

COORDINACIÓN sociosanitaria

ACTAS

COLABORAN:

Fernando Fantova Azcoaga, Jacobo Cendra López, Alberto Alemany Carrasco, Mercedes Hernández Núñez-Polo, Arturo Álvarez Rosete, Lucía Martínez Martín, Manuel Cid Gala, Miguel Simón Expósito, Beatriz Martín Morgado, Manuela Rubio González, Paz Vitores Picón, Olga Campelo Moreno, Inmaculada García Ferradal, José Enrique Villares Rodríguez, Eduardo Balbo Ambrosolio, Oihana Guridi Garitaonandia, José Diéguez Gómez, José Manuel Carrascosa Bernaldez, Rafael Gómez García

Caser
FUNDACIÓN

18

nov

2016

año VI

SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN INTEGRADA.

FERNANDO FANTOVA AZCOAGA
Consultor Social.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.
2. LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA.
3. ¿HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS SOCIALES?
4. EL OBJETO Y LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES.
5. LAS RELACIONES INTERSECTORIALES Y LA ATENCIÓN INTEGRADA.
6. CONCLUSIÓN.
7. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Servicios Sociales; interacción; diferenciación sectorial; integración intersectorial; sistema de bienestar.

RESUMEN

Partiendo de una lectura de la actual situación de los servicios sociales (en el contexto del conjunto del sistema de bienestar) en España y de los retos que tienen ante sí, se plantea una propuesta de diferenciación sectorial de los servicios sociales y de integración intersectorial de éstos con otros ámbitos, sectores o pilares de la acción pro bienestar, como el sanitario, intentando fundamentar y argumentar en qué medida y en qué sentido un nuevo modelo de servicios sociales (dedicados a promover y proteger la interacción de todas las personas) y una atención integrada efectiva y sostenible (entre servicios sociales y sanidad y también entre estos y otros sectores) se alimentan mutuamente y, a la vez, resultan necesarias en el contexto actual que la nueva complejidad social convierte en crecientemente obsoletos los servicios sociales residuales e inespecíficos y el modelo de bienestar correspondiente.

KEYWORDS

Social services; interaction; sector differentiation; intersectoral integration; welfare system.

ABSTRACT

Based on an interpretation of the current situation of social services (in the context of the whole of the welfare system) in Spain and the challenges facing them, a proposal is made for sector differentiation of social services and their intersectoral integration with other areas, sectors or pillars of welfare action, such as health, trying to lay the foundations and argue to what extent and in what sense a new model of social services (dedicated to promoting and protecting the interaction of all people) and effective and sustainable integrated care (between social services and health and also between these and other sectors) feed one another reciprocally. At the same time, it is necessary in the current context for the new social complexity to make residual and non-specific social services and the corresponding welfare model increasingly obsolete.

1. INTRODUCCIÓN.

Partiendo de una lectura sucinta de la actual situación de los servicios sociales (en el contexto del conjunto del sistema de bienestar) en España y de los retos que tienen ante sí, se plantea una propuesta (esperamos que fundamentada) de diferenciación sectorial de los servicios sociales y de integración intersectorial de éstos con otros ámbitos, sectores o pilares de la acción pro bienestar, como el sanitario. Nos apoyaremos en el contacto y conocimiento experiencial directo e interactivo de diversas realidades y agentes en los servicios sociales españoles (y otros), en el trabajo personal de sistematización realizado para la preparación de un libro (Fantova, 2014) y en una revisión de bibliografía actualizada de referencia¹.

2. LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA.

Cuando hablamos en España de servicios sociales, la referencia principal, sin duda, son las leyes autonómicas sobre la materia (con sus correspondientes realidades institucionales y prestacionales), la inmensa mayoría de las cuales utilizan en su denominación la expresión servicios sociales. Junto a esta producción legislativa, habría que referirse a la literatura de la comunidad de conocimiento sobre el asunto, que hemos tenido ocasión de revisar (Fantova, 2008, 2014, 2015, 2016) Lógicamente, si miramos a otros países, existen realidades técnicas, organizativas o normativas similares -si bien no exactamente iguales- a la de los servicios sociales españoles aunque frecuentemente reciben otras denominaciones (como social care o action sociale, por ejemplo).

En lo tocante a la legislación española, es conveniente recordar que la vigente Constitución no menciona los servicios sociales en el sentido o con el contenido que éstos han ido adquiriendo en el desarrollo conceptual y técnico de las últimas décadas. En realidad, las comunidades autónomas han legislado sobre servicios sociales apoyándose en la competencia exclusiva que la Constitución les faculta para asumir en materia de “asistencia social” (artículo 148.20). El concepto de asistencia social vendría a ser complementario con el de seguridad social, de modo que se entendería que la seguridad social es el sistema de protección (social) para aquellas personas que pueden contribuir con sus cotizaciones (y para las personas vinculadas a ellas) y la asistencia social vendría a ser el modo de protección (social) para aquellos colectivos que no pueden contribuir, colectivos presuntamente minoritarios de personas en situación de vulnerabilidad, riesgo o exclusión social que quedan fuera de las redes comunitarias de integración social, las estructuras mayoritarias de funcionamiento económico y los sistemas regulares de protección social.

A medida que se han desarrollado las políticas de bienestar en España (en la senda de otros países), cabe decir que se han ido perfeccionando, complejizando y universalizando² sistemas como el sanitario, el educativo y el (o los) de las pensiones o, en general, prestaciones de garantía de ingresos para la subsistencia. Se han ido configurando políticas públicas entendidas como pilares sectoriales de un sistema de bienestar cada vez más desvinculado –aunque sea relativamente y no sin retrocesos–

¹ A petición de la revista se reelaboran varios fragmentos de material propio reciente, recogido en la bibliografía.

² Cuando, en el contexto de este artículo, se habla de universalidad o universalización de unas u otras políticas sociales, se hace referencia, en principio, a su universalidad o universalización desde un punto de vista conceptual o técnico, es decir, a si la definición de su finalidad u objeto alcanza a la totalidad de la población. Obviamente, para hablar de una universalidad efectiva, desde un punto de vista político, además de la que se denomina aquí universalidad conceptual o técnica, son necesarias otras condiciones, como las legislativas, estructurales y presupuestarias.

de la contribución de las personas empleadas y progresivamente más ligado a la condición de ciudadanía.

En ese contexto, la legislación y los sistemas públicos de servicios sociales se habrían ido viendo impulsados, también, a conformarse –o al menos a declararse– como un pilar universal más y, por tanto, a ir delimitando un contenido prestacional específico y diferenciado universalmente dispensable³, dado que en el desarrollo mencionado cada uno de los diversos pilares sectoriales (convencionalmente: sanidad, educación, servicios sociales, empleo, vivienda y garantía de ingresos) estaría encargado, para toda la población, de la promoción y protección de un bien, para lo cual genera un conjunto de actividades y estructuras específicas⁴. El entramado de la política social se completaría con políticas transversales (como las de igualdad y gestión de la diversidad o la familiar) y políticas intersectoriales (Fantova, 2014: 115-130).

Puede decirse que es en esta encrucijada estratégica en la que se encuentran los servicios sociales españoles: en el tránsito desde una asistencia social residual sin objeto propio (o con todos los objetos: subsistencia, alojamiento y así sucesivamente) y dirigida a colectivos en situación de riesgo, vulnerabilidad o exclusión

social (en general) hacia unos servicios sociales (de entrada) conceptualmente universales con catálogos y carteras capaces de delimitar el contenido del derecho subjetivo que se declara (o al menos intentando hacerlo).

Unos servicios sociales que, a la vez que empiezan a llegar más a sectores poblacionales que apenas habían asomado por sus oficinas, no han sido capaces de metabolizar en forma de servicios sino de dinero (más de lo mismo) una buena parte de los recursos adicionales que ha supuesto la Ley sobre autonomía y dependencia; unos servicios sociales que, a la vez que van viviendo la maduración y empoderamiento de equipos y profesionales con responsabilidades técnicas, de gestión y políticas, presentan una “extraordinaria diversidad de esfuerzos, cobertura y derechos garantizados” (AEDGSS, 2016: 3); unos servicios sociales que asumen en su seno el caudal de experiencia del tercer sector de acción social pero ante los que determinados movimientos sociales alternativos señalan que “para superar los obstáculos burocráticos, la dificultad de una compleja maraña legal y una grave situación de desinformación, hemos comprobado que necesitamos ejercer nuestra inteligencia colectiva, compartir nuestras experiencias y saberes, incluso darnos apoyo moral en situaciones muchas veces desesperantes” (Comisiones de Antidesahucios,

³ Al hablar de servicios sociales, por otra parte, hay que entender que estamos hablando de un tipo de servicios, con independencia de que éstos sean de responsabilidad pública, privada o solidaria. Es decir, por importantes que hayan sido y sean España los poderes y administraciones públicas a la hora de regular y suministrar servicios sociales, no se puede olvidar que los sistemas públicos de servicios sociales, en cualquier caso, operan dentro del sector económico, ámbito sectorial o sector de actividad de los servicios sociales, más o menos estructurado, dentro del cual operan también las empresas con ánimo de lucro y las organizaciones del tercer sector. Esto sucede, por cierto en todas las ramas de la acción pro bienestar, es decir, en todos los sectores de actividad en los que las políticas públicas sociales son especialmente relevantes.

⁴ Obviamente los servicios de un sector o ámbito contienen prestaciones propias de otros. Así, un hospital (servicio sanitario) brinda alojamiento (prestación propia del sector de la vivienda), diagnóstico y acompañamiento social (prestaciones propias de los servicios sociales) o atención educativa a pacientes en edad escolar. Nada de ello diluye el carácter central y predominante de las prestaciones sanitarias en dicho servicio.

2016:139)⁵. Unos servicios sociales en los que se trunca (o, al menos se retrasa el cumplimiento de) la promesa de levantarlos como cuarto pilar⁶ (junto a sanidad, educación y garantía de ingresos), pero, en todo caso, también, unos servicios a los que cabe aplicar lo que señala Margarita León: “En Europa, las políticas de cuidado o atención [care] para niñas y niños y personas mayores han sido, a lo largo de las últimas dos décadas, una de las áreas más dinámicas en el desarrollo del Estado de bienestar. Tanto los cuidados de larga duración [Long Term Care] como la educación y cuidado de la primera infancia [Early Childhood Education and Care] responden a cambiantes necesidades de cuidado o atención” (León, 2014: 11). Unos servicios sociales que, a nuestro entender, reclaman su reconfiguración en un nuevo modelo que se apoye en el camino recorrido y lo asuma y rentabilice, a la vez que se posicionan con probabilidades de éxito en el contexto al que deben dar respuesta.

3. ¿HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS SOCIALES?

Como hemos dicho, el modelo general de comprensión de las políticas sociales que proponemos (Fantova, 2014) plantea que las grandes políticas sectoriales, en un sistema de bienestar, se corresponden con grandes sectores de actividad, cada uno de los cuales se diferencia del resto por la protección y promoción de un bien y por las actividades de valor específicas y reconocibles, basadas en el conocimiento (en áreas de conocimiento correspondientes a dichas actividades), que permiten el diagnóstico,

la prescripción y la intervención correspondientes en cada caso. Se postula que el incremento de la complejidad social y de las expectativas que se dirigen a las políticas sociales y a los servicios públicos van generando subsistemas funcionalmente especializados en las necesidades, bienes, objetos y actividades correspondientes en cada sector. Si alguien tiene un problema, necesidad, demanda o expectativa relacionada con su situación de salud se dirigirá a los servicios sanitarios. Si tal problema, necesidad, demanda o expectativa es especialmente grave o compleja, con más motivo, se dirigirá a dichos servicios, no siendo racional, desde el punto de vista de la necesidad específica de la persona, que tuviera que dirigirse a otro tipo de servicios distintos. La misma lógica podría aplicarse a los servicios educativos, a los servicios de empleo, a los de vivienda y así sucesivamente.

Pues bien, si se postula, en general, la racionalidad técnica y organizativa de diseñar y configurar sectores de actividad y pilares de protección (de entrada, conceptual o técnicamente) universales en las diferentes áreas mencionadas (sanidad, educación, empleo, vivienda y garantía de ingresos), la disyuntiva que emerge es la siguiente: si los cinco pilares mencionados saturan la protección y promoción del bienestar de las personas, es decir, si disfrutando de los cinco bienes correspondientes a dichos pilares (salud, conocimiento, empleo, alojamiento y subsistencia) las personas consiguen su inclusión social, entonces no tiene sentido la existencia de los servicios sociales en la medida en que los cinco pilares mencionados hagan correctamente su trabajo

⁵ Se propone el texto, sin entrar a valorar la situación que le dio origen, como muestra del tipo de tensiones, sin duda agravadas en los últimos años entre personas en situación de grave exclusión laboral, residencial o económica (u organizaciones que las agrupan o representan) y profesionales de los servicios sociales enfrentados a la misión imposible de darles respuesta desde su marco institucional y repertorio prestacional.

⁶ Expresión que aplica a los servicios sociales el preámbulo de la Ley sobre autonomía y dependencia, ya citada.

con el conjunto de la población y especialmente, como es lógico, con aquellas personas en situación de mayor vulnerabilidad, dificultad o complejidad a la hora de resolver la necesidad correspondiente.

Por tanto, dentro de ese marco de reflexión y diseño, sólo tendrían sentido los servicios sociales como sector de actividad y como pilar del bienestar si pudiéramos identificar un bien tan relevante como los otros mencionados y tan necesitado como ellos de actividades profesionales y estructuradas basadas en el conocimiento. La respuesta desde el modelo que se presenta a continuación es afirmativa: ese bien existe.

4. EL OBJETO Y LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES.

Se propone como objeto propio de los servicios sociales la protección y promoción de la interacción, entendida como autonomía funcional e integración relacional⁷. Es decir, se entiende que todas las personas a lo largo de nuestro ciclo vital tenemos un mayor o menor equilibrio entre nuestra autonomía funcional o capacidad de desenvolvernos en nuestra vida cotidiana y nuestra integración relacional (soporte que recibimos de nuestras redes primarias de convivencia familiar y comunitaria). Y que se justifica que una rama de la acción pro

bienestar (los servicios sociales) se ocupe específicamente de proteger y promover ese bien.

En un sentido coincidente, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña identifica para un nuevo concepto de servicios sociales tres necesidades: “promover la autonomía personal, incluida la capacidad de decidir, y atender a las situaciones de dependencia mediante servicios de calidad; contribuir al ejercicio de los derechos y los deberes de las personas, especialmente de aquellas que por minoría de edad o por dificultades en el ejercicio de la capacidad jurídica necesitan protección y medidas de apoyo para la toma de decisiones; ofrecer apoyo para compensar las limitaciones de desenvolvimiento personal de relación y de integración social y comunitaria por razón de la discapacidad, la discriminación, la falta grave de oportunidades o las derivadas de momentos disruptivos de la vida” (Ginesta y otras, 2015: 12). Y añade que “las prestaciones económicas para cubrir las necesidades básicas vitales no forman parte de los servicios sociales. Tampoco forman parte de los servicios sociales las funciones que corresponden a otros sistemas (salud, educación, vivienda...), especialmente las referidas a la determinación de la situación económica y social, que se han de llevar a término desde cada uno de los sistemas con indicadores y criterios comunes y coordinados” (Ginesta y otras, 2015: 13).

⁷ En otros lugares (Fantova, 2008; 2014) se ha procedido a una fundamentación y desarrollo de esta propuesta, en diálogo, entre otras, con las de Demetrio Casado, Encarna Guillén, María José Aguilar, Manuel Aguilar, Joaquín Santos, Germán Jaraíz y Auxiliadora González (por citar sólo algunas españolas). Xavier Pelegrí hace una interesante crítica de la propuesta, apuntando acertadamente que “el concepto-objeto habría de cumplir tres condiciones (como las encontramos en otros sectores): 1) que fuese comprensible coloquialmente sin necesitar una gran explicación técnica; 2) que se identificase con una necesidad básica de toda persona, aceptada como derecho a ser cubierta y 3) que reflejase algo en que o sobre lo cual se pueda intervenir efectivamente” (Pelegrí, 2015: 58). Posiblemente es en la primera de las tres condiciones donde más débil se muestra la propuesta que se presenta en este apartado del artículo.

Postulamos que la mayor parte de las demandas y necesidades que históricamente han sido vistas y abordadas por los servicios sociales como problemáticas de colectivos minoritarios (infancia desprotegida, discapacidad o dependencia funcional, soledad de las personas mayores, desarraigo de personas inmigrantes, violencia de género u otras) son mejor vistas y abordadas si se entienden, se diagnostican y se atienden como necesidades de prevención y apoyo en lo que tiene que ver con la interacción activa de las personas en el seno de comunidades atravesadas por diversidades (y relaciones) de género, generacionales, funcionales y culturales. Identificar así el objeto de los servicios sociales permite hacerlo en positivo y señalando una necesidad universal, es decir, que todas las personas tienen⁸. Una necesidad que, por diversas razones que no podemos abordar aquí, emerge de forma especialmente visible en nuestro contexto actual (de crisis de los cuidados, entre otras).

Lógicamente, no se espera que la ciudadanía comprenda y utilice el concepto abstracto de interacción sino, más bien, que vaya identificando las prestaciones, apoyos y actividades valiosas que los servicios sociales le ofrecen a la hora de prevenir o afrontar situaciones en las que ven afectada su autonomía para el desenvolvimiento cotidiano o las estructuras relacionales y apoyos existentes en sus redes familiares

y comunitarias (actividades como diagnóstico social, planificación individualizada⁹, cuidado profesional, acompañamiento social¹⁰ u otras; en diferentes formatos: virtual, domiciliario, comunitario u otros). Se esperaría, a la vez, que la ciudadanía fuera comprendiendo (en la medida en que se fuera verificando) que sus necesidades o problemas de salud, aprendizaje, empleo, alojamiento, o ingresos económicos para la subsistencia material deberían ir teniendo cauces para su abordaje en los correspondientes ámbitos sectoriales. Lógicamente, este reposicionamiento de la marca servicios sociales, en el mejor de los casos, llevará tiempo y deberá ser promovido por estrategias intencionales, técnicas y profesionales consistentes (Fantova, 2014: 119-121).

En cualquier caso, se parte de la visión de que, en el contexto actual, el rápido y amplio crecimiento de las necesidades, demandas y riesgos relacionados con la interacción (autonomía funcional e integración relacional) haría insostenible económica y socialmente el modelo orientado a tratar estos problemas por colectivos y separando a las personas de la comunidad. Se trata más bien de abordarlos en la comunidad, con tecnologías y servicios de proximidad y fortaleciendo, por tanto, la atención primaria del sistema público de servicios sociales. El concepto de interacción pretendería ofrecer base para un marco teórico y un instrumental técnico¹¹ para evaluar y abordar

⁸ La Diputación de Segovia afirma que la misión de sus servicios sociales es “promover, proteger y apoyar la interacción de las personas con su entorno social y, por tanto, su autonomía funcional, su integración familiar y su integración comunitaria en el municipio en el que residen” (Diputación de Segovia, 2016: 6).

⁹ National Voices señala que “la planificación de los cuidados y apoyos es una forma en que las personas (...) pueden trabajar junto con sus profesionales de los servicios sanitarios y sociales y otros apoyos. Empieza con lo que importa a la persona e identifica el mejor tratamiento, la mejor atención y apoyo y las acciones que las propias personas pueden llevar a cabo para ayudar a conseguirlo” (National Voices, 2016: 5).

¹⁰ Según los Estados Generales del Trabajo Social en Francia, “aunque la complejidad de las políticas sociales ha podido conducir progresivamente a un encerramiento de las y los trabajadores sociales en la gestión de dispositivos configurados en compartimentos estancos, resulta primordial reencontrar el corazón del oficio del trabajo social: el acompañamiento de las personas” (EGTS, 2015: 11).

¹¹ El concepto ha sido utilizado, por ejemplo, como referente teórico para instrumentos de diagnóstico y valoración de los servicios sociales en el País Vasco.

situaciones en la diversidad (sexual, generacional, funcional y cultural) que se da en las relaciones primarias de las personas que se desenvuelven con (relativa) autonomía en la comunidad antes de (o sin) que sea necesario o pertinente considerarlas y tratarlas en calidad de miembros de alguno de los colectivos poblacionales que los servicios sociales han utilizado (y siguen utilizando) para clasificar a las personas en servicios segregados y especializar a las personas profesionales.

Todo ello nos introduce en una agenda de personalización de los servicios (de atención centrada en la persona), sabiendo que “la personalización de los servicios es clave en la política sanitaria y de servicios sociales, pero hay potenciales tensiones cuando las elecciones de las personas puedan entrar en conflicto con las políticas de las organizaciones. Sin embargo hay alguna evidencia de que la buena comunicación, una cultura positiva, la creación de un trayecto defendible en la toma de decisiones, buenas relaciones, la participación y un personal empoderado y capacitado pueden ayudar a superar algunas de estas tensiones” (Burtney y otras, 2014: 6-7).

La propuesta nos lanza también a una dinámica exigente de gestión del conocimiento, en la que deberá haber agentes mediadores (Rutter y Fisher, 2013: 30) capaces de tender puentes y borrar fronteras entre los diferentes agentes portadores de los diferentes tipos de conocimiento (conocimiento ético, saber hacer, saber experto, conocimiento científico, tecnología, innovación y otros) y entre las especializaciones tradicionales, muy vinculadas a colectivos poblacionales y disciplinas académicas y que funcionan en muchas ocasiones como verdaderos silos incomunicados entre sí.

Posiblemente la prueba del nueve de este avance la encontremos en la innovación tecnológica, donde empieza a haber resultados prometedores y “un número representativo de buenas prácticas que, según ha sido científicamente demostrado, proporcionan un aumento de la independencia a las personas (...), un aumento de la productividad de las personas cuidadoras, mejor calidad de la atención, y la generación de ahorros que contribuyen a la sostenibilidad financiera del sistema de cuidados. Estos servicios basados en tecnologías cubren un amplio rango de servicios y productos basados en tecnología, diferentes, maduros y normalizados, que son capaces de responder efectivamente a un amplio conjunto de necesidades de cuidados de larga duración” (Carretero, 2015: 9) u otros apoyos.

Al respecto, para lo que tiene que ver con los cuidados de larga duración, desde la Comisión Europea se señala un enfoque, que podría valer para el conjunto de los servicios sociales, en el que “los principales elementos de una respuesta proactiva (...) incluyen medidas orientadas a: prevenir que la gente se convierta en dependiente de los cuidados o la atención, promoviendo estilos de vida saludables, afrontando las mayores causas de dependencia y promoviendo en los domicilios y vecindarios entornos amigables con las personas mayores a través del diseño para todas las personas; detección temprana de la fragilidad; rehabilitación y recapacitación para aquellos cuya salud y aptitud ha sido afectada, para restaurar su capacidad de vivir independientemente; desarrollar el potencial total de la tecnología para ayudar a las personas mayores a permanecer en casa, para aumentar la productividad de los servicios de cuidado y para compensar por la disminución del número de personas cuidadoras;

integrar completamente los elementos de los servicios sanitarios y sociales de la provisión de cuidados de larga duración; mejorar el apoyo a las personas cuidadoras informales y facilitarles la conciliación del empleo y de las responsabilidades de cuidado; y usar el potencial del sector de las organizaciones no gubernamentales en la provisión de servicios de cuidado” (SPC, 2014: 6).

5. LAS RELACIONES INTERSECTORIALES Y LA ATENCIÓN INTEGRADA.

Ahora bien, en el modelo de servicios sociales que estamos intentando dibujar tan esencial es el momento de su diferenciación y el establecimiento de su perímetro sectorial como el momento de la integración de su atención con la que brindan otros sectores de actividad (singularmente ahora, por diversas razones, el sanitario (Herrera y otras, 2013), pero también el de la vivienda, el educativo, el del empleo o el de la garantía de ingresos). Efectivamente, una clave fundamental de este modelo que se propone, inseparablemente unida a la definición del objeto y la actividad que acabamos de hacer, tiene que ver con las oportunidades que brinda la (entendemos que insoslayable) recalibración, redistribución y reconfiguración de los repartos y relaciones entre las diferentes ramas sectoriales de la política social. Se asume que sólo verificando y visibilizando los impactos positivos que el nuevo modelo puede tener en otros ámbitos sectoriales (como el sanitario, el educativo, el de vivienda, el de empleo o el de garantía de ingresos) y en el conjunto del sistema de bienestar es posible avanzar de manera consistente en esta nueva visión y configuración de los servicios sociales. Se asume que es la fragilidad de los actuales servicios sociales la que en buena medida está haciendo ineficien-

tes muchos de los esfuerzos que se realizan en otras políticas sectoriales y en el conjunto del sistema de bienestar, como se ve claramente, por ejemplo, en el caso de la sanidad.

Así, el informe *A new settlement for health and social care*, aprobado por la Comisión Independiente sobre el Futuro de la Atención Sanitaria y Social en Inglaterra (Barker y otras, 2014) pone de manifiesto hasta qué punto el desequilibrio entre la inversión en servicios sociales y en sanidad (en una proporción que puede ser de una a siete) genera, por ejemplo, un sistema público de bienestar incapaz de proporcionar ligeros cuidados o apoyos domiciliarios preventivos (desde servicios sociales, a personas en situación de fragilidad), que, sin embargo, incurre posteriormente en altos –ineficaces, ineficientes e impertinentes– gastos hospitalarios, farmacéuticos o tecnológicos, en buena medida inducidos por la ausencia de esa intervención social más temprana, con personas que, frecuentemente, por otro lado, disponen de patrimonios mobiliarios e inmobiliarios (viviendas) inadecuados e infrautilizados que no aportan valor ni a las personas ni a la colectividad.

Chris Ham (jefe ejecutivo de The King’s Fund) señala en el prólogo de este informe impulso de la atención integrada que “cuando esté totalmente implementado, el nuevo modelo supondrá alrededor de un 11-12 por ciento del PIB, una cantidad fácilmente comparable con el gasto corriente sólo en sanidad en algunos otros países (...). Las consecuencias de no hacer nada son que menos personas recibirán servicios sociales financiados públicamente en la medida en que se hacen más recortes en los presupuestos de las autoridades locales y que más organizaciones sanitarias públicas se

muestran incapaces de proporcionar acceso oportuno a estándares aceptables de atención en el marco del presupuesto. Todavía más importante, el premio descrito por la comisión –igual soporte para igual necesidad, con los derechos a la atención sanitaria y los servicios sociales más estrechamente alineados entre sí– seguirá siendo un sueño lejano. Las personas con necesidad de cuidado serán forzadas a continuar navegando las complejidades e inconsistencias de los actuales sistemas fragmentados de financiación y derechos (...). Los costes del cuidado recaerán cada vez más en los individuos y las familias, creando preocupación, incertidumbre e inequidad en una escala que sería inaceptable si se aplicara en la atención sanitaria” (Barker y otras, 2014: vi-vii)¹².

Los argumentos para apostar por un mayor equilibrio, coordinación e integración entre los servicios sociales y los servicios sanitarios son poderosos, por el incremento de la cantidad y complejidad de situaciones en las que las personas presentan entreveradas importantes necesidades correspondientes a ambos sectores. Sin embargo, en un reciente estudio Delphi sobre la integración de la atención entre servicios sociales y sanitarios se identifican los siguientes obstáculos:

- “La imprecisión en la definición del tipo, alcance, escala y nivel de complejidad de la propuesta de integración y los cambios reguladores y organizativos críticos del proceso de implantación.
- El retraso temporal de maduración y manifestación de los beneficios atribuidos a la integración y la escasa disponibilidad de evi-

dencia de efectividad de buena parte de las estrategias y medidas de transformación documentadas hasta el momento.

- Inercias administrativas y corporativas.
- Cautela en relación con el mantenimiento de las restricciones en la financiación del gasto social.
- La dificultad de valorar el impacto de la implantación en el status quo –situación, intereses y perspectivas actuales de cada agente, profesional, grupo u organización involucrados en el cambio– puede haber inhibido a la manifestación del apoyo la consistencia del compromiso de participación en el despliegue de la iniciativa” (Artells, 2015: 66).

En cualquier caso, el reto de una atención integrada y, finalmente, integral no aparece únicamente en la interfaz entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, sino que emerge en muchos otros nodos, tanto de los servicios sociales con otras ramas como de otros pilares entre sí. Entendemos que las innovaciones en las tecnologías de intervención, gestión y gobierno deben ayudar a la coordinación e integración intersectorial evitando el falso atajo de la subordinación o la deconstrucción de alguna de las ramas o pilares en cuestión. Según la European Social Network, “la provisión de servicios integrados puede ser implementada de varias formas tales como gestión de caso o equipos multidisciplinares consistentes en profesionales provenientes de diferentes sectores. A causa de la cantidad de agentes involucrados, es vital agilizar los canales de comunicación e información, a la vez que se mantiene un equilibrio para no sobrecargar de directrices y procedimientos, lo que puede afectar al

¹² Joan Costa-Font y otras (2016) han encontrado evidencia robusta de reducción de hospitalizaciones y duración de la estancia con la implantación en España del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, efecto que se atenúa en 2012 a consecuencia de los recortes en el Sistema.

lado humano de las relaciones que deben establecerse entre los profesionales implicados. De hecho, proporcionar claridad acerca de los roles y la responsabilidades facilita el trabajo intersectorial” (Lara y otras, 2016: 7).

Según una reciente revisión de estudios, algunas lecciones aprendidas en la integración de servicios –tanto vertical, dentro del mismo sector, como horizontal, entre sectores– tienen que ver con “la claridad y armonización de objetivos entre las agencias, o la clara división de responsabilidades entre agentes. Una reforma exitosa para la integración debiera incluir incentivos financieros o administrativos para la cooperación cuidadosamente diseñados, así como implicar el ajuste de indicadores de ejecución a tener en cuenta para los esfuerzos conjuntos de cara a eliminar la competición disfuncional entre unidades de servicio. Asimismo, cuando la integración de servicios en el nivel local implica mayor autonomía y nuevos tipos de tareas, esto debía ser soportado por la construcción de capacidades en la planificación, la evaluación y la gestión de casos también” (Budapest Institute, 2015: 7)

En cualquier caso, entendemos que se necesita comprender y hacer comprender que el nuevo modelo de servicios sociales afecta al resto de pilares de la política social porque representa una nueva manera de comprender la lógica de reparto de necesidades y actividades entre las políticas sectoriales y, por tanto, una nueva manera de entender las relaciones intersectoriales y la integración de la atención: una oportunidad para construir la atención (integral e integrada) centrada en la persona que viene reclamada por la complejidad de las necesidades sociales. Un contexto complejo en el que ninguna profesión, disciplina, sistema o

sector puede reclamar para sí la mirada global o la posición central, que sólo pueden ser la consecuencia de una construcción y decisión compartida.

El concepto y el discurso de la “atención integrada” (Sarquella y otras, 2015; Librada y otras, 2015) parece cada vez más conveniente para la cuestión que nos ocupa, frente a los conceptos (y discursos correspondientes) que empiezan por “socio” (socio sanitaria, socioeducativo, sociolaboral u otros) por algunas razones:

- El concepto de “atención integrada” es más homologable internacionalmente y facilita la sintonía y transferencia con comunidades de práctica y conocimiento de diferentes lugares (Goodwin y otras, 2014).
- Este concepto visibiliza mejor la necesidad y posibilidad de coordinación de todos los sectores con todos y no sólo de los servicios sociales con el resto.
- El desgaste del concepto y discurso de lo “socio sanitario” parece percibirse, por lo limitado y contradictorio de sus realizaciones prácticas en las varias décadas de utilización del concepto y aplicación del discurso.
- El concepto y discurso de la “atención integrada” parece conectar mejor con las oportunidades que brindan nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la más fácil y real integración intrasectorial e intersectorial de procesos operativos, de gestión y de gobierno, a la vez que se mantienen estructuras sectoriales diferenciadas por ámbitos de actividad (servicios sociales, sanidad, educación u otros).

En esta forma de entender la distinción e integración de las diferentes ramas de la política social (sanidad, educación, servicios sociales,

empleo, vivienda y garantía de ingresos) hay complementariedad y sinergia (social) entre todas ellas pero no subsidiariedad de ninguna frente a otra, ni carácter residual (o social por defecto) de ninguna de ellas.

6. CONCLUSIÓN.

Se ha intentado fundamentar y argumentar en qué medida y en qué sentido un nuevo modelo de servicios sociales (dedicados a promover y proteger la interacción de todas las personas) y una atención integrada efectiva y sostenible (entre servicios sociales y sanidad y también entre estos y otros sectores) se alimentan mutuamente y, a la vez, resultan necesarias en el contexto actual que la nueva complejidad social convierte en crecientemente obsoletos los servicios sociales residuales e inespecíficos y el modelo de bienestar correspondiente. Somos conscientes, en todo caso, de que el relato propuesto sólo es uno de los posibles y que, por ello, se plantea con interés para el diálogo de las comunidades de conocimiento sobre políticas sociales.

7. BIBLIOGRAFÍA.

AEDGSS (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales) (2016): Índice DEC de desarrollo de los servicios sociales. Madrid.

ARTELLS, Joan Josep (dirección) (2015): Escenarios de la integración de la atención social y sanitaria: consulta prospectiva 2015-2020. Barcelona, Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

BARKER, Kate y otras (2014): A new settlement for health and social care. London, The King's Fund.

BURTNEY, Liz y otras (2014): Learning for care homes from alternative residential care settings. York, Joseph Rowntree Foundation.

BUDAPEST INSTITUTE (2015): Literature review and identification of best practices on integrated social service delivery. Brussels, European Commission.

CARRETERO, Stephanie (2015): Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home. Sevilla, Institute for Prospective Technological Studies.

COMISIONES DE ANTIDESAUCIOS y otras (2016): "¿Acoso o defensa de las víctimas? Respuesta a la sección de CCOO del Ayuntamiento de Madrid" en Cuadernos de Trabajo Social, volumen 29-1, páginas 138-145.

COSTA-FONT, Joan y otras (2016): Does Long-Term Care Subsidisation Reduce Unnecessary Hospitalisations? Madrid, Fedea.

DIPUTACIÓN DE SEGOVIA (2016): Servicios sociales. Compromiso 20.20. Segovia.

EGTS (États Généraux du Travail Social) (2015): Plan d'action en faveur du travail social et du développement social. Paris, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.

FANTOVA, Fernando (2008): Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Bilbao, Universidad de Deusto.

- (2014): Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas. Madrid, CCS.

- (2015): "Crisis de los cuidados y servicios sociales" en Zerbitzuan, número 60, páginas 47-62.

- (2016): "Nuevos enfoques para los servicios sociales ante la nueva realidad social" en Revista Española del Tercer Sector, número 33, páginas 113-139.

GINESTA, Mercé y otras (2015): La constitucionalització des drets socials. Barcelona, Collegi Oficial de Treball Social de Catalunya.

GOODWIN, Nick y otras (2014): Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. London, The King's Fund.

HERRERA, Emilio y otras (2013): Llenar el vacío. Documento de trabajo para el impulso de la continuidad entre los recursos de los sistemas sanitario y social. Madrid, Fundación Economía y Salud.

LARA, Alfonso y otras (2016): Integrated social services in Europe. Brighton, European Social Network.

LEÓN, Margarita (edición) (2014): The Transformation of Care in European Societies. London, Palgrave Macmillan.

LIBRADA, Silvia y otras (2015): "Atención centrada en la persona al final de la vida. Atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos" en Actas de Coordinación Sociosanitaria, número 13, páginas 69-96.

NATIONAL VOICES (2016): What is the role of voluntary, community and social enterprise (VCSE) organizations in care and support planning? London.

PELEGRÍ, Xavier (2015): "Repensant la política de serveis socials per a un canvi d'època" en Pedagogia i Treball Social, número 7, páginas 51-73.

RUTTER, Deborah y FISHER, Mike (2013): Knowledge transfer in social care and social work: Where is the problem? Kent, Personal Social Services Research Unit.

SARQUELLA, Ester y otras (2015): "Atenció integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones" en Revista de Treball Social, número 206, páginas 66-81.

SPC (Social Protection Committee) (2014): Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Luxembourg, European Commission.