



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Vicepresidència Segona i
Conselleria de Serveis Socials,
Igualtat i Habitatge

LA COORDINACIÓ SOCIO SANITÀRIA DES DELS SERVEIS SOCIALS (ESTUDI EXPLORATORI)

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



GENERALITAT
VALENCIANA



SISTEMA PÚBLIC
VALENCIÀ DE
SERVEIS SOCIALS



Per a citar:

Botija, M. i Villalonga, M. (2024). La coordinació sociosanitària des dels Serveis Socials. Càtedra Interuniversitària del Sistema Públic Valencià de Serveis Socials.

Treball elaborat en el marc del conveni:

Botija, M. (2022-2024). Fomento de la Investigación sobre los Indicadores Sociales en Servicios Sociales. Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat de Valencia Ref. OTR20201-21973SUBDI.

Treball finançat per a la seua publicació per part de la Càtedra Interuniversitària del Sistema Públic Valencià de Serveis Socials.

ISBN: 978-84-129620-1-7

ÍNDIX

1. Justificació.....	5
2. Marc teòric.....	9
2.1. Introducció.....	9
2.2. Estratègies de coordinació sociosanitària en altres comunitats autònomes	10
2.3. L'evolució de la coordinació sociosanitària a la Comunitat Valenciana ...	13
2.4. Conceptualització.....	15
2.4.1. Coordinació sociosanitària	15
2.4.2. Participació ciutadana.....	16
2.4.3. Intersectorialitat.....	19
3. Metodologia.....	23
3.1. Univers i mostra	23
3.2. Tècniques i instruments.....	24
3.2.1. Qüestionari	24
3.2.2. Entrevistes	25
3.3. Garanties ètiques.....	27
4. Resultats	29
4.1. Participació ciutadana	29
4.2. Intersectorialitat i coordinació sociosanitària	36
4.2.1. Condicions d'inici per a la coordinació sociosanitària.....	36
4.2.2. Implementació de la coordinació sociosanitària.....	40
4.2.3. Abordatge de la coordinació sociosanitària en les intervencions	44
4.2.4. Sostenibilitat de la coordinació sociosanitària.....	50
4.2.4.1. Normes, estructura, organització i pressupost	50
4.2.4.2. Mecanismes per a enfortir l'intercanvi entre sectors	51
4.2.4.3. Coneixement i habilitats del personal i el funcionariat dels sectors	54
4.2.4.4. Responsabilitat i competències	55
4.2.4.5. Condicions polítiques	59
4.3. Desenvolupament de la Llei 3/2019 i visió de futur	59
5. Discussió	71
6. Conclusions	79
7. Referències bibliogràfiques	83

8. Annexos	91
8.1. Model de qüestionari	91
8.2. Dades demogràfiques i altres gràfiques: qüestionaris	93
8.3. Guió de l'entrevista semiestructurada	97
8.4. Taules de codificacions: entrevistes	99

1. Justificació

La coordinació sociosanitària a la Comunitat Valenciana emergeix com un àmbit crucial per a la garantia de drets socials, especialment en contextos on els grups vulnerables necessiten un suport robust i efectiu. Aquest informe se centra en analitzar la situació actual d'aquesta coordinació des d'una perspectiva tant dels serveis socials com del sistema sanitari, subratllant el paper indispensable que juga el Sistema Públic Valencià de Serveis Socials en aquest procés. La recerca es recolza en un enfocament mixt, integrant tant metodologies qualitatives com quantitatives, la qual cosa permet una comprensió profunda i detallada de la qüestió.

En l'actualitat, els serveis socials enfronten el desafiament de ser estables, universals i centrats en les persones, característiques fonamentals per a poder respondre adequadament a les necessitats de la ciutadania. Aquesta estabilitat és essencial, no sols per a oferir un suport continu als usuaris, sinó també per a assegurar l'equitat en l'accés als recursos disponibles. La universalitat dels serveis socials, que garanteix l'accés de totes les persones, independentment de la seua situació socioeconòmica, és un aspecte particularment rellevant en un context de creixent desigualtat, on els grups més vulnerables poden ser fàcilment marginats si no existeix un sistema robust que els protegeixca.

L'enfocament centrat en les persones implica que els serveis no sols han d'estar dissenyats per a atendre les necessitats bàsiques, sinó que també han de ser sensibles a les particularitats de cada individu. En aquest sentit, la personalització dels serveis és un factor clau per a assegurar que les intervencions siguen efectives i pertinents. Això requereix una estreta col·laboració entre els diferents professionals que intervenen en l'atenció sociosanitària, lloc on el sistema públic de Serveis Socials juga un paper articulador essencial. Aquesta estructura actua com un pont entre els diferents serveis i recursos disponibles, facilitant un enfocament integral que aborda tant les necessitats sanitàries com socials de les persones.

En el marc d'aquest estudi, s'ha realitzat una revisió bibliogràfica exhaustiva per a comprendre millor el paper dels Serveis Socials en la coordinació sociosanitària. Aquesta revisió ha permès identificar les principals teories i enfocaments que sustenten la en aquest àmbit. Autors de renom en el camp destaquen la importància de la interdisciplinarietat i la necessitat de desenvolupar protocols compartits entre els diferents

actors involucrats. La creació d'aquests protocols és essencial per a assegurar una atenció integral i coordinada, minimitzant els riscos de fragmentació en l'atenció i millorant l'eficiència en l'ús dels recursos.

A més de la revisió bibliogràfica, l'estudi ha incorporat una part empírica que inclou l'administració de 129 qüestionaris a persones usuàries tant del sistema de serveis socials com del sistema sanitari. Aquests qüestionaris han permès recollir la percepció dels usuaris sobre la qualitat de l'atenció rebuda i el nivell de coordinació entre els diferents serveis. Els resultats obtinguts mostren que, encara que existeix un reconeixement generalitzat de la importància de la coordinació interdisciplinària, també s'identifiquen àrees de millora significatives. Una de les principals àrees de millora assenyalades pels usuaris és la necessitat de comptar amb protocols clars i compartits que facilitin la comunicació i la col·laboració entre els diferents serveis.

Complementant la informació obtinguda a través dels qüestionaris, s'han realitzat 15 entrevistes semiestructurades a informants clau, incloent-hi professionals dels serveis socials i sanitaris, així com altres gestors i responsables de la coordinació sociosanitària. Aquestes entrevistes han permès aprofundir en els desafiaments que enfronten els professionals en el seu dia a dia i en les barreres que dificulten una coordinació efectiva. Entre els obstacles més destacats es troba la falta de formació específica en coordinació interdisciplinària, l'absència de recursos adequats per a implementar protocols compartits i la falta de temps per a la coordinació efectiva a causa de la càrrega de treball.



Malgrat aquests desafiaments, els resultats de l'estudi subratllen la importància de la coordinació sociosanitària com un element fonamental per a millorar la qualitat de vida de les persones usuàries. La coordinació eficaç entre els serveis socials i sanitaris no sols permet una atenció més integral, sinó que també facilita la detecció precoç de riscos i la intervenció oportuna, la qual cosa és especialment rellevant en el cas de grups vulnerables. La implementació de protocols compartits i la millora de la formació en coordinació interdisciplinària són dues àrees clau que han de ser abordades per a avançar en la millora de la coordinació sociosanitària a la Comunitat Valenciana.

En conclusió, aquest informe posa de manifest la importància d'una coordinació sociosanitària robusta i eficaç per a garantir la protecció social i sanitària de la ciutadania. El paper dels Serveis Socials és fonamental en aquest procés, actuant com un eix vertebrador que connecta els diferents serveis i recursos. No obstant això, és necessari continuar treballant en la millora dels mecanismes de coordinació, desenvolupant protocols compartits i enfortint la formació dels professionals en aquest àmbit, per a assegurar que els serveis puguin respondre de manera efectiva i eficient a les necessitats de la població. La participació activa de la ciutadania i la col·laboració interdisciplinària són elements essencials per a construir un sistema sociosanitari més just, inclusiu i equitatiu a la Comunitat Valenciana.

2. Marc teòric

2.1. Introducció

Seguint els postulats de Camús i Pinazo, en les societats postmodernes apareixen majors i diferents exigències al Sistema de Serveis Socials (2010). Així doncs, en l'actualitat els serveis socials han de sostenir-se, ser estables, renovar-se, partir d'una responsabilitat pública i estar centrats en les persones, ja que tenen un paper fonamental en les societats del risc on les seguretats del treball, del suport familiar o de les xarxes socials s'han esqueixat i és palès el desconcert social (Beck, 1998).

En aquest context, el sistema de serveis socials constitueix un element clau en la xarxa d'atenció social i un espai immediat d'accés i garantia de drets socials i ciutadans. En aquest sentit, són els equips professionals de la intervenció social aquells qui estableixen el contacte bàsic i directe amb les persones (Camús i Pinazo, 2010).

Així doncs, la relació entre professional i ciutadà esdevindrà un element clau, especialment a través de la figura dels serveis socials municipals que, com a nivell bàsic d'atenció, són el dispositiu central de monitoreig del risc i dels perills que poden desplegar els grups socials més vulnerables o vulnerabilitzats (Parajuá, 2015).

Sense entrar en la complexitat de la definició del terme “vulnerabilitat” i atenent únicament aquí a l'espai semàntic de l'estudi, es pot considerar que tots els grups vulnerables o vulnerabilitzats comparteixen una característica comuna: la necessitat d'atenció sociosanitària (Parajuá, 2015). De fet, sovint les situacions d'emergència sanitària destapen situacions d'emergència social: es manifesten estats de precarietat i marginació (Camús i Pinazo, 2010).

Cal remetre inexcusablement també al terme d'exclusió social, que es començà a utilitzar en els anys 70 a França i que fou adoptat posteriorment per la Unió Europea com a nou eix des del qual superar el concepte de pobresa que s'havia utilitzat fins al moment (Subirats, 2004, citat a Camús i Pinazo, 2010). I cal tampoc no oblidar que l'espiral de l'exclusió no deixa exempts als qui parteixen de la zona d'integració, per això, la coordinació sociosanitària és clau en atendre situacions de desprotecció sobrevinguda.

A Espanya, el sistema diferencial amb derivació de competències a les comunitats autònomes, proporciona al Sistema Nacional de Salut una major flexibilitat, que li permet la planificació sanitària i la gestió dels serveis socials sanitaris d'acord amb les necessitats de cada població. La descentralització en principi és positiva ja que proporciona equitat

al Sistema Nacional de Salut, però si la gestió per Comunitats Autònomes no és rigorosa i eficaç pot dur a desigualtats en l'atenció amb conseqüències negatives per a la salut i el benestar de la població (López, 2016).

Tal com narra Rodríguez, Espanya i les seues comunitats autònomes viuen una “inèrcia de l'atenció dissociada” entre serveis socials i de salut i ens trobem davant “dos espais d'atenció pràcticament autistes” llevat del pont d'enllaç de la treballadora social sanitària (2015, p. 115).

Front a això, el Sistema de Serveis Socials parteix d'una debilitat d'inici en no estar recollit com un dret fonamental en la Constitució Espanyola l'accés a la xarxa pública de serveis socials. Les seues competències autonòmiques i la falta de consens polític han impedit l'existència d'una Llei Marc estatal que reconega els drets socials sota els principis d'universalitat, igualtat i proximitat (López, 2014).

La diferència, doncs, entre els sistemes sanitaris i socials està relacionada amb un desenvolupament diferenciat: mentre que l'assistència sanitària és considerada com un dret de cobertura universal amb normes molt definides i principis financers més estables, els serveis socials són un sistema descentralitzat, amb gran participació del tercer sector i les entitats privades i amb una variació substancial entre comunitats autònomes respecte a l'accés i la qualitat dels serveis (López, 2014).

Per a acabar, i centrant-nos en els documents legislatius que regeixen al territori estudiat en el present treball, cal destacar el Decret 18/2023, de 3 de març, del Consell, pel qual es regula la qualitat en el Sistema Públic Valencià de Serveis Socials. En l'apartat número 12 de l'Article 4 del Capítol 1 s'especifica la “col·laboració, coordinació i cooperació amb altres sistemes i serveis públics [...] especialment en l'àmbit sociosanitari [...] amb la finalitat de crear espais compartits i efectius de responsabilitat pública” (Generalitat Valenciana, 2023).

2.2. Estratègies de coordinació sociosanitària en altres comunitats autònomes

En primer lloc, els programes de coordinació sociosanitària a Espanya comencen a tenir certa importància a la dècada dels anys 80, exemple d'això és el Programa “Vida Als Anys” creat el 1986 a Catalunya, que va mantenir el protagonisme fins als 2000 en atenció sociosanitària per a la vellesa i la dependència. Durant els anys 90 es va generalitzar l'ús de l'adjectiu “sociosanitari” i es va reconèixer la urgència d'oferir cures

integrals a les persones necessitades d'ajuda social i sanitària simultània i prolongada, fet que requeria coordinació entre diferents els sistemes responsables (Fontanals et al., 1995).

Els equips de suport sanitari es van continuar especialitzant, però la dependència de les institucions sanitàries dificultava la gestió i derivació als recursos socials (Fontanals et al., 1995). D'aquesta manera, es va identificar la necessitat de clarificar estructura, funcions, dependència i finançament. Segons Codinach (2006), les Comissions Interdisciplinars Mixtes Sociosanitàries es van crear a Catalunya el 1990 per a coordinar els recursos sociosanitaris amb diferents nivells assistencials. Es va elaborar un directori de recursos, una sol·licitud d'ingrés sociosanitari consensuada i barems per a ordenar sol·licituds. En 10 anys, es va corroborar la importància dels Serveis Socials en aquesta coordinació sociosanitària, de forma que els i les treballadores socials van augmentar del 12% al 60% dins de les Comissions.

D'altra banda, el Model Col·laboratiu, promogut pel PIAISS el 2015 a Catalunya, va buscar la col·laboració entre Serveis Socials Bàsics i Atenció Primària de Salut. Rodríguez (2015) descriu els Centres d'Atenció Primària Integral (CAPI) com equipaments amb doble direcció social i sanitària, que integren atenció social i sanitària. Tot i el progrés, Rodríguez assenyala barreres com la dificultat d'unir cultures organitzatives diferents i la manca de sistemes d'informació compartits. Caldria, segons l'autora, que la coordinació partís d'una cocreació en condicions d'igualtat, amb bones pràctiques com ara crear una narrativa col·lectiva sobre l'atenció compartida, proporcionar informació sobre les organitzacions i els recursos, redactar un document base del model col·laboratiu i establir un Banc d'Ajudes Tècniques per facilitar el treball conjunt (Rodríguez, 2015).

En segon lloc destaca el cas de Galícia, on segons Piñeiro (2018) i des de l'experiència ourensana, amb les EOXI (Estructura Organizativa de Xestión Integrada) també se'ns recorda la necessitat d'establir convenis de col·laboració amb el sector privat i amb fundacions, per tal de poder donar resposta a la necessitat d'atenció sociosanitària dels pacients hospitalitzats. Es presenten programes de coordinació sociosanitària i de col·laboració entre el sector públic i el privat que no pretenen substituir les prestacions de dret que procedisquen en cada cas, sinó que busquen crear dispositius de trànsit amb caràcter temporal i complementari.

En tercer lloc, si ens situem a Euskadi, en la creació del model de coordinació sociosanitària basc, a finals dels anys noranta, ja es plantejà un debat que buscava aclarir on acaben les competències de salut i comencen les de serveis socials. És a dir, quan un problema sanitari es transforma en social i, conseqüentment, on establir la línia divisòria entre les dues realitats (Arrieta i Sobremonte, 2015). Això planteja la divisió d'un ens indivisible: l'individu, que presenta una sola realitat bio-psico-social amenaçada per un problema de competències (Sobremonte i Leonardo, 2001).

El 1994, el document Osasuna Zainduz (Cuidant la Salut) redueix l'activitat sanitària a les modalitats "tradicionals" de l'assistència medicosanitària: promoció, prevenció, curació i rehabilitació. Això implica un retrocés en la filosofia de l'atenció integral a la salut i deixa entreveure l'intent de transferir responsabilitats considerades no sanitàries a altres agents i poders públics. Així mateix, es retiraren les treballadores socials dels equips d'atenció primària de salut, de forma que els equips quedaren desprovistos del professional competent per a diagnosticar i tractar la dimensió social de la salut (Sobremonte i Leonardo, 2001).

Anys més tard, ha aparegut la figura del Consell Basc d'Atenció Sociosanitària; òrgan que reuneix els consellers de Salut i Assumptes socials, els tres diputats forals de Serveis Socials i un representant d'EUDEL, l'associació de municipis bascos (Sobremonte i Leonardo, 2001). Així mateix, s'han consolidat estructures comunes de coordinació territorial com les OSIS (Organitzacions Sanitàries Integrades d'Atenció Primària i Atenció Especialitzada).

Malgrat l'evolució, segueixen presents dues qüestions que obstaculitzen el procés: la dificultat d'innovar en fórmules de coordinació sociosanitària i la pressió del sistema sanitari sobre el social per obtenir respostes millors, més grans i més àgils davant les dificultats d'indole social que obstaculitzen l'assoliment dels objectius de salut (Arrieta i Sobremonte, 2015).

Cal, segons les autores citades al llarg de l'apartat, un marc jurídic comú que aposte per la centralitat del treball social sanitari i la prevenció comunitària, així com un reconeixement mutu i un llenguatge comú, i la dotació corresponent de recursos en un sector social limitat, de forma que s'equilibre l'espai de coordinació i que realment pugui ser sociosanitari.

2.3. L'evolució de la coordinació sociosanitària a la Comunitat Valenciana

Com a exemple dels primers casos pioners a la nostra comunitat, apareix el programa PALET de la Comunitat Valenciana que, segons l'Acord de 16 de maig del 1995, es presenta com un programa especial d'atenció sociosanitària a pacients ancians, amb malalties de llarga evolució i a pacients en situació terminal (Sancho, 2001). Més endavant i des del 2006 s'establiren línies de gestió i coordinació que s'han desenvolupat des del Servei d'Atenció al Pacient Crònic i d'Hospitals de Mitjana i Llarga estància de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

En aquesta Conselleria, segons narra Monrós (2012), no es contemplava la figura professional d'un/a coordinador/a o gestor/a de Treball Social sanitari. D'aquesta forma, en aquesta institució no hi havia un plantejament en torn de la gestió, planificació, coordinació, mètode, processos d'ordenació, unificació de continguts, unificació de sistemes de registre, supervisió professional, etc. Així doncs, i com a part del procés de treball de l'equip multidisciplinar liderat per Monrós, s'unificaren els processos i procediments d'intervenció en Treball Social sanitari a la Comunitat Valenciana (entre els anys 2007 i 2010) per a posteriorment establir una cartera de Serveis del Treball Social Sanitari (en els anys 2009-2010).

Des del 2012 fins a l'actualitat, la línia d'actuació ha estat la planificació, gestió i coordinació en Treball Social Sanitari. En aquest sentit, l'autora exposa la importància de consolidar la funció de gestió en Treball Social Sanitari a través de la creació d'un coordinador/a de Treball Social Sanitari tant en els Serveis Centrals de la Conselleria de Sanitat com en els diversos departaments de salut (Monrós, 2012).

D'altra banda, la Llei 3/2019 de Serveis Socials Inclusius de la Comunitat Valenciana estableix que el Sistema Públic Valencià de Serveis Socials es configura com una xarxa articulada de serveis de responsabilitat pública, que constitueix una estructura integrada funcionalment, territorialment i competencialment. Aquesta llei té com a objectiu passar d'un sistema previ caracteritzat per la falta de planificació i la disfuncionalitat, a un sistema regit pel principi de planificació i avaluació de les seues prestacions. Per a aconseguir això, el decret que desenvolupa la llei regula l'organització i ordenació dels centres, serveis i programes de serveis socials dins de l'estructura funcional, territorial i competencial del Sistema Públic Valencià de Serveis Socials. Això inclou establir les condicions materials, funcionals i de personal dels centres, serveis i

programes de serveis socials, així com les ràtios d'acreditació, d'acord amb allò que s'estableix en la llei, fet que permetrà la regulació de molts dels espais compartits entre l'àmbit dels Serveis Socials i l'àmbit Sanitari (Generalitat Valenciana, 2019).

Per tant, es visualitza un espai on es busca integrar i coordinar el sistema de serveis socials a nivell funcional, territorial i competencial, per a superar la fragmentació i les disfuncionalitats prèvies i garantir una provisió equitativa de serveis socials a tota la Comunitat Valenciana alhora que es coordina amb l'àmbit sanitari.

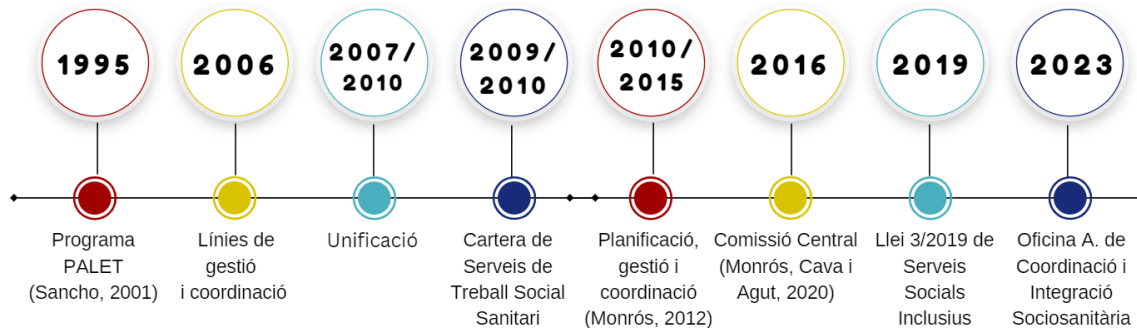
Des d'aquesta esfera, es planteja la creació d'un nou sistema d'informació electrònic que done suport a l'Espai sociosanitari. El gener de 2016 es constitueix la Comissió Central de Coordinació Sociosanitària integrada per representants polítics i executius de la Conselleria de Sanitat i Salut Pública i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives (Monrós, Cava i Agut, 2020), és a dir, es vincula el sistema sanitari amb el sistema de Serveis Socials.

En el si d'aquesta comissió es defineixen les línies d'actuació sociosanitària estratègiques, i s'acorda la formació de 8 grups de treball intersectorials, coordinats per una Comissió Tècnica formada per subdirectors i caps de serveis d'ambdues Conselleries. Aquests vuit grups seran: assistència sociosanitària, salut mental, diversitat funcional, infància, inclusió sociosanitària, sistemes d'informació, formació i farmàcia sociosanitària (Monrós, Cava i Agut, 2020).

En el cas dels sistemes d'informació, la situació de partida d'ambdós sistemes és molt diferent. Mentre que en l'àmbit sanitari, la Comunitat Valenciana disposa d'una Història Sanitària Electrònica (HSE) multidisciplinar, en el sistema de Serveis Socials es disposa de diferents sistemes d'informació i en cap cas d'una Història Social Electrònica Única (HSOE). Així doncs, amb el treball d'aquesta comissió, es pretenia establir una història clínica i social compartida entre el Sistema Sanitari i el Social, que contemplés el registre dels factors de vulnerabilitat de les persones, fet que permetria oferir un sistema assistencial coordinat amb una finestra única d'entrada per a la gestió de casos (Monrós, Cava i Agut, 2020).

Per a acabar, es destaca que l'any 2023 es comença a treballar amb l'estratègia de coordinació sociosanitària, vehiculada a través de l'Oficina Autònoma de Coordinació i Integració Sociosanitària de la Comunitat Valenciana (OCISS), creada per resolució del

Conseller de Sanitat a data 3 d'octubre de 2023, amb l'objectiu de definir la “governança conjunta” entre Sanitat i Serveis Socials i establir “els mecanismes de presa de decisions i de coordinació” entre ambdues Conselleries (Tejerina, 2023).



Font: Elaboració pròpia.

2.4. Conceptualització

2.4.1. Coordinació sociosanitària

Ja en el Llibre Blanc de la Coordinació Sociosanitària (Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2011) s'explicita que treballar de manera interdisciplinària, coordinant els diferents serveis d'urgències i emergència, proporciona una atenció continuada i adaptada a les necessitats de la persona o col·lectiu, augmentant l'eficàcia i l'eficiència de les intervencions i l'optimització dels recursos disponibles.

En aquest sentit, autors com Rodríguez i Jiménez també remarquen la importància de que, en la coordinació entre Serveis Socials i Sanitaris, l'objectiu final siga l'atenció integral centrada en el pacient, per tal d'aconseguir una major qualitat assistencial i també una major sostenibilitat econòmica dels sistemes de protecció (Rodríguez i Jiménez, 2011).

Aquesta atenció integral passa per la coordinació sociosanitària dels serveis mitjançant procediments i protocols, capaços d'organitzar una resposta holística en cada cas. L'atenció integral, a més a més, proporciona benestar psicosocial a les persones (incloent els professionals assistencials) prevenint la patologització de problemes sanitaris, psicològics i socials (Marqués, 2015, citat en Ripoll et al., 2021).

En definitiva, tal com assenyala Barker, és indispensable que hi haja una coordinació sociosanitària entre recursos, per a saber com, quan i per què activar cada recurs i així establir la total protecció de la ciutadania front a les situacions de patologització i en garant dels seus drets i necessitats (Barker, 2014).

Cal destacar que l'atenció integrada requereix d'una cooperació intersistèmica, però sovint trobem obstacles en la integració dels serveis en molts estats de la Unió Europea (Kraus et al., 2010). Aquests obstacles es vinculen, d'una banda, als serveis, que manquen de perfils professionals que assumisquen la responsabilitat sobre la coordinació; però també als processos, que presenten deficiències en la transmissió d'informació, falta de cooperació i de responsabilitats compartides entre serveis hospitalaris i serveis d'atenció primària, i entre l'atenció sanitària i la social (Currie, 2010).

No obstant això, apareixen propostes com la del Model Sociosanitari sostenible (Sustainable Socio-Health Model o SSHM) que proposa l'ús conjunt d'una cartera única de serveis sanitaris i socials, gestionada per equips multidisciplinars amb criteris de proximitat, millora de l'eficiència i de la qualitat dels serveis, especialment per a atendre pacients majors amb patologies cròniques (Garcés, Ródenas i Sanjosé, 2004).

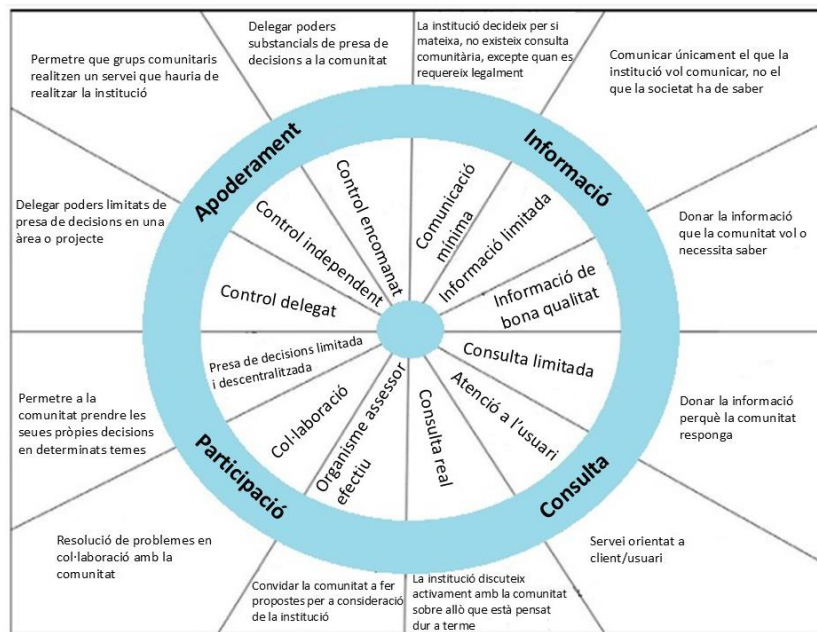
Un altre exemple seria el model de gestió de casos denominat "Integrated care", que té l'objectiu d'assegurar la continuïtat assistencial de pacients amb deteriorament funcional i alt risc d'institucionalització a través d'una xarxa complexa de serveis, eliminant la duplicitat d'intervencions i utilitzant equips multidisciplinars (Scharlach et al., 2001).

2.4.2. Participació ciutadana

En les darreres dècades s'ha produït un augment de la presa de consciència sobre la importància de la participació ciutadana en la salut de les democràcies contemporànies. Destaca Davidson (1998) amb un model d'apoderament comunitari que inclou la identificació de necessitats locals, la creació d'estratègies participatives i l'establiment de mecanismes de retroalimentació contínua.

Així, es mostra com les comunitats poden desenvolupar-se i enfortir-se mitjançant la col·laboració activa dels seus membres, destacant la importància de la inclusió i l'equitat en els processos de planificació.

Figura 1: Roda de participació



Font: Elaboració pròpia a partir de Davidson, S. (1998). Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 1262, 14-15.

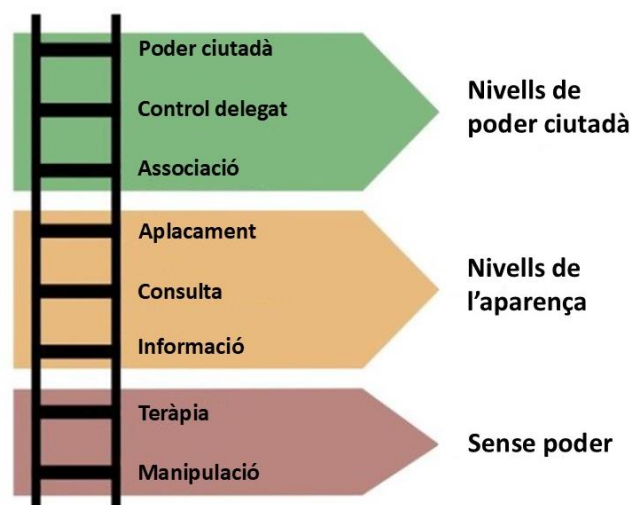
Retornant a l'àmbit sociosanitari i al territori espanyol, ben entrat ja el segle vint-i-u apareixen guies que intenten remar cap a la direcció participativa i comunitària que comentàvem anteriorment: la “Guia metodològica per a integrar l’Equitat en les Estratègies, Programes i Activitats de Salut” del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, cercava l’any 2012 sensibilitzar als professionals de salut i altres sectors rellevants sobre l’equitat en salut i els determinants socials, oferint eines pràctiques per a la seua integració en les Estratègies, Programes i Activitats (EPAs) de salut. Així, des del govern central apareix per primer cop una proposta sobre l’equitat com a eix transversal en totes les activitats i plans de salut pública.

En aquesta línia es defineix el Grup de Treball de Promoció de la Salut del Comitè de Salut Pública d’Espanya (Solar, 2014), amb la participació del Comitè Institucional de l’Estratègia Nacional de Promoció de la Salut i Prevenció de la Malaltia. Es busca proporcionar una guia metodològica per a l’avaluació de l’impacte en salut i la integració de l’acció intersectorial en les polítiques de salut a tots els nivells d’implementació (nacional, regional i local) per a una efectiva i equitativa implementació de les estratègies.

Segons la treballadora social Sherry Arnstein, la participació ciutadana és essencialment redistribució de poder, la qual cosa permet als ciutadans marginats influir en les decisions que afecten les seues vides (1969). Es presenta una tipologia de huit

nivells de participació: manipulació (participació falsa, sense poder real); teràpia (participació usada com a teràpia, sense canvis reals); informació (comunicació unidireccional, sense retroalimentació); consulta (opinions sol·licitades però no garantides); aplacament (influència mínima); associació (poder compartit mitjançant negociació), poder delegat (ciutadans amb autoritat decisòria) i control ciutadà (ciutadans governen completament programes i institucions). Arnstein argumenta que sense redistribució de poder, la participació és una mera formalitat que manté l'*statu quo*, per tant, les nostres societats necessiten una participació autèntica per aconseguir reformes socials significatives.

Figura 2: Escala de participació



Font: Elaboració pròpia a partir de Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35 (4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Quant a la participació de la ciutadania als Serveis Socials, un recent estudi (Berasaluze et al., 2023) destaca com la participació ciutadana en serveis socials és limitada i majorment consultiva, obstaculitzada per una cultura institucional rígida i limitacions organitzacionals. Malgrat que existeix consens sobre la necessitat d'incrementar la participació per a millorar l'autonomia dels usuaris, serien necessaris canvis metodològics i recursos per a una participació més activa i efectiva. En definitiva, les experiències de participació són puntuals i no formen part de mecanismes estructurals.

Per a acabar, centrant-nos en els documents legislatius que regeixen al territori estudiat en el present treball, cal destacar el Decret 18/2023, de 3 de març, del Consell, pel qual es regula la qualitat en el Sistema Públic Valencià de Serveis Socials. En l'apartat número 4 de l'Article 5 del Capítol 1 s'especifica la necessitat de "conèixer si el resultat

de l'atenció rebuda s'ajusta a les expectatives de les persones usuàries, fomentant la seua participació i la de les persones professionals, establint mecanismes de comunicació i considerant l'avaluació de la satisfacció de les persones usuàries com una obligació de les administracions per a promoure la gestió de qualitat" (Generalitat Valenciana, 2023).

Destaca també la Llei 4/2023, de 13 d'abril, de Participació Ciutadana i Foment de l'Associacionisme de la Comunitat Valenciana, on s'explicita el requeriment d'una "nova regulació que establisca un marc normatiu de la participació ciutadana formal en l'àmbit de tota la Comunitat i que regule i promoga la participació dels agents socials i del conjunt de la societat com a coproductora de coneixement i polítiques públiques i generadora de valor públic." Tota aquesta bibliografia, en resum, subratlla la importància de la participació per a millorar la qualitat i eficàcia dels serveis socials i els serveis de salut i promoure una major democratització en la presa de decisions (Generalitat Valenciana, 2023).

2.4.3. Intersectorialitat

Segons Escartín, la coordinació i la intersectorialitat són tasques bàsiques i clau amb tots els grups d'intervenció social, però es destaca la relació amb el grup sanitari, donat que la primera necessitat bàsica és la vida i la salut (2006).

Així doncs, en el context sociosanitari, una actuació intersectorial, integral i coordinada permetrà agilitzar el procés, protegir la persona o grup davant una situació de vulnerabilitat i oferir procediments uniformes, normalitzant les respostes davant de situacions específiques, de forma que s'eviten conflictes i s'assegure una resposta immediata, coordinada i organitzada (Camús i Pinazo, 2010).

Cal no oblidar, tal com assenyala López, que l'enfocament intersectorial ha de ser inherent a una intervenció integral i global, dirigida a tota la ciutadania en desprotecció social i amb necessitats socials i sanitàries. És a dir, la intersectorialitat fa referència a assolir una intervenció coordinada amb altres sectors com l'habitatge, l'educació, la justícia, el treball o la salut, així com amb entitats privades i del tercer sector (López, 2014).

En resum, la percepció que des de serveis socials es té sobre la coordinació sociosanitària i l'enfocament intersectorial és que aquesta intervenció no només és necessària per als malalts crònics i les persones amb falta d'autonomia personal, sinó que el plantejament ha de ser més global i incloure col·lectius i situacions d'exclusió social i

de desprotecció social de tota la ciutadania amb diferents necessitats socials i sanitàries en els diferents moments de les seues històries vitals (López, 2014).

Aquest concepte més ampli de ciutadania implica reforçar en ambdós sistemes les tasques de prevenció i rehabilitació, una part extremadament important i oblidada de la coordinació. D'aquesta manera, l'espai de coordinació sociosanitària esdevindria un marc interorganitzatiu que permetria la definició de mecanismes per a facilitar la comunicació, la informació compartida i la col·laboració (López, 2014).

Si continuem amb aquest repàs sobre aspectes rellevants quant a la intersectorialitat i aproximem la lupa, en el diagnòstic de Giménez sobre la situació de la coordinació sociosanitària entre els i les treballadores socials de la província d'Alacant es destaca el paper fonamental del territori en la coordinació sociosanitària: el municipi es proposa com a àmbit natural i eix central al voltant del qual s'ha d'articular la coordinació (Giménez, 2005).

També són i sembla que han de ser els serveis socials, d'ampla base municipal i vinculats extraordinàriament als territoris, els que han d'assumir el paper motor i la garantia de la coordinació en el municipi, en estreta col·laboració amb el sistema sanitari, aportant, entre altres, la valuosa visió integral i estratègica de les necessitats del territori (Giménez, 2005).

Pel que fa a la coordinació, Piñeiro (2018) exposa com a Espanya sofrim, de forma molt especial, un problema de coordinació dels recursos sanitaris i socials, ja que la rigidesa d'ambdós sistemes és un pou de creació d'ineficiències, duplicitats de serveis i de no-resposta als ciutadans. Per això, malgrat el deure de les administracions de prendre el lideratge en definir i operativitzar escenaris de coordinació i de crear un espai sociosanitari, la realitat exposa que han estat els professionals qui han assumit tradicionalment la coordinació, col·laboració i complementarietat amb altres serveis i recursos, tant públics com privats, i amb altres entitats d'iniciativa social.

En la mateixa línia, Rodríguez (2018) exposa com la intervenció amb col·lectius en risc d'exclusió social requereix d'un model d'atenció integral, amb una orientació comunitària basada en la coordinació interdisciplinar i interinstitucional. Així, serà necessari formalitzar i incentivar espais de treball i de cooperació, on es puguin aprofitar les fortaleeses professionals i els recursos de les institucions, promovent accions conjuntes que minimitzen les problemàtiques i garantisquen els resultats de les intervencions.

A més a més, l'atenció sanitària als col·lectius en risc d'exclusió social sovint es vincula amb l'alta freqüentació dels serveis d'urgències del sistema sanitari però aquesta atenció en moments de crisi, en moltes ocasions manca d'efectivitat. Les altes voluntàries, la insuficiència de dades evolutives i la falta de garanties de seguiment condemnen sovint al fracàs en les intervencions. A més a més, l'alt consum de recursos sociosanitaris especialitzats no es correspon amb una millora substancial de la salut d'aquestes persones (Rodríguez, 2018).

Pel que fa la gestió de casos com a mètode de connexió entre el sistema sanitari i els serveis socials, Garcés i Ródenas plantegen, en el seu estudi de 2015, l'avaluació d'un projecte de gestió de casos amb pacients crònics a València per a la integració de l'atenció social i sanitària on s'exposa: un increment de l'ús combinat de recursos sanitaris i socials en coordinació amb els centres d'atenció primària, una disminució de les consultes mèdiques, una major satisfacció dels pacients i un major nombre de pacients atesos. Es demostra, a més a més, com, amb un adequat itinerari assistencial coordinat, s'utilitzen en major mesura recursos socials com ara centres de dia i menys recursos sanitaris, com ara les consultes externes en hospitals d'aguts (Garcés i Ródenas, 2015).

3. Metodologia

3.1. Univers i mostra

En aquest primer apartat caldrà distingir, en primer lloc, els tres marcs mostrals en els quals es mou aquest treball segons a quina tècnica fan referència.

En primer lloc, pel que fa a la revisió bibliogràfica, s'han identificat 213 articles sobre la temàtica assenyalada, dels quals s'han inclòs un total de 42 articles per a la seua revisió.

En segon lloc, pel que fa a l'apartat quantitatiu d'aquest estudi, s'ha aplicat un qüestionari a 129 persones amb mostreig no aleatori i dut a terme en dos vessants (l'autoadministració del qüestionari en línia i l'administració presencial en centres de salut i de serveis socials).

Per últim, en relació amb la part qualitativa s'han realitzat 15 entrevistes semiestructurades a informants clau que han finalitzat en assolir-se el punt de saturació de dades. En aquest sentit, cal esmentar que la tècnica de mostreig s'ha basat en la definició i delimitació de perfils professionals que permetin amplificar la visió sobre la coordinació sociosanitària des de tots els àmbits laborals involucrats.

Taula 1: Codificació entrevistes (elaboració pròpia)

CODI	EDAT	GÈN	PROFESSIÓ	ÀMBIT	A/T
TS31	38	Dona	Treballadora Social	Tercer Sector (sensellarisme)	10
TS32	28	Dona	Treballadora Social	Tercer Sector (persones majors)	2
TSS1	57	Dona	Treballadora Social Sanitària	Hepatologia i Cardiologia (Hospital)	10
ES1	48	Home	Educador Social	Tercer Sector (convalescents)	15
TS33	26	Dona	Treballadora Social	Tercer Sector (convalescents)	3
IN1	27	Dona	Infermera	Urgències (Hospital)	5
ME1	53	Dona	Metgessa	Persones Majors i pluripatològiques (Unitat de Curta Estància)	28
TSS2	62	Dona	Treballadora Social Sanitària	Hepatologia, transplantament de pàncrees i transplantament renal (Hospital)	15
TSS3	35	Dona	Treballadora Social Sanitària	Centre de Salut d'Atenció Primària	10
IN2	28	Dona	Infermera	Familiar i Comunitària (Centre de Salut)	6
TSS4	57	Dona	Treballadora Social Sanitària	Centre de Salut d'Atenció Primària	31
TS34	28	Dona	Treballadora Social	Tercer Sector (dany cerebral adquirit)	4

TSM1	48	Dona	Treballadora Social	Serveis Socials Municipals	6
TSM2	38	Dona	Treballadora Social	Serveis Socials Municipals	17
TSS5	56	Dona	Treballadora Social Sanitària	Centre de Salut d'Atenció Primària	34

Així doncs, s'ha comptat amb 5 perfils de treball social sanitari (dos en hospitals i 3 en atenció primària); 4 treballadores socials del tercer sector; 2 treballadores socials d'equips d'atenció primària municipals; 1 educador social del tercer sector; 2 infermeres (1 d'urgències d'hospital i l'altra familiar i comunitària d'atenció primària) i, per últim, amb 1 metgessa que treballa en una unitat hospitalària de curta estància.

Pel que fa a la mostra, s'observa un percentatge de 93,3% dones i 6,6% homes; s'ha treballat sobre una mitjana d'edat de 41,93 anys, una mitjana d'anys treballats en el perfil professional pel qual s'entrevista de 13,07% (destacant l'equilibri entre 4 persones que superen els 15 anys treballats i 6 persones que no arriben als 10 anys) i, respecte als llocs laborals ocupats, destaca que 4 persones treballen en entorns rurals i les altres 9 en entorns més urbans.

3.2. Tècniques i instruments

3.2.1. Qüestionari

L'instrument utilitzat ha estat un qüestionari estructurat compost per 22 preguntes dividides en 3 blocs principals:

En el primer bloc s'englobaven les preguntes demogràfiques. Les primeres preguntes indagaven sobre característiques demogràfiques dels participants, incloent-hi sexe, nacionalitat, data de naixement i nivell educatiu més alt aconseguit.

En el segon s'aprofundia sobre la participació als Serveis Socials. La primera pregunta filtre determinava si l'enquestat continuava amb aquest bloc o passava directament al següent: "Ha acudit vosté alguna vegada als Serveis Socials?". Els qui responien afirmativament, indicaven el tipus de municipi i el nom de la localitat on es troba el servei al qual acudeixen. A continuació, s'inclogueren 5 preguntes basades en el model de participació comunitària de Davidson (1998) i construïdes segons una escala Likert de 5 punts (1: Mai, 2: Poques vegades, 3: Algunes vegades, 4: Moltes vegades, 5: Sempre) per a explorar si la persona és consultada, realitza propostes d'actuació, és convidada a participar, és tinguda en compte per a resoldre problemes o se li deleguen

decisions en el centre de Serveis Socials en qüestió. Finalment, apareixia una pregunta oberta sobre exemples de participació en el servei al qual s'acudeix.

Per últim, es trobaven les preguntes entorn a la participació en els serveis de sanitat. Quan la persona enquestada finalitzava el bloc anterior, apareixia la pregunta filtre “Ha acudit vostè alguna vegada als serveis de salut?”. Si responia afirmativament, es desplegava la mateixa seqüència de preguntes del segon bloc, però referida als serveis de salut. En cas de resposta negativa, el qüestionari conclouïa en aquest punt.

3.2.2. Entrevistes

El disseny de les entrevistes qualitatives inclou la selecció dels entrevistats o entrevistades, la qual es realitza mitjançant una selecció estratègica de casos. Aquesta selecció implica determinar l'univers potencial i els perfils socials a incloure, assegurant-se que complisquen amb requisits com la informació rellevant, la capacitat de transmissió i l'accessibilitat. Un altre aspecte clau és el punt de saturació, que indica quan ja no es necessita recollir més dades.

Segons Gorden (1975), hi ha diversos tipus d'informants: clau, especials i representatius. En aquest treball s'han determinat informants clau en funció de les seues característiques professionals i la seua trajectòria laboral en vinculació al tema de coordinació sociosanitària entre serveis socials i serveis d'atenció a la salut.

En el guió, de naturalesa modificable i preguntes obertes, i basat en el treball de Solar (2014) apareixen cinc apartats principals al voltant de la coordinació sociosanitària: les seues condicions d'inici, els aspectes clau per a implementar-la, els aspectes clau per a abordar-la en la intervenció, els aspectes clau per a la seua sostenibilitat i les condicions polítiques contextuais que en marquen el camí.

CHECKLIST PER A IDENTIFICAR FORTALESES, OPORTUNITATS I DEBILITATS PER A L'AMPLIFICACIÓ I L'ENFORTIMENT DEL TREBALL INTERSECTORIAL	
Condicions d'inici	Voluntat política
	Obertura a mandats internacionals
	Estructura formal o informal per a la trobada i negociació entre els sectors
Aspectes claus per a la implementació	Visió de salut predominant en el sector
	Graus o intensitat de treball intersectorial
	Nivells administratius involucrats
	Com es conceptualitza en el programa la participació social
Aspectes claus en l'abordatge (contingut o disseny de la intervenció)	Acció intersectorial a través de tots els sectors del Govern
	Equitat com a meta o objectiu explícit de la intervenció intersectorial
	Principal enfocament d'equitat utilitzat
	Abordatge dels determinants socials de la salut
	Aproximació de cobertura utilitzada (enfocament de dret)
Aspectes clau per a la sostenibilitat	Mandats, estructura, organització i pressupost
	Ferramentes o mecanismes per a enfortir l'intercanvi entre sectors
	Coneixements i habilitats dels interessats i funcionaris dels sectors

Font: Elaboració pròpia a partir de *Instrumento para la identificación de oportunidades y debilidades para el desarrollo de Salud en Todas las Políticas* (Solar, 2014)

En aquesta entrevista es plantegen diverses qüestions clau sobre la coordinació entre la Conselleria de Sanitat i la Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge. Es consulten als professionals les seues percepcions sobre si existeix una estructura per a aquesta coordinació, quina és la visió predominant de la salut en els seus entorns laborals, la intensitat del treball intersectorial, els nivells de l'administració involucrats, i la participació dels usuaris en els programes. També es tracten temes com la coordinació entre agents, el paper dels tècnics, l'equitat, la consideració dels determinants socials de la salut, l'estructura de treball, les eines i protocols establerts de coordinació, la gestió de qualitat dels serveis, els coneixements i habilitats del personal, i quines haurien de ser les responsabilitats compartides entre ambdues conselleries i la percepció sobre si existeix voluntat política per a fomentar aquesta coordinació.

Pel que fa a l'anàlisi de les entrevistes qualitatives, el procés comença amb la transcripció de les entrevistes, que marca l'inici de l'anàlisi intens (Valles, 2002). Posteriorment, es procedeix a la categorització, prefixada i emergent, i a la codificació de les dades. L'anàlisi es situa per categories i entre categories, fet que permet identificar patrons i relacions. Finalment, en aquest estudi s'inclou un anàlisi descriptiu i un anàlisi interpretatiu que, com assenyala Herzog (2016), permeten comprendre i donar significat a les dades recollides.

Per a l'anàlisi de la informació, totes les fonts utilitzades en la investigació han estat analitzades de manera manual o bé per mitjà de programari SPSS i MaxQDA. Per consegüent, la teoria de les investigacions llegides i la informació extreta empíricament dels qüestionaris i de les entrevistes s'han complementat entre si constituint un diàleg entorn de les preguntes de la investigació (Borderías, 1997).

3.3. Garanties ètiques

La proposta metodològica ha gaudit de garanties ètiques. Les persones que complien els criteris d'inclusió per a aquest estudi, van rebre prèviament la necessària informació (Parsons, Sherwood, i Abbott, 2016) i van prestar consentiment de participació voluntària per escrit, d'acord amb la Declaració d'Hèlsinki (2013), garantint la confidencialitat de les informacions i el tractament reservat amb finalitats d'investigació com és el cas que es presenta.

Es va assegurar l'anonimització dels participants establint codis neutres (Corti, Day i Backhouse, 2000) i evitant la seua identificació a fi de salvaguardar la seua integritat física. Així mateix, es va explicar als i les participants la possibilitat d'interrompre o rebutjar la seua contribució en qualsevol moment del desenvolupament de les entrevistes o dels qüestionaris.

4. Resultats

4.1. Participació ciutadana

Aquest apartat presenta els resultats dels 129 qüestionaris sobre la participació en serveis socials i de salut a la Comunitat Valenciana. Analitzarem les respostes obtingudes, avaluant la freqüència i qualitat de la interacció dels usuaris amb aquests serveis. El qüestionari inclou preguntes sobre característiques demogràfiques i experiències prèvies amb els serveis socials i de salut. A més, s'aborden temes específics com la consulta als usuaris sobre les accions a realitzar, la seua participació en propostes d'actuació, o la delegació en la presa de decisions, basades en la roda de la participació de Davidson (1998) comentada en l'[Apartat 1.4.2](#).

Pel que fa a les dades demogràfiques sobre les persones enquestades¹, la majoria de persones enquestades, el 81,4%, són dones. A més, el 17,8% són homes i el 0,8% s'identifica com a no binari. Això es correspon amb la feminització dels usuaris dels Serveis Socials, una tendència que s'ha observat a Espanya segons el IV Informe del Consell General del Treball Social, per la qual les dones, en veure's més afectades per la precarietat laboral i la manca d'oportunitats en àrees rurals, protagonitzen el nou perfil de persona usuària de Serveis Socials (Consell General del Treball Social, 2022).

Quant a la nacionalitat dels enquestats, la majoria, el 94,6%, són espanyols. Les altres nacionalitats són minoritàries: el 1,6% són mexicans, el 0,9% equatorians, el 0,8% alemanys, el 0,7% austríacs, el 0,5% peruans i el 0,5% italians.

Pel que fa a la distribució dels anys de naixement dels enquestats, la majoria va nàixer l'any 2000 amb 37 persones. També destaquen els nascuts en 1995, amb 21 persones, i en 1965, amb 12 persones. Les altres dècades tenen una representació menor, amb freqüències que varien entre 2 i 11 persones. Així, la mitjana d'edat és aproximadament 40,8 anys.

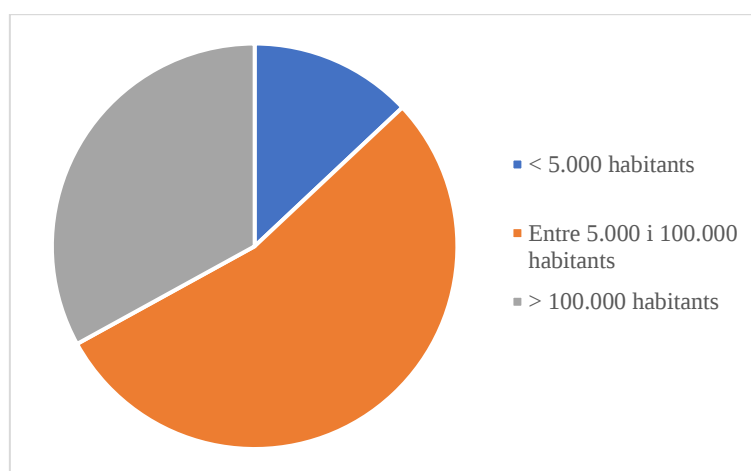
Quant al nivell d'estudis, la majoria dels enquestats, 66 persones, van completar la secundària. A continuació, 48 persones van acabar estudis universitaris. Un número menor, 14 persones, han completat l'educació primària. Només una persona no té estudis.

¹ Quant als gràfics que mostren aquestes dades, per qüestions d'amplitud del treball i de format, s'ha optat per adjuntar-los en l'[Annex 8.3](#), del present document.

Això reflecteix una tendència significativa cap a nivells d'educació secundària i universitària entre els enquestats, indicant un alt nivell educatiu general en la mostra.

Segons les dades obtingudes, el 66,7% de les persones enquestades no ha acudit als Serveis Socials, mentre que el 33,3% sí que ho ha fet. Quant al tipus de municipi² on es troben els Serveis Socials als quals acudeixen aquests enquestats, la majoria, 21 persones, accedeix a serveis en municipis d'entre 5.000 i 100.000 habitants. En menor nombre, 13 persones, acudeixen a municipis de més de 100.000 habitants i només 5 persones a municipis amb una població inferior a 5.000 habitants.

Gràfica 1: Tamany del municipi al qual acudeixen les persones usuàries de Serveis Socials



Font: elaboració pròpia

Segons distribució dels enquestats pel municipi on acudeixen o han acudit a Serveis Socials, Vinaròs i València són els municipis més representats, amb 12 enquestats cadascun. Benicarló i Xert en tenen 3 enquestats cadascun. Altres municipis com Cervera del Maestrat, Alboraia, La Serra d'en Galceran, La Vall d'Uixó, Domenyo, Xirivella i Alfafar tenen només un enquestat cadascun.

Taula 3: Freqüència de consulta a les persones usuàries en el centre de Serveis Socials

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	16	12,4	43,2	43,2
	Poques vegades	3	2,3	8,1	51,4
	Algunes vegades	9	7,0	24,3	75,7
	Moltes vegades	2	1,6	5,4	81,1
	Sempre	7	28,7	100,0	100,0
	Total	37	28,7	100,0	
Perduts	Sistema	92	71,3		

² El gràfics sobre els noms d'aquests municipis, es poden consultar a l'[Annex 8.3.](#) del present document.

Total	129	100,0		
-------	-----	-------	--	--

Font: elaboració pròpia

La taula mostra la freqüència amb la qual els enquestats són consultats sobre accions en els Serveis Socials. El 43,2% mai és consultat. El 24,3% és consultat algunes vegades. El 18,9% sempre és consultat. El 8,1% és consultat poques vegades i el 5,4% és consultat moltes vegades. Això reflecteix una percepció de consulta limitada entre les persones usuàries dels Serveis Socials.

Taula 4: Participació en les propostes d'actuació del centre de Serveis Socials

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	20	15,5	55,6	55,6
	Poques vegades	2	1,6	5,6	61,1
	Algunes vegades	7	5,4	19,4	80,6
	Moltes vegades	2	1,6	5,6	86,1
	Sempre	5	3,9	13,9	100,0
	Total	36	27,9	100,0	
Perduts	Sistema	93	72,1		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

La taula mostra la participació dels enquestats en les propostes d'actuació dels Serveis Socials. El 55,6% mai participa. El 19,4% participa algunes vegades. El 13,9% sempre participa. El 5,6% participa moltes vegades i el 5,6% participa poques vegades. Això indica una baixa participació general en les propostes d'actuació.

Taula 5: Percepció sobre la possibilitat de fer propostes per part de les persones usuàries de Serveis Socials

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	25	19,4	69,4	69,4
	Poques vegades	4	3,1	11,1	80,6
	Algunes vegades	4	3,1	11,1	91,7
	Moltes vegades	3	2,3	8,3	100,0
	Sempre	3	2,3	8,3	100,0
	Total	36	27,9	100,0	
Perduts	Sistema	93	72,1		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

El gràfic mostra la freqüència i percentatge de respostes sobre si els usuaris de serveis socials consideren que són convidats a fer propostes. La majoria (69,4%)

considera que mai han estat convidats, seguit per algunes vegades (11,1%), poques vegades (11,1%), i sempre (8,3%).

Taula 6: Consideració de les persones usuàries a l'hora de resoldre problemes en Serveis Socials

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	9	7,0	24,3	24,3
	Poques vegades	3	2,3	8,1	32,4
	Algunes vegades	17	13,2	45,9	78,4
	Moltes vegades	2	1,6	5,4	83,8
	Sempre	6	4,7	16,2	100,0
	Total	37	28,7	100,0	
Perduts	Sistema	92	71,3		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

El gràfic mostra la freqüència i percentatge d'opinions sobre si els usuaris de serveis socials són considerats a l'hora de resoldre problemes en el centre de Serveis Socials on acudeixen. La majoria (45,9%) opina que a vegades se'ls té en compte, seguit per aquells qui opinen que mai (24,3%) i sempre (16,2%).

Taula 7: Delegació de presa de decisions en les persones usuàries (Serveis Socials)

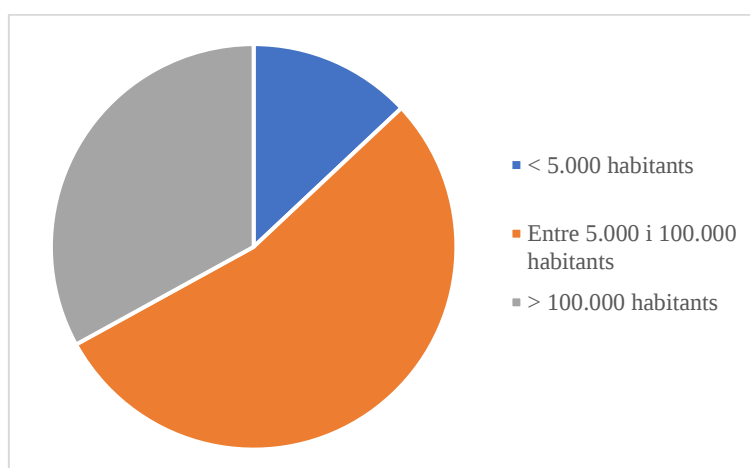
		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	18	14,0	50,0	50,0
	Poques vegades	5	3,9	13,9	63,9
	Algunes vegades	8	6,2	22,2	86,1
	Moltes vegades	2	1,6	5,6	91,7
	Sempre	3	2,3	8,3	100,0
	Total	36	27,9	100,0	
Perduts	Sistema	93	72,1		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

La taula mostra la percepció sobre la delegació de decisions en usuaris de Serveis Socials. El 50% expressa que mai experimenta delegació. El 22,2% ho fa algunes vegades. El 13,9% ho experimenta poques vegades. El 8,3% sempre i el 5,6% moltes vegades. Això reflecteix una limitada delegació de decisions en persones usuàries.

En referència, respecte a l'ús, per part de les persones enquestades, dels serveis de salut: la gran majoria, 116 persones, ha acudit alguna vegada a aquests serveis, mentre que només 7 persones no ho han fet. Això indica una alta utilització dels serveis de salut entre els enquestats.

Gràfica 2: Tamany del municipi al qual acudeixen les persones usuàries dels serveis de salut



Font: elaboració pròpia

Pel que fa al tipus de municipi on es troben els serveis de salut que utilitzen els enquestats, el 53,85% dels enquestats acudeix a serveis en municipis d'entre 5.000 i 100.000 habitants. Un 33,33% utilitza serveis en municipis amb més de 100.000 habitants. Només el 12,82% acudeix a serveis en municipis amb menys de 5.000 habitants. Això indica que la majoria dels enquestats utilitza serveis de salut en municipis de grandària mitjana. Les persones enquestades acudeixen als serveis de salut en diversos municipis: Vinaròs i València destaquen amb 12 usuaris cadascun, Benicarló i Xert segueixen amb 3 usuaris cadascun. Els altres municipis, com Alboraià, La Serra d'en Galceran i altres, tenen només 1 usuari cadascun.

Taula 8: Consulta sobre les accions en el servei de salut

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	50	38,8	49,5	49,5
	Poques vegades	13	10,1	12,9	62,4
	Algunes vegades	27	20,9	26,7	89,1
	Moltes vegades	7	5,4	6,9	96,0
	Sempre	4	3,1	4,0	100,0
	Total	101	78,3	100,0	
Perduts	Sistema	28	21,7		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

El gràfic mostra la freqüència amb la qual els usuaris són consultats sobre les accions en els serveis de salut. El 38,8% dels usuaris mai són consultats, sent aquesta la resposta més comuna. El 20,9% són consultats algunes vegades, mentre que el 10,1% ho són poques vegades. Només el 5,4% dels usuaris indiquen ser consultats moltes vegades

i únicament el 3,1% afirma ser sempre consultat. Això reflecteix una baixa percepció entre els usuaris sobre la consulta en els serveis de salut als quals acudeixen.

Taula 9: Participació en les propostes d'actuació del servei de salut

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	68	52,7	71,6	71,6
	Poques vegades	10	7,8	10,5	82,1
	Algunes vegades	10	7,8	10,5	92,6
	Moltes vegades	5	3,9	5,3	97,9
	Sempre	2	1,6	2,1	100,0
	Total	95	73,6	100,0	
Perduts	Sistema	34	26,4		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

El gràfic mostra la participació dels usuaris en les propostes d'actuació del servei de salut al qual acudeixen. El 52,7% mai participa, seguit pel 7,8% que participa poques vegades i el 7,8% que participa algunes vegades. Només el 3,9% participa moltes vegades i únicament el 1,6% expressa que sempre participa. Això indica una baixa participació general dels usuaris en les propostes d'actuació dels serveis de salut.

Taula 10: Percepció sobre la possibilitat de fer propostes per part dels usuaris (serveis de salut)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	72	55,8	75,8	75,8
	Poques vegades	10	7,8	10,5	86,3
	Algunes vegades	9	7,0	9,5	95,8
	Moltes vegades	2	1,6	2,1	97,9
	Sempre	2	1,6	2,1	100,0
	Total	95	73,6	100,0	
Perduts	Sistema	34	26,4		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

El gràfic mostra la freqüència amb la qual els usuaris perceben que són convidats a fer propostes sobre el servei de salut al qual acudeixen. El 55,8% mai és convidat, el 7,8% ho és poques vegades i el 7,0% algunes vegades. Només el 1,6% considera que és convidat moltes vegades i sempre. Això reflecteix una baixa percepció sobre la invitació a la participació.

Taula 11: Consideració dels pacients a l'hora de resoldre problemes (serveis de salut)

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
--	------------	-------------	-------------------	----------------------

Vàlid	Mai	24	18,6	23,5	23,5
	Poques vegades	19	14,7	18,6	42,2
	Algunes vegades	44	34,1	43,1	85,3
	Moltes vegades	11	8,5	10,8	96,1
	Sempre	4	3,1	3,9	100,0
	Total	102	79,1	100,0	
Perduts	Sistema	27	20,9		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

El gràfic mostra si els pacients creuen ser tinguts en compte a l'hora de resoldre problemes en el servei de salut al qual acudeixen. El 34,1% creu que algunes vegades, mentre que el 18,6% creu que mai. El 14,7% pensa que poques vegades i el 8,5% que moltes vegades. Només el 3,1% creu que sempre són tinguts en compte. Això suggereix una percepció mixta sobre la consideració dels pacients en la resolució de problemes.

Taula 12: Delegació de presa de decisions en les persones usuàries (serveis de salut)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Mai	54	41,9	55,1	55,1
	Poques vegades	18	14,0	18,4	73,5
	Algunes vegades	20	15,5	20,4	93,9
	Moltes vegades	3	2,3	3,1	96,9
	Sempre	3	2,3	3,1	100,0
	Total	98	76,0	100,0	
Perduts	Sistema	31	24,0		
Total		129	100,0		

Font: elaboració pròpia

El gràfic mostra si els pacients consideren que se'ls delega la presa de decisions sobre les actuacions del servei de salut. El 41,9% dels enquestats diu que mai se'ls delega, mentre que el 15,5% creu que algunes vegades. Un 14% indica que poques vegades i només el 2,3% assenyalava que moltes vegades o sempre. Això reflecteix una baixa percepció sobre la delegació de decisions als pacients.

Figura 2: Tipus de participació de les persones usuàries (percepció professionals)

Sistema de còdigos	TS31	TS32	TSS1	ES1	TS33	IN1	ME1	TSS2	TSS3	IN2	TSS4	TS34	TSM1	TSM2	TSS5
Participació persones usuàries															
Instrumental	2			2	2	1		1		3	1	2	2		
Representativa	2		1	1	1									1	4
Transformadora					1										
No canals			3									1			
Formació professionals	1						2								1
Baixa participació		1	2	1		1	1	1	2			1	2		1

Font: elaboració pròpia

Per últim, en les entrevistes s'ha pogut delimitar la participació de persones usuàries en diferents categories segons la percepció dels professionals entrevistats. La classificació inclou participació instrumental, representativa i transformadora. La participació instrumental és la més freqüent, mentre que la transformadora i representativa tenen menor representació. A més, s'observa que alguns professionals indiquen la falta de canals per a la participació, la necessitat d'una major formació per a poder establir-los i les dificultats a l'hora de que les persones usuàries tinguin una participació activa en els serveis.

4.2. Intersectorialitat i coordinació sociosanitària³

4.2.1. Condicions d'inici per a la coordinació sociosanitària

En primer lloc, en relació a l'estructura, una important majoria, 10 de les persones entrevistades, consideren que existeix una **estructura formal** per a coordinar allò que depèn de la Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge i allò que depèn de la Conselleria de Sanitat. Des del tercer sector, es destaquen mecanismes com el SAUS com a figures intermèdies interessants, amb una gran capacitat d'adaptació en ser mòbils i connectar els dos sistemes. A més a més, s'exposen mecanismes de derivació formals i protocols per a guiar les sol·licituds d'entrada en serveis residencials.

“Por ejemplo, anoche un chico que acudió, le llevaron a urgencias, que estaba en la calle, el hospital activa el SAUS y el SAUS nos lo trae a dormir, o sea, sí que hay, nosotros sí que tenemos bastante comunicación en ese sentido y pienso que el SAUS sí que es una figura interesante que acerca los dos sistemas, ¿no? Porque a veces hay desconocimiento entre uno y otro. Y que haya estas figuras intermedias, que encima son móviles, ¿no?”
(TS31)

Des de l'àmbit del treball social sanitari, s'expliciten alguns protocols de coordinació més formals per a situacions més concretes, com ara xiquets en desemparament, per als quals es fa una fulla de notificació; també en el cas de derivacions a Serveis Socials, s'explicita el format de fulla de notificació o d'ofici i registre, de la mateixa manera que en el cas d'elevat un comunicat a Conselleria. Altres professionals del TSS ubiquen l'estructura de coordinació formal en un entorn més elevat, des dels Serveis Centrals, a través de l'Oficina Autònoma de Coordinació i Integració

³ Quant a les taules de codificació sobre les entrevistes, realitzades a través del programari MaxQDA, per qüestions d'amplitud del treball i de format, s'ha optat per adjuntar-les en l'[Annex 8.6.](#) del present document, en el mateix ordre en què apareixen narrades en aquest apartat.

Sociosanitària que s'ha creat a la Conselleria de Sanitat, tot i que es critica el fet que el concepte sociosanitari dista del que s'entèn per part de les professionals: se centra en el tema de les residències per a persones majors.

“Sí que existe la estructura, pero yo creo que es deficitaria, que debería tener otras opciones, otras posibilidades y [...] sobre todo el concepto, porque ellos, lo que es coordinación con Servicios Sociales o sociosanitario que llaman, es para temas de residencias de personas mayores” (TSS4)

Des de l'àmbit mèdic, s'exposa el paper de la treballadora social del centre de salut com a estructura formal delimitada tant en centres de salut com en hospital (tot i que es destaca l'àmbit de les residències de la tercera edat o de malalts mentals com a àmbit principal en el qual existeix una estructura més formalitzada).

“Como tenemos trabajadoras sociales en el ámbito sanitario, tanto en el centro de salud como en el hospital, nosotros lo que hacemos es que cuando detectamos un problema, cogemos el teléfono y las llamamos a ellas [...] lo que más abordamos es las residencias de personas de tercera edad o de enfermos mentales. Y luego las redes de apoyo en el domicilio para este tipo de personas también, de pacientes que no son capaces del autocuidado” (ME1)

Des d'infermeria, s'exposa també el paper de la treballadora social sanitària com al canal protocol·litzat (i el més ràpid) quan algú sol·licita una dependència o quan es requereix d'una coordinació de dos serveis. Per últim, des de Serveis Socials Municipals es destaca la importància de la figura de treball social en entorns sanitaris com el centre de salut per a facilitar les tasques de coordinació.

“Mi vía de trabajo es a través del trabajador social del centro de salud [...] a nivel mío, de atención primaria, sería ese el canal más rápido. Que protocolizado también es así” (IN2)

“A nivel local, nosotras sí que tenemos establecida una comunicación, con el centro de salud. Porque, además, desde que hace unos años pusieron trabajadora social, dotaron de ese personal, pues la coordinación mejoró muchísimo y fluyó” (TSM2)

D'altra banda, en relació a l'estructura, hi ha una altra majoria ampla, 10 persones entrevistades, que consideren que existeix una **estructura** per a coordinar allò que depèn de la Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge i allò que depèn de la Conselleria de Sanitat, però que aquesta és **informal**. Des del tercer sector se'ns parla de què sovint depèn de sensibilitats o de la bona relació que es tinga amb el centre de salut corresponent,

es menciona la inexistència de documentació formal per a la coordinació, destacant el telèfon o el correu com a vies primordials de trasllat d'informació.

“Sí que hi ha coordinació, però jo crec que [...] no està reglat, no ve de Conselleria, ni de la Conselleria de Sanitat, sinó simplement que nosaltres tenim bona relació en el centre de salut i treballem conjuntament” (ES1)

Des de l'àmbit mèdic es recalca de nou la via única de la treballadora social sanitària com a via de comunicació, a través del telèfon o anant directament al seu despatx (és a dir, informalment). Una altra de les infermeres entrevistades narra que considera que no existeix cap formalitat en les estructures, sinó que depèn més del pacient i el seu entorn.

“[El cauce es] la trabajadora social. Yo nunca hago otra cosa y no he visto hacer otra cosa. De hecho, es muy arriesgado porque nosotros somos unos grandes desconocedores de los problemas sociales [...] Entonces, teléfono y trabajadora social o vas directamente a su despacho y se lo dices” (ME1)

“Tira més per les famílies que per les conselleries” (IN1)

Des de Serveis Socials es destaca també la coordinació informal, fins i tot a través de números de telèfon personals. Des del treball social sanitari es parla també de l'ús del telèfon o el correu electrònic per a notificar esdeveniments i gestionar intervencions, amb un predominant ús de mecanismes informals tant amb Serveis Socials com amb altres àrees o departaments.

“Realmente una coordinación formal no existe. Es decir, la coordinación que nosotros queremos. Es la informal y no siempre es fácil pero bueno, sí, solemos contactar de esa manera” (TSM1)

“Si yo sé que el técnico de dependencia, que lleva ese caso, que está en Conselleria es X persona, descuelgo el teléfono y llamo a esa persona” (TSS3)

Es recalca també el fet que, malgrat que sempre hi ha hagut una bona coordinació a través de les figures del treball social sanitari, si no hi ha hagut estructura formal que ho avale, tot remet finalment al bon quefer dels professionals i això repercuteix en l'atenció a la població.

“A nivel técnico siempre ha habido muy buena coordinación sociosanitaria. Pero luego, claro, si no ha habido una estructura formal que avale toda esa coordinación o que mejore esa coordinación, pues al final solo estamos en el buen hacer profesional [...] Influye en la población, en que su situación sanitaria o social pueda seguir, digamos, no mejorando hasta que no fluya esa coordinación” (TSS5)

Per últim, en relació a l'estructura, hi ha 9 persones entrevistades que consideren que **no** existeix una **estructura**, ni formal ni informal, per a coordinar allò que depèn de la Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge i allò que depèn de la Conselleria de Sanitat. En aquest cas apareixen professionals, tant del tercer sector, com d'infermeria, com de treball social sanitari, com de Serveis Socials Municipals.

Des del tercer sector s'esmenta que, sovint, la col·laboració depèn més de voluntats personals o que, malgrat que dins del sector públic és possible establir una coordinació interna, d'un servei privat a un servei públic les vies de comunicació esdevenen més dificultoses.

“Considere que dins del sector públic sí que pot haver, a lo millor, eixa coordinació d'una manera més interna. Però quan ja estem parlant d'un servei privat cap a un servei públic, la cosa canvia [...] a l'hora de facilitar informació o una coordinació cap a un usuari que necessita alguna cosa, se me és més difícil fer-ho jo que fer-ho a través de Serveis Socials, per exemple” (TS32)

Pel que fa a infermeria, s'expressa la lentitud en les coordinacions amb treball social arran d'ingressos hospitalaris i, en un cas, des del treball social sanitari hospitalari s'assenyala la percepció de no comptar amb cap tipus d'estructura de coordinació sociosanitària.

“No existe ninguna estructura. Intentamos coordinarnos como podemos, a duras penas, siempre. Teléfono, correo electrónico, realizando expedientes de urgencia...” (TSS2)

D'altra banda, des de Serveis Socials Municipals s'informa, en un dels casos, que les coordinacions amb el centre de salut no tenen cap via establerta i que resulta molt difícil coordinar-se quan no coincideixen els horaris d'atenció entre serveis; així com s'esmenta la possibilitat de que existisquen intervencions duplicades o falta d'informació.

“Yo para contactar con ella en el ambulatorio tengo que utilizar los mismos medios que podrías utilizar tú, es decir, una persona externa. Es decir, no hay una coordinación [...] si no estableces una fecha o un canal adecuado, es muy difícil coordinarse con otros profesionales de otros sectores porque nuestros horarios no coinciden. Por ejemplo, en Conselleria para ciertos programas ‘solo te podemos llamar los martes y los jueves’. Ostras, si yo tengo atención, ¿cómo lo hago?” (TSM1)

4.2.2. Implementació de la coordinació sociosanitària

Seguint amb la **visió de la salut**, hi ha 12 entrevistes que esmenten l'existència d'una visió social en els seus serveis, mentre que en un número més elevat de casos, 14, s'especifica una visió més bé clínica de la salut en les intervencions que es poden oferir. Des del tercer sector s'assegura que les entitats socials estan avançant cap a una concepció de la salut molt més holística i també des del treball social sanitari s'esmenta l'amplitud de la concepció de la salut que possibilita la professió, així com les noves iniciatives comunitàries que, malgrat l'alta càrrega assistencial, permeten una visió més completa de la qüestió.

“La parte comunitaria, que estaba muy olvidada, es ahora la que ya estamos empezando otra vez a desarrollar. Porque si tenemos población sana, tendremos población enferma mucho más tarde” (TSS5)

D'altra banda, des de la medicina s'adverteix també que s'està produint un canvi de paradigma front a la visió de l'atenció. De la mateixa manera que des de la infermeria també s'esmenta un enfocament ampli en la prevenció i el retràs de la patologia.

“Estamos pasando de una etapa contemplativa [...] los médicos ahora ya son conscientes de que no todo es la enfermedad física, sino que alrededor de la persona hay muchos otros factores que influyen y que los tienen en cuenta” (ME1)

Per últim, des de Serveis Socials Municipals, en un dels casos, també s'expliciten nous eixos estratègics encaminats a la prevenció.

“La gente empieza a concienciarse un poco más de que no solo la ausencia de enfermedad es tener salud, sino que también pues otro tipo de capacidades. Entonces, sí que se están estableciendo líneas estratégicas, tanto desde Servicios Sociales como Sanidad, en la prevención” (TSM2)

Això no obstant, en els casos en què s'esmenta una visió de la salut més clínica es destaca, per part del tercer sector, el fet que alguns professionals, sobretot sanitaris, encara tinguen una visió més clàssica de la salut, que dificulta seguiments de qüestions com psiquiatria o la recuperació i rehabilitació en casos d'intervencions quirúrgiques.

“És que igual diuen ‘per la patologia que està ingressat, ja està de alta’ però el que hi ha al voltant no ho tenen en consideració. I no és autònom per a estar en el centre, perquè qui va a dur a este home al bany cada mitja hora? Qui li va a vestir, canviar, dutxar, baixar al menjador? [...] No se tracta només que ‘llest, te solucione el problema que tenia en el maluc, que ja l’han operat’, se tracta que si després tu no li dones unes condicions perquè eixa persona tinga una rehabilitació adequada, pues el problema tornarà” (ES1)

Pel que fa al treball social sanitari, són recalcables les grans ràtios de població i la poca presència de professionals, a més de les dificultats per a poder garantir una continuïtat assistencial perquè no tots els professionals tenen sensibilitat social. D'altra banda, per l'elevat volum de treball s'acaba entenent la salut com una absència de malaltia i també s'esmenta, en un dels casos, que els professionals de la medicina que no s'han format amb Treball Social acostumen a ser més clínics.

“En este hospital tenemos suerte porque somos 14 pero somos, de casi 7000 trabajadores aquí, somos 14. ¿Qué quiere decir? Nada, que somos una mota en el universo. Con lo cual, la visión no va a ser social. Hay quien sí que la tiene, hay médicos que la tienen, pero ¿cómo va a ser la visión aquí? Pues médico-clínica totalmente” (TSS1)

Des de la visió mèdica, es considera que el sistema no permet abordar tots els aspectes que tenen influència en la salut, per falta de temps i de pressió assistencial. I des d'infermeria, també s'assenyala el fet que hi ha pacients molt reaguditzats que assumeixen molta atenció hospitalària perquè no hi ha hagut una bona coordinació de serveis. En el cas de Serveis Socials Municipals, es considera, d'una banda, que pot haver-hi manca d'implicació per part dels professionals i, de l'altra, que hi ha diagnòstics que són sovint més socials que clínics i que s'hauria de poder anar més enllà de la recepta mèdica.

“Abordar todos los aspectos que tienen influencia en la salud de las personas es imposible a día de hoy, tal como está el sistema [...] no podemos abordarlo todo por falta de tiempo, por presión asistencial [...] el eje es la salud física y los otros factores se contemplan y, a veces, se intervienen” (ME1)

“Hay veces que los diagnósticos son más sociales [...] si hubiera una atención más integral, o se preocuparan un poquito más, en vez de recetar, a lo mejor, ver un poco más allá, no tendríamos aquí ciertos casos” (TSM1)

En tercer lloc ens preguntàvem per la **intensitat intersectorial** en la col·laboració entre allò que depèn de la Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge i allò que depèn de la Conselleria de Sanitat, segons quatre possibilitats, de menor a major grau de treball intersectorial (informació, cooperació, coordinació i integració). En la majoria d'entrevistes, 9 dels informants (de tots els àmbits professionals) asseguraven que en molts casos es tracta d'un traspàs d'*informació*, mentre que només 5 professionals esmentaven accions de *cooperació* (en el cas de tercer sector, medicina, treball social sanitari i infermeria).

“No hay ninguna continuidad, son coordinaciones puntuales. Te pido información, me pide información, te pido información, me pide información y continuidad, pues tenemos que estar muy pendientes” (TSS5)

“Cuando nosotros detectamos una carencia social que está poniendo en riesgo al paciente [...] enseguida contactamos con ellas, y entonces ellos o nos citan al paciente o revisan el caso, o si ya conocen el caso nos informan de lo que saben sobre ello” (ME1)

Pel que fa a la *coordinació*, 8 informants asseveraven l'existència de triangulacions i coordinacions en la intervenció, en tots els àmbits professionals. Això no obstant, quant a la *integració*, només 2 casos esmentaven l'existència de línies integrades que, en els casos del tercer sector i Serveis Socials Municipals, s'acostumen a facilitar allà on hi ha present una figura de treball social.

“Nosotras detectamos esas necesidades, a través de nuestros compañeros o porque nos vienen directamente a la consulta, y nos coordinamos con los recursos que puedan facilitar, de la mejor manera posible, la atención o permanencia del paciente o de la persona en el domicilio o en su entorno” (TSS4)

“La figura de trabajo social hace de esa mediación por ejemplo en las UCAS, en centros de salud... Yo creo que esas figuras son relevantes para [...] ir más allá de la mera información e ir más allá de la coordinación incluso” (TS31)

Per últim, cal esmentar que en 5 ocasions s'esmenta la gran dificultat d'establir canals de coordinació, fet que fa que, en diverses ocasions, ni tan sols es puga arribar al nivell mínim de compartir informació. Tant des del tercer sector, com des d'infermeria d'urgències o en el cas del treball social sanitari s'exposen dificultats per establir contacte amb professionals sanitaris i també amb Serveis Socials Municipals, a causa de la manca de recursos i del pes burocràtic.

“El mínimo sería información, pero a veces es que no hay ni información y son como dos entes que va cada uno por su camino” (TS31)

“No se prioriza porque la burocracia que lleva el poder, digamos, mandar una solicitud de una prestación, por ejemplo, de ayuda a domicilio o de teleasistencia, el sistema burocrático o el sistema económico, que en ese momento no disponen de recursos para poder facilitarlo, no lo ve igual [de urgente]” (TSS5)

En quart lloc, els i les professionals foren consultades sobre els **nivells de l'administració** que s'involucraven en les tasques de coordinació als seus respectius serveis, destacant 9 casos de tercer sector, medicina, treball social sanitari i Serveis Socials Municipals on s'exposa una preeminent coordinació local. Alguns exemples de

recursos esmentats serien: el CAST (València), els Serveis Socials Municipals, els ajuntaments i mancomunitats en zones més rurals, el CAI (València), així com els recursos de prevenció o suport a la violència de gènere, a menors, i de prevenció d'addicions en l'àmbit local.

“Entonces, al final las coordinaciones se establecen más desde lo local que desde las Consellerias. O sea, la Conselleria de Sanidad traslada la información a su trabajadora social de Sanidad, nuestra Conselleria a nosotras, pero no se cruza esa información si no nos la cruzáramos desde la base” (TSM2)

L'àmbit més àmpliament remarcats per les persones entrevistades fou l'escala autonòmica, amb 13 entrevistes que esmenten recursos com les UCA, els centres sanitaris d'atenció primària i secundària, i la col·laboració amb organismes de la Generalitat Valenciana a través d'ambdues conselleries. Per últim, l'àmbit nacional apareix més relegat i només en 3 ocasions es menciona com a marc normatiu, en el cas del tercer sector, i com a vinculant en relació a la Seguretat Social, en el cas del treball social sanitari. Així mateix, només en una ocasió es menciona el nivell internacional en al·lusió als marcs legals que regeixen algunes intervencions.

“Ahora a nivel autonómico sí que se está implementando el tema de la coordinación sociosanitaria. Con lo cual, desde la parte autonómica, desde la estructura central se implementa y con normativa, se avala, entonces es cuando se ejecuta” (TSS5)

Cal remarcar, per tancar amb aquest primer apartat d'anàlisi, el fet que 7 entrevistes mencionen l'existència de xocs competencials i dificultats de coordinació entre els diversos nivells de l'administració involucrats. En primer lloc, des del tercer sector i ubicant-nos en la ciutat de València, s'esmenta la dificultat de cedir personal psiquiàtric (contractat per la Conselleria) al CAST per tractar-se d'un recurs municipal. També s'exposa el fet que, amb la Llei 3/2019 no es pugen fer derivacions als albergs de convallescència des dels hospitals, sinó que la derivació ha de passar per Serveis Socials Municipals i Conselleria. D'altra banda, des d'infermeria es destaca el fet que les professionals d'aquest àmbit no es poden coordinar amb treball social en cas de l'atenció hospitalària. També des del treball social sanitari es menciona la dificultat d'establir algun tipus de coordinació puntual amb altres comunitats autònomes de l'estat espanyol i, en un dels casos de Serveis Socials Municipals s'explicita una molt reduïda coordinació amb aquells serveis i professionals que depenen de la Conselleria de Sanitat.

“No tenemos con Sanidad prácticamente nada. Ni siquiera cuando el tema del COVID y demás, la coordinación era entre Consellerias, pero entre nosotros nada” (TSM1)

4.2.3. Abordatge de la coordinació sociosanitària en les intervencions

En aquesta part, s'exposa en primer lloc una pregunta sobre la naturalesa dels **agents** amb els quals les professionals s'acostumen a coordinar. Destaquen els agents *sanitaris* que apareixen en 13 entrevistes, entre els quals hi ha les UCA, unitats de salut mental, hospitals, comunitats terapèutiques, centres de salut o la Direcció Territorial de la Conselleria de Sanitat; en segon lloc els agents *socials* que apareixen en 12 entrevistes entre els quals es mencionen els ajuntaments, Metges del Món, el CAST, el CAI, Casa Caritat, els Serveis Socials, Creu Roja, Càritas, la Direcció Territorial de la Conselleria d'Igualtat, l'EVHA, el SAUS, l'INSS (Institut Nacional de la Seguretat Social) o l'IVASS (Institut Valencià de Serveis Socials). D'altra banda, els agents *educatius* són esmentats en 7 entrevistes, i inclouen a autoescoles, escoles, educació social, instituts i els EEIIA (Equips Específics d'Intervenció amb Infància i Adolescència). A més a més, els agents *veïnals o comunitaris* també són esmentats en 6 entrevistes. Aquests comprenen assemblees de veïns, horts urbans, associacions o altres entitats de la zona.

“Tot el tema de la gestió mèdica se fa a través de la xarxa pública de Salut, en el centre d'Atenció primària, o en els centres d'especialitats, o en els hospitals” (ES1)

Així mateix, la policia o cossos de seguretat són referenciats en 6 entrevistes. La seua actuació és particularment rellevant en casos d'exclusió social i manca de recursos de resposta d'altra índole, segons algunes de les entrevistades. També s'esmenta, en un cas, que existeix un equip assignat als Serveis Socials.

“Algú que li fa falta més ajuda, a lo millor els que més saben són la policia o la Guàrdia Civil, perquè al final són persones recurrents i són els que més informació tenen” (IN1)

“Son estructuras de apoyo social, sobre todo en el ámbito rural” (ME1)

En menor mesura, l'àmbit laboral és destacat en 2 entrevistes, amb menció a LABORA (Servei Valencià d'Ocupació i Formació) i ADL (Agència de Desenvolupament Local). Tanmateix, els agents religiosos també són considerats en 2 entrevistes, particularment a través de la figura del mossèn visitador o la perspectiva dels representants religiosos com a agents generadors de salut. Per últim, destaquen els agents judicials, tant des de l'àmbit sanitari com des del tercer sector i Serveis Socials.

“Con el juzgado a toda hora y Fiscalía de Discapacidades. Cuando hay una persona que no tiene familia, no tiene capacidad de obrar, no tiene a nadie y tiene que ingresar en un centro porque no tiene ni vivienda, ni posibilidad, ni nadie que le cuide” (TSS2)

En segon lloc, les professionals foren consultades per la seua percepció sobre el **paper dels tècnics** (treballadors/es) en la possible coordinació i treball intersectorial. En una àmplia majoria de les entrevistes (13) apareix la idea de la voluntarietat dels professionals com a qüestió primordial a l'hora d'establir una coordinació sociosanitària efectiva. Des del tercer sector s'exposa la dependència de la sensibilitat professional. Així mateix, entre els professionals socials es comenta que la coordinació sol ser més efectiva que amb altres tipus de professionals, i que l'eficàcia de la coordinació depèn de la persona darrere del telèfon, perquè algunes no tenen temps o no volen dedicar-ho, mentre que unes altres troben el canal adequat.

“¿La voluntad? Claro, si tú simplemente derivas pues eso tampoco es una intervención, ¿no?” (TSS2)

“Hay otras profesionales que dicen ‘a mí eso no me corresponde’. Y la relación de profesional a profesional es prácticamente imposible o nula” (TSS3)



En el cas del TSS s'exposa que hi ha professionals que simplement deriven als Serveis Socials, però es considera que això no és una intervenció adequada. També s'explicita la dificultat de coordinar-se amb altres professionals a causa de la burocràcia. S'esmenta, d'altra banda, el fet que alguns professionals no fan informes socials, mentre que uns altres els fan quasi sempre per a facilitar les gestions i contrarestar demores en els procediments; i el fet que el volum de treball també afecta el nivell de cooperació.

“Hay profesionales que la coordinación es: ‘oiga, váyase usted a los Servicios Sociales’ [...] Y hay otro tipo de coordinación donde tú intentas que te cojan el teléfono o, si no te lo cogen, les mandas un informito [...] no nos resulta fácil porque tanto nosotros como ellos estamos comunicando” (TSS1)

Des d’infermeria, s’esmenta que l’atenció al malalt o a la família depèn de la motivació dels professionals i que, per tant, la coordinació hauria de dependre d’institucions i no de les persones que estiguen treballant. Pel que fa a la medicina, també es reconeix que hi ha metges que intervenen i altres que no. Per últim, des de Serveis Socials Municipals s’exposa la dificultat en els diagnòstics socials que arriben a través de les entitats sanitàries, per una manca de diagnòstic conjunt; així com el fet que les instruccions són interpretables, com les lleis, i això fa que els professionals puguin decidir acollir-se a un mode de fer més senzill o més complicat.

“No puede depender de personas, tiene que depender de instituciones” (IN2)

“Tú puedes tener una instrucción muy clara pero las instrucciones luego siempre son interpretables, igual que las leyes. Entonces, si nos queremos acoger a lo complicado, pues nos acogemos a lo complicado. Y si nos queremos acoger a lo fácil, a lo fácil” (TSM2)

D’altra banda, en 7 entrevistes es relaciona la dificultat per a coordinar-se amb la manca de formació i informació per part dels professionals. En l’àmbit del Tercer Sector, s’observa una falta de formació i sensibilització del sector sanitari sobre qüestions com el sensellarisme, amb ingressos hospitalaris que sovint ignoren els factors socials. En infermeria, l’experiència i coneixements específics es presenten com a essencials, però falta formació prèvia, especialment en entorns multidisciplinaris com l’atenció primària. La formació rebuda influeix significativament en la sensibilitat professional, i en medicina, la informació sobre recursos s’obté de manera informal. Des del treball social sanitari, s’expressa que la falta d’interès o desconeixement d’alguns professionals pot resultar en intervencions obsoletes.

“Falta esa sensibilidad [...] dentro de los profesionales y las profesionales sanitarias [...] que está muy ligada a la formación que recibimos” (TS31)

“Yo en el EIR conocí la figura del trabajador social, por ejemplo. Antes del EIR yo no lo conocía. Yo también era enfermera. No, yo ya era enfermera” (IN2)

“Te enteras ‘de pasillo’ que decimos nosotros [...] sobre todo a raíz de otros pacientes, de familiares o personal que sea de la zona. Es como te enteras de los recursos” (ME1)

“No se preocupan en hacer ningún curso y nadie se lo exige. Entonces, ¿qué intervención van a dar? La que han dado desde hace 30 años” (TSS3)

També es mencionen, en un número reduït de 2 ocasions, l'existència de prejudicis per part dels professionals. En el Tercer Sector, s'observa una limitació en l'accés al tractament sanitari de persones sense llar, percebudes com a no mereixedores d'atenció. En el treball social sanitari, es destaca la no redacció de les fulles de notificació necessàries, fet que representa un greu problema, ja que aquestes fulles, juntament amb l'informe social, són les eines fonamentals per a la coordinació amb els Serveis Socials.

“Pues escuchas: ‘Mira, es que yo ya te digo que si es sin hogar ahí no va a acceder’. Eso yo lo he escuchado” (TS31)

“Hay trabajadoras sociales que por miedo o por cualquier otra razón no están haciendo hojas de notificación. Porque yo lo detecto. Y el problema es que esa es nuestra herramienta principal, junto con el informe social” (TSS3)

Per últim, altres dificultats que s'observen en relació amb el paper dels tècnics serien, en medicina, el poc temps assignat per a resoldre problemes físics o psicològics, que impedeix poder atendre els problemes socials que sorgeixen, la qual cosa dificulta l'atenció adequada i genera retards. Pel que fa a infermeria, la falta de temps i protocols adequats en hospitals impedeixen una atenció completa. Des de Serveis Socials Municipals, la sobrecàrrega de treball i la falta de personal dificulten la resolució eficient dels casos.

“Sí que nos vamos coordinando, pero te digo, son todas cosas como muy rápidas y demás. Y sí que hay cosas que se te van quedando ahí para, si surge un algo, poder contactar. Pero es que no tenemos tiempo. Es decir, aquí deberíamos ser nueve trabajadoras sociales y actualmente somos cinco” (TSM1)

En tercer lloc, les informants van oferir una reflexió sobre **l'enfocament d'equitat** en les intervencions dels respectius serveis. En 6 entrevistes, menys de la meitat del total, s'exposava que hi ha un objectiu delimitat d'assolir l'equitat en les intervencions del servei: pel que fa al tercer sector, es busquen necessitats i més recursos, es destaca l'enfocament contra la violència de gènere, i exemples sobre seguretat per a dones majors i persones joves, així com flexibilitat horària per a persones amb patologies psíquiques. En els Serveis Socials Municipals, l'equitat és un apartat clau de les intervencions, encara que no sempre es percep així; i s'explicita que amb bona coordinació i protocols efectius, els resultats són més ràpids i equitatius.

“Yo creo que la equidad es como la utopía. Hacia donde caminamos” (TS31)

“Intentamos ser equitativas con todo el mundo, pero no todo el mundo piensa que somos equitativas con ellos” (TSM1)

“Si la coordinación está bien establecida todo fluye mejor. Si los protocolos están bien hechos y se cumplen y luego dan los resultados, todo va más rápido, va mejor” (TSM2)

No obstant això, en 12 entrevistes, la gran majoria, s'exposen diverses dificultats per a poder oferir intervencions equitatives: en el tercer sector apareix la idea de l'autocensura per saber que certs sectors de població no reben una atenció equitativa, també es destaca que l'equitat depèn del pressupost, recursos i accessibilitat, i es complica amb problemes de salut mental, addiccions i situacions administratives irregulars. En infermeria, s'explicita que si la treballadora social sanitària segueix sent figura única en bona part dels centres és impossible aconseguir l'equitat. En medicina, es considera que el sistema no és prou fort per a administrar l'equitat i des dels Serveis Socials Municipals, es destaca que l'equitat depèn de la ubicació, l'equip, el volum de treball i la implicació de les persones usuàries.

“Quant al tema dels trasplants, si la persona no té garantit que després va a tindre un postoperatori o un post-trasplant adequat, moltes vegades el comitè diu “no, anem a prioritzar una persona que sí que me puga garantir això”. I qui pot garantir més això? La persona que té una xarxa familiar, un habitatge i una prestació, o la persona que està en situació administrativa irregular, visquent en una fàbrica abandonada, sense ingressos, sense NIE i sense res?” (ES1)

“Aquí, por ejemplo, en esta zona básica de salud está una trabajadora social en el centro de salud y lleva a dos municipios [...] eso creo que son 20.000 personas o veinte y algo mil personas. Y es una persona. Entonces ¿a dónde llega la equidad? Es que lo veo difícil, lo veo imposible” (IN2)

“[La equidad] no es conseguible porque el sistema no da lugar. No es suficientemente fuerte para administrarlo” (ME1)

D'altra banda, es destaquen en 6 ocasions, menys de la meitat del total, factors de risc a l'hora de dur a terme intervencions equitatives: des del tercer sector s'exposa la dificultat d'avançar a fases més enllà de la reducció de danys i l'atenció urgent, des de la medicina es considera que l'administració de l'equitat és subjectiva i es veu afectada per la pressió laboral. En el cas del treball social sanitari, s'expressa que l'equitat depèn de la metodologia professional i la coordinació de recursos. Des d'infermeria es considera també que la percepció medicalitzada dels centres de salut retarda l'atenció necessària impeding intervencions més equitatives. En Serveis Socials Municipals, la implicació i coordinació del personal tècnic influeix significativament. Així mateix, es destaca la necessitat que les persones usuàries s'impliquen per tal de poder efectuar intervencions

realment equitatives: des del tercer sector s'exposa el conformisme i falta de denúncia sobre l'atenció per part de les persones usuàries. Des d'infermeria, s'expressa que aquells qui tenen un accés pròxim a la salut i coneixen bé els procediments obtenen més fàcilment el que necessiten.

“Si tú tienes que administrar la equidad tú solo, vas a tener un componente subjetivo que ya la equidad va a desaparecer directamente. Si tienes, además, presión de trabajo y la tienes que administrar tú como persona que eres, pues no hay equidad, ¿cómo va a haber equidad?” (ME1)

“Depende mucho de dónde te encuentres, con quién te encuentres y el nivel del volumen de trabajo que tengas. Si tienes más compañeros o no, o la agenda que tengas” (TSS3)

Per últim, es consultà sobre el paper i implementació dels **determinants socials de la salut** en les intervencions de les professionals entrevistades i els seus serveis, i en 9 entrevistes s'assenyala l'assoliment d'intervencions guiades per aquestes directrius. Des del Tercer Sector es consideren gènere, situació econòmica, urgència i grau de suport; en infermeria, es valoren només a través de la intervenció del treballador social quan se sol·licita. Pel que fa al treball social sanitari, hi ha una coordinació amb Serveis Socials Municipals per a assolir-los, tenint en compte els recursos disponibles. I en Serveis Socials Municipals, s'esmenta l'ampliació de la perspectiva en salut mental, considerant cada vegada més aquests determinants.

“Jo he vist que això ha sigut valorat una vegada s'ha demanat que el treballador social ho valore” (IN1)

“La figura que hace eso es el trabajador social sanitario” (TSS4)

“Todo lo que tenemos protocolizado está centrado en eso” (TSS5)

D'altra banda, hi ha 10 entrevistes (que superen per número l'apartat anterior) que consideren que aquests determinants no estan suficientment assolits: des del tercer sector s'exposa que la intervenció mèdica de curta durada dificulta comprendre les situacions, mentre que en treball social sanitari es destaca que els metges no aborden problemes socials o econòmics, remetent els pacients a treballadors socials, la qual cosa es complica sense intervencions coordinades. En infermeria, és difícil aconseguir resultats sense un marc legal i protocols clars. En Serveis Socials Municipals, alguns temes són difícils d'abordar per la resistència de les persones o per la naturalesa del recurs, en el cas del tercer sector.

“Dubte jo molt que en deu minuts que sé que tenen d'intervenció en ells puguin saber la situació econòmica que pateixen” (TS32)

“El médico no lo va a hacer [...] si tiene 40 pacientes al día [...] Y si tienes un problema, te vas a la trabajadora social, que es el cajón de sastre” (TSS3)

“Depenent del recurs [...] és més complicat que se puguin abordar [...] perquè hi ha coses que tu com a professional tampoc tens tanta mà [...] per exemple, si és un recurs voluntari” (TS34)

4.2.4. Sostenibilitat de la coordinació sociosanitària

4.2.4.1. *Normes, estructura, organització i pressupost*

En aquesta part, s'exposa en primer lloc una pregunta sobre l'existència o no de **pressupost o recursos compartits** entre serveis de les diferents Conselleries. En 6 entrevistes, poc més d'un terç, s'assenyala que sí que es comparteixen: en tercer sector es destaquen recursos de farmacologia i cures; així com els serveis d'infermeria i psicologia; també les subvencions de la Conselleria de Sanitat (en temes d'esports o grups d'ajuda mútua). D'altra banda, en més de la meitat dels casos (10 entrevistes) es respon negativament a aquesta pregunta i s'assenyala la necessitat d'algun tipus de recurs intermedi sociosanitari.

“Nos hace falta tener un recurso intermedio, que podría ser compartido, como un centro donde poder tener hospitalizadas, entre comillas, a las personas que ya están dadas de alta y aún no tienen un recurso residencial” (TSS2)

En segon lloc, les professionals foren consultades pel nivell de formalitat de la seua **estructura de treball** diària. En més de la meitat dels casos (9 entrevistes) s'assenyala que sí que existeix una estructura de treball formal mentre que en un nombre major (10 entrevistes) s'assenyala l'existència d'una major informalitat en l'estructuració del treball diari.

“Es muy informal, ¿no? Porque siempre pienso en esta parte subjetiva del profesional a profesional, pero luego sí que es verdad que hay unos cauces al final. En el momento que hay una figura de trabajo social en un centro sanitario, es una estructura formal que facilita esa coordinación. Sí que a lo mejor a veces faltan protocolos” (TS31)

“Sí que tenemos coordinación, porque claro, emails, llamadas, obviamente, citas para los pacientes para que vayan, para que inicien recursos, pero no, no hay nada así... No, protocolo, protocolo, establecido y publicado, no” (TSS2)

4.2.4.2. *Mecanismes per a enfortir l'intercanvi entre sectors*

En tercer lloc, i respecte a l'existència de **protocols de coordinació sociosanitària** en els seus serveis, les professionals exposen diversos exemples: en emergències, en TSS⁴ hi ha un protocol per a derivar al SAUS des de l'hospital. Per a maltractament de persones majors, el Tercer Sector té un protocol coordinat amb Serveis Socials i Salut, i en TSS s'utilitza una fulla de notificació de risc, encara que no legislada. En violència de gènere, en Infermeria s'estan formant persones i existeix un protocol en casos d'agressions sexuals, en Medicina s'implementa el SIVIO per a detectar la violència de gènere, i en TSS i Serveis Socials també hi ha protocols. En casos de menors, en TSS hi ha notificacions per llei i protocols per a gestants i adopcions que pressuposen l'existència d'una elevada coordinació, i en Serveis Socials Municipals existeixen protocols d'infància. D'altra banda, en més de la meitat dels casos (9 entrevistes) es destaquen mancances o la inexistència de protocols de coordinació sociosanitària: en el Tercer Sector, la falta de protocols entre sectors i entitats dificulta la coordinació, i l'alta hospitalària de persones sense llar necessita revisió. En TSS, se suggereix tenir reunions mensuals amb Serveis Socials bàsics per a mantenir la coordinació activa. En infermeria, encara que hi ha protocols entre l'àmbit sanitari i sociosanitari, se'n necessiten més, especialment per a pacients que no poden ser donats d'alta sense prendre determinades precaucions. En Serveis Socials Municipals, les actuacions s'estableixen a nivell tècnic i se signen plans d'intervenció, però tampoc hi ha reglamentació.

“Al menos con los Servicios Sociales básicos [...] deberíamos tener una vez al mes o algo una reunión conjunta para, Bueno, pues para actualizarnos, para ponernos cara, para... Esos canales de coordinación que estén frescos, que estén vivos” (TSS1)

“Para temas generales [...] lo trabajamos en conjunto, pero no a través de un reglamento [...] sino que nos sentamos a nivel técnico y se establecen las líneas de actuación de cada parte, se firma los planes de intervención” (TSM2)

⁴ Sempre que s'utilitzen aquestes sigles arreu del text, s'està fent referència a “treball social sanitari”.



En quart lloc, les informants van exposar **bones pràctiques**, tant del seu servei com d'altres que coneixien, en les intervencions dutes a terme. En reunions, des del Tercer Sector es mencionen trobades semestrals, setmanals i diàries, mentre que en TSS se suggereixen reunions mensuals amb Serveis Socials, i en Serveis Socials Municipals es menciona la coordinació de la secció de menors amb pediatria.

“Sí que és veritat que moltes vegades hem fet reunions per a explicar els recursos que n’hi ha a la zona, perquè... I molts de professionals de la salut te diuen, ‘no, és que no tenia ni idea’. Entonces, ahí és que n’hi ha un problema, també, de que eixes persones, después, què passe?” (TS34)

En promoció i informació, el TSS crea plantilles de recursos, en infermeria es destaca la iniciativa Xarxa Salut i en Serveis Socials Municipals es realitzen enquestes de satisfacció. Pel que fa a activitats d’oci, en Serveis Socials Municipals i TSS es mencionen activitats saludables i programes culturals. Els grups d’ajuda mútua inclouen trasplantaments hepàtics i dany cerebral. En formacions, es destaquen activitats a l’Hospital de La Fe, formacions internes en el cas de TSS i formacions municipals. La multidisciplinarietat es destaca en les àrees del tercer sector i el treball social sanitari i, pel que fa a les figures intermèdies, es mencionen Metges del Món i el SAUS com a equipaments essencials. Finalment, en acompanyaments, des del Tercer Sector, TSS, infermeria i Serveis Socials Municipals es destaca el suport constant als usuaris.

“Ahora se está diciendo, por lo menos en el departamento que yo estoy, que cada trabajadora social hagamos como una plantilla de todos los recursos o de todas las competencias [...] para que cuando una persona nueva llega [...] se encuentre lo que tiene que hacer” (TSS3)

“Estamos, en este centro en concreto, llevando dos programas de Prescripción Social de actividad física y salud y de Receta Cultura y Museo que, sobre todo este último, sí que lo lideramos las trabajadoras sociales de los dos centros de salud que están en esta zona. Y ahora hemos empezado también a crear el consejo de salud de la zona” (TSS5)

“También propongo formación específica, para trabajadoras sociales dentro de la EVES, la Escuela Valenciana de Estudios de Salud, específica de la Conselleria de Sanidad [...] Para que nos reciclen en temas de prestaciones de Servicios Sociales, prestaciones o recursos del INSS, prestaciones de dependencia, prestaciones de Seguridad Social o de Servicios Sociales, o de lo que sea. Tenemos que pedirla” (TSS4)

Per últim, es consultà sobre **l'avaluació d'impacte social** en les intervencions i també sobre la **gestió de qualitat** en els diversos serveis. Pel que fa a l'avaluació d'impacte, està establerta en poc més de la meitat dels casos (8 entrevistes) mentre que no està implementada en un número menor (7 casos). Les mancances que es destaquen són, en el Tercer Sector, l'enfocament quantitatiu, que avalua l'èxit en termes numèrics sense considerar la sostenibilitat dels assoliments. En TSS, l'avaluació quantitativa és difícil sobre les qüestions socials, encara que s'usa per a mesurar la productivitat: l'aplicació Alumbra permet extreure dades estadístiques, però la part social no s'avalua adequadament. En infermeria, es destaca que no es poden comparar contextos rurals i urbans en quant als indicadors d'impacte i qualitat.

“Parece que el éxito se mide en ‘he atendido a tantas personas, tantas han salido a vivienda y tantas han dejado de consumir’. Vale, ‘tantas han salido a vivienda’ y ¿cuántas se han mantenido en vivienda después?” (TS31)

“El problema que tenemos siempre con la calidad y con la evaluación en trabajo social, y en sanidad no es una excepción, es que es muy difícil cuantificar lo social” (TSS1)

“Ahí estamos, ahí estamos, pero nos queda mucho. Hay que mejorar. No, todavía no las tenemos establecidas. Hemos empezado a pasar encuestas de satisfacción y hojas de agradecimiento y cosas así, pero no... A nivel de evaluación general de impacto, todavía no [...] Estamos en ello. Lo tenemos dentro del plan estratégico, pero nos falta... Ahí nos falta” (TSM2)

Quant a la gestió de qualitat, està establerta en poc més d'un terç dels casos (6 entrevistes) mentre que no està implementada en un nombre superior (7 casos). Les mancances que es destaquen són: en TSS, la pressió assistencial impedeix avaluar l'evolució social dels casos i no hi ha formació específica. En medicina, existeix una pressió excessiva sobre els professionals quant a la monitorització de les intervencions.

En Serveis Socials Municipals, s'espera que amb una major dotació de personal, la implementació de la Llei 3/2019 contemple una millor gestió d'aquests aspectes.

“No utilizamos herramientas de esas porque no nos da tiempo [...] estas cosas van a cambiar. Es decir, en el momento en el que seamos más personal y demás, porque además el tema de la ley de servicios sociales, todo este tipo de cosas las contempla. Y si no me equivoco, y que no sé hasta qué punto es cierto, nos van a poner como personas que van a supervisar que, efectivamente, lo hacemos o no lo hacemos. Como supervisores de zona” (TSM1)

4.2.4.3. *Coneixement i habilitats del personal i el funcionariat dels sectors*

En aquesta part, s'exposa en primer lloc la percepció de les persones entrevistades sobre l'existència o no de **coneixement sobre el quefer polític i l'estructura** per part del personal que treballa en els diversos serveis. En menys de la meitat dels casos (7 entrevistes) s'assenyala que sí que existeix un coneixement mentre que en més de la meitat dels casos (9 entrevistes) s'assenyala la inexistència de coneixement sobre el quefer polític i l'estructura: en el Tercer Sector, hi ha una sensació de desinformació i és comú assabentar-se de canvis per la premsa en lloc de per l'administració. En TSS, no reben instruccions directament des de la Conselleria d'Igualtat, la qual cosa causa descoordinació. En medicina, s'observa com els constants canvis generen desinterés en la població. En infermeria, s'esmenta que la coordinació amb ajuntaments varia depenent del color polític i que es necessita més continuïtat. En Serveis Socials Municipals, hi ha normativa que acaba passant desapercibuda a nivell local, la qual queda sense aplicar adequadament a causa de la falta de comunicació i actualització.

“A veces yo me entero de que van a abrir un nuevo albergue por la prensa, no me entero por la administración, ¿sabes? A veces vamos un poco perdidas y perdidos, nos vamos enterando cuando ya las cosas están hechas, a tiempo pasado” (TS31)

“A nivel nuestro, cada vez que tenemos una actualización o algo, nosotros intentamos compartirlo y nos avisamos entre nosotras [...] Es responsabilidad mía estar al tanto, que eso también es un problema que veo” (TSS3)

“A ver, aquí tenemos un problema. Nos tienen como marginadas en Sanidad [...] Entonces, hay instrucciones nuevas que no nos enteramos. A nivel de, el ámbito social, la Conselleria de Igualdad a Sanidad, yo, que yo sepa nunca nos dicen nada. Lo único, que nos enteramos muchísimas veces, porque llamamos a los recursos” (TSS2)

“Eso ya nos pasa incluso a nivel local, porque al final quieras o no, pues hay ciertos cambios y que no llegan abajo del todo [...] sale mucha normativa que es importante, entonces al

final hay cierta otra que se queda ahí en el cajón y quizá es la de organigrama y cosas así” (TSM2)

En segon lloc, les professionals foren consultades per la seua percepció sobre el nivell d'**entrenament en coordinació i habilitats de negociació** de les persones treballadores en els diversos serveis. En el tercer sector, s'esmenten formacions com ara tallers de comunicació no violenta i sessions periòdiques amb psicòlegs per a millorar la gestió de conflictes i la tolerància a la frustració. En Serveis Socials Municipals, es considera que només un nombre molt reduït dels empleats rep formació en coordinació. En els casos en què no hi ha formacions, s'exemplifiquen en el tercer sector comunicacions i trasllats d'incidències entre figures de coordinació.

“Tenim una sessió en una psicòloga, que ve periòdicament a treballar en l'equip també, per anar treballant coses, pues tolerància a la frustració... Coses que moltes vegades treballes en els usuaris però que al final a tu també te generen, perquè al final tu estàs convivint dia a dia en eixa sèrie de problemàtiques” (ES1)

“De coordinación, pues quizá los que estamos en puestos de dirección sí [...] pero el resto tampoco es que tengan [...] Si somos mucha gente e igual te hablo de un 2%, ¿sabes?” (TSM2)

4.2.4.4. *Responsabilitat i competències*

Per a acabar, es consultà sobre quines consideraven que haurien de ser les **responsabilitats compartides entre Serveis Socials i Sanitat**, sobre les quals ressalten els àmbits de menors, on els serveis socials i sanitat han de coordinar-se per a gestionar adequadament l'atenció a menors tutelats i situacions de risc detectades en pediatria. Per a persones majors, es necessita major coordinació pel que fa a informes mèdics per a ingressos urgents en residències i derivacions amb informes de prestacions socials. En l'àmbit de la violència de gènere, és crucial que els recursos d'allotjament siguin accessibles per a dones amb addiccions. En salut mental, es requereix una intervenció conjunta per a casos de patologia dual i una millora de la infraestructura degut al repunt de casos que requereixen atenció després de la pandèmia. En urgències hospitalàries, resulta necessari evitar l'abús de recursos i propiciar figures intermèdies.

“O sea, igual que està lo de la dona però en altres coses, a lo millor de malalts mentals, algú aixina també. O sea, que no només siga urgències, que també siga... És que jo crec que és que n'hi ha moltes coses que la policia deu resoldre perquè falte un treballador social o algo aixina...” (IN1)

“No hay recursos para patología dual [...] y hace falta sentarse. Toda esa parte, además, está como muy parcelada porque si eres enfermo mental eres enfermo mental, si eres consumidor eres consumidor. Ya, pero es que hay enfermos mentales consumidores y luego no todo es blanco ni todo es negro y hay enfermos mentales que no tienen conciencia de enfermedad y [...] haría falta mucha más coordinación” (TSM2)

D'altra banda, des del tercer sector, el treball social sanitari i els Serveis Socials Municipals, es destaca el fet que en sistema d'informació compartit permetria a tots dos sectors conèixer el treball de l'altre, amb una plataforma integral i procediments de protecció de dades ben delimitats. Finalment, una cartera de serveis conjunta, més enllà de les actuals plataformes com ara LocalizaSalud, ajudaria a integrar recursos i estratègies de promoció de la salut, amb participació de treballadors socials per a visibilitzar el vessant social dins d'aquests àmbits.

“Había un proyecto de la Conselleria que no sé cómo está, la verdad, de poner una tarjeta en servicios sociales tipo el SIP, que de hecho, la última información que teníamos nosotras, antes de este cambio de gobierno, era que iba a ser la misma, que el mismo SIP iba a valer, entonces yo creo que hubiera sido un acierto, porque nos hubiera dado acceso, no, por supuesto, a todo el sistema sanitario, que no lo necesitamos ver, pero sí a tener más información de la población, que hace falta en Servicios Sociales, pues que nos hubieran delimitado X” (TSM2)

En l'última part de l'entrevista, s'exposa en primer lloc una pregunta sobre el grau de delimitació de les **competències professionals** en els diversos serveis i recursos. En 7 casos (de tercer sector, medicina, treball social sanitari i infermeria) es considera que estan ben delimitades. Això no obstant, en 13 entrevistes, és a dir, la gran majoria, es considera que no existeix una bona delimitació en les competències professionals: en el tercer sector, les tasques sovint es manegen segons conveniència, amb falta de responsabilitats clares. En TSS, s'han reduït competències, ja que abans gestionaven directament albergs de convalescència i ara depenen de Serveis Socials, la qual cosa causa demores i descoordinació. Pel que fa a infermeria, existeix una gran jerarquia, sobretot en hospitals, que dificulta la comunicació amb el treball social sanitari, la qual cosa pot provocar solapaments. En medicina, es destaca la necessitat de més personal de treball social per a realitzar intervencions coordinades. En Serveis Socials Municipals, destaquen les llargues llistes d'espera i s'exposa que hi ha tasques que es podrien fer des de sanitat, com la gestió de targetes de discapacitat.

“Perquè una persona a la que se pressuposa professionalitat, competència i capacitat per a discernir si la persona és susceptible de ser derivada a un centre d'acollida o no, no pot fer-lo i ha de demanar que siga una altra companya de Serveis Socials de base qui ho faça?” (ES1)

“Jo com a enfermera no puc demanar ajuda al treballador social, pos perquè és tot super jeràrquic, però sí que aniràs i li diràs, ‘esta persona no tindrem que dir-li que el treballador social vinga?’, ‘fem la interconsulta’ [...] Tenim molta veu de dir coses i de vore, però no tens la mà per a poder executar-lo.” (IN1)

“Si realmente se quiere hacer una intervención social coordinada con la atención sanitaria, lo que tiene que haber es no una trabajadora social por centro de salud, tendrá que haber, pues más trabajadores sociales. Y que esos trabajadores sociales tengan cupos asignados y estén en contacto continuo con sus médicos sobre la gente.” (ME1)



Font: elaboració pròpia

En segon lloc, fent una síntesi de totes les aportacions realitzades pels informants clau, es poden assenyalar les **fortaleses o oportunitats** i les debilitats o amenaces que es podrien extreure sobre una major i millor coordinació entre serveis i entre professionals. Pel que fa a les fortaleses o oportunitats, destaquen:

- Millora en l'estat dels professionals: en medicina, una bona coordinació redueix la càrrega assistencial i millora la satisfacció professional; en TSS, una millor coordinació disminueix el desgast i la frustració, fent el treball menys esgotador.
- Millora en l'atenció: en el tercer sector, es destaca la intervenció holística i l'optimització de recursos; en infermeria, fa la intervenció més profitosa; en medicina, millora la detecció, i en TSS, facilita la cobertura de les necessitats.

- Eficàcia i efectivitat: en TSS i el tercer sector, millora l'efectivitat i facilita la intervenció; en infermeria, la coordinació evita solapaments, i en serveis socials, facilita la intervenció, amb acords en casos complicats.
- Reducció de costos: en el tercer sector i medicina, es destaca que una bona coordinació redueix l'ús innecessari de recursos hospitalaris i millora la salut social, mentre que en infermeria, evitar duplicitats estalvia temps i recursos; en serveis socials, la saturació es reduiria amb respostes adequades i es produiria un estalvi a llarg termini (en salut).

En el cas de les **debilitats o amenaces**, apareixen remarcablement:

- Temps: en el tercer sector i TSS, la falta de temps limita l'atenció personalitzada, amb intervencions mínimes per excés de tasques; en medicina, la sobrecàrrega i el cansament del personal dificulten l'aprofundiment; en serveis socials, la coordinació és ineficient pel volum del treball i les cites limitades.
- Desinformació: en el tercer sector i TSS, es destaca la falta de coneixement sobre recursos disponibles; en infermeria, la formació sobre recursos és voluntària i no estructurada; en medicina, es considera que l'augment de la burocràcia i la falta de recursos estableixen filtres naturals, dificultant l'accés al sistema sociosanitari.
- Manca d'inversió econòmica: en tots els àmbits, la falta de recursos i personal és una constant. En el tercer sector i serveis socials, els pressupostos són insuficients, limitant la capacitat de resposta. En medicina i TSS, l'escassetat de recursos intermedis i la sobrecàrrega burocràtica impedeixen una coordinació efectiva. En infermeria, les restriccions pressupostàries i la falta de treballadores socials limiten les intervencions.
- Falta de vies de comunicació: en el tercer sector i TSS, l'absència de protocols formals i canals de comunicació dificulta la coordinació; en infermeria, es necessita una gestió formal i línies estratègiques de seguiment obligatori; en serveis socials, la falta de coordinació amb sistemes externs, com ara jutjats, complica la intervenció.
- Temporalitat laboral: en tots els àmbits, l'alta rotació de personal i la temporalitat dels contractes afecten la continuïtat de l'atenció. En infermeria i TSS, la falta d'estabilitat en les plantilles redueix la qualitat del treball; en serveis socials, la mobilitat professional dificulta el seguiment de casos.

4.2.4.5. Condicions polítiques

Com a últim apunt de l'entrevista, les professionals reflexionaren sobre el grau de **voluntat política** per a vincular conselleries en torn a matèries de sanitat i serveis socials, així com el grau d'apertura política a indicacions internacionals que aconsellen una major coordinació entre aquests dos àmbits de l'estat del benestar. Destaca el fet que, malgrat que en 6 casos (poc menys de la meitat del total) s'esgrimeix que sí que existeix aquesta voluntat, en la gran majoria, 12 entrevistes, les professionals exposen que no existeix o no hi ha el suficient compromís institucional.

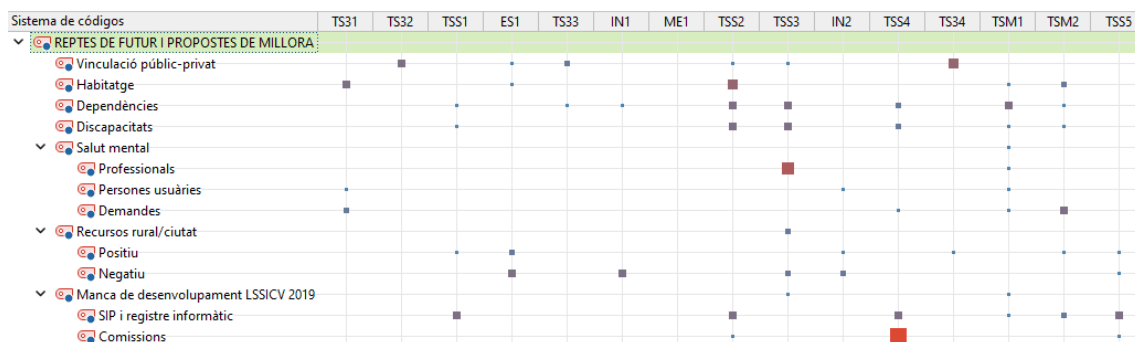
“Siempre tropezamos, en el ámbito sanitario, con la misma: falta de recursos sociosanitarios. Siempre. No hay. Ni hay presupuesto, ni intención política” (TSS2)

“Creo que hay mucho de ‘esto es mío’, o sea, que quede claro que esto lo ha hecho la Sanidad y que quede claro que esto lo ha hecho Servicios Sociales y que, ¿sabes? [...] y a veces se le olvida que lo importante es [...] el trabajo, la coordinación, y que da igual quién lo haga, si está mejor, o sea, si al final es más fácil, más rápido, es mejor para la población” (TSM2)

4.3. Desenvolupament de la Llei 3/2019 i visió de futur

En aquest darrer apartat d'exposició de resultats, s'esgrimiran les línies d'actuació que les persones professionals exemplificaren en les entrevistes, especialment a partir de la reflexió sobre aquelles qüestions a millorar per a possibilitar una major eficàcia i eficiència en l'àmbit dels serveis socials, que permeta una millora en la coordinació sociosanitària.

Figura 7: Reptes de futur i propostes de millora (percepció professionals)



Font: elaboració pròpia

En primer lloc, respecte a la **vinculació publico-privada**, els professionals de l'àmbit sociosanitari sovint perceben una falta de coordinació efectiva entre els organismes públics i el sector privat, fet que repercuteix en la qualitat de l'atenció als

usuaris. En primer lloc, l'augment de la demanda en el sector públic sovint condueix a una saturació dels serveis, la qual cosa obliga molts pacients a recórrer a professionals privats. Aquestes derivacions, però, no sempre es fan de manera coordinada, cosa que pot generar desconexions en el seguiment dels tractaments.

“Clar, al final no sols està Serveis Socials i el centres de salut, n’hi ha molts més professionals fora, que a més moltes persones al final aboquen a anar a professionals privats, perquè el sector públic també està molt saturat.” (TS32)

A més, es destaca la necessitat que la xarxa pública de Serveis Socials estiga al corrent de les intervencions que es duen a terme en l'àmbit privat, ja que això permetria una atenció més integral i eficient. S'especifica el fet que els treballadors socials hospitalaris, per exemple, haurien de tenir la capacitat de gestionar sol·licituds de plaça o derivacions amb un coneixement complet de la situació dels pacients, independentment del sector en què aquests hagen estat atesos. Tanmateix, els professionals adverteixen que la fragmentació del sistema actual pot provocar que cada sector només se centre en el seu àmbit específic, sense una visió global que afavorisca la resolució de casos complexos de manera eficient i coordinada.

“Considero molt important [...] que tindria que haver una igualtat entre recursos, no? Perquè jo, com a professional que treballo en una associació, me podria coordinar igualment que un treballador social que treballa en un hospital amb els Serveis Socials, perquè moltes vegades és com que no tenim pes perquè venim d'un organisme xicotet.” (TS34)

Una altra qüestió molt rellevant que planeja en les percepcions de molts professionals vinculats als sectors sociosanitaris és la problemàtica de l'**habitatge**. Els professionals de l'entorn sociosanitari perceben això com un factor clau que impacta directament en les intervencions que realitzen. La manca de places en recursos d'allotjament i la dificultat d'accés a habitatges adequats s'han intensificat en els darrers anys, especialment per a col·lectius vulnerables com la població immigrant, persones grans o aquelles amb ingressos limitats.

“Hoy en día, en vivienda compartida, el porcentaje es altísimo. Y gente que tiene [...] una pensión por haber trabajado de 800 euros, que ha vivido de alquiler, no quiso o no pudo comprar una vivienda hace 20 años, y viven en condiciones dramáticas, casi... Pero mucha, mucha gente. [...] ¿Y los inmigrantes? Casi todos. La población inmigrante es brutal. Casi todos viven en vivienda compartida y condiciones higiénico-sanitarias que, si se hicieran revisiones, creo yo que... Que daría mucho que hablar.” (TSS2)

Aquesta situació de precarietat habitacional sovint desencadena problemes de salut física i mental entre els afectats, ja que les condicions higièniques i l'estabilitat emocional es veuen compromeses en entorns de convivència forçada. Això, alhora, complica les intervencions sociosanitàries, ja que els professionals es troben amb pacients que no només necessiten atenció mèdica o social, sinó també solucions habitacionals urgents. Malgrat els protocols existents, la lentitud en l'assignació de recursos i la manca de coordinació eficaç agreugen aquesta situació, generant exclusió social i dificultant la tasca dels serveis socials.

“Pues vivienda, a nivel recursos, es que no hay. Es un grave problema que tenemos ahora mismo con la vivienda. Y sí que la Consellería nos facilita protocolos e instrucciones, pero luego no son tan reales a las necesidades de la población porque no hay recursos [...] el protocolo está bien pero si luego no tienen viviendas o las residencias, plazas, o lo que sea, pues se complica el asignarnos plaza. Entonces sí que estamos teniendo situaciones muy complicadas de vivienda.” (TSM2)

D'altra banda, i d'una forma extensa, els professionals de l'entorn sociosanitari denuncien que la gestió de la **dependència** està lluny de ser òptima, i això impacta directament en la qualitat de l'atenció que poden oferir. La burocràcia associada al procés de sol·licitud i tramitació de la dependència sovint esdevé un obstacle, ja que requereix la col·laboració entre múltiples institucions, les quals no sempre operen de manera coordinada. Això provoca retards significatius en l'aprovació de les ajudes, fet que agreuja la situació dels pacients, especialment aquells que necessiten una intervenció urgent.

“Cada vez se dilatan más otra vez, hemos vuelto otra vez al letargo. No sé por qué, pero ahora ya no son 7 u 8 meses, ahora ya, otra vez están dilatándose mucho los procesos de dependencia, están dilatándose otra vez mucho las resoluciones, el pago... Es una vergüenza” (TSS1)

Els professionals del treball social específicament, que sovint són els encarregats de tramitar aquestes sol·licituds, es troben sobrecarregats i mancats dels recursos necessaris per complir amb les seues tasques de manera eficient. Aquesta sobrecàrrega els obliga, en molts casos, a derivar pacients a altres serveis o a gestionar llistes d'espera que no responen a les necessitats immediates dels afectats. La situació es complica encara més quan es tracta de pacients hospitalitzats que, tot i necessitar una valoració urgent per a l'accés a recursos de dependència, han d'esperar que aquesta es faci un cop ja han estat donats d'alta.

“Hay, por ejemplo, patologías, que yo puedo tener a un señor de un ictus ingresado cuatro meses, o de una lesión medular, ingresado cuatro meses porque no le puedo tramitar, o de una ELA, ingresado porque no se le puede tramitar desde aquí, valorar la ley de dependencia [...] tenemos que esperar a que vaya a su casa, enviarlo y un familiar va a Servicios Sociales y esperar a la valoración. [...] ¿Por qué no puedo yo valorar aquí a un señor que ha tramitado la ley de dependencia y tiene que valorarse y no está en su domicilio?” (TSS2)

Aquesta manca de coordinació i l'absència de protocols clars generen frustració tant entre els professionals com entre els pacients i les seues famílies. Els professionals lamenten que moltes decisions es prenguin sense tenir en compte la realitat del dia a dia en l'àmbit sociosanitari, cosa que fa que el sistema de dependència sigui percebut com a lent i ineficaç. A més, la manca de personal especialitzat i el fet que moltes d'aquestes gestions recaiguin en professionals ja saturats agreugen encara més la situació.

“Nosotras llevamos todas las valoraciones de dependencia, a excepción de las de salud mental, y de las de, niños muy pequeñitos y tal, pero entonces, las de salud mental, viene la trabajadora social de Sanidad, hace la valoración a nivel de baremo, pero el informe social lo tenemos que hacer las del pueblo. Pues si es trabajadora social como nosotras. Entonces acabamos yendo dos profesionales, y perdiendo un tiempo.” (TSM2)

Pel que fa a la gestió de les **discapacitats**, els professionals de l'entorn sociosanitari perceben la gestió com un procés ineficient i ple de reptes que afecta greument la qualitat de les intervencions que poden oferir. Tot i que les llistes d'espera per a la valoració de la discapacitat han experimentat fluctuacions al llarg del temps, actualment s'han estès fins a catorze mesos, generant una gran frustració tant entre els pacients com entre els professionals. A més, la nova baremació de la discapacitat està reduint significativament els percentatges de reconeixement, deixant a moltes persones sense el suport necessari per a la seua inserció laboral o per accedir als recursos adequats. Aquesta rebaixa en les valoracions suposa un obstacle important per a aquells que, tot i les seues limitacions, necessiten assolir almenys un 33% de discapacitat per poder accedir a ajudes i oportunitats laborals.

“Nosotros tenemos a muchos pacientes que por adicciones, por problemas de salud graves, por accidentes, por lo que sea, tienen una franja de edad de 55 a 60 años y, si le ocurre algo a una persona con esa edad, [...] Tiene una situación vulnerable y no puede vivir solo, pues no sabemos dónde podemos llevarlo, porque las residencias son para tercera edad y los recursos para personas discapacitadas menores de 60 años no existen. No hay plazas. Hay

cuatro, para discapacitados psíquicos sí que hay algunas, que tampoco hay siempre, ¿pero para físicos? No hay. O sea, ahí sí que tenemos verdaderos problemas. No hay. Ya quisiéramos un recurso intermedio donde esas personas pudieran estar hasta que se les pueda encontrar otro... Un recurso residencial, porque hay gente que ya no puede volver a sus casas, o no tienen y no tienen apoyo.” (TSS2)

Els professionals lamenten que la valoració social hagi perdut importància en el procés, ja que només es considera en casos de puntuacions molt elevades, cosa que limita l'accés de molts pacients a una atenció integral. Aquesta situació es veu agreujada per la manca de coordinació efectiva entre les institucions, especialment entre les conselleries. Aquesta falta de coordinació sovint dificulta i retarda el procés, deixant als pacients en una situació de vulnerabilitat i generant una sobrecàrrega en els ajuntaments, que han d'assumir responsabilitats que no sempre estan en condicions de gestionar. En conjunt, els professionals estan molt preocupats per l'impacte negatiu que aquestes deficiències tenen sobre la salut i el benestar dels pacients, i consideren que cal una reforma urgent.

“La valoración social, en discapacidad, cada vez tiene menos importancia, o casi prácticamente nada. Porque como no adquieren una puntuación, hasta que no llegan a una puntuación de base por las enfermedades, no se le suma la problemática social. Como han bajado los baremos, pues nos encontramos con personas que podrían tener un 33% y no lo van a tener nunca.” (TSS2)

“Y luego la discapacidad, un año de retraso. Y la nueva baremación de la discapacidad, están bajando las valoraciones a todo el mundo. Estamos haciendo reclamaciones continuamente, porque pacientes que tenían un 33, pues con la nueva valoración del decreto de abril del año pasado, pues el 15%, el 24%... Y son personas que no pueden trabajar de todo y necesitarían al menos un 33% para obtener una inserción laboral, más oportunidades. Y están rebajando a todo el mundo la discapacidad, es vergonzoso.” (TSS1)

Un altre tema destacable, vinculat a totes les condicions mencionades amb anterioritat, és la **salut mental**. Pel que fa a les *persones usuàries*, els i les professionals de l'entorn sociosanitari destaquen que el seguiment de pacients amb patologies mentals és complicat, especialment en casos aguts, ja que la seua situació de vulnerabilitat sovint fa que prioritzin la supervivència diària per sobre de la seua salut. La pandèmia de COVID-19 va agreujar aquesta situació, causant un desbordament en els hospitals i dificultant el seguiment posterior dels pacients des de l'atenció primària, molts dels quals encara no han reprès les seues visites mèdiques. Aquesta manca de seguiment pot conduir a situacions de deteriorament, no necessàriament per qüestions econòmiques, sinó per

falta d'habilitats, deixadesa o malaltia, destacant així la importància del suport continuat en salut mental.

“Al final la pandemia real médica, de patología COVID, fue en el hospital [...] Pero lo de posterior de seguimiento, fue aquí [atención primaria] y eso ha debilitado mucho. [...] Muchos pacientes dejaron de venir y no han vuelto. [...] Ha habido mucho daño de salud mental.” (IN2)

“No es una cuestión económica muchas veces, ¿eh? Es una cuestión de falta de habilidades o dejadez o enfermedad.” (TSM1)

Així mateix, en el cas de la salut mental dels propis *professionals* es recalca que els professionals de l'àmbit sociosanitari sovint se senten sobrecarregats i cremats per la quantitat de tasques i responsabilitats que han d'assumir, sovint més enllà de les seues competències. Intenten establir límits per preservar la seua salut mental, però la pressió constant i la manca de suport fan que això siga complex. Aquesta sobrecàrrega genera un sentiment d'insatisfacció, ja que sovint creuen que podrien haver fet millor la seua feina. Per això, es demana més suport i atenció a la salut mental dins del sistema de Serveis Socials.

“Al final te implicas más de lo que debes hacer. Pero claro, siempre piensas en el paciente. [...] Estoy intentando aprender que lo que no es mío lo derivo. Porque si no reventamos. [...] Yo podría estar trabajando 24 horas en el centro de salud, que no acaba la faena [...] Luego me encuentro que estoy desbordada. Porque claro, ‘¿y tú me podrías ayudar con esto para este paciente?’. ‘Sí, claro’.” (TSS3)

“Los profesionales de aquí del ámbito de lo social, cargamos con muchas cosas al cabo del día. Y muchas veces te sientes que a lo mejor te equivocas o que podrías haberlo hecho mejor, por eso te digo que hay que dar más potencia a la salud y a la salud mental.” (TSM1)

Tanmateix, algunes *demandes* dels i les professionals, en aquest sentit, subratllen la necessitat urgent de crear equips de salut mental que puguin treballar al carrer, especialment per atendre la població sense llar, que sovint no té accés al sistema sanitari tradicional. Actualment, els professionals exposen que la demanda d'atenció psicològica supera la capacitat del sistema de salut. Això provoca que molts pacients siguin derivats a serveis socials que no estan preparats per atendre'ls adequadament. Per tant, és necessari establir línies estratègiques i protocols efectius entre Serveis Socials i Sanitat per abordar aquestes mancances.

“Que haya equipos de salud mental que salgan a calle y atiendan a población que no puede acceder por sus condiciones al sistema sanitario, ¿no? Acercar el sistema sanitario a la

comunidad [...] que costará crear un pequeño equipo de salud mental con, con figura de trabajo social, psiquiatra, enfermera, lo que sea, y que pueda, se pueda atender a esta población.” (TS31)

“Hay un exceso de demanda de atención psicológica brutal, que sanidad debería atender y no está pudiendo atender porque les faltan profesionales y entonces, nosotros, este ayuntamiento tiene atención psicológica, que otros no. Y nos estamos viendo derivaciones, desde sanidad, directamente a nuestros psicólogos y aquí son psicólogos de intervención social no son psicólogos clínicos, como tienen en sanidad.” (TSM2)

Al llarg de la consecució de les entrevistes també ha ressorgit la qüestió local i municipal que, en el context específic dels serveis socials i sociosanitaris, té un pes molt important segons els professionals. Així doncs, pel que fa a les diferències entre **recursos rural-ciutat**, es destaca que els serveis socials a València estan saturats, especialment en grans nuclis urbans com Torrent, cosa que contrasta amb la realitat de poblacions més petites com Benicàssim i Oropesa, on la coordinació és més àgil i preventiva. També es mostra com, actualment, les persones sense llar en aquestes zones tenen les mateixes prioritats que aquelles de municipis més grans, tot i la manca de recursos locals. Això no obstant, la diferència en recursos econòmics entre zones urbanes i rurals es manifesta en serveis com la salut bucodental. En pobles petits, els serveis socials coneixen millor la població, la qual cosa facilita l’atenció i la coordinació, tot i que la manca de recursos segueix sent un problema.

“I és necessari que la persona estigues tres mesos en el carrer perquè pugues optar a una plaça? És injust, també, perquè al final, que tu estigues en un poble o un altre, per què has de tenir més drets o no? Entonces, en eixe sentit jo pense que el tema del concert està bé.” (ES1)

“Los Servicios Sociales [...], como es Valencia, tienen más recursos económicos y ellos, precisamente, tienen unos recursos económicos, una prestación que es de salud bucodental, o algo así, que es para prótesis.” (TSS3)

“Ja no és el recurs en sí, és també en el municipi en el que estàs. Per exemple, pues, de un poble més menut sol ser més fàcil que a lo millor uns Serveis Socials d'un poble més gran, que n’hi ha 20 persones treballant. I sé que és veritat... És impossible contactar. Sí, contactes, però la cridada se perd.” (IN2)

“Por lo menos en mi experiencia, los Servicios Sociales municipales en los pueblos, aparte de la coordinación puntual por la casuística que pueda surgir, se ha establecido una coordinación mucho más protocolizada de sesiones de trabajo, de formación, no sé, a otros niveles. Y con ese tipo de trabajo de coordinación se ha mejorado mucho el trabajo propio

de los profesionales y hemos facilitado que la población, por lo menos, pudiera mejorar en la situación social en la que se encontraba.” (TSS5)

Es remarca també que els recursos habitacionals per a persones en situació de sensellarisme estan centrats principalment a les ciutats, deixant en desavantatge els municipis més petits. Això crea una situació injusta on les persones sense llar de pobles han de desplaçar-se a grans ciutats com València per accedir a serveis bàsics, sovint després d’haver viscut al carrer durant un temps. A les poblacions més petites, manca de recursos i de serveis socials com treballadors socials sanitaris, i la desigualtat en l’accés als serveis és evident. Tot i els esforços, la gestió en grans ciutats com València és complicada, amb una gestió que majoritàriament atén les casuístiques puntuals i que presenta dificultats de coordinació.

“Penso que a lo millor a la capital existixen eixes coses que aquí no, però perquè allí tenen casos aixína sempre. O sea, és un poc, és molt difícil també... Sé que a València hi ha treballador social de guàrdia i si no, hi ha la millor Creu Roja, o hi ha un alberg, una cosa... O sea, que també és més fàcil l’atenció sociosanitària però també hi ha moltíssima més demanda.” (IN1)

“Pero ahora te vas al ayuntamiento, aquí en Valencia, y tienes mucho más recursos. Entonces, si es que nada más que te vas a eso y ahí detectas el gran escalón que hay, ¿no? De irte a un pueblo, a irte a un ayuntamiento. [...] hay serranías de aquí, del Arnau, que no tienen trabajadora social sanitaria. Y las de Servicios Sociales hacen las ASU, las tarjetas SIP.” (TSS3)

“Aquí en Valencia ciudad es imposible. O sea, es la casuística puntual y ya está. Ya está. Ni sesiones de, ni trabajos de reuniones de coordinación, ni sesiones específicas por, no sé, por la detección de una población en una situación X. Y nada, imposible. Y a nivel profesional, aunque sea a nivel de casuística, sí que se accede. Se accede también de una manera... Pues por correo electrónico, imposible teléfono, cuando vas en persona están muy ocupadas y, en fin.” (TSS3)



Per últim, s'expressa la idea sostinguda de que hi ha una **manca de desenvolupament de la Llei 3/2019 de Serveis Socials Inclusius** de la Comunitat Valenciana. En primer lloc, els professionals de l'àmbit sociosanitari consideren que seria molt positiu que els serveis socials i sanitaris treballessin habitualment de forma més conjunta, però reconeixen que hi ha grans dificultats per fer-ho realitat. Malgrat l'aprovació de noves lleis, les professionals consideren que la col·laboració real entre aquestes àrees és limitada, ja que no es permeten incursions en certes competències.

“Creo que sería súper positivo y súper favorable que una [trabajadora social] de Servicios Sociales, pues, trabajara en Sanidad por un tiempo. O yo en Servicios Sociales. Porque al final si lo que quieren es que, lo que es los Servicios Sociales, que todos nos dediquemos en la área básica a realizar lo mismo, sacaron la nueva ley de servicios sociales, está inclusiva, todo lo que ellos quieran. Pero no somos lo mismo. No somos lo mismo cuando a mí no me permites que yo entre en sus competencias ni ellos en las nuestras” (TSS3)

D'altra banda, un dels problemes principals és la manca d'integració dels sistemes informàtics: mentre que el sistema sanitari té el SIUS i altres eines com ABUCASIS i ORION, els serveis socials utilitzen plataformes diferents com ADA, que varien segons l'àmbit i la població amb la qual s'intervé, i que no estan connectades entre elles. Això dificulta enormement el seguiment de casos, especialment en contextos on la mobilitat de la població és alta, com en casos de famílies itinerants.

“No, no. No hay ningún programa, ellos tienen un programa y nosotros otro. No, no. No, no, a nivel informático no, para nada [...] el ámbito sanitario es el ámbito sanitario, no hay ningún programa que nosotros veamos en Servicios Sociales. Ellos tienen el SIUS y nosotros tenemos el ABUCASIS y ORION en los hospitales pero no, no están conectados.” (TSS2)

“Y luego, sobre todo, cuando la gente cambia de municipio, porque igual que tú en Sanidad, te vas a un hospital, a otro, a un centro de salud o a otro, y ven tu historia, en Servicios Sociales, eso no ocurre, y es un hándicap importante, porque mucha población de niveles de riesgo más altos, tienen una movilidad muy alta. Entonces, sobre todo en infancia, juegas mucho a riesgo cuando las familias son itinerantes.” (TSM2)

A més a més, es destaca la necessitat de crear una història sociosanitària unificada que permeti compartir informació bàsica i garantir una atenció més coordinada i eficient. Tot i que ambdues conselleries han fet avenços en aquesta direcció, segons narra una professional, a través de la millora informàtica gràcies a fons europeus, encara queda molt per fer, sobretot pel que fa a la integració completa dels diferents sistemes i la superació de les barreres actuals.

“La CIPI o ahora la Consellería de Servicios Sociales, el problema que tienes es que tiene miles de sistemas informáticos para recoger información muy diferente. O sea, menores tiene una, la dependencia tiene otra, la discapacidad tiene otra, las personas mayores tienen otra... Con lo cual, no es como aquí, que tu historia de salud va contigo donde tú vayas.” (TSS4)

“Entonces es fantástico tener un instrumento que te permita compartir datos sociosanitarios de una persona, porque ahorraríamos un montón de tiempo. De hecho, la tarjeta SIP está pensada para que en la banda electrónica, en la parte de atrás, pudieras tener información básica del sistema sanitario y social. Lo que pasa es que eso tampoco se ha terminado de desarrollar. Pero vamos, el problema es... Ahí es un tema de inversión económica. Sobre todo de la otra Consellería.” (TSS4)

“Entonces, claro, lo primero que tendrían que hacer, que de hecho están trabajando con la otra Consellería, es crear una herramienta que le permita unificar toda esa información que tiene tan disgregada, con plataformas o herramientas informáticas que no se conectan dentro de la propia Consellería de social, de Servicios Sociales, vamos.” (TSS4)

“Se está creando una historia sociosanitaria [...] Sanidad tiene la estructura informática totalmente avanzada. Y la otra Consellería no. Entonces sí que ahora se está elaborando en crear una historia sociosanitaria para enlazar la información que tenemos de Sanidad con la información que tienen desde Servicios Sociales o de otros ámbitos, o de Justicia, o de Educación... O de Ayuntamientos. Entonces el SIP, el número SIP va a ser el número de,

digamos, de enlace con todos los sistemas. [...] Y están ahí, a la otra Consellería ha avanzado bastante en la parte informática, que estaba muy disgregada [...] con unos fondos europeos que solicitaron” (TSS5)

Els professionals també destaquen que, encara que s’ha creat un espai sociosanitari dins de la Conselleria de Sanitat, aquest no compta amb els recursos físics ni el pressupost necessari per atendre urgències i planificar trasllats ràpids de pacients, fet que genera retards i dificultats en l’atenció. A més, els grups de coordinació entre les diferents conselleries, especialment en temes com la dependència, estan avançant molt lentament.

“Ahora mismo eso es un proyecto en papel. Que yo sepa, no está funcionando. Yo trabajé también al principio en eso, cuando estuve en los servicios centrales. Es una súper buena idea.” (TSS4)

“Ahora se ha vuelto otra vez a retomar los grupos de coordinación, pero, o sea, de actualización de cómo trabajar algunos temas que lleva la otra consellería, como por ejemplo lo de la dependencia, pero bueno, eso... Va muy lento, va muy lento.” (TSS4)

Per últim, s’exposa com s’ha començat a treballar en la creació de consells de salut de zona bàsica, amb representants dels diferents municipis, per millorar la coordinació i atenció comunitària. Aquests consells permeten visualitzar i treballar amb recursos existents com els tallers d’alfabetització per a població immigrant i altres activitats. L’objectiu és establir canals directes de coordinació entre Sanitat i Serveis Socials, especialment per a pacients amb patologies mentals, majors i casos de violència de gènere, per evitar que la informació i els serveis es dupliquin o es perdin en el procés. En aquest sentit, es destaca la participació activa de la comunitat com a eix fonamental per detectar necessitats i millorar la intervenció.

“Desde ahí, a través de las comisiones y tal, se ha trabajado para que en todas las zonas básicas existan, por ejemplo, esos grupos de atención comunitaria y se trabaje con la comunidad. Y con los recursos, tanto formales e institucionales, ayuntamientos, Servicios Sociales, como comunitarios, asociaciones, colegios, todos. En eso estamos.” (TSS4)

Figura 8: Núvol de paraules més repetides en les entrevistes a professionals



Font: elaboració pròpia

Per últim, en aquesta imatge presentada s'observa un núvol de paraules que mostra la freqüència de repetició de diverses paraules en les entrevistes. Així doncs, aquelles paraules més esmentades, apareixeran reflectides en major grandària dins del núvol. Destaquen termes com a *coordinació, social, persona, Serveis Socials, salut i treball*. Aquestes paraules indiquen les àrees d'enfocament i preocupació principals en les entrevistes realitzades.

Altres termes destacables són *recursos, pacients, professionals, informació i sistema*. Aquests reflecteixen preocupacions sobre la disponibilitat i gestió de recursos, l'atenció als pacients, el paper dels professionals, i la importància de la informació i els sistemes de suport en l'assoliment d'una coordinació efectiva.

5. Discussió

Els resultats la **importància de la coordinació efectiva entre serveis socials i sanitaris** per a millorar l'atenció integral als usuaris. La implementació d'equips multidisciplinaris i la formació contínua dels professionals són claus per a una atenció eficaç. No obstant això, la falta de recursos i les deficiències en la implementació pràctica de plans d'atenció són problemes recurrents. Això es vincula amb estudis actuals, com el Albertson et al. (2022), on es destaca que “l'avaluació de les necessitats dels pacients, el contacte personal amb els pacients i els protocols estandarditzats de coordinació de l'atenció són comuns en els programes que enllacen serveis de salut i serveis socials”. Al seu torn, Alderwick et al. (2021) mostren que “la col·laboració entre els serveis de salut, els serveis socials i altres sectors es considera cada vegada més una via per a millorar la salut”.

De fet, s'assenyala com a especialment rellevant l'atenció integral i continuada, essencial per al benestar de persones amb malalties cròniques i dependències. L'atenció domiciliària i comunitària, juntament amb el suport a cuidadors informals, millora la qualitat de vida d'aquests usuaris, tal com s'ha assenyalat tant en la revisió bibliogràfica (Gómez, Adrover i Miguélez, 2010) com en el discurs d'informants clau.

La innovació en l'atenció centrada en l'usuari i l'ús de tecnologia, com la Història Social Única Digital (HSUE), són necessaris per a millorar l'eficiència i accessibilitat als sistemes social i sanitari. Algunes regions, tal com s'ha identificat en la introducció, mostren projectes avançats en tecnologia i sistemes d'informació, mentre d'altres, com la Comunitat Valenciana, es troben en un procés incipient basat en una pionera llei de Serveis Socials que, en referència a la Història Social Única, encara necessiten un major desenvolupament pràctic.

La formació i competències dels professionals, d'altra banda, són fonamentals per a millorar la qualitat de l'atenció i l'eficiència dels serveis, segons assenyalen els informants clau. Es reconeix àmpliament la necessitat d'establir programes de formació específics i estructurats per a professionals que faciliten la coordinació sociosanitària des de dos àmbits que, a dia d'avui, compten més amb les bones voluntats de les persones que amb protocols clars.

En conclusió, la coordinació sociosanitària millora la qualitat de vida de les persones, redueix hospitalitzacions i augmenta la satisfacció de professionals i usuaris.

Malgrat això, la falta de finançament i la burocràcia reapareixen com a barreres comunes. És recurrent destacar la necessitat de normativa clara i consistent que assegure la coordinació i sostenibilitat dels serveis. Tornant a Albertson et al. (2022), es destaca que “les publicacions que discuteixen aquests programes sovint proporcionen pocs detalls sobre altres elements clau de la coordinació de l’atenció, especialment la naturalesa de les derivacions i la càrrega de treball dels coordinadors de l’atenció”. Així mateix, Alderwick et al. (2021) també remarquen que “les col·laboracions exitoses sovint impliquen objectius compartits, confiança i comunicació efectiva”.

Pel que fa als Serveis Socials, les i els seus professionals es configuren com un eix vertebrador crucial en la coordinació de serveis sociosanitaris, especialment en casos de vulnerabilitat extrema i en serveis residencials. Es destaquen la protecció de dades i la metodologia de gestió de casos com a elements essencials en l’entorn sociosanitari (Hervás, 2014; Puñal i Salgado, 2015), fet que s’assenyala en les entrevistes a informants clau.

En resum, es recalca la importància d’una atenció integral i centrada en la persona, l’eficiència en la utilització de recursos i la necessitat de major coordinació i gestió de casos. La prevenció i promoció de la salut, la sostenibilitat i equitat en la distribució de recursos i serveis, i l’atenció primària són pilars fonamentals per a la coordinació efectiva entre serveis sanitaris i socials. L’amplitud i institucionalització del treball social en tots els àmbits de l’entorn sociosanitari és vital per a millorar l’atenció.



Quant a l'apartat sobre **participació**, destaca el fet que tan sols un terç de les persones enquestades ha acudit a serveis socials. En contrast amb quasi la totalitat de les persones enquestades, que sí que ha utilitzat serveis de salut, la qual cosa indica una taxa d'ús significativament major en comparació amb els serveis socials. Tots dos serveis s'utilitzen majoritàriament en municipis de grandària mitjana (de 5.000 a 100.000 habitants).

La consulta als usuaris i la delegació de decisions mostren patrons similars en tots dos tipus de serveis, encara que amb algunes diferències. En serveis socials, més d'un terç dels enquestats mai és consultat sobre les accions a prendre, i la meitat sent que mai se'ls delega la presa de decisions. En comparació, en serveis de salut, un terç considera que mai és consultat i més del quaranta per cent diu que mai se'ls deleguen decisions. Encara que tots dos serveis mostren una baixa consulta i delegació, els usuaris de serveis de salut perceben una consulta i delegació de decisions lleugerament major que els usuaris de serveis socials. No obstant això, la diferència no és substancial, destacant una necessitat general de millorar aquests aspectes en tots dos sectors, ja que, seguint les idees de Österholm et al. (2023) la participació efectiva de la comunitat pot fomentar l'equitat en salut en abordar les condicions socials que contribueixen a la mala salut, la qual cosa subratlla la importància d'involucrar a la comunitat en tot el cicle de presa de decisions.

En termes de tipus de participació, la majoria dels usuaris de serveis socials només participen en tràmits i consultes. En contrast, quasi la meitat dels usuaris de serveis de salut esmenta que no participa en absolut en les activitats promogudes pel seu centre de salut, i destaca la participació directa en l'atenció i serveis mèdics com a tipologia de participació més comuna. Això suggereix que, encara que la participació directa en serveis de salut és més comuna que en serveis socials, la falta de participació en la presa de decisions o en la millora de serveis és una problemàtica compartida en tots dos sectors, indicant una necessitat de fomentar una participació més activa i constructiva; ja que, com assenyalen Tcymbal et al. (2022), la co-creació i el compromís comunitari poden millorar l'acceptació i eficàcia de les intervencions sociosanitàries, incidint en les barreres de confiança.

La percepció dels usuaris sobre la seua consideració i la delegació de decisions és limitada en tots dos serveis. Es reflecteix una percepció mixta sobre la consideració dels pacients i usuaris en la resolució de problemes, destacant que en tots dos sectors se sent una falta d'inclusió en la presa de decisions, la qual cosa pot impactar negativament en la

satisfacció i efectivitat dels serveis rebuts. Apliquen aquí les idees de Van Voorst i Ward (2018), sobre el fet que la participació significativa de la comunitat es pot facilitar a través d'un lideratge transparent i de compartir la presa de decisions, com a principis essencials per a superar els desequilibris de poder i fomentar la participació activa.

És a dir, els serveis de salut tenen una major taxa d'ús comparada amb els serveis socials, degut a la naturalesa de les seues intervencions. No obstant això, tots dos tipus de serveis mostren patrons similars de baixa consulta i participació ciutadana, amb una delegació de decisions igualment limitada. La percepció per part dels usuaris sobre si són considerats en la resolució de problemes i la invitació a fer propostes també és baixa en tots dos casos. Així doncs, es subratlla la necessitat de millorar els canals de participació en tots dos sectors, perquè cal no oblidar que, com indiquen Morales-Garzón et al. (2023), la participació ciutadana en la planificació i disseny d'intervencions és crucial per a abordar les desigualtats i millorar l'eficàcia dels serveis.

Passant a l'apartat sobre **intersectorialitat**, destaca el fet que dos terços de les persones entrevistades perceben elements claus d'una estructura formal per a coordinar serveis socials i sanitaris. Però també consideren que la coordinació és majorment informal, depenent de relacions personals i de l'ús de mitjans com el telèfon i el correu electrònic per a comunicar-se. No obstant això, en més de la meitat de les entrevistes també s'opina que no existeix una estructura ni formal ni informal adequada. En aquest sentit, es pot assenyalar el que Braithwaite, Marks, Taylor i Watts (2021) destaquen, sobre la importància d'enfocaments holístics i col·laboratius per a oferir serveis integrals, fet que reforça la necessitat d'estructures formals i coordinades per a una millor atenció sociosanitària.

La majoria de les persones informants clau en les entrevistes esmenta una visió social de la salut, integrant factors socials i comunitaris en les intervencions. Però també i en contrast, s'assenyala una visió més clínica, centrada en la malaltia física, i s'exposa que la falta de formació sobre els Serveis Socials i el treball social entre els professionals sanitaris limita aquesta visió. Això entronca amb la baixa participació general percebuda per les persones usuàries, tant en els serveis socials com en els serveis de salut, ja que segons Grau i Faus (2023), la participació comunitària i el control sobre la pròpia salut i l'entorn són crucials per a influir en els condicionants socials de la salut i disminuir les desigualtats.

Pel que fa al tipus de treball intersectorial, una majoria de les entrevistades esmenta que la major part de la col·laboració es limita a la transferència d'informació. La cooperació i la coordinació es donen en menor mesura, amb només un terç i aproximadament la meitat de les mencions, respectivament. Poc més d'un dècim de les persones entrevistades assenyalen l'existència de línies integrades, destacant la importància de figures com el treballador social per a mediar i facilitar aquesta integració. Aquesta vehiculació professional a través del treball social i els Serveis Socials es relaciona amb les idees de Hudon et al. (2022), que exposen que entendre millor les transicions de cures en els casos de necessitats complexes és essencial per a millorar i implementar models d'atenció integrada que superen la fragmentació i milloren la intervenció a través de diferents entorns i sectors.



D'altra banda, la falta de coneixement sobre recursos disponibles i la falta de formació específica dificulten la coordinació efectiva. A més, la dependència de mitjans informals i la falta de protocols estructurats són obstacles significatius. La falta d'inversió econòmica i personal és una constant remarcada en tots els àmbits professionals, que afecta la capacitat de resposta i coordinació. Així mateix, l'alta rotació i la temporalitat dels contractes afecten la continuïtat i qualitat de l'atenció (FADSP, AEDGSS i AETSYS, 2015; Vicente, 2020).

En relació amb els serveis d'informació, es reclamen serveis compartits en la mateixa línia dels autors Drake et al. (2024), que destaquen que la creació de plataformes digitals (en el cas concret de l'estudi, NCCARE360), que creen xarxes compartides per a enviar i rebre referències electròniques i rastrejar resultats de les persones, permeten una coordinació efectiva entre organitzacions comunitàries, treballadors dels serveis de salut i treballadors dels serveis socials, la qual cosa subratlla la necessitat d'establir solucions tecnològiques, de la mateixa manera que les persones entrevistades en el present estudi destacaven la necessitat de plataformes d'informació compartida per a millorar la coordinació i reduir duplicitats.

Ja acabant, ressalta la idea que l'efectivitat de la coordinació depèn en gran mesura de la voluntat i sensibilitat dels professionals, segons la majoria de les entrevistes. S'esmenta la falta de protocols clars i la necessitat de més reunions i coordinacions formals. L'equitat en les intervencions és un objectiu clau, però la majoria de les persones entrevistades esmenta dificultats per a aconseguir-lo a causa de la falta de recursos i formació. Tanmateix, se suggereix augmentar la formació en coordinació intersectorial i la sensibilització sobre factors socials. A més, es proposa establir recursos intermedis socio-sanitaris i es destaca la necessitat d'una major voluntat política i institucional per a integrar els serveis de sanitat i serveis socials, alineant les intervencions amb directrius internacionals.

Per últim, sobre el **desenvolupament de la Llei 3/2019** i la visió de futur, destaca, en primer lloc, que els professionals de l'àmbit socio-sanitari perceben una manca de coordinació entre els organismes públics i el sector privat, la qual cosa afecta la qualitat de l'atenció. La saturació dels serveis públics obliga molts pacients a recórrer al sector privat, però aquesta transició sovint no es fa de manera coordinada, complicant el seguiment dels tractaments i la resolució de casos complexos.

A més, la problemàtica de l'habitatge impacta directament en les intervencions socio-sanitàries. La manca de recursos d'allotjament, especialment per a col·lectius vulnerables, provoca problemes de salut física i mental que dificulten les intervencions. La lentitud en l'assignació de recursos i la manca de coordinació eficaç agreugen aquesta situació.

Pel que fa a la gestió de la dependència, la burocràcia i la manca de coordinació entre institucions provoquen retards en l'aprovació de les ajudes, afectant greument els pacients que necessiten una intervenció urgent. Els professionals del treball social es troben sobrecarregats i mancats de recursos per atendre les necessitats immediates dels pacients.

En l'àmbit de la discapacitat, la nova baremació redueix els percentatges de reconeixement, deixant moltes persones sense el suport necessari. La manca de coordinació entre institucions dificulta el procés i genera una sobrecàrrega en els serveis municipals, deixant els pacients en una situació de vulnerabilitat.

Finalment, es destaca la manca d'integració dels sistemes informàtics entre Sanitat i Serveis Socials, la qual cosa complica el seguiment dels pacients. Tot i els avenços, encara queda molt per fer per garantir una atenció coordinada i eficaç. També es remarca la importància de la creació de consells de salut de zona bàsica per millorar la coordinació i l'atenció comunitària, establint canals directes entre Sanitat i Serveis Socials per evitar la duplicació o pèrdua d'informació.

Tancant aquest apartat i a mode de reflexió sobre el paper dels Serveis Socials en la coordinació sociosanitària, es destaca que les i els seus professionals (i, en general, les i els professionals del treball social) exerceixen un paper crucial en la supervisió i seguiment de casos, assegurant l'adherència a tractaments i pautes mèdiques. A més, es gestionen processos judicials d'incapacitat i es realitzen visites domiciliàries conjuntes. Es busca mantenir un seguiment constant dels casos, fins i tot quan les situacions milloren, garantint així una supervisió contínua i efectiva; evidenciant el que ja ha assenyalat la literatura (Agulló et al., 2012; Rebollo i Rico, 2001; Ruiz et al., 2006; Cava et al., 2015; Giménez, 2005).

A més a més, aquests tipus de serveis actuen com un pont entre diversos recursos, facilitant la intervenció en recollir preocupacions i malestars que poden ser traslladades on correspon. Aquest enfocament optimitza el temps i busca resoldre problemes a través d'una intervenció personalitzada, millorant l'eficiència del sistema. Tanmateix, els i les treballadores socials exerceixen un paper fonamental en la facilitació de l'accés a sistemes complexos, traduint el llenguatge mèdic per a persones amb habilitats socials o tecnològiques limitades. Gestionen tràmits burocràtics complexos i alleugen la càrrega administrativa de persones que sofreixen problemàtiques de salut. A més, poden també

educar els usuaris en l'ús de dispositius mòbils i en la gestió de tasques administratives, evitant així la burocràcia innecessària i millorant l'accessibilitat (Rodríguez, 2015; Elosegui et al., 2014).

A més dels seus rols específics, els professionals dels Serveis Socials poden facilitar la comprensió del sistema sanitari i actuen com a intermediaris entre diferents serveis, assegurant una coordinació efectiva. Avaluen problemes socials que poden portar a ingressos hospitalaris i faciliten els recursos necessaris per a la readaptació de les persones al seu entorn, orientant als usuaris i treballant en xarxa per a abordar múltiples situacions (Vilaplana, 2012; Hervás, 2014).

En les entrevistes també es destaca el fet que la ubicació geogràfica és essencial per a una coordinació sociosanitària efectiva, amplificant els resultats de la intervenció dels Serveis Socials. Quant als avanços en coordinació sociosanitària, es destaca la implementació de programes de protecció econòmica, així com la creació de Consells de Salut en totes les zones bàsiques de salut, integrant equips d'atenció primària i ajuntaments, així com les vies obertes de desenvolupament de sistemes d'informació compartits (Monrós, 2017).

Malgrat això, les i els professionals dels Serveis Socials i del treball social exposen preocupació per la falta de personal i l'escassa inversió pública. La falta de recursos de derivació i de personal tècnic en llocs de gestió, tant en Serveis Socials com en l'àmbit sanitari, afecta la coordinació i l'efectivitat de les solucions, subratllant la necessitat de més formació específica i publicacions científiques per a enfortir l'atenció (López, 2014; Giménez, 2005; Arrieta i Sobremonte, 2015; Pinzón et al., 2015; Agulló et al., 2012; Codinach, 2006).

En aquest sentit, des del "Decàleg per a una estratègia de coordinació i atenció sociosanitària" del Consell General del Treball Social (2014), s'exposa la importància d'establir bases clares per a garantir una coordinació sociosanitària eficient. Es ressalta la necessitat de dissenyar estratègies consensuades entre les comunitats autònomes i l'administració pública per a assegurar la continuïtat de l'atenció i la integració de recursos públics i privats. A més, s'emfatitza la creació de sistemes d'informació compartida i la promoció de bones pràctiques per a millorar l'atenció integral.

6. Conclusions

En primer lloc, en relació amb el nivell de participació institucional percebut per les persones usuàries, cal dir que la participació directa en serveis de salut és més comuna que en serveis socials, però la falta de participació en la presa de decisions és un problema comú en tots dos sectors. La percepció sobre la consulta i delegació de decisions és també molt limitada i reflecteix la necessitat de millora en els dos serveis.

En segon lloc, pel que fa a la vinculació de la participació interinstitucional amb l'atenció de les persones usuàries dels Serveis Socials i dels serveis d'atenció a la salut es pot afirmar que la coordinació efectiva entre serveis socials i sanitaris és crucial per a millorar l'atenció integral dels usuaris. Així mateix, la implementació i consolidació d'equips multidisciplinaris i la formació contínua de professionals són claus per a assolir una atenció més equitativa i eficaç.

En tercer lloc, quant a debilitats de la coordinació sociosanitària, les principals a destacar inclouen la falta de recursos i deficiències en la implementació pràctica de plans d'atenció. També existeix una dependència de mitjans informals i falta de protocols estructurats. D'altra banda, la falta d'inversió econòmica i personal és una constant que afecta la capacitat de resposta i coordinació; l'alta rotació i temporalitat de contractes afecten la continuïtat i qualitat de l'atenció i la manca de coneixement sobre recursos disponibles i la poca formació específica dificulta una coordinació efectiva.

En quart lloc, quant a fortaleces de la coordinació sociosanitària, es recalca la innovació en atenció centrada en l'usuari i l'ús de tecnologia com a ferramentes necessàries per a millorar l'eficiència i accessibilitat dels sistemes. A més a més, la formació i competències dels professionals són fonamentals per a millorar la qualitat de l'atenció i l'eficiència dels serveis. Tanmateix, una major i millor coordinació sociosanitària redueix hospitalitzacions, millora la qualitat de vida i augmenta la satisfacció de professionals i persones ateses.

En cinquè lloc i pel que fa a l'exposició de bones pràctiques, les professionals mencionen reunions de coordinació, que varien des de trobades semestral fins a diàries, depenent del sector. També s'esmenten plantilles de recursos i es destaca la iniciativa Xarxa Salut. Es remarca, d'altra banda, la realització d'enquestes de satisfacció i la promoció d'activitats d'oci i programes culturals. A més, s'esmenten grups d'ajuda mútua i diverses formacions, tant internes com interinstitucionals. Més específicament, i tenint

en compte que la multidisciplinarietat és clau, es destaquen figures com el SAUS i el fet que l'acompanyament constant als usuaris és fonamental en tots els sectors.

Pel que fa a la visió de futur, els professionals sociosanitaris identifiquen una manca de coordinació entre els sectors públic i privat, afectant la qualitat de l'atenció, especialment en casos complexos i amb l'actual saturació dels serveis públics. Casuístiques com ara la problemàtica de l'habitatge, la lentitud en l'assignació de recursos, i la gestió deficient de la dependència agreugen la situació, impactant la salut física i mental dels pacients vulnerables. A més, segons les professionals, la nova baremació en discapacitat redueix el suport disponible. Tanmateix, es ressalta que la manca d'integració dels sistemes informàtics entre Sanitat i Serveis Socials dificulta el seguiment dels pacients i, per tant, la coordinació.

Per a acabar, i destacant el paper dels Serveis Socials dins de la coordinació sociosanitària, s'observa que les i els professionals dels Serveis Socials juguen un paper crucial en la coordinació de serveis sociosanitaris, especialment en casos de vulnerabilitat extrema i en serveis residencials: supervisen i segueixen els casos, actuen com a pont entre recursos i serveis, optimitzant el temps i resolent problemes a través d'una intervenció personalitzada; faciliten la comprensió del sistema sanitari i actuen com a figures intermediàries, assegurant una coordinació efectiva. Avaluen problemes socials i faciliten recursos per a la readaptació de les persones al seu entorn. Malgrat enfrontar dificultats com la falta de personal i d'inversió pública, el sistema de Serveis Socials apareix com a peça clau en l'engranatge que possibilita millorar l'atenció i l'accessibilitat als serveis sociosanitaris.

A pesar de la rellevància d'aquest estudi, se n'han de reconèixer les limitacions. Cal assenyalar que la mostra utilitzada pot no ser completament representativa de tota la població usuària de serveis socials i de salut, la qual cosa limita la generalització dels resultats. La pròpia estructura d'aquesta recerca ha limitat en temps i recursos de personal accedir a una major mostra, i en conseqüència els resultats poden no ser generalitzables per a tota la comunitat autònoma. Des d'aquesta perspectiva es proposen com a futures línies de recerca ampliar la mostra i aprofundir en evidències de bones pràctiques en coordinació sociosanitària on l'estructura del Sistema Públic Valencià de Serveis Socials mostra una important potencialitat.

En resum, la coordinació sociosanitària millora la qualitat de vida de les persones ateses en els serveis socials i els serveis de salut, redueix hospitalitzacions i augmenta la satisfacció de professionals i usuaris. No obstant això, existeixen barreres com la falta de recursos i la burocràcia que han de ser abordades. En aquest sentit, la formació contínua de professionals i la implementació de tecnologies innovadores són essencials per a una atenció eficient. A més, destaca el paper fonamental dels Serveis Socials en la coordinació de serveis, assegurant una atenció integral i centrada en la persona. Cal no oblidar, però, que és necessari un esforç institucional i polític per a millorar la coordinació i la sostenibilitat dels serveis sociosanitaris, així com facilitar-ne l'accés.

7. Referències bibliogràfiques

- Agulló, A., Alfaro, R., López, B., Rubio, M., Sahuquillo, M., Sempere, A. i Vilaplana, M. (2012). Trabajo Social Sanitario y gestión de casos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 51, 268-284.
- Albertson, E. M., Chuang, E., O'Masta, B., Miake-Lye, I., Haley, L. A., i Pourat, N. (2022). Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. *Population Health Management*, 25 (1), 73-85. <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0057>
- Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A., i Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: A systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21 (1), 753. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35 (4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Arrieta, F. i Sobremonte, E. (2015). El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes. *RTS: Revista de treball social*, 206, 51-65.
- Astelarra, J. i Zaragoza, G. (2014). El Estado del Bienestar en España. Criterios de sostenibilidad. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 3, 106-129. doi: <http://doi.org/10.15257/ehquidad.2014.0003>.
- Barker, K. (2014). *A new settlement for health and social care. Comission on the Future of Health and Social Care in England*. London, The King's Fund. Recuperat de: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/new-settlement-health-and-social-care>
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Básica.
- Berasaluze, A., Zubillaga, N., Bergantiños, N., i García, A. (2023). Una mirada profesional sobre la participación de la ciudadanía en los servicios sociales. *Revista Prisma Social*, 43, 10-33. <https://revistaprismasocial.es/article/view/5175/5718>
- Borderías, C. (1997). Subjetividad y cambio social en las historias de vida de mujeres: notas sobre el método biográfico. *Arenal*, 4 (2), 177-195.
- Braithwaite, J., Marks, D., Taylor, N., i Watts, L. (2021). Community-based organizations' perspectives on improving health and social service integration. *BMC Public Health*, 21, 452. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10449-w>

- Camús, D. i Pinazo, S. (2010). Asistencia sociosanitaria de emergencia a personas mayores en situación de riesgo. A propósito de un caso. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 6, 115-138. DOI: 10.15257/ehquidad.2016.0011.
- Cava, A., Palancia, Y., Aranda, A., López, E., Garibo, A., Palacios, E., Doñete, A. i Ródenas, F. (2015). Estudio Piloto de una herramienta para la identificación de pacientes mayores crónicos con riesgo de sufrir hospitalizaciones futuras desde atención primaria para establecer una atención y coordinación sociosanitaria. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 82, 123-128.
- Codinach, T. (2006). Un instrumento de coordinación sociosanitaria: La Comisión Interdisciplinar Mixta Socio-Sanitaria (CIMSS). *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 73, 147-151.
- Consell General del Treball Social (2014). Decálogo para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 80, 109-111.
- Consell General del Treball Social (2022). Precarización, feminización y desprofesionalización: la realidad de la atención social primaria en Servicios Sociales. <https://www.cgtrabajosocial.es/comunicaciones/precarizacion-feminizacion-y-desprofesionalizacion-la-realidad-de-la-atencion-social-primaria-en-servicios-sociales/633/view>
- Corti, L., Day, A. i Backhouse, G. (2000). Confidentiality and informed consent: Issues for consideration in the preservation of and provision of access to qualitative data archives. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1, 3-23.
- Currie, C. (2010) Health and social care of older people: Could policy generalise good practice? *Journal of Integrated Care*, 18, 19-26.
- Davidson, A. (1998). Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 64 (5), 18-22. <https://sarkissian.com.au/wp-content/uploads/sites/13/2009/06/Davidson-Spinning-wheel-article1998.pdf>
- Declaració d'Hèlsinki (1964). Principi ètic per a les investigacions mèdiques en éssers humans, ratificat en la 64a assemblea a Fortaleza (Brasil), octubre de 2013.
- Drake, C., McPeck Hinz, E., Granger, B. B., Granados, I., Rader, A., Pitcher, A., McNeil, S., Bleser, W. K., Avery, C., Bettger, J. P., Tenenbaum, E., Shepherd-Banigan, M., Wertman, E., McNerney, L., Mortiboy, M., Purakal, J., Sangvai, D., i Spratt, S. (2024). Implementation of NCCARE360, a digital statewide closed-loop referral platform to improve health and social care coordination: Evidence from the North Carolina COVID-

19 Support Services Program. *North Carolina Medical Journal*, 85 (2).
<https://doi.org/10.18043/001c.94877>

Elosegui, E., Elizalde, B., Goñi, M., Díaz, O., Olascoaga, A., Zapiain, A., Zurbanobeaskoetxea, L. i Albizua, O. (2014). Elección consensuada de una herramienta común de valoración sociosanitaria en la CAPV. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria: Revista de servicios sociales*, 56, 41-57.

Escartín, A. (2006). El Servicio de emergencias sociales en un ámbito rural. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 74, 89-98.

FADSP, AEDGSS i AETSYS (2015). Manifiesto por la coordinación y atención sociosanitaria. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, 12, 79-82.

Fontanals, M., Martínez, F. i Valles, E. (1995). Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys. *Revista Española de Geriatria Gerontol*, 30, 98-189.

Garcés, J. i Ródenas, F. (2015). La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Atención Primaria*, 47 (8), 482-489.

Garcés, J., Ródenas, F., i Sanjosé, V. (2004) Care needs among the dependent population in Spain: An empirical approach. *Health Social Care Comm*, 12, 466-74.

Generalitat de Catalunya (2015). Pla Interdepartamental d'atenció i Interacció Social i Sanitària. *Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*.

Generalitat Valenciana (2019). Llei 3/2019, de 18 de febrer, de la Generalitat, de Serveis Socials Inclusius de la Comunitat Valenciana.
https://dogv.gva.es/datos/2019/02/21/pdf/2019_1653.pdf

Generalitat Valenciana. (2023). Decret 18/2023, de 3 de març, del Consell pel qual es regula la qualitat en el Sistema Públic Valencià de Serveis Socials. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 9549. https://dogv.gva.es/datos/2023/03/08/pdf/2023_2357.pdf

Generalitat Valenciana. (2023). Llei 4/2023, de 13 d'abril, de Participació Ciutadana i Foment de l'Associacionisme de la Comunitat Valenciana. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 9579. https://dogv.gva.es/datos/2023/04/20/pdf/2023_4170.pdf

Giménez, V. (2005). Coordinar, coordinado, coordinando. Diagnóstico de la situación de la coordinación sociosanitaria entre los/as trabajadores/as sociales de la provincia de Alicante. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 13, 323-366.

- Gómez, P., Adrover, R. i Miguélez, A. (2010). La coordinació sociosanitària en el Servei de Salut: una realitat necessària. *Anuari de l'envelliment: Illes Balears 2010*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració). <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST205ZI86746&id=86746>
- Gorden, R. (1975). *Interviewing. Strategy, techniques and tactics*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Grau, A. i Faus, A. (2023). *Sociología de la salud: Salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*. Editorial Tirant Lo Blanch.
- Hervás, A. (2014). Implicación del Trabajo Social Sanitario en la Coordinación. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 78, 25-32.
- Herzog, B. (2016). Entender crimen y justicia. Métodos y técnicas de investigación social cualitativa en criminología, València: Tirant lo Blanch. Capítol 9: "El análisis de los datos cualitativos", pp. 197-220.
- Hudon, C., Aubrey-Bassler, K., Chouinard, M.-C., Doucet, S., Dubois, M.-F., Karam, M., Luke, A., Moullec, G., Pluye, P., Tzenov, A., Ouadfel, S., Lambert, M., Angrignon-Girouard, É., Schwarz, C., Howse, D., Kehoe MacLeod, K., Gaudreau, A., i Sabourin, V. (2022). Better understanding care transitions of adults with complex health and social care needs: A study protocol. *BMC Health Services Research*, 22 (1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07588-0>
- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G. Cypionka, T. (2010). *A typology of long-term care systems in Europe*. CEPS (Social welfare policies, ENEPRI Research Reports). Disponible en: <http://www.ceps.eu/book/typology-long-term-care-systems-europe>
- López, G. (2016). La descentralización sanitaria, la cohesión social y el buen funcionamiento del sistema de salud. *Mediterráneo Económico* 30, 13, 401-426.
- López, M. I. (2014). Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 31 (105), 61-73.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs_2012.pdf
- Monrós, M. J., (2012). Líneas estratégicas de gestión y coordinación en Trabajo Social Sanitario. Una experiencia desde el servicio de asistencia sociosanitaria de la Consellería de Sanidad de Valencia. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 72, 283-289.
- Monrós, M. J., Cava, A. I., Agut, O. (2020). Sistema de información automatizado para el espacio sociosanitario. Un esfuerzo de coordinación sociosanitaria. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 95, 67-74.
- Montagut, T. (2000). *Política Social. Una introducción*. Barcelona, Ariel.
- Morales-Garzón, S., Parker, L. A., Hernández-Aguado, I., González-Moro Tolosana, M., Pastor-Valero, M., i Chilet-Rosell, E. (2023). Addressing health disparities through community participation: A scoping review of co-creation in public health. *Healthcare*, 11 (7), 1034. <https://doi.org/10.3390/healthcare11071034>
- Österholm, J., Larsson Ranada, Å., i Nedlund, A. (2023). Mapping collaboration and coordination of health and care services for older people with dementia: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, Article ID 8858773. <https://doi.org/10.1155/2023/8858773>
- Page, MJ, McKenzie, JE, Bossuyt, PM, Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, CD, Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, EA, Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, MM, Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. i Moher, D. (2021). La Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas. *Revisiones sistemáticas*, 10 (1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Parajuá, D. (2015). Servicios Sociales: variaciones relacionales para las políticas de contención de los problemas sociales. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 3, 106-129. doi: <http://doi.org/10.15257/ehquidad.2015.0005>.
- Parsons, S., Sherwood, G. i Abbott, C. (2016). Informed consent with children and young people in social research: is there scope for innovation?. *Children & society*, 30 (2), 132-145.
- Pérez, D. (2011). El Samur Social como Servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 94, 9-11.

- Piñeiro, B. (2018). Cooperación público/privada dende o traballo social no sistema de saúde “Construíndo pontes, derrumbando muros”. *Revista Galega de Traballo Social Fervenzas*, 20, 65-73.
- Pinzón, S., Alonso, F., Torró, C., Raposo, M. i Morilla, J. (2015). Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enfermería Clínica*, 26(1), 3-6. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.08.002
- Puñal, M. i Salgado, V. (2015). Transmisión de información en contextos de coordinación sociosanitaria desde la normativa de protección de datos de carácter personal. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 81, 25-41.
- Rebollo, C. i Rico, A. (2001). Coordinación sociosanitaria en tercera edad. *Redes. Revista de Servicios Sociales*, 10, 61-69.
- Ripoll, L., Camús, D. i Ballesta, M. (2021). Atención integral en urgencias y emergencias extrahospitalarias en València. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 15, 116-191. DOI: 10.15257/ehquidad.2021.0007.
- Rodríguez, A. (2015). Coordinació social i sanitària: mirada, anhel i procés: el model col·laboratiu de Vilanova i la Geltrú. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 206, 114-124.
- Rodríguez, A. i Jiménez, A. (2011). Nuevas necesidades, nuevos derechos, nuevos empleos: Dependencia y creación de empleo. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 93, 9-44.
- Rodríguez, M. (2018). Comunicación 3. II Xornada de Traballo Social e Saúde en Galicia. Coordinación Socio-Sanitaria. Mesa de Atención a Persoas Sen Fogar. Inclusión Social-Saúde Mental. *Revista Galega de Traballo Social Fervenzas*, 20, 95-100.
- Ruiz, P., Barrios, D., Cintas, A., Roque, N. i García, M. (2006). Coordinación sociosanitaria. Programa de apoyo al cuidador en el municipio de Dos Hermanas. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 55, 273-278.
- Sancho, M. (2001). Atención sociosanitaria. Apuntes para el debate. *Revista Española de Geriatría Gerontol*, 36, 56-61.
- Scharlach, A. Giunta, N., Kelly, M. (2001). Long-term care Integration: An overview of corrent programs and evaluations, University of California, Berkeley, Center for the Advanced Study of Agint Services. Disponible en <http://cssr.berkeley.edu/pdfs/CaseManLTC.pdf>

- Sobremonte, E. i Leonardo, J. (2001). El espacio socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: una propuesta funcional de análisis. *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, 39, 5-18.
- Solar, O. (2014). *Summary report of the National Workshop on Advice on Intersectoral Tools for Health: Health impact assessment*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/docs/InformeResumen_Febrero.pdf
- Tcymbal, A., Abu-Omar, K., Hartung, V., Bußkamp, A., Comito, C., Rossmann, C., Meinzinger, D., & Reimers, A. K. (2022). Interventions simultaneously promoting social participation and physical activity in community living older adults: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 10, 1048496. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1048496>
- Tejerina, C. (5 de noviembre de 2023). Escolano: La atención sociosanitaria cuenta, por primera vez, con compromiso institucional. *Agencia EFE*. <https://efe.com/comunidad-valenciana/2023-11-05/escolano-la-atencion-sociosanitaria-cuenta-por-primera-vez-con-compromiso-institucional/>
- Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional, Madrid: Editorial Síntesis. Capítulo 6: “Técnicas de conversación, narración (I): las entrevistas en profundidad”, pp. 177-234.
- Van Voorst, N. i Ward, E. (2018). Achieving successful community engagement: A rapid realist review. *BMC Health Services Research*, 22, 946. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08342-8>
- Vicente, F. (2020). Social and health care coordination: Towards a new culture of care. *Enfermería Clínica*, 30(5), 291-294. doi: 10.1016/j.enfcl.2020.09.001
- Vilaplana, C. (2012). Sanidad y dependencia. Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación? *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, 81, 148-203.

8. Annexos

8.1. Model de questionari

INTRODUCCIÓN

En este cuestionario nos proponemos conocer el estado de la participación en el marco de los servicios sociales y los servicios de atención a la salud desde la óptica de las personas usuarias en el ámbito de la Comunidad Valenciana, entendiendo este paso como una oportunidad para generar buenas prácticas y desarrollar experiencias de cercanía e interacción.

Las respuestas a este cuestionario son completamente anónimas y se usarán para fines únicamente académicos alrededor de la presentación de un Trabajo de Fin de Grado en la Universidad de Valencia (Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales). La duración del cuestionario es de 5 minutos.

* 1. Sexo

- ☐ Hombre
☐ Mujer

Otras opciones

* 2. Nacionalidad

* 3. Fecha de nacimiento

Fecha

Fecha

DD/MM/AAAA



* 4. Nivel de estudios más alto completado

- ☐ Sin estudios
☐ Educación primaria
☐ Educación secundaria
☐ Educación universitaria
☐ Otros (especifique)

* 5. ¿Ha acudido usted alguna vez a los Servicios Sociales?

- ☐ Sí
☐ No

6. ¿En qué tipo de municipio se encuentra el servicio de Servicios Sociales al que acude?

- ☐ Municipio de menos de 5.000 habitantes
☐ Municipio de entre 5.000 y 100.000 habitantes
☐ Municipio de más de 100.000 habitantes

7. ¿Cuál es el nombre de este municipio?

8. ¿Usted es **consultado/a** sobre las acciones que se van a llevar a cabo en el servicio de Servicios Sociales al que acude? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐

9. ¿Usted participa en las **propuestas de actuación** de este servicio de Servicios Sociales? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐

10. Desde el servicio de Servicios Sociales al que acude, ¿se le **invita** a hacer propuestas sobre el mismo? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐

11. Desde el servicio de Servicios Sociales al que acude, ¿cree que **se tiene en cuenta** a los/as usuarios/as a la hora de resolver problemas? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐

12. ¿Usted considera que se delega en usted u otras personas usuarias la **toma de decisiones** sobre las actuaciones del servicio de Servicios Sociales al que acude? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐

13. ¿Podría poner algún ejemplo de su participación en el servicio de Servicios Sociales al que acude?

* 14. ¿Ha acudido usted alguna vez a los servicios de salud?

- ☐ Sí
☐ No

15. ¿En qué tipo de municipio se encuentra el servicio de salud al que acude?

- ☐ Municipio de menos de 5.000 habitantes
☐ Municipio de entre 5.000 y 100.000 habitantes
☐ Municipio de más de 100.000 habitantes

16. ¿Cuál es el nombre de este municipio?

17. ¿Usted es **consultado/a** sobre las acciones que se van a llevar a cabo en el servicio de salud al que acude? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18. ¿Usted participa en las **propuestas de actuación** de este servicio de salud? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

19. Desde el servicio de salud al que acude, ¿**se le invita a** hacer propuestas sobre el mismo? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

20. Desde el servicio de salud al que acude, ¿cree que **se tiene en cuenta** a los/as pacientes a la hora de resolver problemas? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

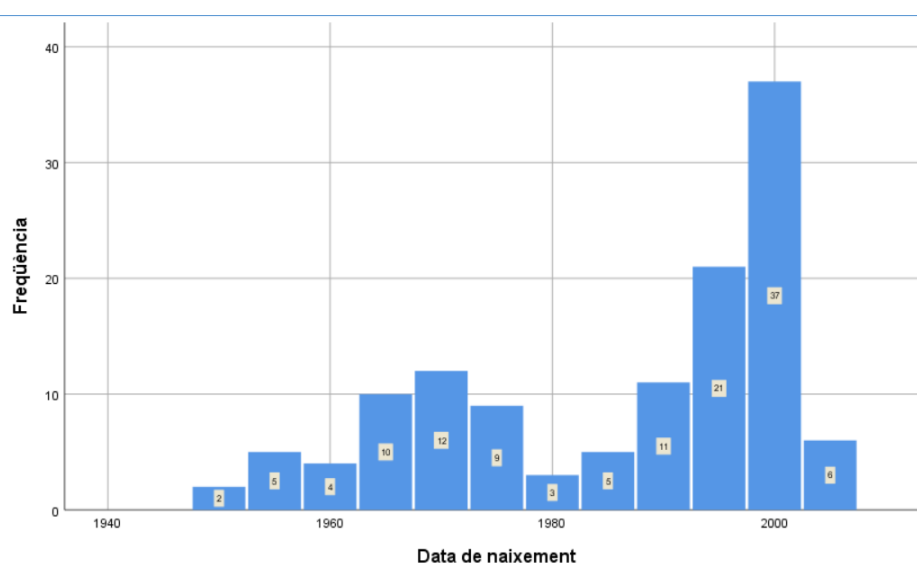
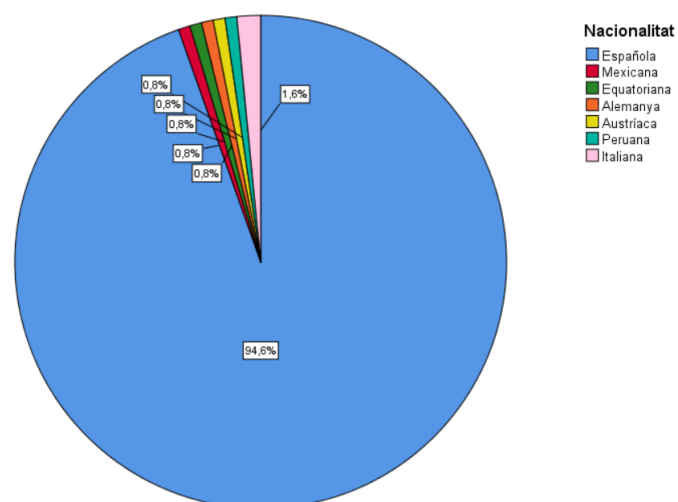
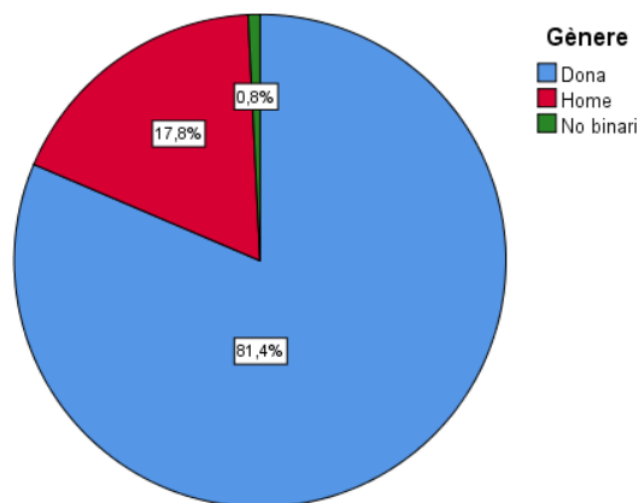
21. ¿Usted considera que se delega en usted u otros pacientes la **toma de decisiones** sobre las actuaciones del servicio de salud al que acude? Valore del 1 al 5 siendo 1 "Nunca" y 5 "Siempre".

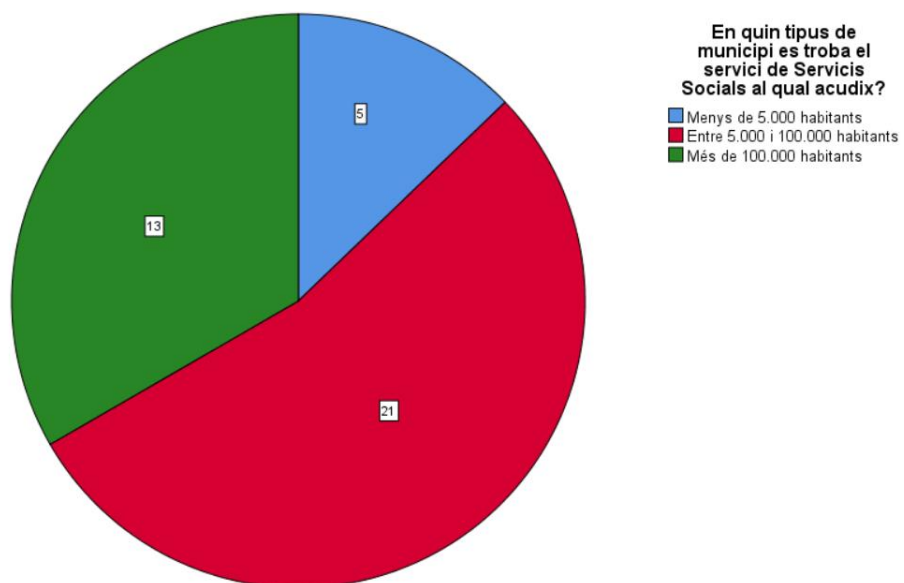
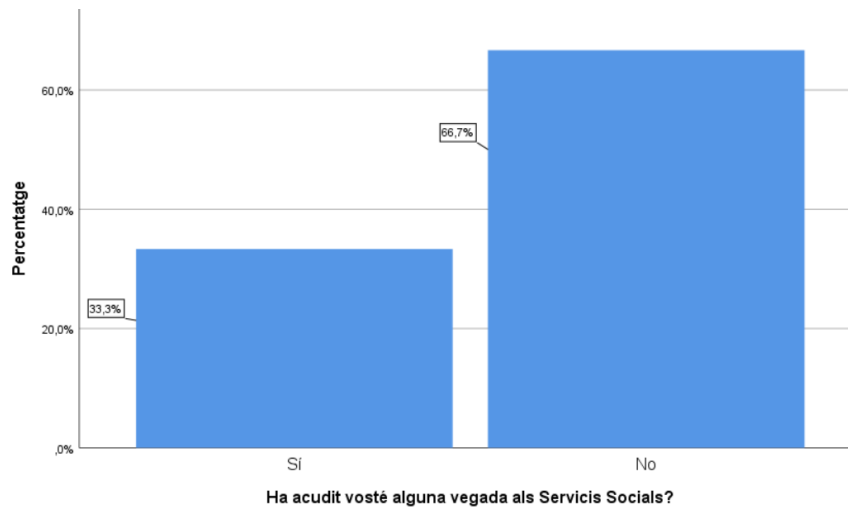
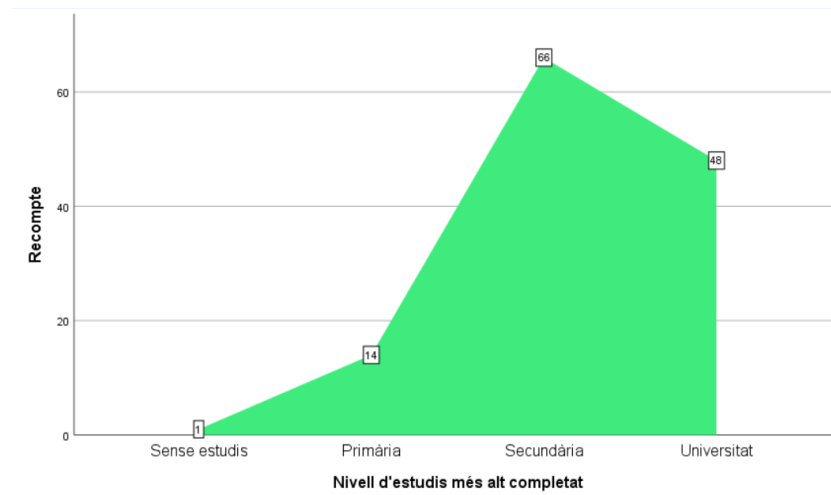
1 Nunca Algunas veces 5 Siempre

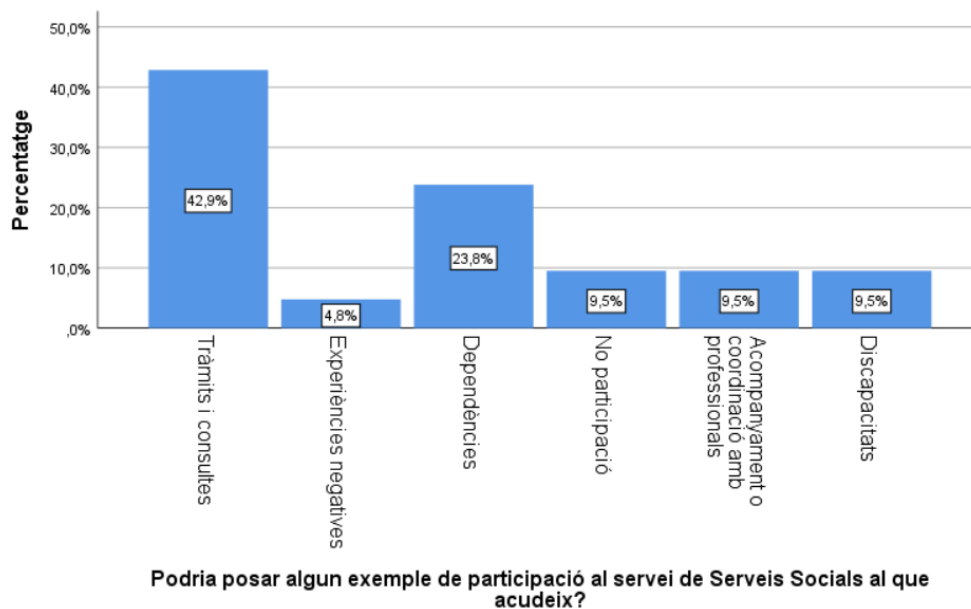
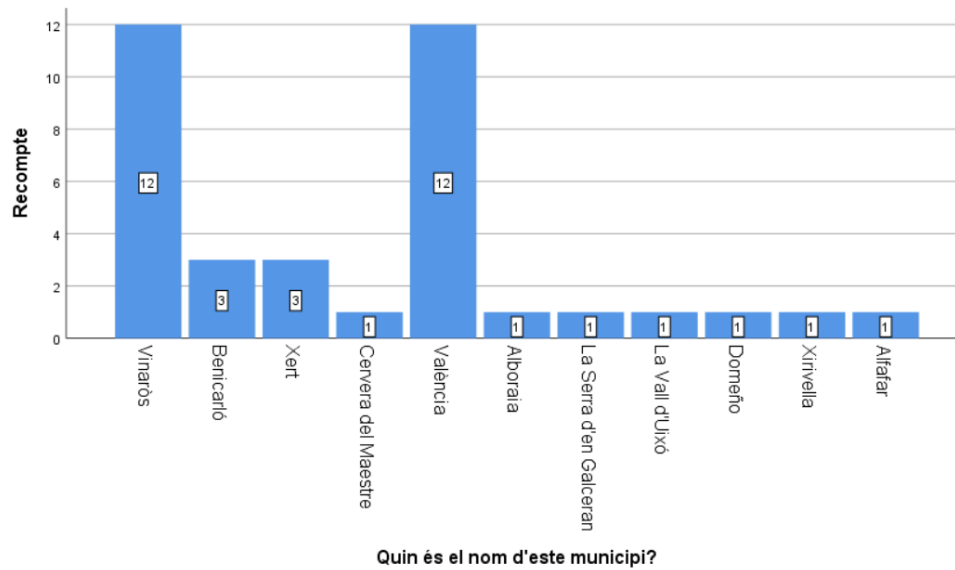
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

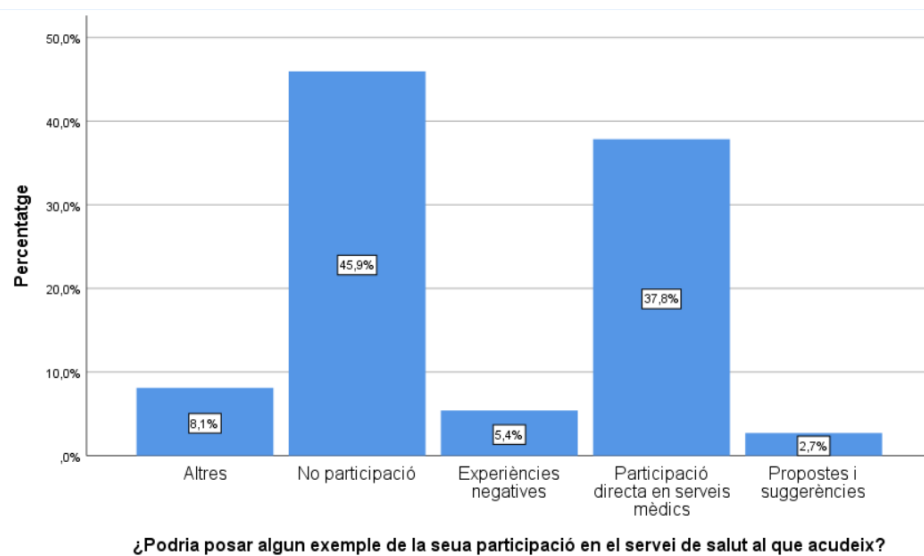
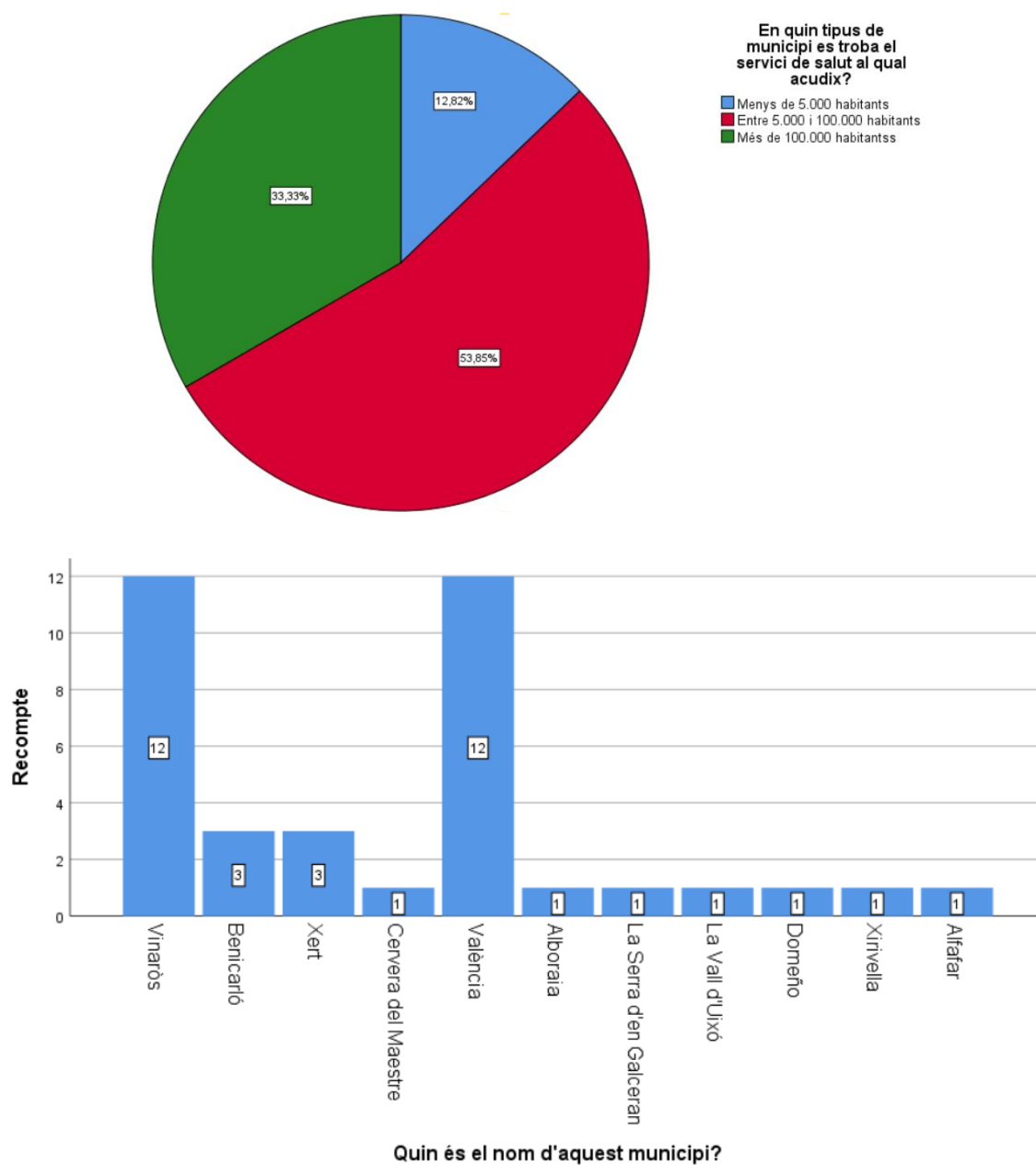
22. ¿Podría poner algún ejemplo de su participación en el servicio de salud al que acude?

8.2.Dades demogràfiques i altres gràfiques: qüestionaris









8.3. Guió de l'entrevista semiestructurada

Entrevista a Informantes Clave sobre Coordinación Sociosanitaria y Trabajo Intersectorial
(basado en Solar, 2014):

CONDICIONES DE INICIO

1. ¿Considera usted que existe una estructura (formal o informal) para la coordinación entre la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda?

ASPECTOS CLAVES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

2. ¿Cuál considera usted que es la visión de la salud predominante en su sector?
3. Si usted tuviera que definir los grados o la intensidad del trabajo intersectorial entre servicios sociales y salud, ¿cómo lo definiría y por qué?
4. En el trabajo intersectorial entre sanidad y servicios sociales, ¿cuáles son los niveles involucrados de la administración?
5. ¿Cómo se conceptualiza dentro de los programas la participación de las personas usuarias?

ASPECTOS CLAVES PARA EL ABORDAJE EN LA INTERVENCIÓN

6. En su ámbito, ¿qué agentes (instituciones, programas, recursos...) se coordinan?
7. ¿Qué papel juegan los técnicos (trabajador/a social, médicos/as, enfermeros/as, educadores/as sociales...) en la coordinación?
8. En su ámbito, ¿la equidad es una meta y objetivo explícito de la intervención?
9. Si su respuesta es sí, ¿cómo definiría el enfoque de equidad utilizado?
10. En su intervención, ¿considera se abordan los Determinantes Sociales de la Salud (género, situación económica, etnia, educación...)? ¿En qué grado y por qué?

ASPECTOS CLAVES PARA LA SUSTENTABILIDAD

I. Mandatos, estructura, organización y presupuesto

11. ¿En sus intervenciones hay un presupuesto integrado o recursos compartidos entre los servicios sociales y de salud?
12. ¿En sus intervenciones, cómo es la estructura de trabajo, formal o informal?

II. Herramientas o mecanismos para fortalecer el intercambio entre los sectores

13. En su ámbito, ¿existen instrumentos, herramientas, procesos o protocolos de coordinación sociosanitaria? ¿Cuáles? ¿Conoce alguna buena práctica en esta línea?
14. En sus intervenciones, ¿se usan herramientas de evaluación de impacto social?
15. ¿Existe gestión de calidad en su servicio? ¿O en alguno que conozca? ¿Cuál?

III. Conocimiento y habilidades de los interesados y funcionarios de los sectores

16. En su servicio, ¿se dispone de un buen conocimiento del quehacer político y de la estructura existente?
17. En su servicio, ¿trabaja personal con apropiado entrenamiento en coordinación y habilidades de negociación?

IV. Responsabilidad y competencias

18. Bajo su punto de vista, ¿cuáles deberían ser las responsabilidades en las áreas compartidas entre Servicios Sociales y Sanidad?
19. ¿Considera que están bien delimitadas las competencias de los/las profesionales en este trabajo intersectorial?
20. ¿Qué cree que les puede suponer a los profesionales la coordinación sociosanitaria?
 - ¿Qué fortalezas y qué debilidades encuentra?
 - ¿Qué oportunidades y qué amenazas se entrecruzan?

CIERRE: CONDICIONES POLÍTICAS

21. ¿Considera usted que hay voluntad política para vincular consellerías en torno a las materias de sanidad y servicios sociales?
22. ¿Considera usted que hay una apertura política a mandatos internacionales que aconsejan una mayor coordinación entre estos dos ámbitos del estado de bienestar?

8.4.Taules de codificacions: entrevistes

Sistema de códigos	TS31	TS32	TSS1	ES1	TS33	IN1	ME1	TSS2	TSS3	IN2	TSS4	TS34	TSM1	TSM2	TSS5
▼ Perfils															
> Àmbit social															
> Àmbit sanitari															
▼ Coordinació CSSIH-CS															
Estructura formal															
Estructura informal															
No estructura															
▼ Visió de la salut															
Social															
Clínica															
▼ Intensitat intersectorial SSSS/Salut															
Informació															
Cooperació															
Coordinació															
Integració															
No intersectorialitat															
▼ Nivells involucrats administració															
Local															
Autonòmic															
Nacional															
Internacional															
Xocs															

Sistema de códigos	TS31	TS32	TSS1	ES1	TS33	IN1	ME1	TSS2	TSS3	IN2	TSS4	TS34	TSM1	TSM2	TSS5
▼ Agents de la coordinació															
Seguretat Social															
Socials															
Sanitaris															
Laborals															
Jurídics															
Educatius															
Veïnals/Comunitaris															
Polícia i cossos de seguretat															
Religiosos															
▼ Paper tècnics															
Facilitació															
Voluntariat															
Manca (in)formació															
Prejudicis															
Dificultats															
▼ Enfocament d'equitat															
Objectiu delimitat															
Dificultats															
Factors de risc															
Implicació usuaris															
▼ Determinants Socials de la Salut															
Assolits															
No assolits															

Sistema de códigos	TS31	TS32	TSS1	ES1	TS33	IN1	ME1	TSS2	TSS3	IN2	TSS4	TS34	TSM1	TSM2	TSS5
▼ ☒ Pressupost/recursos compartits															
☒ Sí															
☒ No															
▼ ☒ Estructura de treball															
☒ Formal															
☒ Informal															
▼ ☒ Protocols de coordinació sociosanitària															
☒ Emergències															
☒ Maltractament (PM)															
☒ Violència de gènere															
☒ Menors															
☒ No protocols/mancances															
▼ ☒ Bones pràctiques															
☒ Reunions															
☒ Promoció i informació															
☒ Activitats d'oci i temps lliure															
☒ Grups d'ajuda mútua															
☒ Formacions															
☒ Multidisciplinarietat															
☒ Figures intermitges															
☒ Acompanyaments															
☒ No exemples															
▼ ☒ Avaluació d'impacte social															
☒ Sí															
☒ No															
☒ Mancances															
▼ ☒ Gestió de qualitat															
☒ Sí															
☒ No															
☒ Mancances															

Sistema de códigos	TS31	TS32	TSS1	ES1	TS33	IN1	ME1	TSS2	TSS3	IN2	TSS4	TS34	TSM1	TSM2	TSS5
▼ ☒ Coneixement quefer polític i estructura															
☒ Sí															
☒ No															
▼ ☒ Entrenament en coordinació i negociac															
☒ Sí amb formació															
☒ Intra recurs/servei															
☒ Entre recursos/serveis															
☒ Sí sense formació															
☒ Intra recurs/servei															
☒ Entre recursos/serveis															
☒ No															
▼ ☒ Responsabilitats compartides SSSS-Sani															
☒ Menors															
☒ Persones majors															
☒ Violència de gènere															
☒ Salut mental															
☒ Urgències (socials i hospitalàries)															
☒ Servei d'informació compartit															
☒ Cartera de serveis															

Sistema de códigos	TS31	TS32	TSS1	ES1	TS33	IN1	ME1	TSS2	TSS3	IN2	TSS4	TS34	TSM1	TSM2	TSS5
▼ ☒ Competències professionals															
☒ Delimitades															
☒ No ben delimitades															
▼ ☒ Coordinació professionals															
☒ Fortaleses/Oportunitats															
☒ Millora en l'estat dels profesion															
☒ Millora en l'atenció															
☒ Eficàcia i efectivitat															
☒ Reducció de costos															
☒ Debilitats/Amenaces															
☒ Temps															
☒ Desinformació															
☒ Manca d'inversió econòmica															
☒ Falta de vies de comunicació															
☒ Temporalitat laboral															
▼ ☒ Voluntat política															
☒ Sí															
☒ No															



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



GENERALITAT
VALENCIANA



SISTEMA PÚBLIC
VALENCIÀ DE
SERVEIS SOCIALS

