



# El diagnòstic social en els serveis socials bàsics

Fonaments teòrics, normatius  
i professionals d'una tasca clau



## Sèrie Benestar i Ciutadania

Aquesta publicació analitza els factors implicats en el diagnòstic social a Catalunya, a més del seu marc de referència i les possibles propostes de futur. Es tracta d'una recerca que ha de servir com a punt de partida per implementar noves eines, escales i metodologies que permetin continuar avançant en aquest àmbit.

Per fer-ho, s'hi repassen, des d'un punt de vista conceptual, les necessitats socials com a marc de referència de l'objecte dels serveis socials; s'hi revisa l'encàrrec o mandat institucional que tenen els serveis socials, que serveix de referència per a l'actuació professional, fent atenció especial al diagnòstic; s'hi recull la literatura científica sobre els instruments estandarditzats aplicats en el diagnòstic social en treball social i les seves característiques principals; s'hi defineixen les característiques que hauria de tenir el diagnòstic social en els serveis socials bàsics, i s'hi descriu la participació dels usuaris en el procés d'elaboració d'aquest diagnòstic a més del resultat.

Document elaborat en el marc del contracte «Projecte de fonamentació teòrica-normativa i adaptació de l'escala de diagnòstic social (DS-DIBA)» (ref. DIPUTACIONBARCELONA1-18TPA), subscrit entre la Diputació de Barcelona i el Grup d'Investigació sobre Treball Social i Serveis Socials (GITSS) de la Universitat d'Alacant, amb la col·laboració de membres del Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (GRITS) de la Universitat de Barcelona.

### **Direcció tècnica**

Marta Solé Pascual. Servei d'Acció Social

Miquel Àngel Manzano Rodríguez. Servei d'Acció Social

Étienne Pagès Gaulier. Servei d'Acció Social

### **Autors**

Víctor M. Giménez Bertomeu (Universitat d'Alacant)

Josep Maria Mesquida, Belén Parra i Adela Boixadós (Universitat de Barcelona)

1a edició: novembre de 2019

© de l'edició: Diputació de Barcelona

© dels textos: Víctor M. Giménez Bertomeu, Josep Maria Mesquida,  
Belén Parra i Adela Boixadós

Producció i edició: Gabinet de Premsa i Comunicació de la Diputació  
de Barcelona

Composició i revisió lingüística: d'actils

ISBN: 978-84-9803-882-8

# Índex

<b>Presentació</b>	<b>7</b>
<b>Introducció</b>	<b>9</b>
<b>Serveis socials i necessitats socials</b>	<b>13</b>
<b>1. Les necessitats socials: marc de referència de l'objecte dels serveis socials</b>	<b>15</b>
1.1. <b>Definicions</b>	16
1.2. <b>Taxonomies de les necessitats humanes</b>	17
1.3. <b>Necessitats i drets</b>	19
1.4. <b>Autonomia, ètica i eficiència en l'atenció a les necessitats humanes</b>	20
<b>Fonamentació teòrica, normativa i professional del diagnòstic social en els serveis socials</b>	<b>23</b>
<b>2. L'encàrrec institucional: serveis socials, necessitats socials, diagnòstic social i drets i deures</b>	<b>25</b>
2.1. <b>Els serveis socials i les necessitats socials</b>	25
2.2. <b>Els serveis socials i el diagnòstic social</b>	34
2.3. <b>Els serveis socials i els drets i deures de la ciutadania</b>	36
2.4. <b>Els serveis socials i els drets i deures dels professionals</b>	37
<b>3. L'encàrrec professional: el diagnòstic social</b>	<b>39</b>
3.1. <b>Concepte i característiques clau</b>	39
3.2. <b>Riscos i limitacions</b>	42
3.3. <b>Finalitat i objectius</b>	43
3.4. <b>Contingut del diagnòstic</b>	45
3.5. <b>El diagnòstic social com a part del procés d'intervenció</b>	46
3.6. <b>Fases del diagnòstic</b>	48

3.7.	Tècniques i fonts de dades	49
3.8.	Tipus de diagnòstics en treball social	49
3.9.	El diagnòstic social com a competència, responsabilitat i deure professional	51
4.	La participació en el diagnòstic social: el codiagnòstic	57
	<b>Instruments estandarditzats i diagnòstic social</b>	63
5.	Diagnòstic social i classificacions	65
6.	Diagnòstic social i instruments estandarditzats	71
6.1.	Tipus d'instruments estandarditzats	73
6.2.	Usos principals dels instruments estandarditzats	74
6.3.	Requisits dels instruments estandarditzats per emprar-los en el treball social	75
6.4.	Procediment de disseny i ús dels instruments estandarditzats	77
6.5.	Avantatges i desavantatges de l'ús d'instruments estandarditzats	80
	<b>Consideracions finals</b>	83
7.	Conclusions i propostes	85
7.1.	Conclusions sobre el diagnòstic social en els serveis socials	85
7.2.	Propostes sobre l'enfocament del diagnòstic social en els serveis socials bàsics	86
	<b>Bibliografia</b>	91



## Presentació

El coneixement de la realitat territorial i de les necessitats socials, pel que fa a l'àmbit familiar, comunitari o individual, és un component bàsic en les polítiques socials i, especialment, en els serveis socials, que tenen com a finalitat millorar el benestar de la ciutadania i la cohesió social.

La publicació *El diagnòstic social en els serveis socials bàsics: fonaments teòrics, normatius i professionals d'una tasca clau* parteix de la premissa de la importància del coneixement previ en tota intervenció. Aquest coneixement és complex i híbrid, ja que és dinàmic i prové de molts àmbits, com la recerca científica o la pràctica i la reflexió professionals, però també de la ciutadania, que és portadora de sabers i de vivències. A més, tota intervenció social parteix, a la vegada, de principis i valors que ens acosten al model de societat que volem.

El diagnòstic social és un element central del procés d'atenció, a causa de l'impacte que té en l'acció dels serveis socials sobre els usuaris i, per extensió, sobre el sistema. A més, permet avançar en el coneixement de les necessitats socials i en l'ajust de la cartera de serveis i prestacions. Així mateix, en els darrers anys s'està posicionant com una palanca de canvi per a la transformació dels serveis socials amb la introducció d'eines de valoració i amb els avenços en la seva tecnificació i sistematització.

Per aquest motiu, el document que teniu a les mans s'ha elaborat com una eina per als professionals dels serveis socials bàsics i, a la vegada, com una referència per aprofundir en el debat sobre la manera de donar resposta a les necessitats socials des de l'equitat i l'atenció centrada en les necessitats de les persones en el seu entorn familiar i comunitari.

Vull agrair la feina del Grup d'Investigació sobre Treball Social i Serveis Socials (GITSS) de la Universitat d'Alacant, que, amb el suport del Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (GRITS) de la Universitat de Barcelona, ha fet possible aquest document.

Des de l'Àrea de Cohesió Social, Ciutadania i Benestar de la Diputació de Barcelona, i en el marc del suport que fem als ajuntaments, ens locals i

professionals, esperem que aquest document contribueixi a millorar les polítiques socials en els municipis i a enfortir el sistema de serveis socials des del valor que ha de tenir el coneixement en tot pilar de l'estat del benestar.

LLUÏSA MORET SABIDÓ  
Presidenta de l'Àrea de Cohesió Social, Ciutadania i Benestar  
Diputació de Barcelona



# Introducció

L'atenció social és un procés complex i multidimensional en què intervenen moltes variables que dificulten l'equilibri entre les respostes individualitzades i l'establiment de criteris que garanteixen una intervenció equitativa i eficient per a tota la ciutadania. Una línia de millora inclou la introducció de models estandarditzats que siguin suficientment flexibles i adaptables a la situació social de les persones ateses. El diagnòstic social representa una oportunitat clau per millorar i estandarditzar la intervenció social, ja que permet compartir un coneixement concret de la realitat, identificar-ne les carències, les necessitats, els problemes i les aspiracions, a més de determinar-ne després la magnitud amb l'objectiu d'abordar-lo d'una manera prioritzada des dels serveis socials.

La finalitat d'aquesta publicació, *El diagnòstic social en els serveis socials bàsics: fonaments teòrics, normatius i professionals d'una tasca clau*, és analitzar els factors, el marc de referència i les possibles propostes de futur relacionats amb el diagnòstic social a Catalunya; es tracta d'una recerca que ha de servir com a punt de partida per implementar noves eines, escales i metodologia que permetin continuar avançant en aquest àmbit. N'és un exemple l'escala de diagnòstic social, desenvolupada des de la Diputació de Barcelona (DS-DIBA) per fer-ne ús en els serveis socials bàsics (Manzano, Pagès i Solé, 2016, 2017, 2019). L'estudi que es presenta pretén:

- Contextualitzar adequadament el diagnòstic social, des del punt de vista normatiu, teòric i professional, incloent-hi no tan sols la legislació que regula els serveis socials, sinó també les prescripcions de conducta professional que generen les associacions professionals, especialment mitjançant els seus codis deontològics.
- Contribuir a salvar les dificultats que sovint plantegen els professionals en la pràctica quotidiana per incorporar evidències científiques i resultats de recerca als seus marcs de referència per al diagnòstic i la presa de decisions en els serveis socials.

Tot i que aquest document se centra, fonamentalment, a abordar les necessitats en els àmbits individual i familiar, cal tenir en consideració les dues aproximacions complementàries d'aquest enfocament microsòcial: el nivell grupal i el nivell comunitari.

Principalment, l'òptica d'aquesta anàlisi és la del treball social, ja que la majoria de la producció i la literatura científica sobre diagnòstic social prové de la disciplina esmentada. Així doncs, el text fundacional sobre diagnòstic social és el llibre *Social Diagnosis* (1917), de la pionera estatunidenca Mary Richmond. La mirada holística, multidimensional i global del treball social sobre la realitat també resulta adient per fonamentar el tipus de diagnòstic necessari en els serveis socials bàsics. Aquests serveis, encara que no treballin en tots els aspectes de la realitat social o en tots els tipus de necessitats socials, s'interessen i tenen en compte tots aquests aspectes o necessitats, sigui per desenvolupar una funció de frontissa amb la resta dels sistemes de protecció, sigui per comprendre de manera integral la situació de les persones i les famílies amb què treballen i les interaccions d'aquests aspectes o necessitats amb les necessitats del seu àmbit competencial.

No obstant això, les conclusions i les propostes s'han plantejat com un conjunt d'aportacions sobre el diagnòstic que són útils per a qualsevol membre dels equips professionals. Al nostre parer, en un context de treball interdisciplinari com en el cas dels serveis socials bàsics, les contribucions de les diferents disciplines que hi participen no poden sinó enriquir la pràctica de tots els seus professionals.

En resum, el document presenta els principals elements teòrics, normatius i professionals que justifiquen la necessitat i pertinença de l'elaboració de diagnòstics socials acurats en els serveis socials bàsics. Per fer-ho, desenvolupa les qüestions següents:

- Un repàs conceptual de les necessitats socials com a marc de referència de l'objecte dels serveis socials.
- Una revisió de l'encàrrec o mandat institucional que tenen els serveis socials, que serveix de referència a l'actuació professional, amb una atenció especial al diagnòstic. També inclou la identificació dels drets i deures que els serveis socials reconeixen a la ciutadania i al personal professional.
- El fet que l'atenció a les necessitats socials que són objecte dels serveis socials es desenvolupi des d'organitzacions en què el component professional és el principal distintiu —les anomenades *burocràcies professionals* (Giménez Bertomeu, 2010)— requereix que es revisi el mandat o encàrrec professional que tenen els treballadors i les treballadores socials sobre la pràctica professional, sobretot en relació amb el diagnòstic

social. Aquest mandat és extern a les organitzacions en què treballen i prové, fonamentalment, de les fonts teòriques sobre el treball social i el diagnòstic social, marc de referència general de l'activitat professional i de les associacions professionals, que defineixen què és una bona pràctica, entre d'altres, en els codis deontològics corresponents.

- Una revisió de la literatura científica sobre els instruments estandarditzats aplicats als diagnòstic social en treball social i les seves característiques principals, en el context més ampli dels intents de crear classificacions diagnòstiques per a ús professional.
- Unes aportacions, a partir dels aspectes anteriors i a tall de conclusió, sobre les característiques que hauria de tenir el diagnòstic social en els serveis socials bàsics i sobre la participació de les persones usuàries en el procés d'elaboració, a més del resultat d'aquest diagnòstic.

Els autors del treball són membres del Grup d'Investigació sobre Treball Social i Serveis Socials (GITSS) de la Universitat d'Alacant i del Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (GRITS) de la Universitat de Barcelona.



## **Serveis socials i necessitats socials**



# 1. Les necessitats socials: marc de referència de l'objecte dels serveis socials

Els conceptes *necessitat humana* i *necessitat social* són elements centrals de la teoria filosòfica, política i econòmica. Malgrat el llarg recorregut històric de tots dos conceptes, la definició teòrica i operativa corresponent continua essent una qüestió debatuda. El caràcter polisèmic del terme *necessitat* contribueix a dificultar-ne la definició, però al mateix temps permet plantejar diferents òptiques i enfocaments per enriquir aquesta discussió. Els diferents punts de vista i definicions intenten respondre les preguntes següents: les necessitats són subjectives o objectives? Són universals o culturalment determinades? Han estat sempre les mateixes o hi ha una evolució històrica de les necessitats? Si parlem de *necessitats* ens referim a *subsistència* o a quelcom més? Quins tipus de necessitats existeixen? Quin criteri determina la importància d'una necessitat respecte d'una altra? Quina relació hi ha entre la necessitat i el seu satisfactor? La necessitat és un constructe social? Aquestes respostes són capitals, ja que, com deia Bradshaw (1981, p. 7), «la història dels serveis socials és la història del reconeixement de les necessitats i de l'organització de la societat per satisfer-les».

Una conseqüència de la diversitat d'aproximacions a la qüestió de les necessitats humanes ens pot portar a interpretar-les des de la mera subsistència, com podríem trobar en Aristòtil —és a dir, l'aixopluc, el menjar, l'aigua suficient i la roba per abrigar-se, tot considerant la resta de les coses com a luxes—, fins a concepcions en què la subsistència és només la precondition que ha de permetre el desenvolupament de l'ésser humà —i, per tant, de la seva vida social, la creativitat, el coneixement i la llibertat, tot definint les necessitats que han de permetre aquest desenvolupament. A partir del moment en què anem més enllà del consens sobre la subsistència, la relació entre el concepte de *necessitat* i el de *dret* esdevé més important, així com el procés en què determinades demandes, amb uns mecanismes socials establerts, poden adquirir l'estatus de necessitats i, ulteriorment, de drets. La realitat mostra —i dona la raó a Heller (1996), entre d'altres— que la llibertat i els drets polítics són una mercaderia abundant, mentre que altres recursos que satisfan necessitats més peremptòries són béns escassos; que els drets i les llibertats individuals progressen, mentre que l'accés als elements bàsics de

subsistència i a les necessitats socials bàsiques, com ara la salut i l'educació, encara no aconsegueixen una distribució universal. Aquesta constatació fa que, des de la filosofia política, algun autor com Hamilton (2003) proposi que l'Estat ha de prioritzar les necessitats per sobre dels drets i defensi el que anomena un *estat de les necessitats*.

## 1.1. Definicions

Per perfilar la definició de *necessitat*, en l'apartat anterior hem formulat unes preguntes la primera de les quals planteja si les necessitats sentides pels humans són requisits objectius per al funcionament humà o bé aspiracions i desitjos.

La primera afirmació per respondre aquesta qüestió és que la subjectivitat no permet definir una necessitat. El sentiment de manca pot existir o no, per determinants individuals, socials i culturals, però això no pot establir una situació o no de necessitat. Per exemple, una comunitat pot obtenir aigua d'una font no segura «des de» sempre. La necessitat de controlar o sanejar l'aigua de consum pot ser sentida o no, però és objectivament desitjable. En un sentit invers, un desig individual d'un mitjà de locomoció és una necessitat? La resposta no pot ser taxativa si no es valora la distància a la qual s'ha d'anar a treballar o l'existència d'un transport públic eficient. Algunes d'aquestes situacions poden objectivar el caràcter de necessitat del que *a priori* és un desig subjectiu. Això implicaria pensar que les necessitats són objectivables i poden coincidir, o no, amb les mancances sentides o expressades. Desvincular la necessitat real del sentiment de manca invalida l'òptica sociològica marxista sobre les necessitats (Puig, Sabater i Rodríguez, 2012).

Les necessitats són universals o culturalment determinades? Com en l'apartat anterior, cap de les dues opcions pot ser exclosa, ja que podem considerar les necessitats universals, però hem d'adoptar una forma particular o immediata (Hamilton, 2003, p. 26). En aquest sentit, Max-Neef (1998) separa els satisfactors (culturalment determinats) de les necessitats (universals), fet que constitueix una bona resposta a l'eix universal-particular de les necessitats. La crítica a la universalitat de les necessitats també és postulada des del marxisme, doctrina segons la qual aquestes necessitats —que, de fet, tenen el valor de promoure les accions per satisfer-les, que fan avançar la història— estan lligades al moment de les relacions de producció i socialment assignades. Com explica Heller (1996), en un sistema feudal un noble tenia assignades unes necessitats i uns satisfactors



diferents que un camperol i, com assenyala la mateixa autora, fins a l'època moderna no es discuteixen aquestes assignacions. Queda clar que les necessitats, tot i ser universals, evolucionen amb la història i els individus; per tant, cal buscar-hi un sentit històric i un significat contemporani (Hamilton, 2003, p. 27).

La mera subsistència no pot definir les necessitats humanes; els mínims vitals només haurien de ser considerats precondicions perquè les persones accedeixin a la ciutadania plena mitjançant el desenvolupament del seu pla de vida, de manera que puguin participar com a membres de ple dret en la societat. En la proposta de Doyal i Gough (1994), donar resposta a una necessitat humana permet evitar danys greus que poden representar una limitació prolongada i fonamental de la participació social. Per evitar aquestes limitacions, les necessitats bàsiques de salut i d'autonomia han d'estar cobertes. Nosaltres preferim una proposta afirmativa com la que fa Hamilton (2003), que considera que les necessitats humanes són aquelles que, en satisfer-les, permeten el funcionament complet de l'ésser humà des d'una òptica vital, social i de creixement.

## 1.2. Taxonomies de les necessitats humanes

Totes les definicions de *necessitat* han estat discutides, tant des d'un punt de vista ontològic com des de la seva gènesi o el caràcter històric, cultural o de construcció social. Malgrat això, han fet fortuna nombroses classificacions de les necessitats humanes i han servit de marc d'orientació (Kehl, 1991) a aquells implicats en l'atenció a les persones i en l'organització i la provisió de serveis.

La piràmide de les necessitats humanes de Maslow es va fer molt popular: a la base hi ha les necessitats fisiològiques; en l'esglauó següent, la seguretat; en l'esglauó immediatament superior, les relacions afectives d'amistat i amor; en el següent, les necessitats d'autoestima i reconeixement, i al vèrtex de la piràmide, les necessitats de realització personal (Maslow, 1975). La crítica que es fa a aquesta taxonomia de les necessitats és la seva orientació funcionalista, que introdueix jerarquies entre les necessitats si més no discutibles.

Anys més tard i en una òptica diferent, Bradshaw (1981) va establir una taxonomia en què diferenciava les necessitats següents:

- **Necessitat normativa.** És aquella que l'expert estableix com a necessitat en una situació determinada. Per exemple, el consum calòric mínim a una edat determinada.

- **Necessitat experimentada.** És equivalent a la carència subjectiva.
- **Necessitat expressada o sentida.** L'autor la defineix com la necessitat experimentada posada en acció, la demanda realitzada a partir de la necessitat sentida.
- **Necessitat comparativa.** Es basa en els serveis que existeixen en una àrea en relació amb una altra.

La intersecció d'aquestes categories dibuixa una dotzena de combinacions, incloent-hi des de la coincidència absoluta de les categories (normativa, experimentada, expressada i comparativa) fins a la necessitat exclusivament comparativa o exclusivament normativa.

Aquesta proposta ha estat titllada de paternalista pel pes rellevant de la normativitat. De tota manera, com va assenyalar Agnes Heller (1996) posteriorment en una revisió de la teoria de les necessitats, només el debat democràtic pot decidir les prioritats entre les diferents necessitats expressades.

El 1998, Max-Neef va fer una aportació original a la taxonomia de les necessitats humanes. En una perspectiva d'aplicació en una economia del desenvolupament, distingia les necessitats dels satisfactors i ho classificava en categories axiològiques i existencials; per a cada categoria axiològica (subsistència, protecció, afecte, enteniment, participació, lleure, creació, identitat i llibertat) pot haver-hi les categories existencials de ser, tenir, fer i estar. Així, en aquesta classificació, l'alimentació o l'abric no es poden considerar necessitats, sinó satisfactors de la necessitat de subsistència. Expressades així, les necessitats es converteixen en finites, poques i classificables, invariables a través del temps i entre les diferents cultures. El que canvia amb el temps i les cultures és la manera o els mitjans que es fan servir per satisfer aquestes necessitats (Elizalde, 2005).

Doyal i Gough (1994) definien les necessitats bàsiques de salut i autonomia com a condició per a una participació plena. En l'àmbit de l'autonomia, aquests autors assenyalen la manca d'oportunitats de participació (per exemple, els presos). També destaquen la participació, l'atur i, en el cas de les dones, la pressió exercida per les dobles funcions de treballadora i cuidadora.

En un altre pla trobem l'anàlisi d'Amartya Sen (1995), citat a Krmpotic (1999), que proposa un esquema analític orientat a les capacitats dels individus per funcionar, les quals reflecteixen la llibertat de les persones per fer actes valorables. En aquesta òptica, els béns i els recursos de què es disposa tenen un rol secundari, ja que l'objectiu és que les persones obtinguin la capacitat per emprar els mitjans legals disponibles en la societat. La variabilitat interpersonal determina diferents resultats en el procés i una relació de recursos-llibertat a cada individu (Krmpotic, 1999).

Una aportació més recent a la taxonomia de les necessitats és la que fa Hamilton (2003) en diferenciar entre necessitats vitals, necessitats socials particulars i necessitats d'actuació o participació. Aquest autor defineix les primeres com a necessitats ineluctables que s'associen a la salut individual —entesa, això sí, en un sentit ampli, ja que es refereix tant a les calories diàries o a l'habitatge adequat com al descans o a l'entreteniment social, necessitats que constitueixen les condicions per al funcionament humà mínim. Les necessitats socials particulars inclouen aquelles que sovint són sota el focus de les polítiques públiques, com ara la sanitat, l'educació o els transports, i també aquelles necessitats que les persones experimenten diàriament, però que encara es veuen com un assumpte privat (disposar d'un vehicle, per exemple) que es resol en l'àmbit del mercat. Les necessitats d'actuació o participació són definides com els objectius generals ètics i polítics d'individus i grups. En aquest cas recull l'autonomia en un sentit més polític, de control i de poder sobre la pròpia vida, el reconeixement intersubjectiu i l'expressió i creació activa.

De les classificacions de necessitats que hem presentat, podem afirmar que han abandonat el sentit econòmic del terme i s'han situat en el terreny de la política i l'ètica, els dos camps de coneixement en què s'ha d'articular la possible provisió de les necessitats amb els criteris d'equitat adequats.

### 1.3. Necessitats i drets

L'evolució dels anomenats *estats del benestar* ha institucionalitzat un procés polític a partir del qual una necessitat sentida, si és suficientment compartida, pot rebre suport en l'àmbit de la política i configurar-se com un dret. Per a Shue (1980), un dret és la base racional per a una demanda justificada perquè alguna cosa estigui socialment garantida contra qualsevol amenaça. Això vol dir que els drets garanteixen la provisió de les necessitats que han aconseguit aquest estatus? De cap manera, com assenyalava Heller (1996), el dret és l'autorització per poder reclamar quelcom; si la demanda té prou força i l'Estat considera que s'ho pot permetre, la provisió de la necessitat convertida en dret pot ser implementada.

Shue (1980, p. 15) afegeix que «la proclamació d'un dret pot ser o no un pas inicial cap al seu compliment. Sovint, és la promesa que substitueix el compliment». El fet que un dret estigui socialment garantit és l'aspecte més important, ja que això comporta deures associats; un dret està garantit no només quan ningú el vulnera, sinó quan s'han fet les accions positives necessàries perquè les persones amb un dret el puguin exercir.

En l'explicació d'aquest procés d'institucionalització de les necessitats, Heller (1996) fa referència al fet que certs drets públics (el dret de vot, el dret d'expressió i d'altres) són mercaderies abundants i, per tant, adquireixen més ràpidament aquest estatus de dret respectat que altres necessitats que se satisfan amb béns més escassos, com ara l'habitatge. Malgrat les proclamacions de drets generalitzades encara som lluny de resoldre les necessitats, ni tan sols les més bàsiques de molts éssers humans.

Quins mecanismes socials expliquen el fet que les necessitats reconegudes en drets no estiguin socialment garantides? Per a Hamilton (2003), aquest mecanisme d'opressió es pot exposar per tres vies relacionades entre elles. En primer lloc, com els individus són tractats directament i indirectament pels que tenen poder normatiu; en segon lloc, per la menor capacitat d'alguns individus d'interpretar i desenvolupar les necessitats d'actuació, i en tercer lloc, per l'absència de control participatiu en la legitimació de les necessitats (Hamilton, 2003, p. 86). En aquest sentit, el mateix autor és crític amb el que anomena *societat civil*: diversos grups adquireixen un poder normatiu diferent, sota un aparell conceptual que pretén aprofundir la democràcia, i poden representar el fonament d'una desigualtat que minora els drets democràtics de persones amb limitació per a la participació. En aquesta òptica, la capacitat coercitiva de l'Estat pot garantir millor l'equitat que l'aparent discurs lliure de la societat civil. Com proposa Shue (1980, p. 14) «[...] és molt clar. Com que un dret és la base per a una demanda justificada, les persones no només poden, sinó que han d'insistir. Els que neguen drets ho fan a risc d'ells mateixos».

#### **1.4. Autonomia, ètica i eficiència en l'atenció a les necessitats humanes**

En la pràctica, la limitació dels recursos destinats a satisfer les necessitats en l'àmbit dels serveis socials obliga a fer-ne un ús eficient. Els principis ètics que orienten aquests serveis obliguen a fer que a l'eficiència s'associïn l'equitat i el respecte a l'autonomia de les persones. Aquest trencaclosques és difícil de resoldre si ens deixem guiar per certes definicions que consideren «paternalisme» l'existència d'un caràcter normatiu per a certes necessitats, o que consideren que totes les necessitats expressades han de ser ateses (Heller, 1996). Fonamentar l'atenció a les necessitats en les preferències individuals podria semblar que segueix la línia de l'apoderament de les persones, però hi ha nombrosos casos en què les necessitats reals no són sentides i expressades (Hamilton, 2003, p. 164), en què l'individu no fa una correcta avaluació de les pròpies priori-

tats. Aquesta avaluació subjectiva comporta un biaix en la mesura de les desigualtats. El fet que les necessitats no es basin en un sentiment de manca, que no puguin ser sentides com a tals, trenca la dicotomia necessitat/preferència, les situa en plans diferents i modera, obligatòriament, els discursos economicistes fonamentats en les preferències.

Si acceptem, doncs, que el sistema expert ha de liderar la definició de les necessitats, amb tota la participació i el debat democràtic que es consideri oportú, la resposta a les necessitats només pot estar garantida per l'Estat en convertir en normatives les necessitats que, en un procés que ja hem descrit, s'han institucionalitzat. Aquesta orientació ha de definir aspectes del benestar a partir dels quals es pugui establir un consens per pensar allò que cadascú hauria d'arribar a obtenir: bona alimentació, bona salut, respecte... Es tractaria de fonamentar l'atenció a la necessitat sobre característiques objectives i mesurables que permetin fer una avaluació correcta del que es vol atendre. Definir aquestes necessitats i, sobretot, els graus corresponents permet fixar les prioritats i segmentar la demanda a partir d'un criteri tècnic i ètic alhora (Batifoulier, Latsis i Merchiers, 2009; Ramos, 2003).

Per a Hamilton (2003), l'Estat és l'única institució amb la capacitat normativa i coercitiva per aconseguir resposta a les necessitats. Aquesta capacitat institucional també inclou les capacitats avaluadores, regulars i basades en els resultats de les accions. Tanmateix, l'assumpció per part de l'Estat d'aquestes funcions ha de garantir i protegir un espai de participació política en l'avaluació periòdica dels interessos veritables i les trajectòries de les necessitats (Hamilton, 2003, p. 157). Aquesta participació és constitutiva del desenvolupament de les pròpies necessitats humanes, de l'autonomia i, al mateix temps, d'una condició instrumental per conèixer les necessitats humanes reals en societats grans (Hamilton, 2003, p. 173).



# **Fonamentació teòrica, normativa i professional del diagnòstic social en els serveis socials**





## **2. L'encàrrec institucional: serveis socials, necessitats socials, diagnòstic social i drets i deures**

### **2.1. Els serveis socials i les necessitats socials**

Els canvis socials que han tingut lloc els últims anys han provocat un qüestionament del model d'atenció social i, en conseqüència, de l'organització i de l'estructura dels serveis socials. Els més rellevants són la gran incorporació de les dones al mercat laboral, l'envelliment de la població, els canvis tecnològics, l'evolució en el món del treball i la globalització neoliberal. Totes aquestes situacions comporten més fragilitat de les trajectòries de vida i un predomini més gran de l'individualisme, la qual cosa provoca la feblesa dels vincles i de les relacions socials i, per tant, es generen estats de major vulnerabilitat (Aguilar-Hendrikson, 2013; Alguacil, 2012; Fantova, 2016).

Aquests fets alteren la planificació i la concreció de les polítiques socials. A més, el sector dels serveis socials ha viscut un desenvolupament molt ràpid en un període de temps força curt, la qual cosa ha requerit un gran esforç dels agents que intervenen en el terreny del benestar social per donar resposta a les expectatives i a l'augment de les demandes de la ciutadania (Aguilar-Hendrikson, 2009, 2014).

Segons el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2013, p. 11 i 12), els serveis socials són:

[...] el conjunt de serveis i prestacions que, en inserir-se amb altres elements de protecció social, tenen com a finalitat la promoció i el desenvolupament ple de totes les persones i grups dins de la societat per a l'obtenció d'un major benestar social i una millor qualitat de vida, a l'entorn de la convivència, i la prevenció i l'eliminació de les causes que condueixen a l'exclusió social.

Tot plegat es desenvolupa per mitjà de les estructures i dels serveis públics de l'Administració de l'Estat, de les comunitats autònomes i de les corporacions locals.

Per a Setién i Arriola (1998, p. 331), el seu objectiu general és:

[...] aconseguir més qualitat de vida i benestar social per a totes les persones, per mitjà d'actuacions globals de prevenció de necessitats, d'assistència i d'inserció de la població en general i de col·lectius amb carències, que, per diferents circumstàncies personals o socials, necessiten actuacions específiques per a la seva normalització social.

Cal observar que hi ha alguns aspectes importants a l'hora d'abordar la conceptualització dels serveis socials. Un d'aquests és la delimitació precisa del seu camp d'intervenció. A vegades, la definició de *serveis socials* engloba tots els serveis destinats a augmentar la qualitat de vida i el desenvolupament de les persones. En aquest cas, es parla dels serveis socials en un sentit ampli, ja que comprèn els àmbits d'educació, sanitat, habitatge, ocupació, garantia de rendes i serveis socials personals. No obstant això, hi ha una segona accepció que fa referència a un àmbit específic o estricte i correspon als serveis que en la primera definició són anomenats *serveis socials personals* (Kahn i Kameron, 1987). Aquests ofereixen una atenció professional particular que inclou un ús conscient de la relació personal.

També s'hi identifiquen àrees problemàtiques. A partir de la descripció de l'evolució dels serveis socials, Aguilar-Hendrikson (2014) assenyala la posició ambivalent d'aquests serveis en relació amb la resta dels pilars de l'estat del benestar: l'educació, la sanitat i la garantia de rendes. Si seguim la seva argumentació, el sistema de serveis socials ocuparia una part de l'espai destinat a la garantia de rendes (n'és un exemple la renda mínima d'inserció). A més, no hauria assolit un dels objectius que es pretenia en regular-lo: passar d'ocupar-se només de col·lectius en situacions d'exclusió social a ser un dret per a tota la població. La configuració actual del sistema mostra la pervivència entre dues realitats ben diferenciades. Es tracta d'un model de serveis socials modern en què romanen trets de la beneficència pública (Aguilar-Hendrikson, 2013).

En aquest escenari, cal fer un esforç per delimitar amb més claredat el camp d'actuació i les funcions dels serveis socials; en definitiva, el seu objecte. El mateix autor, per intentar resoldre una part d'aquestes qüestions, proposa una classificació de les necessitats que han de cobrir els serveis socials: en primer lloc, caldria eliminar les prestacions materials d'aquest sistema, desplaçant-les cap al de garantia d'ingressos, i en segon lloc, caldria assumir que les necessitats a què donen resposta els serveis socials són, fonamentalment, quatre: l'atenció a la dependència, la protecció de les persones que necessiten ser tutelades, l'acompanyament de les persones amb dificultat d'integració i la cura de menors fora de l'horari escolar.

### Figura 1. Camps d'intervenció dels serveis socials

**Atenció a la dependència:** prevenció de dependència, acompanyament a les persones dependents i atenció a les persones cuidadores.

**Protecció de persones que necessiten ser tutelades:** menors desemparats, adults amb greus dèficits d'autonomia.

**Intervenció en situacions d'exclusió:** orientació i acompanyament, integració a la vida comunitària i establiment de relacions a l'entorn de les persones amb dificultats especials.

**Cura de menors fora de l'horari escolar:** guarderies, ludoteques, colònies, espais, casals d'estiu i altres.

Font: Aguilar-Hendrikson (2014)

Aquesta focalització en quatre grans camps (Aguilar-Hendrikson, 2014, p. 22):

[...] hauria de permetre una millora substancial de les conceptualitzacions de les necessitats i de les respostes, i una definició de poblacions amb diferents graus i tipus de necessitats. Hauria de permetre elaborar estratègies proactives esglaonades en funció dels estrats de població i reformar els sistemes d'informació.

Un tret fonamental que caracteritza l'objecte dels serveis socials és el component relacional. Com sosté Fantova (2016, p. 126), «els serveis socials s'ocupen de la protecció i la promoció de la interacció humana», entesa com l'autonomia funcional, és a dir, la capacitat de moure's a la vida quotidiana, i la integració relacional, que fa referència al suport rebut de les xarxes familiars i de les relacions. Seguint l'argumentació de l'autor, totes les situacions susceptibles de ser tractades des dels serveis socials poden caracteritzar-se partint de la relació entre les capacitats de les persones per satisfer les necessitats involucrades en aquestes situacions i les possibilitats que ofereix l'entorn en aquest mateix sentit. Com afirma Fantova (2008, p. 39-41) «el que interessa és l'ajust dinàmic entre autonomia personal i integració relacional en cada context i moment del cicle i del projecte vital de cada persona».

D'una manera complementària, Alguacil (2012) aprofundeix en la delimitació conceptual dels serveis socials i concreta tres principis que doten el sistema de les competències estratègiques pròpies i necessàries per donar resposta a les necessitats socials en el context actual: la prevenció, la protecció i la promoció.

La creació dels sistemes de serveis socials a l'Estat espanyol es produeix en un moment en què conflueixen diversos fenòmens socials: la consolidació d'un estat de dret que resulta de les aspiracions democràtiques que propicia el canvi de règim, la integració d'una gran diversitat d'iniciatives socials públiques i privades, el desplegament competencial de l'àmbit dels serveis socials atribuït a les comunitats autònomes<sup>1</sup> i la voluntat de pal·liar els efectes produïts per necessitats socials emergents, com ara els processos d'exclusió derivats de les crisis econòmiques, l'increment de la proporció de persones que pateixen estats de dependència o les conseqüències socials de grans fluxos migratoris.

Per donar resposta a aquesta complexa situació, les administracions de les comunitats autònomes, que s'han anat dotant de marcs normatius específics sobre serveis socials, presenten una evolució que ha seguit un itinerari similar. A partir de la dècada dels anys vuitanta del segle passat, s'han anat generant lleis de serveis socials que poden situar-se en tres onades o generacions. La primera generació permet establir les bases que inicien i organitzen els sistemes de serveis socials corresponents. Aleshores fou necessari conceptualitzar el sistema, concretar-ne els objectius, definir els perfils i les ràtios professionals i identificar les necessitats a què volia donar resposta. Durant la dècada dels anys noranta es produeix la segona generació de lleis (Guillén i Vilà, 2007), que revisa les anteriors sense plantejar canvis a gran escala (Arias, Lucas, Guillén i Pérez, 2004; Vilà, 2012). En la tercera onada o generació de lleis de serveis socials, que es produeix els primers anys del segle XXI, arriba un canvi substancial. Els serveis socials esdevenen un dret subjectiu (Vilà, 2012; Casado i Fantova, 2007). Es garanteix la provisió de determinats serveis i prestacions seguint l'exemple de la Llei 39/2006,<sup>2</sup> de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que ja ha establert, a escala estatal, una estructura de serveis i prestacions econòmiques que es defineix com a universal i s'allunya del caràcter assistencial i gracioble d'altres èpoques.

Des del punt de vista de les necessitats, es pot dir que tot el sistema que es construeix a partir d'aquests fonaments legals inclou un procés de reconeixement de determinades situacions com d'obligada protecció per part dels poders públics.

---

1. Tal com estableix l'Estatut d'autonomia de Catalunya de l'any 2006 (articles 165 i 166): <https://www.parlament.cat/document/catalog/48089.pdf>.

2. Podeu consultar en aquest enllaç la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència: <https://goo.gl/kuvVP7>.

En relació amb l'arquitectura del sistema, sembla que hi ha una certa manca de continuïtat entre els serveis socials que serveixen de punt d'accés al sistema i els serveis socials especialitzats, responsables d'atendre les persones que pateixen situacions de necessitats específiques. Es reclama un millor encaix entre tots dos nivells basat en l'articulació dels uns i dels altres al voltant de grans blocs de necessitats. Això es podria aconseguir fent que els serveis socials bàsics adquirissin una funció de cribratge i un cert nivell d'especialització, i que el nivell especialitzat es complementés de manera més coherent (Aguilar-Hendrikson, 2014).

Com es descriu en l'apartat en què s'explica el sistema de serveis socials català, l'oferta de serveis es porta a terme a partir de la cartera de serveis socials. Aquesta eina comprèn un conjunt extremament detallat de serveis que sembla difícil d'adaptar a les particularitats individuals de les persones. En aquest sentit, Aguilar-Hendrikson (2009, p. 173) expressa que «en la vida de les persones les necessitats es configuren com un tot, i trossejar-les en sectors requereix un esforç de gestió personal especial».

Un altre dels aspectes més debatuts és la idea que el sistema no garanteix l'equitat en l'atenció a causa de les diferències entre territoris. La cartera de serveis no ha estat desplegada de manera homogènia, ja que els models d'atenció no sempre són els mateixos —quan els municipis són molt petits, de vegades els serveis socials desenvolupen funcions que no els corresponen i deixen d'atendre les seves atribucions. Segons Ginesta (2017, p. 81), «aquesta iniquitat posa de relleu la paradoxa que el propi sistema de serveis socials, que ha d'afavorir la igualtat efectiva de la població i eliminar discriminacions socials, sigui per ell mateix generador de desigualtats».

El dictamen sobre els serveis socials bàsics que ha publicat el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (Ginesta, 2017) també posa de manifest que les ràtios professionals són incomplertes, inadequades i desfasades.

En consonància amb els canvis indicats a l'inici d'aquest apartat, generadors d'un augment de la demanda d'intervencions per part dels serveis socials, es fa palès que aquests haurien d'oferir respostes més ajustades en tipus i intensitats a les noves necessitats. Malgrat això, cal ressaltar que l'arribada massiva de persones amb nous perfils ajuda a fer real la imprescindible universalització dels serveis socials (Ginesta, 2017).

En l'article 14 de la Llei 12/2007,<sup>3</sup> d'11 d'octubre, de serveis socials s'assenyala que «el sistema públic de serveis socials és integrat pel conjunt de recursos, prestacions, activitats, programes, projectes i equipaments des-

---

3. Podeu consultar en aquest enllaç la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials: <https://goo.gl/L3BFZr>.

tinats a l'atenció social de la població, de titularitat de l'Administració de la Generalitat, de les entitats locals i d'altres administracions, i també els que l'Administració concerta amb les entitats d'iniciativa social o privada».

La seva finalitat, segons l'article 3, és assegurar el dret de les persones a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la cobertura de llurs necessitats personals bàsiques i de les necessitats socials, en el marc de la justícia social i del benestar de les persones. En l'apartat 2 d'aquest article s'indica que les necessitats socials, als efectes de la Llei, són «les que repercuteixen en l'autonomia personal i el suport a la dependència, en una millor qualitat de vida personal, familiar i de grup, en les relacions interpersonals i socials i en el benestar de la col·lectivitat. Les necessitats personals bàsiques són les pròpies de la subsistència i la qualitat de vida de cada persona».

Les necessitats socials específiques a què vol donar resposta la Llei de l'any 2007 són indicades en la definició dels objectius dels serveis socials (article 4) i també en l'explicitació de quines són les situacions amb una necessitat d'atenció especial que han de ser ateses (article 7), que se sistematitzen en les taules que hi ha tot seguit.

### Taula 1. Objectius de les polítiques de serveis socials

- Detectar les necessitats personals bàsiques i les necessitats socials.
- Prevenir, atendre i promoure la inserció social en les situacions de marginació i d'exclusió social.
- Facilitar que les persones assoleixin l'autonomia personal i funcional en la unitat familiar o de convivència que desitgin.
- Afavorir la convivència social.
- Afavorir la igualtat efectiva de les persones, eliminant discriminacions per raó de gènere o de discapacitat o per qualsevol altra condició o circumstància personal o social arbitrària.
- Atendre les necessitats derivades de la manca de recursos bàsics i dels dèficits en les relacions personals i amb l'entorn, evitant, si és possible, la institucionalització segregadora com a solució de les mancances esmentades.
- Assignar equitativament l'ús dels recursos socials disponibles.
- Promoure la cohesió social i la resolució comunitària de les necessitats socials mitjançant polítiques preventives i comunitàries a tot el territori; fer dels serveis socials un factor productiu essencial i generador d'ocupació de qualitat, i normalitzar l'activitat econòmica del sector.
- Promoure la participació, l'associacionisme, l'ajuda mútua, l'acció voluntària i les altres formes d'implicació solidària en els afers de la comunitat.
- Promoure la tolerància, el respecte i la responsabilitat en les relacions personals, familiars, convivencials i socials.
- Lluitar contra l'estigmatització dels col·lectius desfavorits atesos pels serveis socials.

Font: elaboració pròpia a partir de l'article 4 de la Llei 12/2007

## Taula 2. Situacions amb necessitat d'atenció especial

- Discapacitat física, psíquica o sensorial.
- Malalties mentals i malalties cròniques.
- Necessitat social, com les relacionades amb la manca d'habitatge o amb la desestructuració familiar.
- Drogodependències i altres addiccions.
- Violència i delinqüència juvenils.
- Exclusió i aïllament socials.
- Vulnerabilitat, risc o dificultat social per a la gent gran, la infància i l'adolescència.
- Violència masclista i les diverses manifestacions de violència familiar.
- Discriminació per raó de sexe, lloc de procedència, discapacitat, malaltia, ètnia, cultura o religió o per qualsevol altra raó.
- Problemes de convivència i de cohesió social.
- El fet d'haver estat víctima de delictes violents, un mateix o els familiars.
- Sotmetiment a mesures d'execució penal, propi o dels familiars.
- Condicions laborals precàries, desocupació i pobresa.
- Urgències socials.
- Emergències socials per catàstrofes.
- Petició d'asil.

Font: elaboració pròpia a partir de l'article 7 de la Llei 12/2007

Algunes de les situacions que s'hi enumeren són problemes socials que es vinculen a estats de necessitat emergents: els problemes de convivència que es relacionen amb la gran diversitat social present en les societats contemporànies, les precàries condicions laborals que sorgeixen en un mercat de treball cada cop menys regulat i les dificultats per trobar habitatge assequible a causa de les disfuncions que hi ha en aquest àmbit com a conseqüència de l'especulació immobiliària.

L'article 15 de la Llei estableix que el sistema de serveis socials s'estructura en dos nivells: els serveis socials bàsics, porta d'entrada del sistema, i els serveis socials especialitzats. Els primers es regulen en l'article 16, que parla del seu caràcter polivalent, comunitari i preventiu i expressa que en aquests s'atendran les situacions de necessitat en què es trobin o es puguin trobar les persones. En l'article 17 s'explicita que els serveis socials bàsics detectaran «les situacions de necessitat personal, familiar i comunitària en llur àmbit territorial».

En relació amb la manera en què els serveis socials especialitzats tracten les necessitats socials, l'article 19 els assigna la funció de diagnosticar, tractar i prevenir les situacions de necessitat social que no es puguin abordar des d'un servei social bàsic.

El Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials ordena i regula la creació de la Xarxa Bàsica de Serveis So-

cials de Responsabilitat Pública (XBSSRP). La mateixa norma defineix dos instruments de planificació que tenen la finalitat d'avaluar les necessitats i definir-ne les respostes: el mapa de serveis socials i els plans d'actuació social. Respecte del mapa de serveis socials, l'article 33 exposa que «serà elaborat pel Govern amb la informació corresponent a l'execució de cada Pla d'actuació social, i actualitzat anualment mitjançant els informes de seguiment dels programes establerts per a cada àrea d'actuació i sector territorial dels serveis socials». Quant al pla d'actuació social, el Decret estableix, entre altres qüestions, que avaluarà les necessitats generals i sectorials de la població.

La conceptualització de les situacions de necessitat que han de ser objecte d'atenció dels serveis socials s'ha completat en el desplegament normatiu i tècnic posterior a la mateixa Llei de serveis socials; concretament, en l'*Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya dels anys 2008 i 2009*. Aquest document, que forma part del Pla estratègic de serveis socials 2010-2013 (Maluquer, Fustier i Recio, 2010), analitza el que estableix la Llei de serveis socials del 2007 quant a necessitats i ordena totes les categories en tres grups: les que tenen a veure amb situacions de manca d'autonomia, les que es presenten en l'àmbit de les relacions personals i les que tenen lligams amb mancances de tipus material i instrumental. Com assenyala Fustier (2018, p. 12), el «conjunt de situacions [...] no era operatiu per identificar les poblacions potencials, ja que existeixen diverses de les situacions que poden solapar-se. Per això, el diagnòstic parteix d'una proposta conceptual de tres categories de necessitats socials».

El conjunt de les necessitats socials a què dona resposta el sistema català de serveis socials, d'acord amb aquest tipus d'agrupació, quedaria definit com es descriu en els apartats següents.

### **2.1.1. Necessitats d'autonomia**

La primera categoria, és a dir, les situacions de manca d'autonomia, deriva de la conceptualització i la regulació que ofereix la Llei 39/2006, coneguda com a *lleï de la dependència*. A més, inclou la categoria de discapacitat, procedent de les estructures i polítiques desplegades a partir de la Llei de serveis socials del 1985 (i la refosa del 1994).

El text de l'informe (Maluquer, Fustier i Recio, 2010, p. 60) explica què són les situacions de manca d'autonomia:



Són aquelles necessitats vinculades amb l'estat permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i vinculades a la manca d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'altres persones o ajudes importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres suports per a la seva autonomia personal.

Per tant, allò que determina el reconeixement d'una situació com a mancada d'autonomia és el fet d'haver de necessitar una altra persona.

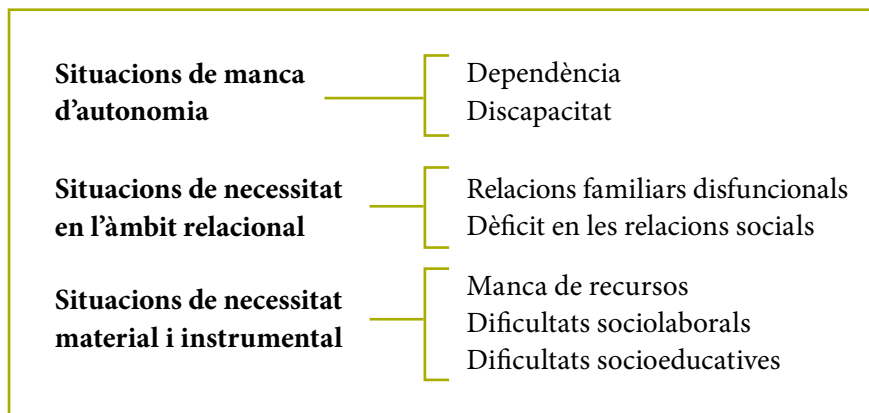
### **2.1.2. Necessitats relacionals**

Aquesta segona categoria inclou «totes les situacions de necessitat en les quals el dèficit en les relacions socials, la manca de relacions o l'existència d'unes relacions disfuncionals creen risc a les persones en el seu desenvolupament psicosocial» (Maluquer, Fustier i Recio, 2010, p. 61). S'hi identifiquen dos grups: les relacions familiars disfuncionals i el dèficit en les relacions socials. El primer és un grup ampli i divers que comprèn la manca de suport parental, algunes situacions de violència i l'aïllament per falta de família.

### **2.1.3. Necessitats materials i instrumentals**

Pel que fa a les situacions de necessitat material i instrumental, es consideren «les que tenen una expressió de tipus material, és a dir, vinculades amb la subsistència, i les que es vinculen amb la capacitat de les persones per assolir aquesta subsistència autònoma, enteses des d'una perspectiva social» (Maluquer, Fustier i Recio, 2010, p. 62). Les subcategories que s'hi identifiquen són la manca de recursos, a més de les dificultats relacionades amb els àmbits sociolaboral i socioeducatiu.

En la figura 2 hi ha detallades les necessitats a què dona resposta el sistema de serveis socials:

**Figura 2. Tipologia de necessitats segons el Pla estratègic de serveis socials**

Font: Pla estratègic de serveis socials (Maluquer, Fustier i Recio, 2010)

## 2.2. Els serveis socials i el diagnòstic social

El diagnòstic i la valoració social són tasques dels serveis socials. El treball de Subirats (2007) destaca que l'elaboració de diagnòstics socials és una de les quatre necessitats de formació més importants percebudes pels professionals d'aquests tipus de serveis. Així doncs, entre les línies d'actuació proposades per revisar els serveis socials, Subirats (2007, p. 116) hi inclou «la introducció de mesures de capacitació dels professionals en relació amb els instruments substantius i operatius de diagnòstic de la realitat social».

En aquest sentit, en l'intent de reunir les prestacions i els serveis dels Serveis Socials en un marc comú estatal, el 2013 el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSSI) va publicar el *Catàleg de referència de serveis socials*. En aquest document es fa una menció específica al diagnòstic social entre les prestacions de serveis;<sup>4</sup> concretament, apareix com la primera prestació de servei garantida amb el nom genèric «informació, orientació, assessorament, diagnòstic i valoració». S'hi diferencien la informació, l'orientació, l'assessorament i el diagnòstic de la valoració social específica.

Pel que fa a la informació, l'orientació, l'assessorament i el diagnòstic, el catàleg esmentat (MSSSI, 2013, p. 19) les defineix de la manera següent:

4. Les prestacions de serveis són «les actuacions que realitzen els equips tècnics orientades a atendre les necessitats socials i afavorir la inserció social dels ciutadans i ciutadanes, famílies i grups de població» (MSSSI, 2013, p. 13).

Conjunt de mesures que faciliten informació sobre els recursos socials disponibles i sobre com accedir-hi en una relació d'ajuda professional. Igualment es presta orientació, assessorament i suport a les persones, famílies i grups que requereixen una intervenció del sistema de serveis socials. Així mateix, es realitza una valoració singularitzada i un diagnòstic social de les situacions personals, familiars i de grup i de les seves demandes socials, a més d'una intervenció professional, social i d'acompanyament. Constitueixen un instrument dinàmic i eficaç com a font d'informació per a un millor funcionament del sistema de serveis socials en els seus processos de planificació, programació i avaluació amb l'objectiu de garantir l'accés als recursos bàsics del sistema.

Pel que fa a la valoració social específica, el catàleg també inclou «el conjunt d'instruments tècnics que tenen per objecte efectuar qualsevol tipus de valoració, reconeixement, qualificació o informe, sempre que aquests suposin un requisit previ per accedir a les prestacions del sistema públic dels serveis socials» (MSSSI, 2013, p. 22). S'hi especifiquen tres tipus de valoracions socials: la de dependència, la de discapacitat i la de la situació de les persones immigrants (MSSSI, 2013, p. 22 i 23). Així doncs, el diagnòstic social hi surt com a prescripció que defineix la direcció de la intervenció, mentre que la valoració social pretén determinar la possibilitat d'accedir o no a serveis i prestacions concretes.

En l'àmbit autonòmic, Cury i Arias (2016, p. 18) destaquen que:

[...] 15 de les 17 comunitats autònomes espanyoles estableixen en les seves lleis de Serveis Socials que el diagnòstic social constitueix un dels drets específics del ciutadà i una de les prestacions bàsiques del sistema públic de Serveis Socials. Aquestes lleis estableixen, a més, que el diagnòstic social serà el resultat de l'avaluació integral de les necessitats de l'usuari, que permetrà orientar el pla individualitzat d'atenció social i l'elecció dels recursos i les prestacions idonis en cada cas.

A Catalunya, l'article 31 de la Llei 12/2007 esmentada atribueix a les entitats locals, entre altres tasques, la funció d'estudiar i detectar les necessitats socials al seu territori. A més, l'article 5 de la mateixa norma assenyala entre els principis rectors del sistema públic dels serveis socials: la universalitat, la igualtat, la participació cívica, la globalitat, l'atenció personalitzada i integral mitjançant la valoració integral de la persona, el respecte pels drets de la persona i la qualitat dels serveis.

L'article 6 de la Llei identifica com a destinataris dels serveis socials les persones que «necessiten informació, valoració, diagnòstic, orientació, suport, intervenció i assessorament individual, familiar o comunitari per fer front a situacions de necessitat personal bàsica, de manca de cohesió social o familiar o de desigualtat i per prevenir-les». Així, l'article 21 reconeix com a prestació de servei dels serveis socials «la valoració singularitzada i el diagnòstic social de les situacions personals, convivencials i familiars i de les demandes socials».

Finalment, el títol sisè de la Llei 12/2007 també reconeix la necessitat i la pertinença de promoure i desenvolupar la recerca i la innovació dins l'àmbit dels serveis socials, orientada a la millora contínua, la pràctica basada en l'evidència i la generació de coneixement.

### **2.3. Els serveis socials i els drets i deures de la ciutadania**

Entre els drets de les persones usuàries dels serveis socials, el *Catàleg de referència de serveis socials* també n'identifica alguns de relacionats amb el diagnòstic i la valoració social: en són exemples el dret a un pla d'atenció individual en funció de la valoració de la seva situació, a la confidencialitat i la protecció de les dades de caràcter personal, a la informació suficient i entenedora, a la participació en la presa de decisions del centre de serveis socials i al rebuig a l'oferta de participació en serveis i programes (MSSSI, 2013, p. 46).

Pel que fa als deures hi ha els de facilitar les dades personals, de convivència i familiars veraces i presentar els documents fidedignes que siguin imprescindibles per valorar-ne la situació; comunicar els canvis que es produeixen en la situació personal i familiar que puguin afectar les prestacions sol·licitades o rebudes, participar activament en el procés de millora, cooperar amb els professionals i prendre part en el procés de la intervenció social acordada (MSSSI, 2013, p. 46 i 47).

En l'àmbit autonòmic, l'article 9 de la Llei 12/2007 reconeix com a dret «disposar d'un pla d'atenció social individual, familiar o convivencial, en funció de la valoració de la situació, que s'ha de d'aplicar tècnicament per procediments reconeguts i homologats». Així mateix, s'hi inclouen els drets a participar en la presa de decisions sobre el procés d'intervenció i en la selecció de les mesures o recursos que cal aplicar i el dret a la confidencialitat de les seves dades i informacions personals. L'article 10 hi afegeix el dret a la informació en l'àmbit dels serveis socials, ja que aporta elements concrets que cal garantir en el procés i el resultat de diagnòstic i valoració.

Pel que fa als deures de les persones usuàries, l'article 13 de la llei esmentada preveu, entre d'altres, que facilitin dades personals, convivencials i familiars veraces i presentin els documents fidedignes que siguin imprescindibles per valorar-ne i atendre'n la situació, i també que es comprometin a participar activament en el procés d'atenció social.

## **2.4. Els serveis socials i els drets i deures dels professionals**

Pel que fa als drets dels professionals dels serveis socials, el catàleg esmentat identifica els següents: rebre formació contínua i adequada, disposar de la informació necessària per al desenvolupament de les funcions professionals i prendre decisions i participar en els serveis socials (MSSSI, 2013, p. 47 i 48). Pel que fa als deures, d'una banda distingeix aquells que guarden relació amb el seu exercici professional (com ara conèixer i complir la normativa vigent, mantenir un comportament basat en el respecte, exercir les seves funcions segons les bones pràctiques i els codis deontològics professionals i formar-se de manera contínua); de l'altra, els relatius a la necessitat de documentació i informació i el seu tractament (com ara participar en la valoració i l'elaboració dels plans individuals, guardar secret professional i emplenar els documents que tenen relació amb els processos i les intervencions professionals).

En l'àmbit autonòmic, la Llei 12/2007 no fa cap menció expressa als drets o deures dels professionals dels serveis socials. En el seu lloc, l'article 86 asenyala que «la qualitat dels serveis socials incorpora, a més de les condicions materials, laborals i tècniques de la prestació dels serveis, l'exigència que els professionals de serveis socials compleixin els deures relatius a la deontologia professional» i destaca que aquests deures, definits pels col·legis professionals corresponents, han de formar part dels criteris de qualitat dels serveis. Això implica identificar quines són les prescripcions de les associacions professionals quant al diagnòstic.



### **3. L'encàrrec professional: el diagnòstic social**

L'any 1917 es va publicar *Social Diagnosis*, una de les primeres grans aportacions teòriques de la intervenció social i una obra escrita per la pionera del treball social més coneguda, Mary Richmond (2005). El títol d'aquest llibre, que algunes persones han considerat fundacional en la història del treball social (Miranda, 2004), ja dona una idea de la importància del diagnòstic social en els processos d'intervenció social.

El diagnòstic o valoració social és un element central de la pràctica del treball social (Coulshed i Orme, 1998). En aquesta línia d'idees, Díaz i Fernández (2013, p. 432) en destaquen el caràcter fonamental en el procés metodològic del treball social, «ja que les intervencions i els resultats depenen d'una adequada interpretació i definició conceptual de les causes de les necessitats socials». Per tant, la realització d'un diagnòstic social adequat és un requisit d'eficàcia per a qualsevol intervenció social planificada (García, 2008).

En fer un diagnòstic cal determinar quines són les necessitats socials bàsiques no satisfetes d'una persona i del seu nucli de referència, un grup o una comunitat, de manera que es pot afirmar que l'objecte del diagnòstic social són les necessitats socials. Com afirmen Díaz i Fernández (2013, p. 433), «tot diagnòstic és una avaluació; és a dir, una descripció, anàlisi i valoració de les necessitats socials».

Així doncs, el diagnòstic social permet conèixer la situació de la persona o les persones que han de ser destinatàries d'una intervenció social, de manera que cal considerar-se com una condició indispensable prèvia al disseny de qualsevol pla d'actuació.

#### **3.1. Concepte i característiques clau**

Tot i l'escàs desenvolupament teòric i pràctic del diagnòstic social, aquest ha estat un tema present en la literatura sobre el treball social des del seu inici. Per aquest motiu, n'hi ha nombroses definicions. Per a Richmond (2005, p. 418), el diagnòstic social és:

[...] la temptativa de realització d'una definició el més exacta possible de la situació i la personalitat d'un ésser humà que presenta una dificultat social, de la seva situació i personalitat en relació amb altres éssers humans i en relació, també, amb les institucions socials de la seva comunitat.

En una línia similar, Hamilton (1951), citada per Cury i Arias (2016, p. 13), considera que el diagnòstic social «consisteix a fer un examen crític de la situació de la persona i també del problema que presenta, a més del seu entorn físic, econòmic, social i cultural».

Siporin (1975, p. 224) defineix el diagnòstic o valoració social com «una identificació i avaluació diferencial, individualitzada, precisa i rigorosa de problemes, persones i situacions i de les seves interrelacions, per servir de fonament sòlid per a una intervenció d'ajuda diferencial».

Per a Barker (2003, p. 30) és un «procés de determinació de la naturalesa, causa, progressió i prognosi d'un problema i de les persones i situacions que hi estan implicades; és la funció del treball social per obtenir una comprensió d'un problema, què el causa i què pot ser canviat». Aquesta definició apunta que el diagnòstic implica que cal considerar les persones i els seus entorns i identificar-ne els problemes i les causes, a més dels plans per canviar-los o modificar-los.

Aguilar (2013, p. 296) afirma que es tracta d'un procés:

[...] dialògic d'elaboració i sistematització d'informació que implica conèixer i comprendre els problemes i les necessitats dins d'un context determinat, les seves causes i evolució al llarg del temps, així com els factors protectors i de risc i les seves tendències previsible; això permet fer-ne una discriminació segons la seva importància, de cara a l'establiment de prioritats i a la selecció d'estratègies d'intervenció, de manera que pugui determinar-se per endavant el grau de viabilitat i factibilitat, tot considerant tant les potencialitats i els mitjans disponibles com les forces i els actors socials que hi estan involucrats.

A partir de l'estudi d'un important conjunt de definicions, Cury i Arias (2016, p. 19) el conclouen amb aquesta proposta: «el diagnòstic social és el judici professional que formula el treballador social com a resultat de l'estudi i de la interpretació d'una situació social donada i que constitueix el fonament de la intervenció social en aquesta situació».

Aguilar (2013, p. 295 i 296), García-Longoria i Esteban (2016, p. 239) i Regalado (2017, p. 93 i 94) suggereixen algunes característiques clau d'un bon diagnòstic social:



- **Processual i dinàmic.** No és estàtic, sinó que es modifica a mesura que s'aprofundeix en el coneixement de la situació i està obert als canvis o nova informació de la situació.
- **Complex.** Inclou tota la informació rellevant i significativa per comprendre la situació i orientar l'acció.
- **Contingent.** Depèn del tipus de servei des del qual es porta a cap, dels objectius del diagnòstic i del marc teòric de referència utilitzat per interpretar les dades.
- **Clar.** Empra un llenguatge professional senzill, fàcilment comprensible, basat en tècniques gràfiques quan sigui necessari.
- **Precís.** Per orientar l'acció, identifica i distingeix cadascuna de les dimensions i factors del problema, a més de discriminar i oferir informació útil, concreta i específica, incloent-hi tots els aspectes necessaris i suficients.
- **Creïble i consistent.** El contingut del diagnòstic pot ser demostrat i els seus resultats són sòlids.
- **Rigorós.** D'una banda, es basa en l'ús de tècniques de recollida d'informació adequades; de l'altra, en un marc de referència adequat per fer la interpretació de la informació a partir de la comparació i la inferència.
- **Pertinent o oportú.** Es realitza o s'actualitza quan pot ser utilitzat per prendre decisions que afectin l'acció present o futura.

Podem afegir tres requisits clau addicionals de qualsevol instrument de mesura social:

- **Objectiu.** Es basa en fets ja contrastats. És recomanable l'ús d'un llenguatge científicoprofessional i de tesaurus o vocabularis propis de la professió o de les ciències socials.
- **Vàlid.** L'objecte del diagnòstic és la situació o conjunt de factors que es volen valorar, no d'altres.
- **Fiable.** Davant de situacions similars, diferents professionals —des de marcs de referència semblants (context institucional, objectius i teories)— arribarien a diagnòstics o valoracions similars.

Per tant, és un procés que té dues parts: la recollida de dades pertinents sobre la persona i el seu entorn i la valoració de les dades com a base per al desenvolupament d'un pla d'intervenció (Northen, 1987).

Així mateix, el diagnòstic inclou implicar la persona en l'exploració, l'anàlisi i la interpretació dels fets presents en la situació. Aquesta hi contribueix activament proporcionant informació i avaluant les idees del professional sobre les seves necessitats i maneres de conducta. Aquesta retro-

alimentació corregeix o reafirma l'anàlisi de la situació que porta a terme el professional (Northen, 1987).

Sembla que hi ha acord a l'hora d'afirmar que el diagnòstic social caracteritza tant aspectes personals com qüestions contextuals. Algunes autores expliciten que també és necessari valorar les relacions entre els uns i els altres. A més, el diagnòstic social es refereix a situacions de malestar que, a causa de la seva rellevància, mereixen un tractament planificat específic. En alguns casos s'afirma que el diagnòstic ha de preveure les causes de la situació descrita, com també un pronòstic o anticipació d'allò que passarà. Un altre punt important té a veure amb la identificació d'aspectes que poden servir com a limitadors del benestar o d'altres que poden ser considerats com a afavoridors de la superació de la situació que es presenta com a problema; serien, respectivament, els factors de risc i els factors de protecció. Finalment, se signifiquen altres circumstàncies, com ara el volum del malestar, la intensitat del suport necessari que mereix la intervenció, la necessitat que el diagnòstic sigui fet per professionals qualificats, o el moment del procés d'intervenció en el qual es porta a terme.

Abans de tancar aquest apartat cal fer referència a un tema que destaquen moltes persones expertes en la matèria: la confusió terminològica referida al mateix concepte. En aquest sentit, Hollis (1964), citada a Cury i Arias (2016), assenyala que hi ha una confusió entre els conceptes *avaluació* i *diagnòstic*, i posa de manifest l'existència d'una certa resistència, per part de professionals del treball social, a emprar el terme *diagnòstic* a causa de la seva adscripció al terreny de les ciències de la salut.

Alguns termes, com ara *valoració*, *avaluació*, *dictamen tècnic*, *judici diagnòstic*, *judici professional*, *interpretació diagnòstica*, *valoració tecnocientífica* o *opinió professional*, s'han fet servir de manera confusa (Colom, 2009; Departament de Justícia, Treball i Seguretat Social del Govern basc, 2009; Hamilton, 1946; Perlman, 1968; Hollis, 1964).

### 3.2. Riscos i limitacions

Un altre aspecte rellevant són els riscos que comporta la realització de diagnòstics socials. Barbero (2003) adverteix que cal evitar «categoritzacions dels subjectes, estereotips de la situació o explicacions genèriques que donin pas a una intervenció seriada o rutinària» (p. 405).

Perlman (1968), citada a Cury i Arias (2016), apunta una altra limitació: la confusió que hi ha entre els professionals amb relació a la naturalesa del con-

cepte tenint present l'existència de diversitat de models teòrics de referència. Afegeix que, sovint, se'n qüestiona la utilitat per fonamentar la intervenció.

En abordar aquest tema, De Robertis (2017) manifesta que una de les limitacions referides a la realització del diagnòstic està relacionada amb les dinàmiques institucionals presents en els serveis socials. Segons aquesta autora, «els professionals ometen efectuar una anàlisi més ampla» (p. 38) a causa de factors que tenen a veure amb les constriccions derivades d'un alt volum de demandes o l'escàs temps de què es disposa.

La idea base que sustenten Escartín, Palomar i Suárez (1997) és que el diagnòstic social és un procediment poc treballat en la teoria que, en la pràctica, s'aplica insuficientment perquè es limita a una relació descriptiva de fets, problemes o persones, de manera que, des d'aquest punt de vista, és una «feblesa professional» (Departament de Justícia, Treball i Seguretat Social del Govern basc, 2009).

La literatura de treball social no només ha fet esforços per delimitar conceptualment el diagnòstic amb nombroses definicions, sinó que hi ha contribucions orientades a concretar altres aspectes que fan referència als objectius, les funcions, les fases i les seves propietats.

### 3.3. Finalitat i objectius

Crisp, Anderson, Orme i Lister (2003, p. 1) destaquen que, tradicionalment, en el treball social la finalitat del diagnòstic «ha estat identificar dèficits o dificultats més que fortaleces, amb èmfasi en la concordança entre necessitats i els criteris d'accés als serveis». Però aquesta és una part molt limitada i parcial de la funció professional.

Des d'un punt de vista molt general, la finalitat de la valoració o diagnòstic social és comprendre per intervenir, encara que la comprensió de la situació vagi més enllà de les àrees en què estrictament s'intervindrà. En paraules de García-Longoria i Esteban (2016, p. 239), l'objectiu és «tant permetre el coneixement dels factors suficients i necessaris que expliquin la situació com detectar nuclis d'acció professional [...] deu també assenyalar els recursos, que poden ser tant personals, l'usuari, com del mateix treballador social, com materials».

El professional i la persona usuària tenen els objectius que hi ha a continuació (Northen, 1987):

- Desvelar la naturalesa i el significat de la necessitat o problema.
- Identificar fortaleces, motivacions i recursos disponibles en la persona i en altres sistemes de suport relacionats (primaris, secundaris o terciaris).

- Implicar les persones en un procés de resolució de problemes en què aquestes aprenguin mitjans per identificar i afrontar dificultats.

Per a Coulshed i Orme (1998, p. 21), el propòsit és «ajudar el treball social a comprendre les persones en relació amb el seu entorn. El diagnòstic és, també, la base per planificar el que cal fer per mantenir, millorar o donar lloc a canvi en la persona, el seu entorn o en tots dos».

D'acord amb Watson i West (2006, p. 30), l'objectiu del diagnòstic és «augmentar la comprensió de la situació de la persona usuària, ajudant els treballadors a identificar àrees potencials de canvi que afavoriran el desenvolupament del fonament d'una futura intervenció».

Segons el Departament de Justícia, Treball i Seguretat Social del Govern basc (2009, p. 70), el diagnòstic presenta un doble objectiu. Per una banda, ajuda a comprendre i definir la situació-problema tenint en compte la situació i el context de la persona, per poder intervenir de manera més eficaç, i, per l'altra, identifica les causes de la situació per poder arribar a intervenir-hi (siguin properes o no). I, recordant De Robertis (2003), afegim que el diagnòstic suposa passar per les tres C: conèixer, clarificar i comprendre.

Regalado (2017, p. 87) descriu dos objectius del diagnòstic social: inspirant-se en Richmond (2005), recorda que el diagnòstic social defineix la situació i les característiques de la persona beneficiària de la intervenció; recollint les aportacions d'Aguilar (2013), suggereix que també indica com actuar en aquesta situació promovent un canvi.

Pel que fa a Rossell i Rodríguez (2017, p. 184), l'objectiu del diagnòstic social «és planificar una intervenció basada en el coneixement suficient de la situació perquè l'ajuda o la intervenció professional sigui efectiva».

En canvi, Colomer (1979, p. 25), en parlar de les finalitats del diagnòstic, assenyalava que persegueix «trobar les hipòtesis de treball i intervenció professional com a base d'una acció programada que respongui eficaçment a les necessitats».<sup>5</sup>

A més, Aguilar (2013, p. 291) afirma que el diagnòstic social permet decidir quina és la direcció de la intervenció: «ens proporciona un mapa, una brúixola i alguns altres instruments per saber què fer i com fer-ho».

Finalment, García-Longoria i Esteban (2016) enumeren quatre funcions: definir el nivell de valoració, els tipus de necessitats i la magnitud del problema; analitzar les causes de les situacions o problemes; jerarquitzar les

5. Colomer no fa servir el concepte *diagnòstic*, sinó que prefereix emprar l'expressió *interpretació de dades*.

necessitats, i conèixer les capacitats personals i els recursos disponibles. A més, estableixen tres indicadors que permetrien prendre la decisió d'intervenir: la gravetat del problema, la durada que té i les habilitats d'enfrontament dels subjectes.

Així doncs, hi ha certa disparitat a l'hora d'enumerar els objectius i les funcions; en alguns casos, aquestes es refereixen clarament a les finalitats intrínseques del diagnòstic —que tenen a veure amb la definició de les circumstàncies presents en una situació o problema—, mentre que en d'altres sembla que es remarqui que el seu objectiu és fonamentar els passos posteriors en el procés d'intervenció: la planificació i la intervenció.

### 3.4. Contingut del diagnòstic

Una altra qüestió que cal destacar està directament relacionada amb els aspectes que ha de preveure el diagnòstic social.

A vegades es ressalten els requisits o les qüestions que són considerades essencialment necessàries en el procés d'elaboració del diagnòstic social. N'és un exemple Aguilar (2013, p. 296), que enumera els requisits que hauria de complir un diagnòstic social: donar informació sobre els problemes i les necessitats existents relacionades amb l'àmbit en què s'intervé; intentar entendre'n les causes o efectes; informar sobre les capacitats, fortaleces i oportunitats de millora; identificar recursos i mitjans; determinar prioritats d'intervenció; fonamentar i establir estratègies d'acció, i informar dels factors que poden augmentar la factibilitat de la intervenció.

Hollis (1964) afirma que el diagnòstic social ha de recollir informació sobre l'etiologia del problema, informació detallada sobre la situació vital de la persona, de la seva actitud davant el problema i de les diferents fortaleces i oportunitats implicades en la situació.

De Robertis (2017, p. 37) escriu que un diagnòstic ha d'incloure problemes «i necessitats en un context determinat, les seves causes, les evolucions, així com els factors que condicionen, els riscos i les seves tendències previsibles».

García-Longoria i Esteban (2016, p. 235) concreten les àrees que han de ser valorades: com el client es veu a si mateix, quins aspectes legals afavoreixen o obstaculitzen les accions i quins problemes o preocupacions afecten el client. Les mateixes autores estableixen que l'informe que resulta de la valoració diagnòstica ha de contenir un resum de les dades més destacables de l'estudi, una enumeració dels problemes i necessitats detectats, els recursos de l'usuari i del professional i la hipòtesi diagnòstica.

Finalment, Amaya Ituarte (1992), citada pel Departament de Justícia, Treball i Seguretat Social del Govern basc (2009), estableix que el diagnòstic ha de tenir en compte els aspectes físics, psicològics i socials de la persona, com també el context i el tipus de relació que el subjecte manté amb els diversos components del context.

Per concloure aquest apartat podem afirmar que el diagnòstic social inclou l'exploració i la valoració de dades (necessitats o problemes existents, fortaleses, motivacions i recursos disponibles) referits a diferents nivells de la realitat de la persona usuària i del seu entorn:

- **Nivell ontogènic (individu):** persona usuària i les seves característiques psicosocials, cognitives, comportamentals, etc.
- **Nivell microsocial (microsistema):** xarxa primària (família) i les seves interaccions.
- **Nivell mesosocial (exosistema):** xarxes secundàries (amics, veïns) i terciàries (sistemes de protecció: salut, ocupació, educació, habitatge, garantia d'ingressos, serveis socials, etc.) i les seves interaccions.

### 3.5. El diagnòstic social com a part del procés d'intervenció

En treball social, el diagnòstic és l'element fonamental sobre el qual pivota el procés d'intervenció. La idea del diagnòstic social és contemporània dels primers fonaments teòrics de la professió; amb tot, els debats professionals i acadèmics per aconseguir una actualització del concepte són ben presents. El consens entre la majoria dels autors i de les autores situa aquest diagnòstic social entre un procés que s'inicia amb la demanda o detecció del problema i una fase de recollida i anàlisi d'informació —que ha de possibilitar elaborar aquest diagnòstic, que, a la vegada, permetrà definir mitjans, objectius i temps per a la intervenció (De Robertis, 2017; Mata, 2017). Aquest esquema simplificat amaga un rerefons teòric i un debat professional mantingut al llarg dels anys, com hem pogut copsar en apartats anteriors. En primer lloc, un debat ja esmentat prèviament, que alguns autors i autores (Cury i Arias, 2016) consideren una confusió teòrica, és la relació entre la recollida d'informació, l'avaluació i el diagnòstic. Alguns models obvien en aquest procés el terme *diagnòstic* i tota la fase prèvia a la intervenció en si mateixa es designa com a *assessment*.

Una altra part del debat se centra en l'aspecte dinàmic o estàtic del diagnòstic, és a dir, si representa el final de la fase d'estudi o bé es modifica

al llarg de procés, considerant-lo un flexible i continu (Mata, 2017). Turner (1994) defensa totes dues coses: el diagnòstic com a procés que evoluciona durant la vida d'un cas, i un acte o un fet en el sentit que estableix de manera formal unes conclusions a partir de les evidències obtingudes, que inclouen tant la identificació de les fortaleses i les limitacions com les forces i influències que intervenen en una situació concreta. El dinamisme del diagnòstic està relacionat amb el de la realitat i els contextos en què viuen els individus; per tant, qualsevol sistema diagnòstic ha de permetre tancar o evolucionar un diagnòstic final a partir de la resolució del problema o dels nous aspectes que poden sorgir en el decurs d'una intervenció.

Alguns autors i autores li atribueixen una capacitat pronosticadora, com ara Aguilar i Ander-Egg (1999), citats per Mata (2017), però les eines diagnòstiques i de classificació de què disposem no han estat avaluades, segons el que sabem, pel que fa a la capacitat de pronosticació. La síntesi de l'avaluació que deriva en el diagnòstic obre pas a la intervenció en si mateixa, a partir de la qual caldrà definir objectius i ulteriorment avaluar resultats en funció del diagnòstic o dels diagnòstics establerts. Aquesta manera de procedir imposa un rigor metodològic que reforça la competència i la metodologia específica del treball social. Un cop s'ha estructurat aquest procés, cadascuna de les fases pot organitzar-se sobre la millor evidència científica possible i la recerca en treball social pot focalitzar més els seus objectius.

Com s'ha assenyalat anteriorment, tant en la literatura anglosaxona com en l'espanyola és habitual trobar-hi un ús confús de les paraules *assessment* ('avaluació') i *diagnosis* ('diagnòstic'). Per a Turner (1994), tots dos termes tenen un significat diferent: *diagnòstic social*, que ha estat al centre de la professió des del començament, ha estat substituït per *avaluació* per les reticències derivades de la categorització o possibilitat d'etiquetatge associades al terme *diagnòstic*. El mateix autor afegeix que alguns professionals consideren que aquest mot és propi de la pràctica mèdica. L'avaluació és un component essencial del treball social, un element de gran dificultat per l'ampli espectre de situacions que cal afrontar i amb el qual el treballador o la treballadora social treballa per tenir una òptica prou completa de la realitat biopsicosocial del seu client o de la seva clienta; en canvi, el diagnòstic és qüestió de precisió i síntesi, i segons Turner (1994) és l'esglau següent en què se sintetitza la valoració. Tot i la dificultat d'aquest esforç, és qüestió de responsabilitat establir un diagnòstic per planificar l'atenció, les prioritats i eventualment per garantir drets.

Al voltant del diagnòstic i de la seva centralitat en el procés d'intervenció, en l'òptica d'una pràctica no opressiva resulta fonamental definir quin és el paper de la persona o les persones protagonistes en la situació avaluada (com se'ls fa saber quina és l'orientació diagnòstica, com

es recull la seva valoració en acord o en desacord, com s'utilitza aquest element de participació per apoderar, propiciar canvis i analitzar solucions...). Si la literatura relacionada amb el diagnòstic és relativament escassa, la literatura que tracta de la participació activa en l'elaboració del diagnòstic encara és més minsa. Probablement des d'un punt de vista ètic —el respecte a l'autonomia personal— aquestes consideracions tenen tot el seu sentit.

### 3.6. Fases del diagnòstic

Cal fer esment específic de les fases o moments de la realització del diagnòstic, ja que hi ha nombroses aportacions teòriques en aquest sentit.

Segons el Departament de Justícia, Treball i Seguretat Social del Govern basc (2009), el diagnòstic ha de ser progressiu i paral·lel al procés d'intervenció, i aquesta aportació és interessant perquè apunta cap a un procés circular i inacabat que es pot nodrir d'aproximacions successives a la situació del subjecte i dels seus entorns. Aquesta qüestió també és abordada per Colomer (1979) i pel *Diccionari de serveis socials*.<sup>6</sup>

Richmond (2005) estableix una seqüència ordenada, però no gaire detallada, de les tasques que calia fer i afirmava que el procés d'elaboració del diagnòstic social comportava una primera fase d'investigació, o recopilació d'evidències, i una segona fase, centrada en la interpretació de les dades obtingudes i en una definició de la dificultat social.

Aguilar (2013, p. 297) tracta de les següents fases pel que fa al procés de realització del diagnòstic: identificació de les necessitats; identificació de les potencialitats; identificació de les relacions causals, dels factors protectors i dels factors de risc; identificació del pronòstic de la situació i exploració participativa d'escenaris futurs; identificació de recursos i mitjans d'acció interns i externs, exploració d'alternatives d'intervenció; establiment dialògic de prioritats; selecció i disseny d'estratègies d'acció; anàlisi de contingències i potencial de generació d'aliances, i, finalment, presa de decisions sobre el tipus de mesures o projecte per implementar.

García (2008) enuncia tres fases: descriptiva, valorativa i predictiva. En una línia molt similar, Díaz i Fernández (2013) estableixen quatre moments o nivells: síntesi descriptiva, anàlisi causal, interpretació i conceptualització de les necessitats socials, i avaluació i pronòstic de necessitats.

6. Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya; TERMCAT (2010). *Diccionari de serveis socials*: [http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris\\_En\\_Linia/118/](http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/118/).



### 3.7. Tècniques i fonts de dades

Les tècniques més comunes per elaborar diagnòstics socials de les situacions de persones i les seves famílies són de naturalesa quantitativa i de naturalesa qualitativa (Jordan i Franklin, 2011):

- L'entrevista, estructurada i/o no estructurada (en un despatx o en visita domiciliària).
- L'observació, sistemàtica i/o no sistemàtica (en un despatx o en visita domiciliària).
- Escales estandarditzades.
- Autoinformes.
- Tècniques gràfiques: genograma familiar, ecomapa, etc.
- L'anàlisi documental, etc.

Aquestes tècniques permeten recopilar les dades necessàries per fer un diagnòstic social a partir de diverses fonts de dades:

- La persona.
- La seva família i/o les seves xarxes primàries.
- Membres de les seves xarxes secundàries.
- Membres de les seves xarxes terciàries, professionals.
- Documents (documentació personal, documents d'arxiu, història social, informes socials, altres informes, fitxa social, etc.).

### 3.8. Tipus de diagnòstics en treball social

Tradicionalment hi ha hagut una distinció entre els diagnòstics exploratori, descriptiu, explicatiu i estructural (Kisnerman, 1982, p. 176, 177 i 181), d'acord amb els nivells d'aprofundiment de qualsevol investigació:

- Diagnòstic exploratori:
  - Es tracta d'un prediagnòstic.
  - Informa sobre el context de la situació analitzada.
- Diagnòstic descriptiu:
  - Analitza la situació en un espai-temps.
  - Es basa en la comparació entre la situació observada i la situació model.
  - Utilitza hipòtesis descriptives: què passa? Informa del que és, del que passa, de com és i de com succeeix (què i com).

- Diagnòstic explicatiu:
  - Cerca la gènesi dels problemes (necessària, suficient i/o contribuent).
  - Utilitza hipòtesis explicatives que identifiquen les interrelacions entre les variables i assenyalen la influència del context i dels elements que conté la situació. Intenta respondre les qüestions següents: per què passa el fenomen descrit? Què fa que succeeixi d'aquesta manera? Com preveiem que evolucioni la situació?
- Diagnòstic estructural:
  - Sorgeix de la confrontació de diferents diagnòstics explicatius.
  - Identifica com a estructurals els problemes redundants en els diferents diagnòstics.

Watson i West (2006, p. 40-42), Milner i O'Byrne (2009, p. 53 i 54) i Martin (2010, p. 51 i 52) identifiquen tres tipus de diagnòstics, a partir del treball de Smale, Tuson, Brehal i Marsh (1993), que, en realitat, descriuen tres procediments i enfocaments del diagnòstic aplicables als serveis socials:

- **Model interrogatiu.** El treballador o la treballadora social, posseïdor o posseïdora de la perícia, és l'expert que té l'habilitat per definir els problemes de les persones; segueix un format de preguntes, escolta i processa les respostes de les persones usuàries «passives». Aquest procés reflecteix l'agenda del treball social i correspon a un estil de diagnòstic en el qual les dades són «modelades» per ajustar-les a les teories del treballador social sobre la naturalesa de les persones. Probablement aquestes teories són psicodinàmiques o cognitivo-conductuals. Per a Milner i O'Byrne (2009, p. 53) és més probable que sigui utilitzat quan l'objectiu fonamental del diagnòstic és identificar-ne els factors de risc. L'eix d'aquest model és el professional, que també n'és l'expert.
- **Model procedimental.** El treballador o la treballadora social desenvolupa la funció de l'organització recollint informació per verificar si la persona s'ajusta als criteris establerts en els serveis. No cal una valoració professional, i el més probable és que es facin servir llistes de comprovació de criteris (*checklists*). L'expert, en aquest cas, és qui dissenya les guies o formularis, i el paper del treballador o de la treballadora social és el de recopilador d'informació. Segons Milner i O'Byrne (2009, p. 53), aquest model s'ajusta als diagnòstics de persones per a l'accés a recursos limitats. Aquest model i l'anterior parteixen de donar prioritat al procés de recollida d'informació per sobre del valor del treball social de respecte cap a les persones, els seus pensaments i els seus sentiments (Watson i West, 2006, p. 41). L'eix d'aquest model és l'organització. El professional és un expert subordinat a l'organització.

- **Model d'intercanvi.** Les persones són vistes com a expertes en els seus propis problemes i es posa l'èmfasi en l'intercanvi d'informació. El treballador o la treballadora social segueix o rastreja el que altres persones diuen abans d'interpretar el que pensen; busca identificar recursos interns o potencials, i considera com ha d'ajudar millor els usuaris dels serveis a mobilitzar els seus recursos interns i externs per aconseguir els objectius definits per ells mateixos en els seus termes. En conseqüència, en la relació entre el treballador i l'usuari el primer hauria de permetre al segon identificar-ne les fortaleces i els recursos, a més de les debilitats i limitacions. Aquest model s'adapta bé als models de diagnòstic narratiu, centrats en la solució i centrats en la tasca. Per a Milner i O'Byrne (2009, p. 53), és el model que s'aproxima més a un diagnòstic orientat a les necessitats. L'eix d'aquest model és la persona usuària, que també n'és l'experta.

### 3.9. El diagnòstic social com a competència, responsabilitat i deure professional

Com hem vist, el diagnòstic social és una part del procés metodològic d'intervenció i una condició necessària per planificar-la. La seva realització és un requisit de qualitat perquè s'inicia a partir de criteris consensuats que permeten fixar un pla de treball, els efectes del qual poden ser mesurats mitjançant els indicadors que s'estableixen.

El diagnòstic social és una competència dels treballadors i treballadores socials. En el desenvolupament d'aquesta atribució, el professional «descobreix factor rere factor [...] fins que la composició de factors que emergeix comença a coincidir amb un dels tipus del quadre de classificació» (Greenwood, 1955, p. 25). El mateix autor (p. 26) especifica que, si bé és possible que algun altre professional de qualificació inferior ajudi a identificar-ne els factors, «el judici definitiu ha de ser realitzat pel professional que té designada aquesta funció, a causa de l'habilitat específica que es requereix».

La realització del diagnòstic social demana ser competent en determinades destreses. Concretament, Martin (2010) apunta qüestions que tenen a veure amb habilitats comunicatives: atenció i comunicació no verbal, escolta activa, paràfrasi i resum, qualitats personals, formulació de preguntes de manera adequada, comunicació amb minories comunicatives, tracte a usuaris que no cooperen, entrevistes d'exploració i, finalment, entrevistes d'anàlisi i registre d'informació.

Rossell i Rodríguez (2017, p. 179) afegixen que la interpretació de les dades «és una responsabilitat professional ineludible [...] així com la base teòrica i empírica que el sustenta és un assumpte estrictament professional».

Pel que fa a la realització del diagnòstic, Greenwood (1955, p. 25) descriu un procés en què el professional «examina la situació problemàtica. Sobre la base de la seva avaluació, prescriu una forma de solució. Després empen la seva solució, que restableix l'equilibri».

Es precís destacar que De Robertis (2017) reivindica la funció del diagnòstic social, o de l'avaluació diagnòstica, com a competència específica dels professionals del treball social.

El procés i el contingut del diagnòstic han d'ajustar-se als principis de la professió (Consejo General del Trabajo Social, 2012), entre els quals destaquem els següents principis generals per la seva relació més directa amb el diagnòstic:

- Respecte actiu a la persona, al grup o a la comunitat com a centre de tota intervenció professional.
- Acceptació de la persona com a tal, incloent-hi les singularitats i diferències.
- Superació de categoritzacions derivades d'esquemes prefixats.
- Absència de judicis de valor sobre la persona i sobre els seus recursos, motivacions i necessitats.
- Individualització expressada en la necessitat d'adequar la intervenció professional a les particularitats específiques de cada persona, grup o comunitat.
- Personalització, que exigeix reconèixer el valor del destinatari no com a objecte, sinó com a subjecte actiu en el procés d'intervenció amb la intencionalitat de drets i deures.
- Promoció integral de la persona, considerada com un tot: des de les seves capacitats potencials fins als múltiples factors interns i externs circumstancials. Suposa superar visions parcials, unilaterals, a més d'integrar la intervenció per mitjà de la interprofessionalitat.
- Igualtat d'oportunitats, de drets, d'equitat i de participació des de la convicció que cada persona té capacitats per tenir més qualitat de vida.
- Autodeterminació com a expressió de la llibertat de la persona i, per tant, de la responsabilitat de les seves accions i decisions.
- Responsabilitat i corresponsabilitat amb la persona usuària, amb tots els subjectes que participen en la intervenció professional i amb les institucions.
- Coherència professional (coneixement i respecte envers el projecte i la normativa de la institució on treballa).

- Integritat, que exigeix no abusar de la relació de confiança amb la persona usuària, reconèixer els límits entre la vida personal i professional i no aprofitar-se de la posició per obtenir beneficis o guanys personals.

Així mateix, entre els drets i deures dels treballadors i treballadores socials que recull el codi deontològic (Consejo General del Trabajo Social, 2012) en relació amb la persona usuària destaquem els següents:

- Actuen des dels principis del dret a la intimitat, a la confidencialitat i a l'ús responsable de la informació en el seu treball professional (art. 11).
- Tenen la responsabilitat d'exercitar la seva professió a fi d'identificar i desenvolupar les potencialitats i fortaleces de persones, grups i comunitats per promoure'n l'apoderament (art. 12).
- Des del respecte a les diferències, proporcionen la millor atenció possible a tots aquells que sol·licitin la seva intervenció professional segons la identitat de cadascú sense discriminacions per raó de gènere, edat, capacitat, color, classe social, ètnia, religió, llengua, creences polítiques, orientació sexual o qualsevol altra diferència (art. 13).
- Treballen en estreta col·laboració amb la persona usuària, en motiven la participació i presten el degut respecte als seus interessos i als de les altres persones involucrades (art. 14).
- En promoure el compromís i la implicació de les persones usuàries, afavoreixen que aquestes es responsabilitzin en la presa de decisions i accions que puguin afectar la seva vida, sempre que no vulnerin drets i interessos legítims de tercers. Faran el menor ús possible de mesures legals coercitives, i només les han d'adoptar en favor d'una de les parts implicades en un conflicte, després d'una avaluació acurada dels arguments de cadascuna de les parts (art. 15).

Pel que fa a Catalunya, l'únic territori de l'Estat espanyol amb un codi deontològic del treball social propi —diferent de l'estatal—, el capítol primer del codi vigent (Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2000) assenyalava els principis que han de guiar l'actuació professional. En destaquem els següents:

- **Dignitat de la persona.** Tot ésser humà té un valor, independentment del seu origen, edat, sexe, creences i del lloc que ocupa en la societat en què viu, i és mereixedor de l'ajut professional específic.
- **Acceptació i no-discriminació.** El treballador o la treballadora social, en l'activitat professional, ofereix el seu treball al servei de les persones,

els grups o les comunitats i els accepta tal com són, sense que això vulgui dir acceptar tota mena de conductes.

- **Autodeterminació.** Tot ésser humà té dret a prendre les seves decisions i que aquestes li siguin respectades mentre no interfereixi en els drets dels altres. Per tant, el treballador o la treballadora social, en la tasca professional, informa les persones usuàries i clientes de les possibilitats i dels límits de la seva intervenció, dels objectius, de les seves conseqüències i dels recursos disponibles.
- **Intimitat de la persona i confidencialitat.** Tot ésser humà té dret a la pròpia intimitat i que el treballador o la treballadora social faci un ús responsable de la informació obtinguda en l'activitat que porta a terme. El professional té el deure de guardar secret de totes les matèries i dades que conegui de la persona usuària i que hagi de demanar per a la seva activitat professional.
- **Participació de les persones amb les quals treballa.**
- **Responsabilitat i competència.** Té el deure de posar els coneixements i la competència professional al servei del treball que li ha estat encomanat i d'utilitzar, de manera justa i sense fer privilegis, els recursos que li ofereix la societat.

Pel que fa als deures del professional respecte a les persones usuàries (capítol tercer) i la institució en què treballa (capítol quart), destaquem els que hi ha tot seguit per la seva relació amb la tasca de diagnòstic:

#### *Deures respecte a les persones usuàries*

- Les persones usuàries i clientes han de ser ateses amb interès, dedicació, equanimitat i honestat professionals, tot respectant-ne les diferències individuals o grupals. En tot cas, s'ha de donar prioritat a les situacions més greus i urgents.
- Informar les persones usuàries i clientes de les característiques del servei i dels recursos disponibles, així com dels drets i les obligacions que comporta l'ús que en fan.
- El treball professional és per al servei de la persona. El treballador o la treballadora social ha de consensuar l'actuació amb l'usuari o client. També l'ha d'informar del resultat previsible de la seva intervenció.
- El secret professional és un valor i una garantia per a la professió, així com un dret i un deure dels diplomats i diplomades en treball social.

#### *Deures respecte a la institució en què treballa*

- Conèixer els objectius i la filosofia de l'entitat en què treballa i respectar-los, sempre que no vagin en contra dels principis bàsics de la profes-

sió ni lesionin els interessos del treballador o la treballadora social com a persona assalariada.

- Treballar per la política social de l'entitat, a fi d'afavorir l'eficàcia dels serveis en benefici de les persones usuàries i clients.
- La persona usuària té dret a conèixer la part de la documentació corresponent a la seva història. El professional ha de tenir en compte els límits i les obligacions del secret professional.
- Informar els responsables o la direcció de l'entitat respecte de les seves tasques, dins dels límits compatibles amb el secret professional i els principis de la professió. No pot revelar tot allò que hagi obtingut confidencialment.
- La documentació de treball és confidencial i se'n limita l'ús per i per a l'objectiu professional corresponent.
- Establir un ordre de prioritats amb criteris objectius, en funció de les necessitats detectades en la realitat social.





## 4. La participació en el diagnòstic social: el codiagnòstic

De l'anàlisi de l'encàrrec normatiu i de l'encàrrec professional es desprèn que la participació de les persones en els processos d'intervenció dels serveis socials és un dret que reconeix la legislació a les persones usuàries i també és un deure professional promoció-la i garantir-la.

A Espanya hi ha referències bibliogràfiques escasses sobre l'opinió o l'experiència que tenen les persones que utilitzen els serveis socials sobre el diagnòstic. Tampoc s'han trobat experiències publicades de participació de les persones usuàries en el diagnòstic. Només els treballs de Giménez-Bertomeu, Doménech-López, Lillo-Beneyto i Lorenzo-García (2012), Giménez-Bertomeu i Doménech-López (2012) i Doménech-López i Giménez-Bertomeu (2012, 2015) s'apropen de manera general a la visió, les expectatives i els desitjos que tenen les persones usuàries dels serveis socials sobre aquestes qüestions, però no se centren en el diagnòstic en particular, sinó en els serveis i l'activitat dels seus professionals en general.

En l'àmbit internacional, la producció bibliogràfica al voltant de la participació en el diagnòstic de les persones que utilitzen els serveis tampoc és gaire abundant, però sí que hi ha alguns treballs publicats, fonamentalment en l'àmbit anglosaxó (el Regne Unit n'és el capdavanter). Entre aquests estudis destaquem els de Crisp, Anderson, Orme i Lister (2005) i de Whittington (2007) sobre el diagnòstic o valoració en treball social elaborats per al Social Care Institute for Excellence (SCIE). Aquests treballs documenten, de manera expressa, aportacions sobre el diagnòstic fetes per les persones usuàries dels serveis, pels seus cuidadors i per les seves organitzacions, a més d'una anàlisi de les principals modalitats de participació en el diagnòstic desenvolupades en diferents experiències britàniques.

En primer lloc assenyalen que la participació de les persones usuàries constitueix un desafiament per a la pràctica contemporània del treball social. La tendència a considerar la participació en tot el procés d'intervenció està vinculada, també, a l'aparició de models de pràctica basats en solucions i en fortaleces (Parton i O'Byrne, 2000). Aquests models qüestionen enfocaments que emfatitzen l'avaluació de problemes i debilitats i busquen aprofitar els coneixements, les habilitats i els èxits passats de l'usuari del

servei. Així mateix, ha contribuït al coneixement creixent sobre els factors que ajuden a fer que funcioni la implicació de les persones usuàries (Beresford i Branfield, 2006), entre els quals destaca com a factor central que el coneixement dels usuaris ha de ser considerat seriosament pels professionals i pels responsables polítics.

En segon lloc, pel que fa a l'opinió i a les perspectives de les persones usuàries i dels seus cuidadors sobre l'experiència en el diagnòstic, constaten que hi ha escassos textos que proporcionin un *feedback* directe. Les poques fonts existents indiquen que les persones usuàries esperen el següent dels treballadors i treballadores socials quan fan el diagnòstic:

- Que facin diagnòstics creatius.
- Que revisin totes les opcions abans de decidir sobre un pla.
- Que considerin opcions alternatives quan els serveis necessaris no estan disponibles.
- Que n'involucrin d'altres en tot el procés.
- Que siguin honestos sobre les opcions i les limitacions.
- Que avaluin el risc i donin suport a l'assumpció de riscos que sigui apropiada.
- Que pressionin en nom d'altres (*lobby*).
- Que posin en dubte la pròpia organització en nom d'altres.
- Que qüestionin la injustícia i la manca d'accés als serveis.
- Que proporcionin una defensa independent (*advocacy*).
- Que ajudin altres persones a representar-se a si mateixes.

Les seves recomanacions per a un bon diagnòstic són aquestes:

- Els professionals del treball social han d'aclarir els objectius, la naturalesa i el significat del procés de diagnòstic.
- Els professionals del treball social han d'utilitzar un llenguatge senzill i evitar l'argot professional.
- Les persones usuàries han de tenir el dret a un diagnòstic complet. Hi hauria d'haver un accés total i fàcil al diagnòstic per a tothom.
- Els professionals del treball social han d'estar ben preparats; han de conèixer la cultura o les característiques generals del grup, de la comunitat o de l'individu abans del diagnòstic.
- Els professionals del treball social han de ser honestos (i precisos) en els diagnòstics que facin.
- Els professionals del treball social han de parlar de manera independent amb les persones usuàries dels serveis i amb els cuidadors.

- Els professionals del treball social han de dur a terme els registres per al diagnòstic conjuntament amb les persones usuàries dels serveis i els seus cuidadors.
- Els professionals del treball social han d'arribar a acords perquè els intèrprets entrenats i els defensors independents formin part del procés de diagnòstic.
- Els professionals del treball social no han de tenir baixes expectatives de les persones amb les quals treballen.
- Els professionals del treball social han de disposar del temps suficient per construir una relació de confiança i seguretat amb les persones usuàries i per comprendre la cultura i les característiques dels grups als quals pertanyen.
- El diagnòstic és holístic quan inclou informació de les persones quan aquestes tenen problemes i quan no en tenen.

En tercer lloc, la literatura assenyalava que, tot i reconèixer la importància de les opinions dels usuaris dels serveis i dels cuidadors, hi ha algunes limitacions de participació: d'una banda, l'obligació de molts treballadors socials, sobretot els del sector públic, d'emetre judicis professionals sobre la cura i el control; de l'altra, en alguns diagnòstics no es pot sostenir un enfocament col·laboratiu si hi ha sospites de dany o maltractament o risc d'això per a l'usuari, el cuidador o terceres persones. Aquestes pressions poden restringir l'abast de la participació de les persones usuàries del servei.

Finalment, pel que fa a l'anàlisi d'experiències de participació en el diagnòstic, Whittington (2007, p. 47-52) identifica cinc *models* diferents de diagnòstic en funció de la intensitat i l'abast de la participació de les persones usuàries en cada cas. La taula 3 els descriu detalladament.

Al nostre parer, cal que els serveis socials bàsics reflexionin sobre el seu punt de partida quant a la participació real de les persones usuàries dels serveis en el diagnòstic, és a dir, sobre quin és el seu grau de participació actual. A més, haurien d'assenyalar el punt o els punts als quals és possible o desitjable arribar, és a dir, els models de diagnòstic amb participació de les persones que utilitzen els serveis que es poden i es volen desenvolupar per incorporar i garantir que es té en compte el seu punt de vista en els processos d'intervenció dels serveis socials. Parlem de models en plural, perquè, com hem vist, poden coexistir diferents graus de participació en funció del mandat institucional de cada unitat o servei i de les seves limitacions pel que fa a aquesta participació, ja que l'activitat professional en els serveis socials sovint s'ha de situar en contextos que són, simultàniament, de control i d'ajuda.

**Taula 3. Models de diagnòstic segons el grau de participació de la persona usuària**

<b>Model de valoració diagnòstica</b>	<b>Descripció</b>	<b>Qui defineix el procés</b>	<b>Qui defineix els criteris</b>
1 Totalment orientat per un professional o una organització	Diagnòstic en què una organització o els professionals controlen el procés, els criteris i el desenvolupament de l'activitat.	Organització Professionals	Organització Professionals
2 Parcialment orientat per l'usuari	Autoavaluació de l'usuari/ cuidador aplicant processos i criteris que han estat definits per organitzacions i professionals.	Organització Professionals	Organització Professionals
3 Parcialment dirigit per l'usuari	Els usuaris i cuidadors han definit el procés i els criteris mitjançant la representació i la consulta prèvies, però els professionals duen a terme el diagnòstic.	Usuari/ cuidador	Usuari/ cuidador
4 Delegat  Totalment dirigit per l'usuari	Els usuaris o cuidadors han definit el procés i els criteris mitjançant la representació i la consulta prèvies i ara un usuari o cuidador es responsabilitza de fer l'autodiagnòstic.	Usuari/ cuidador	Usuari/ cuidador
5 Col·laboratiu compartit	Ocupa un punt mitjà entre les quatre polaritats, combinant definició i realització del diagnòstic per professional i usuari/cuidador.	Organització Professionals Usuari/ cuidador	Organització Professionals Usuari/ cuidador

Model de valoració diagnòstica	Qui realitza el diagnòstic	Comentari
1 Totalment orientat per un professional o una organització	Professionals	Mínima implicació de l'usuari o cuidador.  Normalment defensat pel TS només en casos de risc per a l'usuari del servei, el cuidador o el públic.
2 Parcialment orientat per l'usuari	Usuari/cuidador	Delega la realització del diagnòstic, però l'organització o el professional manté el control d'altres aspectes.
3 Parcialment dirigit per l'usuari	Professionals	És el model invers al model 2.
4 Delegat  Totalment dirigit per l'usuari	Usuari/cuidador	És el model invers al <i>professionalment controlat</i> (1) i podria anomenar-se <i>controlat per usuari/cuidador</i> , excepte que quan hi ha serveis públics implicats la «delegació» permet a l'entitat pública complir les seves obligacions d'atenció, equitat i responsabilitat.
5 Col·laboratiu compartit	Organització Professionals Usuari/cuidador	Els altres quatre models caracteritzen els pols extrems de les dues dimensions. Aquest model representa una participació simètrica de l'usuari/cuidador i de l'organització/professional. És un model de diagnòstic d'«intercanvi simètric».

Font: Adaptat de Whittington (2007, p. 51 i 52)



## **Instrumentes estandarditzats i diagnòstic social**





## 5. Diagnòstic social i classificacions

La necessitat d'un sistema de classificació en treball social va ser reconeguda el 1917 per Mary Richmond, pionera d'aquesta disciplina en el context nord-americà. Així doncs, el treball social, des dels inicis de la professió, ha fet esforços per elaborar sistemes de classificació diagnòstica, tot i que se sent incòmode a l'hora d'etiquetar els comportaments socials i reduir la complexitat de les relacions socials a categories tancades (Corcoran i Walsh, 2010, 2016). Encara que el treball social sorgeix com a professió a principis del segle xx, ha destinat més temps a desenvolupar un sistema estandaritzat de classificació i diagnòstic.

Des d'una òptica psicosocial, la professió considera que les persones es troben en un procés transaccional continu que facilita o bloqueja la capacitat d'experimentar un funcionament social satisfactori. La qualitat de les formes de vida social està influenciada per circumstàncies biològiques, psicològiques i socials.

Una de les dificultats fonamentals en el procés d'establir un diagnòstic sempre ha estat la inexistència d'una sistematització adequada del procés diagnòstic i d'una nosografia general de les situacions socials.

Pel que fa a les eines diagnòstiques i d'avaluació, hi ha hagut iniciatives generals i sectorials per construir instruments que facilitin tant el diagnòstic com la presa de decisions. Així, tant en l'àmbit estatal com en l'inter-nacional, s'han fet propostes diverses per construir eines diagnòstiques a partir de categoritzacions, de tipologies o d'una constel·lació d'indicadors i variables que permetin arribar a una interpretació de les necessitats de les persones ateses pel treball social. Un instrument consensuat i utilitzat pels diferents treballadors i treballadores socials possibilitaria un avenç tant del coneixement continuat de la disciplina com de la pràctica. Greenwood (1955) precisa la idea que qualsevol pràctica avançada ha de tenir a la seva disposició una tipologia de procediments i d'esquemes de classificació diagnòstica que emmarquin la intervenció o tractament.

En general, les propostes identifiquen una sèrie de dimensions imprescindibles que defineixen un model diagnòstic. El model hauria d'incloure el següent: els factors de risc i els de protecció (també anomenats *fortaleses*); la definició dels recursos de què es disposen; els punts de vista de les persones interessades sobre la valoració efectuada, i una prescripció d'un

pla d'intervenció en el qual s'identifiquin els objectius de canvi o millora de manera progressiva.

Quant a la nosografia de les situacions socials més freqüents, Adams, Dominelli i Payne (2002) i Turner (2005) n'han fet bons reculls, però la complexitat de les situacions que aborda el treball social i la importància de l'entorn dificulten l'extrapolació d'aquestes classificacions.

Sense ànim d'exhaustivitat, descrivim breument algunes classificacions diagnòstiques elaborades en diferents àmbits i en diferents moments de la pràctica del treball social:

- Perlman (1968) estableix tres dimensions: la primera engloba les mancances materials i les deficiències pel que fa a capacitats que limiten el desenvolupament del rol social; la segona recull els problemes psicològics o trastorns mentals, i la tercera recull les discrepàncies que hi ha entre els diferents rols que desenvolupen les persones.
- Reid i Shyne (1969), a partir del model de la pràctica centrada en problemes, treballen sota una taxonomia de problemes: els derivats dels conflictes interpersonals, els que es desprenen de la insatisfacció generada en les relacions personals, aquells que es produeixen en les relacions establertes amb les organitzacions formals, els que s'expressen en dificultats amb l'exercici dels rols socials, els de decisió, els que tenen a veure amb els malestars reactius i, finalment, el conjunt de problemes vinculats a la inexistència o a la no-adequació de recursos.
- En l'àmbit hospitalari, Coulton, Foster i Paschall (1979) defineixen vint-i-set categories relacionades amb el funcionament de les persones usuàries. En destaquen el funcionament familiar en relació amb la malaltia dels pacients i les necessitats ambientals.
- Germain i Gitterman (1980) identifiquen tres categories fonamentals basades en diferents necessitats socials: les transicions vitals que impliquen canvis de rol; l'absència de respostes de l'entorn social, i les dificultats de comunicació i de relació familiar i en altres grups primaris.
- Northen (1987, p. 14) se situa en l'òptica del treball social clínic i proposa aquesta classificació de necessitats socials: economia i recursos insuficients; coneixement i experiència insuficients; reaccions davant l'estrès; malaltia o incapacitat; pèrdua de relacions; relacions socials insatisfactòries; conflictes interpersonals; conflictes culturals; conflictes amb les organitzacions, i conflictes en el funcionament grupal o familiar.
- Derezotes (1999) formula un altre sistema de classificació identificat en el model de treball social clínic i des d'una perspectiva ecològica. Marca cinc nivells del desenvolupament humà (físic, afectiu, cognitiu, espiritu-

al i psicosocial) i els interrelaciona amb set factors: biogenètica, família, cultura, ambient, recursos i oportunitats, autocura i indicadors de salut.

La taula 4 recull, sense ànim d'exhaustivitat i de manera resumida, algunes de les classificacions esmentades per a la construcció d'eines diagnòstiques.

**Taula 4. Propostes de classificació diagnòstica**

Classificació	Característiques	Àmbit/model
<b>Perlman</b>	Tres dimensions: <b>1)</b> mancances materials i de desenvolupament del rol social; <b>2)</b> problemes psicològics o trastorns mentals; <b>3)</b> discrepàncies de rol.	<i>Casework</i>
<b>Reid i Shyne</b>	Taxonomia de problemes: <b>1)</b> derivats de conflictes interpersonals; <b>2)</b> derivats d'insatisfacció de les relacions personals; <b>3)</b> generats en les relacions amb les organitzacions; <b>4)</b> per exercir els rols socials; <b>5)</b> derivats de la inexistència o inadequació de recursos.	Pràctica centrada en problemes
<b>Coulton et al.</b>	Vint-i-set categories de funcionament personal, familiar i ambiental.	Hospitalari
<b>Germain i Gitterman</b>	Tres categories de necessitats socials: <b>1)</b> transicions vitals; <b>2)</b> absència de resposta de l'entorn; <b>3)</b> dificultats en les relacions familiars i de grup.	De cicle de vida
<b>Northen</b>	Classificació de necessitats socials: <b>1)</b> economia i recursos insuficients; <b>2)</b> coneixement i experiència insuficients; <b>3)</b> reaccions davant l'estrès; <b>4)</b> malaltia o incapacitat; <b>5)</b> pèrdua de relacions; <b>6)</b> relacions socials insatisfactòries; <b>7)</b> conflictes interpersonals; <b>8)</b> conflictes culturals; <b>9)</b> conflictes amb les organitzacions; <b>10)</b> conflictes en el funcionament grupal o familiar.	Treball social clínic
<b>Derezotes</b>	Interrelaciona nivells del desenvolupament humà (físic, afectiu, cognitiu, espiritual i psicosocial) amb set factors (biogenètica, família, cultura, ambient, recursos i oportunitats, autocura i indicadors de salut).	Treball social clínic/ecològic

Font: elaboració pròpia

En el nostre context, la primera proposta publicada de sistematització del diagnòstic social des del treball social va ser la de Martín, Miranda i Vegas (1996), actualitzada posteriorment (Martín, 2004). Una altra de les primeres propostes de valoració diagnòstica des del treball social fou l'escala general de categories diagnòstiques proposada per Conde (1998). Es basa en la identificació prèvia de les situacions en què intervé el treballador social (discapacitats, drogodependències, infància i adolescència, reclusió penitenciària...). En aquesta línia, estableix tres categories generals amb diferents subcategories: a) la situació d'insatisfacció de necessitats reuneix les condicions de manca d'instruments o serveis protectors de les adversitats, b) la situació de dependència social i c) la situació de risc social.

Pel que fa als serveis socials, als anys noranta del segle passat el ministeri competent en aquesta matèria, junt amb l'assessorament del Consell General de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials, va desenvolupar la fitxa social. Amb aquesta eina, base de l'actual Sistema d'informació d'usuaris de serveis socials (SIUSS),<sup>7</sup> se sistematitzen les dades sociofamiliars i de l'hàbitat de les persones usuàries dels serveis socials i, també, les principals dades de la intervenció social (demandes, valoracions professionals de cada situació de necessitat, recursos idonis i recursos aplicats) mitjançant una codificació prèvia. Tot i que el seu grau de desplegament i d'implantació al territori estatal ha estat desigual, constitueix el primer intent de sistematitzar la informació en els serveis socials.

Al nostre país, l'interès per treballar amb indicadors diagnòstics en diferents àmbits, i també en els serveis socials, es constata a partir dels esforços fets per construir instruments que ajudin a desenvolupar aquesta tasca professional. En aquesta línia, hi ha nombroses propostes: moltes són formulades des del treball social, algunes són genèriques, i d'altres, específiques:

- Àmbit del diagnòstic social en els serveis socials: el treball desenvolupat pel Govern basc (Departament de Justícia, Treball i Seguretat Social, 2006 i 2009).
- Àmbit del diagnòstic *micro* de l'exclusió social: la proposta d'indicadors de l'exclusió de Raya (2006, 2007 i 2010), els instruments desenvolupats pel Govern basc (2013)<sup>8</sup> o l'eina estandarditzada de diagnòstic elabora-

7. Podeu consultar el Sistema d'informació d'usuaris dels serveis socials (SIUSS) del Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social a <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/Siuss/home.htm>.

8. Podeu consultar els instruments comuns de diagnòstic social i valoració de l'exclusió social del Govern basc a <http://www.euskadi.eus/instrumentos-comunes-diagnostico-social-valoracion-exclusion/web01-a2gizar/es/>.

da per utilitzar en els serveis socials (Giménez Bertomeu, Doménech i Mateo, 2016).

- Àmbit de l'atenció a famílies i menors: l'instrument Balora<sup>9</sup> per al País Basc (2011 i 2017) o el treball de Garrido i Grimaldi (2012) per a Andalusia.
- Àmbit de les persones grans: l'escala de valoració sociofamiliar, també coneguda com a *escala de Gijón* (Díaz Palacios, Domínguez i Toyos, 1993, 1994; García González *et al.*, 1999; Guinovart, Garriga i Rufi, 2011), l'escala VATAD (Aretio i Sedano, 2003) o l'instrument IDIS per al diagnòstic social en centres geriàtrics (Cury, 2009; Cury *et al.*, 2017a, 2017b).
- Àmbit de la dependència: la proposta del Consell General del Treball Social (Brezmes, 2007) o la de Taboada *et al.* (2014) per a Galícia.
- Àmbit sanitari: la classificació diagnòstica pel treball social sanitari TADISO 2014 (Institut Català de la Salut, 2014).

En resum, el diagnòstic social és una eina fonamental per al treballador o la treballadora social i, al mateix temps, és un dret per al ciutadà que utilitza els serveis socials. Els intents de construir una classificació que reculli els elements/símptomes que ofereixen un diagnòstic, amb relacions de causa-efecte per analogia amb la pràctica mèdica, han fracassat per la variabilitat, la complexitat i la manca de predictibilitat d'aquesta interacció entre la persona i el seu entorn social. Altres propostes basades en l'avaluació d'indicadors en relació amb les necessitats tingudes en compte van sorgint i es van aplicant en sectors o en formats més generals. El temps permetrà avaluar la potència real d'aquestes iniciatives i la capacitat que tenen per generar dades que ens permetin comprendre millor els fenòmens. En qualsevol cas, a l'avaluació de la utilitat d'aquestes eines diagnòstiques caldrà afegir l'avaluació de les respostes que oferim en cadascun d'aquests diagnòstics.

Ningú no dubta de la importància d'establir un diagnòstic acurat, de la millora dels registres que implica un sistema informatitzat (ja que la realització del diagnòstic social està directament relacionada amb les possibilitats i els condicionants dels sistemes d'informació i de tractament de les dades), ni dels avantatges per millorar la qualitat d'un servei que poden proporcionar aquestes eines. Fantova (2017, p. 17), respecte a l'ús d'eines diagnòstiques, assenyala les oportunitats de millora següents:

- L'aplicació, de manera prudent, dels instruments en funció del context, sobretot en aquells casos en què es decideix no atendre una persona.

9. Podeu consultar l'instrument Balora del Govern basc a <http://www.euskadi.eus/valoracion-situaciones-riesgo/web01-a2gizar/es/>.

- L'ús i el perfeccionament dels instruments perquè permetin comprendre i abordar millor les necessitats i les situacions, especialment en l'atenció primària.
- La diferenciació entre el diagnòstic, a efectes d'intervenció, i la valoració, a efectes de reconeixement d'un dret o assignació de la responsabilitat d'atenció a una estructura administrativa.
- La dinamització de la comunitat o comunitats de coneixement en els processos de fonamentació, elaboració, avaluació i millora dels instruments.

Ara bé, cal mantenir una posició crítica si no es vol que el treball social actuï exclusivament en una via de treball orientada a la solució de problemes com a distribuïdor de recursos de l'estat del benestar. També cal mantenir els objectius d'apoderar les persones més vulnerables perquè tinguin les eines per desenvolupar plenament les seves vides i promoure una societat més justa, objectiu fundacional del treball social. Payne (2016), citat a Ashcroft, Van Katwyk i Hogarth (2017), defineix tres tipologies del treball social: la solució de problemes, l'apoderament i el canvi social. Totes tres vies, que són en la pràctica del treball social, sovint es relacionen amb les polítiques al poder. La pràctica exclusivament orientada a la solució de problemes es relaciona amb polítiques liberals o neoliberals que intenten mantenir l'autonomia de les persones en una societat de mercat, mentre que l'apoderament i el canvi social reflecteixen orientacions polítiques més inclinades a l'esquerra. Una visió holística del treball social reclama l'ús de totes aquestes opcions.

Finalment, en consonància amb Mata (2017), cal destacar que hi ha diferents veus que proposen continuar treballant al voltant de les valoracions de les necessitats socials i la millora de les eines diagnòstiques, que algunes de les que s'han descrit resulten massa rígides i, com a remarcable, que no incorporen les autovaloracions dels subjectes sobre les seves potencialitats i carències.

## 6. Diagnòstic social i instruments estandarditzats

Giménez Bertomeu (2014) assenyalava que els professionals de la intervenció social sovint necessiten i utilitzen instruments de mesurament per valorar necessitats, per prendre decisions, per avaluar el grau d'ideïtat de polítiques i serveis socials, per avaluar l'acompliment professional, per avaluar els canvis en el problema objecte d'intervenció o per conèixer si s'han aconseguit els objectius previstos en la intervenció. Aquests instruments poden ser diversos i comprenen, entre d'altres, observacions sistemàtiques i no sistemàtiques, dades secundàries disponibles (informes, historial social, registres, etc.), instruments individualitzats d'autovaloració o d'heteroavaluació i instruments estandarditzats.

En l'àmbit específic dels serveis socials cal destacar, també, que el creixent desenvolupament dels seus dispositius d'atenció condueix, d'una manera inevitable, a l'estandardització de determinades accions, sobretot quan afecten un nombre considerable de persones i és necessari garantir una igualtat de tracte formal (Aguilar-Hendrikson, Llobet i Pérez Eransus, 2012).

Corcoran (2001, p. 1943) assenyalava que l'exercici del treball social requereix instruments de mesura psicomètricament adequats, no tan sols necessaris en l'àmbit de la recerca, sinó també en la resta dels terrenys de la pràctica professional. Sovint, el mesurament és definit com el procés d'assignar etiquetes a certes característiques de quelcom d'acord amb un conjunt de normes. Els objectes de mesurament poden ser persones (especialment pensaments, sentiments, accions o situacions), objectes o fets. El tipus d'etiqueta més comuna correspon als nombres, i les normes fan referència als passos d'assignació d'etiquetes d'una manera explícita i consistent (Bloom, Fisher i Orme, 2009).

Els instruments estandarditzats faciliten una forma estructurada d'aproximació al coneixement del fenomen d'interès del treball social, en alguns casos preferible a una aproximació oberta (Giménez Bertomeu, 2014). En definitiva, s'emmarquen en les característiques de qualsevol procés de recollida d'informació sobre la realitat, que, més tard o més d'hora, ha de ser enfocat i limitat als aspectes de la realitat o fenomen que són competència del professional o del seu interès.

Aquests instruments estandarditzats de mesurament tenen procediments uniformes d'administració i puntuació, i contenen una sèrie d'afirmacions o preguntes estructurades dissenyades per obtenir informació d'una situació o fenomen (Corcoran i Fischer, 2013). Com a instruments de mesurament, en general impliquen «l'assignació (sistemàtica) d'un sistema de nombres als atributs d'algunes variables» (Corcoran, 2001, p. 1943) i proporcionen una puntuació numèrica per estimar una situació o fenomen a partir d'aquests atributs, en termes de la seva intensitat o magnitud, freqüència o durada.

Segons Corcoran (2008), són dissenyats per estimar quantitativament alguna cosa (comportaments, pensaments, sentiments, interaccions, etc.), que, en la pràctica, generalment són variables latents o no directament observables que s'infereixen a partir de dades que defineixen operativament allò directament observable.

Els instruments estandarditzats de mesurament han format part de la pràctica del treball social des del seu inici (Corcoran, 2008). La noció de *caritat científica*, característica de la Charity Organization Society (COS) al final del segle XIX, expressa la necessitat de disposar de dades objectives i exactes, èmfasi reforçada per Mary Richmond, segons la qual «sense recerca social no és possible realitzar treball social» (Acerro, 1988, p. 35). L'ús creixent d'aquest tipus d'instruments respon a les exigències de rendició de comptes i de responsabilitat respecte al treball amb persones fet pels professionals, a la introducció d'intervencions en la conducta i a la necessitat d'objectivar i demostrar l'eficàcia de les intervencions (Vonk, Tripodi i Epstein, 2007; Corcoran, 2008; Corcoran i Fischer, 2013). A això, hi afegiríem la necessitat de garantir l'objectivitat de la valoració (a igual situació, igual valoració) i l'equitat de les respostes (a igual valoració, igual resposta).

No obstant això, com destaca Corcoran (2001), l'ús d'instruments estandarditzats de mesurament ha de ser posat en el context d'una bona pràctica professional, siguin quin sigui l'àmbit d'intervenció, ja que la puntuació obtinguda amb un instrument estandarditzat no és més que un nombre i mai pot substituir un bon judici professional, sinó complementar-lo. És a dir, un treballador o una treballadora social prudent no hauria de basar la seva valoració només en la puntuació obtinguda amb un instrument estandarditzat de mesurament si aquesta és contrària al seu criteri professional.

A Espanya, el desenvolupament i l'ús d'instruments estandarditzats és més escàs i menys habitual que en el context nord-americà. Amb tot, es constata el desenvolupament incipient d'iniciatives de disseny i validació d'aquests instruments generades des del treball social o per al treball social,



no solament en l'àmbit de la pràctica directa d'orientació més clínica, sinó també en el de l'avaluació de serveis i programes, o en el de la revisió de la pràctica professional. Aquest desenvolupament contribueix, sens dubte, a reforçar la dimensió investigadora del treball social, a incrementar-ne la base de coneixement i a fonamentar-ne la pràctica a partir de les evidències procedents de la recerca.

A continuació (taula 5) identifiquem les característiques principals que han de reunir els instruments estandarditzats.

**Taula 5. Característiques principals dels instruments estandarditzats genèrics i específics**

	<b>Instruments genèrics</b>	<b>Instruments específics</b>
<b>Abast</b>	Naturalesa incloent: ampli espectre de característiques, factors o atributs.	Naturalesa excloent: preveu una característica, un factor o un atribut específic.
<b>Persones destinatàries</b>	Són dissenyats per ser aplicats a diferents poblacions.	Són dissenyats per a poblacions específiques (gent gran, infants, persones amb malalties mentals, etc.).
<b>Resultat</b>	Proporcionen un mesurament sumari o resum.	Proporcionen un mesurament específic.
<b>Limitacions</b>	El seu ampli abast pot fer que no es mesurin igual els diferents aspectes avaluats. Tornen una classificació genèrica, que no captura bé els extrems de molts problemes. Són poc sensibles per a detectar diferències en àrees específiques.	El seu abast reduït pot perdre la visió de conjunt de la situació. Tornen una classificació específica, sensible als extrems del problema. Són sensibles per detectar diferències en àrees específiques, però no permeten comparar resultats entre problemes.

Font: elaboració pròpia a partir de Kane (2000, p. 5 i 6)

## 6.1. Tipus d'instruments estandarditzats

Hi ha dos tipus fonamentals d'instruments estandarditzats de diagnòstic: els instruments genèrics i els específics (Corcoran i Fisher, 2013, p. 29-33; Kane, 2000, p. 5 i 6). Segons Kane (2000), com que tots dos tipus d'instruments estandarditzats es complementen, sovint són utilitzats combinats (l'un pot proporcionar informació que l'altre no preveu).

## 6.2. Usos principals dels instruments estandarditzats

Per a Vonk, Tripodi i Epstein (2007, p. 33 i 34) i Corcoran (2008, p. 1 i 2), els usos principals de les escales en treball social en l'àmbit de la pràctica són els següents:

- **El cribratge.** El cribratge, una variant del diagnòstic (Kane, 2000), no té la finalitat de categoritzar o classificar de manera definitiva, sinó de reduir l'àmbit de persones, necessitats o problemes que han de ser avaluats a fons. També pot ser utilitzat com a part del procés d'avaluació diagnòstica quan el diagnòstic definitiu o en profunditat és costós. En aquest cas, el cribratge pot ser emprat per discriminar les situacions que han de ser objecte d'aquest diagnòstic a fons. L'avaluació del risc pot ser una utilitat del cribratge i/o estar integrada a la identificació de problemes i elaboració del diagnòstic.
- **La identificació de problemes i l'elaboració de diagnòstics.** És l'ús tradicional més freqüent. Els instruments estandarditzats permeten al professional enfocar i reduir la informació procedent de les persones i de la seva situació en una descripció del cas amb un resum diagnòstic. El resultat d'aquest ús és que el professional redueix l'enfocament i el propòsit que han d'orientar la selecció de la intervenció més adequada.
- **L'establiment de la necessitat d'intervenció.** Es pot dur a terme de diverses maneres:
  - Comparar la puntuació individual amb les dades o criteris normatius de l'escala permet al professional utilitzar-la per establir la necessitat o no d'intervenció. Sovint, aquest és un prerrequisit per a l'accés a determinats serveis.
  - Comparar la puntuació individual amb la de les persones usuàries del servei permet al professional determinar el grau de semblança o de diferència respecte a aquestes. Li proporciona informació sobre si els serveis estan garantits per a totes les persones en la mateixa situació.
  - Comparar la puntuació individual amb la de la població general permet al professional evidenciar la necessitat de serveis, a partir de les diferències respecte a la mitjana o valor típic o de la incidència, i prevalença dels problemes.
- **El seguiment de la intervenció.** És un altre dels usos més comuns i consisteix a efectuar un control de les condicions de la persona usuària abans,

durant i després dels serveis (Bloom, Fischer i Orme, 2009) per conèixer l'evolució del problema o de la situació i dels objectius de la intervenció.

- **La identificació dels resultats significatius i l'avaluació de la intervenció.** És l'ús invers a la identificació de les necessitats d'intervenció. En aquest cas, els instruments i les escales són utilitzats per establir el grau de semblança de la puntuació individual respecte a la població general i el grau de diferència respecte a la població usuària d'un servei. En definitiva, es tracta d'un indicador dels resultats i eficàcia de la intervenció, mentre que la puntuació individual s'acosta al valor típic o mitjà de la població general.

En l'àmbit de la recerca, els instruments estandaritzats són emprats a partir de l'agregació dels seus resultats amb finalitats similars a les esmentades abans (Vonk, Tripodi i Epstein, 2007, p. 210 i 211), i els resultats d'aquesta agregació tenen utilitats, també, tant per a la pràctica directa (oferir informació per a la comparació, identificar els tipus d'intervencions amb majors taxes d'èxit o fracàs, etc.) com per a la pràctica indirecta (identifiquen característiques generals de les persones que utilitzen els programes o serveis i de les seves situacions o problemes, informen de les intervencions en curs i del nivell de resultats obtinguts, etc.).

### 6.3. Requisits dels instruments estandaritzats per emprar-los en el treball social

Vonk, Tripodi i Epstein (2007, p. 35-48) i Bloom *et al.* (2009, p. 176-184) formulen un conjunt d'elements, presentats des d'una òptica fàscica, que els professionals han de considerar per seleccionar els instruments estandaritzats disponibles. Aquests elements expressen el conjunt de preguntes que han de ser respostes per escollir un instrument determinat o per desenvolupar-lo. La majoria remetent als requisits o característiques que han de reunir les escales o instruments estandaritzats per emprar-los en el treball social, dels quals parlem a continuació.

Així doncs, els dos primers requisits de qualsevol instrument de mesurament són (Corcoran, 2001, p. 1943; Rubin i Babbie, 2011, p. 201; Corcoran i Fischer, 2013, p. 11):

- **La validesa.** És la propietat d'un instrument que «mesura el que realment pretén mesurar» (Latiesa, 1994, p. 341). N'hi ha de diferents tipus. La classificació més acceptada dels tipus de validesa en distingeix tres

(Latiesa, 1994, p. 344-348): la de contingut (grau en què els ítems d'una escala o test representen un univers temàtic determinat), la de criteri (grau en què els resultats d'una escala s'assemblen als obtinguts amb un altre instrument o criteri) i la de constructe (grau en què les mesures diferents d'un concepte proporcionen resultats semblants o en què el mesurament del concepte es diferencia d'altres conceptes).

- **La fiabilitat.** És la propietat de l'instrument que «produceix els mateixos resultats en diferents proves» (Latiesa, 1994, p. 341). Hi ha diferents mètodes per estimar la fiabilitat, segons si s'utilitzen com a indicadors els ítems de l'escala o els avaluadors: d'una banda, la fiabilitat com a estabilitat temporal (propietat de l'escala de produir els mateixos resultats en diferents aplicacions al llarg del temps), com a equivalència (propietat de l'escala de produir resultats semblants als d'altres versions alternatives de l'instrument) o com a consistència interna (propietat de l'escala de produir resultats consistents); d'altra banda, la fiabilitat com a acord entre avaluadors (propietat de l'escala de produir resultats semblants quan és aplicada per diferents avaluadors).

A més, un bon instrument de mesura per al treball social hauria de reunir, també, altres característiques o requisits pràctics, addicionals a la validesa i la fiabilitat. La importància d'algunes respecte de les altres depèn de l'objectiu del professional a l'hora de fer el mesurament i del tipus d'instrument de què es tracta.

D'acord amb Corcoran (2001, p. 1946), Bloom, Fischer i Orme (2009, p. 53-55 i 176-184), Rubin i Babbie (2011, p. 200 i 201), Corcoran i Fischer (2013, p. 19-21) i Taylor (2017, p. 87), la resta dels requisits o principis pràctics són els següents:

- **La utilitat.** És, probablement, la característica més important d'un instrument. Fa referència a l'avantatge pràctic que s'obté amb l'ús d'instruments de mesurament. En termes generals, una escala hauria de ser útil al professional per fer un diagnòstic, per planificar o millorar serveis o per avaluar serveis o intervencions.
- **La viabilitat.** Segons Corcoran i Fischer (2013), des d'un punt de vista pragmàtic un instrument que és útil orienta la pràctica professional i és relativament curt, fàcil d'aplicar i també fàcil d'interpretar.
- **L'accessibilitat.** Com expliciten Bloom, Fischer i Orme (2009, p. 54, 183 i 184), alguns instruments són difícils d'obtenir (tenen costos que no pot assumir el professional o la seva entitat, tenen drets d'autor i requereixen autorització expressa d'aquest per al seu ús, etc.) o d'utilitzar (qui els ha d'aplicar requereix una titulació específica o precisa formació específica per utilitzar-los).

- **La sensibilitat.** Fa referència al fet que l'instrument registri els canvis que s'han produït en el fenomen objecte de mesurament. Així doncs, si l'objectiu del professional és valorar els canvis produïts en el curs d'un procés d'intervenció, l'instrument emprat ha de ser sensible. Per avaluar la pràctica són necessaris instruments estables i sensibles als canvis, és a dir, que no registrin canvis si aquests no s'han donat i que en registrin si aquests s'han produït.
- **El mesurament directe.** Un bon instrument de mesura preferentment aprecia una variable directament (cognitiva, afectiva, comportamental o de l'entorn), abans que mesurar variables o fenòmens subjacents o ocults, ja que aquests últims, estimats amb mesures indirectes (com els tests projectius), solen tenir problemes de fiabilitat i validesa importants.
- **La pertinència/idoneïtat.** Fa referència al grau d'adequació de l'instrument a les capacitats i al nivell cognitiu, estat emocional, habilitats i destreses de les persones a les quals es dirigeix, atès que s'espera que sigui capaç de discriminar entre atributs diferents de la variable o fenomen objecte de mesurament. En paraules de Rubin i Babbie (2011, p. 200), l'instrument ha de poder ser utilitzat amb la població a la qual s'adreça.
- **L'acceptabilitat.** Fa referència a dues qüestions. La primera té a veure amb el fet que les categories i els descriptors emprats s'ajusten a les idees i al lèxic de la professió que l'ha d'utilitzar o a l'àmbit per al qual s'han dissenyat. La segona es refereix al fet que el contingut dels ítems d'un instrument no és ni massa sofisticat ni massa elemental, i que no ofèn la persona a la qual es dirigeix a causa del seu nivell o del que demostra. Si el contingut d'un instrument no és acceptable per a una persona usuària, potser no respondrà d'una manera veraç les preguntes o potser no en respondrà cap. I pocs avantatges per a la pràctica s'obtenen d'un instrument que no és respost o al qual no es respon amb veracitat.
- **La no-reactivitat.** Els instruments utilitzats no han de provocar canvis en el fenomen o situació que siguin conseqüència del mateix acte de mesurament. Si no n'hi ha o són inevitables, han de ser el més reduïts possible.

#### 6.4. Procediment de disseny i ús dels instruments estandarditzats

Quan es planifica un procediment de disseny i ús d'un instrument estandarditzat, a més de definir el tipus d'instrument de què es tracta (genèric o específic), cal tenir en compte i explicitar, com a mínim, l'objectiu que té, què avalua, quins són els destinataris, quan és el moment idoni per utilitzar

l'instrument en el procés d'intervenció i qui ha de fer-ne l'avaluació (Springer, Abell i Hudson, 2002a, 2002b).

#### **6.4.1. Per què cal avaluar?**

Consisteix a concretar l'objectiu o finalitat que té l'instrument:

- Cribratge o triatge de situacions
- Identificació de problemes i elaboració de diagnòstics
- Establiment de la necessitat d'intervenció
- Seguiment de la intervenció
- Identificació dels resultats significatius i avaluació de la intervenció
- Altres

#### **6.4.2. Què cal avaluar?**

La clau per garantir un bon diagnòstic, en qualsevol modalitat, és utilitzar un marc conceptual de referència que permeti identificar les característiques, els factors o els atributs que ens interessin. L'instrument ha d'identificar els factors de risc presents en una situació donada. Com hem vist, aquests factors poden ser positius (factors protectors), negatius (factors de risc determinants o potenciadors), estàtics i dinàmics.

Si tenim en compte l'ampli nombre de factors de risc esmentats que potencialment es poden trobar en les situacions socials, l'assumpte del diagnòstic estandarditzat no és senzill.

#### **6.4.3. A qui cal avaluar?**

En el marc del tipus d'instrument de què es tracti és necessari definir-hi, també, la població que pot ser avaluada. Aquesta selecció té a veure amb el tipus d'instrument (genèric o específic). A més, cal clarificar el següent:

- Si és un instrument que proporciona una visió de la situació de la persona o de la família (individual o familiar). Per això cal analitzar amb rigor l'eina, ja que, per exemple, no és congruent assenyalar que una eina ofereix un diagnòstic familiar si el seu contingut comprèn bàsicament indicadors individuals.
- Generalment, l'objecte d'avaluació ja delimita el perímetre de la població destinatària de l'instrument, aspecte molt comú en les eines específiques. Si no és així —i, per tant, s'adreça a qualsevol persona, amb

independència del grup d'edat a què pertany, com succeeix en el cas de molts instruments genèrics— són necessaris aclariments addicionals. Així doncs, d'una banda cal decidir si es pot utilitzar amb adults o amb població menor de l'edat legal, per les característiques particulars d'aquest segon grup. De l'altra, si l'instrument està dissenyat per ser aplicat a qualsevol adult, cal pensar si en aquest grup hi ha inclosa la gent gran, també per les seves particularitats segons els continguts mesurats per l'instrument.

#### **6.4.4. Amb què cal avaluar?**

Cal explicitar quina o quines fonts de dades i tècniques de recollida d'informació es recomanen, en funció de l'objectiu i l'abast de l'avaluació. Per exemple, si l'instrument té una funció de triatge, la informació més idònia serà l'obtinguda directament de la persona objecte de la valoració o d'altres persones amb informació significativa d'aquella mitjançant una entrevista personal. Si l'instrument està pensat per al diagnòstic, és recomanable que trianguli fonts i tècniques de recollida de dades, perquè la informació sigui el més completa possible.

#### **6.4.5. Quan cal avaluar?**

La majoria dels diagnòstics són portats a terme en resposta a un fet precipitant; per exemple, quan una persona o una família acudeix a un servei per demanar ajuda o accés a una prestació o servei. Altres diagnòstics són fets per descobrir problemes que no havien estat detectats, a partir de la idea que la detecció primerenca permet planificar i desenvolupar intervencions més efectives. Finalment, els diagnòstics també poden fer-se per conèixer els canvis que s'han produït en una situació amb la qual es desenvolupa una intervenció, mitjançant un diagnòstic de la situació de partida (situació basal), que serveix de referència per a la comparació, i diagnòstics successius en períodes prèviament establerts (Kane, 2000, p. 4).

#### **6.4.6. Qui ha d'avaluar?**

Els agents que fan els diagnòstics són diversos (professionals, treballadors i treballadores sense qualificació, persones usuàries i els seus cuidadors o cuidadores, etc.). Segons Kane (2000, p. 4), «com més estructurat és el diagnòstic, menys especialitzat ha de ser l'avaluador», però «és important que s'encaixin l'instrument i la persona que avalua». En aquest treball hem

posat l'èmfasi en els diagnòstics de naturalesa professional, però, si així es preveu, és important identificar el rol que els diferents agents han de desenvolupar en el procés de diagnòstic i d'ús d'instruments estandarditzats.

## 6.5. Avantatges i desavantatges de l'ús d'instruments estandarditzats

### 6.5.1. Avantatges

Els instruments estandarditzats permeten disposar d'una estimació o valoració de fenòmens que no són directament observables, gràcies al procés d'operacionalització de variables a partir del que són construïts. En aquest sentit, ajuden el professional a desenvolupar criteris explícits sobre un fenomen, com ara la seva existència, intensitat, freqüència, durada, etc. De manera més concreta, proporcionen (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 35):

- Una orientació o guia per dur a terme el seguiment i avaluar el progrés de les intervencions en termes d'èxit o fracàs.
- Informació per fonamentar els objectius que cal acordar amb les persones a les quals es dirigeix la intervenció, i promoure'n la implicació activa en el procés i l'acord en relació amb els objectius de canvi.
- Dades precises sobre les persones amb les quals treballa per fer, si cal, consultes a col·legues o supervisors o supervisoras. És a dir, ajuda a aclarir la descripció i la comunicació a tercers sobre el que s'està fent.

En contrast amb els instruments no estandarditzats, els instruments estandarditzats estan estructurats per a la recollida d'informació de manera sistemàtica i comprensiva, de manera que permetin reunir les dades que prèviament han estat considerades necessàries (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 174).

Un altre avantatge és l'eficiència. Moltes escales són fàcils d'utilitzar, aplicar i interpretar, estan disponibles sense cost i la seva administració requereix poc temps o esforç per al professional o per a les persones amb les quals treballa (Jordan i Franklin, 2011, p. 100). Si es tracta d'escales que s'han elaborat i utilitzat abans amb èxit, estalvien temps i diners al professional i li permeten disposar d'informació sobre les seves característiques, la seva utilitat i els resultats previs procedents d'estudis anteriors.



Aquests tipus d'instruments permeten comparar els resultats concrets amb les dades normatives, els de la població en general o amb els resultats obtinguts de les mateixes persones en diferents moments de temps (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 174).

### 6.5.2. Desavantatges

Jordan i Franklin (2011, p. 100-104) sintetitzen en cinc punts les crítiques principals als instruments estandarditzats de valoració:

- Les seves respostes poden estar condicionades perquè la persona espera obtenir una resposta favorable a la seva demanda o per processos de «desitjabilitat social».
- No són capaços d'oferir una visió completa de la persona i de les seves dinàmiques i complexitat, perquè generalment en proporcionen una informació limitada.
- Molts instruments assenyalen els problemes de les persones, no les seves fortaleces.
- No proporcionen un vincle directe entre el diagnòstic de la situació i la intervenció que cal portar a terme.
- Estan subjectes a falsos positius i a falsos negatius, com qualsevol procediment de diagnòstic estandarditzat.

Així doncs, les escales no haurien de ser utilitzades per mesurar tots els fenòmens amb els quals intervé el treball social. En alguns casos, altres mètodes de mesurament poden ser més consistents amb la conceptualització del fenomen. Si s'apliquen rutinàriament moltes escales a totes les persones per la seva facilitat d'ús —i aquestes no s'ajusten al fenomen o la situació—, comportaran un malbaratament d'esforç i es podrà generar cansament en les persones a les quals s'administren o la percepció que no es tenen en compte seriosament les seves respostes (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 175 i 176).

L'ús d'instruments de mesurament estandarditzats pot tenir dificultats en l'aplicació degudes a les escasses habilitats de resposta dels subjectes als quals s'administren o a la seva baixa consciència del problema o fenomen que cal mesurar (Corcoran i Fischer, 2013, p. 40).

Cal emprar amb precaució les escales i la interpretació dels seus resultats; aquesta precaució ha de ser proporcional a la informació existent sobre la seva validesa i fiabilitat, ja que poden ser escales noves amb unes propietats que no han estat totalment investigades, o bé es té tota la informació disponible sobre la seva validesa o la seva fiabilitat (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 175).

Encara que hi hagi prou evidències de la validesa i fiabilitat d'una escala, s'ha de tenir en compte que les escales, en general, són desenvolupades en mostres poblacionals àmplies, en contextos i condicions significativament diferents als de la intervenció, i a vegades amb persones amb característiques que poden diferir de les de la població amb la qual treballa el professional, en termes de gènere, edat, ètnia, nivell educatiu, etc. (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 175; Corcoran i Fischer, 2013, p. 38).

Els resultats obtinguts amb les escales no haurien de ser acceptats acríticament pel professional (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 175). S'ha de tenir en compte que la validesa dels resultats pot variar d'un moment del dia a un altre, d'un dia a un altre o d'una persona a una altra, o també poden veure's afectats pel fenomen de la «desitjabilitat social» en les respostes (Corcoran i Fischer, 2013, p. 39; Jordan i Franklin, 2011, p. 100). La informació recopilada només s'ha d'utilitzar i interpretar a partir del context més ampli en què s'ha obtingut.

Alguns instruments estandarditzats poden causar efectes reactius sobre les persones en què s'han utilitzat; és a dir, el procés d'administració i resposta pot provocar canvis en el problema o fenomen objecte de mesurament (Corcoran i Fischer, 2013, p. 39).

Les escales no són l'únic instrument de recollida de dades en què s'hauria de basar un bon diagnòstic social. Per contra, són una eina complementària a altres fonts d'informació necessàries per fonamentar el criteri professional (Corcoran i Fischer, 2013, p. 23). Per això és recomanable aplicar el principi de triangulació de fonts o mètodes per obtenir la mateixa informació que nodrirà el diagnòstic professional (Corcoran i Fischer, 2013, p. 29).

Les escales mesuren fenòmens definits mitjançant conceptes generals que es consideren rellevants per a diferents tipus de persones, però aquests poden no correspondre a la realitat singular d'aquella a la qual es va aplicar. Bloom, Fischer i Orme (2009, p. 175) suggereixen que una solució aparent pot ser afegir o eliminar ítems de l'escala original per adaptar-la a les característiques de la persona. No obstant això, aquestes modificacions poden comprometre la seva validesa i fiabilitat i la possibilitat de comparació amb resultats previs. Per aquest motiu recomanen utilitzar instruments alternatius o construir-ne altres de propis, en absència d'escales estandarditzades que s'ajustin a allò que el professional necessita. Concretament expliciten que «l'objectiu és ajustar el mètode de mesurament al problema de la persona, no ajustar el problema de la persona al mètode de mesurament que convé» (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 176).

El fet que les escales mesurin fenòmens a partir de conceptualitzacions dels mateixos relativament generals pot fer que els resultats obtinguts siguin poc sensibles als canvis en aspectes concrets del fenomen que són rellevants per al desenvolupament de la intervenció (Bloom, Fischer i Orme, 2009, p. 176).

## Consideracions finals

Cal recordar que l'objectiu d'aquest treball ha estat fonamentar la necessitat, la pertinència i la utilitat del diagnòstic social en els serveis socials bàsics, amb la participació de les persones usuàries, tenint en compte aspectes normatius, professionals i teòrics d'aquesta tasca professional clau en els serveis socials. Per acabar, el document fa un recull de les conclusions i propostes que es desprenen d'aquest estudi de fonamentació del diagnòstic social en els serveis socials bàsics.



## 7. Conclusions i propostes

### 7.1. Conclusions sobre el diagnòstic social en els serveis socials

A partir dels continguts d'aquest document s'han identificat una sèrie de conclusions que recullen les idees principals exposades al llarg del text. Aquestes han estat enunciades, explicades i relacionades al capítol o capítols corresponents:

- **Al llarg del temps, la conceptualització de les necessitats socials s'ha anat desplaçant des de plantejaments universalistes o economicistes fins a òptiques més relacionades amb l'ètica i els drets de la ciutadania.** Malgrat que es tracti d'una qüestió que ha estat definida de manera molt diversa per diferents disciplines que formen part de les ciències socials, actualment hi ha un consens en afirmar que la satisfacció de determinades necessitats col·lectives és una responsabilitat social que, sobretot, representa una obligació per a l'Administració pública (capítol 1).
- **El diagnòstic social és una tasca clau en el funcionament ordinari dels serveis socials perquè l'objectiu és atendre determinades necessitats socials de les persones, grups i comunitats.** Per dur-lo a terme calen processos de valoració aplicats a situacions particulars. La importància del diagnòstic social en els serveis socials és inqüestionable, en reconèixer-lo com a prestació de servei que permet fixar quina ha de ser la direcció de la intervenció social, i ajuda a evitar pràctiques poc estructurades o basades únicament en la intuïció, improvisades o arbitràries (capítol 2).
- **El diagnòstic social és un dret de les persones usuàries dels serveis socials.** La regulació dels serveis socials, tant en l'àmbit estatal com en el català, reconeix expressament que el diagnòstic social és un dret de la ciutadania. Les lleis de serveis socials han avançat des de models centrats en la regulació i la definició del sistema de serveis socials fins a normes que, a més, garanteixen que els serveis i les prestacions socials han de ser proporcionats, d'acord amb els criteris d'universalitat i d'equitat (capítols 2 i 3).

- **El diagnòstic social és un deure, una competència i una responsabilitat de tots els professionals dels serveis socials.** És prescriptiu perquè respon a un encàrrec extern establert per mitjà del mateix marc normatiu que el defineix com un dret de la ciutadania. És una competència perquè forma part del conjunt d'habilitats que han de ser adquirides mitjançant la formació bàsica i l'aprenentatge pràctic que es fa en centres de formació superior i per mitjà d'accions de formació continuada. A més, és una responsabilitat reconeguda pels col·lectius professionals i recollida en els seus codis ètics, així com en les definicions dels llocs de treball que correspongui. És possible retre compte de la seva elaboració davant les instàncies i autoritats que ho requereixin (capítols 2 i 3).
- **El diagnòstic social ha de disposar de les persones usuàries i, si cal, de les persones que les cuiden.** La participació de les persones en els processos d'intervenció dels serveis socials és un dret que reconeix la legislació a les persones usuàries; la seva promoció i garantia en aquests processos és un deure professional (capítols 2, 3 i 4).
- **El diagnòstic social ha de ser dut a terme mitjançant procediments reconeguts i homologats.** El diagnòstic respon a un procés d'investigació susceptible de ser, en part, estandarditzat mitjançant instruments de mesurament objectius, vàlids i fiables. Això és possible sense perjudici de la necessària personalització de les respostes amb participació de les persones usuàries en els propis diagnòstics (codiagnòstics). La utilització d'instruments i processos rigorosos i estandarditzats no només és un requisit de qualitat i un reconeixement del paper i la utilitat de la recerca com una de les fonts de coneixement per a la intervenció social (Pawson, Boaz, Grayson, Long i Barnes, 2003), sinó una garantia d'igualtat de tracte de les persones usuàries dels serveis socials (capítols 5 i 6).

## 7.2. Propostes sobre l'enfocament del diagnòstic social en els serveis socials bàsics

Des del nostre punt de vista, l'enfocament del diagnòstic social en els serveis socials bàsics ha de respondre a diverses idees clau, és a dir, ha d'ajustar-se a les propietats que resumim en la figura 3. Aquesta proposta, basada en totes les qüestions tractades al llarg del text, pretén oferir un recull pràctic i entenedor d'aquells trets, propietats o condicions que considerem nuclears i irrenunciables respecte del diagnòstic social en aquest context d'intervenció:

**Figura 3. Els dotze requisits del diagnòstic social en els serveis socials bàsics**

1 Obligatori	5 Personalitzat	9 Congruent
2 Comú	6 Objectiu	10 Participat
3 Específic	7 Vàlid	11 Estandarditzat
4 Diferencial	8 Fiable	12 Triangulat

Font: elaboració pròpia

- **Diagnòstic obligatori.** D'acord amb la normativa que regula els serveis socials i la que regula l'activitat professional, el diagnòstic social és un dret de la ciutadania i dels serveis socials que ha de ser realitzat pels professionals amb els majors estàndards de qualitat.
- **Diagnòstic comú.** L'eix del diagnòstic social de les situacions objecte de la intervenció dels serveis socials d'atenció primària ha de ser comú i integral, amb independència de la unitat funcional o organitzativa que el porti a terme. Aquest diagnòstic ha d'aportar la visió global de la situació amb la qual s'ha de treballar, amb independència que es treballi només en una de les àrees analitzades. Serveix també per homogeneïtzar el llenguatge professional i facilitar la comunicació i la derivació entre unitats organitzatives.
- **Diagnòstic específic** d'àrees vitals concretes. L'existència d'un model de diagnòstic social comú no ha d'impedir que es pugui o s'hagi de realitzar un diagnòstic específic d'àrees concretes, en funció de les necessitats de la unitat funcional o organitzativa que el porti a terme (dependència, discapacitat, menors i família, etc.).
- **Diagnòstic diferencial.** El seu abast ha de respondre al requisit que podem il·lustrar amb l'enunciat «No matem mosques a canonades»:
  - El diagnòstic pot servir per al cribratge de les situacions (diagnòstic exploratori). En aquest cas no es requereix una identificació exhaustiva a fons de totes les circumstàncies presents en la vida de les persones usuàries, és a dir, no cal un diagnòstic en profunditat. Es pot fer utilitzant com a fonts de dades la persona, la documentació inicial i els antecedents o historial social existent. Les tècniques que caldria emprar serien l'entrevista, l'observació (sistemàtica o no) i l'anàlisi documental.

- El diagnòstic pot servir per planificar la intervenció i per desenvolupar-la (diagnòstic descriptiu i explicatiu). Requereix un diagnòstic en profunditat que trianguli fonts de dades i tècniques de recollida d'informació.

Pel que fa a aquest punt, si reprenem aspectes ja assenyalats anteriorment, la revisió dels models d'atenció dels serveis socials bàsics en relació amb el diagnòstic seria la següent:

**Taula 6. Tipus i procediments de diagnòstic segons la funció clau del treball social en el model d'atenció**

Funció clau del treball social	Objectiu	Tipus de diagnòstic dominant	Procediment de diagnòstic dominant	Eix temporal principal del diagnòstic
Acollida	Identificar factors de risc (triatge).	Exploratori	Interrogatiu	Present
Gestió	Identificar requisits d'accés als recursos.	Descriptiu	Procedimental	Present-futur
Acompanyament	Identificar necessitats.	Explicatiu	D'intercanvi	Passat-present-futur

Font: elaboració pròpia

- **Diagnòstic personalitzat.** Ha de ser un diagnòstic singular i adaptat a cada situació concreta, que tingui en compte tant la valoració professional com les preferències i desitjos de les persones a les quals s'adreça (enfocament centrat en la persona).
- **Diagnòstic objectiu.** Ha d'estar basat en fets (evidències), no en valoracions subjectives (opinions) (objectiu contra subjectiu).
- **Diagnòstic vàlid.** Ha de valorar el fenomen que és objecte de l'atenció i els factors que hi estan associats, en el marc de l'encàrrec professional i institucional.
- **Diagnòstic fiable.** Diferents professionals davant de situacions similars han d'arribar a diagnòstics similars:



- Marcs de referència comuns i llenguatge comú
  - Enfocament i criteris comuns
  - Fonts de dades comunes
  - Instruments de recollida d'informació comuns
- **Diagnòstic congruent.** Els continguts que ha d'incloure el diagnòstic han de ser congruents amb el marc teòric de referència, les prescripcions de conducta professional, l'objecte dels serveis, l'encàrrec normatiu i institucional, el model d'atenció del qual forma part i el saber pràctic dels professionals.
  - **Diagnòstic amb participació de les persones usuàries.** El dret i el deure. Les persones afectades per les situacions amb què treballen els serveis socials són les principals expertes en elles («experts per l'experiència»). La seva participació en el diagnòstic de la situació és clau com a condició necessària perquè aquest en reflecteixi l'experiència subjectiva i la vivència en aquesta situació. Els responsables i professionals dels serveis socials bàsics haurien de reflexionar sobre l'estratègia més adequada per garantir la participació en el procés d'elaboració i el resultat del diagnòstic social. Des de la nostra òptica, proposem:
    - Diagnòstic horitzontal (*vis-à-vis*) en oposició a diagnòstic vertical (*top-down*)
    - Diagnòstic coproduït en oposició a diagnòstic tecnicoprofessional
  - **Diagnòstic estandarditzat.** D'una banda, sens perjudici de la necessària personalització de les intervencions que porten a terme els serveis socials, incloent-hi el diagnòstic, cal que aquest últim sigui objecte d'estandardització en el marc més ampli d'un model d'atenció del servei, en el qual s'expliciten protocols d'acció que orientin els professionals sobre els requisits mínims que ha d'acomplir:
    - Tipus de diagnòstic.
    - Continguts mínims (dades necessàries).
    - Fonts de dades.
    - Nombre mínim d'entrevistes o visites domiciliàries necessàries.
    - Estratègies o mecanismes per incorporar la perspectiva de la persona o unitat familiar que està essent avaluada.
    - Moments o fites del procés d'intervenció en què és prescriptiu que estigui finalitzat (és a dir, quan s'ha de tancar).

- Format o suport en el qual s'ha d'elaborar.
- Altres.

D'altra banda, cal incorporar instruments precisos i homologats que sistematitzin la pràctica diagnòstica amb garanties de qualitat i rigor:

- El diagnòstic pot incorporar, entre les seves fonts d'informació, els instruments estandarditzats amb la finalitat d'objectivar els indicadors diagnòstics, unificar els criteris de valoració professional i garantir la fiabilitat del diagnòstic i l'equitat de les respostes.
- En qualsevol cas, la incorporació d'un instrument estandarditzat a les tasques de diagnòstic no pot ser de forma aïllada, sinó que cal que formi part d'un model més ampli de diagnòstic i intervenció del servei, en el qual s'expliciten els protocols d'intervenció que orientin sobre quan i com cal utilitzar aquestes eines.
- **Diagnòstic que trianguli fonts de dades i tècniques de recollida de dades.** Un instrument estandarditzat ha de ser un instrument més al servei del professional (en cap cas pot substituir el judici professional, sinó complementar-lo). Per elaborar el diagnòstic social, doncs, és recomanable la triangulació de fonts de dades i de tècniques de recollida de dades.

## Bibliografía

- ACERO, C. «La investigación en trabajo social». *Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 1. (1988), p. 35-46. Disponible en línea a: <<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS8888110035A>>.
- ADAMS, R.; DOMINELLI, L.; PAYNE, M. *Critical Practice in Social Work*. Nova York: Palgrave Macmillan, 2002.
- AGUILAR, M. J. *Trabajo Social. Concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo i Consejo General del Trabajo Social, 2013.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. Buenos Aires: Lumen Humanitas, 1999.
- AGUILAR-HENDRIKSON, M. «Servicios sociales: las tribulaciones de un sector emergente». A: L. Moreno (ed.). *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI, 2009, p. 171-206.
- «Retos de los servicios sociales». *Presupuesto y gasto público*, núm. 71 (2013), p. 277-296.
- «Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España». *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación Foessa, 2014. Disponible en línea a: <<https://goo.gl/D8TRCc>>.
- AGUILAR-HENDRIKSON, M.; LLOBET, M.; PÉREZ ERANSUS, B. «Los servicios sociales frente a la exclusión». *Zerbitzuan*, núm. 51 (2012), p. 9-26. Disponible en línea a: <<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147/51.01>>.
- ALGUACIL, J. «La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España». *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 25, núm. 1 (2012), p. 63-74. Disponible en línea a: <<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/38434/37175>>.
- ARETIO ROMERO, A.; SEDANO CADIÑANOS, A. «El VATAD: una escala global de valoración social de las personas mayores». A: M. Martín García (ed.). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis, 2003, p. 155-173.
- ARIAS, A.; LUCAS, F. D.; GUILLÉN, E.; PÉREZ, D. «La definición de los servicios sociales en las leyes de servicios sociales de “primera” y “segunda

- generación” en España». *Portularia*, núm. 4 (2004), p. 507-518. Disponible en línea a: <<http://hdl.handle.net/10272/186>>.
- ASHCROFT, R.; VAN KATWYK, T.; HOGARTH, K. «An Examination of the Holism Paradigm: A View of Social Work». *Social Work in Public Health*, vol. 32, núm. 8 (2017), p. 461-474. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.1093/hsw/30.2.117>>.
- BARBERO, M. «El Método en Trabajo Social». A: T. Fernández; C. Alemán (coord.). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial, 2003, p. 394-438.
- BARKER, R. *Social Workers Dictionary*. Washington: National Association of Social Workers Press, 2003.
- BATIFOULIER, P.; LATSIS, J.; MERCHIERS, J. «The philosophy of need and the normative foundations of health policy». *Revue de Philosophie Économique*, vol. 10, núm. 1 (2009), p. 79-101. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.3917/rpec.101.0079>>.
- BERESFORD, P.; BRANFIELD, F. *Making user involvement work: supporting service user networking and knowledge*. Londres: Joseph Rowntree Foundation, 2006. Disponible en línea a: <<https://www.jrf.org.uk/file/37201/download?token=tLLbbQD9&filetype=full-report>>.
- BLOOM, M.; FISCHER, J.; ORME, J. G. *Evaluating Practice. Guidelines for the Accountable Professional*. 6a ed. Boston: Pearson/Allyn and Bacon, 2009.
- BRADSHAW, J. *Una tipologia de la necessitat social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1981.
- BREZMES NIETO, M. J. *Documentos de trabajo social para la valoración y el acceso a las prestaciones de las personas en situación de dependencia. Modelo de Informe Social y Modelo de Plan Individual de Atención (PIA)*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 2007. Disponible en línea a: <<https://goo.gl/BMokk4>>.
- CASADO, D.; FANTOVA, F. *Perfeccionamiento de los servicios sociales. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. Madrid: Cáritas Española y Fundación FOESSA, 2007.
- COL·LEGI OFICIAL DE TREBALL SOCIAL DE CATALUNYA. *Codi deontològic*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2000. Disponible en línea a: <[http://www.tscat.cat/sites/default/files/TSCAT\\_codi\\_deontologic.pdf](http://www.tscat.cat/sites/default/files/TSCAT_codi_deontologic.pdf)>.
- COLOM, D. «La investigación sobre el diagnóstico social sanitario: trabajo de campo, resultados y conclusiones». *Trabajo Social y Salud*, núm. 62 (2009), p. 129-389.
- COLOMER, M. «Método de trabajo social». *Revista de Treball Social*, núm. 75 (1979), p. 20-30.

- CONDE, R. *Trabajo social experimental*. València: Tirant lo Blanch, 1998.
- CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL. *Código Deontológico del Trabajo Social*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social, 2012. Disponible en línea a: <[https://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)>.
- CORCORAN, K. «Psychometrics». A: R. L. Edwards; J. G. Hopps (ed.). *Encyclopedia of social work*. 19a ed., vol. 3. Washington, DC: National Association of Social Workers, 2001, p. 1942-1947.
- «Scales and Indices». A: T. Mizrahi; L. E. Davis (ed.). *Encyclopedia of social work*. 20a ed., vol. 4. Washington, DC: National Association of Social Workers, 2008, p. 1-3.
- CORCORAN, K.; FISCHER, J. *Measures for clinical practice and research: a sourcebook*. 5a ed. Nova York: Oxford University Press, 2013.
- CORCORAN, J.; WALSH, J. *Clinical assessment and diagnosis in social work practice*. 2a ed. Nova York: Oxford University Press, 2010.
- Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. 3a ed. Nova York: Oxford University Press, 2016.
- COULSHED, V.; ORME, J. *Social Work Practice. An introduction*. Houndmills: BASW, 1998.
- COULTON, C. J.; FOSTER, D. L.; PASCHALL, N. C. *Nationwide survey of hospital social work practice*. Human Services Design Laboratory; School of Applied Social Sciences; Case Western Reserve University, 1979.
- CRISP, B. R.; ANDERSON, M. T.; ORME, J.; LISTER, P. G. *Knowledge review 01: Learning and teaching in social work education: assessment*. Londres: Social Care Institute for Excellence, 2003. Disponible en línea a: <<https://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr01.pdf>>.
- Knowledge review 09: Learning and teaching in social work education: textbooks and frameworks on assessment*. Londres: Social Care Institute for Excellence, 2005. Disponible en línea a: <<https://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr09.pdf>>.
- CURY, S. P. «Estudio del diagnóstico social en residencias para personas mayores asistidas en la Comunidad de Madrid: diseño de un instrumento de valoración y diagnóstico social». *Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 22 (2009), p. 201-226. Disponible en línea a: <<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS0909110201A/7508>>.
- CURY, S. P.; ARIAS ASTRAY, A. «Hacia una definición actual del concepto de “diagnóstico social”. Breve revisión bibliográfica de su evolución». *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 23 (2016), p. 9-24. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.14198/ALTERN2016.23.01>>.
- CURY, S. P.; ARIAS ASTRAY, A.; PALACIOS GÓMEZ, J. L. «Design of ISD-1: an instrument for social diagnosis in care homes for older persons».

- European Journal of Social Work*, 2017a. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1364704>>.
- «Content validity analysis of ISD-1: an instrument for social diagnosis in care homes for older persons». *European Journal of Social Work*, 2017b. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1364705>>.
- DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA, TREBALL I SEGURETAT SOCIAL. *Diagnóstico e Intervención Social. Herramienta Informática para el Trabajo Social*. Vitòria: Govern basc, 2006.
- DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA, TREBALL I SEGURETAT SOCIAL. *Diagnóstico e Intervención Social. Herramienta Informática para el Trabajo Social*. Vitòria: Govern basc, 2009. Disponible en línea a: <[http://www.ivap.euskadi.net/t32-6874/fr/contenidos/libro/diagnostico\\_1\\_soc/es\\_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf](http://www.ivap.euskadi.net/t32-6874/fr/contenidos/libro/diagnostico_1_soc/es_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf)>.
- DEREZOTES, D. S. *Advanced generalist social work practice*. Londres: Sage, 1999.
- DÍAZ HERRÁIZ, E.; FERNÁNDEZ DE CASTRO, P. «Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas». *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 26, núm. 2 (2013), p. 431-443. <[http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n2.39550](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550)>.
- DÍAZ PALACIOS, E.; DOMÍNGUEZ PUENTE, O.; TOYOS GARCÍA, E. «Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en Atención Primaria». *Revista de Trabajo Social y Salud*, núm. 16 (1993), p. 137-56.
- «Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en Atención Primaria». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 29, núm. 4 (1994), p. 239-245.
- DOMÉNECH LÓPEZ, Y.; GIMÉNEZ BERTOMEU, V. M. «Percepciones sobre la calidad de los Servicios Sociales de las personas jóvenes usuarias: utilidades para el diseño de estándares de calidad». *Revista de Estudios de Juventud*, núm. 97 (2012), p. 123-146. Disponible en línea a: <[http://www.injuve.es/sites/default/files/2012/45/publicaciones/revista%2097\\_8.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/2012/45/publicaciones/revista%2097_8.pdf)>.
- «Jóvenes usuarios excluidos o en riesgo de exclusión: buenas y malas prácticas percibidas en los servicios sociales. Transferencias a la planificación, organización y práctica de los servicios». A: S. Segado Sánchez-Cabezudo (coord.). *Juventud, emancipación y trabajo social*. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi, 2015, p. 195-231.
- DOYAL, L.; GOUGH, I. *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona: Icària, 1994.
- ELIZALDE, A. «Desde el “Desarrollo sostenible” hacia sociedades sostenibles». *Diálogos: Educación y formación de personas adultas*, vol. 3, núm. 44 (2005), p. 5-19. Disponible en línea a: <<https://goo.gl/HSuQtL>>.

- ESCARTÍN, M. J.; PALOMAR, M.; SUÁREZ, E. *Introducción al Trabajo Social II. Trabajo Social con individuos y familias*. Alacant: Aguaclara, 1997.
- FANTOVA, F. *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Universitat de Deusto, 2008. Disponible en línea a: <<http://www.deusto-publicaciones.es/index.php/main/libro/381/es>>.
- «Nuevos enfoques para los servicios sociales ante la nueva realidad social». *Revista Española del Tercer Sector*, núm. 33 (2016), p. 115-139. Disponible en línea a: <[http://fantova.net/?wpfb\\_dl=350](http://fantova.net/?wpfb_dl=350)>.
- «Servicios sociales e inclusión social: análisis y perspectivas en el País Vasco». *Zerbitzuan*, núm. 64 (2017), p. 9-31. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.01>>.
- FUSTIER, N. «¿Pueden los indicadores existentes medir el impacto de la crisis económica en los servicios sociales básicos? Un análisis de los indicadores en la provincia de Barcelona (2007-2013)». *Zerbitzuan*, núm. 65 (2018), p. 83-97. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.65.07>>.
- GARCÍA GONZÁLEZ, J. V. [et al.]. «Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano». *Atención Primaria*, vol. 23, núm. 7 (1999), p. 434-440. Disponible en línea a: <<https://goo.gl/QzoHN2>>.
- GARCÍA HERRERO, G. «Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social. Ecos de Mary Richmond». *Servicios Sociales y Política Social*, núm. 83 (2008), p. 9-38. Disponible en línea a: <<http://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/instrumentos-de-valoracion-y-programacion>>.
- GARCÍA-LONGORIA SERRANO, M. P.; ESTEBAN PALOMARES, R. M. *Análisis y diagnóstico en Trabajo Social*. València: Tirant lo Blanch, 2016.
- GARRIDO FERNÁNDEZ, M.; GRIMALDI PUYANA, V. M. *Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2012. Disponible en línea a: <[http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=2853](http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2853)>.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Diccionari de serveis socials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania, 2010. Disponible en línea a: <[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/content/01departament/08publicacions/ambits\\_tematicos/serveis\\_socials\\_2011/01diccionari/diccionari.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/content/01departament/08publicacions/ambits_tematicos/serveis_socials_2011/01diccionari/diccionari.pdf)>.
- GERMAIN, C. B.; GITTERMAN, A. *The life model of social work practice*. Nova York: Columbia University Press, 1980.
- GIMÉNEZ BERTOMEU, V. M. *Las organizaciones de servicios sociales de atención primaria. Estática, dinámica y propuestas de futuro*. Alacant:

- Diputació d'Alacant, 2010. Disponible en línea a: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=454351>>.
- «Escalas y trabajo social: utilidad para el diagnóstico y la investigación en la práctica profesional». A: E. Pastor, M. T.; Martínez, M. Avilés; Y. Doménech (coord.). *El trabajo social ante el reto de la crisis y la educación superior*. Madrid: Universitas, 2014, p. 977-987.
- GIMÉNEZ-BERTOMEU, V. M.; DOMÉNECH-LÓPEZ, Y. «Expertos por la experiencia y expertos por la profesión. Visiones sobre la práctica profesional en los Servicios Sociales de Atención Primaria». *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 25, núm. 2 (2012), p. 439-449. Disponible en línea a: <<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/39628>>.
- GIMÉNEZ-BERTOMEU, V. M. [et al.]. «La calidad en los servicios sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias». *Portularia: Revista de Trabajo Social*, núm. 12 (2012), p. 61-71. Disponible en línea a: <<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/5936>>.
- GIMÉNEZ BERTOMEU, V. M.; DOMÉNECH LÓPEZ, Y.; MATEO PÉREZ, M. A. «Exclusión social y trabajo social: diseño de un instrumento de diagnóstico para su uso en los Servicios Sociales de Atención Primaria en España». A: E. Pastor Seller; L. Cano Soriano (ed.). *Políticas e intervenciones ante los procesos de vulnerabilidad y exclusión de personas y territorios. Análisis comparado México-España*. Madrid: Dykinson i Universidad Nacional Autónoma de México, 2016, p. 189-207.
- GINESTA, M. *Els Serveis Socials Bàsics a la província de Barcelona*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social, 2017. Disponible en línea a: <[http://www.tscat.cat/download/web/2018/Gener/2017\\_DictamenSSB\\_def.PDF](http://www.tscat.cat/download/web/2018/Gener/2017_DictamenSSB_def.PDF)>.
- GREENWOOD, E. «Social science and social work: A theory of their relationship». *Social Service Review*, vol. 29, núm. 1 (1955), p. 20-33. Disponible en línea a: <<https://www.jstor.org/stable/30019944>>.
- GUILLÉN, E.; VILÀ, A. «Los cambios legislativos recientes en materia de servicios sociales». A: D. Casado; F. Fantova (coord.). *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*. Madrid: Cáritas Española i Fundación FOESSA, 2007, p. 147-175.
- GUINOVART GARRIGA, C.; ROVIRA SOLER, E.; RUFÍ VILÀ, A. *Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració socio-familiar en ancians per part de treballadors socials a la comarca d'Osona*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2011.
- HAMILTON, G. *Principles of social case recording*. Nova York: Columbia University Press, 1946.
- Theory and Practice of social case work*. Nova York: Columbia University Press, 1951.



- HAMILTON, L. A. *The Political Philosophy of Needs*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. Disponible en línea a: <<https://doi.org/10.1017/CBO9780511487415>>.
- HELLER, A. *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós, 1996.
- HOLLIS, F. *Casework: A Psychosocial Therapy*. Nova York: Random House, 1964.
- INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. *Taula de codis per a l'estandardització i síntesi del diagnòstic social amb el CIM 10: TADISO 2014*. Barcelona: Institut Català de Salut, 2014. Disponible en línea a: <<https://goo.gl/5Sz6ws>>.
- ITUARTE, A. *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI, 1992.
- JORDAN, C.; FRANKLIN, C. (ed.). *Clinical Assessment for Social Workers. Quantitative and Qualitative Methods*. 3a ed. Chicago: Lyceum Books, 2011.
- KAHN, A. J.; KAMERMAN, S. B. *Los servicios sociales desde una perspectiva internacional. El sexto sistema de protección social*. Madrid: Siglo XXI i Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1987.
- KANE, R. L. «Choosing and Using an Assessment Tool». A: R. L. Kane; R. A. Kane (ed.). *Assessing Older Persons. Measures, Meaning, and Practical Applications*. Nova York: Columbia University Press, 2000, p. 1-13.
- KEHL, S. «Necesidades humanas y conflictos sociales». *Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 4-5 (1991), p. 201-226. Disponible en línea a: <<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9192110201A/8572>>.
- KISNERMAN, N. *Servicio Social Pueblo*. 2a ed. Buenos Aires: Humanitas, 1982.
- KRMPOTIC, C. S. *El concepto de necesidad y políticas de bienestar: una lectura comparada de Heller, Sen y el GPID*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 1999.
- LATIESA, M. «Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas». A: M. García Ferrando; J. Ibáñez; F. Alvira (comp.). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, 1994, p. 335-364.
- MALUQUER, E.; FUSTIER, N.; RECIO, M. (dir.). *Pla estratègic de serveis socials de Catalunya 2010-2013*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2010. Disponible en línea a: <<http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/detalls/Article/Pla-estrategic-de-serveis-socials-de-Catalunya-2010-2013>>.
- MANZANO, M. A.; PAGÉS, E.; SOLÉ, M. «Estratificación y determinación de necesidades sociales. Experiencia aplicada en la provincia de Barcelona». Comunicació presentada a ICIC16 – 16th International Conference on Integrated Care. Barcelona, maig de 2016. Disponible en línea a: <<https://goo.gl/jNGLDH>>.

- «DS-DIBA. Eina de valoració social per als Serveis Socials Bàsics». Comunicació presentada al I Congrés d'Acció Social Inclusió.cat. Vic, juliol de 2017.
- «La DS-DIBA: Experiencia de la elaboración de una herramienta de valoración social y segmentación para los servicios sociales». *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 32, núm. 1 (2019), p. 177-189. Disponible en línia a: <<http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.58061>>.
- MARTÍN MUÑOZ, M. *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Editorial desconeguda, 2004. Disponible en línia a: <[https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual\\_de\\_indicadores\\_para\\_el\\_diagnostico\\_social.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual_de_indicadores_para_el_diagnostico_social.pdf)>.
- MARTÍN MUÑOZ, M.; MIRANDA BARANDALLA, F.; VEGAS ANDALUZ, A. *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Bilbao: Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca, 1996.
- MARTIN, R. *Social Work Assessment*. Exeter: Learning Matters, 2010.
- MASLOW, A. H. *Motivación y personalidad*. 2a ed. Barcelona: Sagitario, 1975.
- MATA, A. «Apunts sobre el diagnòstic social. Perspectives i realitats». *Revista de Treball Social*, núm. 211 (2017), p. 54-65. Disponible en línia a: <<http://www.tscat.cat/content/rts-211-catala>>.
- MAX-NEEF, M. A. *Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. 2a ed. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad, 1998.
- MILNER, J.; O'BYRNE, P. *Assessment in Social Work*. Houndmills: Palgrave Macmillan, 2009.
- MINISTERI DE SANITAT, SERVEIS SOCIALS I IGUALTAT. *Catálogo de Referencia de Servicios Sociales*. Madrid: Ministerio de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2013. Disponible en línia a: <<https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/CatalogoReferenciaSs.htm>>.
- MIRANDA, M. *De la caridad a la ciencia: pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social*. Zaragoza: Mira Editores, 2004.
- NORTHEN, H. «Assessment in Direct Practice». A: A. Minahan. *Encyclopedia of social work*. 18a ed., vol. 1. Silver Spring: National Association of Social Workers (NASW), 1978, p. 171-183.
- PARTON, N.; O'BYRNE, P. *Constructive social work*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave, 2000.
- PAWSON, R. [et al.]. *SCIE Knowledge review 03: Types and quality of knowledge in social care*. Londres: Social Care Institute for Excellence, 2003. Disponible en línia a: <<https://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr03.pdf>>.

- PAYNE, M. *Modern social work theory*. 4a ed. Nova York: Oxford University, 2016.
- PERLMAN, H. H. *Social casework: A problem-solving process*. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
- PUIG, M.; SABATER, M.; RODRÍGUEZ, N. «Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social». *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, núm. 54 (2012), p. 1-12. Disponible en línea a: <<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/monpuigllob.pdf>>.
- RAMOS, C. «Las necesidades sociales. Conceptos. Perspectivas en el análisis de las necesidades sociales. Problemas sociales y necesidades». A: T. Fernández; C. Alemán (coord.). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Alianza, 2003, p. 340-372.
- RAYA, E. *Indicadores de exclusión social: una aproximación al estudio aplicado de la exclusión*. Bilbao: Universitat del País Basc, 2006.
- «Exclusión social: Indicadores para su estudio y aplicación para el trabajo social». *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 70 (2007), p. 155-172. Disponible en línea a: <[http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/Inf01.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/Inf01.pdf)>.
- «Aplicaciones de una herramienta para el diagnóstico y la investigación en exclusión social». *Documentos de Trabajo Social*, núm. 48 (2010), p. 177-136. Disponible en línea a: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3655851.pdf>>.
- REGALADO PIÑERO, J. «La evaluación y el diagnóstico en el trabajo social clínico». A: A. Ituarte (coord.). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. València: Tirant lo Blanch, 2017, p. 87-108.
- REID, W. J.; SHYNE, A. W. *Brief and extended casework*. Nova York: Columbia University Press, 1969.
- RICHMOND, M. E. *Social Diagnosis*. Nova York: Russell Sage, 1917.
- Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI, 2005.
- ROBERTIS, C. DE. *Fundamentos del Trabajo Social*. Nau Libres: València, 2003.
- «Autonomia tècnica i diagnòstic social». *Revista de Treball Social*, núm. 211 (2017), p. 33-40. Disponible en línea a: <<http://www.tscat.cat/content/rts-211-catala>>.
- ROSSELL, T.; RODRÍGUEZ, P. *La entrevista en el Trabajo social*. Barcelona: Herder, 2017.
- RUBIN, A.; BABBIE, E. R. *Research Methods for Social Work*. 7a ed. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2011.
- SEN, A. K. *Nueva economía del bienestar*. Vol. 11. València: Universitat de València, 1995.

