
**LA CRONICIDAD EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS SOCIALES:
APORTACIONES PARA SU DISCUSIÓN**

***THE CHRONICITY WITHIN THE FRAMEWORK OF THE SOCIAL
SERVICES: CONTRIBUTIONS FOR ITS DISCUSSION***

Xavier Miranda-Ruche ¹
Alba Pirla-Santamaría ²
Ramón Julià-Traveria ³

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 10, nº 18, enero-junio 2020

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i18.11331>

¹ Universidad de Lleida (España)  <https://orcid.org/0000-0002-2224-0393>

² Ayuntamiento de Lleida (España)  <https://orcid.org/0000-0003-2028-2378>

³ Universidad de Lleida (España)  <https://orcid.org/0000-0002-6984-0337>

Correspondencia: Xavier Miranda Ruche. Universitat de Lleida. Departament de Geografia i Sociologia. Pl. Víctor Siurana, 1. 25003 Lleida (Epaña). e-mail: vmiranda@geosoc.udl.cat

Recibido: 12-10-2019 Revisado: 09-06-2020 Aceptado: 15-06-2020 Publicado: 30-06-2020

Cómo citar / How to cite:

Miranda-Ruche, X., Pirla-Santamaría, A. y Julià-Traveria, R. (2020). La cronicidad en el marco de los servicios sociales: aportaciones para su discusión. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 10(18), 94-115. doi: 10.30827/tsg-gsw.v10i18.11331

Resumen

En este artículo partimos de un trabajo de investigación realizado en los servicios sociales municipales del Ayuntamiento de Lleida, sobre población en situación de cronicidad. A partir de él, nos permitimos efectuar un conjunto de aportaciones sobre este fenómeno y el contexto en el cual se produce. En primer lugar, apuntamos la conveniencia de realizar un esfuerzo teórico para dotar de contenido el término *cronicidad*, dado que resulta un concepto demasiado vacío dentro de la esfera social, y, por tanto, de escaso valor técnico. Como hipótesis, planteamos su uso a modo de categoría conceptual, con el fin de que en ella se puedan integrar las diversas manifestaciones y tipologías asociadas al fenómeno. Seguidamente, tomamos en consideración el tratamiento de la cronicidad en el ámbito de la salud, y subrayamos el interés por ciertas líneas de trabajo de carácter proactivo, cuyas orientaciones pueden resultar significativas para el ámbito social. Finalmente, sostenemos la necesidad de profundizar en la base científica de las intervenciones que se llevan a cabo desde los servicios sociales -en este caso con el fenómeno de la cronicidad- como una vía estratégica que contribuya a superar las lógicas de actuación reactivas dominantes.

Abstract

In this article we are starting from a research work in progress which is carried out in the social services of a Spanish municipality about the population in situations of chronicity. On the basis of that research we want to point out a set of contributions on this phenomenon and the context in which it occurs. Firstly, we suggest the desirability of making a theoretical effort to provide content to the term chronicity, since this is a concept too empty within the social sphere, and therefore it has little technical value. As a hypothesis, we propose its use as a conceptual category, in order to integrate the various manifestations and typologies associated with the phenomenon. Then, we take into account the treatment of chronicity in the field of health, and we underline the interest in certain proactive lines of work, whose guidelines can be significant for the social sphere. Finally, we support the need to deepen on the scientific basis of the interventions that take place within the social services - in this case regarding the phenomenon of chronicity - as a strategic way which enable to overcome the reactive dominant actions in this field.

PC: Cronicidad; servicios sociales; sistema sanitario; conocimiento

KW: *Chronicity; social services; health system; knowledge*

Introducción

Las aportaciones que se realizan en este artículo deben contextualizarse en el intervalo de tiempo que transcurre entre la primera y segunda fase del proyecto de investigación-acción participativa sobre el fenómeno de la cronicidad en los *Serveis Bàsics d'Atenció Social* (SBASS) del municipio de Lleida. El inicio de la investigación -llevada a cabo conjuntamente por el equipo técnico de los SBASS del Ayuntamiento y la Universidad de Lleida¹- se remonta al año 2016. Esta parte de una propuesta realizada por las profesionales de dichos servicios municipales ante el malestar que se genera debido el deterioro de ciertas situaciones de familias y personas a las que se les venía prestando atención social por un largo periodo de tiempo. En este sentido, se manifiesta la voluntad de repensar las razones que subyacen a la percepción de una escasa efectividad de las intervenciones realizadas hasta ese momento, en dicho segmento de población.

Esta inquietud por profundizar ante el problema se canalizó mediante el estudio a través de diversos objetivos. De manera sintética, se puede apuntar que estos se concentraron en dos líneas de investigación. La primera de ellas dirigida a conocer, con mayor profundidad y perspectiva, los perfiles de las personas y familias en situación de cronicidad en los servicios sociales del municipio. Mediante la segunda se pretendió analizar las estrategias de intervención aplicadas por las profesionales sobre este grupo de población. El estudio, que integró un total de 967 casos -lo que representó un 9,38% del global de expedientes activos a enero de 2016- partió del factor temporal para diferenciar tres situaciones. En primer lugar, aquellas personas y familias atendidas de manera ininterrumpida a lo largo de los 10 años anteriores al 2016, siendo beneficiarias durante cada uno de los años de algún tipo de intervención, se las incorporó dentro del perfil *alta cronicidad* (un total de 403 expedientes). En segundo lugar, las personas y familias con un intervalo de atención continuado de 6 a 9 años dentro de los últimos 10, se las consideró *cronicidad moderada* (453 expedientes). Finalmente, la intervención realizada en un período comprendido entre 2 y 5 años, dentro de los últimos 10, se consideró *atención esporádica* (111 expedientes). Los resultados del estudio se presentaron en setiembre de 2018 y pueden consultarse en la publicación editada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya² (Pirla y Julià, 2019).

En la actualidad, una vez realizada esta primera fase del proyecto, se inicia la segunda mediante la cual se utilizan las principales conclusiones obtenidas para diseñar y articular un conjunto de acciones dirigidas a aquellos perfiles de población incluidos dentro de la

tipología *cronicidad moderada*. En este sentido, se acuerda la prioridad de desarrollar intervenciones preventivas de carácter grupal que eviten la continuidad de este grupo hacia la *alta cronicidad*. Estas intervenciones -en proceso de diseño en el momento de escribir este artículo- se implementarán a modo de experiencia piloto y serán monitorizadas y evaluadas mediante el contraste con diferentes grupos control.

Más allá de la implementación de esta segunda fase y de los resultados que estas acciones puedan conllevar -y que serán motivo de estudio y seguimiento para su divulgación científica- nos planteamos, en este momento, realizar algunas aportaciones surgidas en pleno proceso de actuación. En concreto, en un primer apartado del artículo discutimos teóricamente el fenómeno de la cronicidad en los servicios sociales, y nos planteamos la viabilidad del término a modo de categoría conceptual. A continuación, nos apoyamos en la lógica del sistema sanitario en materia de cronicidad, para realizar ciertos paralelismos que puedan servirnos de orientación para el *espacio social*. En el tercer apartado, presentamos algunos de los principales resultados obtenidos en la primera fase, y debatimos acerca de las implicaciones más amplias que conlleva teorizar este fenómeno dentro del contexto de crisis estructural que sufren los propios servicios sociales.

Cabe apuntar que, el conjunto de contribuciones que realizamos se nutren, en primer lugar, del trabajo de campo realizado y de los resultados obtenidos hasta el momento. En segundo lugar, de las discusiones generadas en el marco de un trabajo colaborativo entre el mundo profesional y académico. Finalmente, a partir del diálogo que se establece con los autores y las autoras presentes en las diversas referencias bibliográficas consultadas. Todo ello, se produce en el marco de un proyecto basado en un proceso circular de investigación, reflexión y acción, que, en último término, aspira a desarrollar estrategias que mejoren la prestación técnica que los servicios sociales ofrecen a la ciudadanía.

1. La cronicidad: ¿una categoría conceptual para los servicios sociales?

Las familias y personas en situación de cronicidad en los servicios sociales son uno de los perfiles habituales que integran el sistema de protección social. No pocas veces, la relación que estas mantienen con sus referentes se encuentra mediada por unas sensaciones de impotencia profesional ante la dificultad persistente de modificar sus proyectos de vida. Las intervenciones con resultados negativos, los diagnósticos poco claros, contradictorios o que no reflejan la situación real, así como los historiales de intervención prolongados en el

tiempo, son elementos presentes generadores de un malestar profesional que puede expresarse de diferentes formas: *burn out* (Lázaro, 2004); *furor curandis* (Rodríguez, 2003); *fatiga por compasión* (Campos, Cardona y Cuartero, 2017); *la angustia de la espera* (Coletti y Linares, 1997).

Por otro lado, la continuidad en el tiempo de situaciones caracterizadas por la dependencia hacia la prestación de servicios y la atención profesional, puede degenerar en las personas beneficiarias hacia una pérdida de responsabilidad sobre sus propias vidas, delegada en unas profesionales que, a su vez, sienten la aparición de este desgaste ante la imposibilidad de trabajar mayores cuotas de autonomía y superar dichas fases de estancamiento. Por este motivo, el factor tiempo resulta el elemento crucial en la cronicidad, en el sentido que las intervenciones realizadas de manera prolongada parece que no producen cambios sustanciales ni reportan soluciones ni avances dentro del contexto en el que se inscribe la persona o familia atendida. Por otro lado, este mismo elemento resulta un factor de riesgo acumulativo, ya que su prolongación puede resultar un exponente que daña la capacidad de hacer frente a los desafíos vitales que estas deben afrontar, haciéndose cada vez más dependientes de la ayuda de los servicios sociales, incluso apareciendo el riesgo de transmisión generacional.

En la lógica de nuestro proyecto, el uso del término cronicidad para referirnos a este conjunto de situaciones se integró con cierta naturalidad desde el inicio, hasta el punto de convertirse en el concepto que, de una forma intuitiva, mejor acomodaba las diversas manifestaciones del fenómeno que íbamos a abordar. No obstante, apuntamos cierta sorpresa cuando tras realizar una primera revisión bibliográfica que pudiera proveernos de elementos teóricos iniciales para nuestra investigación, encontramos una escasa literatura vinculada a este concepto. Con algunas excepciones, como por ejemplo en el contexto español las publicaciones realizadas por Escudero (2009; 2013), o el Proyecto PACT (Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2019), cabe decir que la mayoría de referencias no incorpora la cronicidad a modo de concepto o categoría en uso. Este aspecto contrasta de manera muy significativa con la abundante literatura existente en el ámbito sanitario y sociosanitario referente a la cronicidad. Incluso en este último, encontramos distinciones conceptuales específicas realizadas desde los organismos internacionales entre el cuidado prolongado perteneciente al ámbito de salud *-long-term health care-*, y aquel que lo hace al ámbito social *-long-term social care-* (OCDE, Eurostat, OMS, 2011).

Si bien el término cronicidad se caracteriza por su ausencia en el contexto específico de los servicios sociales y el trabajo social, cabe destacar la presencia de otros conceptos mucho más recurrentes, para referirse a aquellos perfiles de familias que reciben una atención dilatada en el tiempo. Así, nos encontramos con: familias multiproblemáticas (Coletti y Linares, 1997); familias multiasistidas (Nieto, 1997; Reder, 1985); familias desorganizadas (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman & Schumer, 1967); familias multiagencia (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 2006); familias envueltas con múltiples instituciones (Imber-Black, 1988); familias resistentes (Forrester, McCambridge, Waissbein, Emllyn-Jones & Rollnick, 2008); familias en crisis (Rapoport, 1962); familias en situaciones de crisis crónicas (Jaque, Sandoval y Alarcón, 2019); y familias multiestresadas (Jakob, 2018).

De todos ellos, el que presenta una mayor consolidación en la literatura nacional e internacional resulta ser el de familia multiproblemática. Acuñado en los años cincuenta del siglo pasado en los países anglosajones, es utilizado hoy de manera regular muy por encima de los otros términos señalados. Con él se describe una tipología de familia marcada por una disfuncionalidad severa y unos patrones caóticos de interacción. Cabe también indicar cómo algunos de los términos anteriormente listados se utilizan como sinónimos, incrementando así una cierta confusión terminológica (Rodríguez, 2003).

Aunque existen diferencias de criterio para su definición (González, 2004), partimos de las orientaciones generales de Van Brandenburg & Puts (2002), que definen la familia multiproblemática como una familia en la cual existe un amplio espectro de dificultades en múltiples áreas y por un período largo de tiempo, que afectan su funcionamiento de manera severa. Se destacan elementos vivenciales relacionados con el abuso de sustancias, la delincuencia, la agresividad, la negligencia o la prostitución (Matos & Sousa, 2004), y características de orden más general asociadas a la polisintomatología y las crisis recurrentes, la desorganización, el abandono de las funciones parentales y el aislamiento (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

De una forma más detallada y mediante una extensa revisión bibliográfica, Bodden & Dekovic (2016) listan cuáles serían las áreas más importantes que caracterizan esta tipología de familia y las describen en profundidad. En concreto, establecen siete dominios. En primer lugar, hacen referencia a los factores contextuales que implican dificultades de tipo socioeconómico, con un impacto muy sustancial en las condiciones materiales de vida y que actúan como desencadenante negativo para otros ámbitos, como el educativo. Cabe destacar que, aunque este es un factor reconocido, no exime de la presencia de familias

multiproblemáticas que disponen de un estatus socioeconómico alejado de elementos de pobreza y precariedad (Matos & Sousa, 2004). En segundo lugar, se indican déficits en el capital social fruto de las dificultades por establecer relaciones sociales significativas, dentro de un entorno comunitario. En tercer lugar, se presentan las perturbaciones que afectan la funcionalidad familiar, y que toman forma mediante diversas formas de conflicto intrafamiliar, junto con bajos niveles de resiliencia y cohesión, y sentimientos de alienación que impactan significativamente en la organización y la estructura de la vida cotidiana. En cuarto y quinto lugar, se subrayan los problemas parentales asociados con unas habilidades insuficientes o inadecuadas para la crianza, en ocasiones causadas por problemas conductuales, que conllevan la aplicación de mecanismos de socialización con los hijos/as que resultan perjudiciales para su desarrollo. En sexto lugar, se profundiza precisamente en dichos factores desencadenantes para los niños/as, que pueden ocasionar problemáticas en el ámbito escolar, así como en su contexto de grupo de iguales, hecho que conlleva una baja calidad de vida para estos. Finalmente, se indican los problemas de salud mental que afectan las familias multiproblemáticas, siendo un elemento característico el tratamiento de uno o varios de sus miembros.

Ya sea haciendo referencia a la tipología de familia multiproblemática como a las citadas con anterioridad, podemos indicar elementos transversales de orden general. Estos giran al entorno de la complejidad de gestionar la concurrencia de problemas que presentan; la severidad con que estos se manifiestan e impactan en sus proyectos de vida; la dependencia respecto de los servicios que las atienden; y, por último, la tendencia a la cronicidad de sus situaciones problemáticas. Desde una perspectiva profesional,

este tipo de familias requiere una tremenda inversión psíquica y emocional que tiene pocas recompensas ya que se sienten inundados con multitud de problemas de estas familias que a menudo parece como si no tuvieran interés en mejorar sus vidas (Escartín, 2004, p. 11).

Este hecho desencadena una multiplicidad de rotaciones profesionales a lo largo del proceso de atención en los servicios sociales.

Si bien apuntamos que la familia multiproblemática resulta un perfil importante dentro del total de personas y familias en situación de cronicidad que se atienden desde los servicios municipales del Ayuntamiento de Lleida, los resultados obtenidos en la primera fase de nuestra investigación nos muestran que esta no es una tipología que por sí misma pueda

representar el conjunto de atenciones que se realizan bajo esta lógica de atención dilatada en el tiempo.

Así lo evidenciamos mediante un primer análisis de clúster sobre los 961 expedientes que incluyen las tres tipologías de cronicidad. En él obtenemos tres perfiles significativos. Dos de los cuales hacen referencia a hogares de carácter unipersonal, y el restante lo hace a una familia nuclear. De la misma manera, si el análisis de clúster lo realizamos únicamente tomando la muestra asociada a la tipología de *alta cronicidad*, se obtienen dos perfiles significativos, uno de ellos se refiere a hogares con núcleo, en forma también de familia nuclear. En cambio, el segundo perfil vuelve a referirse a un hogar sin núcleo, de carácter unipersonal, formado por una mujer que vive sola (87,0%), con una media de edad de 75,7 años, pensionista (72,2%) y con la presencia de enfermedades orgánicas (48,5%).

Cabe destacar que el 30% de los expedientes incorporados en la investigación -en base al criterio de temporalidad señalado- se refieren a personas que viven solas. Por otro lado, un 15% son familias monoparentales. Las familias nucleares, extensas y las cohabitaciones representan un 31%, 11% y 7% respectivamente (Pirla y Julià, 2019).

La obtención de estos datos nos incita a señalar un primer aspecto relevante. Se trata de la necesidad de realizar un trabajo teórico más profundo, en el sentido que, bajo las dinámicas de atención profesional de larga duración que se realizan desde los servicios sociales, encontramos una realidad diversa y compleja que no puede reducirse ni describirse únicamente mediante el uso singular de términos como el de familia multiproblemática, o alguna de las variantes mencionadas. Derivado del anterior, un segundo aspecto que nos parece prioritario subrayar se dirige a diferenciar las nociones de cronicidad y complejidad. Así, resulta conveniente señalar que, si bien la complejidad en el abordaje de algunos de los casos que se atienden desde servicios sociales acostumbra a generar cronicidad, no debe darse por sentado la situación inversa. Es decir, encontramos personas y familias que requieren de unos apoyos, más o menos intensos, pero en cualquier caso continuados en el tiempo, como consecuencia de una situación de vulnerabilidad asociada a necesidades materiales, instrumentales y/o relacionales que afectan su autonomía y dependencia funcional. No obstante, no estaríamos refiriéndonos a abordajes profesionales que pudieran calificarse de complejos, como los que demandarían aquellos perfiles asociados a la familia multiproblemática.

En este sentido, entendemos que una manera de iniciar este cometido teórico sería mediante la exploración del término cronicidad como una categoría conceptual que, a modo de marco, permitiera integrar la pluralidad de manifestaciones con las que se presenta este fenómeno. Esta tarea facilitaría la elaboración y agrupación de unas tipologías y clasificaciones más exactas, que pudieran tener valor operativo para el abordaje profesional.

2. La analogía con el sistema sanitario

Innovar conceptualmente no significa crear un concepto nuevo, o cuando menos, no necesariamente. Puede ser también utilizar un concepto ya existente, e introducirlo dentro de un nuevo espacio y adaptarlo mediante una relación de semejanza a partir de algunas características comunes. Esta es una posibilidad que formulamos, a modo de hipótesis, con el concepto de cronicidad que venimos tratando, y su relación de semejanza con el sistema sanitario.

En el caso que nos ocupa, no es que el concepto de cronicidad resulte desconocido para el ámbito social. Sin ir más lejos, en nuestro proyecto este ha sido incorporado desde el inicio. Sin embargo, más allá de vincularse a elementos de temporalidad, resulta un término aún vacío teóricamente, y, por tanto, de escaso valor para ser procesado hacia la esfera técnica y aplicada.

Estableciendo el paralelismo, observamos que el uso del término cronicidad como categoría conceptual tiene un largo recorrido en el ámbito de la salud y el sistema sanitario. El arraigo es tal que, incluso en los ambientes profesionales ajenos al sistema sanitario, se relaciona la cronicidad con enfermedades crónicas, enfermos crónicos, paciente crónico, problemas de salud o gasto sanitario. En Catalunya, por ejemplo, el Departamento de Salud y el Centro de Terminología publicaron en el año 2013 el *Diccionario de la cronicidad*, que incluye definiciones para algunos de los términos -en concreto ochenta- más habituales en la atención de los problemas de salud crónicos. Tal como señalan los autores, se trata de una iniciativa que pretende ser una herramienta de utilidad para el debate científico y la acción profesional (Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y Centro de Terminología, TERMCAT, 2013). En este sentido, encontramos términos muy relevantes, como: *atención a la cronicidad; atención integrada; atención proactiva; atención reactiva; dependencia; paciente crónico; paciente crónico complejo*.

Este recorrido aventajado en el ámbito teórico del espacio de la salud conlleva que, en momentos en los cuales se dan las condiciones para repensar la articulación de las políticas de salud con las políticas sociales, éstas últimas presentan severas dificultades para incorporar el conjunto de elementos complejos que, por ejemplo, puede requerir una atención sociosanitaria continuada. Incluso en aquellos países en los cuales dicha integración resulta más avanzada -como en Escocia, Nueva Zelanda, Irlanda o Finlandia- se siguen señalando múltiples desigualdades entre los dos ámbitos. Por este motivo se apunta que el beneficio potencial esperado de estas integraciones se encuentra todavía en una fase muy incipiente (Pearson & Watson, 2018), y excesivamente decantado hacia el *continuum* asistencial sanitario (Leichsenring, 2004; Armitage, Suter, Oelke & Adair, 2009).

El desarrollo de una atención social más comprensiva y eficiente -ya sea dentro del ámbito sociosanitario o del propio sector social- requiere de unas herramientas teóricas y técnicas más completas que lo hagan posible. Estas deben permitir al sistema y a sus profesionales trabajar mediante modelos y acciones que integren la capacidad de anticipación de problemas y de discernimiento acerca de las intervenciones que resultan más necesarias. A su vez, deben permitir también conocer cuáles pueden resultar innecesarias o plantean una baja probabilidad de respuesta por parte de la población a la cual va dirigida. Como se apunta desde el Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña (CTESC), diversos factores macroestructurales hacen urgente esta tarea:

el incremento de la esperanza de vida; el envejecimiento poblacional; la discapacidad, dependencia y fragilidad; el aumento de la complejidad social debido al impacto del paro y el riesgo de pobreza y exclusión en las familias y las comunidades; la evidencia contrastada de la importancia de los determinantes sociales en la salud y la necesidad de abordarlos desde una perspectiva social más amplia (...); las transformaciones en los roles de los cuidadores y las cuidadoras, las familias y las redes comunitarias, en lo que se refiere a la atención de los cuidados (...) (CTESC, 2018, p. 10).

A pesar de la dificultad de realizar traslaciones directas de un sistema a otro -dadas las diferentes naturalezas que presentan cada una-, creemos de interés tener en consideración las diversas respuestas que desde la vertiente sanitaria se ha ido ofreciendo en los últimos años ante el fenómeno de la cronicidad, especialmente aquellas que han obtenido unos resultados positivos. En este sentido, una de las líneas de actuación que apuntamos se vincula a la estratificación de riesgos. Esta es una estrategia que supone un cambio de paradigma dado que pretende intervenir bajo una lógica anticipatoria. El uso de modelos

predictivos en el marco de esta estrategia –como por ejemplo el modelo de *Káiser Permanente* (Maeda, Lee & Horberg, 2014; Nuño, 2015) o el *Chronic Care Model* (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009) busca reconocer subpoblaciones mediante la identificación de pacientes en situación de cronicidad que precisen de un nivel de necesidad concreto y puedan beneficiarse de programas ajustados a sus características (Nuño, Contel, Orueta y García, 2013; Viguera, 2013). Se busca así, ofrecer una atención singularizada que pueda resultar más ágil y proactiva.

Para ello, resulta indispensable reconocer las variables más significativas asociadas al fenómeno, dado que se pretende distinguir aquellos pacientes según sus riesgos: ya sea en términos de padecer un problema de salud añadido; o de empeorar; o de incrementar los recursos asistenciales de los que hacen uso, así como su coste. En clave sanitaria, este modo de proceder está permitiendo la reducción de los ingresos hospitalarios y las estancias innecesarias (Nuño, 2007).

Como apunta Viguera (2013), a pesar de su utilidad, una de las críticas que recibe esta estrategia se vincula precisamente a la escasa incorporación de los factores de riesgo social en los modelos de estratificación. Una insuficiencia –provocada, sin duda también, por la severa asimetría en términos de financiación- que dificulta una intervención más temprana y que, como consecuencia, repercute en un incremento del propio gasto sanitario (Barker, 2014). Así, se apunta un largo sesgo que afectará la efectividad de los programas de atención integrados, mientras los profesionales sociales no puedan involucrarse de una manera más activa, mediante un conocimiento más profundo y la realización de aportaciones más concretas.

Más allá que desde el ámbito social pueda abordarse una línea de trabajo dirigida a hacer más efectiva la relación entre la *lógica del curar* y la *lógica del cuidar* (Subirats y Vilà, 2015), entendemos que esta debe ser, sobretodo, una oportunidad para llevar a cabo una acción reorganizativa más amplia que afecte de manera específica al funcionamiento de los servicios sociales. Existe una necesidad urgente de incrementar las formas de actuación proactivas -centradas en reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección- en detrimento de las intervenciones de carácter reactivo, hasta el momento mayoritarias.

3. El conocimiento como palanca de reorientación de los servicios sociales

3.1. Algunos datos de carácter empírico en relación a la cronicidad “social”

Volviendo de nuevo a nuestro proyecto, partimos del trabajo empírico realizado en la primera fase, la cual ahora nos permite, más allá de situar los principales perfiles asociados a la cronicidad, aproximarnos a las variables que, con mayor intensidad, actúan en forma de factores de riesgo ante la dependencia continuada hacia los servicios sociales.

Así, tomando en consideración algunas de las principales variables que se integraron en el estudio (Cuadro 1), realizamos el análisis bivariable (Tabla 1) y multivariable (Tabla 2). A continuación, podremos observar aquellas que presentan relaciones significativas con las diversas tipologías de cronicidad (*alta cronicidad; cronicidad moderada; atención esporádica*).

Cuadro 1. Principales variables incorporadas en el análisis

(1) Sexo	(8) Nivel de instrucción
(2) Edad ³	(9) Situación laboral
(3) Número de menores a cargo	(10) Beneficiario/a de renta mínima
(4) Barrio de residencia	(11) Número de rentas mínimas concedidas
(5) Grupo etnoterritorial	(12) Certificado de discapacidad
(6) Tipología de familia	(13) Presencia de enfermedades
(7) Número de miembros de la familia	

Fuente: Elaboración propia a partir de: Pirla y Julià (2019)

Tabla 1. Variables significativas con algunas de las tres tipologías de cronicidad establecidas, según el análisis bivariable

Análisis bivariable	
(4) Barrio de residencia	Observamos la vinculación de la alta cronicidad a dos barrios: Casco antiguo oeste y Mariola-bloques. Por su parte, la cronicidad moderada se vincula a: Ronda-Madalena y Escorxador. La atención esporádica a las Partidas.
(5) Grupo etnoterritorial	Destacan las personas de etnia gitana en la alta cronicidad; las personas autóctonas y latinoamericanas en la cronicidad moderada; y las personas autóctonas, latinoamericanas y del resto de Europa ⁴ , en la atención esporádica.
(6) Tipología de familia	La familia monoparental en la alta cronicidad y las cohabitaciones en la cronicidad moderada, son las dos tipologías relevantes.
(8) Nivel de instrucción	Se establece una relación directa entre un menor nivel educativo y una mayor cronicidad, siendo el analfabetismo un valor significativo en la alta cronicidad.
(9) Situación laboral	Destaca la situación de pensionista en la cronicidad moderada y el trabajo asalariado en la atención esporádica.
(10) Beneficiario/a de renta mínima	Esta resulta una variable vinculada a la alta cronicidad
(13) Presencia de enfermedades	La enfermedad mental en la tipología de alta cronicidad presenta la relación más relevante.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Pirla y Julià (2019)

Tabla 2. Conjunto de variables significativas con algunas de las tres tipologías de cronicidad establecidas, según el análisis multivariable

Análisis multivariable (valor estadístico significativo)	
(4 y 6) Barrio de residencia y Tipología de familia	La tipología de familia y el barrio de residencia presentan valor estadístico significativo con la cronicidad moderada y la alta cronicidad. Así, por ejemplo, podemos situar las personas solas que forman hogares unipersonales en los barrios de Cappont y Casco antiguo oeste (cronicidad moderada) y en los barrios de Escorxador y Ronda-Magdalena (alta cronicidad).
(4 y 5) Grupo etnoterritorial y Barrio residencia	Obtenemos relevancia estadística entre estas dos variables y la cronicidad moderada y la alta cronicidad. En este sentido, observamos que la etnia gitana en el barrio de Mariola-bloques es significativa para los dos tipos de cronicidad. Esta circunstancia se repite para las personas del resto de África ⁵ del barrio de Pardiñas (cronicidad moderada y alta) y las personas latinoamericanas situada en Ronda-Madalena (cronicidad moderada) y Casco Antiguo-oeste (alta cronicidad). Por la que respecta a personas autóctonas, están se sitúan en los barrios del Secá de Sant Pere y Cappont, dentro de la tipología de cronicidad moderada.
(5 y 9) Grupo etnoterritorial y Situación laboral	Como en las anteriores, el valor estadístico resulta significativo en las dos modalidades más severas de cronicidad. A modo de ejemplo, encontramos para la alta cronicidad las siguientes relaciones: personas latinoamericanas y de origen gitano que realizan trabajo sumergido; personas del resto de África vinculadas al trabajo asalariado; personas autóctonas que son pensionistas; mujeres de origen gitano que realizan labores domésticas.
(4 y 10) Barrio de residencia y Beneficiario/a de renta mínima	Encontramos valor significativo en la alta cronicidad con personas que son beneficiarias de esta prestación y viven en el Casco antiguo oeste, así como también en la atención esporádica por parte de personas que viven en la Zona alta.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Pirla y Julià (2019)

La obtención de estos resultados, combinados con el saber experto de las profesionales, y sumados a la información obtenida a través de los coloquios familiares (Marchioni, 1987) y los diálogos apreciativos⁶ (Barranco, 2011), nos deben permitir, más allá de realizar descripciones un poco más exactas de la situación, construir actuaciones preventivas más precisas dirigidas al segmento de población situado en la cronicidad moderada. De esta manera, y siguiendo el paralelismo con el sistema sanitario, tomamos las palabras de Nuño et al. (2013) cuando, al hacer referencia al uso de herramientas de estratificación de riesgos, indican que:

El interés del proceso de selección de pacientes crónicos con mayor riesgo no reside en identificar a personas que actualmente se encuentran en una determinada situación (por ejemplo, pacientes que por su estado de deterioro requieren tratamientos u hospitalizaciones especialmente costosos en el momento presente), sino en reconocer con antelación a aquellas personas que van tener un determinado perfil en un futuro próximo (...). Estos modelos se comportan como una pantalla de *radar* para identificar a estas subpoblaciones y posteriormente actuar sobre ellos en modelos de atención específicos (...) (Nuño et al., 2013, p.14).

3.2. Sobre la dificultad (y necesidad) de acción en un sistema en crisis

En su reciente informe de situación de los servicios sociales básicos, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña (COTS, 2018) incidía en señalar algunos de los retos que deberían ser abordados sin más dilación. En un lugar prioritario, se apunta a la cuestión del objeto, vinculada a la enorme dificultad por acotar unos límites de actuación que hasta el momento siguen definidos de una manera poco clara, y que conllevan una gran dosis de ambigüedad, y por consiguiente, de incertidumbre. Así, la necesidad de conceptualizar el ámbito de intervención en los servicios sociales que ya señalaban hace un tiempo Casado y Fantova (2007), continúa hoy en plena vigencia. A este respecto, diversos autores, como Pelegrí (2015) y Aguilar (2014), encuadran el debate en un primer eje de orden *macro*. En él indican la conveniencia de debatir (y decidir) la consideración de los servicios sociales en términos de *sector*, es decir con una tendencia universalizadora que tome en consideración a toda la ciudadanía, o bien, en términos de *nivel*, donde la orientación quedaría relegada a una intervención residual situada en el último eslabón que, desde un punto de vista asistencial, se enfocaría únicamente hacia el segmento de población más vulnerable. De

facto, esta posición es hoy vigente y se puede representar mediante la metáfora del *camión escoba* que ilustra Fantova (2015a), en el sentido que los servicios sociales se ocupan de los fracasos que los otros sectores de actividad presentan en el cumplimiento de la protección de su *objeto/bien*: “el empleo en el sector laboral; la salud en sanidad; el aprendizaje en educación; el alojamiento en el sector de la vivienda; o la subsistencia en la garantía de ingresos” (Fantova, 2015b, p. 51).

Entendemos que este es un debate crucial que interpela de manera directa al nivel político, y que en buena medida, de su abordaje derivan también las posibilidades de reorientación técnica de los servicios sociales que, como apunta el COTS (2018), se centran en: el predominio de la demanda económica y la tendencia a asumir un rol de expendedor de recursos; las intervenciones parciales y reactivas ante la presión que se ejerce sobre las profesionales; la falta de planes y modelos de actuación en los servicios sociales que superen el corto plazo; la enorme burocratización; la dificultad en establecer relaciones de vínculo e intervenciones sociales que puedan resultar transformadoras y que sean capaces de superar la superficialidad; y una práctica profesional que, en verse abrumada por la urgencia del corto plazo, no puede ocuparse de los condicionantes sistémicos en los que se ve envuelta.

El impacto que sufren las profesionales de primera línea ante el desgaste de enfrentarse día tras día a esta realidad, es ya muy considerable. A pesar de ello, observar la degradación progresiva del sistema, instalarse en la inacción y olvidar las posibilidades que aún quedan por explorar, no puede convertirse en una elección asumible para los agentes que, de una manera directa (profesionales) o indirecta (investigadores y docentes), nos vemos involucrados en este asunto. Por este motivo, el proyecto que llevamos a cabo trata de generar, desde la base profesional y académica, respuestas que puedan ser abordables -y al mismo tiempo ilusionantes- desde un punto de vista técnico, y que, a medio plazo, tengan la capacidad de efectuar un impacto en la cultura organizativa en la cual se inscribe.

A modo de conclusión

Reconociendo las muchas limitaciones y causas implicadas en la reordenación de los servicios sociales que quedan al margen de nuestro alcance, reivindicamos el valor del conocimiento básico que puede obtenerse a partir de la práctica cotidiana, como forma de contribución al debate. Cada vez más, entornos complejos como los que nos ocupan,

requieren de un mayor número de elaboraciones cognitivas que produzcan alternativas ante la rigidez y la lentitud de unas disposiciones normativas (Innerarity 2017) configuradas en el contexto del mundo sólido (Bauman, 2006). Es por este motivo que apostamos firmemente por profundizar en la base científica de las intervenciones que se realizan desde los servicios sociales como vía estratégica -de abajo a arriba- para impulsar su sostenibilidad.

Siguiendo la línea de trabajo que sustenta el proyecto, priorizamos el desarrollo de procesos de conocimiento sobre las causas y factores que provocan una demanda de atención continuada en el tiempo, con la vista puesta en el objetivo de la prevención. Esta es una línea que, a la vez que permite incrementar el valor de las intervenciones profesionales, puede potenciar también el posicionamiento de la vertiente técnica dentro del sistema, y ante la ciudadanía (Fantova, 2016).

Los procesos de conocimiento e innovación en el ámbito de los servicios sociales requieren, sobretodo, de una construcción compartida entre las profesionales, que solo puede darse mediante la dedicación de tiempo -siempre escaso- para reflexionar, dialogar, investigar, aprender y comprender mejor la realidad sobre la cual se está actuando. De esta manera, se pueden crear las condiciones para desarrollar un proceso de fortalecimiento interno que permita hacer aflorar una capacidad estratégica sustentada en estructuras de conocimiento (Brugué, 2017). Ante las amenazas y tensiones presentes, es imprescindible que la intervención social no pierda el rumbo de sus esencias y se asiente en una acción centrada en la *sostenibilidad relacional* (Fantova, 2016) a partir del acompañamiento a personas y grupos dentro de una dinámica de participación y fortalecimiento comunitario.

Para ello requerimos de innovaciones conceptuales -¿*cronicidad social*?- que estén convenientemente nutridas a partir de investigaciones de carácter empírico. Estas innovaciones pueden facilitarnos, no solamente precisar nuestros instrumentos y metodologías de intervención con grupos concretos, sino sobre todo hacer más inteligible y comprensible la compleja realidad que se aborda desde los servicios sociales. Sin este aspecto último, resulta prácticamente imposible aproximarse al primero.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, M. (2014). Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España. En: Lorenzo, F. (coord.). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014* (documento de trabajo 5.12). Madrid: Fundación FOESSA.
- Armitage, G.D., Suter, E., Oelke, N.D. & Adair, C. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* 9(17), 1–11. doi: 10.5334/ijic.316
- Barker, K. (2014). *A new settlement for health and social care*. The King's Fund. Recuperado de https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Commission%20Final%20%20interactive.pdf
- Barranco, C. (2011). Buenas prácticas de calidad y Trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 57-74.
- Bauman, Z. (2006). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Bodden, D. & Dekovic, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, 55(1), 31-47. doi: 10.1111/famp.12144
- Brugué, Q. (2017). *Innovació i empoderament en la lluita contra la pobresa*. Entitats catalanes per l'acció social (ECAS). Recuperado de https://acciosocial.org/wp-content/uploads/2015/11/innovacio_empoderament_lluita_pobresa_web.pdf
- Campos, J., Cardona, J. y Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de fatiga por compasión. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo social*, 24, 119-136.
- Casado, D. y Fantova, F. (coords). (2007). *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. Madrid: Cáritas Española y Fundación FOESSA.
- COTS (2018). *Situació dels serveis socials bàsics des de la perspectiva del treball social. Dictamen de revisió*. Diputació de Barcelona. Recuperado de <https://www1.diba.cat/liblioteca/pdf/60334.pdf>

- CTESC (2018). *Integració de l'atenció social i sanitària*. Generalitat de Catalunya. Recuperado de http://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf
- Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C. & Wagner, E.H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health affairs*, 28(1), 75-85.
- Coletti, M. y Linares, J. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós
- Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y Centro de Terminología, TERMCAT (2013). *Terminología de la cronicidad*. Recuperado de http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/terminologia_cronicitat-00001
- Escartín, M.J. (2004). Familias multiproblemáticas y servicios sociales. *Boletín informativo Trabajo Social*, 6.
- Escudero, V. (2009). *Guía Práctica de la Intervención Familiar*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- _____ (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- Fantova, F. (2015a). Identidad y estrategia de los servicios sociales. *Documentación Social*, 175, 105-132.
- _____ (2015b). Crisis de los cuidados y servicios sociales. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. *Revista de servicios sociales*, 60, 47-62.
- _____ (2016). *Conocimiento e innovación en Políticas Sociales*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid, 64-69. Recuperado de <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=2215>
- Forrester, D., McCambridge, J., Waissbein, C., Emlyn-Jones, R. & Rollnick., S. (2008). Child risk and parental resistance: can Motivational Interviewing improve the practice of child and family social workers in working with parental alcohol misuse? *British Journal of Social Work* 38(7), 1302–1319. doi: 10.1093/bjsw/bcl394

- Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León (2019). *Proyecto PACT. Diseño, ejecución y balance del proyecto*. Junta de Castilla y León. Recuperado de <http://www.pact-project.eu/wp-content/uploads/2019/09/Memoria-PACT-v5-2.pdf>
- Gómez, E., Muñoz, M.M. y Haz, A.M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé*, 16(2), 43-54.
- González, V. (2004). Familias multiproblemáticas, dificultades de abordaje. *Trabajo Social*, 6, 145-156.
- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems. A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guildford Press.
- Innerarity, D. (2017). El gobierno de los sistemas inteligentes. En: Diversos autores. SMART. Caminos hacia la sostenibilidad, 216-221. Madrid: Acciona.
- Jakob, P. (2018). Multi-stressed families, child violence and the larger system: an adaptation of the nonviolent model. *Journal of Family Therapy*, 40(1), 25-44. doi: 10.1111/1467-6427.12133
- Jaque, M.A., Sandoval, A.X. y Alarcón, M.C. (2019). Familias en situaciones de crisis crónicas: características e intervención. *Cuadernos de trabajo social*, 32(1), 165-176. doi: 10.5209/CUTS.56461
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burn out) en los trabajadores sociales. *Portularia*, 4, 499-506.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, e10, 1-18. doi: 10.5334/ijic.107
- Maeda, J.L., Lee, K.M. & Horberg, M. (2014). Comparative health systems research among Kaiser Permanente and other integrated delivery systems: a systematic literature review. *Perm J*. 18(3), 66-77.
- Matos, A. R. & Sousa, L.M. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 65-80.
- Marchioni, M. (1987). *Planificación social y organización de la comunidad*. Alternativas avanzadas a la crisis. Madrid: Editorial Popular.

- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. & Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2006). *Working with families of the poor* (2º Ed.). New York: Guilford Press.
- Nieto, L. M. (1997). Familias pobres y multiasistida. En Millán, M. *Psicología de la Familia* (201-227). Madrid: Promolibro.
- Nuño, R. (2007). Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 5(2), 283-292.
- _____ (2015). Kaiser Permanente: ¿qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial? *RISAI-Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 7(1). Recuperado de <http://www.risai.org/index.php/risai/article/view/11>
- Nuño, R., Contel, J.C., Orueta J.F. y García, A. (2013). *Guía para el desarrollo e implementación de herramientas de estratificación de riesgos*. O+Berri. Instituto vasco de innovación sanitaria. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/257921865_Guia_para_el_desarrollo_e_implementation_de_herramientas_de_estratificacion_de_riesgos
- OCDE, Eurostat y OMS (2011). *A system of health accounts*. OECD publishing. Recuperado de <https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>
- Pearson, C. & Watson, N. (2018). Implementing health and social care integration in Scotland: Renegotiating new partnerships in changing cultures of care. *Health & Social care in the Community*, 26(3), e396-e403.
- Pelegrí, X. (2015). Repensant la política de serveis socials per a un canvi d'època. *Pedagogia i Treball Social*, 7, 51-73.
- Pirla, A. y Julià, R. (coord.) (2019). *La intervenció social amb famílies en situació de cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Rapoport, L. (1962). Working with families in crisis: An exploration in preventive intervention. *Social Work*, 7(3), 48-56.
- Reder, P. (1985). Multi-agency family systems. *Journal of Family Therapy*, 8(2), 139-152.

- Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
- Subirats, J. y Vilà, T. (2015). És la salut un tema estrictament sanitari? Curar, cuidar i condicionants socials de la salut. *Revista de Treball Social*, 206, 66-81.
- Van Brandenburg, M. & Puts, M. (2002). *Intensive Medical Pedagogic Family Treatment. A methodology*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Viguera, L. (2013). *La cronicidad. Una reforma clave para nuestro sistema de protección social*. Dossiers del Tercer Sector. Núm. 30. Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. Recuperado de http://www.tercersector.cat/sites/tercersector.cat/files/dossier_la_cronicidad_una_reforma_clave.pdf

NOTAS

¹ El proyecto se enmarca en un convenio de colaboración establecido *ad hoc* entre las dos instituciones.

² La primera fase del proyecto fue ganadora de la VIII edición del premio Dolors Arteman, otorgado por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña, en la modalidad de mejor investigación a realizar. Este hecho reportó la concesión de financiamiento para su realización.

³ Algunas de las variables, como el sexo y la edad, toman datos de la persona referente de la familia que aparece en el expediente.

⁴ El indicador *resto de Europa* integra a las personas provenientes de países europeos que no forman parte de la Unión Europea.

⁵ En lo que respecta al continente africano, se establecieron dos indicadores mediante los cuales poder diferenciar a aquellas personas provenientes de los países del Magreb y aquellas personas del resto de países de África.

⁶ Ambas técnicas permitieron incorporar en el proyecto la visión que mantienen las familias y personas atendidas con respecto a su situación.