

Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso: el modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú

Social and health care coordination: regard, wish and process.
The collaborative model in Vilanova i la Geltrú

Arantza Rodríguez Juano¹

Resumen

Este artículo responde al propósito de compartir algunas ideas clave que han sustentado un proceso de relación y de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria de nuestro municipio.

Su lectura desvela las coordenadas que han orientado nuestro recorrido; unas premisas esenciales que pueden resultar útiles a profesionales y dispositivos que estén inmersos o interesados en abordar un proceso análogo.

Más allá de esta experiencia particular, el artículo introduce brevemente algunas ideas que señalan las amenazas y la complejidad implícita en la voluntad de integrar la asistencia social y sanitaria.

Palabras clave: Trabajo en red, coordinación sociosanitaria, modelo colaborativo, atención integrada social y sanitaria.

Para citar el artículo: RODRÍGUEZ JUANO, Arantza. Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso: el modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 114-124. ISSN 0212-7210.

¹Trabajadora social en el Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú. arodriguezj@vilanova.cat

Abstract

This article aims to share some key ideas that have been at the basis of a relation and coordination process between social and health care services in our municipality.

Reading the article reveals the coordinates that have guided our journey; essential premises that can be useful to professionals and services involved or interested in addressing a similar process.

Beyond this particular experience, the article briefly introduces some ideas that indicate the threats and implicit complexity in the wish to integrate health and social care.

Key words: Networking, social and health care coordination, collaborative model, integrated health and social care.

No es casual sino causal que Vilanova i la Geltrú sea uno de los municipios inmersos en un proceso de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria.²

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

La valiosa experiencia de abordaje integral del CAPI³ ha sido motor para empezar

un camino paralelo en los dos territorios en los que nuestro municipio tiene Áreas Básicas de Salud y equipos de intervención social de Servicios Sociales Municipales que hasta ese momento permanecían en mundos mutuamente desconocidos. Dos espacios de atención prácticamente autistas salvo excepciones de coordinación entre algunos profesionales de atención directa, algún protocolo que nos conecta y el puente de enlace de la trabajadora social sanitaria.

La voluntad de este artículo es compartir la mirada, los anhelos y el proceso que lo han hecho posible por sí puede servir a quien

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

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

esté comprometido en un proceso similar o a quien albergue dudas sobre cómo iniciarlo.

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

Es necesario poder entrever las amenazas...

Pero antes de entrar en más detalle sobre este recorrido, creo interesante apuntar algunos elementos que desde un marco general, y no tanto desde una microintervención de coordinación limitada a un área geográfica como puede ser la nuestra, están formando parte de los movimientos de freno para llegar a atender y a entender a las personas desde una integración asistencial sociosanitaria.

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

La construcción de un espacio social y sanitario común es un proceso movido por voluntades, pero también paralizado por miedos, escepticismos y resistencias. Creo que hablar de ello nos lleva al núcleo de los aspectos que subyacen, que están en un plano más o menos consciente y que no siempre se explicitan.

Como barreras al proceso se ha reiterado la dificultad de comunión entre dos lenguajes y culturas organizativas e institucionales diferentes, la falta de sistemas de información compartidos y compatibles, o la tan recurrente resistencia al cambio. Pero no se

ha hablado tanto de cuestiones, seguramente más incómodas, que inevitablemente operan en los diferentes actores necesarios para el cambio de modelo, sean estos de la esfera política, sean líderes de las instituciones implicadas o sean profesionales de primera línea de atención.

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

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

Se han escrito muchas páginas sobre la insostenibilidad del actual sistema por cuestiones de evolución demográfica. Sumémosle a ello que la mayoría de experiencias de coordinación ya iniciadas se han reducido al espacio común de la atención a la cronicidad y a la dependencia, -ambas de elevado coste sociosanitario-, perdiendo así la gran oportunidad de trabajar juntos en muchos otros ámbitos de intervención. Salud mental, infancia, familia, mujer o drogodependencia podrían ser algunos ejemplos de sinergia de resultados asegurada bajo una intervención bio-psico-social.

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

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

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

Por poner un ejemplo, he oído más de una vez (prudentemente, sólo en conversaciones de pasillo) el temor a que el interés en el concurso de los Servicios Sociales Básicos en este proceso responda en buena medida a la utilidad y bajo coste de la cartera de servicios de atención a domicilio.

La dificultad en ver reflejado un discurso social en los diferentes argumentarios y documentos teóricos sobre el nuevo modelo tampoco pasa desapercibida.⁴ La defensa del trabajo social sanitario también entra en alerta bajo la posibilidad de que su tarea quede desdibujada o su utilidad cuestionada en un modelo de atención integrada.⁵ Si el proceso no se desarrolla desde una co-creación en un plano de absoluta igualdad, despertará la sospecha de quien se sienta rezagado por la inercia del más poderoso.

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

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

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

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

⁵ Desde nuestra experiencia podemos compartir que se produce el efecto contrario, fundamentalmente porque los profesionales sanitarios incorporan una mirada social que facilita y amplía el trabajo social sanitario.

El modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú

Nuestro primer año de trabajo

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

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

El núcleo de este proceso de relación entre profesionales empieza con la constitución de un equipo motor formado por las direcciones de los dos ABS y de los Servicios Sociales Municipales.⁶

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

1. Acordar con pleno convencimiento que la población diana de este proyecto no se limitaría a un único ámbito de

intervención y, por tanto, se plantearía en el marco de cualquier dificultad susceptible de que una intervención conjunta obtenga mejores resultados.⁷ La segunda decisión, en correspondencia con la anterior, fue incorporar a este proceso de trabajo en red a los servicios de salud mental infanto-juvenil y de adultos, y al servicio de atención a las drogodependencias. El conjunto de los cinco servicios sumamos un total de 157 técnicos de diferentes disciplinas: trabajo social, medicina, educación social, enfermería, pediatría, psiquiatría, psicología y odontología.

2. A lo que metafóricamente llamábamos *corregir la miopía*: llegar a conocer con cierta profundidad qué hace cada cual no es tan inmediato, y es requisito previo para empezar a descubrir espacios comunes sobre el qué y sobre el cómo. Supuso también hacer confluir las miradas mostrando y ajustando las posibilidades y las expectativas que cada servicio tenía sobre en qué medida el otro podía complementarlo.
3. A tomar plena conciencia de que el proceso sería largo y complejo, y también de todo aquello que podía obstaculizarlo. Para nosotros, hablar de

⁶ Es un grupo motor formado por 7 personas que mantenemos desde hace dos años y medio un espacio de reunión mensual. Quiero destacar el acierto en la decisión de incorporar a la trabajadora social sanitaria como parte integrante del equipo: su papel ha sido fundamental por ser conocedora de buena parte de los elementos que acabarían siendo la intersección entre ambos ámbitos.

⁷ La mayor parte de experiencias de coordinación social y sanitaria iniciadas en los últimos años en Cataluña y en el conjunto de España se abordan en los ámbitos de la cronicidad, la discapacidad y la dependencia. Algunas referencias de consulta que pueden ser interesantes: *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España* www.antares-consulting.com; *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*; Experiencias de atención integrada en España: www.newhealthfoundation.org; Observatorio de Modelos Integrados en Salud: www.omis-nh.org; Forum Itesss: www.forumitesss.com; *Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*.

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

■ **La complejidad implícita en el proceso está en ser capaces de gestionar predisposiciones diversas, comprensiones diferentes sobre el objeto de trabajo.**

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

Solo desde la certeza de su utilidad podrá sostenerse una trama de relaciones que no han tenido hasta ahora un espacio, y que han de buscarse proactivamente con un esfuerzo añadido. El trabajo colaborativo no se justifica por sí mismo independientemente de sus resultados, y ha de ser internalizado como un tiempo y una dedicación necesaria ante algunas circunstancias. Susana Vega describe este proceso de una manera sumamente inspiradora: “las redes de relaciones que se apo-

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

4. Se nos hizo evidente que el éxito o el fracaso de esta iniciativa estaba en buena parte en dibujar un proceso que fuese adhiriendo voluntades y movilizándolo en esta dirección. Para hacerlo posible era requisito que los profesionales implicados fuesen parte activa de la construcción del modelo. Un planteamiento vertical en este sentido está fuera de toda lógica y no hubiese obtenido ningún resultado. El equipo motor tiene un cometido de impulso, de dar estabilidad, legitimidad y continuidad al proceso. También de cuidar y estar atento a todos los escollos, manteniendo una mirada apreciativa sobre los objetivos logrados para no caer en el desánimo ante la complejidad del engranaje. Pero en todo este trayecto, las ideas solo serán validadas si surgen de un espacio y tiempo compartido entre los profesio-

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

■ Las ideas solo serán validadas si surgen de un espacio y tiempo compartido entre los profesionales de primera línea de atención.

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

De los resultados de la encuesta podemos destacar que el 75% respondió en un sentido favorable a las ventajas que podía aportar el modelo colaborativo.⁸

El grupo de discusión se formó invitando a 23 profesionales seleccionados de manera que fueran representativos de los diferentes equipos de trabajo y del conjunto de disciplinas implicadas. El debate se planteó en torno a tres

interrogantes: cuáles son los beneficios y las dificultades de una atención coordinada, y qué elementos necesarios debía incorporar el proceso. La opinión expresada por los profesionales queda resumida en el cuadro 1.

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

Nuestro segundo año de trabajo

A lo largo de los doce meses siguientes se plantean tres espacios consecutivos que ponen en relación directa a los profesionales de los cinco servicios implicados. Buscamos compartir un trabajo de debate y reflexión a propósito de nuestro grado de interdependencia, de qué eficacia nos resta trabajar en paralelo, y de cuáles han de ser las circunstancias para que la intervención coordinada se produzca. Traducido a interrogantes, sería lo mismo que responder a las preguntas: dónde hay tarea compartida, cuál es nuestro interés común y cómo hacerlo posible.

Describo brevemente cómo han sido las tres etapas del proceso y lo más significativo que puede rescatarse respondiendo al interés de este artículo.⁹

⁸ La pregunta se formulaba de la siguiente manera: ¿Crees que poder trabajar de manera conjunta y coordinada puede aportarte ventajas? El 25% restante respondió “no lo tengo claro, me falta información para decidirlo” o “no, haría más complicado mi trabajo”. El total de la encuesta incorporaba cuatro preguntas más. La encuesta obtuvo un porcentaje del 58% de respuesta sobre el total de 124 profesionales de atención primaria social y sanitaria consultados. La encuesta no incluyó a los técnicos de CSMA, CSMIJ y CAS, sí que los incorporó posteriormente el grupo de discusión.

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

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

En relación a los beneficios de la atención coordinada:

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

En relación a las dificultades de la atención coordinada:

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

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

- Previamente es necesario conocernos y generar confianza
- Nuestra relación ha de ser cercana y ágil
- Necesitamos el consentimiento informado de las personas para compartir información
- Se han de buscar espacios de trabajo o de formación compartidos
- Hacer compatibles nuestros sistemas informáticos

1. Primer plenario

Convoca a los 157 profesionales que conforman los servicios implicados. Este primer encuentro responde a cuatro objetivos.

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

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

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

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

2. Constitución de cinco equipos de trabajo

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

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

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

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

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

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

3. Segundo plenario

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

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

Procurando ser congruentes con los aspectos identificados a lo largo de todo el proceso de trabajo, el equipo motor cierra el plenario con los siguientes compromisos:

- Elaborar un documento de base del modelo colaborativo de nuestra ciudad que sintetice y contenga de manera operativa las premisas y los circuitos

en los que se sustenta el trabajo colaborativo.¹⁰

- Compartir un directorio con los datos de contacto de todos los profesionales implicados.
- Incorporar a nuestros servicios un consentimiento informado a través del cual las personas atendidas nos autorizan a compartir información relativa a sus circunstancias.
- Preservar la disponibilidad de todos los profesionales –excepto los servicios de guardia o urgencia– cerrando las agendas el mismo día del mes durante una hora y media. Este espacio común facilita la coincidencia de agendas para coordinaciones presenciales o visitas domiciliarias conjuntas. Esta medida no resta libertad y prioridad para encontrarse tantas veces cuantas sea necesario, simplemente lo facilita.

Momento actual y nuevas sinergias

Este artículo se escribe seis meses después del último plenario. No podemos aún compartir una valoración cualitativa o cuantitativa que revele la solidez del proceso o que identifique qué cambios ha producido en todos aquellos aspectos que previamente identificamos como objetivos.¹¹

El empeño del equipo motor durante esta última etapa ha sido seguir abriendo nuevos horizontes de relación. Desde el concepto sistémico de totalidad, el modelo colaborativo

entendido como un entramado de relaciones, nos permite obtener algo más que la suma de sus componentes aisladamente. Estar atentos a descubrir y aprovechar estas sinergias es un reto motivador que nos ha llevado a nuevas decisiones a lo largo de estos últimos meses. Compartimos algunas:

- Renovar conocimientos de manera conjunta planteando formaciones de interés mutuo, bien sea sobre temas transversales (trabajo en red por ejemplo) o sobre temas particulares y a identificados a lo largo del proceso.
- Dar continuidad a los cinco grupos de trabajo –a petición de algunos de ellos– para seguir dando espacio a la reflexión compartida a propósito de la atención común en los diferentes ámbitos.
- Buscar conjuntamente recursos externos para llevar a término un proyecto de odontología infantil que dé cobertura a tratamientos bucodentales no cubiertos por la seguridad social y dirigido a familias que no pueden asumir su coste privadamente.
- Desarrollar un Banco de Ayudas Técnicas que mejore el pequeño dispositivo que tenemos actualmente.
- Enviar periódicamente información de interés común vía correo electrónico al conjunto de profesionales como grupo de distribución. Puede parecer a priori una idea banal, pero simbólicamente refuerza un sentimiento de pertenencia compartida.

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

¹¹ En fechas próximas a que este artículo sea publicado tenemos previsto hacer la primera evaluación sobre el impacto que el proceso ha generado.

Si tuviese que valorar en un recorrido del uno al diez en qué momento nos encontramos, probablemente lo situaría acercándonos al dos. ¿Dos años y medio de relación para estar aún en el inicio? La respuesta es sí, porque el proceso de conocernos y reconocernos mutuamente como necesarios, con todo el potencial que ello implica, se cocina a fuego lento.

No hay tratamiento fuera de la red, ni es posible pensar nuestra intervención profesional al margen de otras intervenciones, las conozcamos o no. Todo lo que hacemos es relativo a nuestro lugar en la red, ya que el tiempo de los saberes y las disciplinas absolutas pasó. Hoy el malestar se trata por medio de la distribución social e institucional: a cada uno su cuota y a la red el global.

JOSÉ RAMÓN UBIETO

Bibliografía

- Antares Consulting. *Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España*. (2010) www.atares-consulting.com.
- CANAL, R.; VILÀ, T. y otros. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*. Dossier Catalunya Social nº 43 (2015). http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf
- Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental d'atenció i Interacció Social i Sanitària. *Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona* (2015).
- UBIETO, J. R. (2007) *Modelos de trabajo en red*. Revista de educación social nº 36, pp 26-39.
- VEGA, S. *Instrumento de trabajo en La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Ediciones Paidós, pp. 167-200. (1997).