

Informe del diagnóstico de situación de la atención a las personas con trastorno mental grave y/o drogodependencias (TMG-D) en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia:

INTRODUCCIÓN

El presente documento es el resultado del trabajo realizado para responder a la propuesta del Servicio de Planificación y Evaluación de la Dirección General de Familia y Políticas Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de realizar un "Diagnóstico de la Situación de la Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia". Este diagnóstico se estructuró en tres ámbitos:

- **Ámbito 1, Personas con Trastorno Mental Grave** (en adelante TMG), con determinación de Grado de dependencia, por municipios, con prestación económica o servicio y con recurso asignado en centro de día, residencia o vivienda tutelada.
- **Ámbito 2, Mapa de Recursos** sanitarios y sociales públicos, concertados y privados destinados a la atención a personas con TMG
- **Ámbito 3, Red Funcional de Relaciones** entre los dispositivos sanitarios y sociales de atención a personas con TMG

Este documento está estructurado teniendo en cuenta los ámbitos descritos. La primera parte es el **Diagnóstico de los ámbitos 1 y 2** donde se indican los datos obtenidos sobre las personas con TMG según los criterios del apartado anterior, todas las tablas y datos reflejados están numerados entre P-1 y P-72.

A continuación hay un **informe de los ámbitos 1 y 2** que concreta buena parte de la información recogida en el diagnóstico previo y permite de tener una idea de la situación actual de la atención a las personas con TMG. Está numerado entre I-1 e I-9.

El documento finaliza con el **Informe del Ámbito 3**, en el que se reflejan con las opiniones vertidas por los profesionales que han participado en los grupos triangulares, la técnica utilizada para recabar la opinión y valoración del trabajo que se realiza en la atención a personas con TMG y que viene explicada más detenidamente al inicio del informe del ámbito 3. De igual manera, en el diagnóstico de los ámbitos 1 Y 2 está descrito el método de trabajo seguido para recoger los datos reflejados. Cuyos criterios y variables fueron seleccionados conjuntamente con profesionales de la Consejería.

INDICE

Introducción	1
Índice	3
Diagnóstico situación atención a personas con TMG Ámbitos 1 y 2	P-1
Personas con TMG	P-4
Mapa de Recursos	P-49
Informe Diagnóstico atención a personas con TMG Ámbitos 1 y 2	I-1
Informe Diagnóstico situación atención a personas con TMG Ámbito 3	1
Percepciones de la coordinación y el trabajo en red	4
Obstáculos y dificultades	6
Modelos de referencia	21
Propuestas para establecer estructuras de coordinación.	22
Conclusiones.	23

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Red funcional de relaciones entre dispositivos sanitarios y sociales de atención a las personas con trastorno mental grave por áreas sanitarias.

"No necesitamos coordinación, necesitamos mezclarnos".¹

Antecedentes y objetivos del estudio

El origen de este trabajo fue el interés de la consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de establecer un protocolo de coordinación sociosanitaria en la atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencia.

Con el fin de poder mejorar la atención, se considera necesaria la coordinación y la cooperación entre las diferentes entidades implicadas en la prestación de servicios a estas personas. Por tanto, el objetivo principal de este estudio es conocer si existen diferencias significativas entre las distintas áreas de salud de la Región de Murcia, en lo que se refiere al trabajo en red. Para lograr tal fin observaremos la percepción, valoración e interpretación que tienen diversos profesionales sobre el trabajo cooperativo, acercándonos a las visiones de diferentes profesionales, que desarrollan su labor profesional en el ámbito del Trastorno Mental Grave (TMG en adelante) sobre las tareas de coordinación dentro de sus funciones profesionales. Con ello se pretende realizar un análisis de la situación de la coordinación sociosanitaria en el ámbito comunitario y local entre los diferentes profesionales del sistema sanitario de y de servicios sociales.

Delimitación y caracterización de los participantes

Se estuvieron barajando diversas técnicas de investigación social, finalmente se optó por el grupo triangular, siguiendo, principalmente la propuesta de Jorge Ruiz (Ruiz, 2012). En la fase de diseño se tuvieron en cuenta diversos factores, con el fin de poder llevar a cabo una investigación que permitiera conocer cómo funciona la coordinación entre los diferentes recursos y servicios, de mano, de quienes la llevan a cabo, los profesionales. Se consideró necesario elegir una herramienta que permitiera generar una tensión entre el discurso individual y el grupal, descartando las entrevistas individuales, ya que era necesaria la confrontación de las diferentes visiones, de profesionales que necesitan coordinar sus intervenciones, ya que su trabajo requiere

¹ Frase pronunciada por una persona participante al intentar explicar la necesidad de compartir recursos y del trabajo cooperativo.

obtener información constante de otros profesionales, así como trabajo cooperativo para optimizar los recursos. El grupo triangular permitía "una tensión entre el habla individual y el discurso grupal, entre los posicionamientos de cada uno de los participantes y los elementos comunes o de consenso" (Ruiz, 2012: 147). Se consideraba necesario conocer las vivencias y experiencias sobre el trabajo que desarrollan los profesionales, por lo tanto era importante el discurso individual, pero también, nos interesaba generar discurso grupal, con el fin de conocer las peculiaridades de cada una de las áreas. Como hemos podido comprobar, existen diferencias en el desarrollo de modelos de trabajo en red, entre unas y otras localidades. De manera, que la técnica de grupo triangular nos ha permitido conjugar las dos visiones, la personal y la panorámica o general. De hecho hemos podido observar, en diferentes ocasiones como se contrastaban informaciones, o, por ejemplo, se llegaban a acuerdos para actuaciones futuras. Así mismo, frente al grupo de discusión, en el triangular los participantes se enfrentan a una exposición individual, lo que asegura que todas las personas intervengan, lo cual, se consideraba de gran importancia.

Otra de los motivos para elegir esta técnica, era que permite crear espacios donde las experiencias dispongan de protagonismo, ya que consideramos que era necesario generar dinámicas que permitieran aflorar cuestiones con fuerte carga emocional, debido a que cada profesional mantiene una gran implicación afectiva con su trabajo y las personas con las que lo desarrolla.

Necesitábamos también una herramienta en la que el moderador pudiera tener protagonismo, lo cual al ser un grupo reducido, ha sido posible. Esta técnica, frente al grupo de discusión, permite una mayor intervención por parte del moderador. De manera que este ha podido, como veremos posteriormente, plantear cuestiones de forma directa con el fin de que los participantes pudieran explicitar cuestiones que quizás con otra metodología de investigación no hubieran aparecido en el debate.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el mes de noviembre de 2016. Al comienzo de cada grupo se realizó una breve presentación, informando a los participantes sobre el carácter anónimo de los datos obtenidos. Consideramos, que era importante asegurar la confidencialidad, ya que eso, ha favorecido la generación de conversaciones muy fluidas, destacando también la fuerte implicación de los participantes. En consecuencia en el presente informe las menciones a las personas, cuando se realizan, se hacen recurriendo a un código, también cuando se ha considerado necesario, se han cambiado algunas características personales para evitar su identificación, siempre asegurando que el discurso no se viese afectado.

Las sesiones se desarrollaron en lugares, totalmente adecuados, no existió ningún problema relativo a la asistencia, lo cual es primordial en los grupos triangulares,

ya que si no están todos los participantes, no se podría realizar el grupo. Este ambiente propicio que se dio en los seis grupos permitió la creación de una atmósfera adecuada para que el grupo pudiera convertirse en un "laboratorio de ideas". Esta técnica necesita, igualmente, un alto grado de homogeneidad grupal, de semejanza entre los participantes. Sobre esto nos gustaría señalar, que consideramos que dicho propósito se pudo lograr, tan solo en un grupo, una de las intervinientes señaló, el hecho de que otro de los participantes desarrollaba las funciones de coordinación en el centro de salud mental, lo que consideraba que podía suponer una dificultad, ya que sus funciones asignadas difieren, una más centrada en la intervención directa y la otra en la gestión de personal, recursos y medios. No obstante, finalmente, esto le permitió a esta profesional, conocer mucha información de primera mano, sobre tareas de gestión y las dificultades existentes, así como al coordinador conocer realidades diferentes a las de su día a día, de hecho ella, desde su rol de trabajadora social pudo hacer propuestas concretas, sobre realidades desconocidas por parte de los profesionales de los centros de salud mental, ya que tienen que ver con personas que no acuden al mismo, ya que se encuentran en grave situación de exclusión social. Cabe señalar que en otro grupo se dio una situación parecida, ya que una de los profesionales, pertenece a un servicio municipal que interviene habitualmente con personas sin hogar, estas personas no acuden a los centros de salud mental, limitándose su relación con el sistema sanitario, en la mayoría de los casos a los servicios de urgencias de los hospitales.

Esta técnica ha permitido también generar un sentimiento de pertenencia, en este caso, al territorio. Esto ha sido de gran utilidad con el fin de conocer las diferentes peculiaridades de cada localidad, lo que ha facilitado realizar una descripción y valoración de todos los recursos existentes. Para ello el moderador se permitía, ir contrastando determinados hechos con los sucedidos en otros territorios, realizando *provocaciones amables* (Ruiz, 2012:157), al informar sobre los avances de otras áreas, o sobre las propuestas realizadas en encuentros sociosanitarios realizados anteriormente en el territorio donde se desarrollaba el grupo triangular.

Hay que mencionar, además, que fue posible generar un proceso basado en datos e informaciones que nos permitió extraer algunas conclusiones sobre las posibles causas, elementos condicionantes y determinantes en lo relativo al trabajo cooperativo y en red en el ámbito de la atención a personas con trastorno mental grave.

Aunque el planteamiento de las conversaciones permitía mucha libertad en el discurso, el moderador pudo establecer, siempre cuatro áreas temáticas, que son las que utilizaremos a continuación para estructurar este informe:

1. - ¿Qué es para tí la coordinación?: *Percepciones de la coordinación y el trabajo en red.*

2. - ¿Qué dificultades encontraréis para llevar a cabo la coordinación?: *Obstáculos y dificultades.*
3. - ¿Conocéis otras experiencias de coordinación?, ¿os sirven como referencia?: *Modelos de referencia.*
4. - ¿Cómo lo harías tú?, ¿cuál piensas que debería ser el modelo de coordinación?: *Propuestas para establecer estructuras de coordinación.*

Al finalizar los grupos triangulares se realizaron las transcripciones y posteriormente el trabajo se centró en el análisis e interpretación de los discursos individuales y las dinámicas grupales con el fin de poder identificar las diferentes posiciones respecto al trabajo cooperativo. Para ello se fueron extrayendo diferentes *fracciones discursivas* (Colectivo IOE: 2010). En una fase posterior se procedió a inscribir cada una de estas fracciones en bloques discursivos, con el fin de generar una estructura analítica que permita ubicar las principales dificultades, contradicciones, generación de espacios de confort, miedos, etc., que obstaculizan la creación de modelos de trabajo diferentes. Una vez identificadas estas fracciones y separadas en cuatro bloques, se trató de establecer interpretaciones contextuales con la pretensión de poder explicar las diferencias discursivas a partir de los discursos individuales y los discursos de grupo que fueron brotando.

1. Percepciones de la coordinación y el trabajo en red

En todos los grupos se comenzó pidiendo la visión que tenían los participantes sobre la coordinación y el trabajo cooperativo. No nos hemos encontrado ningún caso en el que no se defendiera el trabajo en red como imprescindible para poder ofrecer un modelo de intervención basado en la persona. Una de las *provocaciones amables* del moderador estaba relacionada con la dicotomía, derivación, versus, coordinación. Ha sido muy palpable que todos los participantes muestran de manera clara las diferencias existentes entre ambas.

M1: Cuando todos los recursos trabajan en una misma línea y sobre todo centrado en este caso en el paciente o usuario. Una derivación, si no hay continuidad de cuidados que es lo que suele haber, que lo coja prácticamente otra persona el caso y el paciente, cuando hay coordinación aunque haya esa derivación, si que sigue habiendo mecanismos para que todo el mundo intervenga con esa persona a la vez.

M3: Para mi coordinar supone compartir, compartir en igualdad y compartir sobre todo responsabilidad, compartir decisiones, compartir líneas de actuación, compartir objetivos(...).

C1.3: (...) pues para mí la coordinación, yo veo al paciente con enfermedad mental, lo veo como en el centro ¿no? y alrededor suya giran muchísimos profesionales, muchas instituciones, está el centro de salud mental, está servicios sociales, está el juzgado, está la policía, está el tercer sector, entonces, coordinación no es que yo coja el teléfono y marque a un trabajador social y le diga, mira esto, esto, para mí la coordinación es marcar unos objetivos comunes, que todos vayamos a un fin común con el paciente (...).

Mu2: Que todos los profesionales tuvieran unos mínimos de coincidencia, o sea, que por lo menos estuvieran de acuerdo en las líneas básicas o en los objetivos básicos que se quieren trabajar, además del usuario o de la persona, los profesionales estuvieran de acuerdo, o aceptaran la línea de trabajo y más o menos hubieran unos objetivos comunes tanto por el usuario como por los profesionales que van a intervenir (...).

AG2: sí, yo creo que un instrumento de trabajo, es una herramienta, es una herramienta de trabajo más, un instrumento de trabajo que nos da la posibilidad de hacer lo que han dicho ellas, entonces, crear equipos multiprofesionales, con distintas visiones para tratar a una persona a la hora de intervenir sobre una persona, pues para nosotros es un mundo, un mundo nuevo. Y que de esos recursos, en la zona donde, en la zona en la que estás trabajando, porque has estado acostumbrado sin ese tipo de recursos, en el momento que hay un recurso, para nosotros es un instrumento de trabajo bestial.

2. Obstáculos y dificultades

Llegados a este punto, era necesario indagar en las dificultades y los problemas que encuentran los profesionales para llevar a cabo un trabajo acorde a las definiciones que nos ofrecían. Aunque será preciso previamente señalar que en todas las áreas de salud se ha encontrado algún tipo de acción o actividad de coordinación sociosanitaria, y que todos los profesionales han mostrado su interés y disponibilidad para llevar a cabo dichas tareas. En todos los recursos donde trabajan los profesionales desarrollan actividades de puesta en común de información y coordinación del trabajo a nivel interno. Cabe destacar en el ámbito sanitario los llamados PAC, u otros ejemplos como reuniones de supervisión de casos en el ámbito de los servicios sociales municipales, o estructuras muy consolidadas de reuniones de equipo en las asociaciones. Deseamos

subrayar igualmente que en todos los casos analizados se han detectado procesos de coordinación de carácter bilateral, es decir, entre dos entidades, servicios sociales y el centro de salud mental, o de este con la entidad sin ánimo de lucro. Habría que decir también que siempre hemos percibido buena sintonía entre dos de los profesionales participantes. Es así que hemos conocido en todos los territorios experiencias de trabajo cooperativo entre dos profesionales. Ahora bien, la diferencia significativa la apreciamos cuando se trata de establecer estructuras estables de coordinación en la que estén implicadas más de dos entidades y que tengan un carácter de permanencia en el tiempo y una vocación de continuidad y de dar cabida a todos los organismos o entidades involucradas en el trabajo con un caso concreto de TMG. Es por esto que nos hemos permitido utilizar un pequeño recurso literario para enmarcar las características de los diferentes territorios. De manera que hablaremos de, el *lugar de lo posible* (Molina de Segura y Águilas), y el *lugar de la utopía* (Murcia, Cartagena y Alcantarilla).

El lugar de lo posible:

Agruparemos bajo esta denominación a aquellas áreas de salud, donde han logrado la puesta en marcha de espacios de coordinación estables y continuados en el que participan más de dos entidades. En Molina de Segura y Águilas hemos encontrado modelos de trabajo en red muy avanzados, donde existen reuniones de gestión de casos con una periodicidad fija, en las que participan representantes de los servicios sociales municipales, del centro de salud mental y de la asociación de la zona. Estas estructuras permiten generar atenciones globales con implicación de todos los agentes durante el proceso. Incluso en Molina de Segura se ha creado un protocolo y se generan estructuras partiendo de lo ya existente, como por ejemplo, se está empezando a contar con los pacientes y sus familiares, para que participen las PAC, ya lo hace la entidad sin ánimo de lucro de manera habitual.

Profundizando en lo anteriormente expuesto, destacar que en ambos casos estas estructuras de trabajo en red surgen gracias a la iniciativa de los profesionales. A su vez nos llamó la atención la gran sintonía y coincidencia en objetivos, visión del trabajo en red, percepción de los modos y maneras de desarrollar la intervención en el ámbito de las personas con TMG entre dos de los profesionales, en Molina de Segura. De manera análoga se detectó una situación similar en el caso de Águilas.

La información obtenida en estos se ha ido compartiendo en los otros tres territorios durante el desarrollo de las sesiones. Más adelante veremos algunas de las dificultades que han encontrado en estos territorios y los nuevos retos que afrontan.

El lugar de la utopía:

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define "utopía", como, "plan, proyecto, doctrina o sistema deseables que parecen de muy difícil realización". Como un objetivo de difícil realización, detectamos que percibían, una coordinación como la que hemos descrito en el apartado anterior, los profesionales de los otros tres territorios analizados. Con todo señalar que existen coordinaciones muy consolidadas, de modo bilateral. Por ejemplo en Cartagena, son habituales los contactos entre la trabajadora social del Centro de Salud Mental y las trabajadoras sociales de servicios sociales municipales o de las asociaciones. O entre estas y el personal del ETAC. O en Alcantarilla entre los profesionales de la asociación y la trabajadora social del Centro de Atención Primaria. Además en esta localidad se está iniciando un proceso de coordinación entre el centro de salud mental y los servicios sociales municipales. También son habituales coordinaciones de este tipo en Murcia. Estos contactos permiten compartir información, realizar actuaciones de manera conjunta...

Aunque todos los participantes coinciden en la necesidad de avanzar hacia un modelo similar al del *lugar de lo posible*, lo perciben como complicado, debido principalmente a la carga asistencial, al gran número de pacientes atendidos y de profesionales implicados, así como a la falta de apoyo institucional. Por lo que se refiere a Alcantarilla a lo anteriormente expuesto se le añadiría el hecho de carecer el Centro de Salud Mental, de trabajador social, es el único centro, de los que han participado en el estudio, que no dispone de esta figura profesional.

Tanto en Cartagena como en Murcia hemos podido conocer experiencias de trabajo en red, en el ámbito de lo social, en la intervención con Personas Sin Hogar, por lo que existen profesionales, que ya participan en experiencias de trabajo cooperativo consolidadas.

¿Qué dificultades encuentran para llevar a cabo un trabajo en red?:

- Falta de apoyo institucional:

Sin duda, ha sido una constante, el reclamar más apoyo institucional para poder desarrollar modelos de trabajo en red. De hecho, en uno de los sitios donde existe un modelo de trabajo en red, se ha buscado el respaldo institucional, a través de una iniciativa que consistía en que el pleno del ayuntamiento de la localidad, aprobara el protocolo de coordinación sociosanitaria que llevan a cabo, desde el centro de salud mental, una de las entidades sin ánimo de lucro y los servicios sociales municipales.

M3: (...) se le dio un reconocimiento, un formato, para que el ayuntamiento tuviera, se aprobará en pleno, es que como que te aprueban y te dicen que lo haces bien, no, no sé una acreditación (...).

Hemos podido percibir entre los profesionales que han colaborado en este estudio que las experiencias de coordinación existentes surgen del ámbito de lo que uno de los participantes, denominaba, *las trincheras*, es decir, los trabajadores, que se encargan de la atención directa a los pacientes y usuarios, (trabajadores sociales, enfermeras, psiquiatras, psicólogos...). Conforme a esta percepción sienten la coordinación como algo imprescindible para poder realizar su labor profesional de manera adecuada.

M3: (...) para el espacio de coordinación cuanto tiempo tenemos, es verdad que facilita mucho, pero como que es un extra, por eso lo de pasarlo por pleno y darle un poco más de peso institucional, vamos a protocolizarlo y que esos espacios estén definidos y que sea tan importante ir a una reunión de coordinación y ponernos de acuerdo en que va a pasar con ese caso como la intervención que le doy (...).

C1: claro, imagínate que el coordinador del centro de salud mental, en este caso, a esta enfermera le dice, ah, sí, me parece estupendo y además es que voy adquirir esa idea como mía y como parte del centro (...).

En los territorios que hemos denominado *lugar de la utopía*, se percibe la coordinación, como algo que surge únicamente de la voluntad de los profesionales, considerándose esta una de las principales causas que motivan que no existan modelos efectivos:

Mu2: yo creo que la coordinación no puede funcionar en cuanto está basada en la voluntad del profesional, no en una directriz de la institución, o sea, a la institución le da igual si hoy tu estás atendiendo a la persona o estás en la reunión, la institución no te pide eso, la institución quiere ver que todos los expedientes salen, (...) pero no quiere tener quejas de los pacientes, ni de los usuarios, pero la institución no te da unas directrices claras, entonces, tu dependes de la voluntad del profesional.

En los que hemos llamado, *lugar de lo posible*, se muestran satisfechos con lo logrado, tanto, en cuanto consideran que ha mejorado la atención a los pacientes/usuarios, aun así, deseamos subrayar que sienten que estos modelos no están suficientemente apoyados por figuras administrativas y/o jurídicas de peso que permitan su mantenimiento, en el caso, por ejemplo, de que se den cambios de personal (algo que como veremos posteriormente es visto como otro gran obstáculo). Baste como muestra, una conversación entre dos profesionales, que han puesto en marcha un modelo de coordinación:

M3: a mí eso me preocupa,

M1, que te vayas del centro de salud mental

M1: ¿que se vaya quién?

M2: que te vayas tu

M3: porque pivota tanto en relación a la persona y el cambio ha sido tan grande desde que tu llegaste y eso hay que reconocerlo, que esto ha sido un esfuerzo y una apuesta tuya

En otro lugar de lo posible, donde no expresan que hayan encontrado grandes dificultades para poner en marcha un modelo de coordinación, que funciona desde hace tres años, basado en reuniones mensuales de gestión de casos, no obstante, de igual modo señalan la necesidad de respaldo institucional:

AG2: y además yo creo que siempre es importante que haya un respaldo institucional y que se refuerce y se mejore, porque siempre hay que mejorar, y si tiene un respaldo institucional y es algo que se está contemplando como un trabajo más, tanto en salud, como en servicios sociales, o como en las asociaciones, se está reconociendo como un trabajo más y se le está dando la importancia que realmente tiene, entonces, sí que..., siempre es importante tener un respaldo institucional, y que, si no hubiese un respaldo institucional no se estaría haciendo esto, por ejemplo (...).

En uno de las áreas donde no existe un modelo concreto de coordinación sociosanitaria lo expresan de otra manera, echando en falta, lo que denominan un liderazgo, lo entendemos como figuras que generen confianza y apoyen tareas que se considera no están suficientemente reconocidas dentro de las obligaciones de los profesionales:

Mu1: (...) Otra cosa que me parece que influye o que yo señalaría es el tema de, ella, lo ha dicho claramente, el tiempo y yo añadiría el liderazgo, me parece que, como yo vivo esta situación en un sentido evolutivo, en un sentido de atrás adelante, personalmente siento que muchas veces este tipo de emergentes, de objetivos se ha propuesto a los equipos de base a los equipos de trabajo, a los que solemos decir que estamos en la trincheras que estamos aquí, cada día, que somos los que hablamos con los padres, con la angustia que tienen, con las necesidades que padecen, además de los síntomas, los cuadros clínicos, etc., entonces, me parece que aunque está ese emergente entre nosotros, echo en falta un liderazgo, quizás más consistente, por encima que nos impulse, que nos dé entidad, porque es verdad, que sino muy pronto uno puede encontrarse con cierta frustración, ¿no?.

No sólo entendemos este liderazgo que se reclama como un apoyo por parte de la institución con el fin de poder dedicarle tiempo al trabajo en red, sino también como la necesidad de que existe entre los profesionales una persona que pueda realizar

determinadas tareas que faciliten la coordinación. Algo que hemos visto se da en el caso del *lugar de lo posible*.

Esta falta de apoyo institucional, ha sido expresada de diversas maneras, hemos podido escuchar experiencias de profesionales que han pedido o propuesto estructuras de coordinación específicas pero no han sido apoyados por sus responsables.

Por otra parte de igual manera hemos detectado en los *lugares de la utopía*, cierto desencanto y frustración provocada por intentos de coordinación que no han tenido continuidad al no haber podido crear espacios estables, debido a la falta de apoyo institucional.

- Falta de un modelo concreto, metodologías, instrumentos y herramientas:

Para comprender mejor, la necesidad, el siguiente aspecto que nos gustaría abordar es la necesidad de estructuras claramente definidas, de modelos que regulen los diferentes aspectos de la coordinación, sobre todo en los casos de Murcia y Cartagena se aboga por estructuras y modelos organizativos que acojan la voluntad existente y la consoliden en formas de trabajo concretas y claramente definidas. En síntesis se percibe la necesidad de generar estructuras y modelos estables que permitan superar espacios de coordinación "informal" basados en la voluntariedad del profesional. Se han recogido diferentes opiniones que consideran fundamental estos dos aspectos, para llevar a cabo trabajo en red, en sitios que atienden a un número alto de usuarios con recursos escasos. En un modelo laboral, basado cada vez más en estructuras y modelos de trabajo individualistas, es necesario apostar de manera decidida por la creación de ambientes que generen espacios en los que se pueda desarrollar intervenciones, en los que la persona esté en el centro. Uno de los profesionales (psicólogo), definía así su trabajo, "un poquito más artesanal, el trastorno mental grave, requiere un trabajo artesanal, (...) laborioso, artesanal, no es tecnológico, no es de cinta transportadora (...) (Mu1).

Esta falta de instrumentos y herramientas para la coordinación, se hacen más evidentes cuando entran en juego otras instituciones que tienen contacto con las personas con TMG de manera puntual, sistema judicial, policía, urgencias hospitalarias... Una profesional de lo social, nos cuenta cómo se siente cuando acompañan a un usuario al servicio de urgencias de un hospital:

A2: el bagaje que hemos tenido que hacer en la puerta de urgencias, quiero decir, yo creo que si fuéramos sido familiares nos tratan mejor a veces, entonces, la sensación de decir, somos dos sistemas, que estamos trabajando con este paciente, porque está en una situación x, vamos a apoyarnos, vamos a ayudarnos, o sea, quiero decir, te pasas el

día, o la tarde o la mañana, allí, intentas, porque además te encuentras con gente que no tiene familia, no tiene nada, entonces, pues claro, toda la información, la conocemos nosotros, la tenemos nosotros, por la intervención que se está llevando con el caso, si tenemos mucho, entonces, claro, te pasas ahí, y es una sensación de decir, jolín, tendría que haber algún sistema con el cual, yo pudiera, poder facilitar toda esta información, no tener que pasar, el paciente está atendido, pero es me tiro allí en la puerta de urgencias todo el día, y yo también estoy trabajando.

En un territorio, donde funciona la coordinación, y de tamaño pequeño, no se percibe tanto la necesidad de herramientas, por ejemplo informáticas que faciliten el acceso a la información, se considera que es suficiente con las existentes a nivel interno de cada entidad. Esta necesidad se hace palpable en Cartagena y Murcia, en esta última ciudad, ponen un ejemplo clarificador:

Mu2: en Madrid por ejemplo, tu llamas por teléfono, cuentas algo que te ha pasado aquí en Murcia con un usuario que viene de Madrid y la misma persona que está con el ordenador, en el 112 o en el SAMUS Social, ah, sí, esta persona estuvo durmiendo en tal sitio, o su profesional de referencia es de tal sitio, te paso su teléfono y te da la información, ella no sabe todo su proceso de vida, si se ha separado cinco veces o si ha matado a no se quién, pero ese auxiliar que está ahí con el ordenador sabe quién es su profesional de referencia en Madrid y si actualmente tiene intervención abierta, ya está te facilita la labor, podrías estar un año dando vueltas para encontrar esa información, yo eso lo veo básico, un poco de dinero.

Con el propósito de poder abarcar el mayor número posible de visiones que se tienen de la manera en la que se podrían implementar modelos de trabajo colaborativo, nos gustaría destacar una propuesta, escuchada en uno de los grupos, donde un profesional, propone:

Mu1: (...) me parece muy importante la formación de trabajadores sociales, de psiquiatras, de psicólogos, que efectivamente, además de sus competencias clínicas, pues, se les instruya con mayor rigor en estructuras y en procedimientos que ya se están dando y que ya pueden tener ejemplos como estos que hemos nombrado.

En suma nos atrevemos a concluir que a coordinarse se aprende, y que los profesionales de la intervención reclaman formación:

o sea que en la formación tiene que estar incluida la perspectiva de trastorno mental grave, la perspectiva de la coordinación, la perspectiva de que cada disciplina tiene que decir que por si misma no puede mejorar esa persona, que es lo que ha ido pasando, la psiquiatría decía que podía mejorarla, luego los psicólogos, también decíamos tal,

y en esa formación ya debe de venir recogida, el apoyo de otros profesionales con tareas específicas, en este sentido, me parece muy importante, sino desclavar a los que ya estamos clavados como una púa, se puede, pero me parece más complejo.

-Falta de recursos:

Como no puede ser de otra manera, han aparecido los temores y dificultades que genera la presión asistencial y la falta de recursos, iniciamos este apartado con la respuesta que recibe el moderador desde una trabajadora de servicios sociales, después de que este planteara la posibilidad de profundizar en el modelo de coordinación existente:

AG2: los recursos humanos son tan escasísimos aquí, son tan escasísimos aquí, es que no te puedes plantear otra cosa, yo creo que estamos haciendo ya mucho, con los pocos recursos y con el poco tiempo que, con el poco tiempo que tenemos.

Esta misma profesional expresaba su necesidad, al final de la sesión, cuando se les propone a los participantes que propongan necesidades concretas:

AG2: pues yo lo tengo claro, y voy a ser la primera, más trabajadores sociales, más personal, más recursos humanos, me da igual lo que sea, más recursos humanos.

Así mismo, nos gustaría señalar nuevamente, la importancia que se le da a la disposición de recursos personales acordes a la presión asistencial y a la población atendida. Cabe aquí señalar la figura del trabajador social dentro del sistema de salud, como clave en la coordinación sociosanitaria, sería algo así, como alguien que entiende los dos mundos. Algo que hemos podido observar en el caso de un *lugar de lo posible*, donde esta figura ha sido clave para la puesta en marcha de modelos de coordinación estable. También lo es clave en otros territorios donde no existe unos modelos tan estables, pero sí, coordinaciones de tipo bilateral constantes, como en Cartagena. En donde no existe esa figura, aumenta la sensación de utopía.

Al mismo tiempo cabe señalar que esta falta de recursos, aunque es común a todos los territorios, cada uno presenta unas particularidades, por ejemplo, en lo relativo a la ubicación geográfica. Esta dificultad de acceso a los recursos, se hace más acuciante en el caso de Águilas, Mazarrón, poblaciones del Noroeste, determinadas zonas del Mar Menor... Ya que en estos territorios la situación se ve agravada por la falta de transporte público, por ejemplo, lo que genera dificultades para acceder a determinados servicios.

- Falta de tiempo:

Son diversos los testimonios que plantean la dificultad de encontrar en la rutina diaria espacios para la coordinación, de ahí surge la necesidad de que ésta sea

reconocida, y además que forme parte de la jornada laboral, "y yo del tema de la coordinación por abajo de los niveles más bajos, yo sí creo que tendríamos que tener más tiempo".

Mu1: (...) intentamos pasar al modelo colaborativo, no al de derivación, al modelo de colaboración, pero, nos encontramos las dos cósicas que yo apuntaría con mayor intensidad, quizás sería el tiempo, eso necesita el tiempo, y no es un tiempo neutro, es un tiempo que has de quitar. Los líderes que nosotros tenemos por encima a mi no me dicen de donde tengo que quitar, me dicen, van sumando, estoy y, y, y, ¿no?, te vas a la cartera de servicios, que todavía no está aclarado, al menos en nuestro cambio, entonces, claro, esto nos hace sentir un poco desconcertados, los profesionales queremos ayudar a la gente, estamos en disposición de hacerlo, pero no nos gusta ser a nosotros, exactamente quienes digamos a ti sí, a ti no.

Donde existen modelos de coordinación, tienen claro que ésta facilita el trabajo, ahorrando tiempo y esfuerzo. No obstante consideramos que en todos los territorios se percibe la necesidad de acotar en el horario de actividad profesional un tiempo para la atención y un tiempo para la coordinación ordinaria de los casos. En consonancia con esto nos gustaría destacar las dificultades que se perciben, para que los profesionales de la salud puedan participar en la coordinación, debido a la presión asistencial.

Ha sido una constante las dificultades que encuentran los profesionales para justificar el tiempo que dedican a la coordinación dentro de las estructuras burocráticas. Al no existir modelos protocolizados, consideran difícil que ese tiempo se vea reflejado en las herramientas de evaluación y control de su trabajo. Señalamos, como lo explica un profesional de manera muy gráfica:

AG1: (...) yo digo de lo doy de comer a la máquina, ¿no?, primero le doy de comer al ordenador, porque hay que dar aquí allí, tocar este botón, el otro, entonces ya, luego, venga vamos a atender al usuario, pero la máquina tiene que haber comido primero, y yo me pongo muy mala con todas esas cosas. Es decir, te sientes encorsetado, el programa informático, el primero ahí, arriba, dios, y luego ya (...).

AG2: claro, luego es por lo que te evalúan, cuantas personas has atendido a lo largo del año, pues, sino las metes en el programa, no te refleja que las has atendido, con el cual, ya todo el equipo fastidiado, porque a lo mejor subvención que tenías de tanto, te queda en tanto, o a lo mejor imagínate que AG1, no metiera ninguno, pues aquí no hace falta trabajador social, porque como no (...).

AG1: (...) si yo creo que eso, que la base es desde abajo, pero que si desde arriba no hay, incluso en tiempo, es decir es que, parece ser que no lo es, darle a visto, como que has visto, 7, 8, 10 pacientes, no es trabajo, entonces si aparece un hueco ahí de 2 horas en tu agenda es que no has hecho nada, entonces la coordinación requiere tiempo, requiere tiempo, porque hay que prepararlo, porque luego (...).

- Inestabilidad laboral:

Nos resulta evidente el hecho de que para consolidar estructuras que puedan generar espacios de certidumbre y mejorar la atención, es muy importante la continuidad del personal, algo que parece muy complicado, principalmente, en el actual modelo sanitario.

A2: a la hora de coordinación, no siempre están las mismas personas al frente, también depende mucho..., del equipo que hay ahora mismo configurado, que nos sentamos el otro día, yo prácticamente menos Te, que ha sido la enfermera (...).

Como se puede apreciar, al no existir estructuras estables de coordinación, se considera el factor humano como clave para poder realizar la misma. De ahí que la buena sintonía entre los profesionales sea fundamental, pero para que esta se dé, es necesario que los profesionales permanezcan un determinado tiempo en su puesto de trabajo.

Mu1: conforme aquí te relajes, y tenemos un equipo más o menos operativo, y tal cual, cuando ya tienes esa sensación, uf, debe faltar poco para el concurso de traslados, efectivamente, ahora tenemos otro, bueno, eso ¿es trascendente?, ¿es una piedra angular?, pues no lo sé, pero lo que sé es que influye

Algo semejante ocurre con las relaciones de los profesionales con los pacientes:

C2.1: ha habido personas que han tenido, cinco cambios de psiquiatras en dos años.

C2.2: (...) y este caos estructural, es el que atiende a unos chiquillos con un trastorno de comportamiento, graves, graves, que cada tres meses o dos meses, porque las citas, son más o menos, mes y medio, dos meses, ve a un psiquiatra diferente, que yo creo, que ese es el maltrato institucional que estamos dando.

- Especificidad de la salud mental.

Es necesario recalcar las particularidades de la intervención sociosanitaria con personas que sufren TMG. Ya que son diversos los recursos que puede requerir un paciente-usuario de manera simultánea. Lo cual, a juicio de los profesionales que han participado en este estudio, dificulta la coordinación, ya que pueden ser muchos los recursos que estén interviniendo con una persona de manera simultánea.

M3: para que de verdad exista coordinación, además de compartir sobre unas líneas de trabajo en equipo, por supuesto, de filosofía, tienes que tener una filosofía en la que mi criterio pese lo mismo que el tuyo, y el que esté por encima de todos, sea el de la persona con enfermedad mental y entonces darle la oportunidad de que pueda elegir, que pueda decidir, pero con todo el abanico de posibilidades y que sea flexible en cuanto que para algunas personas la coordinación puede estar solo en tres recursos y para otras personas se necesitan ocho recursos, ¿no?, porque además tiene la madre enferma y tiene que estar servicios sociales y el servicio de mayores, porque tienen que intervenir porque el caso es súper complicado, además tiene causas pendientes en el juzgado y está el tema de la fiscalía pendiente de varias cosas, entonces la coordinación no es solo servicios sociales, salud mental y ósea, los servicios sociales, los sanitarios y las entidades del tercer sector, es que algunos casos y en salud mental se da mucho necesitan que la coordinación sea mucho más amplia y más flexible y que en los espacios de coordinación también existan otras instituciones que muchas veces se ven implicadas y tenemos que tener el acceso fácil.

Estas dificultades aumentan cuando se requiere información de recursos donde no suele existir una figura profesional, del ámbito de lo social, y que también sufren gran carga de trabajo, gran burocratización de los procesos administrativos, unido todo esto a un lenguaje especializado, como es el caso del sistema judicial. Hemos conocido una experiencia de coordinación con una jueza, pero se realizó también sustentada en lo personal, y no tuvo continuidad cuando esta profesional cambió de lugar de trabajo.

M3: también es verdad que en este área la coordinación y la estructura que hay ahora mismo facilita muchísimo sobre todo entre lo sanitario y lo servicios sociales y las entidades, pero todavía nos falta esa otra parte, cuando interviene el juzgado pues es como que tenemos que estar intentando abrir puertas y eso que lo hacemos desde las instituciones o desde la profesionalidad, cuando es una persona con su madre, que no tiene formación, que tiene el problema, que tiene que ir, a veces la sensación que tengo yo con los problemas que engloban en la salud mental es que tienen que ir mendigando la atención, cuando es un derecho, o ahora mismo no está claro o no lo estamos haciendo bien, ¿por qué tienen que mendigar?, es que van al juzgado,

no me han hecho caso, no saben decirme que tengo que hacer o pedir el ingreso involuntario o no sé qué, eso cuando tienen mucha suerte y no están saturadísimos y no lo mandan a su casa.

La falta de recursos específicos, sobre todo en el ámbito de las personas sin hogar, conlleva en ocasiones que ciertos profesionales de lo social, requieran de determinados recursos para lograr una continuidad de cuidados. En este caso una profesional nos comentaba las dificultades para lograr que el personal médico de un hospital no diera el alta a un paciente, ya que era la única manera de poder asegurar la continuidad de la intervención con el mismo.

Mu2: yo entiendo que el hospital está para las situaciones agudas, yo entiendo que esa persona si no tiene una crisis aguda de lo que sea, no tiene por qué ser ingresada, pero cuando tú sabes que la única vía para que esa persona pueda pasar de la calle, o donde esté, de la situación extrema en la que está pueda pasar a un recurso en el que se le atienda o se pueda contactar con la familia que está en Holanda, tu sabes que para eso, tiene que estar hasta el lunes en el hospital, es la única vía de no perderlo.

Ha sido habitual que los profesionales reclamen que se tenga en cuenta esa especificidad del TMG, y que señalen las dificultades que generan los estigmas que aún hoy día sufren estas personas.

C1.1: la coordinación fuera de salud mental, porque hemos estado centrándonos mucho en esa, pero en el hospital no es lo mismo que te pongan una interconsulta de la planta de psiquiatría a que te pongan una interconsulta de la planta de digestivo, a un traumatólogo, el traumatólogo no va ir ni en el mismo tiempo, va a tardar más en psiquiatría y si puede no va.

Ha sido una constante reclamar estructuras y protocolos que posibiliten que no se vean entorpecidas intervenciones que se realizan desde el ámbito de lo social, sobre todo, como indicábamos anteriormente, cuando se trata de recursos que no están dotados con profesionales de lo social, o no los tienen de manera permanente. Como ejemplo, veamos lo que nos dice una trabajadora social, refiriéndose a un servicio sanitario.

Mu2: ¿podemos intentar entre todos intentar hacer esto para que el lunes se tomen medidas?, pues muchas veces te encuentras que la respuesta es no, entonces, realmente te frustras, si hubiera esa coordinación, no solo con el trabajador social que está de lunes a viernes, sino que hubiera ciertas estructuras dentro del hospital, ciertas figuras de coordinación que todos supieran que existe ese protocolo de

coordinación, sería mucho más sencillo, los casos serían mucho más, sería muchísimo más eficaz el trabajo y todo.

Hemos conocido también otra experiencia muy interesante, de coordinación entre el centro de salud mental y la Policía Municipal, donde el centro de salud mental facilita algunos indicadores que luego se ven reflejados en los partes de intervención, los cuales posteriormente se pasan a los servicios sociales municipales, esto permite la detección de casos de TMG.

Para finalizar este apartado, un profesional, explicaba de manera elocuente la necesidad de intervenciones globales, que vayan más allá de los recursos que intervienen de manera habitual con los pacientes, centro de salud mental, servicios sociales municipales y asociaciones especializadas en TMG.

Mu1: Respecto al trastorno mental grave, ¿qué ocurre?, bueno, como las características propias de esta población que tienen muchas necesidades, déficits y que se nos plantean personalmente fragmentadas o con dificultades psicopatológicas muy incisivas en ocasiones pues para mí es importante que la coordinación no sea fragmentada también, no sea dividida, sino que esté lo más englobada posible.

- Procesos administrativos:

Para comprender mejor las dificultades de acceso a los recursos con las que se encuentran las personas con TMG, además de sus particularidades, habría que mencionar además, como afectan a las intervenciones, los procesos administrativos y las estructuras burocráticas. Conforme a lo planteado en los grupos, se percibe las dificultades que se generan, en este ámbito al tener que coordinar acciones desde ámbitos diferenciados, con estructuras, jerarquías y cosmovisiones de la atención, diferentes entre lo social y lo sanitario.

M3: va a agilizar, va, entonces, que la parte jurídica judicial esté en algunas reuniones para muchos casos, o al menos que la accesibilidad sea importante, sea fácil, buenísimo, y que el IMAS también tenía que estar y no solo a través de los servicios sociales y de conciertos con centros de día o residencias o que sea, si no hay una parte importante ahí, y es que son como, como, la parte burocrática de que pido el recurso hasta que te asigno la plaza, lleva un proceso larguísimo que en ese tiempo se pierde mucho trabajo del que se ha hecho anteriormente.

M3: (...) pero aquí es donde digo yo que tienes que mendigar, ¿sabes?, es que como mirar este caso de verdad, si yo sé que la estructura

administrativa es complicada, porque están los derechos de las otras personas que también lo tienen solicitado y que están en una lista de espera, entonces caemos otra vez en lo mismo la falta de recursos.

Esta misma profesional nos ofrece un análisis profundo de la importancia de profundizar en la gestión de los recursos, no solo de ampliarlos, sino de mejorar su flexibilidad y de cómo los procedimientos administrativos afectan en la vida de las personas. También señala algo que ha aparecido en varias reuniones, las dificultades de acceso al mercado laboral que tienen las personas con TMG.

M3: están los recursos, está el derecho a tener recursos, pero luego hay un procedimiento administrativo alrededor y unos derechos de los que no tienen plaza y están en lista de espera, ¿sabes?, ese, ese entramado ahí, creo que hay darle solución porque también perjudica mucho, la respuesta y la intervención o las necesidades que podamos cubrirle a las personas que tienen el problema, porque claro si está ya para irse y lo estamos manteniendo en un recurso que puede cubrir otra persona que la necesite más, ¿sabes?, es como se hace muy complicado, primero el que acceda a la plaza, aun teniendo derecho a tenerla, ¿no? y entonces se encorseta mucho ahí, esa es otra de las cosas que hay que limar para que de verdad, como una persona que está en vivienda y quiere acceder a un empleo, pues se quedan con la mitad del sueldo que gana, por ejemplo, entonces, bueno, muchos se lo piensan antes de, cuando a lo mejor si le das la posibilidad pues puede ir creciendo en otro punto y dejar la plaza porque tiene dinero ahorrado y ahora se va a ir a vivir solo, ¿no?.

Algo muy señalado han sido las dificultades para acceder a recursos adecuados y a derechos adquiridos debido a la lentitud en el desarrollo de la aplicación de la Ley de la Dependencia.

M3: (...) no sé, son pequeñas decisiones que son muy importantes para la vida de las personas y situamos primero, la burocracia de las administraciones, que yo entiendo que hay que buscar el equilibrio, o sea, porque los derechos de uno no pueden estar por encima de los de otro y funciona así, hay listas de espera, igual que no puedes venir a ver al psiquiatra cada vez que quieres porque hay otros usuarios que también tienen derecho a que les vea, pero a eso habría que echarle una remirada, porque sino es muy difícil y yo creo que os pasa también a vosotros que dices mira, este chico, lo bueno para él sería por ejemplo, el servicio de asistente personal, no existe en la Región de Murcia, todavía no lo ha desarrollado dependencia, entonces hay muchos casos que no necesitan ir al centro de día, ni al servicio de promoción, simplemente que necesitan que una persona le esté atendiendo, tenga una atención mucho más directa y puntual, que lo

acompañe a las citas del médico, que vaya con él y se asegure que va al taller de la casa de la cultura o...

Para concluir este apartado habría que señalar un aspecto que se ha destacado en varios grupos, las dificultades que tienen para acceder a los recursos, personas que presentan trastorno mental grave, acompañado, por ejemplo, de una discapacidad intelectual.

C2.1: si llega al centro de salud mental, un paciente, que padece enfermedad mental y retraso intelectual lo que harán es que le dan medicación para que se quede tranquilo, que es lo que quiere la familia, no existe todavía, unos recursos, que se preocupen realmente de ese paciente y de sus necesidades y solamente se hace una cosa de control, y ya está.

3. Modelos de referencia

Se constata un conocimiento por parte de los profesionales, de modelos de trabajo basados en la coordinación, tanto fuera de la Región de Murcia, como en nuestra Región. En los territorios donde no existe modelo de coordinación consolidado, se consideran positivas las experiencias existentes, aunque se incide mucho en la especificidad de cada territorio y en la necesidad de poner en marcha un modelo propio, dado que, se aprecia, el número de población existente, y de recursos, un factor determinante, en los casos de Murcia y Cartagena. En el caso de Alcantarilla se incide mucho, en el hecho de no existir, esa figura, que se considera clave en la coordinación, el trabajador social. Han aparecido diferentes experiencias de éxito, Trieste (M1,M3, AG1), Zamora (AG1, M1,M3, Mu1), Diálogo Abierto (Mu1), se percibe en algunos profesionales, interés por conocer metodología innovadoras. En el caso de Cartagena y Murcia se percibe como positivo el conocimiento de otras experiencias de coordinación en la Región de Murcia, pero se considera que el factor poblacional tiene mucho peso, y que sería muy complicado trasladar dichos modelos a esas áreas. Por eso se reclaman unos protocolos y unas estructuras de coordinación generales pero que a la vez sean flexibles para poder adaptarse a las peculiaridades de cada territorio. Se percibe que para los profesionales que han intervenido en los grupos en Cartagena, tiene mucho peso el volumen de profesionales y pacientes.

C2.2: hay que diseñar el modelo de Cartagena, que el modelo Molina, esté funcionando bien, genial, porque funciona muy bien, se puede ver lo que hacen, por verlo y oye, pues muy bien, pero aquí habría que hacer el modelo de Cartagena.

4. Propuestas para establecer estructuras de coordinación.

El siguiente apartado trata de trasladar al lector de manera esquemática las principales propuestas recogidas durante el desarrollo de esta investigación.

- Puesta en marcha de estructuras de coordinación que cuenten con apoyo institucional de manera clara y con la creación de mecanismos que faciliten la misma.
- Creación de protocolos de coordinación que garanticen la continuidad de cuidados, y que tengan que ser aplicados no solo por los ámbitos que intervienen con las personas con TMG de manera habitual.
- Puesta en marcha de espacios de formación sobre el trabajo en red y cooperativo que mejoren la formación de los profesionales en estructuras y procedimientos.
- Generación de herramientas informáticas que faciliten el acceso y la puesta en común de la información.
- Dotación de recursos de personal adecuados, se considera imprescindible que exista la figura del trabajador social en todos los centros de salud mental.
- Creación de un espacio específico para la coordinación dentro de la jornada laboral y que este se vea reflejado en las herramientas de evaluación y control.
- Tener en cuenta la especificidad de las personas con TMG a la hora del acceso a determinados recursos.

5. Conclusiones.

Todas las personas que han participado en esta investigación transmiten interés y convencimiento de la necesidad de generar estructuras estables de coordinación y trabajo en red.

Existe gran coincidencia en los discursos de los diferentes profesionales de cada territorio. No hemos detectado diferencias significativas en lo que se refiere a la visión

de la coordinación, los obstáculos que impiden llevarla a cabo, el análisis de necesidades....

Nos gustaría resaltar que en todos los territorios existe algún tipo de experiencia de coordinación. Todos los profesionales participan en algún tipo de coordinación, lo cual consideramos una gran potencialidad.

Estructuras estables de trabajo en red sociosanitario, en el que participen más de dos entidades, lo hemos encontrado en Águilas y Molina de Segura, con reuniones mensuales, en las que se tratan casos previamente seleccionados. En ambos territorios solicitan más apoyo institucional y creación de un protocolo que permita asentar el trabajo realizado hasta ahora, y facilite la coordinación con otros recursos.

En Alcantarilla, el principal obstáculo para la creación de una estructura estable de trabajo en red es la falta de un trabajador social en el centro de salud mental. Consideran que esta figura facilitaría la coordinación sociosanitaria. También consideran necesarios el apoyo institucional y la creación de protocolos y estructuras estables. Se está iniciando un proceso de coordinación entre servicios sociales y el centro de salud mental. Existe coordinación habitual entre la profesional de la asociación y la trabajadora social del centro de atención primaria. Otro posible aspecto potencial es que la asociación trabaja también en Molina de Segura por lo que conoce bien este modelo de coordinación.

En Cartagena y Murcia el principal obstáculo se centra en el gran número de personas atendidas, la escasez de recursos, la falta de tiempo, la falta de protocolos y apoyo institucional, así como la carencia de formación y herramientas adecuadas para poner estructuras de coordinación en la que estarían implicados gran número de profesionales. También, cabe señalar, que hemos encontrado varios profesionales (C1.1, C1.3, C2.3, C2.2, Mu2, Mu3) que han tenido experiencias frustrantes en la puesta en marcha de trabajo en red. Proyectos que iniciaron los profesionales y que no han podido continuar por la falta de apoyo institucional (Mu3), o propuestas que han sido rechazadas por los superiores (C1.1, C1.2). En Murcia y en Cartagena dos personas participan en experiencias de trabajo en red, exitosas, en el ámbito de la atención a Personas sin Hogar, que involucran solo a entidades de lo social. Podría ser un valor. Otro aspecto positivo en Cartagena es la buena sintonía que se apreció entre los profesionales participantes. En el caso de Murcia, se considera un aspecto fuerza, el interés y conocimiento de experiencias innovadoras, como diálogo abierto. En estas dos ciudades existe consenso sobre la necesidad de apoyo institucional, la creación de protocolos y estructuras estables, así como sobre la necesidad de formación en el trabajo en red.

Bibliografía

Ruiz Ruiz, J. (2012). El grupo triangular: reflexiones metodológicas en torno a dos experiencias de investigación. EMPIRIA. Revista de metodología de Ciencias Sociales. (24), 141-162.

Díaz De Rada, A. (2011). El taller del etnógrafo. Materiales y herramientas de investigación en Etnografía. Uned.

Olaz Capitán, A. (2010). La técnica de grupo nominal como herramienta de investigación cualitativa. Bohodón Ediciones.

Colectivo IOE. (2010). Discursos de la población migrante en torno a su instalación en España. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Anexo Ficha de los 6 Grupos Triangulares

GRUPO 1 Molina de Segura

Diseño:

Participantes: Trabajador social salud mental. Trabajadora social, servicios sociales municipales. Psicóloga asociación.

Lugar: Centro de Salud Mental. Molina de Segura.

Fecha: 9 de noviembre de 2016

Duración: 1:29:49

GRUPO 2 Cartagena

Diseño:

Participantes: Enfermera salud mental. Trabajadora social, servicios sociales municipales. Trabajadora social asociación.

Lugar: Unidad de Rehabilitación. Cartagena.

Fecha: 14 de noviembre de 2016

Duración: 1:28:17

GRUPO 3 Águilas

Diseño:

Participantes: Trabajadora social salud mental. Trabajadora social, servicios sociales municipales. Psicóloga asociación.

Lugar: Centro de salud mental. Águilas.

Fecha: 16 de noviembre de 2016

Duración: 1:22:48

GRUPO 4 Cartagena

Diseño:

Participantes: Psicólogo Centro Salud Mental. Trabajadora social, servicios sociales municipales. Trabajadora social asociación.

Lugar: Unidad de Rehabilitación. Cartagena.

Fecha: 18 de noviembre de 2016

Duración: 1:53:43

GRUPO 5 Murcia

Diseño:

Participantes: Psicólogo Centro Salud Mental. Trabajadora social, servicios sociales municipales. Trabajadora social asociación.

Lugar: Centro de salud mental. Murcia

Fecha: 22 de noviembre de 2016

Duración: 1:27:10

GRUPO 6 Alcantarilla

Diseño:

Participantes: Psiquiatra salud mental. Trabajadora social, servicios sociales municipales. Psicóloga asociación.

Lugar: Centro de salud mental. Alcantarilla.

Fecha: 12 de noviembre de 2016

Duración: 1: 29:18