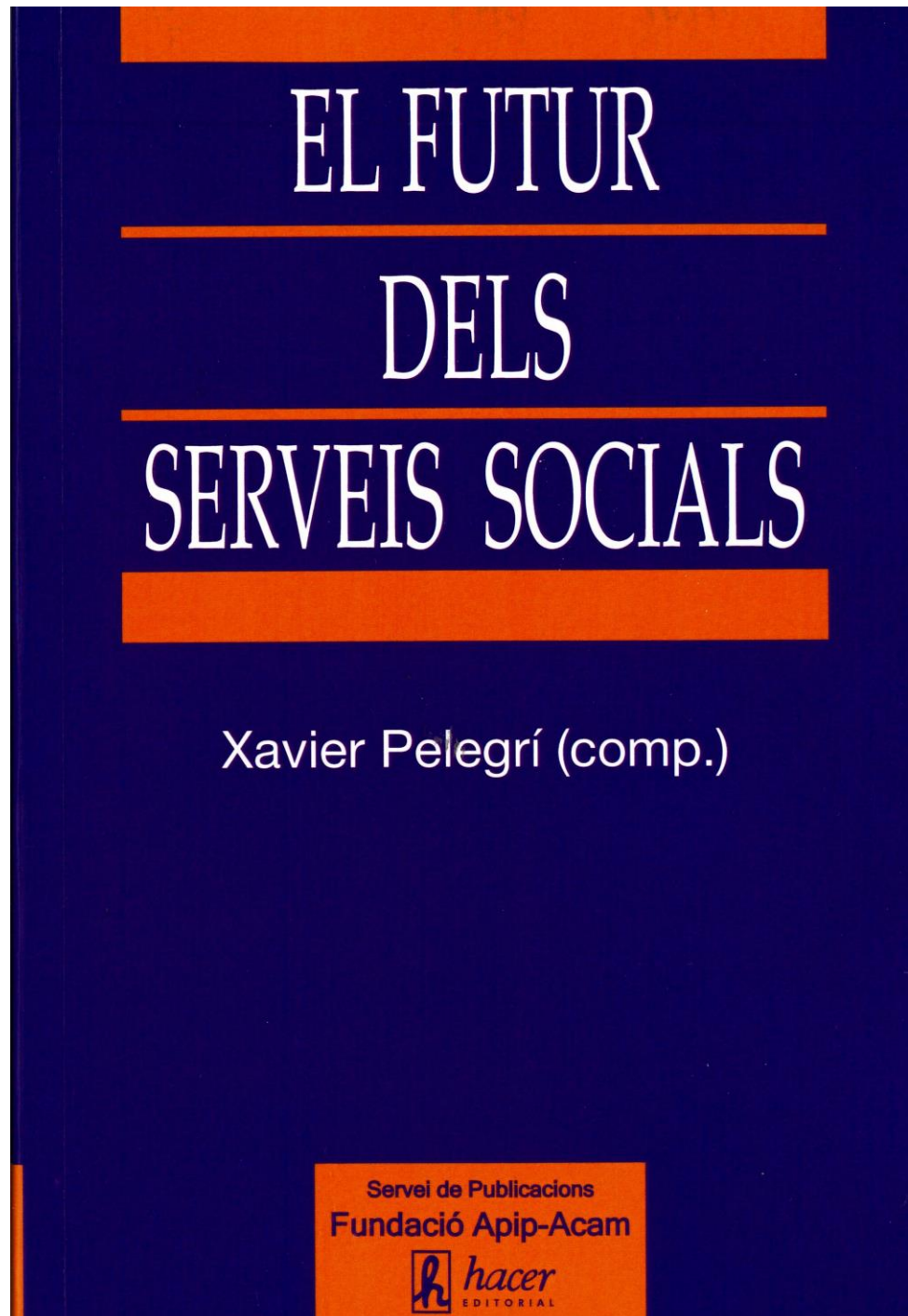


## El diseño avanzado de las políticas sociales y la atención integrada intersectorial

capítulo de Fernando Fantova en Pelegrí, Xavier (2019): *El futur dels serveis socials*". Barcelona, Hacer, páginas 316-338



## Un esquema para ordenar las políticas sociales

Reutilizando y reelaborando trabajos anteriores, vamos a proponer un esquema para clasificar y entrelazar de forma estructurada las políticas sociales, siendo ésta una tarea que, posiblemente, haya interesado más a personas que han diseñado, evaluado o rediseñado estructuras de gobierno que a la comunidad académica. De hecho, repasando el índice de no pocas obras sobre política social, se observan lagunas, duplicidades o incongruencias entre los apartados dedicados a diferentes políticas. (Proponemos hablar de duplicidad cuando la presencia de una función o responsabilidad en el seno de dos políticas distintas es inadvertida o inadecuada y, consiguientemente, problemática. Cuando la redundancia sea deliberada y apropiada, en clave de integración, hablaremos de solapamiento o entrecruzamiento, que ocurrirá en los puntos de conexión entre políticas sectoriales y políticas transversales.)

Sin embargo, la propuesta de estructuración clasificatoria del conjunto de políticas sociales es uno de los componentes principales de un ECRO (esquema conceptual referencial operativo) sobre políticas sociales. Lo es porque, en la práctica de las políticas públicas, se comprueba fácilmente hasta qué punto las lagunas, duplicidades o incongruencias generan desajustes, conflictos e ineficiencias. Y también lo es porque esas lagunas, duplicidades e incongruencias posiblemente están revelando deficiencias en la comprensión de las finalidades o las dinámicas de la política social, en ocasiones, ciertamente, agravadas por limitaciones en la disponibilidad de recursos o en la atención rigurosa a la labor de diseño de estructuras.

Por otra parte, es muy frecuente el discurso que defiende una atención integral y que critica los *reinos de taifas* departamentales, tanto en el seno de las administraciones públicas como de otras organizaciones. Sin embargo, la ciencia de la organización nos enseña que, mientras que las organizaciones las constituyan personas, no hay más remedio que repartir las responsabilidades o funciones de una u otra manera. “Toda actividad humana organizada (desde la formación de piezas de barro hasta el envío del hombre a la luna) plantea dos requisitos, a la vez fundamentales y opuestos: la división del trabajo en

distintas tareas que deben desempeñarse y la coordinación de las mismas. La estructura de la organización puede definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas” (Mintzberg, 1991: 269). La propuesta de esquema divide las políticas sociales en:

- Política (social) general.
- Políticas sectoriales.
- Políticas transversales.
- Políticas intersectoriales.

### Política social general

Dentro de las áreas de responsabilidad de los poderes públicos, tiende a haber en los países de nuestro entorno una convención en virtud de la cual algunas se consideran *sociales*. Así, las políticas públicas que se ocupan de ellas reciben el nombre de *políticas sociales*. Posiblemente el concepto que recoge más consenso para referirse a la finalidad del conjunto de la política social es el de bienestar (social)-*welfare* (que da nombre al Estado de bienestar-*welfare state*) aunque podría haber otros, como inclusión (social).

El carácter altamente discutible y modificable de esta forma de clasificar las políticas públicas es evidente: ¿por qué consideramos que la política sanitaria o la de vivienda son políticas sociales y por qué no lo son las relacionadas con la seguridad o la alimentación? En realidad, si nos fijamos, no consideramos como *sociales* aquellas políticas públicas sectoriales más tradicionales en las que el Estado protege y promueve el ejercicio de los llamados *derechos humanos de primera generación* (como el derecho a la libre circulación o a la participación política). Tampoco solemos considerar *sociales* las políticas concernientes a sectores de actividad en los que son especialmente fuertes las dinámicas y agentes de la economía de mercado (como la energía o el turismo). Por el contrario, tendemos a incluir entre las políticas sociales sectoriales aquellas otras en cuya cadena de valor para la prescripción, producción y dispensación de bienes y servicios han ido ganando peso

estratégico las estructuras profesionalizadas del sector público (Alcock, 2016: 90).

Tanto en el contexto de los Estados de bienestar como en otros (como, por ejemplo, el de la cooperación para el desarrollo) se tiende a agrupar (conceptual u organizativamente) estas áreas de la que se podría llamar *acción pro bienestar* bajo denominaciones como *protección social* o *desarrollo social* (CEPAL, 2016). Hablamos de *política social general* para subrayar la idea de que cabe proponer y articular una integración general de la política social. En algunos gobiernos, por ejemplo, existe una vicepresidencia que tiene autoridad jerárquica, o en su caso funcional, sobre el conjunto de la política social. Por otro lado, interesa decir que algunas que, en ocasiones, se presentan como políticas específicas (o, incluso, como sectoriales), como es el caso de la política relacionada con la exclusión o la inclusión social, no son sino la propia política social general. Si analizamos las políticas y planes de inclusión social veremos que, en realidad, tienden a ser políticas y planes generales del conjunto del ámbito. Dicho de otra manera, no hay parcela del ámbito de la política social que no pueda ser tratada (que de hecho no lo sea) en un plan de inclusión social.

Lógicamente, el conjunto de la política social, como política pública, habrá de ser financiado. Para ello la política social dialogará (mediante los adecuados instrumentos jurídicos y políticos) con la política fiscal, entendiendo ésta como la política que se ocupa de recaudar recursos económicos para financiar las políticas públicas. A través de este diálogo intersectorial entre la política social y la política fiscal (coordinadas jerárquicamente por la máxima autoridad de gobierno, como no podría ser de otra manera), se conseguirá que la política fiscal tenga más o menos (y una u otra) dimensión u orientación social.

### Políticas sectoriales

Las políticas sectoriales (o, si se quiere, verticales) son los grandes pilares o columnas de la política social. Según la definición que proponemos, para que una política social pueda ser considerada sectorial o vertical, debe presentar las siguientes características:

- En cuanto a su finalidad u objeto: debe, en principio, responder a necesidades (por definición, individuales) de las personas o, dicho de otra manera, debe promover y proteger un bien individualmente disfrutable (al menos en cierta medida) con significado o valor universal o, dicho de otra manera, debe promover y proteger un bien que sea, en principio, de interés para todas las personas.
- En cuanto a los medios para cumplir su finalidad: debe generar, para el cumplimiento de su finalidad, una cierta estructura (propia y específica) organizada y reconocible, para las personas destinatarias, de actividades, prestaciones, servicios, administración, recursos e instalaciones.

Para identificar las políticas sectoriales o verticales, es decir, para seleccionar cuáles serían los grandes pilares del bienestar, tendríamos que proponer o escoger una serie de bienes importantes que, como hemos dicho, puedan ser disfrutables individualmente y tengan valor universal. Pues bien, según nuestra propuesta, los bienes serían estos seis:

1. Salud.
2. Aprendizaje.
3. Interacción.
4. Empleo.
5. Alojamiento.
6. Subsistencia.

Se ha de aclarar a qué nos referimos cuando hablamos de subsistencia. Porque, ciertamente, sin salud o sin alojamiento, por poner dos ejemplos, no cabe la subsistencia, la supervivencia. En realidad, el concepto de subsistencia en este esquema sirve de *comodín* y se refiere al resto de bienes, diferentes de los cinco anteriores, que sean necesarios para la subsistencia. Dicho de otra manera, si un Estado protegiera y promoviera la salud, el aprendizaje, la interacción, el alojamiento y el empleo de su ciudadanía, quedarían, de todos modos, necesidades sin cubrir, componentes fundamentales para su bienestar. De ellos se estaría preocupando cuando promueve y protege la subsistencia de

las personas. Incluiría, por poner un par de ejemplos, la necesidad de alimentación o vestido.

Cabe decir que cada persona que disfruta, razonablemente, de los bienes de la salud, el aprendizaje, la interacción, el empleo, el alojamiento y la subsistencia, goza, entonces, de ese bien resultante que hemos denominado bienestar.

Cuando se afirma que las políticas sociales protegen y promueven esos bienes o que responden a esas necesidades, por cierto, no queremos decir que saturen esa función. No basta con que exista política social para que haya bienestar, ya que éste depende de otros factores (como la suerte, los comportamientos individuales o las situaciones económicas). Lo que queremos decir es que esos bienes y esas necesidades son tan relevantes que generan sectores de actividad, políticas especializadas y sistemas públicos para ocuparse de cada uno de ellos. De hecho, en la ejecución de las políticas sociales realmente existentes hay suficiente evidencia de la estructuración de entramados organizativos dedicados a la promoción y protección de cada uno de esos bienes, de suerte que, correlativamente, identificamos las siguientes seis políticas sociales sectoriales:

1. Política sanitaria.
2. Política educativa.
3. Política de servicios sociales.
4. Política laboral.
5. Política de vivienda.
6. Política de garantía de ingresos.

Así, la política sanitaria se ocupa de la salud y la política educativa del aprendizaje (a lo largo de la vida, aunque esto vale para todos los bienes). La política de vivienda intenta dar respuesta a la necesidad de alojamiento y la política laboral se preocupa de todo lo relacionado con la ocupación remunerada de las personas (de ayudar a que obtengan o recuperen un empleo, de regular y controlar las reglas de juego en el mundo del empleo, y así sucesivamente). Proponemos definir los servicios sociales como aquellos dedicados a la protección y promoción de la interacción y entendemos que la

política de garantía de ingresos es ese sexto pilar que, en el caso de que haya alguna necesidad importante de las personas que quede sin cubrir, se ocupa de ella, normalmente mediante la aportación de recursos económicos. Estamos incluyendo en este sexto y último pilar tanto las prestaciones económicas a las que se accede por haber contribuido dentro de un esquema de aseguramiento (contributivas) como aquellas que se reciben sin haberlo hecho (no contributivas). A los efectos de su inclusión conceptual en una política de garantía de ingresos es indiferente, por otro lado, que yo reciba una prestación económica o que se me beneficie con una bonificación, exención, deducción o reducción a la hora de pagar mis impuestos.

### Políticas transversales

Una vez identificados esos pilares (verticales) del *edificio* de la política social, hemos de referirnos ahora a las vigas (horizontales) que vienen a representar las políticas transversales. La característica fundamental que permite identificar y definir las políticas transversales es que, en principio, no generarían o tendrían un entramado propio y específico de actividades, prestaciones, servicios, administración, recursos e instalaciones, más allá de unas mínimas estructuras para la gobernanza, gestión y evaluación de la política y para la interrelación efectiva con los dispositivos de las políticas sectoriales. Las políticas transversales, en principio, operan (básica y fundamentalmente) valiéndose de las estructuras organizativas y líneas de actuación operativa de las políticas sectoriales, apoyándose en ellas. Dicho de otra manera, son las políticas sectoriales las que desembocan en las personas destinatarias, en los individuos beneficiarios, en las usuarias y usuarios. Las políticas transversales, en cambio, se orientan a finalidades intermedias, a objetivos instrumentales, que, a su vez, son necesarios para alcanzar la meta final del bienestar de todas y cada una de las personas. Estas políticas serían una respuesta a la envergadura y complejidad del ámbito de la política social. Se justifican, en buena medida, porque es a todas luces insuficiente, como forma de coordinación entre las políticas sectoriales, la que se deriva del hecho de que las responsables sectoriales respondan finalmente ante una autoridad

jerárquica común. Las vigas, que se apoyan en los pilares, contribuyen, por tanto, a dar unidad, forma, sostenibilidad y potencialidad al edificio de las políticas sociales.

Nos parece crítica la diferenciación entre políticas sectoriales y transversales, porque la manera de alcanzar sus fines, la lógica de funcionamiento, es radicalmente distinta en unas y otras. Por otra parte, hay que notar que las políticas sociales transversales no sólo son transversales a las políticas sociales sectoriales sino, en principio, a todas las políticas sectoriales; dicho de otra manera, no sólo les interesan los derechos sociales sino todos los derechos humanos. Así pueden convertirse en una herramienta o instrumento para la realización de la finalidad o dimensión social de todas las políticas.

Lógicamente, si aceptamos la existencia de políticas sectoriales y políticas transversales, habremos de conceptualizar y gestionar los solapamientos entre unas y otras. Hablaremos de solapamiento o entrecruzamiento cuando sobre un asunto, área, ámbito o función tienen responsabilidad tanto una política sectorial como una política transversal. Así, parece obvio que la atención sanitaria a la infancia es una responsabilidad de la política sectorial sanitaria. Por otra parte, interesa y preocupa a la política transversal de atención a la infancia (que, como veremos, incluimos dentro de las políticas de igualdad y atención a la diversidad generacional). La ciencia de la organización ofrece los conceptos, clásicos y útiles, de autoridad jerárquica y autoridad funcional para abordar este tipo de situaciones: la pediatra del centro de salud pertenecerá a la estructura del sistema sanitario y se alineará con ella, pero se orientará también según los criterios establecidos por la política transversal de infancia. Proponemos cuatro grandes políticas o grupos de políticas transversales:

- a. Política (o políticas) de igualdad y atención a la diversidad.
- b. Política familiar.
- c. Política comunitaria.
- d. Política de fomento de la iniciativa social.



Se trata de cuatro políticas (o tipos o conjuntos de políticas) que van enfocando, progresivamente, cuatro planos o niveles de intervención (o cuatro tipos de agentes para el bienestar):

- a. Individuo.
- b. Familia.
- c. Comunidad.
- d. Entramado de organizaciones solidarias de la sociedad civil.

Así, las políticas de igualdad y atención a la diversidad serían aquellas políticas que intentan velar por que todas las personas, todos los individuos, disfruten del bienestar. Promueven la igualdad entre todas las personas, la no discriminación y la gestión de la diversidad, de modo que las políticas sectoriales sirvan por igual y atendiendo a las diferencias con independencia de la identidad y orientación sexual, a las personas de todas las edades, a personas con mayores o menores limitaciones funcionales y a todas las personas en su diversidad étnica, lingüística o cultural. Existe una gran similitud conceptual y coherencia estructural entre las intervenciones que se realizan a favor de la igualdad o para atender a la diversidad con independencia de que se refieran a las diferencias sexuales, culturales, generacionales o funcionales. Se trata de considerar que las diferencias (biológicas, psicológicas o culturales) son constitutivas de la diversidad humana y de prevenir y de combatir las desigualdades (morales y políticas) que, frecuentemente, se producen por incapacidad de las políticas, servicios o entornos de acoger, gestionar, abordar, de forma accesible y sin barreras, esa diversidad.

Políticas familiares serían aquellas dirigidas a facilitar e impulsar el ejercicio del derecho a formar familias y el establecimiento de relaciones y la construcción de vínculos familiares, en su diversidad y en su diversa densidad. Por política comunitaria se entendería aquella destinada a impulsar el establecimiento de relaciones comunitarias y facilitar el mantenimiento y mejora de dichos lazos. Entenderíamos por relaciones comunitarias aquellos vínculos relacionales libremente adquiridos y mantenidos, no necesariamente ligados a la

pertenencia a una misma familia o a una misma organización formal, como los vínculos de amistad o vecindad.

Se propone, por último, considerar el fomento de la acción voluntaria o la iniciativa social como una de las grandes políticas transversales y entenderla como la acción política orientada a facilitar e impulsar la participación más o menos estable y formalizada de las personas en las entidades voluntarias, los movimientos asociativos, las organizaciones cívicas, el tercer sector o los emprendimientos solidarios; entendiendo que dichos procesos de participación y entramados organizativos constituyen un patrimonio valioso para la sociedad.

Si, tal como hemos dicho, entendemos las políticas sociales como políticas públicas, es decir, como influencia que se ejerce, como intervención (o no intervención) que se realiza desde la esfera política, se podría decir que las políticas transversales son políticas de fortalecimiento o empoderamiento de los individuos, las familias, las comunidades o el tercer sector ante esa esfera de los poderes públicos. Serían la expresión de la sinergia o juego de suma positiva entre la agencia Estado y las otras agencias mencionadas: individuo, familia, comunidad y organizaciones solidarias. Por ello podrían incorporar, quizá, un especial potencial transformador del equilibrio de poder entre esferas o agentes. Pensemos, por ejemplo, en una política de fomento de la participación asociativa que tiene como efecto (deseado o no) el fortalecimiento de un tejido autogestionario, reivindicativo y transformador del propio Estado y del conjunto de la sociedad.

### **Políticas intersectoriales e integración de la atención**

Por último, junto a las grandes políticas sectoriales y transversales, parece oportuno dedicar un espacio a las políticas intersectoriales. Siguiendo con la metáfora arquitectónica, estas políticas intersectoriales vendrían a ser como las riostras o, más específicamente, las cruces de San Andrés que unen (diagonalmente) entre sí los pilares o columnas. Sin ser un tema estrella en la literatura y en la práctica, no faltan las conceptualizaciones, evidencias y análisis respecto a la coordinación o integración intersectorial en políticas.

Podemos denominar *interfaz* o *nodo* a las superficies de contacto o puntos de conexión entre dos políticas sectoriales.

Así, por una parte, estarían las referencias a la colaboración entre diferentes políticas sectoriales para los fines de una de ellas. El caso paradigmático sería el de la *acción intersectorial para la salud* que la Organización Mundial de la Salud, desde el planteamiento de *salud en todas las políticas*, define como “las acciones desarrolladas por sectores diferentes del sector sanitario, posiblemente pero no necesariamente en coordinación con él, para lograr resultados en relación con la salud o la equidad en salud o en relación con determinantes de la salud o de la equidad en salud” (WHO, 2008: 2).

En otros casos, las referencias a la intersectorialidad se dan en el marco de propuestas o políticas transversales, también denominadas *integrales*. Así, por ejemplo, la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) analiza la coordinación intersectorial de políticas y programas de la primera infancia en América Latina y señala que “en el contexto de las políticas y programas de la primera infancia, el objetivo de la coordinación intersectorial es reunir a los diferentes sectores sociales y armonizar sus políticas de cuidado y educación, así como sus sistemas de prestación de servicios con el fin de evitar superposiciones, pero sin llegar al extremo de fusionar las estructuras” (UNESCO, 2004: 25).

Hay muchos otros ejemplos. Pensemos, en la integración entre servicios sanitarios y servicios educativos, especialmente necesaria para el caso de personas en la etapa escolar con especial necesidad de atención por parte de los servicios sanitarios. Otra área clara para es la que podríamos identificar entre la política de empleo y la de garantía de ingresos. Es fundamental también el diálogo o convergencia entre educación y empleo. Tampoco cabe infravalorar el potencial de la integración entre la política de servicios sociales, de servicios sanitarios y de vivienda a la hora de configurar entornos y alternativas accesibles y amigables para todas las personas, incluyendo las que presenten limitaciones funcionales (Casado, 2008).

Por otro lado, también cabría hablar de casos en los que el diálogo, convergencia o integración se da entre una política social y otra que no recibe tal denominación. Pensemos, por ejemplo, en las oportunidades que se dan en la integración entre la política de garantía de ingresos y la política fiscal. O entre la política de empleo y la de promoción económica. O entre la de servicios sociales y la de sanidad con la de seguridad ciudadana o la penitenciaria, por ejemplo, atendiendo a las situaciones de emergencia. Los ámbitos locales han sido pródigos en la integración intersectorial de diversas políticas sectoriales (con enfoques transversales) en el marco de estrategias de desarrollo local, regional o a otra escala, al menos en los casos en los que no se ha adoptado una visión economicista del concepto de desarrollo (Elizalde, 2005: 53-58).

### Atención integrada entre servicios sociales y sanitarios

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). 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. Otros estudios arrojan resultados similares (Dutton y otras, 2018).

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 evidencia 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).

### Hacia una gobernanza integrada del bienestar

En cualquier caso, como recuerda Xavier Pelegrí a partir de la experiencia catalana (Pelegrí, 2015: 64-66), 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. Así, cabe decir que la garantía universal de los derechos sociales demanda, hoy y aquí, la construcción de una nueva generación de políticas públicas capaces de dialogar e integrarse entre sí, teniendo en cuenta, a partir, precisamente de la experiencia catalana, especialmente con el PIAISS (Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria) (Sarquella y otras, 2015) o la escocesa (Scottish Government, 2018), que también ha recibido aportaciones desde Catalunya, las siguientes cinco claves:

1. Gobierno territorial del bienestar. Las actuales políticas sociales (sanidad, servicios sociales, vivienda y otras) necesitan un ámbito territorial/poblacional suficiente (masa crítica) para ser eficaces y eficientes y el gobierno de su imprescindible integración intersectorial no puede hacerse (sólo) tomándolas de dos en dos sino (también) de forma conjunta, de modo que las mesas o redes intersectoriales (en diferentes niveles) no se refieran al objeto de una de las ramas sectoriales (la salud o el empleo, por poner dos ejemplos) sino a la finalidad conjunta de todas ellas: el bienestar.

2. Fondos estratégicos de transformación. Una parte del presupuesto de las políticas sociales debe utilizarse para fomentar la investigación, desarrollo e innovación que, de abajo hacia arriba, genere nuevos servicios, programas e iniciativas escalables que puedan aportar cierta trazabilidad y seguridad a las decisiones políticas capaces de reorganizar y transformar el sistema de bienestar y de generar crecientes impactos, retornos y sinergias económicas, empresariales, laborales, voluntarias, solidarias, políticas, electorales, relacionales y societales.
3. Cualificaciones profesionales para la coproducción. Una atención integrada centrada en la(s) persona(s) se construye escuchando las voces de sus destinatarias, usuarias o participantes, de la ciudadanía activa, en clave de coproducción multiagente, lo que exige un salto en la cualificación profesional y aportación de valor del personal y sus equipos, en el seno de comunidades de conocimiento sectoriales e intersectoriales, disciplinares e interdisciplinares, en las que se construyen, se deconstruyen y se hibridan especializaciones de muy diferentes tipos.
4. Microsegmentación basada en el conocimiento. Superando la tradicional macrosegmentación en grandes colectivos poblacionales percibidos como estáticos y estancos, la personalización en los servicios de bienestar (educativos, sanitarios, sociales u otros) avanza gracias a procesos de microsegmentación apoyada en constructos científicos, instrumentos de diagnóstico y evaluación, así como gestión e interoperabilidad de la información que posibiliten acciones preventivas, alertas tempranas e itinerarios flexibles favorecedores de la consecución de resultados valiosos para las personas
5. Reinención de la comunidad desde la diversidad y la complejidad. No hay sostenibilidad social posible si no somos capaces de construir nuevas dinámicas de cuidados primarios y, en general, vínculos familiares y comunitarios (un nosotras inclusivo) desde la igualdad y diversidad de género, generacional, funcional y cultural, desarrollando una inteligencia ética que nos permita acoger y acompañar colectivamente las situaciones

de complejidad que todas las personas podemos atravesar en los diferentes momentos de nuestro ciclo vital.

Por último, si intentamos sintetizar las propuestas de referencia de organismos internacionales (OCDE, 2015) en relación con la manera en la que las diferentes políticas públicas y sectores de actividad (como salud, servicios sociales, educación, vivienda u otros) responden conjuntamente a las necesidades de la población, cabe identificar las siguientes diez ideas fuerza:

- a. Es crítica una distinción clara y posicionada en la mente de toda la ciudadanía acerca del tipo de necesidades a las que se da respuesta desde cada sector de actividad, de modo que las personas sepan a qué subsistema dirigirse en los diferentes momentos y situaciones de su ciclo vital.
- b. Se asume que, con la actual complejidad social, no puede existir un subsistema residual o última red que se hace cargo de personas globalmente excluidas del resto de ámbitos de respuesta a necesidades y que la suposición de que tal subsistema residual existe es crecientemente disfuncional.
- c. Se debe avanzar hacia una arquitectura más clara y amigable en lo tocante a los accesos a cada uno de los sectores o subsistemas y en lo referido a las interfaces o puntos en los que los itinerarios de las personas les llevan de un sector a otro.
- d. Los diferentes subsistemas han de mejorar su capacidad de identificación proactiva de las situaciones y casos de fragilidad o vulnerabilidad mediante sistemas preventivos de diagnóstico, valoración, evaluación y cribado en función de criterios de segmentación o estratificación.
- e. Resulta fundamental el cuidado profesional en la continuidad de la intervención y los itinerarios intersectoriales, especialmente en momentos delicados de transición entre ámbitos, facilitados mediante la interoperabilidad digital entre los sistemas de atención e información sectoriales.
- f. Es fundamental la protocolización de itinerarios tipo (o el establecimiento de estrategias compartidas) para determinados segmentos o perfiles



poblacionales de cierta complejidad, flexibles para adaptarse personalmente a las características y preferencias individuales en los itinerarios intersectoriales.

- g. Procede la instalación, cuando sean necesarios, de procesos intersectoriales de gestión de caso, asumiendo el liderazgo del caso el sector cuya necesidad de referencia sea predominante en cada momento.
- h. Se ha de prever, en su caso, la generación de servicios integrados (con prestaciones y profesionales propios de diferentes ámbitos sectoriales), de modo que, excepcionalmente, pueda darse, desde un subsistema, una atención integral.
- i. Es preceptivo, en cualquier modo, trabajar la integración intersectorial en el nivel macro (con expresión presupuestaria y sinergias con las políticas económicas), en el nivel meso (con gestión resolutive en el marco de una arquitectura ordenada) y en el nivel micro (de modo que la persona no note las “costuras” y se facilite su empoderamiento en su comunidad y territorio elegidos).
- j. La integración intersectorial u horizontal, en todo caso, es complementaria de la integración vertical en el seno de cada uno de los subsistemas, pues si la continuidad, proximidad, personalización y eficiencia de la atención no se logra al interior de cada sector, difícilmente se alcanzará en el conjunto del sistema.

## Bibliografía

- 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.
- ALCOCK, Pete (2016): *Why we need welfare? Collective action for the common good*. Bristol, Policy Press.
- BARKER, Kate y otras (2014): *A new settlement for health and social care*. London, The King's Fund.
- CASADO, Demetrio (dirección) (2008): *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona, Hacer.

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016): *Desarrollo social inclusivo: una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.
- COSTA-FONT, Joan y otras (2016): *Does Long-Term Care Subsidisation Reduce Unnecessary Hospitalisations?* Madrid, Fedea.
- DUTTON, Daniel y otras (2018): "Effect in provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational, longitudinal study" en *CMAJ*, 22 de enero, volumen 190, número 3, páginas E66-71.
- ELIZALDE, Antonio (2005): *Desarrollo humano y ética de la sostenibilidad*. Madrid, PPC.
- FANTOVA, Fernando (2014): *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid, CCS.
- MINTZBERG, Henry (1991): *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona, Ariel.
- OECD (2015): *Integrating social services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. Paris.
- 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.
- 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.
- SCOTTISH GOVERNMENT (2018): *Scotland's digital health and care strategy*. Edinburgh.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2004): *Coordinación intersectorial de políticas y programas de la primera infancia. Experiencias en América Latina*. Santiago de Chile.

WHO (World Health Organization) (2008): *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies*. Ottawa.