

Las estrategias de proximidad y centradas en la persona como alternativa a la fragmentación en la atención

Javier Arza Porras

Doctor en Trabajo Social, profesor ayudante (Universidad Pública de Navarra)

José Carrón Sánchez

Licenciatura en CC. Políticas y Sociología, profesor asociado (Universidad de Zaragoza)

Resumen

En este artículo partimos de un análisis de los perjuicios que la compartimentación institucional y la fragmentación de la atención ocasionan especialmente en las personas con necesidades múltiples y complejas. Desde el concepto de atención sociosanitaria que aportamos, la respuesta a esa realidad debe incorporar estrategias de tipo estructural, organizativo y profesional. Únicamente de esa manera se puede garantizar la necesaria continuidad en la atención y los cuidados. No obstante, la parte central del artículo focaliza su análisis en uno de los tres niveles mencionados: el de la intervención profesional. Así, y a partir de una revisión de la literatura y partiendo de la propia experiencia profesional de los autores, hemos priorizado el análisis de cinco estrategias: gestión de casos, acompañamiento social, programas asertivos comunitarios, apoyo entre iguales y otras estrategias de proximidad. Finalmente, hemos identificado dos elementos esenciales presentes en todas ellas: están centradas en la persona y enfocadas desde la proximidad.

Palabras claves

Atención sociosanitaria, continuidad de la atención, proximidad, gestión de casos, acompañamiento social, apoyo entre iguales.

Abstract

This paper analyzes, at the first part, the damages caused by institutional compartmentalization and fragmentation of care system especially in people with multiple and complex needs. From the concept of socio-sanitary care we contribute, answers to that scenario must incorporate structural, organizational and professional strategies at the same time. It is the only way we will be able to ensure the necessary continuity of patients care. Nevertheless, the central part of article is focused only on one of mentioned three levels: professional intervention. From a literature review and our owned professional experience, we present a variety of strategies. There are five strategies prioritized in this analysis: case management, on-going social support, assertive community programs, peer support and other proximity strategies. As conclusion, we identify two essential elements in all of them: they are people-centered and proximity-designed.

Keywords

Socio-sanitary care, continuity of care, proximity, case management, on-going social support, peer support.

1. *Compartimentación institucional y fragmentación de la atención*

Históricamente, los diferentes sistemas vinculados con el bienestar social (sistema sanitario, sistema educativo, sistema social, etc.) se han estructurado a partir de una determinada construcción segmentada de las necesidades del ser humano, como si se pudieran definir fronteras en las mismas. Además, en torno a ellas se han generado estructuras institucionales y profesionales que han contribuido a impermeabilizar aún más las delimitaciones entre los distintos sistemas. Esta configuración compartimentada de las respuestas institucionales ha dificultado tradicionalmente la generación de actuaciones integrales e integradas.

Sin embargo, la compartimentación no se ha producido únicamente entre sistemas sino que, especialmente en las últimas décadas, se ha agudizado en el interior de cada uno de ellos. Las reformas realizadas, tanto en el sistema sanitario como en el social, han estado dirigidas a garantizar más servicios y a ofrecer recursos cada vez más especializados. Como señala Juan Gervás (2008), refiriéndose al ámbito sanitario, *“los pacientes, que un siglo antes recibían todo de un solo médico, fueron dependiendo de más y más profesionales distintos, especialmente si padecían varias enfermedades”*. Lo mismo podríamos decir del sistema de servicios sociales, que en su desarrollo ha asumido la misma estructuración sanitaria por la que se diferencia la atención primaria y la atención especializada. Sin embargo, todo este desarrollo de las estructuras de atención no se ha visto acompañado de una decidida apuesta por la coordinación, ni dentro de cada sistema, ni mucho menos entre los mismos. Por ello, es indudable que existen más recursos, pero no en todos los casos las personas se sienten mejor atendidas y tratadas, ni en todos los casos los y las profesionales se sienten con mayor capacidad de intervención. Así, paradójicamente, cuanto más se complejizan los sistemas de bienestar social en una sociedad, más dificultades surgen para abordar fenómenos complejos que exigen la intervención coordinada de varios sistemas y niveles asistenciales. Al mismo tiempo, la complejidad de una sociedad también supone el incremento en la visibilización de ese tipo de demandas y necesidades mixtas. Podemos poner múltiples ejemplos al respecto: personas con una enfermedad crónica, sin apoyo socio-familiar y con necesidades residenciales; mujeres con problemas de salud mental y que tienen hijos y/o hijas a su cargo, o están embarazadas; personas con discapacidad (física, intelectual y/o sensorial) y drogodependencia; menores de edad con problemas conductuales graves y necesidades de educación reglada; personas drogodependientes y miembros de una minoría étnica o inmigrantes.

El listado de situaciones expuestas no pretende ser exhaustivo, pero sí evidencia que el incremento en la heterogeneidad de los perfiles atendidos exige el desarrollo de sistemas de tratamiento integrales e integrados, es decir, en los que simultáneamente se atiendan las diferentes problemáticas o necesidades presentes en la persona usuaria. Y es que, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades múltiples y complejas es la fragmentación de las intervenciones (cada institución interviene sobre una necesidad distinta, pero sin tener en cuenta las demás), olvidando que la persona es sólo una. En ese sentido, son muchos los problemas que surgen en la coherencia y la continuidad de

las atenciones: interrupciones en el itinerario de atención, que pueden provocar recaídas y retrocesos; escaso aprovechamiento de las sinergias que pueden surgir al incidir conjuntamente sobre varias necesidades y desde varios recursos; duplicidades y otro tipo de incoherencias entre equipos e instituciones que intervienen a lo largo del proceso; derivaciones que no son más que “dejar a la deriva” a las personas en el laberinto de servicios, prestaciones y recursos; etc.

2. La atención sociosanitaria como respuesta

Es indudable que la ambigüedad en las fronteras que delimitan las áreas de atención surge en las confluencias entre cualquier ámbito de intervención pública. Por ejemplo, entre el ámbito educativo y las políticas de vivienda, o entre el ámbito educativo y los servicios sociales, o entre las políticas de empleo y los servicios sociales. Asimismo, también existe fragmentación en el interior de cada sistema o ámbito de intervención pública. Por ejemplo, entre la atención primaria de salud y la atención hospitalaria, o entre la atención primaria de servicios sociales y la atención especializada. Sin embargo, los espacios de confluencia entre el sistema sanitario y el social son particularmente confusos, y no siempre resulta sencillo saber cuándo termina “lo sanitario” y comienza “lo social”. Además, la ausencia de una adecuada coordinación entre ambos sistemas puede tener un impacto particularmente negativo sobre la calidad de la atención prestada y ocasionar consecuencias graves en la calidad de vida de las personas atendidas y de su entorno inmediato. Por ello, conceptos como espacio sociosanitario, coordinación sociosanitaria, red sociosanitaria o atención sociosanitaria, están cada vez más presentes en el debate actual. Todos ellos vienen a reflejar la preocupación creciente por el abordaje de las situaciones de necesidad múltiple, en las que no es suficiente la respuesta aportada aisladamente desde el sistema sanitario o desde el sistema social.

De todos los términos que se suelen emplear, en el presente artículo optamos por el concepto de atención sociosanitaria. Tanto la coordinación sociosanitaria, como la red sociosanitaria, son diferentes estrategias para el desarrollo de la atención sociosanitaria. En cuanto al concepto de espacio sociosanitario, pensamos que puede dar lugar a confusión, ya que se podría entender que se trata de un espacio delimitado, construido o por construir. En ese sentido, si ya está construido, tendrán que trabajar “lo sociosanitario” aquellos y aquellas profesionales responsables de ese espacio, mientras que si no lo está, habrá que esperar a que lo construyan para abordar este tipo de necesidades múltiples. Sin embargo, desde el enfoque defendido en este artículo, la atención sociosanitaria puede ser un espacio institucional delimitado, pero también es (y, desde nuestro punto de vista, sobre todo debe ser) una metodología y un modelo de comprensión que cualquier profesional puede aplicar desde cualquier puesto de trabajo y en cualquier momento.

El concepto de atención sociosanitaria que proponemos es el siguiente:

La atención sociosanitaria es una metodología de planificación de las políticas, de organización institucional y de intervención profesional, que pretende responder a situaciones en las que se presentan necesidades sociales y sanitarias múltiples y complejas. Se encuentra estrechamente ligada a un modelo de creencias biopsicosocial respecto al individuo y a los fenómenos que le afectan.

Su enfoque de atención es integral y centrado en la persona, mientras que su objetivo principal consiste en garantizar la continuidad de los cuidados. Para ello, desarrolla actuaciones, simultáneas o secuenciales, que requieren de la participación coordinada del sistema social y del sanitario, e incluso de varios niveles asistenciales de cada sistema.

3. La continuidad de la atención como objetivo

Como se señala en el concepto, la continuidad en la atención, o la continuidad de los cuidados, es el principal objetivo de la atención sociosanitaria. Todas las estrategias de coordinación que se desarrollan van dirigidas precisamente a evitar desajustes en los procesos de atención, logrando de esta manera que la persona usuaria perciba continuidad en la atención que se le presta. A ese respecto, podemos distinguir tres niveles en la continuidad de la atención:

- a. Continuidad en la información. La información sobre la persona usuaria, y sobre su seguimiento, es fundamental para cualquier proceso de atención. Su adecuada transmisión permite la construcción de un “hilo” que conecta las diferentes entidades y profesionales que intervienen en la prestación de la atención. El incremento en el número de profesionales, equipos y servicios que intervienen de manera simultánea o secuencial en la atención, puede incrementar el riesgo de ruptura de ese “hilo” o de disminución en la calidad del flujo de información que se transmita. La puesta en marcha de sistemas compartidos de información, comunicación y gestión, puede ser una estrategia de gran ayuda para el logro de la continuidad en la información.
- b. Continuidad en la gestión. Se refiere al logro de la complementariedad entre los diferentes servicios que se presten a una misma persona usuaria, ya sea de forma simultánea o secuencial. La continuidad en la gestión permite evitar solapamientos, desfases temporales en la atención, así como desajustes en el tipo de atención prestada por cada servicio o cada profesional. La coordinación, el trabajo en red y la estandarización de los procesos de atención, son estrategias que persiguen el logro de la continuidad en la gestión.
- c. Continuidad relacional. Se refiere a la existencia de una figura de referencia que mantiene la relación con la persona usuaria a lo largo de todo su proceso. La continuidad relacional puede ser un elemento que facilite la continuidad en la información y la continuidad en la gestión. Por otro lado, la continuidad relacional genera seguridad y confianza en la persona usuaria y su entorno, además de contribuir a incrementar el compromiso y la responsabilidad profesional. La gestión de casos y las diferentes estrategias de proximidad, son metodologías que buscan garantizar la continuidad relacional.

Para garantizar la continuidad de la atención es preciso poner en marcha estrategias en tres niveles diferentes. En el primero de ellos, que denominamos estructural o estratégico, se deben desarrollar estrategias relacionadas con la integración competencial, la descentralización o delegación competencial, la planificación intersectorial, etc. El segundo nivel,

de tipo organizativo, está vinculado a estrategias como la zonificación sociosanitaria, la puesta en marcha de equipos interdisciplinarios, la mejora de los sistemas de acceso a la red de atención (“ventanilla única”), la creación de estructuras de coordinación, el trabajo en red, la estandarización de los procesos, etc. No obstante, en este artículo vamos a focalizar la atención únicamente en el tercer nivel, el de la intervención profesional.

4. Estrategias de intervención profesional próximas y centradas en la persona

Las estrategias de intervención profesional que proponemos tienen un elemento en común: todas ellas se caracterizan por priorizar las actuaciones centradas en la persona. Una de ellas, la gestión de casos, forma parte de los consensos sobre las estrategias de atención sociosanitaria recogidos en la literatura científica, mientras que las otras cuatro no aparecen mencionadas en ellos, pero las proponemos fundamentalmente por su enfoque basado en la proximidad. Defendemos que la proximidad es fundamental para lograr una atención integral, integrada y de continuidad, como la que se propone desde la atención sociosanitaria. Las estrategias referidas son las siguientes: el acompañamiento social, que procede fundamentalmente del Trabajo Social; los programas asertivo comunitarios, surgidos en el ámbito de la salud mental comunitaria; el apoyo entre iguales, que suele estar enmarcado en programas de promoción de la salud y desarrollo comunitario; y los programas de reducción de daños, que proceden del campo de las drogodependencias y el VIH/SIDA. Al margen del origen de cada una de estas estrategias, consideramos que sus principios y metodologías pueden ser utilizadas en ámbitos temáticos o disciplinares diferentes.

4.1. La gestión de casos

El concepto de gestión de casos está cada vez más presente en la legislación, los planes y las publicaciones relacionadas con la atención sociosanitaria. Esta metodología se vislumbra como una estrategia que puede resultar de utilidad para el logro de la continuidad en la atención. De acuerdo con ese concepto, la gestión de casos puede facilitar que la información sobre el caso fluya adecuadamente entre los diferentes servicios y profesionales que intervienen (continuidad en la información), puede contribuir a la complementariedad entre los servicios que intervienen en el caso, previniendo solapamientos, vacíos en la atención u otro tipo de disfunciones (continuidad en la gestión) y puede permitir que la persona usuaria tenga un único interlocutor en el sistema (continuidad relacional).

La gestión de casos es heredera de las corrientes que han abogado en las últimas décadas por situar a la persona como eje de las actuaciones y las organizaciones. Así, en sus planteamientos podemos encontrar una clara conexión con las propuestas planteadas por Mary E. Richmond a principios del Siglo XX, las posteriores aportaciones de Carl Rogers y su psicología humanista, o las más recientes propuestas vinculadas a la gestión de la calidad en las organizaciones. No obstante, no debemos olvidar que en su origen también está muy presente la búsqueda de la eficiencia en la gestión de los recursos sociales y sanitarios.

Como señala Alicia Sarabia (2007), los orígenes del concepto de gestión de casos se hallan en el Acta estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar. Para ello se implantaron una serie de proyectos piloto, principalmente de carácter local, dirigidos a mejorar la coordinación: sistemas de información, sistemas de seguimiento, centros de servicios integrales y procedimientos de gestión de casos. En sus

inicios este enfoque, orientado preferentemente hacia la mejora de la coordinación en la atención de un caso, era el preponderante. Sin embargo, posteriormente se han ido desarrollando otros modelos que amplían el foco de las funciones de la gestión de casos hacia la intervención directa con la persona usuaria y su entorno. Así, y tal y como señala Sarabia (2007), en Estados Unidos se ha ido configurando una tipología que define como modelo “asesor” o “administrativo” el orientado prioritariamente a garantizar la continuidad en la información y en la gestión, mientras que son denominados “modelo de fortalezas”, “PACT (program for assertive community training)” o “modelo de rehabilitación”, aquellos que se dirigen prioritariamente hacia la continuidad relacional, desarrollando procesos de intervención con la persona usuaria. Aun considerando que todos estos modelos forman parte de un mismo concepto amplio de gestión de casos, y por razones didácticas, nuestra propuesta consiste en reubicar el concepto de gestión de casos en su ámbito originario (la coordinación de los recursos que atienden un caso, para garantizar prioritariamente la continuidad en la información y la gestión), mientras que desarrollaremos los otros modelos como estrategias diferenciadas, denominándolos “acompañamiento social” y “programas asertivo comunitarios”, según nuestra propuesta tipológica.

En el Estado Español, el concepto de gestión de casos está presente en los principales textos de referencia para la atención sociosanitaria (IMSERSO, 2005; Ararteko, 2008; MSSSI, 2011). Sin embargo, en su aplicación se observa cierta diversidad en la manera de concebirla y en los roles que se le asignan. Como ocurre en muchas ocasiones cuando un concepto logra tener éxito, su polisemia se amplía hasta límites que hacen peligrar la propia utilidad del término. En esa línea, Hunter (1988) insiste en la necesidad de evitar confundir la gestión de casos con otro tipo de procedimientos que tienen objetivos diferentes. Por ejemplo, evitar confundirla con la gestión de enfermedades, que está más relacionada con la protocolización de los procesos y procedimientos de respuesta frente a una enfermedad determinada; o con la figura de profesional de referencia en un equipo, que lo es únicamente en un servicio y no en todo el itinerario del sujeto, como ocurre en la gestión de casos; o con la figura del gestor de una organización, que está orientado hacia las necesidades del servicio y no de cada caso que se gestiona desde el mismo. También es importante tener en cuenta los riesgos inherentes a una visión excesivamente limitada de la gestión de casos. Por ejemplo, en los últimos años se han extendido diferentes experiencias en hospitales dirigidas a evitar o acortar las hospitalizaciones y a gestionar adecuadamente el proceso de traslado y retorno al medio. En otros países se han definido estas experiencias como “care management” e incluso como “discharge manager”. Desde luego que se trata de experiencias que pueden lograr objetivos de gran interés, pero lo cierto es que limitan las posibilidades de la gestión de casos al itinerario entre el hospital y la familia u otros recursos comunitarios. En nuestro país existen varias experiencias de este tipo, entre las que se pueden destacar las lideradas por las denominadas “enfermeras gestoras de caso” en Andalucía o Murcia.

Uno de los espacios fundamentales para el desarrollo de la gestión de casos es la atención primaria, tanto de salud como social. En el caso de la atención primaria de salud, la propia legislación lo recoge de manera clara (Ley 16/2003, art. 12.1). En el caso de la atención primaria de servicios sociales, la legislación no recoge de una manera explícita la gestión de casos. Sin embargo, varias leyes autonómicas contemplan la denominada figura de “profesional de referencia” (por ejemplo, Ley Foral 15/2006 de Navarra, art. 64). No obstante, ni

.....
¹ Sarabia (2007) traduce este modelo como “terapéutico”, aunque he preferido respetar la traducción literal del término en inglés: *rehabilitation model*.

en la legislación social ni en la sanitaria, figura recogido con claridad que la labor de gestión de casos debe superar los límites del propio sistema respectivo.

Desde el modelo que se propone en este artículo, la gestión de casos tiene su espacio natural en la atención primaria. De hecho, algunos autores sostienen que la gestión de casos no deja de ser una “*simple y llana atención primaria de calidad*” (Gervás, 2008). El problema consiste en que la atención primaria en nuestro país no está ejerciendo suficientemente este papel por diferentes factores inherentes a la situación del sistema: la saturación de la atención, la debilidad de los sistemas de coordinación, o la ausencia de suficientes mecanismos de coordinación entre la atención primaria de salud y la social. Ante esta realidad, el propio Gervás (2008) plantea sus dudas sobre la conveniencia de implantar equipos específicos (de gestión de casos, por ejemplo). Se pregunta si la alternativa consiste en crear una “*superestructura que intente parchear el fallo, renunciando así a su reparación*”. Continúa afirmando que “*lo primero es el impulso pro-coordinación, después ya se verá*”.

La gestión de casos no es una profesión, ni tiene por qué estar vinculada únicamente a una disciplina. La gestión de casos es más bien una metodología². De hecho, el desarrollo secuencial de la gestión de casos no difiere en esencia de otros procesos de intervención social, psicosocial, socioeducativa o sociosanitaria. Es fundamental que en primer lugar se produzca una adecuada recopilación de información relacionada con todas las dimensiones del caso, lo que nos permitirá elaborar una valoración integral que identifique necesidades, problemas y fortalezas. Posteriormente se debe elaborar un plan que responda a la valoración realizada y en el que se articulen los diferentes recursos y servicios que deberán ser utilizados. En el posterior desarrollo del plan, la figura de gestión de casos debe encargarse de velar por el buen funcionamiento de los procedimientos de derivación y defender los intereses de la persona usuaria ante posibles dificultades o deficiencias. El seguimiento del caso permitirá a la figura de gestión ir readaptando la aplicación del plan a la evolución de la persona usuaria y de su entorno. Finalmente, es necesario que el plan prevea un momento para la re-valoración integral del caso (al margen del seguimiento). La re-valoración permitirá observar los resultados del plan y los cambios que se han experimentado en el sujeto y su entorno. De esa forma, se podrá valorar si es necesario definir un nuevo plan de intervención y qué factores debe tener en cuenta éste.

4.2. El acompañamiento social

Si, como se señalaba en el apartado anterior, el concepto de gestión de casos está más presente en la legislación y los planes estratégicos de salud que en los sociales, en el caso del acompañamiento social la situación es la contraria. Una parte de las denominadas por algunos autores como “*leyes de servicios sociales de segunda y tercera generación*” (Arias et al., 2004; Bayarri et al., 2011), así como otros documentos de carácter estratégico en el sector, incorporan el acompañamiento social como una de las funciones esenciales de los servicios sociales.

El concepto de acompañamiento social es utilizado especialmente en el ámbito de la intervención con personas o colectivos afectados por la exclusión social. Cuatro son las razones que explican la especial idoneidad del acompañamiento en este caso:

1. El carácter multidimensional de los procesos de exclusión, por lo que es necesario realizar una intervención integral y en la que participen múltiples sistemas.

.....
² Aunque también es cierto que se encuentra especialmente ligada a las áreas de conocimiento, funciones y métodos característicos del Trabajo Social.

2. El carácter particular de caso de exclusión, por lo que es necesario desarrollar diagnósticos y planes de intervención individualizados.
3. El carácter procesual de la exclusión, por lo que es necesario que se pongan en marcha procesos de acompañamiento al individuo a lo largo de su itinerario de incorporación social.
4. La complejidad de los procesos de exclusión, por lo que, además de prestaciones que incidan sobre las necesidades económicas, de salud, educativas, laborales, o de vivienda, el individuo precisa actuaciones de apoyo y acompañamiento en su proceso de incorporación social.

Pero, ¿qué es el acompañamiento social? En primer lugar insistiremos en que es una metodología que forma parte del concepto amplio de gestión de casos, aunque no en todos los tipos de gestión de casos se utiliza el acompañamiento social. Siguiendo la tipología de modelos de gestión de casos utilizada en Estados Unidos, el acompañamiento social se alejaría del modelo “asesor” o “administrativo” y se aproximaría más al modelo de “fortalezas” y al de “rehabilitación”. Las principales características de estos modelos de gestión de casos son las siguientes: están muy centrados en las necesidades percibidas por la persona usuaria; desarrollan procesos personalizados de apoyo; tratan de detectar y reforzar las fortalezas de las personas usuarias; y facilitan su acceso a los recursos comunitarios. Según la definición de Alicia Sarabia, la gestión de casos, desde el modelo de “fortalezas”, *“es una forma de ayuda personalizada dirigida a conectar a los clientes con los recursos que mejorarán su vida en el entorno comunitario, y a proporcionar el apoyo necesario para alcanzar las metas diseñadas por el cliente”* (Sarabia, 2007). En cuanto al modelo de “rehabilitación”, su principal aportación es que, *“aunque se centra en identificar y apoyar las fortalezas específicas de los clientes, también trata de identificar y evaluar los déficits en el funcionamiento del sistema que actúan como barreras para alcanzar las metas personales”* (Sarabia, 2007). Para completar el concepto de acompañamiento social habría que incorporar la concepción de la atención personalizada como un derecho. En esa línea, recordemos la inclusión del concepto de acompañamiento social en algunas leyes autonómicas de servicios sociales.

Otro concepto que nos parece necesario incorporar al modelo de acompañamiento social es el de proximidad (Aguilar et al., 2012), ya que se trata de desarrollar una metodología alternativa a la relación burocrática entre administración pública y ciudadanía. En el acompañamiento social se debe construir proximidad desde el primer contacto hasta el final del proceso, creando vínculos de cercanía y confianza entre la persona usuaria y el o la profesional.

En cuanto a las fases para el desarrollo de un proceso de acompañamiento social, son básicamente las mismas ya referidas para la gestión de casos, aunque con algunas peculiaridades y una fase previa de gran importancia, la acogida.

La acogida es una fase que incorpora el acompañamiento social y a la que se le otorga una gran relevancia. Como señala Begoña Pérez Eransus, *“acoger es distinto de recibir la demanda, valorarla y darle recurso”* (Pérez Eransus, 2004), como desgraciadamente ocurre en muchos servicios. La acogida es una fase con entidad y objetivos propios. En ella comienza a construirse una relación proactiva y de confianza, por lo que es necesario generar un clima que genere proximidad y seguridad. Asimismo, la acogida nos abre oportunidades para garantizar que la persona usuaria comprende el proceso en el que va a participar y

para que el o la profesional comience a entender la globalidad de la situación con la que va a trabajar.

Para comprender el acompañamiento social es preciso que entendamos con claridad su diferenciación respecto a un plan de seguimiento. *“La idea del seguimiento evoca una relación en la que la persona usuaria es un objeto paciente, sometido a una observación periódica por parte de un profesional. Es el profesional quien sigue, observa, vigila y controla a la persona usuaria”* (Pérez Eransus, 2004). Sin embargo, en el acompañamiento es la persona usuaria quien debe encabezar su propia estrategia, pero contando con el apoyo de un o una profesional que se haya ganado su confianza, que esté a su lado (pero no delante), que esté y se muestre disponible y próximo, que conozca y confíe en sus potencialidades (y que se las recuerde).

En cuanto a los elementos críticos y los riesgos del acompañamiento social, es necesario subrayar específicamente tres de ellos:

- » La metodología de acompañamiento social no puede ser entendida como una manera de compensar o sustituir la escasez de prestaciones o de recursos de apoyo. Más bien al contrario, el acompañamiento social alcanza su verdadera utilidad en el contexto de un adecuado sistema de protección y garantía de derechos sociales.
- » La mayor parte de los equipos y profesionales que practican, o que al menos están familiarizados con el acompañamiento social, están adscritos a recursos e instituciones del ámbito social. En ese sentido, su utilidad para el desarrollo de la atención sociosanitaria puede verse limitada si no se ponen en marcha otras estrategias paralelas de nivel estratégico u organizativo que favorezcan la coordinación sociosanitaria.
- » Finalmente, no debemos olvidar que la situación de muchos recursos y equipos no es la idónea para el desarrollo del acompañamiento social, como se nos recuerda en un reciente artículo sobre los servicios sociales. *“En muchos casos, la fuerte demanda de los servicios, su volumen de trabajo, la falta de profesionales y la rigidez de horarios impiden el correcto desarrollo de acciones de acompañamiento”* (Aguilar et al., 2012).

4.3. Programas asertivo comunitario

Los programas asertivo comunitario (PAC, en adelante) también forman parte de la tipología de modelos de gestión de casos. Como iremos viendo, guarda muchas similitudes con los modelos de “fortalezas” y “terapéutico”. Asimismo, guarda una estrecha relación con el acompañamiento social, aunque su contexto de nacimiento es diferente. Los PAC surgieron en el ámbito de la intervención con personas afectadas por trastornos mentales graves, por lo que han sido desarrollados mayoritariamente desde el sistema sanitario.

Los PAC nacieron inspirados en los postulados de la psiquiatría comunitaria y como respuesta a algunas problemáticas generadas a partir de la desinstitucionalización psiquiátrica, que libró a muchas personas de un nefasto porvenir de reclusión manicomial, pero que en muchos casos no evitó que su vida en la comunidad estuviera marcada por el aislamiento, la falta de autonomía y la deficiente calidad de vida. En la actualidad, y en nuestro contexto, estas problemáticas permanecen, e incluso se han agudizado en algunos casos. Así, aunque la red de recursos haya sido fortalecida en relación con el número de profesionales y la variedad en la oferta de recursos, algunas características de su funcionamiento influyen en que precisamente las personas con afecciones más graves tengan dificultades de acceso y no encuentren respuestas suficientemente adaptadas.

Como alternativa a esta situación, los PAC proponen una metodología de actuación basada en una serie de principios que, como veremos, son coherentes con los propios del acompañamiento social y la gestión de casos en general:

- » Proactividad. Al igual que en el acompañamiento social, la idea de proximidad es nuclear en los PAC, pero en este caso se trata de construir la proximidad de una manera activa. Es necesario “ir a buscar” a las personas en dificultad allá donde se encuentren. Esta idea de la proximidad conecta con la proactividad, en el sentido de anticiparse a la demanda sin esperar a que sea explícita (Aguilar et al., 2012). Así, el equipo busca la detección activa de las necesidades de las personas afectadas y promueve la construcción de soluciones accesibles y próximas, es decir, relacionadas con las necesidades percibidas.
- » Trabajo en el propio medio de las personas usuarias. Este segundo principio también es característico y diferenciador de los PAC. Desde la construcción activa de la proximidad, estos programas promueven la aproximación al medio “del otro”, promueven trabajar “en su terreno”, buscando soluciones en el medio natural de las personas usuarias (en su domicilio, en las calles de su barrio, en una cafetería de su municipio, etc.).
- » Atención integral e individualizada. Los PAC comparten este principio con el resto de modelos de gestión de casos. En cuanto a la atención integral, estos programas van más allá de lo meramente biológico o de la atención al síntoma, tratando de abordar variables más complejas y multidimensionales como la integración social o la calidad de vida. Respecto a la atención individualizada, los PAC también son herederos de los enfoques que han tratado de situar el punto de vista y las necesidades percibidas por el sujeto como eje central de la intervención. Asimismo, evitan la generación de relaciones jerárquicas entre equipo y personas usuarias, fomentando que los y las pacientes sean parte activa en el diagnóstico de necesidades, en la delimitación de objetivos, en la puesta en marcha de los planes de atención y en la evaluación de los mismos.
- » Empoderamiento. Los PAC tratan de identificar los recursos que la persona (y su entorno más cercano) posee, para recuperarlos, reforzarlos o complementarlos. En esa línea, incorporan en su funcionamiento el concepto de empoderamiento. Este concepto ha sido aportado por los movimientos en defensa de los derechos humanos, y entre ellos significativamente por el movimiento feminista. Plantea que todo grupo oprimido, y/o desautorizado socialmente (como puede ser el caso de las personas con trastorno mental grave), precisa fortalecer sus recursos y sentir que posee capacidades para impulsar cambios positivos en su vida. Es importante tener presente que, según este enfoque del empoderamiento, nadie puede empoderar a nadie, sino que cada persona se empodera finalmente a sí misma. No obstante, y para que esto ocurra, el sujeto precisa espacios de seguridad y respeto, así como personas que le acompañen en su proceso y confíen en su capacidad para empoderarse.
- » Acompañamiento. Los PAC pueden apoyar a los y las pacientes en sus necesidades básicas (alimentación, alojamiento, atención médica general, etc.), favorecer que adquieran habilidades para la vida cotidiana (uso del transporte público, manejo de presupuestos, tareas domésticas, etc.) o facilitar su adherencia a los tratamientos. Sin embargo, su impacto va más allá de las prestaciones materiales o de los aprendizajes,

ya que persiguen que la persona usuaria sienta que se le acompaña, que no se le ha abandonado, que no se le ha dejado solo o sola. La presencia de un equipo próximo a la cotidianidad del sujeto y que confía en su capacidad de superación, se constituye en un importante acicate.

Además de estos principios generales, nos referiremos a las principales características que poseen los PAC.

- Equipo interdisciplinar. Uno de los elementos que distinguen a los PAC, frente al acompañamiento social, es la importancia que en este caso se le otorga al trabajo en equipo. La complejidad de los casos, y el enfoque de intervención integral desarrollado, exigen que el equipo de trabajo deba construir una visión amplia de los problemas y las necesidades de la persona afectada, para poder generar soluciones creativas e integradas.
- Asunción completa del caso. Este es otro de los rasgos diferenciadores de los PAC. Si en otros modelos de gestión de casos se trata, prioritariamente, de acompañar a la persona usuaria en un itinerario de atenciones prestadas por diferentes recursos, en los PAC el tratamiento del caso es asumido enteramente por parte del equipo asertivo comunitario. Esta orientación garantiza la continuidad de la atención y la integralidad, pero conlleva un importante riesgo: segregar a estos pacientes de las redes normalizadas de atención.
- Prestación continuada del servicio. En la experiencia original del *Mendota Mental Health Institute* (Estados Unidos) se ofrecía una atención de 24 horas los 365 días del año. Sin embargo, y por razones de sostenibilidad económica, muchas experiencias posteriores han eliminado la atención nocturna y en fin de semana, aunque los horarios de atención siguen siendo amplios para poder garantizar un servicio ágil.
- Baja ratio de pacientes. Para que se pueda lograr una labor de acompañamiento y de atención integral e individualizada a pacientes de alta complejidad, la ratio de pacientes debe ser reducida. En la bibliografía especializada (Servicio Andaluz de Salud, 2010) se sugiere una ratio de 1:10.
- Intensidad de la intervención. La frecuencia de contactos del equipo con cada persona usuaria debe ser mucho más elevada que la existente en los centros tradicionales de tratamiento. En la bibliografía especializada (Servicio Andaluz de Salud, 2010) se señala que deben producirse, como mínimo, tres contactos semanales.
- Duración de la intervención. En las experiencias originales se contemplaba una duración ilimitada de la estancia en este tipo de programas. En la actualidad se incorporan algunos criterios que, aunque con flexibilidad, permitan regular esta importante cuestión, aunque la duración sigue siendo amplia.

4.4. Apoyo entre iguales

El apoyo entre iguales busca hacer intencional y planificado lo que de manera natural e informal se produce en todo grupo, colectivo o comunidad, es decir, las dinámicas de influencia y ayuda mutua entre sus miembros. Como iremos viendo a lo largo de este apartado, la incorporación del apoyo entre iguales dentro de los procesos de atención sociosanitaria puede mejorar el acceso a la población diana (especialmente a la que sufre situaciones más complejas) e incrementar el carácter integral de las intervenciones.

Una de las principales potencialidades del apoyo entre iguales es su capacidad para generar proximidad. En este caso, y siguiendo la tipología planteada por Aguilar et al. (2012), se trata de un tipo de proximidad “existencial”, fundamentada en la capacidad para generar empatía, confianza y adaptación que aporta el que la persona que apoya y la apoyada tengan o hayan tenido características, vivencias y dificultades comunes. A partir de la generación de este tipo de proximidad, el apoyo entre iguales puede ser capaz de influir en la adquisición de nuevos conocimientos, en la modificación de actitudes y en el fortalecimiento o la creación de nuevas capacidades.

El apoyo entre iguales es un concepto “paraguas” que recoge muy diferentes enfoques, metodologías y estrategias. Describiremos a continuación las características de las principales formas de organizar el apoyo entre iguales.

4.4.1. Los grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua suponen la modalidad de apoyo entre iguales más extendida y reconocida social y profesionalmente. Surgió como movimiento a principios del Siglo XX en Estados Unidos, impulsado fundamentalmente por la experiencia del programa “Alcohólicos Anónimos”. Posteriormente fueron surgiendo experiencias de autoayuda orientadas hacia otras enfermedades y problemáticas sociales.

Es importante no confundir un grupo de ayuda mutua con un grupo de apoyo. Los grupos de apoyo son conducidos por un o una profesional, mientras que los grupos de ayuda mutua están conformados por personas afectadas por el fenómeno que se afronta en el grupo y tienen un carácter voluntario y horizontal. No obstante, muchos grupos de ayuda mutua han tenido su origen en grupos de apoyo que fueron haciéndose autónomos paulatinamente respecto a la coordinación profesional.

Algunos grupos de ayuda mutua funcionan en el contexto de un programa de tratamiento profesionalizado, como un servicio más que se ofrece a la población usuaria, mientras que en otros muchos casos se enmarcan dentro de grupos de interés o de presión formados por personas afectadas. De hecho, muchas de estas organizaciones han surgido a partir de grupos de ayuda mutua.

En la actualidad, el movimiento de la ayuda mutua se ha circunscrito mucho al ámbito de la salud, y especialmente al campo de las discapacidades, la salud mental, las diferentes dependencias y las enfermedades crónicas. No obstante, también existen experiencias en otros ámbitos, como pueden ser los grupos de ayuda mutua conformados por personas afectadas por separaciones, por la pérdida de algún familiar, por proyectos migratorios complicados, etc. Lo cierto es que cualquier problemática social o sociosanitaria puede utilizar la ayuda mutua como estrategia de intervención.

4.4.2. Los grupos de interés o presión

En comparación con los grupos de ayuda mutua, que sobre todo se centran en la satisfacción de necesidades internas al colectivo, los grupos de interés o presión tienen unos objetivos más globales y orientados hacia el exterior. Las actividades tradicionales de estos grupos son las siguientes: influir en la imagen social que se tiene sobre el colectivo que representan; influir en el diseño de las políticas que se desarrollan para atender sus necesidades; denunciar situaciones de discriminación que sufre su colectivo; defender los derechos de su colectivo en el uso de los servicios públicos; representar a su colectivo ante la sociedad.

Los grupos de interés o presión, que suelen utilizar la figura jurídica de asociación o fundación, están constituidos por personas voluntarias, pero también pueden realizar contrataciones para desarrollar determinados servicios que beneficien a las personas que representan. En este tipo de grupos, a diferencia de los grupos de ayuda mutua, pueden participar también personas no afectadas por el fenómeno abordado desde el grupo de interés o presión (como activistas, como voluntariado o como personal contratado).

Circunscribiéndonos al campo sociosanitario, los grupos de interés o presión han tenido una amplia extensión y desarrollo, por ejemplo, en el ámbito de las discapacidades y en determinadas enfermedades crónicas (VIH/SIDA, esclerosis múltiple, parkinson, etc.). En el caso de la salud mental, y también en el de las drogodependencias, los grupos de interés o presión han surgido mayoritariamente a iniciativa de familiares y otras personas sensibilizadas con esta problemática, limitándose las personas afectadas a ser usuarias de los servicios ofrecidos y beneficiarias de las acciones emprendidas³. Esta realidad responde al estigma social que soporta esta población y a la extendida representación social que les identifica como personas incapaces de responsabilizarse y defender sus derechos. Sin embargo, en los últimos años han surgido algunas iniciativas encaminadas a constituir un movimiento de personas usuarias o exusuarias de los servicios de salud mental, como ya existe en otros países de nuestro entorno.

4.4.3. La educación entre iguales

La educación entre iguales es la acción de una minoría de representantes de un grupo o población, que intentan activamente informar, influir y formar, a la mayoría de ese mismo grupo o población, en un tema para el que se han capacitado (Svenson et al., 1998). Se trata de una metodología muy aplicada en el ámbito de la educación, pero también en el campo de la salud pública. Se han registrado muchas experiencias de educación entre iguales en planes de alfabetización, en programas de prevención de la violencia en el ámbito escolar, en prevención del uso problemático de drogas, en planificación familiar, en prevención del VIH/SIDA, o en educación para la salud. Además, estas experiencias han sido desarrolladas con todo tipo de poblaciones (personas adultas o jóvenes, personas con distintos niveles socioeconómicos y culturales) y en todo tipo de contextos (urbanos o rurales, países con diferentes culturas y niveles de desarrollo económico y social).

En la literatura científica se destacan algunas importantes potencialidades que poseen los programas que cuentan con la participación de iguales como agentes educativos (ONUSIDA, 2000):

- ✓ Mejorar el acceso. Los y las agentes de educación entre iguales tienen acceso físico y cultural a la población destinataria en su entorno natural y sin llamar la atención. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con poblaciones de difícil acceso.
- ✓ Comunicación. Los y las agentes de educación entre iguales son comunicadores eficaces y creíbles. Tienen un conocimiento profundo de la población destinataria y utilizan unos códigos comunicativos adaptados.
- ✓ Identificación. Los y las agentes de educación entre iguales son un ejemplo de conducta para fomentar la adopción de comportamientos preventivos.
- ✓ Naturaleza participativa. La educación entre iguales facilita la participación de la po-

.....
³ No obstante, esa realidad también es extensible a otras muchas asociaciones y fundaciones del ámbito sociosanitario, donde el liderazgo no es ejercido realmente por las personas afectadas, sino que son más bien organizaciones "pro-personas afectadas".

blación beneficiaria en el programa. Es una estrategia formativa, tanto para el personal educador como para la población destinataria.

- ✓ Eficacia y eficiencia. La educación entre iguales es eficaz y eficiente en el fomento de comportamientos preventivos.

En la literatura científica también se mencionan algunos criterios que deben cumplir los programas de educación entre iguales para poder llegar a ser eficaces y eficientes. Destacaremos a continuación los más importantes:

- Debe ir acompañado y ser complementado por otra serie de programas y estrategias.
- Debe producirse una adecuada captación y selección de personas candidatas a convertirse en agentes de educación entre iguales.
- Las personas seleccionadas deben recibir una buena capacitación.
- Los y las agentes de educación entre iguales deben contar con un buen sistema de supervisión y acompañamiento profesional.
- Se les debe ofrecer una serie de herramientas de calidad para realizar su labor: folletos informativos adaptados, guías metodológicas para orientar su labor, etc.
- El programa debe ser convenientemente evaluado (evaluación de necesidades, evaluación del proceso y evaluación de resultados) (Arza, 2006).

La filosofía originaria de esta metodología contempla que la acción de los y las agentes de educación entre iguales sea voluntaria. La formación que adquieren, el incremento en su autoestima, o su satisfacción al ser útiles para sus pares, se convierten en incentivos suficientes para su participación en estas acciones. No obstante, en algunas experiencias se contemplan otro tipo de incentivos o compensaciones, como la organización de actividades de tiempo libre, la entrega de algún tipo de regalo o la compensación económica por los posibles gastos ocasionados (en desplazamientos, por ejemplo). Incluso en alguna experiencia se incorpora una compensación económica por la labor realizada como agente de educación entre iguales. Al respecto existe cierta polémica, principalmente por el temor a que pueda convertirse en la única motivación para participar y perversa de esta forma la relación entre los y las agentes de educación entre iguales y sus pares.

4.4.4. *Peer Worker*

Este último enfoque supone la profesionalización del apoyo entre iguales, es decir, la contratación de iguales como miembros de los equipos de intervención. En nuestro contexto este enfoque está siendo aplicado principalmente en la intervención con población inmigrante y con la comunidad gitana, donde suelen ser denominados mediadores interculturales. Sin embargo, en otros campos las experiencias son mucho más reducidas y puntuales.

En Estados Unidos, donde desde hace más de veinte años se desarrollan experiencias de este tipo en el ámbito de la salud mental, se han realizado diferentes estudios y evaluaciones para analizar su contribución e impacto. En la bibliografía publicada se distinguen tres contribuciones o aportaciones que produce la incorporación de iguales contratados en un equipo (Davidson et al., 2012):

- a. Infundir esperanza a través del propio testimonio sobre la evolución vital y profesional del *peer worker*.

- b. Aportar su conocimiento experiencial. El *peer worker* puede aportar, desde los “saberes no académicos”, sus conocimientos prácticos sobre autocuidado de la enfermedad, sobre cómo afrontar los problemas de la vida cotidiana o la discriminación, o sobre cómo desenvolverse en los laberintos de los servicios públicos.
- c. En tercer lugar, y como elemento que determina los dos anteriores, la proximidad existencial facilita que el *peer worker* pueda construir un estilo de relación caracterizado por la confianza, la aceptación, la comprensión y la empatía.

Añadimos otra potencialidad relevante de esta modalidad del apoyo entre iguales: su capacidad para transformar las visiones profesionales y sociales. La experiencia que la convivencia con un *peer worker* aporta a los y las profesionales es de gran interés a nivel actitudinal, ya que incrementa la sensibilización hacia el colectivo y contribuye a reducir estereotipos. Además, su presencia permite enriquecer la mirada comprensiva del equipo. Lo mismo podríamos decir a nivel social, ya que la existencia de *peer worker* contradice la extendida imagen social que relaciona a estos colectivos con la pasividad y la incapacidad.

Sin embargo, todas estas contribuciones no tienen por qué darse automáticamente al contratar a “un igual”, sino que más bien son potencialidades que debemos saber explotar. Dos son las vías para hacerlo, ambas ya señaladas al referirnos a la educación entre iguales: una buena selección de la persona a contratar y una buena capacitación inicial y permanente.

En cuanto a las funciones que pueden desempeñar los *peer worker*, en las experiencias estadounidenses se describen varias modalidades. En algunos casos desempeñan tareas auxiliares o de apoyo a profesionales tradicionales: gestores de casos, profesionales de trabajo social o terapia ocupacional, etc. Sin embargo, en otras experiencias se ha optado por crear figuras específicas desempeñadas por *peer worker*. Destacaremos dos de estas figuras, por su especial interés:

- » Tutor de empoderamiento⁴. Trata de fomentar que las personas usuarias tengan una participación más activa en la dirección de su propio tratamiento y en la defensa de sus derechos. Esta figura conecta con la denominada *self advocacy*, que en el ámbito anglosajón ha sido defendida por algunos autores como una forma de recuperación, por parte de la persona usuaria, de la labor de defensa de derechos e intereses y de representación que habían asumido otras personas o instituciones (Fantova, 2008).
- » Tutor de conexión social⁵. Trata de apoyar a las personas usuarias en el restablecimiento de su conexión y participación en redes y actividades comunitarias.

¿Qué estrategias se deben poner en marcha para facilitar la eficacia en la incorporación de *peer worker* en un equipo?

- » Implicar a todos los sectores de la organización en la decisión y en el diseño del procedimiento para aplicarla. La incorporación de *peer worker* supone un cambio cultural en la organización, ya que implica una transformación en la forma de ver a la población diana. En ese sentido, es fundamental planificar cuidadosamente este cambio cultural.

.....
4 En la bibliografía se hace alusión a esta figura como “defensor para facilitar la planificación centrada en la persona” (Davidson et al., 2012). Hemos optado por la denominación “tutor de empoderamiento” por su mayor capacidad descriptiva.

5 En la bibliografía se hace alusión a esta figura como “conector con la población” (Davidson et al., 2012). Hemos optado por la denominación “tutor de conexión social” por su mayor capacidad descriptiva.

- » Clara descripción del puesto y del procedimiento de selección. En la definición de las funciones, es importante que no se limiten a tareas auxiliares, a labores que los y las profesionales tradicionales no tienen tiempo para realizar. Se debe hacer un esfuerzo por asignarles funciones en las que se puedan aprovechar las potencialidades vinculadas a su proximidad existencial y a su capacitación específica.
- » Formación. Es fundamental que cuenten con un espacio inicial y permanente de formación.
- » Formación del resto de miembros del equipo. Insistiendo de nuevo en el cambio cultural que implica la incorporación de *peer worker*, es preciso generar espacios de reflexión y formación para el equipo. En estos espacios se deben trabajar las potencialidades, límites y riesgos de esta figura, además de las pautas para incorporar sus aportaciones al trabajo interdisciplinar del equipo, y también las expectativas, miedos y prejuicios de los y las profesionales tradicionales ante la nueva figura.
- » Aceptación. Para poder realizar su labor, el *peer worker* debe ser reconocido y aceptado por la población usuaria, pero también por el resto de miembros del equipo.
- » Supervisión. Es importante que cuenten en la organización con alguna figura de referencia para resolver dudas o conflictos, así como con un espacio grupal de supervisión (tanto específico para *peer worker* como compartido con el resto del equipo).
- » Proyección externa. Para lograr que la experiencia también tenga repercusiones en las representaciones sociales, es fundamental que se difundan las experiencias exitosas de incorporación de *peer worker* a los equipos.

4.5. Otras estrategias de proximidad

Como señalan Llovet et al. (2011), las estrategias de proximidad tienen una larga tradición y están directamente conectadas con las experiencias pioneras de Trabajo Social de principios del siglo XX en Inglaterra y Estados Unidos. Tradicionalmente, y dependiendo del contexto cultural, estas prácticas han recibido la denominación de estrategias *outreach*, en países de influencia anglosajona, *pratiques de milieu* o *travail de rue* o *de proximité*, en países francófonos, y trabajo o educación de calle en España y Latinoamérica. En todos los casos se trata de buscar el acercamiento al sujeto para construir vínculos principalmente con personas alejadas de las instituciones. Sin embargo, y así lo atestiguan también las denominaciones más extendidas, en muchos casos se observa una valoración limitada de este tipo de programas, como si únicamente se tratase de una aproximación física, de un “estar en la calle”. La realidad es que esto no es suficiente. Desde nuestra experiencia, hemos podido conocer equipos ubicados físicamente en el centro de un núcleo poblacional afectado por la exclusión grave (por ejemplo), pero absolutamente alejados respecto a la cosmovisión de sus habitantes. En ese sentido, proximidad también quiere decir (e incluso, sobre todo quiere decir) trabajar desde un modelo de aceptación y respeto. Para ello es preciso desarrollar un proceso de acercamiento a la cultura de la persona o colectivo con el que se trabaja, a su manera de entender sus problemáticas, o de priorizar sus necesidades. Asimismo, también es necesario valorar al sujeto como ser humano con derechos, cualidades y capacidades para dirigir su vida.

Varias de las estrategias que hemos descrito anteriormente forman parte del amplio paraguas de las estrategias de proximidad: acompañamiento social, programas asertivo comunitario y apoyo entre iguales. Además de ellas, es interesante mencionar otro con-

junto de estrategias que precisamente han sido impulsadas a partir de un fenómeno con connotaciones claramente sociosanitarias: el VIH/SIDA. La gravedad de esta epidemia, y la clara identificación de las prácticas de riesgo para su contagio, favoreció que surgieran experiencias que optaban por la proximidad activa y por las respuestas pragmáticas y no moralistas: reparto de información preventiva y/o de preservativos en espacios con mayor presencia de personas con prácticas de riesgo; dispositivos móviles para la realización de analíticas; etc. La creación de grupos de interés conformados principalmente por personas afectadas contribuyó indudablemente al impulso de estas estrategias, siendo en muchos casos estos grupos los que desarrollaron las primeras experiencias. En el ámbito de las drogodependencias, el impacto del VIH/SIDA sobre la población de usuarios de drogas por vía parenteral fue determinante para la consolidación de los denominados programas de reducción de daños. Frente a un enfoque tradicional basado en la búsqueda de la abstinencia como única opción, los programas de reducción de daños se dirigen a personas consumidoras de drogas que, en un momento concreto, no quieren o no pueden dejar el consumo. Sus objetivos se centran en contactar con el mayor número de personas consumidoras y disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas. Describiremos a continuación algunos principios comunes a este tipo de programas. Como vamos a ver, guardan una estrecha relación con los principios de las estrategias de proximidad que hemos ido analizando hasta el momento:

- ✓ Se adaptan a las necesidades de las personas usuarias de drogas, en lugar de pretender que éstas se adapten a la oferta asistencial.
- ✓ Aplican modelos de búsqueda y acercamiento al usuario o usuaria de drogas, en lugar de esperar pasivamente a que la persona demande servicios.
- ✓ Ofrecen una información realista sobre las drogas, sus usos y sus problemas.
- ✓ Promueven la educación sanitaria dirigida a un consumo de menor riesgo, en lugar de contemplar la abstinencia como única opción.
- ✓ Promocionan la responsabilización y la participación de las personas usuarias de drogas como ciudadanos y ciudadanas, en lugar de contemplarlas como pacientes pasivos.
- ✓ Intervienen en la comunidad para conseguir un acercamiento más racional y objetivo al problema de las drogas, en lugar de trabajar únicamente con la población objetivo (Grup IGIA, 2000).

5. A modo de conclusión

Como alternativa a la compartimentación institucional y la fragmentación de la atención, en este artículo hemos propuesto el desarrollo de la atención sociosanitaria como una metodología de planificación de las políticas, de organización institucional y de intervención profesional. Aunque hayamos focalizado nuestra atención en las estrategias de intervención profesional, para que éstas garanticen la continuidad de los cuidados deben desarrollarse en un marco de intervención integral e integrada. En ese sentido, insistimos en que están condicionadas por el tipo de procesos de las organizaciones en las que se ubique el equipo y el o la profesional (nivel organizativo) y por el marco político-institucional establecido en el nivel estructural o estratégico.

Finalmente queremos resaltar que, aunque la atención sociosanitaria y las estrategias de intervención presentadas implican a todo tipo de profesiones, desde nuestro punto de vista entroncan de una manera especialmente adecuada con el Trabajo Social. Los procesos de intervención propuestos son coherentes con principios fundamentales de esta disciplina, como la coordinación, el enfoque centrado en la persona, el abordaje integral, la participación, el empoderamiento, la adaptación a los contextos, la aceptación, la implicación o la construcción de vínculos desde la cercanía y la confianza, etc. Además, su desarrollo puede servir para recobrar la proximidad que, desde algunos sectores del Trabajo Social, se ha debilitado tras determinados procesos de burocratización.

6. Bibliografía

- Aguilar, M. et al. (2012). “Los servicios sociales frente a la exclusión”. *Zerbitzuan*. Nº. 51, pp. 9-26.
- Ararteko (2008). *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Vitoria: Ararteko.
- Arias, A. et al. (2004). “La definición de los servicios sociales en las leyes de servicios sociales de primera y segunda generación en España”. *Portularia*. Nº. 4., pp. 507-518.
- Arza, J. (2006). *Mediación en salud. Educación para la salud, reducción de daños y apoyo entre iguales en el medio penitenciario*. Madrid: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Bayarri, V. et al. (2011). *Derechos y servicios sociales. Por un sistema de servicios sociales universal, garantista y de calidad: un derecho básico para la igualdad y el desarrollo humano*. Madrid: CERMI. Documento en mimeo.
- Canals, J. (2003). “Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 3. Nº. 1., pp. 71-81.
- Davidson, L. et al. (2012). “Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y de experiencia”. *World Psychiatry*. Edición en español. Vol. 10. Nº. 2., pp. 13-128.
- Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Cuadernos de Derechos Humanos. Nº. 49. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gervás, J. (2008). “La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España”. *Gaceta Sanitaria*. Nº. 22, supl. 1., pp. 163-168.
- Grup IGIA (2000). *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.
- Hunter, D. J. (1988). *Bridging the Gap. Case Management and Advocacy for People with Physical Handicaps*. London: King’s Fund Publishing Office.
- Hernández, M. (2003). “Tratamiento comunitario asertivo”. En *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. Actas II Congreso Rehabilitación en Salud Mental*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro*

blanco. Ministerio Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO.

- Llovet, M. et al. (2011). “Los peer workers como actores que activan la participación con personas y colectivos en situación de exclusión social”. En *Actas del III Congreso Anual de la REPS*. Pamplona.
- MSSSI (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ONUSIDA (2000). *Educación inter pares y VIH/SIDA: conceptos, usos y problemas*. Ginebra: ONUSIDA.
- Pérez Eransus, B. (2004). “El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión”. *Documentación Social*. N°. 135., pp. 89-108.
- Richmond, M.E. (1995). *El caso social individual: el diagnóstico social*. Madrid: Talasa.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Sarabia, A. (2007). “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”. *Zerbitzuan*. N°. 42., pp. 7-18.
- Servicio Andaluz de Salud (2010). *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Svenson, G.R. et al. (1998). *Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el SIDA a jóvenes*. Bruselas: Comisión Europea.