

# COORDINAR, COORDINADO, COORDINANDO.

## DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA ENTRE LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES DE LA PROVINCIA DE ALICANTE<sup>1</sup>

VÍCTOR M. GIMÉNEZ BERTOMEU

Trabajador social y sociólogo. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante (España).

### RESUMEN

**E**n este artículo se da cuenta de la investigación llevada a cabo por el Grupo de Trabajo Sociosanitario de la provincia de Alicante para conocer la situación de la coordinación sociosanitaria entre los/as trabajadores/as sociales de la provincia, tanto del sistema sanitario como de los servicios sociales. Para ello se ha seguido una metodología cuantitativa con un enfoque exploratorio que ha permitido diagnosticar cómo es, cómo se lleva a cabo y qué facilidades y dificultades se encuentran en el establecimiento de la coordinación en el ámbito sociosanitario por parte de los/as trabajadores/as sociales.

*Palabras clave:* Coordinación, ámbito sociosanitario, Trabajo Social.

*Coordinar*

*“Disponer cosas metódicamente;  
concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común”  
Diccionario RAE (22ª edición)*

### I. INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta fue diseñada a partir de las conclusiones del I Encuentro sobre la Coordinación Sociosanitaria desde

<sup>1</sup> Una síntesis de los resultados de esta investigación fue presentada en el II Encuentro sobre coordinación sociosanitaria desde la perspectiva del Trabajo Social, celebrado en Alicante el 11 y 12 de noviembre de 2004.

la Perspectiva del Trabajo Social, celebrado en Valencia en junio de 2002.

Ha sido llevada a cabo por el Grupo de Trabajo Sociosanitario de la provincia de Alicante, constituido como tal desde 2001. Dicho grupo ha estado integrado por 13 personas, en su mayoría trabajadores y trabajadoras sociales, procedentes de diferentes ámbitos profesionales y académicos (Servicios Sociales municipales, Centros de Salud, Hospitales, Unidades de Salud Mental, Centros de Orientación Familiar, *Conselleria de Benestar Social*, Universidad de Alicante): el trabajador social Víctor M. Giménez Bertomeu (Universidad de Alicante), que diseñó y coordinó el trabajo de investigación; trabajadoras sociales y Técnicos de Acción Social de la Delegación territorial de la *Conselleria de Benestar Social* en Alicante (Marian Cremades, Andreu Miralles y Maribel Pastor); trabajadoras sociales de diferentes dispositivos asistenciales de la *Conselleria de Sanitat* en Alicante (Mercedes Martínez, Teresa Juan, Belén López, Toñi Molina, Manuela Rocamora y Eva Sempere); trabajadoras sociales de la Concejalía de Acción Social del Ayuntamiento de Alicante (Maritina Piqueres y Marta Salazar); y el sociólogo Carlos Giménez Bertomeu.

## II. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos generales de la investigación fueron cuatro:

1. Conocer la situación actual de la coordinación sociosanitaria entre los trabajadores/as sociales del sistema sanitario y de servicios sociales de la provincia de Alicante.
2. Explicar las características de la situación actual de la coordinación sociosanitaria entre los trabajadores/as sociales del sistema sanitario y de servicios sociales de la provincia de Alicante.
3. Realizar un diagnóstico de las necesidades de formación e información para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria por parte de los/as trabajadores/as sociales.
4. Proponer acciones para la mejora de la coordinación sociosanitaria en la provincia de Alicante.

Los resultados que presentamos se refieren detalladamente al diagnóstico de la situación actual de la coordinación sociosanitaria (objetivos 1 y 2) y las acciones de mejora que surgen de él (objetivo 4). El análisis de las necesidades de formación e información (objetivo 3) y las propuestas de mejora relativas a éstas (objetivo 4) fueron presentados

en el II Encuentro sobre Coordinación Sociosanitaria desde la perspectiva del Trabajo Social, celebrado en Alicante en noviembre de 2004.

Las características de la investigación se resumen en la siguiente ficha técnica:

Tabla 1. Ficha técnica de la investigación

<b>Ámbito geográfico</b>	Provincia de Alicante
<b>Universo</b>	Trabajadores/as sociales de la provincia de Alicante que ejercieran su actividad profesional en Centros de titularidad pública, con gestión pública o privada (mediante fórmulas de gestión integral, concierto o subvención) del Sistema Sanitario o del Sistema de Servicios Sociales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En Servicios Sociales..... 257 profesionales</li> <li>• En Sanidad..... 72 profesionales</li> </ul> <p style="text-align: center;">TOTAL.... 329 profesionales</p>
<b>Respuesta</b>	Respuesta total: 196 cuestionarios (59.6%) Respuesta válida: 188 cuestionarios (57.1%) Respuesta válida por sistemas de protección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios Sociales: 58.8%.</li> <li>• Sanidad: 51.4%</li> </ul>
<b>Ponderación</b>	Ninguna
<b>Instrumento de medida</b>	Cuestionario autoplicado, remitido por vía postal
<b>Trabajo de campo</b>	Octubre-noviembre de 2003
<b>Enfoque</b>	Exploratorio
<b>Tipo de análisis</b>	Cuantitativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis descriptivo univariable y bivariable</li> <li>• Análisis explicativo</li> </ul>
<b>Codificación, tabulación y análisis de datos</b>	Con Statistical Package for Social Sciences (SPSS v.11.0).

El instrumento de recogida de la información fue un cuestionario autoadministrado diseñado *ad hoc* por el grupo de trabajo<sup>2</sup>. El cuestionario final utilizado constaba de 38 preguntas cerradas y 1 pregunta abierta, que exploraban 160 variables agrupadas en torno a 5 bloques de información:

- a) Datos sobre el profesional (características demográficas, formativas y de la actividad profesional desarrollada).
- b) Datos del contexto de trabajo (características del Centro de trabajo).
- c) Datos sobre la experiencia de coordinación sociosanitaria (características generales y por ámbitos territoriales).

2 Una parte de dicho cuestionario se basó en el construido por el grupo de trabajo de Valencia, aplicado en 2002, cuyos resultados fueron presentados en el I Encuentro sobre la Coordinación Sociosanitaria desde la Perspectiva del Trabajo Social, en la ponencia "Análisis de la situación en la Atención Sociosanitaria". Versiones anteriores de dicho cuestionario fueron aplicadas en 1995 y 2000, como mencionan las autoras de la ponencia señalada. El grupo de trabajo de Alicante añadió nuevos ítem y variables a la encuesta inicial.

- d) Datos sobre las necesidades de información para la coordinación sociosanitaria.
- e) Datos sobre las necesidades de formación para la coordinación sociosanitaria.

Es preciso resaltar que la sobrerrepresentación de los/as trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales en la población de estudio apuntó a la conveniencia inicial de explorar también los resultados introduciendo criterios de ponderación en el análisis. Así, se realizó un primer análisis de resultados con las frecuencias obtenidas sin ponderar y un segundo análisis ponderando los datos. En este segundo análisis exploratorio se utilizó un criterio de ponderación que asignaba a los casos el peso que habrían tenido en la distribución de la población de respuesta si las poblaciones de trabajadores sociales del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales hubieran obtenido el mismo porcentaje de respuesta o, lo que es lo mismo, frecuencias de respuesta equivalentes.

El análisis ponderado mostró escasas diferencias con respecto al estudio no ponderado. Así, finalmente se optó por presentar los resultados originales sin aplicar ponderación alguna y, en su lugar, incluir en el análisis las diferencias y semejanzas en las respuestas según procedieran de profesionales del sistema sanitario o del sistema de Servicios Sociales, así como el nivel de significación estadística de tales semejanzas o diferencias en las variables referidas a la experiencia de coordinación sociosanitaria y las necesidades de formación e información.

La explotación de los datos combinó diferentes tipos de análisis:

- Análisis descriptivo univariable y bivariable, a través del estudio de frecuencias, de las medidas de tendencia central y dispersión en función del nivel de medición de las variables, y de tablas de contingencia.
- Análisis explicativo, mediante diferentes pruebas de asociación entre variables en función de su nivel de medición (coeficiente de correlación  $r$  de Pearson, coeficiente  $\chi^2$  de Pearson, coeficiente  $V$  de Cramer) y de diferencias de medias entre grupos (análisis  $t$  de Student, análisis de la varianza de un factor ANOVA). Con ello se pretendía conocer el comportamiento de dos o más variables, establecer diferencias significativas en los grupos muestrales o establecer la independencia o dependencia entre las variables. Este tipo de análisis fue realizado únicamente para las variables referidas a las características de las experiencias de coordinación

y a las necesidades de información y de formación para la coordinación sociosanitaria entre trabajadores y trabajadoras sociales.

Por último, y al objeto de facilitar su lectura y limitar su extensión por razones de espacio, en este trabajo hemos optado por aligerar su contenido lo más posible de tablas, índices, etc.

### III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 3.1. El contexto laboral de la coordinación: los centros de trabajo.

Los resultados relativos a las características del contexto laboral de los encuestados son resumidos en la tabla nº 2.

Tabla 2. Características de los Centros de trabajo

	f			%		
<b>Sistema de protección</b>						
Sistema sanitario	151			80.3		
Sistema de Servicios Sociales	37			19.7		
<b>Total</b>	<b>188</b>			<b>100.0</b>		
	<b>TOTAL</b>	<b>Sanid.</b>	<b>SS.SS.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Sanid.</b>	<b>SS.SS.</b>
<b>Nivel de atención</b>						
Atención primaria	151	21	130	80.3	56.8	86.1
Atención especializada	37	16	21	19.7	43.2	13.9
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>37</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Tamaño del Centro de trabajo</b>						
De 1 a 10 trabajadores/as	50	5	45	26.7	13.5	30.0
De 11 a 20 trabajadores/as	69	2	67	36.9	5.4	44.7
De 21 a 50 trabajadores/as	47	17	30	25.1	45.9	20.0
Más de 50 trabajadores/as	21	13	8	11.2	35.1	5.3
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>37</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Número de TT.SS. del Centro de trabajo</b>						
Uno	59	31	28	31.4	83.8	18.5
Dos	24	3	21	12.8	8.1	13.9
Tres	23	2	21	12.2	5.4	13.9
Más de tres	82	1	81	43.6	2.7	53.6
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>37</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

El sistema de protección en el que se ubicaba el Centro de trabajo estuvo encabezado por el sistema de Servicios Sociales; la mayoría de las respuestas válidas fueron obtenidas de trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales (80.3%), frente a las de los del sistema sanitario (19.7%).

De acuerdo con el nivel de atención prestado por la entidad, la mayor parte de las personas encuestadas trabajaban en Servicios de Atención Primaria (80.3%) y el resto en Servicios de Atención Especializada

(19.7%). Aunque los profesionales de la Atención Primaria fueron mayoritarios tanto en los servicios sociales como en la sanidad, fue en los primeros donde esta representación fue mayor en relación con el total de profesionales de los servicios sociales que contestaron (86.1%).

En cuanto al tamaño de los Centros de trabajo, estimado a partir del número de trabajadores de todas las categorías que desempeñaban su actividad profesional en ellos, los resultados señalaron que la mayoría de los/as trabajadores/as sociales se ubicaban en centros pequeños (de 1 a 10 trabajadores/as), medianos (de 11 a 20) o grandes (de 21 a 50) en porcentajes entre el 25 y el 36%. Los centros muy grandes (más de 50 trabajadores/as) fueron los más escasos. Por sistemas de protección, en el sistema sanitario fueron más numerosos los Centros con 21 trabajadores o más (81%), mientras que en el de Servicios sociales los más representados fueron los Centros con menos de 21 trabajadores (74.7%). Esto último es coherente con lo señalado para el nivel de atención, ya que en el sistema sanitario había una mayor proporción de servicios especializados, fundamentalmente hospitales, mientras que en los servicios sociales eran una abrumadora mayoría los servicios de atención primaria. Tengamos en cuenta que la atención social primaria es responsabilidad de los ayuntamientos y el 77.9% de éstos son municipios con menos de 20.000 habitantes en la provincia de Alicante, según el último Padrón de habitantes de 2003 (Anuario Social de España, 2004), de lo que se desprende una organización municipal de pequeño o mediano tamaño.

Por último, respecto al número de trabajadores/as sociales del Centro de trabajo existía una clara polarización: aunque la mayoría de los Centros contaba con más de tres (43.6%), casi un tercio del total contaba con sólo uno/a (31.4%). En el sistema sanitario, la norma era que existiera un/a único/a trabajador/a social (83.8%). Por el contrario, en los servicios sociales lo más habitual era que trabajaran más de tres trabajadores/as sociales por Centro (53.6%); los profesionales que no trabajaban con colegas de la misma disciplina sólo eran el 18.5%.

En conclusión, se puede afirmar que:

- Existe una mayor dotación de profesionales del Trabajo Social en el sistema de servicios sociales que en el sanitario.
- La ubicación predominante de los/as trabajadores/as sociales en los servicios de atención primaria, en consonancia con la mayor representación de éstos en los servicios sociales, donde en dicho nivel constituyen la figura profesional de referencia del sistema.

- El trabajo de estos profesionales en centros medianos y pequeños en el caso de los servicios sociales y en centros grandes o muy grandes en el caso del sistema sanitario.
- Sin embargo, en los servicios sociales predomina la tendencia a que los/as trabajadores/as sociales trabajen con otros colegas de disciplina en el mismo Centro de trabajo, mientras que en el sistema sanitario, lo habitual es que exista un/a único/a trabajador/a social por Centro de trabajo.

### 3.2. El contexto profesional de la coordinación: Aspectos demográficos y profesionales.

Los resultados mostraron el siguiente perfil demográfico entre los/as trabajadores/as sociales encuestados/as (tabla nº 3):

- Se trataba fundamentalmente de mujeres (93%).
- Con una edad media de 37 años cumplidos. Además, casi la mitad de ellos/as se concentraba en el intervalo de edad entre 30 y 39 años (49.5%).

Tabla 3. Características demográficas

	f	%
<b>Sexo</b>		
Mujer	173	93.0
Varón	13	7.0
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad</b>		
De 20 a 29 años	20	11.0
De 30 a 39 años	93	51.1
De 40 a 49 años	58	31.9
De 50 a 59 años	9	4.9
Más de 59 años	2	1.1
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.0</b>

Las características profesionales de las personas encuestadas se resumen en la tabla nº 4.

El tiempo de experiencia medio en el ejercicio de la actividad profesional actual de los/as trabajadores/as sociales encuestados, eliminando el efecto de los valores atípicos, era de 10.7 años (DT=6.3; rango:0-26). Dicha media fue similar tanto en servicios sociales como en sanidad. La mayoría de las personas encuestadas se situaban en el intervalo de 10 a 19 años de experiencia (45.4%), seguidas de cerca por aquéllas que contaban con menos de 10 años de experiencia en la actividad actual (43.2%).

Tabla 4. Características profesionales

	f			%					
	TOTAL	Sanid.	SS.SS.	TOTAL	Sanid.	SS.SS.			
<b>Años de experiencia en la actividad actual</b>									
Menos de 5 años	40	9	31	21.6	24.3	20.9			
De 5 a 9 años	40	6	34	21.6	16.2	23.0			
De 10 a 19 años	84	13	71	45.4	35.1	48.0			
Más de 19 años	21	9	12	11.4	24.3	8.1			
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>37</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>			
<b>Tipo de relación laboral</b>									
Personal fijo	125	18	107	66.8	50.0	70.9			
Personal interino	34	14	20	18.2	38.9	13.2			
Personal temporal	25	4	21	13.4	11.1	13.9			
Personal fijo discontinuo	3	0	3	1.6	0.0	2.0			
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>36</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>			
<b>Tipo de población usuaria más habitual</b>									
Población general	100	15	85	54.9	40.5	58.6			
Sectores específicos	82	22	60	45.1	59.5	41.4			
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>37</b>	<b>145</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>			
	<b>Media</b>		<b>DT</b>			<b>Rango</b>			
	<b>Total</b>	<b>Sanid.</b>	<b>SS.SS.</b>	<b>Total</b>	<b>Sanid.</b>	<b>SS.SS.</b>	<b>Total</b>	<b>Sanid.</b>	<b>SS.SS.</b>
<b>Tiempo de experiencia en la actividad actual (1)</b>	10.7	11.0	10.6	6.3	7.1	6.1	0-26	0-23	0-26
<b>Tipo de actividad profesional (2)</b>									
Activ. de interv. directa	4.4	4.8	4.3	1.1	0.5	1.1	0-5	3-5	0-5
Activ. de interv. indirecta	3.0	2.4	3.2	1.8	1.3	1.8	0-5	0-5	0-5

1) Tiempo de experiencia en la actividad actual, filtrados los casos atípicos: n total=182; n Sanidad=34; n SS.SS.=148.

2) Actividades de interv. directa: n total=185; n Sanidad=37; n SS.SS.=148. Actividades de interv. indirecta: n total=175; n Sanidad=35; n SS.SS.=140.

Respecto al tipo de relación laboral de los/as trabajadores/as sociales con su organización, los dos tercios de las personas encuestadas eran personal fijo (66.8%). La mayor temporalidad en el empleo se observa entre los/as trabajadores/as sociales del sistema sanitario (50%), mientras que en los servicios sociales aparece el mayor porcentaje de estabilidad laboral de los profesionales (70.9%).

En relación con el tipo de actividad profesional que realizan se observa un predominio de las actividades de intervención directa (media:4.4; DT=1.1; rango:0-5), que implica contacto directo con usuarios/as del servicio, sobre las de intervención indirecta (media:3.03; DT=1.8; rango:0-5). Por sistemas de protección, aunque no son grandes las diferencias, en los servicios sociales se realiza un mayor grado de actividades indirectas y un menor grado de actividades directas que en el sistema sanitario.

El tipo de población más habitual con la que estos profesionales trabajan es la población en general (54.9%), dato éste coherente con que

la mayoría trabaja en servicios de atención primaria, en su mayor parte de carácter universal y polivalente. A distancia, los grupos de población con los que también se trabaja son las personas mayores (13.7%) y los menores y sus familias (10.4%).

Por su especial relevancia para las cuestiones de coordinación socio-sanitaria, cabe destacar que son poco numerosos los encuestados que trabajan principal y habitualmente con personas con discapacidades, personas con enfermedades mentales, personas con enfermedades agudas o crónicas con problemas de adicciones.

Por sistemas de protección, en los servicios sociales se trabaja en mayor grado con población general (58.6%) que en el sistema sanitario (40.5%). Detallando los sectores de población con los que se trabaja más habitualmente, además de la importante presencia del trabajo con población general seguido del trabajo con personas mayores (para el 72.4% de las personas encuestadas en los servicios sociales y para el 54 % en la sanidad), en el sistema sanitario destaca también el trabajo con extranjeros (16.2 %), a diferencia de lo que ocurre en el sistema de servicios sociales, donde se interviene con familias y menores (12.4 %).

Se pueden explicar estas diferencias por varias razones:

- En primer lugar, no olvidemos la abundante representación de profesionales de la Atención Primaria entre los encuestados, de ahí su énfasis en el trabajo con población general, sin perjuicio del trabajo realizado también con colectivos vulnerables.
- En segundo lugar, fue en el sistema sanitario donde se obtuvo una mayor representación de la Atención Especializada, normalmente dirigida a sectores específicos de la población o a grupos comunes de problemas. Este hecho explica también los mayores porcentajes de respuesta en los sectores de población en el sistema sanitario.
- En tercer lugar, la presencia relevante del sector “inmigrantes” en la sanidad frente a los servicios sociales puede ser explicada porque en este segundo sistema de protección, en términos generales, este sector es atendido con arreglo a las respuestas dispuestas para toda la población, nacional o extranjera, mientras que en los servicios sanitarios se han dispuesto respuestas específicas para este colectivo, como la Tarjeta Solidaria, que suponen una gran parte de la actividad diaria de los profesionales.

En síntesis, estos resultados señalan que:

- Se trata de unos/as profesionales con una experiencia media en el desempeño de la actividad actual.
- Mantienen una relación laboral estable con su organización, aunque destaca que para la mitad de los/as profesionales del sistema sanitario se trata de una relación laboral temporal.
- La mayor parte del trabajo diario consiste en actividades de relación directa profesional-usuario (actividades directas). Respecto a la intervención indirecta, es en los servicios sociales donde ésta se realiza en mayor grado.
- El tipo de población con la que se trabaja habitualmente es la población general; no olvidemos que están muy representados en las respuestas los profesionales de la atención primaria.
- De los sectores con los que con más frecuencia se trabaja destacan, por este orden, las personas mayores y los menores y sus familias.
- Por sistemas de protección, además del trabajo habitual con población general y con población mayor en ambos, se observa la correspondencia entre los sectores atendidos habitualmente y las competencias del sistema o las respuestas sectoriales creadas por éstos. Así, en el sanitario destaca además la atención habitual a extranjeros. Por su parte, en los servicios sociales lo hace la intervención frecuente con las familias y los menores.

### 3.3. *El diagnóstico general de la situación de la coordinación socio-sanitaria entre trabajadores/as sociales.*

El grupo de investigación consideró que se obtenía una información más rica de la mayor parte de las variables de este grupo si, en lugar de ofrecer opciones de respuesta dicotómicas, se optaba porque las personas encuestadas señalaran el grado en que el aspecto por el que se preguntaba estaba presente o debía de estarlo en su realidad laboral (mecanismos de coordinación, finalidad de la coordinación, tipo de servicios con los que se mantenía coordinación actual, nivel global de coordinación actual, tipo de servicios con los que se deberían de coordinar, facilitadores y dificultadores de la coordinación). Por lo tanto, la medición de estas variables se realizó mediante escalas de Likert de dos tipos: de 6 puntos, con valores entre 0 (nada) y 5 (mucho); y de 10 puntos, con valores entre 0 (nada) y 9 (mucho)<sup>3</sup>.

3 La interpretación de las puntuaciones medias obtenidas en la población se realizó con arreglo a los siguientes criterios:

- Para las escalas de 6 puntos: nivel muy bajo (< 1 punto), bajo ( $\geq 1$  y < 2 puntos), medio ( $\geq 2$  y < 3 puntos), alto ( $\geq 3$  y < 4 puntos) y muy alto ( $\geq 4$  puntos).

Para el diagnóstico, el análisis univariable se combinó con tablas de contingencia con el fin de conocer la distribución de los resultados según determinadas variables del Centro de trabajo y de la actividad profesional (comarca, sistema de protección, nivel de atención, años de experiencia en la actividad actual, tipo de relación laboral, tipo de actividad profesional y tipo de población usuaria). Asimismo, se analizó el nivel de significación estadística de las relaciones entre las variables mencionadas y las referidas a las experiencias de coordinación socio-sanitaria.

### 3.3.1. Mecanismos de coordinación

Actualmente, el medio más frecuente por el que los/as trabajadores/as sociales se coordinan con otros servicios en materia sociosanitaria es el contacto telefónico, con una puntuación media de 4.3 (DT=1.03; rango:1-5).

Se hace un uso medio de mecanismos como las entrevistas esporádicas, los informes sociales (media=2.18; DT=1.28; rango 0-5) y las reuniones puntuales para la coordinación sociosanitaria (media=2.11; DT=1.32; rango 0-5). Es baja la utilización de reuniones periódicas programadas, documentos específicos del Centro de trabajo, hojas de derivación, con medias entre 1.86 y 1.32 puntos y desviaciones típicas entre 2.50 y 1.82 (rango:0-5). Por último es muy bajo el uso de protocolos conjuntos del Sistema Sanitario y de los Servicios Sociales (media=0.58; DT=1.37; rango 0-5).

Por sistemas de protección, la media de uso de todos los mecanismos de coordinación propuestos fue superior entre los profesionales del sistema sanitario que entre los de los servicios sociales, con diferencias de 0.40 a 1.16 puntos entre unos y otros.

El análisis de la varianza de un factor ANOVA indicó que existían diferencias de medias diferentes estadísticamente significativas en función de la localización geográfica (comarca) en el uso de documentos específicos del Centro de Trabajo, a la vez que ésta se convertía en un factor que permitía predecir el grado de uso de dicho mecanismo. Específicamente este análisis encontró medias significativamente diferentes en el nivel de utilización de este tipo de mecanismo de coordinación ( $F=2.22$ ;  $p<0.05$ ) entre la comarca de L'Alacantí y la del Vinalopó Mitjà. En el primero de los casos la media de uso de dicho instrumento de

- Para la escala de 10 puntos: nivel muy bajo (< 1.5 puntos), bajo ( $\geq 1.5$  y < 3 puntos), medio-bajo ( $\geq 3$  y < 4.5 puntos), medio-alto ( $\geq 4.5$  y < 6 puntos), alto (valores  $\geq 6$  y < 7.5 puntos) y muy alto (valores  $\geq 7.5$  puntos).

coordinación fue de 1.75 puntos (rango:0-5; DT=1.82), mientras que en el Vinalopó Mitjà fue de 0.28 puntos (rango:0-5; DT=0.67).

Esta relación puede ser explicada por la diferente dotación de recursos, tanto profesionales (trabajadores sociales) como institucionales, que daría lugar a una mayor probabilidad de coordinación mediante documentos específicos entre los trabajadores sociales de un Centro de trabajo existentes en un mismo territorio comarcal, a la vez que la presencia o no de instituciones de gran tamaño también aumentaría o disminuiría el grado de uso de documentos específicamente creados para la coordinación interna de las diferentes unidades de dichas instituciones.

Las pruebas *t* de Student (tabla nº 5) encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de uso de los diferentes mecanismos de coordinación entre grupos de encuestados de acuerdo con las siguientes variables:

- a) El sistema de protección en el que se trabajara (sanidad o servicios sociales):
  - Contactos telefónicos: la media de uso de este mecanismo de coordinación era significativamente superior en el sistema sanitario que en el sistema de servicios sociales ( $t=2.29$ ;  $p<0.05$ ). La explicación podría residir en que son los servicios sociales los que cuentan con la mayor parte de los recursos sociales y sociosanitarios; en función de este hecho son los trabajadores sociales del sistema sanitario los que mayores iniciativas de coordinación tienen. También éste es un mecanismo ágil de coordinación que permite establecer un contacto rápido ante situaciones urgentes, probablemente más frecuentes en el sistema sanitario.
  - Hojas de derivación: la media de uso de este mecanismo de coordinación era significativamente superior en el sistema sanitario que en el sistema de servicios sociales ( $t=4.76$ ;  $p=0.00$ ). El sistema sanitario cuenta con hojas institucionales de derivación de casos como un mecanismo tradicional de coordinación interna, de ahí el mayor hábito en el uso de este instrumento de coordinación que entre los profesionales de los servicios sociales.
- b) El nivel de atención (servicios de atención primaria o de atención especializada): el uso medio de documentos específicos del Centro de trabajo fue significativamente superior en los servicios de atención especializada que en los servicios de atención primaria ( $t=-2.78$ ;  $p<0.01$ ). Por lo general, este tipo de servicios son de mayor tamaño que los de atención primaria. Este hecho ha conducido a que se desarrollen documentos específicos de coordinación sociosanitaria en

el propio Centro de trabajo que garanticen la coordinación interna de sus diferentes unidades o servicios.

- c) El sector de población con el que se trabajara (población general o sectores específicos): los contactos telefónicos eran significativamente más utilizados entre profesionales que trabajaban con la población en general que los que lo hacían con sectores específicos ( $t = -2.78$ ;  $p < 0.01$ ). El trabajo con población general está principalmente atribuido a la atención primaria. Como servicios de primer nivel, tanto del sistema sanitario como de servicios sociales, a ellos llegan la población y las demandas más diversas y también los problemas en primera instancia. Además, el trabajo con todo tipo de población requiere el manejo de una gran cantidad y diversidad de información para poder informar, orientar y responder a sus necesidades. El teléfono se convierte así en un mecanismo de coordinación ágil y que permite el acceso a información, profesionales y servicios diversos. Además, los servicios de atención primaria se constituyen en un nivel típico de diagnóstico y derivación, mientras que los de atención especializada son servicios fundamentalmente de recepción de derivaciones.

Tabla 5. Diferencias de medias significativas en los mecanismos de coordinación utilizados.

Mecanismo de coordinación	t	p		Media	DT	Rango
Contactos telefónicos	2.29	<.05	Sanidad	4.68	1.71	2-5
			SS.SS.	4.25	0.71	1-5
Hojas de derivación	4.76	.000	Sanidad	2.23	1.06	0-4
			SS.SS.	1.07	1.33	0-5
Documentos específicos del Centro	-2.78	<.01	At. primaria	1.17	1.45	0-5
			At. especializada	2.00	1.89	0-4
Contactos telefónicos	-2.78	<.01	Población general	4.54	0.84	1-5
			Sectores específicos	4.07	1.18	1-5

Por lo que respecta a la relación existente entre los diferentes mecanismos de coordinación entre sí y con determinadas variables continuas (tiempo de experiencia del profesional en la actividad actual y tipo de actividad profesional), el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson señaló asociaciones significativas de bajas a fuertes, de las que sólo recogemos las que mostraron un nivel fuerte de asociación. Así, las asociaciones halladas entre los diferentes mecanismos de coordinación fueron todas positivas en niveles de bajos a fuertes. Ello indicó que a medida que aumentaba el grado de uso de uno de los mecanismos, aumentaba también el uso del otro, y viceversa. Las parejas de instrumentos de coordinación entre los que se encontró asociación fuerte fueron las siguientes: las entrevistas esporádicas y las reuniones periódicas programadas ( $r = 0.572$ ;  $p = 0.00$ ) o las reuniones puntuales ( $r = 0.632$ ;  $p = 0.00$ );

las reuniones periódicas puntuales y las reuniones puntuales ( $r=0.571$ ;  $p=0.00$ ); las hojas de derivación y los documentos específicos del Centro de trabajo ( $r=0.509$ ;  $p=0.00$ ).

Estos resultados muestran que existe una fuerte asociación positiva entre los mecanismos de coordinación que implican un contacto directo entre los profesionales. De este modo, los profesionales que utilizan uno de los mecanismos de coordinación de contacto directo tienden a utilizar el resto de mecanismos de contacto directo como instrumento de coordinación. Por su parte, la asociación entre hojas de derivación y documentos específicos puede ser explicada porque las primeras constituyen uno de los documentos específicos del Centro de trabajo en la totalidad de los servicios sanitarios, de modo que habrían sido incluidas en ellos en la respuesta.

### 3.3.2. Finalidad de la coordinación

Las finalidades para las que se emplea la coordinación sociosanitaria en un nivel elevado son el completar información sobre casos concretos, con una media de 3.7 (DT=1.3; rango:0-5), y el realizar seguimiento de casos concretos, con una media de 3.4 puntos (DT=1.4; rango:0-5).

Se hace un uso medio de este tipo de coordinación para lograr complementariedad de prestaciones y recursos, planificar intervenciones profesionales, obtener/facilitar información bidireccional sobre recursos o realizar intervenciones profesionales conjuntas, con medias entre 2.45 y 2.24 puntos y desviaciones típicas entre 2.36 y 1.71 (rango 0-5).

Es escasa la utilización de la coordinación sociosanitaria para la coordinación interna con otros equipos o profesionales de la organización, para delimitar tareas y funciones, con medias de 1.60 y 1.40 y desviaciones típicas de 2.56 y 1.79 respectivamente (rango 0-5).

Por su parte, es prácticamente nulo el uso de la coordinación sociosanitaria para elaborar proyectos de naturaleza comunitaria o de otro tipo de proyectos o programas, con medias de 0.65 y 0.62 y desviaciones típicas de 1.06 y 1.07 respectivamente (rango 0-4).

Por sistemas de protección, las medias con que la coordinación sociosanitaria se realizaba con la finalidad propuesta fueron superiores entre los profesionales de la sanidad que entre los de los servicios sociales, con diferencias de 0.15 a 1.30 puntos entre unos y otros.

De nuevo, el análisis de la varianza de un factor ANOVA indicó que existían medias diferentes estadísticamente significativas en función de la localización geográfica (comarca) en el uso de la coordinación socio-

sanitaria para la coordinación interna con otros equipos o profesionales del Centro de trabajo, a la vez que ésta se convertía en un factor que permitía predecir el grado de uso de dicha finalidad. Específicamente este análisis encontró medias significativamente diferentes en el empleo de la coordinación sociosanitaria con esta finalidad ( $F=2.38$ ;  $p<0.05$ ) entre la comarca de L'Alacantí y la del Baix Segura. En el primero de los casos la media de uso de dicha finalidad fue de 1.96 puntos (rango:0-5;  $DT=1.79$ ), mientras que en el Baix Segura fue de 0.53 puntos (rango: 0-4;  $DT=1.07$ ).

Destaca que la finalidad que puede ser predicha en función de la comarca de trabajo sea la de la coordinación interna del Centro de trabajo, pues éste es el principal destino de los documentos específicos del Centro de trabajo, también relacionados con la comarca, hecho éste que aporta coherencia al análisis y robustez a los datos. La explicación sería similar a la dada para el mecanismo de coordinación mencionado, y especialmente, la presencia o no de instituciones de gran tamaño en la comarca, dotadas éstas de mayor número de trabajadores sociales y de servicios, que precisarían utilizar la coordinación sociosanitaria para la articulación interna de sus diferentes unidades, servicios y profesionales.

Las pruebas *t* de Student (tabla nº 6) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes finalidades con que se utilizaba la coordinación sociosanitaria y los siguientes grupos de encuestados de acuerdo con las siguientes variables de agrupación:

- a) El sistema de protección en el que se trabajara (sanidad o servicios sociales):
  - Lograr complementariedad de prestaciones y recursos: la media de uso de esta finalidad era significativamente superior en el sistema sanitario que en el sistema de servicios sociales ( $t=3.00$ ;  $p<0.05$ ). Aquí de nuevo se puede explicar por la mayor dependencia de los profesionales del sistema sanitario de los recursos sociales y sociosanitarios, en su mayor parte dependientes del sistema de servicios sociales.
  - Elaboración de proyectos comunitarios: la media de uso de esta finalidad era significativamente superior en el sistema sanitario que en el sistema de servicios sociales ( $t=3.81$ ;  $p=0.00$ ). En la práctica, el sistema sanitario trabaja en mayor medida bajo el principio de universalidad de lo que lo hacen los servicios sociales. Por otro lado, los proyectos comunitarios son propios del nivel de atención primaria de servicios sociales, hoy por hoy escorado hacia objetivos más asistenciales que preventivos. Tampoco hay que olvidar

la diferente dotación de trabajadores sociales en ambos sistemas (más en los servicios sociales que en la sanidad), si entendemos que la presencia de trabajadores sociales es un facilitador para la coordinación sociosanitaria. La ausencia de trabajadores sociales en muchos de los dispositivos sanitarios llevaría a la tendencia de los profesionales de los servicios sociales a no establecer la coordinación sociosanitaria para la elaboración de los proyectos comunitarios.

- b) El nivel de atención (servicios de atención primaria o de atención especializada):
- Elaboración de otros programas o proyectos distintos a los comunitarios: la media de uso de esta finalidad era significativamente superior en la atención especializada en relación con la atención primaria ( $t=-2.51$ ;  $p<0.05$ ). Aquí podríamos señalar que el volumen de trabajo que soporta la atención primaria, su orientación práctica más asistencial y la diversidad de población con la que trabaja estarían influyendo en el uso de esta finalidad más en el nivel de atención especializada que en este nivel.
  - Coordinación interna con otros equipos o profesionales del Centro de trabajo: la media de uso de esta finalidad era significativamente superior en la atención especializada respecto a la atención primaria ( $t=-2.72$ ;  $p<0.05$ ). Nuevamente esta relación puede ser explicada porque los servicios de atención especializada, por lo general, son instituciones de gran tamaño con diferentes profesionales y servicios, que precisan establecer estrategias de coordinación interna de éstos dentro de la institución.

Tabla 6. Diferencias de medias significativas en las diferentes finalidades de la coordinación.

FINALIDAD	t	p		Media	DT	Rango
Lograr complementariedad de prestaciones y recursos	3.00	<.05	Sanidad	3.15	1.28	0-5
			SS.SS.	2.29	1.53	0-5
Elaboración de proyectos comunitarios	3.81	.000	Sanidad	1.21	1.19	0-4
			SS.SS.	0.48	0.94	0-4
Elaboración de otros proyectos o programas distintos a los comunitarios	-2.51	<.05	At. primaria	0.56	0.92	0-4
			At. especializada	1.06	1.34	0-4
Coordinación interna con otros equipos o profesionales del Centro de trabajo	-2.72	<.05	At. primaria	1.44	1.47	0-5
			At. especializada	2.28	1.92	0-5

El coeficiente de correlación  $r$  de Pearson señaló asociaciones significativas de bajas a muy fuertes, bien positivas, bien negativas, entre las diferentes finalidades de la coordinación sociosanitaria entre sí y con

determinadas variables continuas (tiempo de experiencia del profesional en la actividad actual y tipo de actividad profesional). De ellas sólo recogemos las que presentaron un nivel fuerte o muy fuerte, que fue hallado entre las diferentes finalidades entre sí. Entre ellas las asociaciones fueron todas positivas en niveles de bajos a muy fuertes, indicando que a medida que aumentaba el grado de uso de uno de las finalidades, aumentaba también el uso de la otra, y viceversa. Las parejas de finalidades entre las que se encontró asociación muy fuerte o fuerte fueron las siguientes:

- Asociación positiva muy fuerte entre los siguientes pares: planificar la intervención y realizar intervenciones conjuntas ( $r=0.746$ ;  $p<0.01$ ); elaboración de proyectos comunitarios y elaboración de otros programas o proyectos ( $r=0.809$ ;  $p<0.01$ ).
- Asociación positiva fuerte entre los siguientes pares: realizar seguimiento de casos concretos y completar información sobre casos ( $r=0.591$ ;  $p<0.01$ ), planificar intervenciones ( $r=0.559$ ;  $p<0.01$ ), realizar intervenciones conjuntas ( $r=0.582$ ;  $p<0.01$ ); lograr complementariedad de prestaciones y recursos y realizar seguimiento de casos ( $r=0.526$ ;  $p<0.01$ ), planificar intervención ( $r=0.575$ ;  $p<0.01$ ), realizar intervenciones conjuntas ( $r=0.607$ ;  $p<0.01$ ), informar bidireccionalmente sobre prestaciones y recursos ( $r=0.587$ ;  $p<0.01$ ) o delimitar tareas y funciones ( $r=0.510$ ;  $p<0.01$ ); delimitar tareas y funciones y planificar intervención ( $r=0.540$ ;  $p<0.01$ ), realizar intervenciones conjuntas ( $r=0.616$ ;  $p<0.01$ ), elaboración de proyectos comunitarios ( $r=0.539$ ;  $p<0.01$ ), elaboración de otros proyectos o programas ( $r=0.514$ ;  $p<0.01$ ); coordinación interna con otros equipos o profesionales y elaboración de proyectos o programas distintos a los comunitarios ( $r=0.545$ ;  $p<0.01$ ).

A partir de estas asociaciones podemos señalar la existencia de dos tipos de tendencias en la finalidad con que se usa la coordinación sociosanitaria: por un lado, el trabajo de casos orientaría la coordinación sociosanitaria a finalidades más vinculadas a dicho trabajo (completar información sobre casos concretos, realizar seguimientos, planificar intervenciones profesionales, realizar intervenciones conjuntas, lograr complementariedad de prestaciones y recursos); por otro lado, el trabajo por proyectos, que orienta la coordinación sociosanitaria a finalidades relacionadas con éste (delimitación de tareas y funciones, coordinación interna, elaboración de proyectos, planificar intervenciones, etc.).

### 3.3.3. Tipo de servicios con los que se mantiene coordinación actual

Actualmente se mantiene un nivel alto de coordinación sociosanitaria con los Servicios Sociales de Atención Primaria, con una media de 3.7 puntos (rango:0-5; DT= 1.5), y con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, en este caso con una media de 3 puntos (rango:0-5; DT=1.3).

En el nivel medio se sitúan la coordinación con el sistema educativo (Servicios Psicopedagógicos o equivalentes y centros escolares), con la iniciativa social, con Servicios Sociales especializados para determinados sectores de población (por este orden, personas mayores, menores, Centros de Valoración y Orientación, personas con discapacidad, mujer y personas con enfermedades mentales crónicas) y con Servicios Sanitarios especializados (Unidades de Conductas Adictivas y/o Unidades Antialcohólicas, Hospitales y Unidades de Salud Mental). Las medias oscilan entre 2.62 y 2.01, con desviaciones típicas entre 3.29 y 1.91 (rango 0-5).

Se mantiene un bajo grado de coordinación sociosanitaria con el sistema judicial, Servicios Sociales especializados para inmigrantes o de atención temprana, con el sistema de empleo, con Servicios penitenciarios, con Servicios Sanitarios especializados (Planificación familiar o SAIP) y con instituciones religiosas. Las medias varían entre 1.61 y 1.11, con desviaciones típicas entre 2.60 y 1.73 (rango 0-5).

Por último, es muy bajo el nivel de coordinación que se mantiene con Servicios Sanitarios especializados como las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (media=0.63; DT=1.23; rango: 0-5) o las Unidades de Demencias (media=0.53; DT=0.97; rango: 0-5). Probablemente las causas residen, en el primer caso, en que sólo la UHD del Área de Salud nº 18 cuenta con trabajadora social, y en el segundo caso, que sólo existe una Unidad de Demencias de referencia para toda la provincia, ubicada en el Hospital de San Vicente, que es poco conocida aún dentro de la propia comarca.

El grado medio de coordinación actual con determinados servicios en función del sistema de protección en el que se trabajara fue:

- En el sistema sanitario existía un mayor nivel medio de coordinación con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, Hospitales, Unidades de Salud Mental, Planificación Familiar, Unidades de Hospitalización Domiciliaria, Unidades de Demencias, Servicio de Atención e Información al Paciente, Servicios Sociales de Atención Primaria, SS.SS. especializados para Tercera Edad, per-

sonas con discapacidad, Inmigrantes o los Centros de Valoración y Orientación, la iniciativa social y las instituciones religiosas.

- En los servicios sociales se daba un mayor nivel medio de coordinación con las Unidades de Conductas Adictivas y/o Unidades Antialcohólicas, SS.SS. especializados para menores, Centros escolares, Servicios Psicopedagógicos escolares o equivalente y sistema de Empleo.
- Existía un nivel similar de coordinación en uno y otro sistema de protección en el caso de los SS.SS. especializados para enfermos mentales crónicos, para mujeres o de Atención temprana, el sistema judicial y los servicios penitenciarios.

Respecto a la existencia de diferencias significativas en el grado y tipo de servicios con los que se mantenía coordinación actualmente, el análisis de la varianza de un factor ANOVA indicó que existían medias diferentes estadísticamente significativas en función de:

a) La localización geográfica (comarca) y el grado de coordinación con los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP) del sistema sanitario y los Servicios Psicopedagógicos escolares o servicio equivalente del sistema educativo. De este modo, la comarca de trabajo se convertía en un factor que permitía predecir el grado de coordinación actual con dichos servicios. Específicamente este análisis encontró medias significativamente diferentes en el grado de coordinación actual con:

- El SAIP ( $F=3.29$ ;  $p<0.05$ ) entre la comarca de El Comtat (Media:2.83; rango:2-4;  $DT=0.98$ ) y de L'Alacantí (Media:0.76; rango:0-4;  $DT=1.20$ ).
- Los SPE o servicios equivalentes ( $F=3.02$ ;  $p<0.05$ ) entre las comarcas del Baix Vinalopó (Media:3.52; rango:2-5;  $DT=0.99$ ) y L'Alacantí (Media:2.11; rango:0-5;  $DT=1.70$ ) o el Baix Segura (Media:1.74; rango:0-5;  $DT=1.66$ ).

En el caso de los SAIP, la presencia de trabajadores sociales en los Centros hospitalarios y/o de especialidades hace que la coordinación sea establecida preferentemente a través de ellos. En ausencia de estos profesionales, los trabajadores sociales establecerían la coordinación con estos centros sanitarios a través de los SAIP. El Hospital de Alcoi, de referencia para la comarca del Comtat cuenta con trabajadora social sólo desde finales de octubre de 2002, cosa que no ocurre en el Hospital de Alicante que cuenta con un Departamento de Trabajo Social ininterrumpido, con más de 2 profesionales. En el caso de los SPE las diferencias en el grado de coordinación según

la comarca pueden ser explicadas por la presencia o no de trabajadores sociales en los SPE, que actuarían como facilitadores de la coordinación (por ejemplo, en el caso de los SPE de la comarca de L'Alacantí, sólo uno de ellos cuenta con esta figura profesional, en los del Bajo Segura ninguno está dotado de trabajadores sociales).

En términos generales, se puede afirmar que las diferentes dotaciones de recursos institucionales y profesionales según la comarca tienen incidencia sobre los niveles de coordinación profesional, por un lado, porque aumenta la coordinación con servicios por el hecho de su mera existencia en el territorio comarcal; por otro lado, porque la presencia de colegas en dichos servicios actuaría como factor facilitador en el establecimiento de dicha coordinación.

b) El tipo de relación laboral y el grado de coordinación actual con las Unidades de Demencias del sistema sanitario, los Centros escolares, el sistema de empleo y las instituciones religiosas. De nuevo el tipo de relación laboral que el profesional mantenía con la organización permitía predecir el grado de coordinación actual con los servicios o sistemas mencionados. El análisis encontró medias significativamente diferentes en el grado de coordinación actual con:

- Las Unidades de Demencias ( $F=5.56$ ;  $p<0.05$ ) entre el personal interino (Media:0.38; rango:0-2;  $DT=0.71$ ) y el personal fijo (Media:0.42; rango:0-4;  $DT=0.84$ ) o temporal (Media:1.27; rango:0-5;  $DT=1.58$ ).
- Los Centros escolares ( $F=3.59$ ;  $p<0.05$ ) entre el personal interino (Media:2.03; rango:0-5;  $DT=1.63$ ) y el personal fijo discontinuo (Media:5.00; rango:5-5;  $DT=0.00$ ).
- El sistema de empleo ( $F=12.08$ ;  $p=0.00$ ) entre el personal fijo (Media:1.42; rango:0-5;  $DT=1.27$ ) y el temporal (Media:2.61; rango:0-5;  $DT=1.67$ ) o el fijo discontinuo (Media:5.00; rango:5-5;  $DT=0.00$ ); entre el personal interino (Media:1.15; rango:0-5;  $DT=1.52$ ) y el temporal (Media:2.61; rango:0-5;  $DT=1.67$ ) o el fijo discontinuo (Media:5.00; rango:5-5;  $DT=0.00$ ); y entre el personal temporal (Media:2.61; rango:0-5;  $DT=1.67$ ) y el fijo discontinuo (Media:5.00; rango:5-5;  $DT=0.00$ ).
- Las instituciones religiosas ( $F=3.42$ ;  $p<0.05$ ) entre el personal temporal (Media:1.92; rango:0-5;  $DT=1.50$ ) y el personal fijo (Media:1.11; rango:0-5;  $DT=1.25$ ) o interino (Media:1.00; rango:0-4;  $DT=1.13$ ).

En síntesis, con estas diferencias significativas se observa que la temporalidad en el empleo, entendida en este contexto como la falta

de continuidad o la falta de expectativas de continuidad en la actividad profesional (personal fijo discontinuo o personal temporal), se vincula a mayores niveles medios de coordinación probablemente por la falta o necesidad de conocimiento de la situación o cambios ocurridos en los recursos del territorio o del ámbito en el que se ha de trabajar.

Las pruebas *t* de Student (tabla nº 7) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de coordinación actual con diferentes tipos de servicios y los siguientes grupos de encuestados de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) El sistema de protección en el que se trabajara (sanidad o servicios sociales):
  - Con Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD): el grado medio de coordinación actual con dichos servicios era significativamente superior en el sistema sanitario que en el sistema de servicios sociales ( $t=4.34$ ;  $p=0.00$ ).
  - Con Unidades de Demencias: el grado medio de coordinación actual con dichos servicios era significativamente superior en el sistema sanitario que en los servicios sociales ( $t=3.56$ ;  $p=0.01$ ).
  - Con los Servicios de Atención e información al Paciente (SAIP): el grado medio de coordinación actual con dichos servicios era significativamente superior en el sistema sanitario que en el de servicios sociales ( $t=4.79$ ;  $p=0.00$ ).

Las razones de este fenómeno las podemos encontrar en que se trata de unidades o servicios propios del sistema sanitario y de ahí la existencia de un mayor nivel de coordinación con los trabajadores sociales de dicho sistema.

- b) El nivel de atención (atención primaria o especializada): el grado medio de coordinación actual con los Servicios Sociales especializados en Atención Temprana fue significativamente superior en la atención primaria que en la atención especializada ( $t=2.92$ ;  $p<0.05$ ). Estas diferencias pueden ser fácilmente explicadas si tenemos en cuenta que el nivel de atención primaria es la puerta de acceso y de primera detección de dificultades y problemas sociosanitarios, y además, en el caso del sistema sanitario, es este nivel de atención donde se realiza un seguimiento programado de la población neonata. De ahí, este mayor nivel de coordinación con los dispositivos especializados de atención temprana.

c) El tipo de población usuaria más habitual (población general o sectores específicos): el grado medio de coordinación actual con los Servicios Psicopedagógicos escolares (SPE) o servicios equivalentes fue significativamente superior en los profesionales que trabajaban con población general que en los que lo hacían con sectores específicos de población ( $t=2.49$ ;  $p<0.05$ ). Este fenómeno vendría a reforzar la idea de que entre los profesionales que manifiestan trabajar más habitualmente con población general se incluyen también en dicha población las familias y los menores, de ahí esta relevancia de la coordinación con los SPE, servicios orientados a los menores en edad escolar.

Tabla 7. Diferencias de medias significativas en el grado de coordinación actual con diferentes tipos de servicios

TIPO DE SERVICIO	t	p		Media	DT	Rango
Unidades de Hospitalización Domiciliaria	4.34	.000	Sanidad	1.33	1.45	0-5
			SS.SS.	0.44	0.92	0-5
Unidades de Demencias	3.56	.01	Sanidad	1.03	1.42	0-5
			SS.SS.	0.40	0.80	0-4
Servicios de Atención al Paciente (SAIP)	4.79	.000	Sanidad	2.17	1.72	0-5
			SS.SS.	0.88	1.33	0-5
SS.SS. Especializados (Atención Temprana)	2.92	<.05	At. primaria	1.20	1.36	0-5
			At. especializada	0.43	0.90	0-3
Servicios Psicopedagógicos Escolares o equivalente	2.49	<.05	Población general	2.89	1.53	0-5
			Sectores específicos	2.25	1.78	0-5

El coeficiente de correlación  $r$  de Pearson señaló asociaciones significativas de bajas a muy fuertes entre los diferentes servicios con los que se mantenía coordinación actual entre sí y con determinadas variables continuas (tiempo de experiencia del profesional en la actividad actual y tipo de actividad profesional), la mayor parte de ellas positivas. Sólo haremos referencia a las que mostraron un nivel de asociación fuerte o superior, en este caso, las existentes entre los diferentes servicios entre sí, aunque las asociaciones halladas fueron todas positivas, en niveles de bajas a muy fuertes. Ello indicó que a medida que aumentaba el grado de coordinación actual con uno de los servicios, aumentaba también el nivel de coordinación actual con otro de los servicios, y viceversa. Las parejas de servicios entre las que se encontró asociación muy fuerte, fuerte o moderada fueron las siguientes:

- Asociación positiva muy fuerte entre los siguientes pares: los Servicios Sociales especializados para personas con enfermedades mentales crónicas y los dirigidos a personas con discapacidad ( $r=0.726$ ;  $p<0.01$ ); Servicios Sociales especializados destinados a menores y los dirigidos a mujeres ( $r=0.708$ ;  $p<0.01$ ).

Estas asociaciones pueden ser explicadas, en el primer caso por la proximidad existente entre los servicios para personas con discapacidad y los dirigidos a personas con enfermedades mentales crónicas, de hecho las respuestas a ambos colectivos desde el ámbito de los servicios sociales son canalizadas desde los servicios para discapacitados. En el segundo caso, porque en muchas ocasiones el trabajo con mujeres implica también el trabajo con los hijos que dependen de éstas.

- Asociación positiva fuerte entre los siguientes pares: los Servicios Sociales especializados para personas con discapacidades y los Centros de Valoración y Orientación ( $r=0.675$ ;  $p<0.01$ ) o los Servicios Sociales especializados para mujeres ( $r=0.504$ ;  $p<0.01$ ); los Hospitales y las Unidades de Conductas Adictivas y/o Unidades antialcohólicas ( $r=0.503$ ;  $p<0.01$ ); las Unidades de Hospitalización Domiciliaria y las Unidades de Demencias ( $r=0.542$ ;  $p<0.01$ ); los Servicios Sociales especializados para personas con enfermedades mentales crónicas y las Unidades de Salud Mental ( $r=0.538$ ;  $p<0.01$ ), los Servicios Sociales especializados para mujeres ( $r=0.553$ ;  $p<0.01$ ), para inmigrantes ( $r=0.515$ ;  $p<0.01$ ) o los Centros de Valoración y Orientación ( $r=0.546$ ;  $p<0.01$ ); los Servicios Sociales especializados para menores y los Centros escolares ( $r=0.522$ ;  $p<0.01$ ) o los Servicios Psicopedagógicos escolares ( $r=0.564$ ;  $p<0.01$ ); los Servicios Sociales especializados en inmigración y los Centros de Valoración y Orientación ( $r=0.533$ ;  $p<0.01$ ) o los Servicios Sociales especializados para mujeres ( $r=0.582$ ;  $p<0.01$ ); los Centros escolares y los Servicios Psicopedagógicos escolares ( $r=0.651$ ;  $p<0.01$ ); el sistema judicial y los servicios penitenciarios ( $r=0.567$ ;  $p<0.01$ ), el sistema de empleo ( $r=0.530$ ;  $p<0.01$ ), la iniciativa social ( $r=0.550$ ;  $p<0.01$ ); el sistema de empleo y la instituciones religiosas ( $r=0.507$ ;  $p<0.01$ ).

De estas asociaciones podemos concluir la existencia de algunos conjuntos de servicios con los que los profesionales mantienen coordinación, debido a la afinidad de problemáticas del tipo de población con el que se trabaja: la coordinación recíproca entre servicios dirigidos a la población infanto-juvenil; la coordinación recíproca entre servicios vinculados a la reinserción de población reclusa (sistema judicial y penitenciario, sistema de empleo e iniciativa social); la coordinación entre Unidades especializadas orientadas a la población dependiente (UHD y Unidad de Demencias). La coordinación recíproca entre servicios dirigidos a las mujeres, las personas inmigrantes o las personas con discapacidad o enfermedades mentales crónicas ha sido probablemente de las asociaciones más sorprendentes y para las que el equipo de investigación no ha podido encontrar una explicación convincente.

### 3.3.4. Grado global de coordinación actual

En relación con el presente de la coordinación sociosanitaria, se pidió a las personas encuestadas que estimaran el grado general de coordinación sociosanitaria que mantenían con otros servicios desde su puesto de trabajo. El resultado fue que los/as encuestados/as valoraron que mantenían un nivel medio-bajo de coordinación sociosanitaria con servicios distintos al suyo, con una media de 3.6 puntos (rango:0-9; DT=2.1).

El análisis de la varianza de un factor ANOVA y las pruebas *t* de Student no encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas en función de la localización geográfica, del sistema de protección, del nivel de atención, del tipo de relación laboral con la organización o del tipo de población habitual con la que se trabajara. Tampoco se encontraron asociaciones significativas, mediante el coeficiente de correlación *r* de Pearson, con el tiempo de experiencia del profesional en la actividad actual o con el tipo de actividad profesional.

A pesar de lo anterior, sí consideramos relevante incluir las tendencias de respuesta de las personas encuestadas respecto al grado global de coordinación actual en función de algunas de las variables antes mencionadas:

- a) Localización geográfica: por comarcas, los profesionales de las Marinas, l'Alcoià, el Comtat y el Baix Vinalopó son los que manifestaron un mayor grado de coordinación actual, aun dentro del nivel general medio-bajo. El Vinalopó Mitjà y el Baix Segura fueron las comarcas con un nivel bajo de coordinación sociosanitaria actual. El resto de comarcas se situó en el nivel medio-bajo, en torno a la media general de todas las comarcas.
- b) El sistema de protección: los profesionales del sistema sanitario mostraron un mayor nivel de coordinación sociosanitaria que la que manifestaron los profesionales de los servicios sociales, aunque ambos en un grado medio-bajo.
- c) El tipo de relación laboral: el grado de coordinación sociosanitaria actual fue medio-alto en el caso del personal temporal y medio-bajo en el caso del personal estable. Es una excepción a esta última tendencia, el personal fijo discontinuo, que mostró un grado de coordinación sociosanitaria muy bajo, probablemente más por el tipo de trabajo y población con la que trabajaban (proyectos de realojo con población gitana) que por el tipo de relación laboral que mantenían con la organización.

- d) El sector de población con el que se trabaja más habitualmente: por último, manifestaron niveles similares de coordinación sociosanitaria los profesionales que trabajaban habitualmente con población en general y los que lo hacían con sectores específicos. Un análisis más detallado de los diferentes sectores de población muestra que los profesionales que trabajan con personas con enfermedades agudas o con enfermedades mentales mantener el grado de coordinación más alto (nivel medio-alto). Por su parte, quienes trabajan con personas mayores o con minorías étnicas apuntan a los niveles más bajos de coordinación sociosanitaria (nivel bajo). Probablemente este bajo nivel de coordinación entre los profesionales que trabajan con población mayor puede deberse a que actúan más por enfermedades agudas de esta población más que por pertenecer a ese sector de población.

### 3.3.5. Tipo de servicios con los que se debería mantener coordinación

El grupo de trabajo quería comparar la realidad de la coordinación sociosanitaria con cómo los/as profesionales consideraban que debía de ser. Así, se pidió a estos/as que señalaran el grado en que deberían de mantener cauces de coordinación sociosanitaria con otros servicios.

Los resultados apuntan a que, desde la perspectiva de las personas encuestadas, la coordinación sociosanitaria debería alcanzar un nivel muy alto con:

- Los Servicios Sociales de Atención Primaria, con una media de 4.7 (DT=0.7; rango:2-5).
- Los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, con una media de 4.4 (DT=0.9; rango:2-5).
- Las Unidades de Salud Mental, con un valor medio de 4.1 puntos (DT=1.0; rango:0-5).

Para el resto de Servicios Sanitarios especializados, para los Servicios Sociales especializados, para el sistema educativo, la iniciativa social, el sistema judicial y el sistema de empleo, se consideró que era necesario un nivel alto de coordinación, con medias entre 3.80 y 3.12 puntos, y desviaciones típicas entre 1.13 y 1.57 (rango:0-5).

En último lugar, se apuntó la necesidad de un nivel medio de coordinación con Servicios Penitenciarios e instituciones religiosas, con medias de 2.79 y 2.46 puntos, y desviaciones típicas entre 1.43 y 1.41, respectivamente (rango:0-5).

El grado medio de coordinación deseable con determinados servicios en función del sistema de protección en el que se trabajara fue:

- Mayor grado medio de coordinación en el sistema sanitario con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, Hospitales, Unidades de Salud Mental, Planificación Familiar, Unidades de Hospitalización Domiciliaria, Unidades de Demencias, Servicio de Atención e Información al Paciente, Servicios Sociales de Atención Primaria, SS.SS. especializados para Tercera Edad, personas con discapacidad, mujeres, inmigrantes, los Centros de Valoración y Orientación o Atención Temprana, la iniciativa social y las instituciones religiosas.
- Mayor grado medio de coordinación en los servicios sociales con las Unidades de Conductas Adictivas y/o Unidades Antialcohólicas, SS.SS. especializados para menores, Centros escolares, Servicios Psicopedagógicos escolares o equivalente, sistema de empleo y sistema judicial.
- Similar grado medio de coordinación, en el caso de los SS.SS. especializados para enfermos mentales crónicos o los servicios penitenciarios.

El análisis de la varianza de un factor ANOVA indicó que existían medias diferentes estadísticamente significativas en función de la localización geográfica (comarca) y el grado de coordinación deseable con los Centros escolares del sistema educativo. La comarca de trabajo era un factor que permitía predecir el grado de coordinación deseable con dichos servicios. Específicamente este análisis encontró medias significativamente diferentes en el grado de coordinación deseable ( $F=2.03$ ;  $p<0.05$ ) entre la comarca del Baix Vinalopó (Media=4.17; DT=0.83; rango:3-5) y de L'Alacantí (Media=3.09; DT=1.72; rango:0-5).

Estos resultados pueden ser explicados por la interacción de varios factores: la escasez de recursos profesionales no docentes en los Centros escolares; la abundancia de Centros escolares (por ejemplo, el Baix Vinalopó cuenta con mayor dotación de Centros educativos públicos en el mapa escolar que lo que ocurre en l'Alacantí) y la importancia creciente que tiene la presencia de alumnos inmigrantes en dichos centros.

Las pruebas *t* de Student encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de coordinación deseable con diferentes tipos de servicios y los siguientes grupos de encuestados de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) El sistema de protección en el que se trabajara (sanidad o servicios sociales):
  - Con Hospitales: el grado medio de coordinación deseable con dichos servicios era significativamente superior en el sistema sanitario que en el sistema de servicios sociales ( $t=4.41$ ;  $p=0.00$ ).

- Con SS.SS. especializados para personas mayores: el nivel medio de coordinación que se debería mantener con estos servicios era significativamente superior en la sanidad que en los servicios sociales ( $t=2.19$ ;  $p<0.05$ ).
- Con SS.SS. especializados para inmigrantes: el grado medio de coordinación deseable con estos servicios era significativamente mayor en el sistema sanitario que en el de servicios sociales ( $t=2.93$ ;  $p<0.05$ ).

Tabla 8. Diferencias de medias significativas en el grado de coordinación deseable con diferentes tipos de servicios, según el sistema de protección.

TIPO DE SERVICIO	t	p		Media	DT	Rango
Hospitales	4.41	.000	Sanidad	4.40	0.76	3-5
			SS.SS.	3.51	1.13	0-5
SS.SS Especializados (Personas mayores)	2.19	<.05	Sanidad	4.11	0.92	1-5
			SS.SS.	3.57	1.40	0-5
SS.SS Especializados (Inmigración)	2.93	<.05	Sanidad	4.06	1.07	0-5
			SS.SS.	3.26	1.52	0-5

Aunque las diferencias entre las medias de cada par de grupos no son muy elevadas, sí cabe resaltar algunas explicaciones a los mayores niveles de coordinación de los profesionales sanitarios con estos servicios: con los Hospitales reside en que éstos constituyen el nivel especializado del sistema sanitario adonde se deriva y desde donde son derivados casos tanto a la atención primaria como a otras unidades del sistema; la mayor coordinación con los servicios sociales dirigidos a personas mayores estriba en que los procesos de envejecimiento llevan a un mayor deterioro del nivel de salud por el que son atendidos en el sistema sanitario y desde éste se deberían arbitrar o se activarían actuaciones en coordinación con los servicios sociales; por último, la mayor coordinación deseada con los servicios sociales para inmigrantes tiene más que ver con que se desearía que éstos existieran pues en la actualidad no existen como servicios especializados, sobre todo si tenemos en cuenta además que los profesionales sanitarios no tienen acceso a recursos distintos a los de la red sanitaria para esta población.

- b) El nivel de atención (atención primaria o especializada): existían diferencias significativas en el grado medio de coordinación deseable con los servicios o sistemas que señalan a continuación. En todos ellos, las medias eran significativamente superiores en la atención primaria respecto a la atención especializada. La explicación de estas diferencias con tan abundantes servicios las podemos encontrar en que la atención primaria consiste en un nivel generalista y poli-

valente de intervención, donde se deben de realizar diagnósticos e intervenciones que no requieran una alta especialización en un único problema y donde se han de recibir o se han de derivar casos a la atención especializada o a otros sistemas de protección.

Tabla 9. Diferencias de medias significativas en el grado de coordinación deseable con diferentes tipos de servicios, según el nivel de atención

TIPO DE SERVICIO	t	p		Media	DT	Rango
Planificación Familiar	5.31	.000	At. primaria	3.46	1.20	0-5
			At. especializada	2.06	1.83	0-5
UCAs y/o Unid. Antialcohólicas	4.41	.000	At. primaria	3.96	0.97	1-5
			At. especializada	3.00	1.64	0-5
SS.SS Especializados (Menor)	6.24	.000	At. primaria	4.05	1.07	1-5
			At. especializada	2.47	1.97	0-5
SS.SS Especializados (Mujer)	5.36	.000	At. primaria	3.92	1.08	1-5
			At. especializada	2.60	1.71	0-5
SS.SS Especializados (Inmigración)	4.40	.000	At. primaria	3.67	1.24	0-5
			At. especializada	2.45	1.91	0-5
SS.SS Especializados (At. temprana)	4.57	.000	At. primaria	3.37	1.97	0-5
			At. especializada	1.96	1.92	0-5
Sistema educativo (Centros esc.)	9.48	.000	At. primaria	3.99	0.96	1-5
			At. especializada	1.97	1.57	0-5
Sistema educativo (SPEs)	7.35	.000	At. primaria	4.08	0.95	1-5
			At. especializada	2.38	0.93	0-5
Sistema de empleo	3.69	.000	At. primaria	3.38	1.22	0-5
			At. especializada	2.46	1.70	0-5
Servicios penitenciarios	2.36	<.05	At. primaria	2.91	1.32	0-5
			At. especializada	2.27	1.74	0-5

- c) El tipo de población con la que el profesional trabajaba más habitualmente (población general o sectores de población): se encontraron diferencias significativas en el grado medio de coordinación deseable con los servicios señalados en la tabla. En todos ellos, las personas que trabajaban habitualmente con población general señalaron que deberían mantener coordinación con ellos en un grado medio significativamente superior a los profesionales que trabajaban con sectores específicos de población. Aunque las diferencias de medias no son muy elevadas, éstas pueden ser interpretadas a partir de los servicios que los profesionales que trabajan con población general considerarían como “sensibles” porque estarían más relacionados con los problemas que presentan las personas con las que trabajan. Además, es la atención primaria quien trabaja con mayor frecuencia con población general, donde se percibe un mayor grado de coordinación deseable, que en la atención especializada, orientada fundamentalmente al trabajo con sectores.

Tabla 10. Diferencias de medias significativas en el grado de coordinación deseable con diferentes tipos de servicios, según el tipo de población usuaria más habitual.

TIPO DE SERVICIO	t	p		Media	DT	Rango
Hospitales	2.47	<.05	Pobl. gral.	3.86	0.98	1-5
			Sect. especif	3.44	1.26	0-5
Planificación Familiar	2.78	<.05	Pobl. gral.	3.42	1.16	0-5
			Sect. especif	2.92	1.71	0-5
UCAs y/o Unid. Antialcohólicas	2.91	<.01	Pobl. gral.	4.01	0.87	2-5
			Sect. especif	3.49	1.47	0-5
SS.SS Especializados (Inmigración)	3.94	.000	Pobl. gral.	3.81	1.15	1-5
			Sect. especif	2.93	1.66	0-5
Sistema educativo (Centros esc.)	2.75	<.01	Pobl. gral.	3.85	1.09	0-5
			Sect. especif	3.28	1.60	0-5
Sistema educativo (SPEs)	1.97	<.05	Pobl. gral.	3.94	1.08	0-5
			Sect. especif	3.53	1.65	0-5

El coeficiente de correlación  $r$  de Pearson señaló asociaciones significativas positivas de bajas a muy fuertes entre los diferentes servicios con los que se debería mantener coordinación sociosanitaria actual. Ello indicó que a medida que aumentaba el grado de coordinación deseable con uno de los servicios, aumentaba también el nivel de coordinación deseable con otro de los servicios, y viceversa. Las parejas de servicios entre las que se encontró asociación muy fuerte o fuerte fueron las siguientes:

- Asociación positiva muy fuerte entre los siguientes pares: los Servicios Sociales especializados para mujeres y los dirigidos a menores ( $r=0.767$ ;  $p<0.01$ ) o a inmigrantes ( $r=0.735$ ;  $p<0.01$ ); los Servicios Sociales especializados para personas con discapacidad y los Centros de Valoración y Orientación ( $r=0.789$ ;  $p<0.01$ ); los Centros escolares y los Servicios Psicopedagógicos escolares ( $r=0.734$ ;  $p<0.01$ ). Estas asociaciones apuntan de nuevo a la tendencia al deseo de mantener niveles de coordinación entre determinados servicios con algún tipo de semejanza porque se dirigen al mismo sector de población o a un conjunto similar de problemas (servicios para menores y mujeres, servicios para personas con discapacidad o servicios escolares).
- Las asociaciones positivas fuertes entre los diferentes tipos de servicios fueron muy numerosas (un mínimo de 50), hecho que hace difícil la interpretación de las mismas sin utilizar alguna técnica de reducción de datos, un tipo de análisis que no era objeto de este trabajo. La dispersión de tan abundantes asociaciones hace que hayamos optado por no incluir su análisis detallado puesto que no aportaría regularidades útiles a esta investigación.

### 3.3.6. Facilitadores de la coordinación

Para las personas encuestadas, los aspectos facilitadores de la coordinación sociosanitaria fueron los siguientes:

- Se consideraron facilitadores en un grado muy alto, por este orden, la buena disposición de los profesionales, el trabajo en equipo, el buen nivel de información sobre los otros servicios y la existencia de líneas de coordinación previamente establecidas, con medias entre 4.5 y 4 puntos y desviaciones típicas entre 0.86 y 1.1.
- Se consideraron facilitadores en un nivel alto, por este orden, disponer de tiempo y espacio, la delimitación previa de funciones y competencias, el diseño de instrumentos específicos para la coordinación, el contacto y conocimiento personal entre los profesionales, la voluntad política de promover la coordinación, la existencia de Departamentos de coordinación en la Administración pública, el establecimiento de indicadores de evaluación de la coordinación y la dependencia de la misma institución, con medias entre 3.9 y 3.1 puntos y desviaciones típicas en torno a 1.
- El que las instituciones que se tuvieran que coordinar fueran del mismo signo político se consideró que facilitaba en un grado medio la coordinación, con una media de 2.2 (DT=1.5; rango:0-5).

La valoración media que se hizo de los diferentes facilitadores de la coordinación sociosanitaria propuestos en función del sistema de protección en el que se trabajara fue como sigue:

- Mayor valoración media en el sistema sanitario de los siguientes facilitadores: buena disposición de los profesionales, contacto y conocimiento personal entre los profesionales, buen nivel de información sobre los otros servicios, dependencia de la misma institución, existencia de departamentos de coordinación en la Administración pública, voluntad política de promover la coordinación y establecimiento de indicadores de evaluación de la coordinación.
- Mayor valoración media en el sistema de servicios sociales de los siguientes facilitadores: disponer de tiempo y espacio, existencia de líneas de coordinación previamente establecidas y delimitación previa de funciones y competencias.
- Similar valoración media de los siguientes facilitadores: el trabajo en equipo, el diseño previo de instrumentos específicos para la coordinación sociosanitaria y el mismo signo político en las instituciones que se han de coordinar.

El análisis de la varianza de un factor ANOVA y las pruebas *t* de Student no detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los diversos facilitadores en función de la localización geográfica, del sistema de protección, del nivel de atención, del tipo de relación laboral con la organización o del tipo de población con la que se trabajara más habitualmente.

El coeficiente de correlación *r* de Pearson señaló asociaciones significativas de bajas a fuertes, la mayor parte de ellas positivas, entre las diferentes finalidades de la coordinación sociosanitaria entre sí y con determinadas variables continuas (tiempo de experiencia del profesional en la actividad actual y tipo de actividad profesional). Sólo destacamos las que presentaron asociaciones en niveles fuertes. Así, entre los diferentes facilitadores entre sí las asociaciones halladas fueron todas positivas en niveles de bajos a fuertes. Ello indicó que a medida que aumentaba el grado de consideración como facilitadores de uno de ellos, aumentaba también la consideración de otro, y viceversa. Las parejas de facilitadores entre los que se encontró asociación fuerte fueron las siguientes: la buena disposición de los profesionales y el trabajo en equipo ( $r=0.529$ ;  $p<0.01$ ); la existencia de líneas de coordinación previamente establecidas y la delimitación previa de funciones y competencias ( $r=0.605$ ;  $p<0.01$ ) o el diseño previo de instrumentos específicos para la coordinación ( $r=0.650$ ;  $p<0.01$ ); la delimitación previa de funciones y competencias y el diseño previo de instrumentos específicos para la coordinación ( $r=0.638$ ;  $p<0.01$ ); la existencia de Dptos. de coordinación en las Administraciones públicas y el establecimiento de indicadores de evaluación de la coordinación ( $r=0.626$ ;  $p<0.01$ ).

Estos resultados apuntan a la consideración de la coordinación sociosanitaria como un proceso que ha de ser facilitado mediante una planificación previa del mismo, tanto en su puesta en marcha como en la evaluación de sus logros y funcionamiento, que conlleva la delimitación de funciones y competencias entre servicios diferentes, la responsabilidad institucional de llevarlo a cabo y la predisposición y el trabajo en equipo de los profesionales.

### 3.3.7. *Dificultadores de la coordinación*

En lo que respecta a los aspectos que actuaban como dificultadores de este tipo de coordinación, las personas encuestadas señalaron que:

- Eran dificultadores en un grado alto, por este orden, los siguientes: el desconocimiento del funcionamiento y competencias de los otros, la inexistencia de protocolos comunes de coordinación, la falta de tiempo y espacio, la inexistencia de coordinación en los

niveles decisorios de las instituciones, la concepción de las áreas de intervención social como compartimentos estanco, la falta de voluntad o disposición de algunos/as profesionales para la coordinación, una atención fundamentalmente asistencial, las dificultades internas del propio servicio, el elevado volumen de trabajo, poca flexibilidad para asumir y delegar tareas, las diferentes motivaciones de los profesionales que participan en la coordinación, el desencanto profesional, la diferencia de objetivos de los profesionales que participan en la coordinación, la escasa experiencia de trabajo en grupo y la inexperiencia en la tarea de coordinación. Sus medias oscilaron entre 3.9 y 3.1, con desviaciones típicas en torno a 1 (rango:0-5, excepto en el caso del primer dificultador cuyo rango osciló entre 1-5).

- Actuaban como dificultadores en un grado medio, por este orden, la carencia de una formación específica en coordinación, el número de profesionales con los que se ha de mantener la coordinación, la “competitividad” entre servicios y/o instituciones, el tipo de intervención coordinada a realizar, el afán de protagonismo de unos sobre otros y la resistencia a sentirse controlado/a por otros/as profesionales, con medias entre 2.9 y 2.6 y desviaciones típicas en torno a 1 (rango:0-5).

La valoración media de los diferentes dificultadores propuestos en función del sistema de protección en el que se trabajara fue mayor en el sistema sanitario para la mayor parte de ellos. Obtuvieron una valoración similar los dificultadores “desconocimiento del funcionamiento y competencias de los otros” y “mi elevado volumen de trabajo”.

Respecto a la existencia de diferencias significativas en los diversos dificultadores para la coordinación, sólo las pruebas *t* de Student detectaron diferencias estadísticamente significativas entre dichos dificultadores en función del sistema de protección y del nivel de atención en que se trabajara (tabla nº 11):

- a) El sistema de protección en el que se trabajara (sanidad o servicios sociales):
  - Una atención fundamentalmente asistencial: la media con que este ítem fue valorado como un dificultador fue significativamente superior entre los profesionales del sistema sanitario que entre los del sistema de servicios sociales ( $t=2.56$ ;  $p<0.05$ ).
  - La inexistencia de coordinación en los niveles decisorios: se consideró como un dificultador de manera significativamente superior en el sistema sanitario que en el de servicios sociales ( $t=1.94$ ;  $p<0.05$ ).

- El desencanto profesional: fue un dificultador significativamente superior en el sistema sanitario que en el de servicios sociales ( $t=2.12$ ;  $p<0.05$ ).

La explicación de este fenómeno podría residir en el progresivo abandono de la intervención por programas por parte del sistema sanitario, que requiere e implica una mayor coordinación sociosanitaria, y la decantación hacia un tipo de intervención más reactivo de carácter asistencial. Probablemente, los niveles decisorios en el sistema sanitario, organizados en torno a áreas de salud, se encuentran más lejanos que en los servicios sociales, de base municipal, por ello se percibiría más como un dificultador esta falta de coordinación en los niveles decisorios, a la vez que éstos son ocupados mayoritariamente por sanitarios (médicos/as o enfermeros/as) y escasamente por trabajadores/as sociales. El tipo de intervención asistencial que se desarrolla actualmente puede estar siendo percibido como un factor desmotivador que se manifiesta en la mayor valoración del desencanto profesional como un dificultador de la coordinación.

- b) El nivel de atención (atención primaria o atención especializada): el volumen de trabajo fue considerado un dificultador de manera significativamente superior entre los profesionales de la atención primaria que entre los de la atención especializada ( $t=3.19$ ;  $p<0.05$ ). El volumen de trabajo es percibido de manera más negativa entre los profesionales de la atención primaria que entre los de la especializada. Probablemente esta mayor percepción del volumen de trabajo como un dificultador de la coordinación está vinculada también a la ausencia de unos límites claros respecto a los asuntos que son competencia de la atención primaria o precisamente a que estos límites son muy amplios respecto a los medios humanos disponibles; tampoco hay que olvidar la diversidad de asuntos sobre los han que intervenir frecuentemente los servicios polivalentes de atención primaria, hecho que refuerza la sensación de “carga laboral” de los trabajadores de este nivel. En uno y otro caso, el profesional siente que no cuenta con tiempo suficiente para dedicar a la coordinación interinstitucional sino que ha de invertir la mayor parte de su jornada en el trabajo directo con personas.

El coeficiente de correlación  $r$  de Pearson señaló asociaciones significativas de bajas a muy fuertes, en su mayoría positivas, entre las diferentes dificultades para la coordinación sociosanitaria entre sí y con determinadas variables continuas (tiempo de experiencia del profesional en la actividad actual y tipo de actividad profesional). De ellas sólo recogemos las que presentaron niveles de asociación fuertes o superiores. Así, entre los diferentes dificultadores entre sí

Tabla 11. Diferencias de medias significativas en los dificultadores para la coordinación

DIFICULTADOR	t	p		Media	DT	Rango
Una atención fundamentalmente asistencial	2.56	<.05	Sanidad	4.08	0.87	0-5
			SS.SS.	3.51	1.27	0-5
La inexistencia de coord. en los niveles decisorios	1.94	<.05	Sanidad	4.16	0.73	3-5
			SS.SS.	3.74	1.25	3.74
El desencanto profesional	2.12	<.05	Sanidad	3.76	0.96	2-5
			SS.SS.	3.25	1.37	0-5
El volumen de trabajo	3.19	<.05	At. primaria	3.64	1.09	1-5
			At. especializada	2.91	1.57	0-5

las asociaciones halladas fueron todas positivas en niveles de bajos a muy fuertes. Ello apuntó a que a medida que aumentaba el grado de consideración como dificultador de uno de ellos, aumentaba también la consideración de otro, y viceversa. Las parejas de dificultadores entre los que se encontró asociación muy fuerte o fuerte fueron las siguientes:

- Asociación positiva muy fuerte entre los siguientes pares: la competitividad entre servicios y/o instituciones y el afán de protagonismo de uno sobre otros ( $r=0.724$ ;  $p<0.01$ ); la diferencia de objetivos entre los profesionales que participan en la coordinación y las diferentes motivaciones de éstos ( $r=0.709$ ;  $p<0.01$ ).
- Asociación positiva fuerte entre los siguientes pares: la falta de tiempo y espacio y las dificultades internas del propio servicio ( $r=0.534$ ;  $p<0.01$ ) o elevado volumen de trabajo del profesional ( $r=0.546$ ;  $p<0.01$ ); la poca flexibilidad para asumir y delegar tareas y las dificultades internas del propio servicio ( $r=0.515$ ;  $p<0.01$ ); la resistencia a sentirse controlado/a por otros/as y la competitividad entre servicios y/o instituciones ( $r=0.647$ ;  $p<0.01$ ) o el afán de protagonismo de uno sobre otros ( $r=0.661$ ;  $p<0.01$ ); el número de profesionales con los que se ha de mantener coordinación y el tipo de intervención coordinada a realizar ( $r=0.548$ ;  $p<0.01$ ); la carencia de formación específica en coordinación y la inexperiencia en la tarea de coordinación ( $r=0.638$ ;  $p<0.01$ ); la inexistencia de coordinación en los niveles decisorios y la concepción de las áreas de intervención como compartimentos estanco ( $r=0.652$ ;  $p<0.01$ ).

Estos resultados indican la asociación positiva recíproca entre las dificultades que están vinculadas directamente a la actividad profesional (gran volumen de trabajo y falta de tiempo y espacio), las dificultades relacionadas con el binomio formación-experiencia para la coordinación, las dificultades asociadas al posicionamiento del profesional ante la coordinación (diferentes objetivos y motivaciones) y las dificultades relacionadas con los modos de acción-organización prescritos por la

institución (áreas estanco, no coordinación en niveles decisorios, competencia y afán de protagonismo, resistencia al control de terceros).

### 3.3.8. La coordinación en el territorio: municipio, comarca y área de salud.

De acuerdo con las respuestas obtenidas, actualmente las reuniones programadas de coordinación interinstitucional de ámbito municipal existen según el 58.1% de las personas encuestadas.

Tabla 12. La coordinación según el ámbito territorial en que se realiza

	MUNICIPIO		COMARCA		ÁREA DE SALUD	
	f	%	f	%	f	%
<b>Existencia de reuniones programadas de coord. interinst.</b>						
Sí	100	58.1	47	30.1	45	29.6
No	72	41.9	109	69.9	107	70.4
Total	172	100.0	156	100.0	152	100.0
<b>Asistencia a las reuniones</b>						
Sí	74	74.0	33	70.2	30	66.7
No	24	24.0	14	29.8	15	33.3
Total	98	100.0	47	100.0	45	100.0
<b>Tipo de planificación de las reuniones</b>						
Sin calendario prefijado	47	52.2	26	65.0	21	55.3
Con calendario prefijado	43	47.8	14	35.0	17	44.7
Total	90	100.0	40	100.0	38	100.0
<b>Periodicidad de las reuniones</b>						
Semanal	9	11.4	0	0.0	2	5.3
Quincenal	9	11.4	0	0.0	1	2.6
Mensual	35	44.3	3	8.6	10	26.3
Trimestral	15	19.0	14	40.0	8	21.1
Semestral	11	13.9	18	51.4	17	44.7
Total	79	100.0		100.0	38	100.0
<b>Duración de las reuniones</b>						
Menos de 1 hora	8	10.0	1	2.9	4	11.4
De 1 a 2 horas	52	65.0	16	50.0	15	42.9
De 2 a 3 horas	14	17.5	17	47.1	12	34.3
De 3 a 4 horas	6	7.5	0	0.0	3	8.6
Más de 4 horas	0	0.0	0	0.0	1	2.9
Total	80	100.0	34	100.0	35	100.0
<b>Lugar de las reuniones</b>						
En una institución de SS.SS.	60	82.2	27	87.1	21	63.6
En una institución sanitaria	8	11.0	4	12.9	12	36.4
Otros	5	6.8	0	0	0	0.0
Total	73	100.0	31	100.0	33	100.0

Según la información facilitada por las personas que afirmaron que tales reuniones existían:

- El 75.5% asiste a ellas.

- Estas reuniones se realizan sin un calendario prefijado de antemano (52.2%), aunque en un 47.8% de los casos sí existe una programación temporal previa de las reuniones.
- Principalmente se llevan a cabo con una periodicidad mensual (44.3%).
- Las reuniones ocupan de 1 a 2 horas a los/as profesionales (65%).
- Se realizan habitualmente en una institución del sistema de Servicios Sociales (82.2%). Se ha de considerar aquí que son más numerosos los profesionales de los servicios sociales a coordinarse frente a lo que ocurre con los de los servicios sanitarios.

Por sistema de protección, las reuniones de coordinación de ámbito municipal existían en mayor medida en opinión de los profesionales de los servicios sociales (61.2%) que en la de los que trabajaban en los servicios sanitarios (54.4%).

Dada la relevancia de la distribución territorial de la coordinación municipal, es preciso hacer mención que las comarcas en que se manifiesta en mayor medida que existen reuniones de coordinación de ámbito municipal son el Baix Vinalopó (91.3%) y El Comtat (83.3%). Por el contrario, las comarcas donde menos se producen tales reuniones son el Alt Vinalopó (20%), l'Alcoià (30.8%) y el Baix Segura (33.3%).

Respecto a la presencia de asociaciones significativas entre la existencia de coordinación sociosanitaria en el ámbito municipal y determinadas variables, el coeficiente  $\chi^2$  de Pearson y el coeficiente V de Cramer, en función del tipo de tabla, no detectaron dicha asociación entre la existencia o no de reuniones de coordinación sociosanitaria y el sistema de protección, el nivel de atención o el tipo de población con la que se trabajara con mayor frecuencia.

Por lo que respecta a las reuniones programadas de coordinación interinstitucional de ámbito comarcal no existen para el 69.9% de los casos. Según la información facilitada por las personas que señalaron la existencia de tales reuniones:

- El 70.2% asiste a ellas.
- Estas reuniones se realizan sin un calendario prefijado de antemano (65%).
- Se llevan a cabo con una periodicidad semestral (51.4%), aunque también se realizan trimestralmente (40%).
- La duración de las reuniones es de 2 a 3 horas (50%), seguida de las reuniones que ocupan de 1 a 2 horas (47.1%).

- Se realizan en una institución del sistema de Servicios Sociales (87.1%).

Por sistemas de protección, la tendencia de las respuestas fue similar a la del conjunto de encuestados en uno y otro sistema.

La distribución territorial de estas reuniones indicó que, con la excepción del Baix Segura en que las personas encuestadas manifestaron que las reuniones comarcales existían en un 50% de los casos, en el resto de comarcas éstas eran escasas, con porcentajes del 23 al 33%.

Respecto a la existencia de asociaciones significativas de la coordinación sociosanitaria realizada en el ámbito municipal y determinadas variables detectadas mediante el coeficiente  $\chi^2$  de Pearson y el coeficiente V de Cramer, en función del tipo de tabla analizada, sólo el primero de ellos detectó asociación significativa entre la existencia o no de reuniones comarcales de coordinación sociosanitaria y el tipo de población con la que se trabajara con mayor frecuencia (población general o sectores específicos) ( $\chi^2=4.85$ ; gl:1;  $p<0.05$ ). De este modo, las reuniones de coordinación comarcal eran significativamente más frecuentes entre los profesionales que trabajan con sectores de población específicos (39.7%) respecto a los que trabajaban con población general (23.0%).

Entre los motivos que nos permiten explicar este fenómeno entre las personas encuestadas que trabajan más frecuentemente con sectores de población específicos, podemos indicar que:

- Éstas cuentan con una mayor especificidad y acotación del campo de acción profesional, lo que daría lugar a una gama limitada de asuntos para los que impulsar la coordinación sociosanitaria frente que lo que ocurriría con profesionales que trabajan con población general.
- También, a la vista de sus respuestas, estos profesionales manifiestan menos que el elevado volumen de trabajo es una dificultad para la coordinación en que lo que manifiestan los profesionales que trabajan con población general, hecho que actuaría como facilitador de las experiencias de coordinación. Entre los profesionales que trabajan con sectores específicos están incluidos la mayoría de los que trabajan en servicios de atención especializada. Generalmente, el ámbito territorial de los servicios especializados es como mínimo comarcal, de ahí una mayor existencia de este tipo de reuniones.
- Por último, no hay que olvidar que esta asociación significativa se muestra en el nivel de coordinación comarcal, esto es supramunicipal, ámbito en el que probablemente para los profesionales que

trabajan con sectores es más rentable la coordinación, en tiempo y esfuerzo, que si ésta fuera municipal o supracomarcal.

Por último, las reuniones programadas de coordinación interinstitucional del ámbito del Área de Salud no se realizan en opinión del 70.4% de los casos.

Según la información facilitada por personas que afirmaron que tales reuniones existían:

- El 66.7% asiste a las mismas.
- Estas reuniones se realizan sin un calendario prefijado de antemano (55.3%), aunque en el 44.7% de los casos sí se prefijaba dicho calendario.
- Principalmente se llevan a cabo con una periodicidad semestral (44.7%), aunque también se realizan mensual (26.3%) o trimestralmente (21.1%).
- Las reuniones ocupan de 1 a 2 horas a los/as profesionales (42.9%), seguidas de las reuniones cuya duración es de 2 a 3 horas (34.3%).
- Habitualmente tienen lugar en una institución del sistema de Salud (63.6%).

Por lo que respecta al sistema de protección, las diferencias más relevantes se producen en el sistema sanitario, donde los profesionales manifiestan mayoritariamente que se realizan reuniones de coordinación sociosanitaria en dicho ámbito territorial (54.3%), en contraste con lo que se manifiesta en los servicios sociales, donde sólo 22.2% de los encuestados indicó que tales reuniones existían. Como explicación se puede apuntar que las reuniones en este ámbito territorial están más relacionadas con el sistema sanitario, así es probable que los trabajadores de los servicios sociales o bien no participen o bien no estén informados de que estas reuniones se realizan.

Por comarcas, la distribución de la existencia de este tipo de reuniones reveló que donde más se realizaban era en la comarca de L'Alacantí (47.4%). En donde menos se señaló que se producían era en la comarca del Alt Vinalopó (0%) y en la de la Marina Alta (15.8%). En el resto de comarcas, sólo de una cuarta parte a un tercio de los profesionales manifestó que estas reuniones se celebraran.

Respecto a la existencia de asociaciones significativas de la coordinación sociosanitaria realizada en el ámbito municipal y determinadas variables detectadas mediante el coeficiente  $\chi^2$  de Pearson y el coeficiente V de Cramer, según el tipo de tabla sometida a análisis, el prime-

ro de ellos detectó asociaciones significativas entre la existencia o no de reuniones comarcales de coordinación sociosanitaria y las siguientes variables:

- El sistema de protección (sanidad o servicios sociales). De este modo, las reuniones de coordinación del Área de Salud eran significativamente más frecuentes ( $\chi^2=13.29$ ; gl:1;  $p=0.00$ ) entre los profesionales que trabajan en el sistema sanitario (54.2%) que entre los que lo hacían en el de servicios sociales (22.2%). La lógica de esta asociación responde a que el ámbito territorial al que nos referimos es un tipo de división del territorio del sistema sanitario que no se corresponde con las divisiones territoriales que utiliza el sistema de servicios sociales, que es fundamentalmente de base municipal.
- El nivel de atención (atención primaria o atención especializada). De este modo, las reuniones de coordinación de área de salud eran significativamente más frecuentes ( $\chi^2=3.99$ ; gl:1;  $p<0.05$ ) entre los profesionales que trabajan en servicios de atención especializada (44.8%) que los que lo hacían en la atención primaria (26.0%). De nuevo la explicación reside en la rentabilidad de la coordinación en este ámbito territorial cuando la mayor parte de los servicios de atención especializada se dirigen bien a la comarca, en los servicios sociales, o bien al área de salud, en el sistema sanitario. De ahí, la mayor probabilidad de existencia de este tipo de reuniones cuando se trabaja en servicios de atención especializada.
- El tipo de población con la que se trabajara con mayor frecuencia (población general o sectores específicos). Las reuniones de coordinación del área de salud eran significativamente más frecuentes ( $\chi^2=11.17$ ; gl:1;  $p<0.01$ ) entre los profesionales que trabajan con sectores de población específicos (45.9%) que entre los que trabajaban con población general (20.0%). La explicación de esta asociación significativa es coherente con que la mayor probabilidad de que exista este tipo de reuniones de coordinación se dé entre los profesionales de la atención especializada. Este nivel, por definición en uno y otro sistema de protección, trabaja no tanto para la población en general como con determinados colectivos o con determinados grupos de problemas. Así, de nuevo por una cuestión de rentabilidad de tiempo y esfuerzo y por una mayor limitación también de los asuntos sujetos a coordinación, la probabilidad de realizar estas reuniones es mayor si se trabaja con colectivos específicos que si se interviene con cualquier tipo de población.

#### IV. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN

La primera de las conclusiones acerca de la situación de la coordinación sociosanitaria en la provincia de Alicante, desde la perspectiva de los/as trabajadores/as sociales es que el grado de coordinación sociosanitaria actual que estos profesionales establecen en su actividad profesional es medio-bajo.

Las diferencias significativas encontradas en el grado actual de coordinación sociosanitaria con determinados servicios en función de la localización geográfica o el tipo de relación laboral mostraron que estas variables tenían capacidad predictiva sobre el grado de coordinación:

- En el primer caso, porque las diferentes dotaciones de recursos institucionales y profesionales según la comarca tienen incidencia sobre los niveles de coordinación profesional, por un lado, porque aumenta la coordinación con servicios por el hecho de su mera existencia en el territorio comarcal; por otro lado, porque la presencia de colegas en dichos servicios actuaría como factor facilitador en el establecimiento de dicha coordinación.
- En el segundo caso, porque la temporalidad en el empleo, entendida en este contexto como la falta de continuidad o la falta de expectativas de continuidad en la actividad profesional (personal fijo discontinuo o personal temporal), se vincula a mayores niveles medios de coordinación probablemente por la falta o necesidad de conocimiento de la situación o cambios ocurridos en los recursos del territorio o del ámbito en el que se ha de trabajar.

En consecuencia, una de las primeras acciones de mejora de la coordinación sociosanitaria ha de estar orientada a la dotación suficiente de servicios, ya que no se puede establecer coordinación con y entre lo que no existe, por mucho que resulte una perogrullada. En esta misma línea, la inversión en dotaciones suficientes de profesionales laboralmente estables en los servicios en los que desarrollan su actividad profesional, especialmente en el campo sanitario, también parece ser una estrategia necesaria para consolidar y estabilizar a medio y largo plazo redes de colaboración y coordinación interprofesional más eficientes y de calidad, articuladas en torno a una experiencia y a un conocimiento dilatados del ámbito de intervención.

Las correlaciones más fuertes entre los distintos servicios con los que se mantenían coordinación actualmente indicaron la tendencia a la constitución de algunos grupos de servicios con los que los profesionales mantienen coordinación, debido a la afinidad de problemáticas del tipo de población con el que se trabaja: entre servicios dirigidos a la

población infanto-juvenil; entre servicios vinculados a la reinserción de población reclusa (sistema judicial y penitenciario, sistema de empleo e iniciativa social); entre Unidades especializadas dirigidas a la población dependiente (UHD y Unidad de Demencias).

En segundo lugar, es resaltable la importancia que la coordinación real y deseada atribuye al nivel de atención primaria, en su calidad de primer nivel de atención, con funciones clave de detección, diagnóstico y derivación, y también como nivel de atención receptor de las derivaciones procedentes de los servicios especializados. Es lógica también la mayor coordinación actual y deseada entre los/as profesionales del sistema sanitario con los diferentes dispositivos asistenciales del mismo, con servicios sociales especializados para sectores de población o tipos de problemas de relevancia en los servicios sanitarios, y, por último, el mayor grado de coordinación necesario con el sector no gubernamental, probablemente como recursos complementarios a los sanitarios en determinadas situaciones o como recursos en sí mismos de los que carece la sanidad, que se encuentra más limitada en cuanto a su disponibilidad de recursos de naturaleza social o sociosanitaria.

Este resultado abre una nueva y urgente línea de acción de mejora: es necesario, de una vez por todas, reforzar realmente la base sobre la que se articulan tanto el sistema de servicios sociales como el sanitario, esto es, la atención primaria, principalmente con profesionales. Pero estos refuerzos no dejarán de alimentar nuevas demandas si no es revisada profundamente la misión real a la que se están orientando ambos sistemas, la asistencia (o debiéramos decir mejor “el asistencialismo”), y reintroducir estratégicamente otra de sus misiones, hoy más un deseo que una realidad, la prevención. Ello significa mirar un poco más allá del aquí y ahora reactivo, para adoptar una posición proactiva y prospectiva frente a la realidad.

En tercer lugar, los/as profesionales de los servicios sociales manifiestan la actualidad y la necesidad de mayor coordinación con servicios sanitarios dirigidos a personas con problemas de adicciones, servicios éstos antes de dependencia local y la mayoría de las veces ubicados en las Concejalías de Servicios Sociales. También es destacable la necesidad de una mayor coordinación con servicios que trabajan con menores, de los servicios sociales o del sistema educativo, los dirigidos a la inserción laboral y los judiciales. En el primer caso, porque el sector infanto-juvenil es uno de los grupos de población de actuación prioritaria para los servicios sociales. En los casos restantes, por encontrar en la falta de empleo o en el empleo precario uno de los problemas más comunes y por considerarse la inserción por el empleo una de las claves de la integración social.

En cuarto lugar, los resultados relativos al grado de uso de diferentes mecanismos de coordinación muestran los siguientes aspectos relevantes:

- El predominio de la coordinación de carácter puntual, no programada, una coordinación improvisada del tipo “aquí y ahora”, relacionada con las necesidades de las personas atendidas cotidianamente en los servicios. Así, el teléfono es el principal mecanismo utilizado para la coordinación.
- Una tendencia mayor a establecer algún tipo de coordinación sociosanitaria por parte de los profesionales situados en el sistema sanitario, derivada del mayor uso medio que realizan de los diversos medios de coordinación.
- El uso combinado de mecanismos de coordinación “cara a cara”.

En quinto lugar, de las diferentes finalidades para las que se utiliza la coordinación sociosanitaria, se observan tendencias a:

- El desarrollo de una coordinación sociosanitaria, de nuevo puntual, establecida a partir de casos concretos, vinculada a las necesidades cotidianas de la intervención individual o familiar y de las personas con las que se trabaja, como muestran las finalidades utilizadas en grado alto (completar información y realizar seguimiento de casos concretos) y medio (lograr complementariedad de prestaciones y recursos, planificar intervenciones profesionales, obtener/facilitar información bidireccional sobre recursos o realizar intervenciones profesionales conjuntas).
- Que una vez más son los/as trabajadores/as sociales sanitarios los más orientados a establecer este tipo de coordinación.
- Que esto último está muy relacionado con su dependencia de los recursos sociales y sociosanitarios, situados fundamentalmente en los servicios sociales.
- Que el nivel de intervención en el que se trabaja, individual/familiar o grupal/comunitario, está asociado a las finalidades con que se utiliza la coordinación sociosanitaria.

En sexto lugar, los facilitadores de la coordinación más destacados enfatizan la actitud individual y un modo de hacer colectivo (el trabajo en equipo) ante la coordinación sociosanitaria. Junto a ellos, la información y la coordinación, esta última establecida previamente en la institución como parte de la actividad laboral habitual, se convierten en los factores facilitadores más relevantes. Se observan, por lo tanto, tres grupos significativos de facilitadores, uno de naturaleza individual (lo actitudinal), otro de naturaleza profesional (el trabajo en equipo y la

información disponible) y otro de naturaleza organizacional (el establecimiento previo de líneas de coordinación).

También podríamos decir que se tiende a situar los facilitadores de la coordinación sociosanitaria en el siguiente eje secuencial: previsión-compromiso-planificación-evaluación.

Como otra de las acciones de mejora, y al objeto de combatir la casi exclusiva coordinación del “aquí y ahora”, parece necesario establecer estrategias de coordinación que se basen menos en actos volitivos de los profesionales, germen necesario pero no suficiente, para dar paso a ejes de coordinación diseñados en las políticas y en las organizaciones y que sean imperativos tanto para la acción profesional, como una estrategia cotidiana de intervención, como para las propias organizaciones y para el nivel político, en el sentido de que obliguen a disponer los medios necesarios para ello.

En séptimo lugar, los factores dificultadores de la coordinación eran numerosos, más valorados como tales por los/as profesionales del sistema sanitario. Este hecho denota también una mayor dificultad general para el establecimiento de la coordinación sociosanitaria entre ellos/as. Es destacable también cómo una variable del contexto laboral, el volumen de trabajo, es considerada como dificultador especialmente por quienes ejercen en la atención primaria, cuando ya hemos señalado la importancia que a este nivel se le atribuye en materia de coordinación sociosanitaria en el sistema sanitario y en el de servicios sociales.

En este orden de cosas es de destacar la tendencia a la agrupación de las dificultades, con correlación recíproca, en función de su naturaleza, a la vez que esta agrupación indica áreas de acción posterior frente a las dificultades, esto es, la actividad profesional, el binomio formación-experiencia para la coordinación, el posicionamiento del profesional ante la coordinación y los modos de acción-organización de la institución.

Por último, en lo que respecta a las relaciones entre la coordinación sociosanitaria y el territorio, la exploración de la situación y de las principales características de la coordinación sociosanitaria en los tres ámbitos territoriales considerados significativos por el equipo de investigación (el municipio, la comarca y el Área de Salud) nos permite concluir que:

- El municipio predomina como territorio principal y eje en el que se produce la coordinación.
- Cuando existen reuniones programadas de coordinación, se produce una elevada participación de los/as trabajadores/as sociales en las mismas, en los dos tercios o más de los casos.

- Se trata de una coordinación fundamentalmente no calendarizada, aunque se observan tendencias a su previsión en el tiempo, especialmente en el ámbito municipal y en el Área de Salud.
- A medida que aumenta el ámbito territorial al que se refiere, la coordinación aumenta también su periodicidad.
- La duración más frecuente de estas reuniones es de 1 a 2 horas.
- El lugar donde se realizan las reuniones está relacionado con el ámbito territorial al que se refieren éstas: las municipales y comarcales se realizan en una institución de servicios sociales, mientras que las del Área de Salud se celebran en una institución sanitaria.

Para concluir, y en consonancia con el reforzamiento necesario del nivel de atención primaria en ambos sistemas, el territorio desempeña un papel fundamental en la coordinación sociosanitaria: es y debe ser el municipio el ámbito natural y eje central en torno al que se ha de articular dicha coordinación. También son y parece que deben ser los servicios sociales, de amplia base municipal y vinculados extraordinariamente a los territorios en los que actúan, los que deben asumir inequívocamente el papel motor y la garantía de la coordinación en el municipio, en estrecha colaboración con el sistema sanitario, aportando, entre otras, la valiosa visión integral y estratégica de las necesidades del territorio con la que cuentan.

## BIBLIOGRAFÍA

- CONSELLERIA DE SANITAT/CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL (2002), *I Encuentro sobre Coordinación Sociosanitaria desde la Perspectiva del Trabajo Social* (Junio de 2002). Valencia, Generalitat Valenciana.
- CONSELLERIA DE SANITAT/CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL (2005), *II Encuentro sobre Coordinación Sociosanitaria desde la Perspectiva del Trabajo Social* (Noviembre de 2004). Alicante, Generalitat Valenciana.
- FORTUNE, A.E. y REID, W.J. (1999), *Research in Social Work*. New York, Columbia University Press.
- FUNDACIÓN LA CAIXA (2004), *Anuario Social de España 2004*. Barcelona, Fundación La Caixa. Página web: <http://www.estudioslacaixa.es/anuariosocial> (Fecha de consulta: 01/07/04).
- MARLOW, Ch.R. (2001), *Research Methods for Generalist Social Work*. Stamford, Brooks/Cole Thomson Learning.
- SIERRA BRAVO, R. (1998), *Técnicas de investigación social*. Madrid, Paraninfo.