo de lucro que van haciéndose presentes en cada vez más sectores que el tercer sector consideraba más o menos *resguardados*: claramente en la atención a mayores y, cada vez más, a personas con discapacidad. En esa situación, las empresas convencionales hacen valer algunas fortalezas como pueden ser su capacidad y cultura de gestión, las economías de escala de las que pueden valerse o la utilización de incentivos económicos en sus diferentes relaciones con clientes, trabajadoras y trabajadores. La gestión se vuelve en ese contexto una herramienta que ha de ayudar a las organizaciones no lucrativas competir de forma inteligente y eficaz con esas empresas. Ahora bien, el peligro aquí es que la gestión se vuelva una herramienta para que las organizaciones no lucrativas se parezcan cada vez más a las empresas convencionales y, por tanto, se desnaturalicen, tirando por la borda su capital de legitimación, sus redes sociales y, en definitiva, su valor añadido característico y peculiar.

Entendemos que se trata, más bien de que las organizaciones puedan *beber en su propio pozo*, es decir, potenciar y explotar sus puntos fuertes y características distintivas, como puede ser el compromiso de su personal con la misión, el saber hacer relacional, las dinámicas participativas o las relaciones de red con el tejido social informal, otras organizaciones voluntarias y los poderes públicos. Estamos hablando de un entorno cada vez más abierto y cada vez más exigente para con las organizaciones. El capital de legitimación con el que nace una organización no lucrativa en un entorno determinado (por el reconocimiento que sus promotores y promotoras puedan tener por parte del tejido social, económico o político) se torna, aunque se gestione, progresivamente más insuficiente en un entorno cada vez más globalizado y complejo.

Ahí la gestión ha de servir también para el aseguramiento y la acreditación de una serie de estándares de funcionamiento que habiliten a la organización para su accionar. Las relaciones entre los sistemas públicos de bienestar, las empresas socialmente responsables, las organizaciones voluntarias transparentes o la ciudadanía que ejerce derechos o que exige como consumidora se ven mediadas, cada vez más por exigencias de calidad objetivadas y soportadas por sistemas o modelos de referencia en un proceso continuo de normalización o estandarización que, aunque tiene sus pegas y peligros, es básicamente necesario y, en todo caso, inevitable. Sin embargo, en este entorno cambiante y complejo que vamos percibiendo, la

gestión también habrá de utilizarse, como hemos dicho, a la hora de cuidar y cultivar el patrimonio más importante con el que cuentan las organizaciones no gubernamentales de acción social: sus personas. Sabemos que todas las personas que hacen posible la organización son destinatarias de ella y, por lo tanto, hemos de conocer cada vez mejor sus necesidades, capacidades, aspiraciones y potencialidades. Ningún proceso de cambio o reinención de una organización puede realizarse sin el acompañamiento, sin el protagonismo de las personas que hacen posible la organización.

Se trata de cuidar y potenciar esa dimensión humana, relacional, interactiva, participativa de las organizaciones. Sólo así conservarán la frescura, la flexibilidad y la proximidad que constituyen una de sus factores clave de éxito en el entorno en el que se desenvuelven. La gestión ha de contribuir, por encima de todo, a potenciar la capacidad de orientarse y reorientarse permanentemente a las demandas, necesidades, derechos y aspiraciones de las personas destinatarias. Si estas organizaciones tienen sentido, es para responder a esas demandas, necesidades, derechos y aspiraciones en un entorno social en el que frecuentemente son invisibles y resultan vulneradas. Sin perder de vista a las otras personas y grupos interesados e implicados, las personas con responsabilidades de gestión han de esforzarse en colocar bajo el foco a las personas destinatarias, como única manera de que las organizaciones sean fieles a su razón de ser y puedan dar los frutos para los que fueron creadas.

Necesitamos pensar en unos procesos de coordinación sociosanitaria flexibles, proactivos y amigables con las redes familiares y comunitarias. Una coordinación sociosanitaria, de fuerte compromiso público, atractiva y efectiva para la diversidad de personas, familias y grupos realmente existentes, con sus necesidades y anhelos de conciliar con calidad la vida familiar, laboral y personal; de mayor igualdad entre mujeres y hombres; de respetar y promover la dignidad y autonomía de todas las personas; de regenerar el tejido social rasgado por tantas fracturas económicas, culturales y políticas. Posiblemente este proyecto no puede ir adelante sin el aporte cultural, organizativo y humano del tercer sector, que es el que ha tomado la iniciativa, desde la solidaridad altruista, en muchos ámbitos y momentos, ante la pasividad o despiste de los poderes públicos. Estamos hablando de bienes relacionales y de capital social. Bienes relacionales y capital social que, en última instancia, son el *humus* solidario en el que pueden brotar y crecer propuestas sociales y políticas en clave de justicia social.

## **RESUMEN**

Si tuviéramos que resumir este tema en unos pocos puntos, resaltaríamos los siguientes:

- La acción pro bienestar se organiza en ramas de actividad orientadas, cada una de ellas, a un tipo de necesidad social.

- Dos de esas ramas son la sanitaria (cuya finalidad está relacionada con la salud) y la de servicios sociales (cuya finalidad está relacionada con el apoyo, fundamentalmente relacional, al desenvolvimiento autónomo).
- En cada una de las ramas, en nuestra sociedad, son centrales los correspondientes sistemas públicos.
- Las entidades no lucrativas pueden participar en la gestión concertada de servicios de responsabilidad pública, en la gestión de otros servicios y en otras labores de defensa de derechos, apoyo mutuo...
- Cuando una misma persona tiene importantes necesidades de los dos tipos se impone la coordinación sociosanitaria.
- Las situaciones a las que se refiere este módulo (envejecimiento, discapacidad, dependencia) generan una especial necesidad de coordinación sociosanitaria.
- Dicha coordinación (o, en su versión más intensa, integración) puede darse en el seno de servicios sociosanitarios (tanto dentro de la rama sanitaria como de la de servicios sociales) o en el seno de procesos de intervención en los que interactúan diferentes servicios de ambas ramas.
- La gestión de casos, como coordinación de las diferentes intervenciones que afectan a una persona, es una importante herramienta para la coordinación sociosanitaria.
- En general, los diversos procesos y herramientas de gestión, por ejemplo en una organización no lucrativa del sector, resultan de gran importancia para hacer posible la coordinación sociosanitaria.

## **CONCEPTOS FUNDAMENTALES**

Acción pro bienestar

Ámbito sociosanitario

Coordinación sociosanitaria

Gestión

Gestión de caso

Integración sociosanitaria (atención integrada)

Necesidades sociales

Servicios sanitarios

Servicios sociales

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Demetrio Casado y Fernando Fantova. *Perfeccionamiento de los servicios sociales. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. Madrid, Cáritas Española, 2007.

Se trata de un informe general sobre servicios sociales, con unos capítulos finales dedicados, específicamente, a la coordinación sociosanitaria.

Dolors Colom. *La atención sociosanitaria del futuro*. Zaragoza, Mira Editores, 1997.  
El libro enfoca la atención sociosanitaria desde el punto de vista de la persona destinataria.

Fernando Fantova. *Manual para la gestión de la intervención social. Políticas, organizaciones y sistemas para la acción*. Madrid, CCS, 2005.  
Un manual de gestión aplicable a organizaciones voluntarias dedicadas a la intervención social en general.

Kai Leichsenring. *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea*. Madrid, Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO), 2005.  
Este informe ofrece una visión europea de conjunto a partir de nueve informes nacionales.

Gregorio Rodríguez Cabrero y Julia Montserrat. *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid, IMSERSO, 2002.  
Repasa diferentes respuestas que desde las políticas públicas se han dado al reto de la coordinación sociosanitaria.

<http://www.imfersomayores.csic.es>

Portal Mayores, con mucha documentación relacionada con este tema.

<http://www.ehma.org/carmen/index.html>

Manual de gestión (en inglés) para la atención integrada (sociosanitaria).

<http://www.fantova.net>

Página web del autor del tema, con diferentes documentos relacionados con él.

## **GLOSARIO**

Coordinación sociosanitaria: Conjunto de procesos o mecanismos que hacen posible (de forma más directa o más indirecta) que las personas reciban una atención que incluya en forma significativa y sinérgica prestaciones o actividades propias de la rama de servicios sociales y de la sanitaria.

Integración sociosanitaria (atención integrada): Situaciones o intervenciones en las que la coordinación sociosanitaria es más estrecha, más fuerte, más estable, más duradera.

Ámbito sociosanitario: Conjunto de servicios o centros en el que se realiza la coordinación (o integración) sociosanitaria.

Necesidades sociales: Necesidades individuales cuya respuesta, además de importar e implicar, como en toda necesidad, al individuo, importa e implica, de alguna forma relevante o especial, a la colectividad, a la sociedad.

Acción pro bienestar: Conjunto de prestaciones, actividades, servicios o dispositivos que, por responder a las que hemos denominado necesidades sociales, tienen una especial significación o relevancia colectiva.



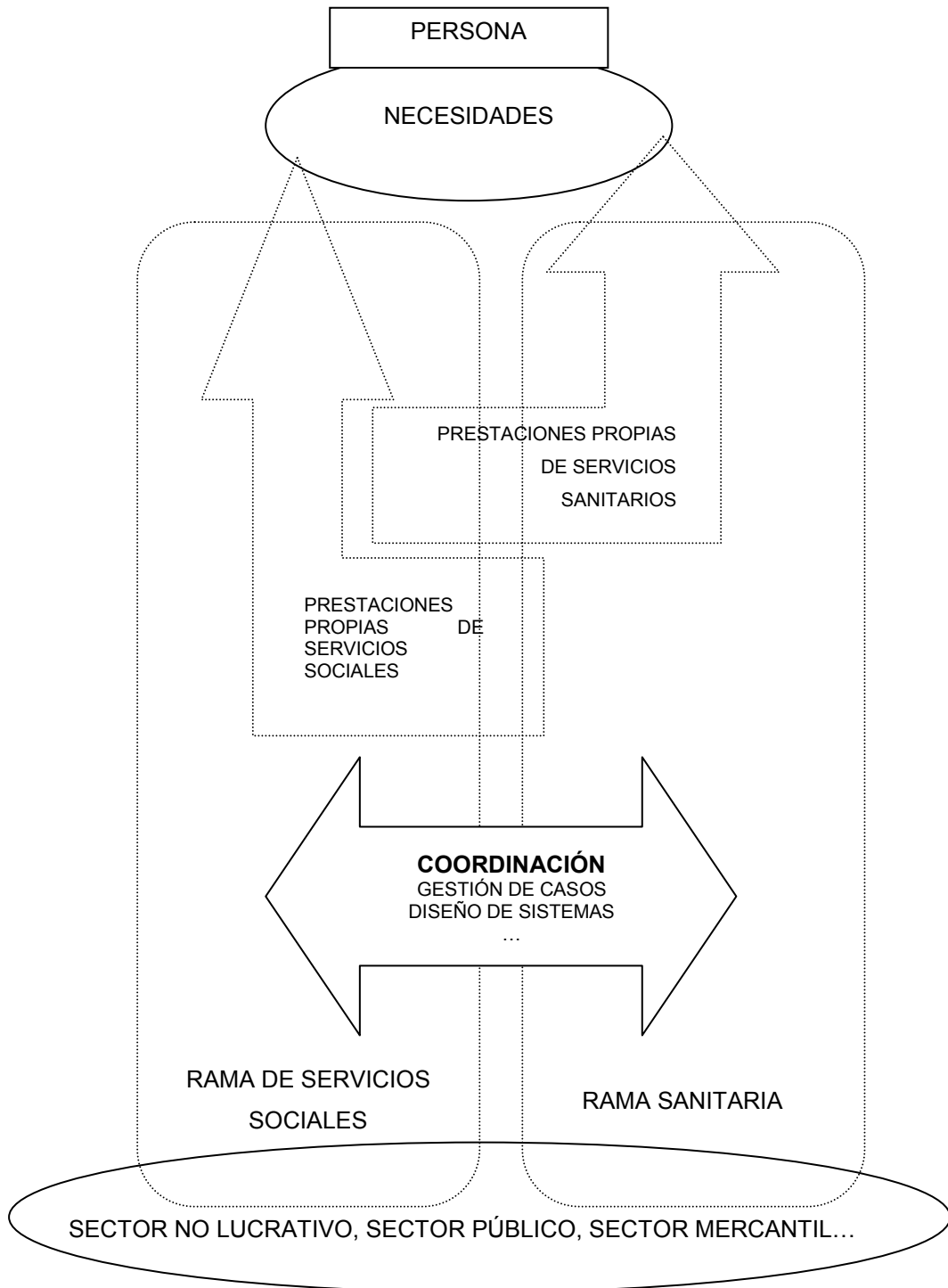
Servicios sociales: Servicios dirigidos a conservar, lograr o recuperar (en la medida de lo posible) el ajuste entre la capacidad autónoma de desenvolvimiento de las personas en sus entornos vitales y el apoyo social disponible en las redes familiares y, en general, sociales con las que están vinculadas.

Servicios sanitarios: Servicios dirigidos a prevenir y tratar las enfermedades (o, hasta cierto punto, a paliar sus consecuencias) y, en la medida en que sus medios lo permiten, a lo que suponga recuperación, conservación y promoción de la salud de las personas.

Gestión: Asunción de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades), lo que incluye: la preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar; la coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones); y la rendición de cuentas ante el abanico de agentes interesados por los efectos que se espera que el proceso desencadene.

Gestión de caso: Aplicación de técnicas o instrumentos de gestión a un proceso de intervención con una persona.

**ESQUEMA**



[www.fantova.net](http://www.fantova.net)