

PERSPECTIVAS Y PRIORIDADES EN ATENCIÓN INTEGRADA.

FERNANDO FANTOVA AZCOAGA
Consultor social
fernando@fantova.net

PALABRAS CLAVE

Atención integrada, bienestar, política social, complejidad, especialización.

RESUMEN

El concepto y las propuestas de la atención integrada parecen ir ganando terreno en nuestro entorno y la pretensión de este artículo es la de dar cuenta de algunas referencias conceptuales, percepciones exploratorias, propuestas clasificatorias y prioridades estratégicas, construidas por el autor a partir de su práctica cotidiana de la consultoría en materia de políticas sociales, en contacto, por una parte, con los agentes y productos de diversas comunidades de conocimiento científico y tecnológico de diferentes disciplinas sociales y, por otra, con los agentes que toman decisiones y realizan intervenciones en distintos ámbitos de las políticas de bienestar. Se concluirá priorizando: 1. La redefinición de los contenidos de las grandes ramas de la política social, en el proceso de construcción de unos nuevos servicios sociales universales. 2. La integración vertical o intrasectorial en las políticas públicas en busca de la flexibilidad para trabajar a la escala territorial adecuada. 3. La construcción de una arquitectura jerarquizada y homogénea a diferentes escalas para la gobernanza integral del bienestar y el desarrollo territorial. 4. La integración intersectorial de la atención, en mayor medida en ciertas interfaces. 5. El impulso público del trabajo en red en los ecosistemas sectoriales e intersectoriales de innovación tecnológica y social.

KEYWORDS

Integrated care, wellbeing, social policy, complexity, specialization.

ABSTRACT

The concept and proposals of integrated care seem to be gaining ground in our environment and the aim of this article is to account for some conceptual references, exploratory perceptions, classification proposals and strategic priorities, built by the author from his daily practice of consulting on social policies, in contact, on the one hand, with the agents and products of various communities of scientific and technological knowledge from different social disciplines and, on the other, with the agents who make decisions and perform interventions in different areas of welfare policies. It will be concluded prioritizing: 1. The redefinition of the contents of the major branches of social policy, in the process of constructing new universal social services. 2. Vertical or intrasectoral integration in public policies in search of the flexibility to work at the appropriate territorial scale. 3. The construction of a hierarchical and homogeneous architecture at different scales for the integral governance of well-being and territorial development. 4. Intersectoral integration of attention, to a greater extent in certain interfaces. 5. Public promotion of networking in sectoral and intersectoral ecosystems of technological and social innovation.

1. INTRODUCCIÓN.

Se elabora este artículo a partir de la práctica cotidiana de la consultoría en materia de políticas sociales, en contacto, por una parte, con los agentes y productos de diversas comunidades de conocimiento científico y tecnológico y redes de investigación de diferentes disciplinas sociales y, por otra, con las prácticas y los agentes que toman decisiones y realizan intervenciones en distintos ámbitos de las políticas de bienestar y, especialmente, de los servicios sociales. El concepto y las propuestas de la atención integrada parecen ir ganando terreno en nuestro entorno y la pretensión del artículo no es sino la de dar cuenta de algunas percepciones exploratorias y la de sugerir algunas propuestas de avance, siempre en posición de diálogo y con apertura a otras contribuciones más informadas y rigurosas.

Como señala Nuria Cunill-Grau, “observamos una recurrente invocación a la intersectorialidad como eje central de las nuevas políticas sociales. Incluso aparece como la nueva promesa en materia de gestión para acometer objetivos de transformación social. Sin embargo, usualmente existe tan escasa problematización sobre ella y se usa con sentidos tan generales, que suele diluirse la preocupación acerca de cómo se construye y cuál es el valor real que puede aportar a los resultados sociales” (Cunill-Grau, 2014: 6). Del mismo modo, especialmente en algunos ámbitos sectoriales que han alcanzado gran complejidad interna, se insiste especialmente en la integración intrasectorial (Ortún-Rubio y López-Casasnovas, 2002: 49-50), estando abierto el debate sobre el alcance y sentido de dichos procesos de integración vertical (Vázquez y otras, 2012).

A petición de la revista, se reelaborarán fragmentos de trabajos de diferentes tipos compartidos a través de fantova.net y, especialmente, se utilizará material generado en el proceso de elaboración de una ponencia recientemente presentada en el congreso de la Red Española de Política Social, inédita en el momento de entregar este artículo.

2. LA ESPECIALIZACIÓN DE LA ACCIÓN PRO BIENESTAR Y LA COMPLEJIDAD SOCIAL COMO DESENCADENANTES Y CONTEXTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA.

El desarrollo social incorpora, incluye o comporta procesos de creciente cualificación y especialización de actividades humanas (que se trasladan desde la esfera de las relaciones primarias o comunitarias a otras), de modo que las actividades de carácter profesional son construcciones sociales e históricas, precipitados de conocimientos, prácticas, regulaciones e instrumentos, reconocidas por parte de la sociedad y, específicamente, al menos, de las personas que se benefician de ellas y de las autoridades políticas. Se diría que una actividad u ocupación humana es considerada como *oficio* cuando se incorpora al tráfico de los intercambios económicos y va siendo afectada por regulaciones públicas específicas; procesos mediante los cuales se van configurando los que cabe denominar *sectores de actividad* (o ámbitos sectoriales o sectores económicos) con sus correspondientes ramas

o pilares (y órganos o departamentos) de política pública responsables. Para que a un determinado oficio lo llamemos *profesión*, parece que le pedimos un plus de conocimiento disciplinar y compromiso ético (Bunge, 1999: 394).

Las actividades profesionales y sus más o menos correspondientes disciplinas (entendidas como áreas de conocimiento reconocido como científico o basadas en conocimiento reconocido como científico) se construyen, en todo caso, en dinámicas de redes en las que pueden coexistir y dialogar diversos tipos de conocimiento (como el ético, el científico, el tecnológico o el práctico) y en las que podrían ejercer colaboración y tracción entre sí gran variedad de agentes: las universidades, otros centros formativos, centros de investigación, instituciones reguladoras, prestadoras de servicio, institutos de evaluación, entidades acreditadoras o certificadoras, organizaciones profesionales y científicas, defensorías de derechos, agencias de difusión, consultoras, entidades asociativas ciudadanas, industrias auxiliares u otros agentes, en el marco, idealmente, de estrategias públicas, sectoriales e intersectoriales, de investigación, tecnología e innovación. Diferentes agentes legitiman distintos tipos de conocimiento (Schön, 1988: 73).

Si se está diciendo que los ámbitos sectoriales de actividad y las profesiones y disciplinas que actúan en su seno son instituciones históricas y contingentes, cabe decir que especialmente históricas y contingentes, así como discutidas y conflictivas, son las *fronteras* dentro de y entre unas y otras actividades, profesiones, disciplinas y sectores. Por ello se ha dicho, por ejemplo, que “toda disciplina científica inventada para llenar un hueco interdisciplinario agrava el problema de la interdisciplinariedad en justo una disciplina más” (Wagensberg, 2002: 74). Seguramente, si comparamos los procesos actuales de emergencia de actividades, sectores, profesiones y disciplinas con los acontecidos en otros momentos de la historia, cabe decir que se trata de procesos más dinámicos, más rápidos, más interactivos. Daniel Innerarity, refiriéndose a los distintos sistemas sociales como “dinámicos, complejos y expertos” (Innerarity, 2015: 192), nos ubica en una “sociedad del conocimiento” (Innerarity, 2015: 339).

La otra cara de la moneda del proceso de especialización (y consecuente diferenciación funcional y estructural) podría ser el de integración, pues tan necesario es que las personas que nos atiendan sepan cada vez más sobre aspectos parciales de nuestras necesidades y de cómo abordarlas como que los servicios profesionales se organicen teniendo en cuenta que la persona portadora de las necesidades es una, que las diferentes necesidades las presenta ese ser humano único. Ciertamente, “toda actividad humana organizada (desde la formación de piezas de barro hasta el envío del hombre a la luna) plantea dos requisitos, a la vez fundamentales y opuestos: la división del trabajo en distintas tareas que deben desempeñarse y la coordinación de las mismas. La estructura de la organización puede definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas” (Mintzberg, 1991: 269).

Es esta necesidad de coordinación (en términos de Mintzberg) la que, a partir de los procesos operativos de servicio para dar satisfacción a necesidades (normalmente) individuales, va generando, por ejemplo, procesos de gestión y de gobierno y las correspondientes actividades administrativas o directivas, también de carácter profesional. Por eso, lo que hace un cocinero se parece muy poco a lo que hace una fisioterapeuta, pero la labor de la directora financiera de la cadena de restaurantes en la que trabaja el cocinero y la del director financiero de la empresa que emplea a la fisioterapeuta son muy similares. Y por eso la labor de la ministra de Industria se parece funcionalmente tanto a la labor del ministro de Salud.

Como se avanzaba antes, en el desarrollo de la esfera del Estado, de las instituciones políticas, de las políticas públicas como acción intencional del Estado para influir en parcelas de la vida social, se advierte la tendencia a especializar y estructurar las políticas públicas también por sectores de actividad. Tendemos a incluir entre las políticas sociales sectoriales aquellas en cuya cadena de valor para la prescripción, producción y dispensación de bienes y servicios han ido ganando peso estratégico las estructuras profesionalizadas del sector público (Greve, 2019: 11). Pues bien, se propone identificar la crisis de los cuidados (Pérez Orozco, 2014: 212-213) como el principal fenómeno social que está demandando (o, vista de otro modo, ofreciendo una importante oportunidad para) un replanteamiento global o sistémico del conjunto articulado de las políticas sociales.

La crisis de cuidados, desde cierto ángulo, puede ser vista como el aspecto más emergente de una crisis sistémica de la sostenibilidad relacional de la vida, entendiendo por tal la capacidad (siempre relativa e insuficiente) que alcanzamos las personas y las comunidades de vivir y sobrevivir gracias a nuestras relaciones primarias, es decir, las gratuitas y recíprocas que mantenemos en nuestras redes y entornos familiares, amistosos, convivenciales, vecinales o digitales. Relaciones primarias entre personas necesariamente diversas que se complementan y construyen mutuamente, pues, del mismo modo que la sostenibilidad ambiental dependería de que las actividades humanas promuevan (en lugar de destruir) la biodiversidad (entendida como la variedad de seres vivos en sus interacciones naturales), la sostenibilidad relacional se basaría en que los seres humanos cuidemos (y no socavemos) la necesaria diversidad humana (sexual, generacional, funcional y cultural) y las relaciones primarias existentes entre las diversas personas (Donati, 2018). Se ha definido la comunidad como “grupos o redes de personas que comparten un común sentido de pertenencia basado en conexiones compartidas tales como una proximidad geográfica, intereses, características sociodemográficas, experiencias, vínculos emocionales u otros propósitos comunes. Las comunidades pueden estar basadas en interacciones cara a cara o en conexiones virtuales o mentales que las entrelazan” (Baldwin y King, 2018: IXX).

Se propone aquí que la crisis de los cuidados y de la sostenibilidad relacional de la vida puede ser identificada, entonces, como eje principal de los procesos de cambio que estamos viviendo (Fantova, 2014: 65-90) en un contexto de digitalización de nuestra sociedad, que

está transformando profundamente el mundo económico y laboral y las dinámicas habitacionales y territoriales, generando nuevas oportunidades de inclusión social, pero, sin duda también, grandes amenazas de precarización, segregación y, en definitiva, exclusión laboral, residencial y, finalmente, social. Por otra parte, las propias políticas sociales y otras intervenciones pro bienestar más o menos conectadas con ellas, a su vez, son parte de la solución, pero también son parte del problema, en la medida en que se institucionalizan y, en algunos casos, pierden eficiencia y versatilidad; porque, en ocasiones, desencadenan efectos no deseados; o, en todo caso, porque, dando respuesta a ciertas necesidades y retos, generan otras necesidades y retos: contribuyendo de forma determinante al bienestar e inclusión social de muchas personas, pueden generar nuevas fronteras divisorias entre colectivos poblacionales y conflictos de interés entre ellos. Al respecto, por ejemplo, resulta creciente y crecientemente preocupante el denominado “chovinismo del bienestar”.

Por otra parte, el denominado tercer sector, que había emergido en el último cuarto del siglo XX como una esfera o agente diferenciado del mundo del mercado y de la institucionalidad pública y, pretendidamente, más cercano a (y sinérgico con) las relaciones y redes primarias de carácter familiar y comunitario, parece orientarse en exceso a la gestión de servicios profesionalizados financiados con dinero público e incumplir su promesa en la medida en que “los impulsos mercantiles y burocráticos parecen estar ganando terreno en Europa, y desplazando significativamente los voluntarios y cívicos que han caracterizado históricamente a este sector. Aunque hay significativas diferencias entre países y modelos de sociedad civil dependiendo de sus arreglos institucionales y políticas públicas, esta tendencia de desarrollo es evidente en cierta medida en todas partes y resulta importante desde el momento en que sitúa a las organizaciones del tercer sector en una perspectiva de supervivencia, privilegiando las estrategias de adaptación que prestan atención prioritaria a lo que se ha de hacer para sobrevivir. (Enjolras y otras, 2018: 216).

En estos diferentes procesos sociales a los que se ha hecho referencia, “la potencia productiva se acoge a la ley sistémica de que una mayor complejidad se logra por una mayor dependencia de menos factores más cruciales” (Vidal, 2018: 310) y “cualquiera de las intervenciones en el sistema afecta de modo más crucial e incierto, porque tenemos umbrales de garantía cada vez menores” (Vidal, 2018: 309). En definitiva, “son nuestros propios errores y los nuevos retos desencadenados por nuestra acción los que nos instan a tener que hacer más elevado el grado de complejidad” (Vidal, 2018: 308-309). Se ha de recordar, además que “la evolución tiene una componente vertical que afecta a la complejidad de los organismos, y otra horizontal que afecta a su diversidad” (Wagensberg, 2002: 44), de modo que “la evolución vertical ocurre cuando la incertidumbre arrecia y aumenta la complejidad de la vida” (Wagensberg, 2002: 44 y “la evolución horizontal ocurre cuando la incertidumbre amaina y aumenta la diversidad de la vida” (Wagensberg, 2002: 45).

3. ALGUNAS RESPUESTAS INSUFICIENTES O PROBLEMÁTICAS.

Puede ser frecuente que los individuos inmersos en la vida de las organizaciones no adviertan el carácter contingente e instrumental de las organizaciones creadas para dar respuesta a las necesidades humanas y el hecho de que, en diferentes contextos, se ha optado y se sigue optando por contornos, fórmulas y, en definitiva, diseños estructurales diferentes para similares funciones. Así, por ejemplo, si bien es común a muchos lugares el debate sobre la coordinación o integración entre los servicios de salud y los servicios sociales, las respuestas y desarrollos son bien dispares (Fantova, 2014: 365-368). Hay un núcleo duro de contenidos que suelen abordarse, sin duda, desde cada uno de esos dos ámbitos. Prácticamente en cualquier país desarrollado, si tenemos un grave accidente automovilístico, nos recogerá una ambulancia que nos llevará a un servicio de urgencias en un hospital, siendo que todos esos elementos formarán parte de algún tipo de sistema sanitario. Del mismo modo, si encontramos en la entrada de nuestra casa una criatura abandonada sin familia conocida, sabremos que los servicios sociales se harán cargo de ella.

Sin embargo, a medida que nos alejamos de esos núcleos duros, aumenta la variabilidad y la discusión sobre las necesidades que debe abordar cada uno de esos entramados de organizaciones de los que estamos hablando. Por eso cambian de un lugar a otro las fronteras entre estos sectores y entre estos y otros y los propios sistemas y la propia comprensión de las diversas necesidades. Una misma situación puede ser vista en un entorno como problema de salud, en otro como asunto para los servicios sociales, en otro como cuestión de seguridad o, en otro, como materia para los servicios de vivienda. Sin embargo, no hay forma de funcionar sin especializar a personas, equipos, organizaciones y sistemas en determinadas funciones, buscando después la manera de integrar (de forma más *blanda* o más *dura*) esas unidades (mayores o menores) que previamente hemos formado y posicionado. La situación social antes descrita está llevando, por ejemplo en el Reino Unido, a apostar por experiencias de integración más dura y a mayor escala que en nuestro país (Welsh Government, 2018). Ello, como suele recordar Manuel Aguilar, se entiende, entre otros factores, por la trayectoria y comprensión previa de la social care, mucho más focalizada en los cuidados que nuestros servicios sociales.

En España, cabe atreverse a decir que las valiosas experiencias reales de integración entre los servicios sociales y los servicios sanitarios no pasan de ser excepcionales islas en un mar de palabras confusas en el que las olas y las corrientes de los discursos se repiten sin cesar, sin que esas islas formen archipiélagos o emerjan como continentes: sin que surja ninguna experiencia de tamaño y consistencia suficiente como para que pueda considerarse mínimamente pertinente, eficiente, sostenible y modélica (Artells, 2015: 66). En este contexto resulta preocupante, por ejemplo, la reciente aprobación, por unanimidad, de la Ley 4/2018, de 2 de julio, de ordenación y funcionamiento de la Red de protección e inclusión a personas y familias en situación de mayor vulnerabilidad social o económica en Castilla y León, en la que

toda la responsabilidad es, prácticamente, para los servicios sociales (reforzados así como subsidiarios y residuales), y en la que se habla, entre otras cosas, de provisión y distribución de alimentos, de prestaciones y servicios para hacer frente a deudas hipotecarias e incluso de “servicios básicos de medicación”.

Colegas como Quim Brugué han utilizado la expresión “problemas malditos” (*wicked problems*, también traducida como “problemas retorcidos” o “problemas perversos”) para referirse a los que tienen que ver con el diseño de la integración intersectorial entre diferentes políticas públicas para la prevención o abordaje de situaciones complejas que reclaman el concurso importante de distintas ramas o sistemas de nuestros Estados de bienestar (Brugué y otras, 2015). Posiblemente, el hecho de que los servicios sociales universales procedan de la asistencia social residual, que, por definición, podía ofrecer a las personas excluidas una atención integral con prestaciones y servicios propios de varios sistemas (como, por ejemplo, alojamiento, atención sanitaria, alimentación o educación) hace que la integración horizontal entre los servicios sociales y otras ramas del bienestar revista especial complejidad y abunden las que podríamos calificar como soluciones inadecuadas.

Soluciones inadecuadas, por ejemplo, parecen aquellas que contribuyen a que los servicios sociales retrocedan y regresen a aquella pretendida atención integral residual. Esto sucede cuando profesionales sanitarias, educativas o de los servicios de empleo, por citar tres ejemplos, estiman que la complejidad de la situación de una persona a la que están atendiendo les justifica para desentenderse de ella y asumen la relación intersectorial con los servicios sociales como un mecanismo para pretender que los servicios sociales se hagan cargo globalmente de la persona en cuestión. Diciendo, por ejemplo, frases como “yo no he estudiado para tratar a este tipo de personas”, incompatible con la universalidad que se supone y la inclusividad que se espera de los servicios en los que dichas profesionales trabajan.

Solución inadecuada, en un sentido opuesto a la anterior, parece la pretensión de que un número importante de profesionales de la intervención social y otros recursos propios de los servicios sociales estén dentro de otros sistemas o dependan de ellos. No se trata, por ejemplo, de negar que haya cierta cantidad de profesionales de la intervención social fuera de los servicios sociales (del mismo modo que en los servicios sociales hay médicas, cocineros, arquitectas o artistas), pero cabe considerar inadecuadas las soluciones que, intentando fortalecer la intervención social en otros sistemas, contribuyen al debilitamiento, subordinación o instrumentalización de los servicios sociales.

Seguramente la principal causa estructural de que la integración intersectorial entre los servicios sociales y otros sistemas sea un problema maldito es que la operación de transformar la asistencia social-última red en un pilar sectorial y universal más del sistema de bienestar, con su cometido acotado y basado en el conocimiento, dista de estar completada, de modo que desde los servicios sociales y las profesiones de la intervención social se

emiten señales ambiguas y contradictorias sobre nuestro objeto y perímetro. Por ello, como se verá en el apartado final del artículo, podría proponerse que, a cualquier iniciativa (micro, meso o macro) de integración intersectorial, se le pregunte cómo contribuye a la necesaria reestructuración del sistema de bienestar que representa la desaparición de la asistencia social y la construcción de los servicios sociales.

Como otro ejemplo de desarrollo criticable cabe referirse al Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud, aprobado por el Gobierno Vasco, siendo llamativo que sea precisamente un decreto que dice asumir y aplicar el modelo de atención integrada aquel en que se retrocede en relación con algunos de los pasos que en el País Vasco se habían dado en lo relativo a la integración intersectorial entre políticas sociales. Por una parte, porque, según se desprendería de la lectura del texto, las organizaciones sanitarias sólo tienen relación con las de servicios sociales y nada se dice de la conexión con otras. Y, por otra parte, porque, en un claro retroceso frente al equilibrio entre los dos sistemas planteado en el Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, la única novedad del nuevo decreto en el aspecto intersectorial es la creación de una comisión sociosanitaria que depende jerárquicamente de la organización sanitaria (es una comisión de la OSI), que es dirigida por personal sanitario y que está compuesta por una mayoría de profesionales del sector de la salud.

Sin entrar aquí en la concepción que tiene el decreto acerca de la integración intrasectorial o vertical dentro del sistema de salud, en lo tocante a la integración horizontal o intersectorial, esta nueva norma reincide en conceptos técnica y jurídicamente indeterminados como los de “ámbito socio-sanitario”, “sector sociosanitario” o “espacio sociosanitario” y se permite señalar qué personas de los servicios sociales deberán formar parte de la citada “comisión sociosanitaria de la OSI”, eso sí, sin llamar a estos servicios por su nombre legal ni tomarlos como sistema y refiriéndose a unas, de nuevo indeterminadas, “área social de los ámbitos municipales” y “área social del ámbito de la diputación foral”.

La aprobación de este decreto puede ser vista como una nueva manifestación de la inexistencia efectiva de un modelo de integración intersectorial de políticas y, específicamente, en las políticas sociales, así como de la debilidad de nuestra gobernanza integrada del bienestar, agravada, seguramente, por la fragmentación institucional, que no rige, en lo fundamental, en el sistema sanitario, pero que sí afecta, claramente, a los servicios sociales, con fenómenos como el que el Defensor del Pueblo del País Vasco ha denominado de “doble llave” (Ararteko, 2016: 98), en virtud del cual el tránsito de una persona entre la atención primaria y la atención secundaria requiere el acuerdo de la institución responsable de un lado y de la del otro.

La siguiente historia, ficticia pero basada en hechos reales, intenta ejemplificar algunos de los problemas recogidos en este apartado del artículo:

8:00 horas. Ana, JUAP (Jefa de Unidad de Atención Primaria) del Centro de Salud del Casco Viejo de una ciudad del País Vasco, llega a su trabajo, rememorando el curso sobre salud comunitaria en el que acaba de participar y del que ha salido decidida a constituir una red de acción en salud, a la que invitar a participar a diversos recursos o activos comunitarios. Pone en Google las palabras “jefe+asistentes+sociales+Casco +Viejo” y el nombre de su ciudad y, en el listado de asistentes a un reciente congreso celebrado en Logroño, descubre a Yolanda, Coordinadora del Servicio Social de Base del Casco Viejo de su ciudad. Le llama y Yolanda accede encantada a participar en la reunión constitutiva de la red y se compromete a avisar a Roberto, su primo segundo, al que, casualmente, ha correspondido este año la dirección de una de las escuelas del barrio.

9:30 horas. Mikel, enfermero del Centro de Salud del que es jefa Ana, accede al domicilio de Emilia, un quinto piso sin ascensor, para unas curas en la pierna derecha, tras una caída a consecuencia de una madera carcomida que cedió en el suelo de su casa. Casualmente coincide allá con Miren, arquitecta de la Sociedad Municipal de Rehabilitación, que está efectuando una inspección del edificio. Miren invita a Mikel a tomar un café y le convence de que propongan a sus respectivas jefas reunirse pues, en opinión de Miren, el personal sanitario puede ser un valioso recurso para la detección de viviendas en mal estado. Cuando Mikel llega al Centro de Salud, se cruza con Ana, su jefa, y le dice: “Luego te cuento una cosa”.

11:40 horas. Ana tiene unos minutos para revisar el correo electrónico y lee uno colectivo enviado por Aitor, director de una asociación que trabaja en el barrio con niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Con la subvención de una fundación bancaria están empezando a implementar un proyecto de desarrollo comunitario y convocan a diferentes agentes para iniciar una dinámica de coordinación y trabajo en red.

12:10 horas. Javier, médico del mismo Centro de Salud atiende a Arantza, quien le pide un certificado médico para justificar ante Lanbide (Servicio Vasco de Empleo) su ausencia a una cita, que puede acarrearle la suspensión de la Renta de Garantía de Ingresos, el mismo día en que una policía municipal, en tareas de colaboración con Lanbide para la detección de fraudes en la Renta de Garantía de Ingresos, la había encontrado en su casa. Javier anota sugerir a su jefa, Ana, una reunión con el director de la oficina de Lanbide para, quizá, elaborar y acordar un protocolo de actuación para este tipo de situaciones.

13:25. Ana recibe la llamada de Roberto, primo de la Coordinadora del Servicio Social de Base, y, a la sazón, director de una de las escuelas del barrio. Él también quiere organizar una mesa intersectorial para abordar el problema del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) y otros como el absentismo y el abandono escolar

prematureo. Como Roberto ha accedido a participar en la red de acción en salud propuesta por ella, Ana se siente moralmente obligada a aceptar la invitación a la mesa intersectorial que propone Roberto.

13:55 horas. Los miembros del equipo del Centro de Salud del Casco Viejo de esta ciudad van llegando a la sala de reuniones, donde un comercial de una empresa farmacéutica les va a hacer una presentación, y van comentando algunos de los acontecimientos de la mañana. Ana escucha las propuestas de Mikel y Javier, recuerda las conversaciones que ella misma ha mantenido y el mensaje leído y, rascándose la barbilla, empieza a sospechar que hay algo que no están haciendo bien.

4. HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN Y UBICACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRADA.

La complejidad de las necesidades y situaciones a las que han de dar respuesta las políticas públicas y los diversos agentes interesados o implicados en ellas parece llamar, lógicamente, a algún tipo de colaboración entre diferentes agentes, de integración entre distintos procesos, de actuación conjunta de estructuras o de coordinación entre partes, que resulta innecesaria o improcedente cuando las necesidades o situaciones son más sencillas. Partiendo de la existencia de las políticas (sociales o no) y estructuras especializadas y, especialmente, de las que hemos denominado sectoriales, se plantea un esquema de clasificación de iniciativas o propuestas de colaboración o conjunción, en las que, se propone:

1. Utilizar el término *coordinación* cuando predomina la dinámica propia o autónoma de los agentes o las partes pertenecientes a uno o varios sectores de actividad.
2. Utilizar el término *dirección* cuando es una autoridad jerárquica (política) la encargada de la conjunción o coherencia de la actividad de las partes o agentes.
3. Utilizar el término *integración* en la medida en que determinados procesos (series de actividades, cadenas de valor) interprofesionales o intersectoriales cobran fuerza y estabilidad.

Por otra parte, podría diferenciarse cuando el marco de referencia de esa acción más o menos unificada o conjunta es:

- a. Ninguno en particular.
- b. Una política sectorial (es decir, referida a un sector de actividad, que opera dentro de su perímetro o que, en su caso, trabaja para que otros sectores contribuyan a su finalidad).
- c. Una política transversal (entendida como una política parcial que atraviesa a las políticas sectoriales con cierta autoridad funcional sobre aspectos de ellas).
- d. Una política integral (entendida como una política general que incluye a las políticas sectoriales, con suficiente autoridad jerárquica sobre ellas).

Ciertamente, habría que señalar que las diferentes dinámicas, procesos, funcionamientos o estructuras intersectoriales a las que nos hemos referido pueden combinarse:

- Con una mayor o menor integración vertical o intrasectorial de los agentes implicados.
- Con una mayor o menor dinámica colaborativa entre diferentes tipos y un número mayor o menor de agentes (de los tipos y de la variedad antes referidas).

Si se ha dicho que la dinámica de especialización permite repartir la actividad entre sectores de actividad, unidades organizativas o, finalmente, personas (más) capaces de hacerse cargo de cada parte, la dinámica de integración (unificación entre esas partes en procesos continuos) busca en última instancia que la persona usuaria o destinataria, en su itinerario de atención, no note cuándo pasa de un sector a otro, de una estructura a otra. En palabras de la Organización Mundial de la Salud, “la complejidad e índole intersectorial de la atención integrada (...) tiene la ventaja de distinguir entre la integración, es decir, el proceso mediante el cual los profesionales y las organizaciones se unen; y la atención integrada, entendida como el resultado experimentado por el usuario del servicio” (WHO, 2016: 4). La tecnología, entendida como la manera estandarizada y basada en el conocimiento (científico u otros) de realizar las actividades operativas propias de cada eslabón de las cadenas de valor es un factor determinante en los procesos de especialización o integración (Ortún-Rubio y López-Casasnovas, 2002: 7).

Según un estudio reciente, “si bien el enfoque de la integración intersectorial se centra a menudo en los servicios sociales y la atención de la salud, también existen otros acuerdos. La revisión muestra que la integración puede ser adaptada a un grupo objetivo en particular o diseñada para las comunidades en general” (Van Duijn y otras, 2018: 1). La OECD adapta y adopta una definición de la integración (tanto la vertical, intrasectorial, como la horizontal, intersectorial), como “un conjunto coherente de métodos y modelos relativos a los niveles de la financiación, la administración, la organización, la prestación de servicios y clínicos diseñados para crear conectividad, alineamiento y colaboración dentro de (y entre) diferentes sectores” (OECD, 2015: 16). “A pesar de tratarse hoy en día de un término y concepto muy en boga en el ámbito de la salud, y más en concreto, en el sector de la cronicidad, la atención integrada como paradigma emergente se reconoce en múltiples sectores, disciplinas y ámbitos: atención a mayores y envejecimiento, cronicidad, salud mental, cuidados paliativos, discapacidad y dependencia, atención a víctimas de maltrato y de violencia sexual, atención temprana a niños y niñas (...)” (OED, 2017: 12).

En definitiva, cabría entender que se va avanzando en algunos consensos acerca de los modelos de integración intra e intersectorial en y entre las grandes políticas sociales verticales (como la sanitaria, la educativa, la de servicios sociales, la de empleo, la de vivienda o la de garantía de ingresos), según los cuales todas estas políticas estarían llamadas a la integración interna y con el resto, con orientación comunitaria, sin subordinación de ninguna

política sectorial a otra, sin deconstrucción de ninguna de ellas, sin creación (salvo excepciones limitadas) de estructuras intermedias o intermediarias y apoyándose, en buena medida, en la digitalización de los procesos operativos, de gestión y de gobierno.

5. PRIORIDADES PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA HOY Y AQUÍ.

A continuación, para finalizar este artículo, se eligen, presentan y desarrollan brevemente cinco prioridades de avance, a partir de los marcos, análisis y planteamientos recogidos hasta el momento. Se trataría de razonar y trabajar en las siguientes cinco líneas de pensamiento y actuación:

1. La universalización y redefinición de los contenidos de las grandes ramas de la política social, en el proceso de transformación de la asistencia social residual en los nuevos servicios sociales sectoriales.
2. La integración vertical o intrasectorial en las políticas sociales y en otras políticas públicas en busca de la flexibilidad para trabajar a la escala territorial adecuada en el contexto de la crisis de la sostenibilidad relacional de la vida y de la globalización digital.
3. La construcción de una arquitectura jerarquizada y homogénea a diferentes escalas para la gobernanza integral del bienestar y el desarrollo territorial, superando la actual improvisación, profusión y confusión de iniciativas intersectoriales.
4. La integración intersectorial de la atención, en mayor medida en las interfaces calientes que son atravesadas por mayor número y mayor complejidad de itinerarios de las personas.
5. El impulso público del trabajo en red en los ecosistemas sectoriales e intersectoriales de práctica y conocimiento, favoreciendo la innovación tecnológica y social.

La primera prioridad se apoya en la constatación de que la mayoría de las necesidades de la mayoría de las personas se resuelve de forma adecuada y sencilla en cada uno de los diferentes ámbitos sectoriales y que su existencia y diferenciación, como sectores y sistemas, es racional y necesaria. Basta con que esté claramente establecido y comunicado lo que se puede esperar en cada uno de los sectores de actividad y la mayoría de la población, sencillamente, se dirigirá al agente adecuado (sea educativo o sanitario, laboral o de garantía de subsistencia, o cualquier otro) en cada momento, en términos generales.

Posiblemente, en el ámbito de las políticas sociales en nuestro entorno, la principal fuente de confusión en este momento es la situación de transición en la que se encuentran los sistemas públicos de servicios sociales y el sector de actividad de los servicios sociales en general, al proceder de la asistencia social, que no tenía el diseño de una política sectorial universal sino el de una última red residual. El consenso de la comunidad de conocimiento y de la legislación en nuestro entorno de considerar los servicios sociales como un ámbito sectorial más les obliga a una ciaboga o giro en el cual, por una parte, deben entregar a otros sectores algunas de las actividades que realizaban (lanzándoles el reto de hacerse cargo en mayor medida de los casos y situaciones complejas) y, por otra parte, al definir un perímetro

sectorial de carácter universal, deben rediseñar sus fronteras con otros sectores de actividad (reclamando, posiblemente, espacios ocupados por otros sectores, al menos para determinados segmentos poblacionales).

Ante el reto de proponer cuál podría ser vista como la parte o parcela de necesidades de las personas que constituiría la finalidad u objeto de los servicios sociales, el autor, desde un intento de recepción, sistematización y desarrollo de diversas aportaciones, viene proponiendo la “interacción” (Fantova, 2014: 120), de modo que el cometido de los servicios sociales sería prevenir, corregir o paliar desajustes en lo relativo a la interacción de las personas, con sus dos caras, facetas o dimensiones: autonomía funcional (con autodeterminación) para la vida diaria e integración relacional (familiar y comunitaria). Se entiende que otras funciones que realizan frecuentemente los servicios sociales (como aportar recursos para la subsistencia o alojar a las personas, por ejemplo) tendrían sus propios ámbitos sectoriales de referencia y que, manteniéndolas, los servicios sociales no pueden abandonar su condición subsidiaria y residual. La claridad del perímetro y el posicionamiento sectorial en este proceso resulta crítica, precisamente porque, como última red residual, la asistencia social se hacía cargo de una serie de casos complejos que, en el nuevo diseño, se ha entendido que no pueden ser abordados por ninguna de las ramas sino de forma integrada: la criatura en situación de desprotección no es enviada a la “ciudad de los muchachos” (a recibir educación, alojamiento, alimentación, atención sanitaria, acompañamiento social y acceso al empleo) sino que se aspira a que obtenga respuesta a cada una de sus necesidades en los servicios y sectores correspondientes, como el resto de las criaturas.

Esta claridad de definición de cada una de las ramas sectoriales incluye una arquitectura intuitiva y amigable en lo tocante a los accesos a cada uno de los sectores o subsistemas y en lo referido a las interfaces o puntos en los que los itinerarios de las personas les llevan de un sector a otro. Lógicamente, en la transición que supone el desmontaje de la asistencia social residual o última red se ha de ir modulando, con elasticidad y flexibilidad, el proceso mediante el cual los servicios sociales se van ciñendo a su objeto y reconociendo (o proponiendo) a otras ramas (sanitaria, laboral, residencial u otras) el suyo, deseablemente en un marco institucional de gobernanza participativa, multinivel e intersectorial, como se verá más adelante.

En segundo lugar, estamos llamando integración vertical o intrasectorial a la que se produce en el interior de un determinado sector de actividad o sistema público, entre estructuras que ocupan eslabones sucesivos en la cadena de valor, que abarcan ámbitos territoriales mayores o menores o que tienen jerarquía unas sobre otras. Las estrategias de integración vertical o de aplanamiento de las organizaciones surgen, en buena medida, como respuesta a la burocratización de éstas, que las torna ineficientes y, específicamente, menos flexibles para trabajar con los problemas a la escala adecuada. Seguramente, en nuestro entorno, es el sistema sanitario el sistema público del Estado de bienestar que en mayor medida está inmerso en los debates y las experiencias de integración vertical.

Los cambios sociales de los que se ha hablado y, específicamente, la crisis de la sostenibilidad relacional de la vida y la digitalización de muchos procesos sociales obligan a las organizaciones que intervienen en las políticas sociales, en ocasiones, a intervenir de forma muy microsocia, pero, en otros casos, a necesitar masa crítica poblacional y territorial para poder instalar determinadas intervenciones. Ello hace, por ejemplo, que una estructura rígida como la que tienen los servicios sociales en nuestro entorno, donde la atención primaria está encomendada a unas instituciones y la atención secundaria está encomendada a otras, rompa frecuentemente los itinerarios de las personas y dificulte la intervención con ellas. Además, se habla de un abordaje ecológico, un enfoque poblacional o una aproximación estructural, desde el momento que se ha entendido que es fundamental intervenir con los individuos pero que también lo es incidir en sus entornos familiares, comunitarios y sociales en general. El territorio (la proximidad) es una referencia clave porque los seres humanos somos cuerpos embebidos ecodependientemente en espacios físicos, aunque, como recuerda Enrique Pastor, procede un “cuestionamiento de la ‘comunidad’ en su dimensión exclusivamente espacial/territorial. La lógica del espacio es sustituida por el discurso de flujos de información, influencia y redes de relaciones” (Pastor, 2015: 33).

En el caso de los servicios sociales, la integración vertical habría de darse, por tanto, entre la actual atención primaria, en gran medida de gestión pública municipal (en un país con muchos municipios y de tamaño muy diferente, muchos muy pequeños), y la actual atención secundaria, de responsabilidad autonómica normalmente, en buena medida gestionada por la iniciativa social sobre la base de una segmentación y segregación de la población usuaria en los tradicionales colectivos vulnerables. Por ello, cabría impulsar proactivamente experiencias piloto, a las que los agentes que trabajan con colectivos segregados pudieran volcar su caudal de conocimiento y su capacidad de gestión, en las que intervengan con las personas en la comunidad, pertenezcan o no al colectivo poblacional con el que la han trabajado tradicionalmente. Teniendo en cuenta, además, que casi todo el mundo que va al hospital regresa a la comunidad, cosa que no sucede todavía cuando alguien accede a la atención secundaria de servicios sociales. Sea como fuere, tanto en los servicios sociales como en otras ramas de la política social, la digitalización de los procesos operativos, de gestión y de gobierno puede ser la gran aliada de la integración vertical.

Se anotaría, en tercer lugar, la necesidad de consensuar y construir arquitecturas públicas ordenadas y homogéneas para la gobernanza participativa, multinivel e intersectorial del bienestar y el desarrollo. Por ejemplo, a la hora de mejorar resultados en nuestras comunidades y territorios, Anna Randle identifica componentes como los siguientes:

- Compromiso con la comunidad y construcción de relaciones.
- Identificar (y trabajar con) los activos comunitarios locales (desde liderazgos existentes hasta espacios compartidos).
- Identificar otras organizaciones relevantes.

- Movilizar a la ciudadanía y construir redes sociales (que aporten identidad y apoyo).
- Construir capacidad y resiliencia comunitaria.
- Influir sobre comportamientos y normas sociales.
- Rediseñar los servicios públicos de primera línea para que actúen como parte del ecosistema local (Randle, 2017: 65-66).

Cabe suponer que, “si en el ámbito global la función de las instituciones públicas será cada vez más la regulación, en el ámbito local las principales competencias serán la prestación de servicios públicos en red con la colaboración de organizaciones privadas con ánimo y sin ánimo de lucro” (Ramio, 2016: 120). En el actual momento de desarrollo de las políticas sociales en nuestro entorno no parece aconsejable la profusión, improvisación, desorden, confusión e, incluso, saturación que existe en lo tocante a las iniciativas de carácter intersectorial. Se impone que una autoridad central (como una vicepresidencia) dirija unas estructuras de gobernanza intersectorial con partícipes claros y dinámicas establecidas. Una estructura que sea similar a la que pueda replicarse hacia arriba (en territorios más extensos) y hacia abajo, en territorios más pequeños. No parece aconsejable que cada agente que, en un territorio, se plantea la necesidad de algún tipo de dinámica intersectorial, pueda arrancar desde cero, sino que debe entenderse como responsabilidad de los órganos centrales de los gobiernos un cierto diseño de estructuras y facilitación de procesos: unos *lugares* preparados y caminos *asfaltados* para la gobernanza de la intersectorialidad.

En esta gobernanza intersectorial del bienestar es fundamental trabajar la intersectorialidad entre diferentes ramas las políticas sociales, pero también, de igual modo, la que se produce entre éstas y otras ramas de política pública identificadas como laborales y económicas o urbanísticas y ecológicas. La envergadura de la inversión social y su impacto obligan a este planteamiento intersectorial en el que van de la mano la sostenibilidad social, económica y ambiental. Ciertamente, en el caso de los servicios sociales, por ejemplo, “se debe reconsiderar, no sólo como un ‘coste’, sino como un sector económico importante con el potencial para brindar prosperidad inclusiva en toda la región. Alimentando una diversidad de proveedores de atención a escala comunitaria que harían que el sistema como un todo sea más resistente y centrado en la persona. También podría ser la plataforma central de una política económica que surja de las necesidades reales, las vidas cotidianas y los activos de las comunidades dentro de un área, en lugar de grandiosas estrategias basadas los centros urbanos que esperan ‘gotear’ hacia quienes están en la periferia demográfica y geográfica” (Powell y otras, 2016:45).

En cuarto lugar, no cabe duda de que determinadas interfaces entre determinados ámbitos sectoriales o subsistemas sectoriales del sistema de bienestar son zonas más calientes que otras, es decir, son (si se permite la expresión) *hubs* por los que discurren muchos más itinerarios e itinerarios más complejos que en otros. Para estas interfaces, los modelos de atención integrada intersectorial contarían con un abanico de herramientas como las siguientes:

- El cuidado en la continuidad de la intervención y los itinerarios intersectoriales, especialmente en momentos delicados de transición entre ámbitos, facilitados mediante la interoperabilidad entre sistemas de información sectoriales.
- La identificación proactiva de las situaciones y casos de menor o mayor complejidad social mediante sistemas preventivos de diagnóstico, valoración, evaluación y cribado en función de criterios de segmentación o estratificación.
- La protocolización de itinerarios tipo (o el establecimiento de estrategias compartidas) para determinados segmentos o perfiles poblacionales de cierta complejidad, flexibles para adaptarse personalmente a las características y preferencias individuales en los itinerarios intersectoriales.
- La instalación, cuando sean necesarios, de procesos intersectoriales de coordinación o gestión de caso, asumiendo el liderazgo del caso el sector cuya necesidad de referencia sea predominante en cada momento.
- La generación, en su caso, de servicios integrados (con prestaciones y profesionales propios de diferentes ámbitos sectoriales), de modo que, excepcionalmente, pueda darse, desde un sector, una atención integral.
- La necesidad, en cualquier modo, de trabajar la integración intersectorial en el nivel macro (con expresión presupuestaria), en el nivel meso (con gestión resolutive) y en el nivel micro (de modo que la persona no note las “costuras”).

Por último, en quinto lugar, en un modelo de atención integrada, se trata también de potenciar una más amplia y abierta construcción y dinámica de redes en los ecosistemas sectoriales e intersectoriales de práctica y conocimiento para favorecer la innovación tecnológica y social. Cabe suponer que, posiblemente, el aumento de la complejidad social impulsaría arreglos (*mix*) diversos entre sector público, tercer sector y otros agentes en los diferentes ámbitos sectoriales y un acercamiento menos ideológico y más pragmático a dichas articulaciones, atendiendo tanto a la inercia institucional (*path dependency*) como a las oportunidades de girar estratégicamente. La evidencia comparada parece clara en cuanto a la presencia habitual de estos grandes tipos de agentes (con distintos pesos y roles según sectores, países y, en definitiva, regímenes de bienestar) y en cuanto a la resiliencia de los arreglos entre ellos en los diferentes sectores de actividad en cada país (a pesar de la amenaza de las crisis económicas o las ideologías de los partidos que llegan a los gobiernos) (Del Pino y Rubio, 2016: 44). La ciudadanía podría estar abierta a un mayor o más estratégico papel del Estado (como Estado orientado a la inversión social), con lo que ello conlleva en términos de cotizaciones o impuestos, pero los poderes públicos y los otros agentes implicados habrían de presentarle una oferta creíble de valor para cada política sectorial en particular.

Sea como fuere, antes de entrar en el (legítimo) debate ideológico, político y técnico sobre el volumen (esfuerzo) de la inversión pública en el sector de los servicios sociales o en otros; sobre el peso y papel de las diferentes esferas (pública, comunitaria, solidaria y privada); o sobre la medida en qué queremos pagar los servicios mediante impuestos, cotizaciones,

copagos o precios o de otro modo; cabe, desde el diseño estratégico de políticas sociales, configurar, pilotar y aumentar de escala (Evers y otras, 2014: 24-25) “arreglos” innovadores que potencien mayores y mejores sinergias entre todos los agentes o esferas implicadas. Ello requiere, como señala Mariana Mazzucato, reconocer la importancia que, para los mercados, han tenido históricamente y siguen teniendo muchos conocimientos e innovaciones procedentes de fuera de ellos, el carácter “exploratorio, plural y de ensayo y error” de los procesos y la necesaria “capacidad creativa, adaptativa y exploratoria” (Mazzucato, 2016: 14) de los agentes y, específicamente de las agencias y estrategias públicas.

Esta profesora llama la atención sobre la manera en la que determinadas misiones (como mandar una persona a la luna en su momento) han dinamizado los diversos ecosistemas y redes sectoriales e intersectoriales de práctica y conocimiento con la variedad de agentes de la que antes se ha hablado. Misiones que sólo se entienden desde un liderazgo público en la innovación tecnológica y, posiblemente, desde un nuevo papel de los poderes públicos, apostando por versiones de la innovación social más “caracterizadas por la complejidad de su contexto social y geográfico y por el fomento de un cambio disruptivo en las relaciones de poder” (Parés y otras, 2017: 19) y por intentar aplicar el enfoque de innovación social que Frank Moulaert y otras denominan “de desarrollo territorial” (Moulaert y otras, 2017: 28) que apuesta por un enfoque comunitario, participativo y político.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Ararteko (2016): *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi*. Vitoria-Gasteiz.

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

Baldwin, C. y King, R. (2018): *Social sustainability, climate resilience and community-based urban development. What about the people?* New York, Routledge.

Brugué, Q. y otras (2015): “¿Inteligencia administrativa para abordar “problemas malditos”? El caso de las comisiones interdepartamentales” en *Gestión y Política Pública*, volumen 24, número 1, páginas 85-130.

Bunge, M. (1999): *Las ciencias sociales en discusión. Una perspectiva filosófica*. Buenos Aires, Sudamericana.

Cunill-Grau, N. (2014): “La intersectorialidad de las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico conceptual” en *Gestión y Política Pública*, volumen XXIII, número 1, páginas 5-46.

Del Pino, E. y Rubio, M. J. (2016): “El estudio comparado de las transformaciones del Estado de bienestar y las políticas sociales: definiciones, metodología y temas de investigación” en Del Pino, E. y Rubio, M. J. (edición): *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos, páginas 27-68.

Donati, P. (2017): “The good life as a sharing of relational goods” en *Relational Social Work*, volumen 1, número 2, octubre, páginas 5-25.

Enjolras, B. y otros (2018): *The third sector as a renewable resource for Europe*. Cham, Palgrave Mcmillan.

Evers, A. y otros (2014): *Social innovation for social cohesion. Transnational patterns and approaches from 20 European cities*. Giesen, Wilco.

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

Greve, B. (2019): “What is welfare and public welfare?” en GREVE, Bent (edición): *Routledge Handbook of the Welfare State*. London, Routledge, páginas 5-12.

Innerarity, D. (2015): *La política en tiempos de indignación*. Barcelona, Galaxia Gutenberg.

Mazzucato, M. (2016): *Building the entrepreneurial state. A new framework for envisioning and evaluating mission-oriented public investments*. Sussex, University of Sussex.

Mintzberg, H. (1991): *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona, Ariel.

Moulaert, F. y otros (2017): *Social innovation as a trigger for transformations. The role of research*. Brussels, European Commission.

OECD (2015): *Integrating social services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. Paris.

OED (Observatorio Estatal de la Discapacidad) (2017): *Modelos integrados de atención a la Discapacidad*. Madrid.

Ortún-Rubio, V. y López-Casasnovas, G. (2002): *Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*. Bilbao, Fundación BBVA.

Parés, M. y otras (2017): *Social innovation and democratic leadership. Communities and social change from below*. Cheltenham, Edward Elgar.

Pastor, E. (2015): *Trabajo social con comunidades*. Madrid, Universitas.

Pérez Orozco, A. (2014): *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid, Traficantes de Sueños.

Powell, D. (2017): *Social care as a local economic solution for the West Midlands*. London, New Economics Foundation.

Ramió, C. (2016): “Una Administración pública de futuro sostenible económicamente e innovadora en el contexto de la globalización” en *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 3-2, páginas 103-122.

Randle, A. (2017): “Location, location, location. Building place-based system change for better social outcomes” en CHWALISZ, Claudia y otras (edición): *New routes to social justice. Empowering individuals and innovative forms of collective action*. London, Rowman & Littlefield.

Schön, D. (1998): *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona, Paidós.

Van Duijn, S. y otras (2018): “Service integration across sectors in Europe: literature and practice” en *International Journal of Integrated Care*, 18(2), 6, páginas 1-13.

Vázquez, M. L. y otras (2012): “Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012” en *Gaceta Sanitaria*, número 26(S), páginas 94-101.

Vidal, F.(2018): *La Última Modernidad*. Maliaño, Sal Terrae.

Wagensberg, J. (2002). *Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? y otros quinientos pensamientos sobre la incertidumbre*. Barcelona, Tusquets.

Welsh Government (2018): *Integrated care fund*. Cardiff.

WHO (2016): *Integrated care models: an overview*. Copenhagen.

