

# **INFORME DE EVALUACIÓN DE LOS COSTES Y BENEFICIOS DEL MODELO INTERXARXES**

**Estudio valorativo de la experiencia del Programa  
Interxarxes  
(2000 – 2010)**

Programa Interxarxes

Dte. de Horta-Guinardó ■ Ayuntamiento de Barcelona  
■ Generalitat de Catalunya ■ Diputación de Barcelona

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

- **Ramon Almirall.** Coordinador del Programa Interxarxes.  
[ralmiral@xtec.cat](mailto:ralmiral@xtec.cat)
- **Jordi Díaz Gibson.** Profesor FPCCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Grupo de investigación consolidado PSITIC.  
[jorgedg@blanquerna.url.edu](mailto:jorgedg@blanquerna.url.edu)
- **Marta Dot.** Centre de Salut Mental Infanto Juvenil (CSMIJ). Horta – Guinardó. Hospital San Rafael. [mdot@hsrafael.com](mailto:mdot@hsrafael.com)
- **Josep Moya.** Director Observatori de Salut Mental de Catalunya.  
[jmoya@tauli.cat](mailto:jmoya@tauli.cat)
- **Lidia Ramírez.** Adjunta coordinación del programa Interxarxes  
[lidiamirez.psi@gmail.com](mailto:lidiamirez.psi@gmail.com)
- **José Ramón Ubieta.** Coordinador del programa Interxarxes (hasta Agosto de 11) [jubieta@bcn.cat](mailto:jubieta@bcn.cat)

## ASESORES EN LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN:

**Ma. Teresa Anguera.** Vicerrectora de Política Docente y Científica de la Universitat de Barcelona. Catedrática de la Universidad del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universitat de Barcelona.

**Manuel de Armas.** Psicólogo. Profesor de la Facultad de Formación del Profesorado. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**Coloma Moreno.** Epidemióloga. Unidad de Epidemiología y Evaluación, Fundación Parc Taulí- Institut Universitari Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell. Responsable Oficina de Investigación Secretaria del CEIC

**Joan Guàrdia.** Catedrático de la Universitat del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultat de Psicología de la Universitat de Barcelona. Experto en Técnicas de Análisis de Datos y Estudios Epidemiológicos.

**Joan Carles Oliva.** Estadístico. Institut Universitari Fundació Parc Taulí – Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

## INSTITUCIONES COLABORADORAS:

**OSAMCAT:** Observatori de Salut Mental de Catalunya. Institut Universitari Fundació Parc Taulí – Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

**PSITIC:** Grup de recerca en Pedagogia Social y Tecnologies de la Informació y la Comunicació. Blanquerna, Universitat Ramon Llull (URL).

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación no hubiera sido posible sin diferentes ayudas y apoyos que ahora queremos mencionar.

Empezamos por agradecer el apoyo activo del conjunto de los profesionales del Distrito de Horta-Guinardó que desde un inicio han ofrecido su colaboración, participando en los grupos de discusión y respondiendo a los diferentes cuestionarios propuestos, así como facilitando datos necesarios en la recogida de información.

Del mismo modo, damos las gracias al grupo de expertos en metodología de investigación: a Ma. Teresa Anguera, Manuel de Armas, Coloma Moreno, Joan Guàrdia, Joan Carles Oliva y Albert Mariné por su ayuda y guía tanto en el diseño como en el análisis de los datos de la investigación.

Agradecemos también la disposición del Servicio Educativo de Horta-Guinardó que ha sido la sede de las muchas reuniones del Grupo de investigación así como de los mencionados *Grupos de discusión*.

Así mismo queremos hacer constar nuestro agradecimiento al Institut Municipal de Serveis Socials y al Districte d' Horta-Guinardó por el interés mostrado a lo largo de toda la investigación y por su ayuda para la difusión y publicación de los resultados. Finalmente, por su disposición en la difusión hacemos extensivo también este agradecimiento a la Diputació de Barcelona .

## ÍNDICE

<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>Conceptualización .....</b>	<b>8</b>
<b>Diseño .....</b>	<b>16</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>27</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>47</b>
<b>El futuro de Interxarxes .....</b>	<b>49</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>51</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La alta interdependencia entre los problemas sociales actuales nos sitúa en un escenario complejo para la implementación de programas y políticas sociales (Sorensen & Torfing, 2009). Una visión sesgada y reduccionista de la realidad social tiene actualmente menos posibilidades de aportar mejoras socioeducativas que una visión sistémica (Lieberman et. al., 2010), que prevé tanto la coordinación territorial entre los diferentes servicios sociales, sanitarios y educativos del sistema, como la acción interdisciplinaria entre los diferentes profesionales.

La Red Socioeducativo-sanitaria (XS) Interxarxes parte de la acción en red en el campo de la atención a familias y niños en situaciones de riesgo social, dentro de una concepción comunitaria, siendo un claro ejemplo de una experiencia que contempla la actuación global sobre los casos atendidos en el distrito de Horta-Guinardó. La experiencia acumulada a lo largo de los años ha mostrado de manera clara la necesidad de superar la clásica atención multilateral, con intervenciones desde educación, salud y atención social con un efecto sumatorio de actuaciones profesionales. Con este propósito, Interxarxes ha intentado desarrollar un modelo de actuación que implica la elaboración de un programa global y territorializado, resultado de una verdadera interacción entre los profesionales que intervienen con niños y familias, contemplando todas las herramientas necesarias para garantizar un nivel máximo de calidad en el programa.

Después de diez años de crecimiento y desarrollo, Interxarxes ha ido construyendo un modelo de estructura organizativa y de acción interdisciplinaria que representan una destacada fuente de innovación a nivel local, estatal e internacional. En este sentido, la sostenibilidad y crecimiento del programa a lo largo de los años, el apoyo institucional de las administraciones públicas, y la implicación de los profesionales socioeducativo-sanitarios del distrito demuestran que Interxarxes representa una propuesta innovadora

concreta en un momento histórico donde existe una *necesidad urgente de Innovación en el sector público* (Halvorsen et. al., 2005; Roste, 2005; Sorensen and Torfing, 2010).

Así pues, durante estos años el programa ha ido adquiriendo una dimensión importante y se han ido identificando varias dificultades a medida que se avanzaba en el proceso. Desde la comisión de investigación del programa, y con la colaboración del Observatori de Salut Mental de Catalunya (OSAMCAT), y del Grup d' investigació en Pedagogia Social i Tecnologies de la Informació i la Comunicació (PSITIC, Universitat Ramon Llull) entendemos que ha llegado el momento de concretar una evaluación que profundice respecto la efectividad general lograda por el Programa en el distrito de Horta-Guinardó de la ciudad de Barcelona.

Al mismo tiempo, evidenciamos la complejidad de la tarea que presentamos, teniendo en cuenta el volumen de personas y servicios implicados en el programa, la diversidad participativa, la extensión territorial, la realidad interactiva inherente en los procesos colaborativos interprofesionales e interinstitucionales, así como las dificultades existentes en la evaluación de resultados y mejoras comunitarias aportadas por las XS (Klijn, Edelenbos and Steijn, 2010).

En consecuencia, la investigación evaluativa tiene un carácter integrador que pretende incluir de forma comprensiva los siguientes criterios con el objetivo de obtener una información rigurosa y representativa:

- Una visión/acción evaluativa complementaria tanto interna (comisión de investigación Interxarxes) como de profesionales externos, (URL, OSAMCAT), mediante la creación de un equipo de trabajo colaborativo.
- Una aproximación integral al programa: la Organización y la estructura, Espacios de toma de decisiones, Cultura de trabajo, Órganos de gestión y liderazgo, Equipos de trabajo y Comisiones, y Profesionales.
- Un análisis de las mejoras a nivel de efectividad económica como a nivel de empoderamiento comunitario, contemplando tanto el coste

de la acción dentro del programa Interxarxes, como la generación de capital social e innovación socioeducativa en el distrito.

- Y finalmente, la complementariedad de metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, para medir a la vez que describir la realidad de los procesos y las percepciones de miembros y participantes.

En un entorno como el actual, donde los presupuestos de las administraciones se enfrentan a recortes cada vez más profundos, se presenta como imprescindible la identificación de aquellos procedimientos, tratamientos y modelos de intervención más económicos, útiles, efectivos y con mayor impacto en la salud. El objetivo principal de la investigación es conocer la relación coste-beneficio del programa Interxarxes, partiendo de la hipótesis que el modelo Interxarxes es más efectivo que el modelo tradicional de atención multidisciplinar. Así, para profundizar en la hipótesis general nos acercamos a tres variables diferenciadas: el gasto económico, la generación de capital social y la satisfacción de los profesionales:

**Hipótesis 1.** El modelo Interxarxes moviliza un gasto económico inferior al modelo de atención multidisciplinar

**Hipótesis 2.** El modelo Interxarxes desarrolla un capital social añadido en el distrito.

**Hipótesis 3.** Una mayor vinculación al Programa Interxarxes incide favorablemente en la satisfacción de los profesionales.

Finalmente, se espera que la presente evaluación proporcione evidencias empíricas en torno a la efectividad del modelo Interxarxes tanto por la banda del gasto económico como por los beneficios que se derivan. A su vez, se espera que la evaluación establezca las bases que fundamenten el futuro desarrollo y crecimiento de la XS. La presente investigación evaluativa integral del Programa Interxarxes representa un peldaño más en el objetivo estratégico del programa que entiende la evaluación y la formación como una herramienta

esencial para la mejora estratégica del programa en todos sus espacios de trabajo.

## **2. CONCEPTUALIZACIÓN**

En la actualidad, la realidad social del siglo XXI nos proyecta la idea de interconexión y de red en casi todos los ámbitos de la sociedad (red viaria, red de escuelas públicas, red eléctrica, red de internet, etc). Una red consiste en un conjunto de nodos junto con una serie de nudos que los conectan de una determinada manera (Castells, 1996; Kilduff y Tsai, 2003). Estos nodos pueden ser personas, equipos, departamentos, organizaciones o cualquiera otra entidad capaz de establecer relaciones con otra entidad. Y los nudos o conexiones pueden ser muy variados, como de amistad, intercambio de información, comunicación, valores, dinero o conflictos, entre otros.

Por tanto, partiendo de una concepción de la realidad desde la teoría de las redes sociales, entendemos que tanto las personas como las organizaciones estamos de alguna manera dentro de varias redes. Dentro del ámbito social, la metáfora de la red ha resultado idónea para hacer frente a nivel conceptual a las necesidades de coordinación detectadas en el propio sistema y, últimamente, el trabajo en red ha acontecido un concepto omnipresente en el terreno educativo, social y sanitario. Se constata que el uso de la metáfora de la red a nivel socioeducativo-sanitario responde a significados dispares indicando de forma indiferenciada una determinada zonificación de recursos, un trabajo sectorial conjunto, unas plataformas de reivindicación o nuevas formas de coordinación entre servicios. Este hecho supone un problema a la hora de avanzar en la definición del concepto, así como en la evolución estratégica de su praxis. En este marco, a continuación presentamos el concepto de Red Socioeducativo-sanitaria (XS).

### **2.1. Qué son los programas de Red Socioeducativo-sanitaria**

Los programas socioeducativo-sanitarios confeccionados desde una lógica sistémica, ecológica y colaborativa han ganado crédito en los últimos años.



Estos se fundamentan en investigaciones que constatan la influencia significativa de múltiples agentes en el desarrollo de niños y jóvenes – cómo son familias, escuela, organizaciones del tercer sector, asociaciones vecinales, servicios sociales o servicios sanitarios, entre otros – y, por lo tanto, aseveran que todos ellos, además de las propias relaciones, tienen que ser considerados por todas aquellas políticas que pretendan lograr beneficios importantes y sostenibles (Berliner, 2006; Bronfenbrenner, 1999).

Definimos los proyectos de XS como programas integrados por diferentes organizaciones -públicas y privadas-, orientadas hacia el logro de metas socioeducativo-sanitarias comunes, que basan su acción en la colaboración y la interdisciplinariedad a través de una programación estratégica conjunta, y que a la vez son promotoras de capital social en la comunidad (Díaz-Gibson y Cívís, 2011). Las XS se construyen mediante la implicación de las instituciones y entidades locales, basan su acción en la colaboración a nivel comunitario, y buscan dar respuestas sistémicas e integradas a los retos sociales complejos (Díaz -Gibson, Cívís y Longás, 2012). A su vez, constituyen formas estables de colaboración público-privada para afrontar objetivos comunes, así como para formular e implementar programas (Agranoff y McGuire, 2001). De este modo, las XS constituyen redes formales que buscan la interacción de los agentes socioeducativo-sanitarios de la comunidad como motor de cambio.

Así pues, estos proyectos colectivos que abordan problemáticas sociales complejas, tales como la pobreza infantil, la salud psicosocial de niños y familias o el éxito escolar, han emergido con fuerza en las dos últimas décadas principalmente en comunidades socialmente desfavorecidas (Tabla 1). El origen de la emergencia de estas iniciativas es tanto *bottom up* –o desde la base social de la comunidad-, como *top down* -o designadas por las administraciones públicas o entidades del tercer sector-.

**Tabla 1:** XS aparecidas en Europa desde 1980

País	Programa de XS
Belgium	Educational Priority Policy
Denmark	Kvartars-loft (“Ascensor vecinal”)
England	Education Action Zones
France	Zones d’Education Prioritaire
Ireland	Area-Based Partnerships
Netherlands	Grote Steden Beleid (“Políticas prioritarias de ciudad”)

*Fuente: Adaptada de Miller, Díaz-Gibson, Miller-Baslev y Scanlan, 2012.*

Las XS más antiguas las encontramos en Francia –las *Zones d’Education Prioritaire* (ZEP)-, e Inglaterra -las *Education Action Zones* EAZ)-. Las ZEP se pusieron en marcha en 1991 (a pesar de que fueron revisadas en 1998), siendo el primer estado en implementar este tipo de programas a gran escala. Se adhirieron a una perspectiva ecológica del desarrollo del niño (Bronfenbrenner, 1999) y a una orientación entre organizaciones para la acción educativa. Los ZEP reconocieron la importancia de la intersección a nivel local entre los factores educativos y sociales de dentro y fuera de la escuela para el desarrollo de los niños y jóvenes. Así pues, a pesar de ser un proyecto confeccionado alrededor de la institución escolar, entre sus prioridades destacaban la creación de redes colaborativas y la inclusión progresiva de los agentes sociales y sanitarios de la comunidad (Hatcher & LeBlonde, 2001).

En Inglaterra, las EAZ se llevaron a cabo en 73 comunidades entre 1998 y 2000. Las zonas tendían a incluir entre 12-20 centros educativos (de Educación primaria y secundaria) y, como las ZEP, se encontraban en los barrios que estaban experimentando importantes problemas sociales, educativos y/o económicos. Los EAZ intentaban coordinar la acción entre las familias, escuelas y agentes de la comunidad para hacer frente a estos desafíos. Estos,

igual que las ZEP, eran proyectos que utilizaban la escuela como institución integradora del trabajo colaborativo interdisciplinario. A su vez, pretendían construir un proyecto socioeducativo entre las instituciones educativas, sociales y sanitarias que atendían a los niños y familias de la comunidad (Hatcher & LeBlonde, 2001).

Así, el grueso de estos proyectos comparte una filosofía fundamentada en la corresponsabilidad socioeducativa, la proximidad comunitaria y la colaboración interdisciplinar. No obstante, hay que apuntar que la inclusión de agentes socio-sanitarios en la acción colaborativa-interdisciplinar de la red, es un hecho poco desarrollado dentro de estos programas. Una experiencia de XS interesante por el éxito logrado en los últimos años es *The Harlem Children's zone* (HCZ), un programa que provee de servicios integrales -sociales, educativos y de salud- a las familias en una área del bloque 97, de Nueva York. La HCZ ofrece una amplia variedad de recursos, incluyendo programas de prevención dirigidos a familias, como son los talleres de padres primerizos, los programas de crianza de los hijos, o las clases y tutorías de verano, así como la asistencia sanitaria a más de 8.000 niños y adultos de la comunidad. Así, varias evaluaciones demuestran que la HCZ ha dado lugar a numerosos resultados positivos para la población local, y ha sido distinguido por el Departamento de Educación de los EE.UU. (DOE), hecho que ha animado su réplica a nivel federal en un programa puesto en marcha en 2011 y que tiene por nombre *The Promise neighborhoods* o "barrios prometedores".

A pesar que las redes en el campo de la educación, servicios sociales y salud responden a un campo de estudio emergente en cuanto a la gestión y la manera de organizar las políticas públicas, es poca la investigación empírica de la cual disponemos (Provan, Fish & Sydow, 2007). Así pues, la literatura ofrece pocas evidencias en torno a la acción operativa que guía estas redes a lograr los objetivos propuestos, así como sobre la implicación de los procesos colaborativos e interdisciplinarios en la generación de nuevos valores y nuevas formas de desarrollar la práctica educativa y social. Por lo tanto, aún con el aumento considerable de la investigación en los últimos años sobre programas de XS se constata que actualmente, tanto a nivel nacional como internacional, su praxis se encuentra en pleno proceso de construcción.

## 2.2. Las Redes Socioeducativo-sanitarias en Catalunya

En los últimos años, en Catalunya se han ido desarrollando varias experiencias de redes comunitarias de infancia desde los sectores social, educativo y sanitario<sup>1</sup>. Una de las primeras fue Interxarxes, que nació en 2000 de la iniciativa de un grupo de profesionales del distrito de Horta-Guinardò en la ciudad de Barcelona. A partir de este modelo se han originado otras experiencias, como la Red de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la ciudad de Cornellà (XIAC) o la que realiza el equipo de atención multidisciplinario de Sant Celoni (este equipo articula básicamente el trabajo de salud mental infantil y juvenil con el trabajo educativo y social).

En la misma línea, la Regiduría de Asuntos Sociales del Ayuntamiento del Prat de Llobregat ha impulsado un plan de constitución de la *Xarxa Local de Salut Mental*, que integra todos los servicios, dispositivos y agentes sociales implicados en la atención a la salud mental de la población. Una experiencia inaugurada recientemente es la de *Xarxabaix*, impulsada por el Consejo Comarcal del Baix Llobregat y, más concretamente, por la Dirección de los EAIA del Baix Llobregat con el apoyo del OSAMCAT. Esta experiencia se concreta en los seminarios interprofesionales de *XarxaBaix* (SIXB), que son una propuesta que han elaborado los profesionales de la Comisión de Coordinación Interprofesional con el objetivo de crear un espacio que asiente las bases de un trabajo en red eficaz para la atención de los niños y adolescentes en situación de riesgo psicosocial.

Finalmente, la reciente *Llei dels drets i les oportunitats a la infància i l'adolescència de Catalunya*<sup>2</sup>, nuevo marco legal en el ámbito de la infancia, es un adelanto en este sentido, con el impulso que prevé de las Mesas

---

<sup>1</sup> Ver en J.R.Ubieto (2009). “El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales”, págs. 112-117.

<sup>2</sup> LLEI 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. Art. 26 *Taules territorials d'infància*

Territoriales de Infancia. Habrá que velar para que, en su despliegue, esta organización posibilite la conversación interdisciplinaria y la haga duradera.

### **2.3. El modelo de acción planteado por Interxarxes**

Interxarxes nació en 2000 por la iniciativa de un grupo de profesionales del distrito de Horta-Guinardó en la ciudad de Barcelona. El proyecto se originó a raíz de la preocupación y de la reflexión de los profesionales de los servicios públicos de atención a la infancia en relación con la intervención en familias multiasistidas, ya que se detectó una descoordinación de las redes públicas de salud, atención social y educación en el ámbito de la infancia y la familia. Este hecho provocaba una duplicidad de atención en algunos casos y una ausencia de intervención en otros. Al mismo tiempo, generaba, en ocasiones, conflictos y rivalidades entre los servicios y un desconocimiento mutuo, tanto en cuanto al tipo de problemáticas atendidas como a los criterios de actuación de los diferentes profesionales y servicios. Este modelo, ya plenamente consolidado, se ha constituido como referente no solamente en el ámbito territorial de Cataluña sino del Estado Español ya que ha demostrado sus virtudes tanto desde la perspectiva de la efectividad como de la ética asistencial.

En la actualidad, trabajar en red es ya una realidad cotidiana en todos los servicios y en todas las redes asistenciales, sean del campo educativo, social o sanitario. Por eso la pregunta interesante se saber con qué modelo trabajamos en red, dado que hay varias posibilidades. El Modelo de la re-ingeniería es un modelo que responde a la pregunta “¿esto me toca a mí?” y que prioriza la derivación y la optimización de recursos como finalidad en sí misma. Este modelo contrasta con la opción de preguntarse “¿cómo puedo colaborar en el caso de manera cooperativa?”. Por otro lado, el modelo Interxarxes apuesta claramente por esta segunda opción: un modelo basado en la centralidad del caso y en la conversación interdisciplinaria como procedimiento principal. En este sentido su orientación es comunitaria ya que no piensa el sujeto y su inserción social como hechos que se puedan disociar. Contempla pues la actuación integral sobre los casos atendidos incluyendo tanto la clave global

(conjunto familiar) como la singularidad de cada uno de los miembros del núcleo.

La experiencia acumulada a lo largo de los doce años de implementación del Programa Interxarxes en el distrito de Horta–Guinardó ha mostrado de manera clara la necesidad de superar la clásica atención multilateral, con intervenciones desde salud mental, servicios sociales, EAIAs, EAPs, etc. El efecto sumatorio de las actuaciones profesionales, permite lograr un modelo de actuación con la elaboración de un proyecto global y territorializado, que sea el resultado de una verdadera interacción entre los profesionales que intervienen con las familias e individuos y que contemple todas las herramientas necesarias para garantizar un nivel máximo de calidad y la innovación crítica del programa.

Los objetivos del Programa Interxarxes son:

1. La mejora de la calidad asistencial
2. El incremento de los conocimientos y competencias de los profesionales
3. El aumento del conocimiento de la realidad del entorno del menor y su familia.
4. La mejora de la cooperación entre las diversas instituciones
5. La motivación de los profesionales, así como la disminución de la angustia que comporta su tarea

Para conseguirlos, el método de trabajo, efecto de la experiencia de más de una década del programa Interxarxes, se caracteriza por un rigor en la construcción del caso basado en tres elementos (Ubieto, 2009):

- Abordar cada caso por parte de todos los servicios que ya han estado implicados: escuela, centro de salud mental infantil y juvenil, y servicios sociales.
- Redefinición del problema a partir de todos los elementos que están en juego y no solamente los sintomáticos.

- Establecimiento del diseño de una estrategia conjunta que permita abordar y distribuir las tareas según los objetivos propuestos.

Esta metodología supone un plus respecto de la coordinación espontánea e implica una intencionalidad y un compromiso. Este compromiso se ve favorecido por las condiciones y los procedimientos establecidos para hacer que la conversación permanente que mantienen los profesionales, se sostenga con los siguientes rasgos:

- **Cara a Cara:** la presencia del otro no es sustituible, si bien las TIC's son útiles para intercambiar información (muestran dificultades en la producción de saber).
- **Constante y regular:** sólo la continuidad da sentido a la actuación.
- **Alrededor de un interrogante:** el eje de la construcción del caso ha de partir de eso que no sabemos y *causa* nuestra conversación.
- **Global y singular:** nos hacemos una representación compartida de la situación (familia) sin olvidar la posición y singularidad de cada miembro.
- **Poner por escrito el proceso y los acuerdos:** escribir es ya ordenar los elementos, priorizar acciones y formalizar el compromiso colectivo.

A partir de la puesta en marcha de esta conversación estamos en condiciones de hablar de práctica colaborativa y de dar forma a la construcción del caso en el seno del equipo. Esta tarea, para tener continuidad, hay que complementarla con la coordinación y el liderazgo como vectorización de los esfuerzos colectivos y con el apoyo institucional que asegura el reconocimiento y la estabilidad del equipo de trabajo. Estos elementos componen el plan que organiza la tarea del programa Interxarxes y le da el marco institucional adecuado.

### 3. DISEÑO

La evaluación coste-beneficio es una de las herramientas teóricas desarrolladas por los economistas que más aplicaciones prácticas ha originado (Pinto y Cols, 2003). Este tipo de evaluación se basa en el análisis de la eficacia y eficiencia de un programa determinado, tiene un carácter justificativo y tiene como objetivo orientar la toma de decisiones respecto a la asignación de recursos públicos y/o privados sobre el mismo. A su vez, los costes de un programa están vinculados a los recursos que implica su implementación. De este modo, muchos programas requerirán personal, tiempo, edificios, medios instrumentales y varios bienes, algunos de los cuales se consumirán, mientras que otros tendrán un desgaste específico (Anguera y Blanc, 2009).

Por otro lado, el éxito de un programa se mide mediante la producción de beneficios, que son los resultados obtenidos como consecuencia de implementar las acciones propias del programa. Poniendo el ejemplo de un programa socio-sanitario, su efecto esperado será que mejore las condiciones personales y sociales de los usuarios, y que mejoren sus estados de salud, respectivamente. Hay que subrayar que los beneficios no sólo se reducen a la persona que muestra una mejora, puesto que también afectan a sus familiares y su entorno social y educativo (Weisbrod, 1995). A pesar de que estos costes y beneficios son medidos en unidades monetarias, es obvio que en el campo de la atención a las personas (educación, atención social y salud mental) hay todo un conjunto de bienes que no pueden ser medidos en estos términos, y que tienen un carácter indirecto o intangible.

De este modo, un concepto amplio de efectividad tendrá en cuenta los costes y beneficios tangibles además de los intangibles, entendiendo que ambos tienen implicaciones económicas a considerar.



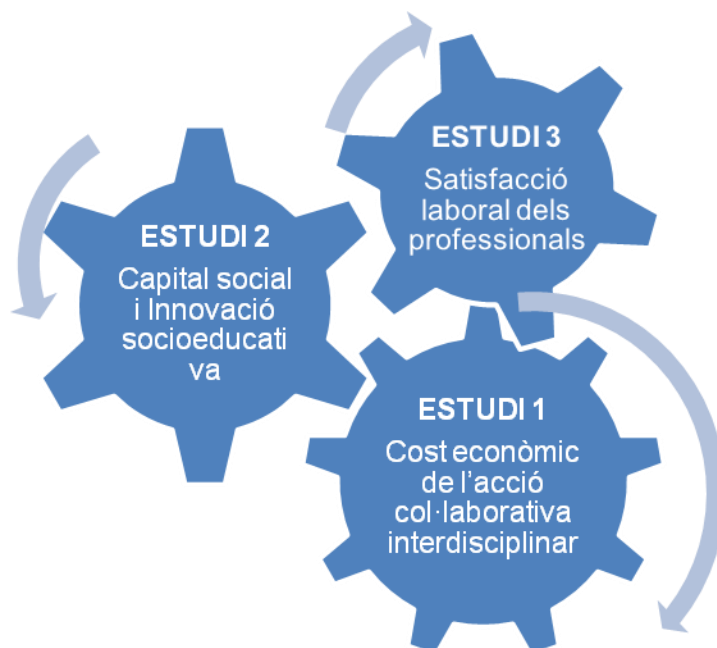
Por otro lado, la literatura muestra como la organización de las XS y su naturaleza colaborativa está creando por sí misma un cierto valor público (Sorensen y Torfing, 2009; Agranoff y McGuire, 2001), que se concreta en la construcción de confianza y capital social entre sus miembros, así como en la generación de conocimiento entre profesionales. Estos y otros autores como Edelenbos y Klijn (2006) o Kamensky et. al, (2004) concluyen que estos *outcomes* o mejoras relacionados con los procesos colaborativos producen un empoderamiento profesional que dota a la comunidad de una mayor capacidad para responder a las problemáticas futuras, y de este modo, contribuyen notablemente a la eficiencia de la acción.

Este trabajo se acerca a la idea de efectividad desde una perspectiva global, entendiendo que la efectividad de un modelo de acción socioeducativa en el distrito no puede simplemente limitarse a un análisis de costes económicos directos. Este enfoque reduccionista nos mostraría una fotografía parcial del impacto de la aplicación de Interxarxes, obviando dimensiones totalmente interconectadas al capital económico invertido. De este modo, la evaluación del coste-beneficio es planteada desde un enfoque sistémico, teniendo en cuenta el impacto tanto a nivel económico como nivel profesional y comunitario.

Esta conceptualización de la efectividad del programa aporta una visión global del fenómeno que tiene en cuenta el impacto de Interxarxes en sus diferentes dimensiones (económica, profesional, y comunitaria). Incluye información sobre un aspecto clave en todo programa socioeducativo cómo es su capacidad estratégica y preventiva, a corto, medio y largo plazo. Entendemos que el diseño metodológico tiene que contemplar el capital global aportado por el programa Interxarxes, ya que centrarnos simplemente en el capital económico nos proporcionaría una información sesgada y a corto plazo, una información insuficiente para tomar decisiones sostenibles respecto la viabilidad y efectividad de una XS como Interxarxes.

A continuación presentamos el diseño de la investigación evaluativa que pretende conocer la relación coste-beneficio del programa Interxarxes, a partir del enunciado de la hipótesis general que afirma que el modelo Interxarxes es más efectivo que el modelo tradicional de atención multidisciplinar. Así pues,

las tres hipótesis de trabajo planteadas determinan tres variables de estudio (Figura 1), que representan tres aproximaciones metodológicas específicas. Cada una de las variables son ampliamente descritas en este apartado.



**Figura 1: Variables de estudio en la evaluación coste-beneficio del modelo Interxarxes**

Estos tres estudios conforman un análisis complejo que combina métodos cualitativos y cuantitativos para poder analizar y describir el impacto de Interxarxes en el distrito de Horta-Guinardó. El estudio global nos permitirá extraer conclusiones generales respecto al coste-beneficio del programa y, por lo tanto, sobre su efectividad después de 10 años de trabajo colaborativo o en red.

### **3.1. Estudio 1: El análisis del coste/beneficio económico (tangible e intangible) del modelo Interxarxes**

El estudio 1 es retrospectivo en tanto que compara resultados ya obtenidos, por lo que se recogerán los costes de todos los recursos consumidos por la población a estudiar durante un periodo de tiempo determinado. El grupo

control será la misma población antes de haber entrado al programa Interxarxes.

### **3.1.1. Muestra**

La población diana es la población infantil del distrito Horta-Guinardó atendida dentro del Programa Interxarxes, y la selección se ha hecho dentro del marco temporal de un año (más el año anterior al periodo atendido en el Programa). Los criterios a partir de los cuales se propone que un menor sea atendido por el Programa Interxarxes son los siguientes:

- Una situación de estancamiento, en la cual no hay cambios en la evolución del menor, a pesar de las diversas intervenciones de diversos equipos.
- La existencia de expectativas respecto lo que se puede conseguir mediante el Programa Interxarxes.

La muestra ha sido constituida por un total de 30 menores y sus familias, atendidos en el Programa Interxarxes, de edades comprendidas entre los 4 y los 16 años. A su vez, los criterios de inclusión de los niños atendidos en Interxarxes para participar en la investigación son dos:

- A. Niños que hayan sido atendidos en Interxarxes por un período  $\geq 1$  año
- B. Niños atendidos por un mínimo de tres servicios (por ejemplo, salud mental infantil, servicios sociales, escuela)

### **3.1.2. Instrumentos**

Una vez constituida la muestra de participantes, se han estudiado diversas variables (clínicas, educativas y sociales) así como aquellas que hacen referencia a los profesionales asistenciales y educativos. Los datos se han obtenido por tres vías de estudio: El análisis de los historiales clínicos, los expedientes sociales y los expedientes escolares.

En primer lugar se ha hecho una descripción de las características de la muestra de población diana. Las variables para la descripción de las características de la muestra de los menores son: diagnóstico clínico (si existe),

edad, sexo, lugar de nacimiento, distrito/barrio, escuela y curso. Las variables para medir los costes de los procedimientos o recursos empleados se recogieron un año antes y uno después de la inclusión en el Programa Interxarxes. Estas son:

- Prestaciones sociales (ayudas económicas y/o ayudas materiales). Coste global x tiempo.
- Tratamiento socioeducativo, horas profesional específico apoyo sociofamiliar (Servicio de Ayuda a domicilio alto) en el período de inclusión en el Programa Interxarxes. Coste global servicio. Precio x número de horas. No se trata de horas del Trabajador Social o del Educador Social, sino del Servicio de Ayuda a Domicilio y de las trabajadoras familiares).
- Tratamiento psicológico, número de sesiones en el período de inclusión en el Programa Interxarxes. Coste global sesiones. Precio x número de sesiones.
- Tratamiento psicopedagógico, número de sesiones (logopedia, monitorización) en el período de inclusión en el Programa Interxarxes. Coste global sesiones. Precio x número de sesiones.
- Tratamiento farmacológico (fármacos que toman) durante el período de inclusión en el Programa Interxarxes. Coste global por fármaco. Dosis x tiempo.
- Tiempos de hospitalización (días de hospitalización) en el período de inclusión en el Programa Interxarxes. Precio días hospitalización.
- Tiempo de internamiento en centros residenciales (CRAE, CREI, días de internamiento) en el período de inclusión en el Programa Interxarxes. Precio días de internamiento.
- Frecuentación de urgencias sociales (número de ocasiones que han acudido a urgencias). Las fuentes serán los expedientes de los Servicios Sociales Básicos (SSB).
- Frecuentación urgencias salud (número de ocasiones que han acudido a urgencias). Las fuentes serán los historiales clínicos (CSMIJ) y/o sociales (SSB).
- Tiempo de absentismo escolar (días que han faltado a clase). Las fuentes serán los expedientes académicos.

- Rendimiento escolar. Las fuentes serán los expedientes académicos.
- Conflictos con el entorno (número de expedientes escolares, detenciones por la policía). Las fuentes serán los servicios sociales.
- Recaídas en un año (número de recaídas). Las fuentes han sido los historiales clínicos y/o sociales.

### **3.1.3. Procedimiento**

El análisis de las variables recogidas se ha hecho siguiendo este protocolo:

- Descripción de la población en estudio. Frecuencias de los diagnósticos clínicos y del sexo de los pacientes. Media y rango de la edad de los pacientes atendidos.
- Coste: Medida de los costes individuales de los dos tipos de tratamientos o programas para el mismo paciente y medida del coste global de todos los menores en el Programa.
- Beneficio: Variación individual de la EEAG, del número de recaídas, visitas a urgencias, tiempos de absentismo escolar y rendimiento escolar en el inicio y el final del Programa. Los datos obtenidos se han valorado conjuntamente a partir del porcentaje de casos en que ha habido un crecimiento o una disminución de cada indicador.
- La valoración del conflicto con el entorno se ha hecho por consenso del equipo investigador y la opinión de los servicios sociales implicados, a partir de los datos obtenidos.

Finalmente, los datos cuantitativos se han estudiado de acuerdo con análisis cuantitativos adecuados (comparación de proporciones, comparación de medias, análisis de la varianza, etc.).

## **3.2. Estudio 2: El análisis del capital social desarrollado por el modelo Interxarxes en el distrito**

El presente estudio pretende medir el capital social promovido por el Programa Interxarxes durante estos 10 años de experiencia en el distrito de Horta-

Guinardó de Barcelona. En este sentido, se ha partido de las percepciones de los profesionales vinculados al programa para analizar las ganancias generadas directamente por la acción colaborativa, interdisciplinar e interinstitucional del programa.

Se entiende que Interxarxes es un programa de XS en cuanto que es un partenariado formal, está encaminado a lograr objetivos sociales en un ámbito comunitario, y que establece su acción en base a la colaboración interdisciplinar a través de la planificación estratégica conjunta (Díaz-Gibson y Cívís, 2011). Por lo tanto, para la recogida de información en el estudio se usa un instrumento específico para medir estos tipos de organizaciones complejas.

### 3.2.1. Muestra

La población seleccionada para participar en el estudio ha sido constituida por profesionales vinculados a la acción del programa por un mínimo de 5 años, entendiéndose que la experiencia era capital para obtener información relevante y fiable. El cuestionario se ha enviado *online* a un grupo de 55 profesionales entre los cuales figuraban tanto miembros del Comité Técnico del programa como profesionales de las instituciones o servicios participantes. Finalmente, se ha obtenido una muestra real de 45 respuestas. Concretamente, 13 respuestas correspondían a miembros del comité técnico y 32 a profesionales participantes. La tabla 2 nos muestra la distribución de respuestas según la institución de origen.

**Tabla 2.** Número de respuestas según la institución o servicio participante

Institución	Nº de respuestas	%
Agencia de Salud Pública de Barcelona	1	2%
Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil	5	11%
Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz	2	4%
Centro Educativo	6	13%
Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia	3	7%
Equipo de Atención Primaria en Salud	2	4%
Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica	8	18%
Escuela de Aprendices	1	2%
Fundación ADSIS	1	2%
Martí Codolar	2	4%

Servicios Sociales	11	24%
Otros	3	7%

### 3.2.2. Instrumentos

Este trabajo utiliza el Cuestionario de Redes Socioeducativas -validado a nivel internacional (Díaz-Gibson, Civis, Guàrdia, 2012)- y diseñado por el grupo de investigación PSITIC<sup>3</sup> de la Universitat Ramon Llull. El Cuestionario de XS tiene por objetivo capturar las percepciones de los profesionales respecto al trabajo colaborativo, el liderazgo del programa y el impacto del mismo en el capital social del programa. Por lo tanto, el modelo de medida que integra el cuestionario responde a estas tres dimensiones. El presente estudio se centra en recaudar información respecto al impacto en el capital social.

Específicamente, el cuestionario aporta información en torno a 5 variables de capital social: confianza; participación, compromiso y diversidad; conexiones comunitarias; generación de conocimiento; y finalmente la innovación colaborativa. La estructura del cuestionario se divide en dos partes: una escala Likert inicial y un grupo de ítems de opción respuesta múltiple. Los ítems Likert se centran en el grado de acuerdo de los participantes respecto al enunciado presentado -que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo-, y los ítems de respuesta múltiple incluyen 4 opciones de respuesta diversa.

### 3.2.3. Procedimiento

La investigación global fue presentada inicialmente en un foro o asamblea general donde casi la totalidad de los participantes en el programa estaban presentes.

A su vez, en fechas cercanas al envío del cuestionario, los representantes de las instituciones participantes fueron informados en una reunión del Comité Técnico del programa, donde se detallaron los objetivos del estudio y la naturaleza del cuestionario. El cuestionario fue elaborado en formato

<sup>3</sup> Grupo de investigación de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna (FPCEE), de la Universitat Ramon Llull. En esta dirección pueden acceder a la web del grupo: <http://investigación.blanquerna.url.edu/psitic/>

electrónico mediante el software libre de *google docs*. En este sentido, un formato virtual proporciona una mayor facilidad para recoger la información requerida, así como para vaciar y analizar la información. Seguidamente, desde la coordinación de Interxarxes se envió una carta *online* donde se adjuntaba el link del cuestionario.

Finalmente, los datos del cuestionario web han sido tratados y analizados estadísticamente con el paquete informático IBM SPSS 2010.

### 3.3. Estudio 3: Nivel de satisfacción de los profesionales

Si bien la satisfacción laboral no es una variable común en los estudios de análisis coste-beneficio en el campo de la salud, el equipo investigador ha considerado conveniente incluirla debido a la relevancia que tiene la existencia de un buen clima de trabajo así como un buen entendimiento entre los profesionales. Este tercer estudio comporta, por lo tanto, una complementación cuali-cuantitativa que analiza las opiniones de los profesionales implicados en el Programa Interxarxes respecto la propia salud y el nivel de satisfacción laboral.

#### 3.3.1. Muestra

La muestra la forman los profesionales educativos/sanitarios/sociales, en función del grado de implicación en el Programa Interxarxes. Los criterios con los cuales se han definido los grupos de profesionales han sido los siguientes:

**GRUPO A:** Profesionales muy vinculados al Programa Interxarxes. Para definirlo se han fijado los siguientes criterios (se tenían que reunir los tres criterios):

- Que hayan intervenido en 3-5 casos
- Que asistan a un 90% del tiempo de formación
- Que formen parte del Comité Técnico o de grupos de trabajo (equipo de casos, comisión jornada,..)



**GRUPO B:** Profesionales menos vinculados al Programa Interxarxes y que no reúnan los requisitos del Grupo A.

### **3.3.2. Instrumentos**

Los instrumentos empleados han sido dos: realización de grupos focales (también denominados grupos de discusión) y los cuestionarios de salud laboral, concretamente una versión simplificada del ISTAS 21.<sup>4</sup>

Respecto a los grupos de discusión se han hecho 4 sesiones, 2 subgrupos del grupo A y dos subgrupos del grupo B de 10 personas aproximadamente cada uno. Las sesiones han tenido una duración de 60 minutos aproximadamente y las preguntas planteadas han sido las siguientes:

1. ¿Los resultados se corresponden con el tiempo y el esfuerzo dedicados?
2. ¿El método Interxarxes aumenta la formación de los profesionales?
3. ¿El método Interxarxes aumenta el conocimiento de los otros profesionales?
4. ¿Interxarxes facilita la cooperación entre profesionales?
5. ¿La modalidad de trabajo que seguís contribuye a aumentar el interés de los responsables institucionales?

### **3.3.3. Procedimiento**

En primer lugar se han analizado las diferencias cualitativas entre los dos grupos de profesionales definidos en base a su implicación en el Programa Interxarxes. Cada grupo estaba compuesto por profesionales de los siguientes ámbitos (El número de personas en cada categoría es por citación, lo cual comporta alguna pérdida).

- Área Básica de salud: 2
- Centro de desarrollo y atención precoz: 1

---

<sup>4</sup> ISTAS 21 es la versión española del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ), que fue desarrollado el año 2000 por un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca, liderado por el profesor Tage S. Kristensen. Se trata de un instrumento para la prevención de riesgos psicosociales en el ámbito laboral.

- Centro de salud mental infantil y juvenil: 3
- Educación Especial: 3
- Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica: 2
- Equipo de atención a la infancia y la adolescencia: 2
- Maestros: 3
- Servicios sociales: 4

Este análisis se ha hecho mediante los grupos de discusión (Krueger, 1988). Con esto lo que se ha pretendido ha sido recoger datos cualitativos – garantizando su validez (Moral, 2006)- relativos a como los profesionales perciben las diversas modalidades de trabajo. Los grupos de discusión consisten en conversaciones planeadas y que están diseñadas para obtener información de un área definida de interés, en este caso, los problemas de comportamiento en los ámbitos educativos, en un ambiente permisivo y no directivo. Los grupos de discusión se realizan con un número aproximado de 10 personas, guiadas por un moderador experto. Los participantes en el grupo exponen sus ideas y comentarios en común. Se trata de un procedimiento muy adecuado cuando se trata de explicar cómo percibe la gente una determinada experiencia, y que hoy en día está siendo utilizado de forma creciente en ámbitos de salud mental (Kadam, Croft, McLeod & Hutchinson, 2001; Nicholson, Albert, Gershenson, Williams & Biebel, 2009; Saavedra, Cubero & Crawford, 2009; Wegner & Rubim, 2009). El análisis se ha hecho comparando las proporciones, lo cual permite afirmar si hay o no diferencias significativas. El resultado global se ha realizado mediante un análisis cualitativo utilizando la aplicación del programa Atlas.ti 6.2.

En segundo lugar, se han pasado los cuestionarios de salud laboral (versión simplificada de ISTAS 21) a los mismos profesionales que han participado en los grupos de discusión. Los apartados explorados han sido los siguientes:

- Percepción de la propia salud
- Exigencias cualitativas del trabajo actual
- Margen de autonomía en el trabajo actual

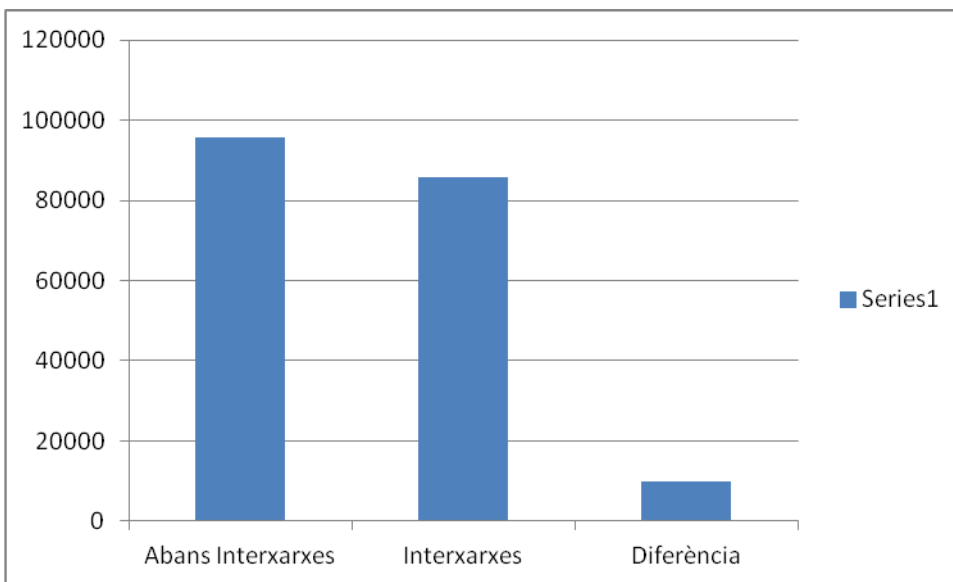
- Posibilidades de desarrollo profesional
- Nivel de conflictos que puede suponer la realización del trabajo actual
- Calidad de las relaciones con los compañeros
- Nivel global de satisfacción del profesional

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Resultados del Estudio 1

A continuación se presentan los resultados en torno al análisis longitudinal comparativo entre el coste-beneficio (parrilla) derivados de la atención del modelo tradicional multilateral y el modelo Interxarxes. El análisis global, en términos de gasto sanitario y social, es claramente favorable a Interxarxes siendo la diferencia de 9826.3 € (tabla 2) (figura 2), que, dado que se trata de un número de 30 individuos, supone 327.5 € por caso. También se produce una mejora sustancial en los aspectos socioeducativos, tanto por lo que respecta al rendimiento escolar como al nivel de implicación en las tareas.

**Tabla 2:** Gasto global antes de la entrada en el Programa Interxarxes y



después de un año de Programa Interxarxes, expresada en euros.

Antes Interxarxes	Interxarxes	Diferencia
95621,99€	85795,72€	9826,3€

**Figura 2: Gasto global comparativo antes y durante Interxarxes**

A continuación se presenta el desglose del gasto por apartados, obteniendo los siguientes resultados:

Por lo que respecta al gasto generado por el consumo de fármacos se han obtenido los siguientes resultados (tabla 3):

**Tabla 3:** Gasto correspondiente a consumo de fármacos expresado en euros.

<b>Antes Interxarxes</b>	<b>Durante Interxarxes</b>	<b>Diferencia</b>
730,2	0	730,2
343,56	546,48	-202,92
250,8	0	250,8
756	756	0
144	144	0
250,8	0	250,8
<b>2475,36</b>	<b>1446,48</b>	<b>1028,88</b>

La diferencia de 1028,88€ es bastante considerable, sobre todo si se tiene en cuenta que se trata de 6 casos. Esto supone 171.48 € por individuo. Hay que señalar que la disminución del gasto farmacéutico se ha dado en un contexto de cambio en la orientación diagnóstica a partir de un seguimiento cuidadoso y

exhaustivo de los casos y, a su vez, como consecuencia de una mayor contención resultante de la mejor articulación de las diversas intervenciones de los profesionales.

En cuanto al gasto generado por la hospitalización y por la frecuentación de urgencias, los resultados obtenidos también son favorables a Interxarxes, con una diferencia de 17.508, 39 € (tabla 4). Hay que añadir que el ahorro de días de hospitalización no es solamente económico sino que tiene una vertiente emocional importantísima puesto que el internamiento casi siempre constituye una experiencia emocional traumática.

**Tabla 4:** Gasto correspondiente a hospitalizaciones y atención en urgencias expresada en euros.

<b>Antes Interxarxes</b>	<b>Durante Interxarxes</b>	<b>Diferencia</b>
<b>16529,36</b>	0	<b>16529,36</b>
309,81	103,27	206,54
2661,7	0	2661,7
0	2661,7	-2661,7
103,27	0	103,27
9315,95	10080	-764,05
206,54	103,27	103,27
1440	110	1330
<b>30566,63</b>	<b>13058,24</b>	<b>17508,39</b>

Finalmente, el gasto socioeducativo muestra unos datos superiores en el modelo Interxarxes (tabla 5).

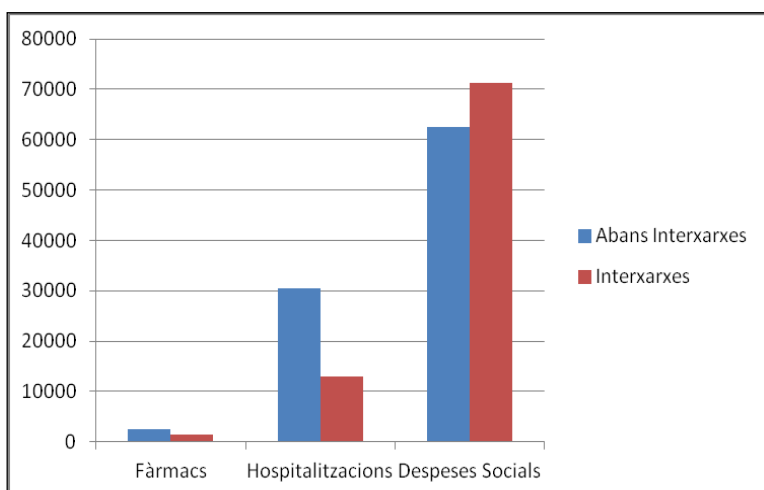
**Tabla 5:** Gasto correspondiente a la partida socioeducativa expresado en euros

<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Interxarxes</b>	<b>Interxarxes</b>	
660	810	-150
0	1644	-1644
0	1120	-1120
500	500	0
6576	12324	-5748
3936	4800	-864
8400	4200	4200
0	360	-360
300	0	300
2460	6156	-3696
4920	3228	1692
0	6168	-6168
400	0	400
350	325	25
300	1200	-900
450		450
2000	400	1600
0	1644	-1644
0	1028	-1028
6168	6168	0
500	710	-210
2460	1230	1230
2500	1200	1300
3696	2460	1236
4932	0	4932
800	800	0

0	1200	-1200
6168	6168	0
4104	4104	0
0	1344	-1344
<b>62580</b>	<b>71291</b>	<b>-8711</b>

Este gasto corresponde a un conjunto heterogéneo de conceptos (pirmis, servicios de atención a domicilio, etc.).

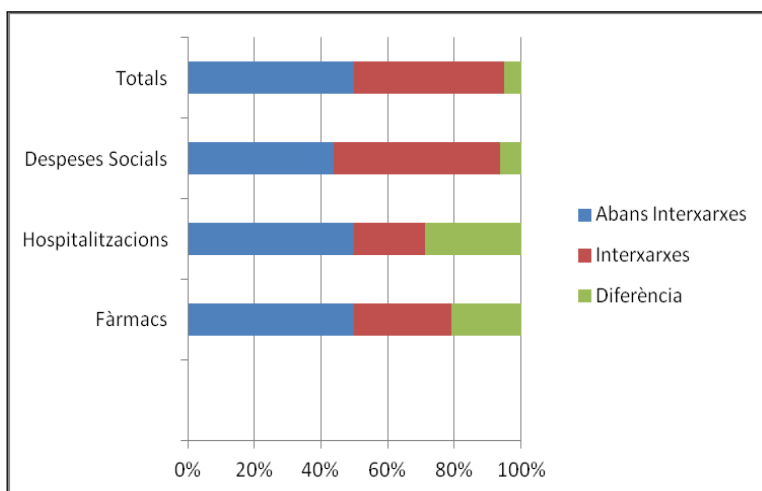
La figura 3 ilustra el desglose de los gastos antes y durante respecto los apartados de consumo de fármacos, hospitalizaciones/urgencias y gastos socioeducativos.



**Figura 3: Comparativa del gasto desglosado por consumo de fármacos, hospitalizaciones y gasto socioeducativo.**

Cómo se puede comprobar, las diferencias en consumo de psicofármacos son pequeñas, en cambio, la diferencia en gasto por hospitalizaciones y asistencia a urgencias es muy clara: el gasto durante el periodo Interxarxes es la mitad de lo que corresponde al periodo previo a Interxarxes. En cuanto al gasto socioeducativo, durante Interxarxes es ligeramente superior al periodo previo, en un 14%.

La figura 4 muestra una comparativa, en porcentajes, del gasto desglosado por consumo de psicofármacos, hospitalizaciones/atención en urgencias y gasto socioeducativo antes y durante el Programa Interxarxes.



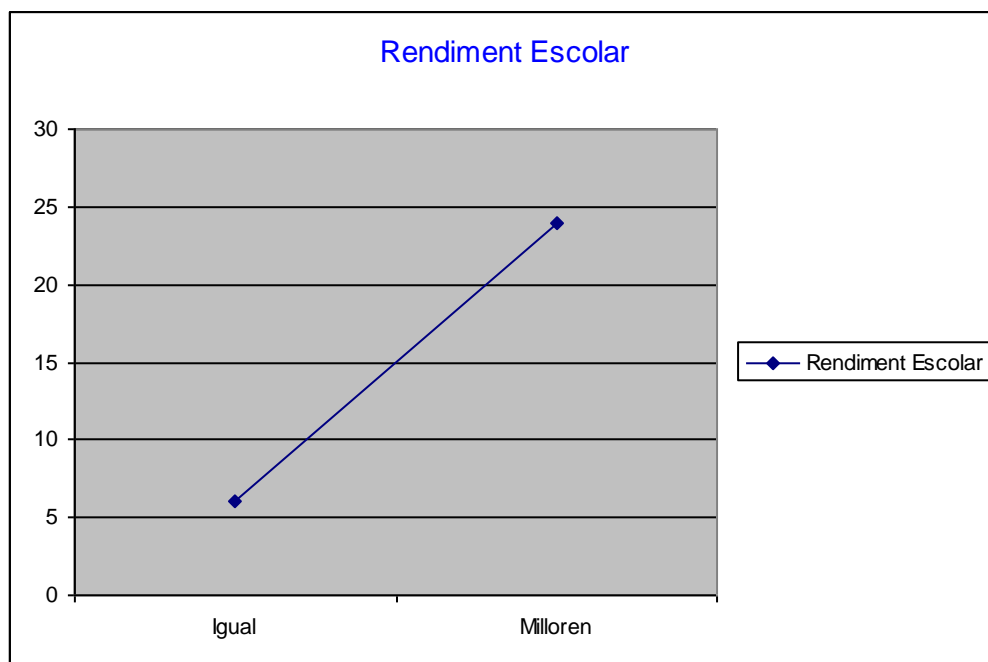
**Figura 4: Comparativa, en porcentajes, del gasto desglosado por consumo de fármacos, hospitalizaciones y gasto socioeducativo antes y durante Interxarxes.**

Inicialmente, se observa cómo el gasto farmacéutico y hospitalario es significativamente mayor en el modelo tradicional (datos), mientras que el gasto socioeducativo es superior en el modelo Interxarxes. No obstante, hay que añadir que el gasto socioeducativo no implica generalmente un coste añadido al sistema, sino que el modelo Interxarxes hace un uso compartido de recursos ya existentes en la propia red socioeducativa del distrito, conectando necesidades detectadas a recursos existentes.

En cuanto a los resultados en el área educativa, hay que destacar las diferencias en las variables de *rendimiento escolar* y *nivel de implicación en las tareas escolares*, en las cuales Interxarxes muestra registros más efectivos. El rendimiento escolar de los casos estudiados es superior una vez los niños y jóvenes son atendidos según el modelo de Interxarxes; la comparación de proporciones indica que hay diferencia estadísticamente significativa a favor de los casos en que se detecta una mejora ( $p < 0,000067$ ). En cuanto al nivel de implicación en los estudios, los resultados son que en 24 casos se produce una mejora mientras que en 6 no se producen cambios; la comparación de

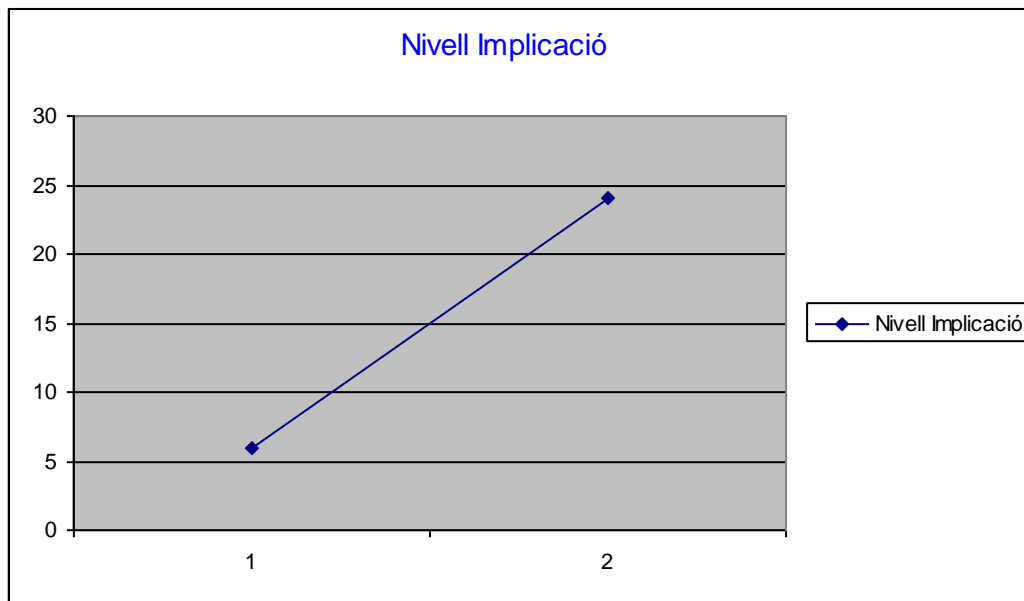


proporciones indica que hay diferencia estadísticamente significativa a favor de los casos en que se detecta una mejora ( $p < 0,000067$ ). (figuras 5 y 6).



**Figura 5: Mejora del rendimiento escolar de los niños y adolescentes atendidos en el Programa Interxarxes**

Esta figura ilustra el impacto positivo del programa Interxarxes en el rendimiento escolar de los menores atendidos: en 24 casos se ha producido una mejora (han pasado, por ejemplo, de un rendimiento escolar bajo a un rendimiento bueno); mientras que en 6 casos no se han producido variaciones en el rendimiento escolar. Esto supone una mejora en el 80% de los casos.



**Figura 6. Mejora del nivel de implicación de los niños y adolescentes atendidos en el Programa Interxarxes.**

La figura 6 ilustra que también se ha producido una mejora en el nivel de implicación en las tareas escolares. Los porcentajes son los mismos que en el apartado del rendimiento escolar; en un 80% de los casos hay una mejora mientras que en el 20% no se producen variaciones.

Haciendo una consideración global, se comprueba que los casos atendidos bajo el sistema tradicional de atención muestran un mayor gasto de recursos especializados y complejos (atención hospitalaria), mientras que estos disminuyen al ser atendidos por Interxarxes. Por otro lado, en el modelo Interxarxes aumentan ligeramente los recursos de la atención primaria y de apoyo familiar y social.

En cuanto a los resultados en las variables de rendimiento escolar y nivel de implicación en las tareas escolares, el Programa Interxarxes es claramente superior al modelo tradicional. Las mejoras obtenidas en ambas variables tienen una especial relevancia puesto que, como es reconocido y aceptado por la mayor parte de profesionales, aquellos alumnos que han tenido dificultades en la integración de conocimientos o habilidades durante la enseñanza o bien han tenido problemas para ponerlos al servicio del desarrollo de proyectos de vida, tendrán más problemas al ver limitadas sus posibilidades tanto formativas como laborales. En consecuencia, el poder reconducir situaciones de riesgo en

el campo educativo-escolar tendrá como efecto una mejora sustancial de la salud mental del alumnado.

Dado que este estudio tiene una limitación en tanto que compara los gastos producidos a lo largo de dos años (un año previo a entrar en el Programa Interxarxes y un año de Programa Interxarxes) el equipo investigador ha considerado adecuado hacer un seguimiento posterior de aquellos casos que habían ocasionado los mayores gastos sanitarios. Básicamente, se trataba de saber si habían requerido más ingresos hospitalarios. Con este objetivo se presentan algunos de estos casos.

El primer caso <sup>5</sup> es una chica que sufrió un grave maltrato por parte del padre y requirió internamiento hospitalario y tratamiento con psicofármacos, al igual que su madre. La inclusión del caso en el programa Interxarxes permitió que este tratamiento se pudiera ir reduciendo al mismo tiempo que se activaron otros recursos sociofamiliares y socioeducativos. El seguimiento de la familia por parte de otros servicios (educativos y sociales) se orientó hacia la inserción laboral de la madre y el ajuste de la escolarización de la chica contemplando sus características. Los recursos invertidos, en la escuela y en el tiempo libre, ya están en el territorio y se implementan en este caso de manera coordinada entre los servicios que forman parte de la red. La evolución positiva del caso refuerza la tesis del tratamiento global de la situación familiar y subjetiva.

El segundo caso nos habla de una madre separada y discapacitada psíquica que tiene que hacerse cargo sola de 3 hijos cuando su marido, maltratador y discapacitado psíquico se va de casa <sup>6</sup>. El destino habitual sería, teniendo en cuenta los diferentes factores de riesgo (discapacitada, precariedad económica, consumos, etc.) una separación de los niños. La constitución de la red, una vez verificada la decisión de la madre de mantener la guarda custodia de sus hijos, ha evitado el recurso de internamiento y/o acogida: recurso caro y con incidencias notables en la biografía de un niño/a. La implementación de recursos de apoyo en el mismo territorio y con profesionales de referencia para la familia (pediatra, asistente social, trabajadora familiar, tutores) ha sido clave

---

<sup>5</sup> Ver en José R. Ubieto (2012). “La construcción del caso en el trabajo en red” págs. 214-223

<sup>6</sup> Ver en José R. Ubieto (2012). “La construcción del caso en el trabajo en red”, págs. 126-136

para generar un buen vínculo transferencial y complementar las funciones parentales de la madre.

El tercer caso es el de unos chicos gravemente afectados por la patología mental de su madre y las dificultades del padre<sup>7</sup>. Durante buena parte de su escolaridad han tenido que ausentarse de la escuela ya que la madre consideraba, en su delirio, que podían ser objeto de un envenenamiento u otros perjuicios. Las dificultades de abordar esta situación en el modelo tradicional por parte de los profesionales impidió una resolución efectiva hasta que la incorporación del caso al programa Interxarxes favoreció una revisión de la valoración del caso, de sus factores de riesgo y protección, y una actuación más coordinada y efectiva. Los resultados, con la participación decisiva del padre y de los chicos, permitieron la escolarización regular de los niños y una mejora notable de sus capacidades de aprendizaje y de establecimiento de vínculos sociales.

Finalmente, el cuarto caso, es el de un niño diagnosticado de un *trastorno negativista desafiante* más consumo de sustancias tóxicas, que requirió, en el periodo previo a Interxarxes, una hospitalización de 8 días en la UCA, seguida de 4 meses de hospital de día. Además, tuvo un expediente escolar. Posteriormente, no ha requerido ninguna hospitalización más y, además, ha presentado una buena evolución y buena vinculación a los dispositivos asistenciales.

## 4.2. Resultados del Estudio 2

A continuación se presentan los resultados obtenidos respecto al capital social generado en la comunidad por el programa Interxarxes en los últimos 10 años. El modelo de medida evalúa las mejoras o *outcomes* proveídos por la propuesta colaborativa interdisciplinar con perspectiva comunitaria desplegada por Interxarxes en el distrito de Horta-Guinardó. Específicamente recoge las percepciones de los profesionales implicados en el programa respecto a los

---

<sup>7</sup> Ver en José R. Ubieto (2012). “La construcción del caso en el trabajo en red”, págs. 165-175

*outcomes de Confianza; Participación, compromiso y diversidad; Conexiones comunitarias; Generación de conocimiento; e Innovación colaborativa.*

**Tabla 6:** Mejoras en el Capital Social

<b>Confianza</b>	<b>Valores</b>
1. Compromiso con los objetivos de la XS	94%
2. Aceptación de responsabilidades asimétricas	73%
3. Toma de decisiones basada en el consenso	93%
4. Representantes de las administraciones o de entidades financiadoras del programa mantienen un poder equitativo en la toma de decisiones	98%
5. Distribución de los recursos en base a las necesidades detectadas	86%
6. Aumento de la democratización de las decisiones socioeducativas en la comunidad	91%
7. Discusión de percepciones diferentes respecto los problemas	87%
8. Aumento de la cultura colaborativa profesional en la comunidad	93%
9. Aumento de la cultura colaborativa inter-organizacional en la comunidad	80%
10. Ideas compartidas por los miembros son implementadas en acciones y programas	91%
<b>Total</b>	<b>88.6%</b>
<b>Participación, compromiso y diversidad</b>	<b>Valores</b>
11. Mecanismos de afiliación y voluntariado	47%
12. Visión compartida sobre los problemas de la comunidad	90%
13. Compromiso con los objetivos de la XS	94%
14. Percepción de la educación y la asistencia 0-18 como responsabilidad social compartida	97%
15. Implicación de actores del sector público, privado y el tercer sector	60%
16. Implicación de representantes de las diferentes administraciones públicas	100%
17. Participación política y ciudadana	70%
18. Implicación de profesionales de diferentes disciplinas	100%
19. Implicación de miembros de ámbitos sociales diversos	100%
<b>Total</b>	<b>84.2</b>

<b>Conexiones comunitarias</b>	<b>Valores</b>
20. Inclusión de miembros potenciales en la comunidad	91%
21. Integración de programas paralelos implementados en la comunidad	76%
22. Canales de comunicación para informar a la comunidad	60%
23. Mecanismos de afiliación y voluntariado	47%
24. Programas de conexión entre escuelas, familia y comunidad	70%
25. Aumento de las conexiones entre los miembros de la XS	98%
<b>Total</b>	<b>73.7%</b>
<b>Generación de conocimiento</b>	<b>Valores</b>
25. Formación a los miembros	93%
26. Aplicación de los aprendizajes de la XS en la propia organización	89%
27. Aprendizaje de estrategias colaborativas	69%
28. Aprendizajes sobre contenidos socioeducativos	90%
29. Espacios y tiempo específicos para compartir nuevas ideas y programas	89%
30. Desarrollo de investigación aplicada y difusión en la comunidad	67%
31. Oportunidades formativas para familias y/o miembros de la comunidad	66%
<b>Total</b>	<b>80.4%</b>
<b>Innovación colaborativa</b>	<b>Valores</b>
32. Empoderamiento de los miembros para liderar acciones y programas	85%
33. Organigrama que incorpora específicamente espacios interdisciplinarios	100%
34. Intercambio de nuevas ideas	75%
35. Recursos compartidos entre miembros para afrontar los objetivos comunes	90%
36. Utilización de recursos públicos de la comunidad para afrontar los objetivos comunes	98%
37. Ideas compartidas por los miembros son implementadas en acciones y programas	91%
38. Espacios y tiempo específicos para compartir nuevas ideas y programas	89%

programes	
39. Innovaciones en los programas socioeducativos de la comunidad	100%
40. Innovaciones en la organización de los servicios socioeducativos de la comunidad	100%
<b>Total</b>	<b>92.0%</b>

---

Como se observa en la *tabla 6*, los profesionales que participan en el programa apuntan una incidencia altamente significativa en el capital social de la comunidad. A pesar de que los resultados muestran unos valores relevantes en todas las variables, parece que el programa Interxarxes a lo largo de sus 10 años de trayectoria ha incidido de forma especialmente significativa en la generación de *Innovación colaborativa* en la comunidad (92%), tanto al mejorar la capacidad innovadora como las innovaciones prácticas. Además, esta variable apunta las mejoras logradas respecto a la optimización de los recursos de la comunidad a partir de generar sinergias entre recursos existentes y el establecimiento de una cultura orientada hacia la innovación y el cambio.

A su vez, se apunta la notoriedad en la construcción de *Confianza* entre profesionales de los diferentes servicios (88,6%), hecho que demuestra cómo Interxarxes durante este periodo ha construido proactivamente una cultura colaborativa de trabajo. El incremento de la variable *Participación, compromiso y diversidad* muestra unos valores importantes (84,2%) teniendo en cuenta la naturaleza inclusiva y colaborativa del programa, resaltando la corresponsabilidad de los servicios y agentes socioeducativos de la comunidad, logrando una mayor vinculación a nivel cuantitativo: número de profesionales interesados en mejorar los servicios prestados a infancia y familias, y cualitativo: disposición para participar activamente.

Esta variable se complementa con las *Conexiones comunitarias logradas por el programa* (73,7%), haciendo referencia a la integración de programas y a la conexión entre profesionales. Al mismo tiempo, esta variable muestra resultados menores respecto a la vinculación de ciudadanos voluntarios y de la institución educativa escolar.

Finalmente, los resultados muestran el aumento de capital relacionado con la *Generación de conocimiento* (80.4%). Los profesionales defienden que aprenden tanto contenidos socioeducativos como habilidades y estrategias colaborativas, y que además extienden estos aprendizajes a las propias organizaciones donde realizan el trabajo habitualmente. Sin duda, la generación de este capital constituye un empoderamiento específico de los profesionales de la comunidad que tiene una relación directa sobre la calidad general de los servicios a las personas de la comunidad.

### 4.3. Resultados del Estudio 3

En cuanto a los resultados de los 4 grupos focales realizados con los profesionales, las tablas de la 7 a la 13 muestran las percepciones de los profesionales muy vinculados y de los menos vinculados al programa, respecto algunos de los puntos clave de Interxarxes. En general, las diferencias significativas han sido puntuales y el grupo de profesionales más vinculados presenta un nivel de profundización superior respecto a los menos vinculados.

En la primera pregunta, “¿Los resultados se corresponden con el tiempo y el esfuerzo dedicados?” se han obtenido los siguientes resultados (tabla 7).

**Tabla 7:** Categorías de los Grupos Focales A y B, para la pregunta nº1

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>p-valor</b>
I: Los resultados se corresponden a veces	19%	8%	0.369
II: Las reuniones son útiles porque consiguen resultados claros	63%	23%	0.018
III: Los resultados no se corresponden	7%	46%	0.004
IV: Los resultados se corresponden casi siempre	11%	23%	0.321
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



Como podemos observar en la tabla 7, destaca la categoría II donde el p-valor (0,018) muestra la existencia de una diferencia estadísticamente significativa a favor de los profesionales muy vinculados, que consideran que las reuniones son útiles porque se consiguen resultados claros. La categoría III, relativa al hecho que los resultados no se corresponden, muestra igualmente la existencia de una diferencia estadísticamente significativa (p-valor de 0,004), en este caso a partir de los profesionales menos vinculados. En la pregunta 1, la categoría I de respuestas muestra una diferencia a favor de los profesionales muy vinculados que no es estadísticamente significativa. Tampoco lo es respecto a la categoría IV, y en este caso a favor de los profesionales menos vinculados.

La Tabla 8 muestra algunos de los fragmentos correspondientes a la primera pregunta planteada en los grupos focales.

**Tabla 8:** Ejemplos de fragmentos de los diferentes Grupos Focales de la Categoría II, pregunta 1.

**¿Los resultados obtenidos se corresponden con el tiempo y esfuerzo dedicados?**

- *En las reuniones se genera un clima de confianza entre los profesionales y eso está muy bien porque podemos trabajar de otra manera.*
- *Compartir la responsabilidad y tomar una línea unitaria es muy útil, sobre todo en familias complejas. También permite valorar el éxito y el fracaso y eso también enseña.*
- *Es importante compartir qué intervenciones puede hacer cada servicio.*
- *Se ponen sobre la mesa las informaciones que son necesarias para entender el caso aunque que no tengas que intervenir.*
- *Las reuniones permiten la posibilidad de conocer otros profesionales y eso nos permite cambiar la perspectiva del caso.*
- *Gracias a Interxarxes vemos los límites que tenemos de actuación que aparecen con la versión conjunta de todos.*
- *Nos ayudan a preguntar-nos qué límites tenemos y nos permite transmitir a la familia qué posibilidades tenemos.*
- *Se ha iniciado una línea de actuación que facilita el trabajo.*
- *La carga inicial acaba convirtiéndose en una inversión, que sucede generalmente en todo trabajo en red.*
- *Poner líneas conjuntas de trabajo, ponerlas en común, mejora la atención, y asegura un mejor trabajo.*
- *Es un espacio de reflexión muy importante que nos permite mirar de*

Respecto a la pregunta número 2 referente a si el método Interxarxes aumenta la formación de los profesionales, se han obtenido los siguientes resultados (tabla 9).

**Tabla 9:** Categorías de los Grupos Focales A y B para la pregunta nº2.

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>p-valor</b>
I: Estilo de trabajo enriquecedor	94%	56%	0.012
II: Estilos de trabajo que no nos forman	6%	44%	0.012
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

Tal como podemos ver a la tabla 9, la categoría I de respuestas muestra la existencia de una diferencia estadísticamente significativa (p-valor de 0,012) a favor de los profesionales muy vinculados, que consideran que es muy enriquecedor el estilo de trabajo mediante el método Interxarxes. La categoría II hace referencia a la formación auto percibida de los profesionales, y la diferencia también es estadísticamente significativa (p-valor de 0,012), pero a favor de los profesionales menos vinculados.

La tabla 10 ilustra algunos fragmentos correspondientes a la segunda pregunta planteada en los grupos focales: ¿El método Interxarxes aumenta su formación?

**Tabla 10:** Ejemplos de fragmentos de los diferentes Grupos Focales de la Categoría I, pregunta 2:

<b>¿Interxarxes aumenta la formación de los profesionales?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tal como está estructurado Interxarxes sí que permite aprender.</i></li> <li>• <i>Es un estilo de trabajo muy enriquecedor.</i></li> <li>• <i>Que cada profesional aporte puntos de vista diferentes es enriquecedor.</i></li> <li>• <i>Las discusiones me han servido para aprender.</i></li> <li>• <i>Escuchar al otro es un ejercicio que te permite aprender.</i></li> </ul>

En la pregunta 3, “¿El método Interxarxes sirve para tener un mejor conocimiento de los otros profesionales?”, se han obtenido los siguientes resultados (tabla 11).

**Tabla 11:** Categorías de los Grupos Focales A y B para la pregunta nº3.

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>p-valor</b>
I: Conocer a los demás profesionales ayuda mucho	55%	70%	0.429
II: Permite aumentar la confianza en los otros	20%	20%	1.00
III: Permite superar conflictos entre servicios	25%	10%	0.333
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

Cómo vemos en la tabla 11, en la pregunta 3 ninguna de las tres categorías aporta diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales muy vinculados y los poco vinculados en cuanto al método Interxarxes. Teniendo en cuenta la no significatividad de las diferencias, puede ser útil saber que el conocimiento de los otros profesionales ayuda más a los menos vinculados. No hay ninguna diferencia respecto al aumento de confianza en los otros, y los muy vinculados consideran que permite superar conflictos entre los servicios dado su mayor nivel de conocimiento del trabajo en Interxarxes.

La tabla 12 ilustra algunos fragmentos de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta planteada en los grupos focales.

**Tabla 12:** Ejemplos de fragmentos de los diferentes Grupos Focales de la Categoría I, pregunta 3:

**¿El programa Interxarxes sirve para tener un mejor conocimiento de los otros profesionales?**

- *Ideal para conocer al otro.*
- *Conocer al profesional con el que trabajas ayuda mucho.*
- *Sí, ayuda a conocer a otros y también fuera de los casos, en la formación por ejemplo, se diluyen muchas tensiones.*
- *Es más fácil llegar a acuerdos y concretar informaciones.*
- *Eso mejora el trabajo, te facilita el conocimiento.*

Respecto la pregunta 4: ¿Interxarxes facilita la cooperación entre profesionales?, los resultados (tabla 13) muestran una diferencia estadísticamente significativa (p-valor de 0,006) en la categoría I de respuestas, donde los profesionales menos vinculados consideran que facilita la cooperación. Las otras categorías de respuesta no muestran diferencias estadísticamente significativas. Las II, III y IV presentan predominancia de los profesionales más implicados, y la IV de los menos implicados. Todas ellas se consideran lógicas, y en el caso de IV, es perfectamente previsible que los profesionales menos implicados se encuentren desorientados y reconozcan que el método Interxarxes les permitiría unificar criterios. En II, III y IV, por el contrario, las respuestas son lógicas por parte de los que se sienten más implicados.

**Tabla 13:** Categorías de los Grupos Focales A y B para la pregunta 4.

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>p-valor</b>
I: Facilita la cooperación	22%	67%	0.006
II: Hace que cada uno se responsabilice	17%	0	0.486
III: Es útil para precisar los límites de los demás	22%	0	0.486
IV: Permite unificar criterios	4%	13%	0.315
V: Permite focalizar mejor las intervenciones	35%	20%	0.326
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

La tabla 14 ilustra algunos fragmentos de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta planteada en los grupos focales.

**Tabla 14:** Ejemplos de fragmentos de los diferentes Grupos Focales de la Categoría I, pregunta 4

<b>¿Interxarxes facilita la cooperación?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>El hecho de dejarlo por escrito es muy importante y facilita la cooperación.</i></li> <li>• <i>Es un buen ejercicio de cooperación entre los servicios que aún no estemos de acuerdo.</i></li> <li>• <i>El tema cooperación es básico en Interxarxes y si se ha mantenido durante 10 años es porque se ha hecho bien.</i></li> <li>• <i>Repetimos mucho y al cooperar disminuye el riesgo de repetir.</i></li> <li>• <i>Seguro que hay cooperación pero se da en diferentes grados.</i></li> </ul>

Finalmente, respecto la pregunta 5, “¿La modalidad de trabajo que seguís, contribuye a aumentar el interés de los responsables institucionales?”, se han obtenido las respuestas siguientes (tabla 15).

**Tabla 15:** Categorías de los Grupos Focales A y B para la pregunta 5

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>p-valor</b>
I: Los responsables institucionales dan apoyo	82%	67%	0.354
II: Los responsables institucionales no dan apoyo	6%	13%	0.505
III: Los responsables institucionales lo respetan pero no muestran interés.	6%	13%	0.505
IV: Actualmente nos permiten participar pero ya se verá en el futuro	6%	7%	0.962
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

En la pregunta 5, en ninguna de las cuatro categorías de respuesta se presentan diferencias estadísticamente significativas. En la categoría I se han obtenido porcentajes altos, pero muy bajos en II, III y IV. En la categoría I tiene sentido que haya más respuestas de los profesionales más implicados en el sentido que recibirán apoyo de los responsables institucionales (porque "creen en esto"); paralelamente, y en el mismo sentido, los profesionales menos implicados son los que creen mayoritariamente que no se prestará este apoyo (categoría II). Las categorías III y IV están planteadas de manera más vaga y desdibujada, y posiblemente expliquen la ausencia de diferencia entre los resultados de profesionales más y menos implicados. La tabla 16 ilustra algunos fragmentos de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta planteada en los grupos focales.

**Tabla 16:** Ejemplos de fragmentos de los diferentes Grupos Focales de la Categoría I, pregunta 5.

**Categoría I, pregunta 5: ¿Los responsables institucionales dan apoyo al programa Interxarxes?**

- *La directora médica está interesada en el proyecto y eso hace que nos deje acudir a las reuniones.*
- *Evidentemente sí, tanto los jefes directos como los de arriba*
- *Los directores de centro sí, ha costado un poco pero ahora que lo han entendido... si no te lo explican cuesta entender lo que es.*
- *El representante soy yo y estoy en Interxarxes.*
- *Mis directivos dan apoyo.*
- *Siempre se ha valorado como una cosa positiva, si están interviniendo y si están participando*
- *Cuando te hacen partícipe lo asumo y digo que merece la pena, cuando no te hacen partícipe, te desentiendes.*
- *Desde el departamento es un proyecto reconocido.*
- *Me encontré con que mis jefes lo conocían y participaban. El reconocimiento está muy establecido, aquí tiene un nombre y una concreción.*
- *La voluntad de dotar de medios al proyecto lo indica y también a nivel de hacerlo compatible con el trabajo diario.*

En cuanto a los resultados de los cuestionarios de riesgos laborales obtenidos de los dos grupos de profesionales (muy vinculados y menos vinculados a

Interxarxes), no se han detectado diferencias significativas a resaltar en ninguna de las variables estudiadas. Estos datos pueden estar relacionados con la poca incidencia horaria de Interxarxes entre los profesionales de la comunidad, que pueden estar implicados entre 0 y 4 horas semanales, realizando el grueso de su actividad fuera del mismo. A pesar de todo, se ha detectado que un 18% del total de los casos (un 22% en el grupo de profesionales menos vinculados y un 13% en los muy vinculados) presentan una salud laboral precaria o deficiente. En este contexto, el Programa Interxarxes puede generar mecanismos que incidan favorablemente en los niveles de satisfacción de los profesionales en tanto que perciban que las problemáticas son abordadas colaborativamente por los equipos interdisciplinarios, donde todas las opiniones y aportaciones son relevantes.

## 5. CONCLUSIONES

### 5.1. Impacto en la optimización de los recursos del Distrito

- Interxarxes **presenta una relación coste-beneficio claramente positiva en todos los ámbitos**, lo cual añade un plus de valor a la coyuntura actual de crisis económica y de falta de recursos públicos
- **La reducción más notable afecta a los costes sanitarios (hospitalización, fármacos) y a los internamientos (protección infancia)**. Esto se explica por la orientación socioeducativa y preventiva del programa, complementaria con la sanitaria en tanto que integra en la colaboración profesional a actores educativos y sociales facilitando el abordaje de los casos en el núcleo más próximo al domicilio.
- El programa **contribuye a la optimización de los recursos, conectando necesidades detectadas a recursos de la comunidad ya existentes** (atención primaria, centros abiertos, ayuda a domicilio).

### 5.2. Impacto en el capital social y la innovación en el Distrito

- Interxarxes favorece mediante la colaboración, **un apoyo basado en el conocimiento y la confianza mutua**, el consenso y la estimulación en los profesionales.
- El programa ayuda a entender la cooperación y **promueve una cultura colaborativa orientada a la innovación**, fundamentada en la formación conjunta.
- **Este proceso de aprendizaje conjunto incide directamente en un aumento del conocimiento de la realidad** objeto de trabajo, lo cual permite dimensionar el problema huyendo de valoraciones desmesuradas por la espectacularidad de algunos hechos no siempre graves y permite, por otro lado, valorar la gravedad de hechos menos “sonoros”. Permite, a su vez, detectar necesidades, identificar factores de riesgo y de protección y compartir recursos.
- La implementación, dentro del Programa Interxarxes, de nuevos procedimientos de actuación, la producción de publicaciones y la realización de cursos e intercambios profesionales **permite su transferencia a otras experiencias de la ciudad y otros territorios de Catalunya y España**. Hoy hay varias redes en funcionamiento que reconocen a Interxarxes como a modelo inspirador de su funcionamiento.
- La utilidad y eficacia del trabajo realizado **favorece una mayor participación y corresponsabilidad entre responsables políticos, técnicos de servicios públicos y privados y la ciudadanía**.

### 5.3. Consideraciones generales sobre el impacto del Programa Interxarxes en la atención y en la calidad asistencial en el Distrito

- Interxarxes **permite generar Planes de Trabajo consensuados** entre los diferentes servicios participantes que garantizan desarrollar actuaciones con una orientación común.
- Este consenso **potencia la fuerza de la intervención y favorece la sostenibilidad del caso** por el hecho de compartir entre los profesionales



las dificultades, las dudas y la angustia provocadas por situaciones de extrema vulnerabilidad.

- Esta contención de los malestares inherentes a la relación asistencial, **frena la tendencia al hiperactivismo (acciones múltiples y precipitadas) o al "estancamiento" (inhibición) de las actuaciones.** Ambas son "soluciones" fallidas ante derivadas de los impasses de la intervención.
- El trabajo colaborativo de Interxarxes favorece el conocimiento mutuo de los servicios y **ofrece una continuidad de la cura más allá de la movilidad de los profesionales en el seno de los servicios.**
- El flujo de casos nuevos, con casuísticas diversas, **contribuye a renovar y actualizar las formas de intervenir de los diferentes profesionales y servicios implicados.** El método de construcción del caso que promueve Interxarxes es clave para esta innovación.

## 6. PERSPECTIVAS DE FUTURO

El programa Interxarxes ha cumplido 12 años de funcionamiento y se ha consolidado como un programa de trabajo en red dirigido a la infancia y las familias del Distrito de Horta-Guinardó. El conjunto de actividades realizadas: casos atendidos, taller de padres y madres, charlas, seminarios y actividades formativas, jornadas de intercambio, investigaciones y publicaciones, difusión permanente en la web, son una buena muestra.

Ahora hay que hacer frente a nuevos retos ajustados a las nuevas realidades sociofamiliares e institucionales, especialmente en un periodo de una fuerte crisis económica, con datos de paro muy elevados y con muchas familias en situación de extrema vulnerabilidad. Sin olvidar los fuertes ajustes en el gasto público, que menguan los recursos potenciales del programa y de los servicios participantes.

En cuanto a la vertiente asistencial, los resultados obtenidos en la investigación evaluativa justifican que Interxarxes mantenga la atención de aquellos casos que por su especial problemática se benefician más del programa. Y hace falta

también que los procedimientos y la metodología empleada se formalicen más, para que puedan ser mejor transmitidos a los nuevos profesionales que se incorporan, y todos podamos comprender mejor la lógica de nuestra intervención en red.

Por lo tanto, esta formalización del protocolo de actuación tendría que definir más ajustadamente el foco de la intervención conjunta y reducir el tiempo de duración de un Equipo de Caso a un máximo de 2 años. Del mismo modo habría que mejorar la dinámica de las reuniones, haciéndolas más ágiles y a la vez más enriquecedoras en cuanto al debate, fundamento de la construcción del caso.

Otro ámbito a desarrollar con más intensidad en un contexto como el actual, es el de la prevención, especialmente todo aquello referido al trabajo con padres, con diferentes modelos de participación y una oferta de atención que alcance las diferentes edades de sus hijos. Al mismo tiempo hay que desarrollar grupos de discusión y grupos de encuentro con profesionales menos implicados en el programa por sus dificultades de conciliar las exigencias asistenciales con el trabajo sociocomunitario. En este sentido hace falta que el programa se acerque más a docentes, médicos de familia, pediatras y sanitarios y cuerpos de seguridad, para debatir con ellos sobre las actuaciones con niños y adolescentes que se encuentran en situación de alto riesgo social.

Así, la investigación nos muestra la existencia de unas conexiones entre profesionales, servicios e instituciones del territorio basadas en la confianza y la innovación. En un futuro cercano hay que dirigir nuestros esfuerzos a gestionar este importante capital social para construir e implementar transversalmente nuevos programas de prevención en el distrito.

Específicamente, es conveniente que el programa, conjuntamente con iniciativas públicas y privadas con capacidad de financiación, implemente proyectos específicos dirigidos a adolescentes y jóvenes (14-20 años) que están especialmente afectados por la crisis económica y ven como su futuro se aleja de los estudios y del mercado de trabajo. Estos jóvenes merecen y necesitan toda nuestra atención puesto que el riesgo de que toda una

generación se quede “al sol” sin futuro, es un hecho que no nos podemos permitir como sociedad, ni tampoco sería justificable éticamente. Esta iniciativa tendría que basarse en la hospitalidad de estos jóvenes y la promoción de un trabajo conjunto con el fin de su inserción sociolaboral.

En cuanto a la formación y la investigación, el programa tendrá que continuar con las actividades en curso, renovando y mejorando sus propuestas con la busca de nuevos partenaires (universidades, otras experiencias de red, entidades y asociaciones profesionales, etc.) y ampliando su difusión en las emergentes redes sociales.

Finalmente, y respecto a los aspectos organizativos y de participación, hay que mantener y consolidar institucionalmente el esquema de coordinación y promover activamente la incorporación de nuevos profesionales y servicios del territorio, especialmente de las nuevas generaciones. Todo esto reforzará y ampliará, sin duda, el capital social del programa.

## REFERENCIAS

- Anguera, M.T. i Blanco, A. (2009). Análisis económico en la evaluación de programas. A Salvador Chacón, María Teresa Anguera i Ángel Blanco (Coord.). *Evaluación de programas sociales y sanitarios*. Barcelona: Síntesis, pag:
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). Big questions in public network management research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11, 295-326.
- Berliner, D. (2006). Our impoverished view of educational reform. *The Teachers College Record*, 108(6), 949–995.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. En Friedman, S.L. y Wachs, T.D. (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3–28). Washington, DC: American Psychological Association Press. Recuperado de <http://gigusa.org/resources/eg/24.pdf>
- Carles-Enric Riba Campos (2007). *La metodologia qualitativa en l'estudi del comportament*. Ed. UOC, Barcelona
- Castells, M. (1996). *The Information Age. Economy, Society and Culture*. Oxford; Malden, MA: Blackwell
- Díaz-Gibson, J. y Civís Zaragoza, M. (2011). Redes Socioeducativas promotoras de Capital Social en la comunidad: Un marco teórico de referencia. *Cultura y Educación. Fundación Infancia y Aprendizaje*, 23(3).
- Díaz-Gibson, J., Civís, M. y Longás, J. (2012). La Gobernanza de Redes Socioeducativas: claves para una gestión exitosa. Manuscrit no publicat en procés de revisió.
- Díaz-Gibson, J., Civís, M. i Guàrdia, J. (2012). An Approach to the Comprehensive Measurement of Educative Governance Networks. Manuscrit no publicat en procés de revisió.
- Edelenbos, Jurian, and Erik-Hans Klijn. 2007. Trust in complex decision-making networks: A theoretical and empirical explanation. *Administration & Society* 39:25–50.

- Halvorsen, T. et al. (2005), On the differences between public and private sector innovation. *Publin Report, D9*.
- Hatcher, R. & Leblond, D. (2001). Education Action Zones and Zones d'Education Prioritaires. Paper presented at the conference on *Travelling Policy / Local Spaces: Globalisation, Identities and Education Policy in Europe*, Department of Education, Keele University, June 27-29.
- Kadam, U.T., Croft, p., McLeod, J. I Hutchinson, M. (2001). A qualitative study of patients views on anxiety and depression. *British Journal of General Practice*, 51 (466), 375-380.
- Kamensky, A., Burlin, T., Abramson, M. (2004) Collaboration: Using Networks and Partnership. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. Krebs & Holley, 2004
- Kickert, W.; Klijn, E. & Koppenjan, J. (1997), *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*. London: Sage.
- Kilduff, M. & Tsai, W. (2003). *Social Networks and Organizations*. London: Sage Publications.
- Klijn, E., Edelenbos, J., & Steijn, B. (2010). Trust in Governance Networks : Its Impacts on Outcomes. *Administration and Society*, 42(2), 193-221.
- Krueger, R. (1988). *Grupos de discusión*. Madrid: Pirámide.
- Lieberman, S., Ainsworth, M., Asimakis, G., Thomas, L., Cain, L., Mancuso, M., et al. (2010). Effects of comprehensive educational reforms on academic success in a diverse student body. *Medical Education*, 44, 1232–1240.
- Miller, P., Díaz-Gibson, J., Miller-Balslev, G. y Scanlan, M. (2012). Looking beyond Harlem. International Insights for Area-based Initiatives. *Middle School Journal*. September 2012
- Moral, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa*, 24 (1), 147-164.
- Muñiz, J. (coord.) (1996). *Psicometría*.. Ed. Universitas S.A, Madrid
- Pérez-Campanero, M<sup>a</sup> Paz (1991). *Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa*.. Ed Narcea. Madrid.
- Nicholson J., Albert, K., Gershenson, B., Williams, v. I Biebel, K. (2009). Family options for parents with mental illness: A development, mixed methods pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33 (2), 106-114.

- Pinto, J.L., Xosé M., Lázaro, A. i Martínez J.E. (2003). *Análisis coste-beneficio en la salud. Métodos de valoración y aplicaciones*. Barcelona. Masson
- Røste, Rannveig (2005), Studies of innovation in the public sector: A theoretical framework, *Publin Report*, D16.
- Saavedra, J., Cubero, m. I Crawford, P. (2009). Incomprehensibility in the narratives of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Qualitative Healt Research*, 19 (11), 1548-1558.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2009). Making Governance Networks effective and democratic through metagovernance. *Public Administration*, 87(2), 234-258.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2010). *Collaborative Innovation in the Public Sector: An Analytical Framework* (Studies in Collaborative innovation; 1). Roskilde: Roskilde University.
- Provan, K., Fish, A. & Sydow, J. (2007). Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, Vol. 33 (3): 479-516.
- Ubieto, J.R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales*. Barcelona. Gedisa.
- Ubieto, J.R. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona. EdiUOC.
- Wegner, W. & Rubim, E.N. (2009). Health conceptions under the perspective of lay caregiver women accompanying hospitalized children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (1), 88-93.
- Weisbrod, B. (1995). Economía de la enfermedad mental: costes, beneficios e incentivos. A B. Jönsson i J. Rosenbaum (ed). *Economía de la salud en la depresión*. Chichester: Wiley, pag: 27-48.
- Universidad de Granada. Biblioteca de Ciencias Políticas y Sociología (1991). *El pluralismo metodológico en la investigación social: Ensayos típicos..* Ed. Margarita Latiesa, Granada