

**Cita bibliográfica:** Elices, A., García, J., Prieto, J.M., Rodríguez, C. (2025). La coordinación interprofesional en los cuidados domiciliarios: dimensiones y factores clave desde la perspectiva del Trabajo Social [Interprofessional coordination in home-based care: dimensions and key factors from a Social Work perspective]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 32(2), 455-483. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.27432>

## La coordinación interprofesional en los cuidados domiciliarios: dimensiones y factores clave desde la perspectiva del Trabajo Social

*Interprofessional coordination in home-based care: dimensions and key factors from a Social Work perspective*

Álvaro Elices Acero  
Universidad de Valladolid, Valladolid, España  
[alvaro.elices@uva.es](mailto:alvaro.elices@uva.es)

 <https://orcid.org/0000-0001-6650-0225>

Javier García García  
Universidad de Valladolid, Valladolid, España  
[javier.garcia.garcia22@uva.es](mailto:javier.garcia.garcia22@uva.es)  
 <https://orcid.org/0000-0002-2417-9557>

Juan María Prieto Lobato  
Universidad de Valladolid, Valladolid, España  
[juanmaria.prieto@uva.es](mailto:juanmaria.prieto@uva.es)  
 <https://orcid.org/0000-0002-3922-9756>

Carmen Rodríguez Sumaza  
Universidad de Valladolid, Valladolid, España  
[crsumaza@uva.es](mailto:crsumaza@uva.es)  
 <https://orcid.org/0000-0003-0147-6329>

### Resumen

**Introducción.** En un momento en el que los cuidados de larga duración se han convertido en un asunto de gran interés para el conjunto de la sociedad, las líneas estratégicas de política social más recientes vienen apostando por enfoques de atención de

### Abstract

**Introduction.** The issue of long-term care has garnered a high level of interest in society today and the latest strategic social policy lines have been focusing on integrated care approaches in the home and community settings. Given the need to integrate social

carácter integral y focalizados en el entorno domiciliario y comunitario. Ante la necesidad de integrar debidamente las atenciones de carácter social y sanitario, la coordinación interprofesional se revela como una estrategia que contribuye a su articulación para facilitar el mantenimiento y la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas. Este estudio persigue dos objetivos principales: por un lado, analizar los procesos de coordinación interprofesional y su influencia sobre la efectividad de atención integral en el proyecto piloto “A Gusto en Mi Casa”, como caso paradigmático de un sistema de cuidados domiciliarios para personas mayores y personas en situación de dependencia que viven en el medio rural de Castilla y León; por otro, identificar las principales dimensiones, factores condicionantes y limitaciones de estos procesos y establecer propuestas de mejora basadas en la evidencia. *Metodología.* La investigación adoptó un enfoque de métodos mixtos de carácter convergente para, a través del desarrollo de encuestas (n = 35), entrevistas semiestructuradas (12) y grupos focales (8, n = 35), recabar y analizar las valoraciones de las/os profesionales interviniéntes en el proyecto sobre las claves de su interlocución y colaboración, subrayando de manera específica la perspectiva de las/os profesionales del Trabajo Social. *Resultados.* Los resultados sitúan la coordinación interprofesional como piedra angular en la implementación de estrategias de atención integral, facilitando el desempeño profesional, la respuesta a las necesidades integrada en el ecosistema comunitario y la prevención de la institucionalización, objetivo básico de la planificación más reciente en materia de cuidados. El estudio también ha permitido identificar varios factores que dificultan la coordinación, entre los que destacan la existencia de reticencias vinculadas con el ámbito competencial, la jerarquización de las relaciones, la ausencia de liderazgo o las fisuras en los flujos comunicativos entre profesionales. *Discusión.* Este estudio ha interpretado los principales límites sistémicos, culturales y operativos de la coordinación interprofesional presentes en la literatura especializada en el marco de un modelo innovador de cuidados domiciliarios. Además, ha permitido reafirmar la relevancia del Trabajo Social en los procesos de coordinación, cuyos profesionales, formando parte de equipos interdisciplinares, facilitan la integración de las atenciones sociales y sanitarias gracias a su desempeño intersectorial y asumen un rol central en la gestión de casos. *Conclusiones.* Ante la necesidad de optimizar la coordinación interprofesional, este estudio aporta un conocimiento significativo respecto de sus factores condicionantes y de sus limitaciones, al tiempo que realiza propuestas para la práctica y la planificación política en orden a mejorar la eficacia y eficiencia de los cuidados domiciliarios. Entre éstas, destacan las de protocolizar los procesos de coordinación conforme a un marco de actuación global y unos objetivos compartidos, garantizar la adecuación de los flujos de información entre profesionales y asegurar un liderazgo sólido en los procesos de trabajo en red.

**Palabras clave:** coordinación interprofesional; coordinación sociosanitaria; cuidados de larga duración; cuidados domiciliarios; atención integral; Trabajo Social; España.

and health care, the strategy of interprofessional coordination allows to promote connections which help to maintain and improve the quality of life of the people assisted. The study objective was twofold. The first goal was to analyse interprofessional coordination processes and their impact on the effectiveness of integrated care in a pilot project called ‘A Gusto en Mi Casa’. This project represents a typical case of a home-based care system for older adults and dependent persons living in rural areas. It is situated in Castilla y León (Spain). The second study objective was to identify the main dimensions, conditioning factors, and limitations of these processes and to establish evidence-based proposals for improvement. *Methodology.* A convergent mixed methods approach was adopted, based on surveys (n = 35), semi-structured interviews (12), and focus groups (8, n = 35). The opinions of the professionals involved in the project were collected and analysed. We focused on the keys to their interaction and collaboration, with a specific emphasis on the perspective of the Social Work professionals. *Results.* Interprofessional coordination was found to play a pivotal role in the implementation of integrated care strategies. It facilitated professional practice, it allowed responding to needs in the community ecosystem and preventing institutionalisation, a basic and recently-established care planning objective. Coordination obstacles were also identified, including: reluctance associated with scope of competencies; hierarchical relationships; and the absence of leadership or gaps in the communication flows between professionals. *Discussion.* The main systemic, cultural and operative limits to interprofessional coordination present in the specialised literature were interpreted in the context of an innovative home-based care model. In addition, the relevant role of Social Work in the coordination processes was confirmed. Indeed, interdisciplinary teams of Social Work professionals facilitate the integration of social and health care through their intersectoral practice and assume a central role in case management. *Conclusions.* Interprofessional coordination needs to be optimised and the present study makes a significant contribution as it helps to build an understanding of its conditioning factors and limitations. Also advanced are practice and policy planning proposals directed towards improving home-based care efficacy and efficiency. The latter include: the need to standardise coordination processes based on a global framework of action and shared objectives; to guarantee the adequacy of information flows between professionals; and to ensure solid leadership in networking processes.

**Keywords:** interprofessional coordination; socio-health coordination; long-term care; home-based care; integrated care; Social Work; Spain.

## 1. INTRODUCCIÓN

El aumento generalizado de la esperanza de vida y el descenso de las tasas de natalidad, entre otros factores sociodemográficos, han derivado en un progresivo envejecimiento poblacional y en una prolongación de la edad media de aparición de situaciones de dependencia que, sin embargo, afectan a un número cada vez más amplio de personas (World Health Organization, 2015). Según United Nations (2024)<sup>1</sup>, la proporción de personas mayores de 65 años en España pasará del 21,6% en 2025 al 36,1% en 2050, lo que unido a otros factores como el progresivo incremento del número de personas con discapacidad (IMSERSO, 2023<sup>2</sup>), conlleva el desafío de atender un volumen creciente de necesidades con una oferta limitada de atenciones, fenómeno conocido como *crisis de los cuidados* al comprometer la universalidad y la sostenibilidad de éstos (Pérez, 2021).

Los cuidados para personas en situación de dependencia han sido prestados, tradicionalmente, por las familias en el ámbito domiciliario o a través de recursos institucionales. Sin embargo, en los últimos años se está produciendo un cambio de paradigma en torno a la prestación de cuidados como consecuencia de varias transformaciones. Por un lado, el proceso de desfamiliarización de las atenciones, motivado por factores como la aparición de nuevos modelos familiares o el desarrollo por parte de las mujeres de sus proyectos laborales fuera del hogar (de la Torre, 2021). Por otro, la fragilidad del modelo tradicional de atención residencial, cuyas múltiples deficiencias, relacionadas con el asistencialismo de las intervenciones o las condiciones laborales y organizativas, fueron puestas de relieve con la pandemia del COVID-19 (Montserrat, 2021). Por último, y en consonancia con el pilar de seguridad del marco de actuación para el envejecimiento activo, existe una conciencia cada vez mayor sobre la necesidad de garantizar la dignidad y los derechos de las personas mayores, favoreciendo su autonomía y protagonismo en la toma de decisiones sobre su propio proyecto vital (Fernández-Mayoralas y Rojo-Pérez, 2021). Con todo, la tendencia actual consiste en la extensión de un modelo de cuidados ecosistémico, dirigido a la prestación de atenciones en el entorno domiciliario y basado en la atención integral centrada en la persona (Comas, 2024).

El modelo de envejecimiento en el entorno habitual, fundamentalmente conocido por su denominación anglosajona *aging in place*, persigue que las

1 United Nations. (2024). *World population prospects 2024: probabilistic projections*. <https://www.un.org/development/desa/pd/world-population-prospects-2024>

2 IMSERSO. (2023). *Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. Informe a 31/12/2022*. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/base-estatal-datos-personas-con-discapacidad>

personas mayores permanezcan en su hogar, mantengan su independencia y continúen participando activamente en la comunidad (Rogers et al., 2020). Diversos estudios han demostrado que este modelo permite el fortalecimiento de los sentimientos de pertenencia y de seguridad, así como el impulso de la autonomía personal y de la calidad de vida (Pani-Harreman et al., 2025; Schorr y Khalaila, 2018), por lo que se ha convertido en un principio inspirador de la planificación europea en materia de cuidados y es coherente con el deseo de la mayoría de personas de continuar viviendo en su propio domicilio (Fernández-Carro, 2016). Recibir cuidados en el hogar, sin embargo, no se trata de una opción universalmente válida, sino que depende de factores como la adecuación de la vivienda, la disponibilidad de redes sociales en el entorno, la suficiencia de los apoyos para las cuidadoras familiares o la existencia de servicios sociales y sanitarios de proximidad (Rodríguez, 2024), cuya concurrencia es especialmente infrecuente en el medio rural (Dye et al., 2010). Las variables territoriales, por tanto, pueden generar importantes desigualdades en el acceso, el alcance y la calidad de los cuidados, estando afectado el medio rural por factores como la escasez o baja intensidad de los servicios de apoyo, así como por la difícil accesibilidad a los existentes como consecuencia de su lejanía o la precariedad de los medios de transporte (Ayala et al., 2020; Vegas-Sánchez et al., 2022).

La prestación de cuidados domiciliarios exige integrar las diferentes atenciones en el contexto en el que viven las personas, creando las condiciones para que sus necesidades sean efectivamente cubiertas desde una perspectiva biopsicosocial de la calidad de vida, que ha de contemplar no sólo la dimensión biomédica, sino también los factores sociales, emocionales, culturales y ambientales del bienestar (Verdugo et al., 2007). La atención integral, por tanto, es aquella que busca estructurar y coordinar de forma proactiva los servicios sociales, sanitarios y de cualquier otro tipo para atender las necesidades desde una perspectiva holística (de Bruin et al., 2018), exigiendo la intervención de diversas disciplinas como el trabajo social –a través de dispositivos como los servicios sociales comunitarios, los servicios de salud o las entidades del tercer sector de la acción social–, la medicina, la enfermería, la terapia ocupacional o la psicología. Además, la atención integral centrada en la persona (AICP) requiere que los distintos apoyos se articulen teniendo como eje central el proyecto vital de ésta, entendiéndose como aquel enfoque que:

(...) promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva (Rodríguez, 2022, p. 31).

La atención integral, por su parte, ha demostrado tener efectos positivos en la accesibilidad a los servicios, en la satisfacción de las personas destinatarias y en el uso eficiente de los recursos, siendo a su vez esencial para facilitar la permanencia en el hogar con calidad de vida de las personas que requieren cuidados (Roe y Normand, 2013; Scharlach et al., 2015). Sin embargo, los procesos de coordinación interprofesional que implica pueden enfrentar una variedad de dificultades tanto de carácter sistémico, como cultural y operativo (Ahgren, 2010; Garcés y Ródenas, 2015; Sousa et al., 2018). Con respecto a la primera categoría, destaca la rigidez presente en las políticas, normativa y estructuras organizativas, que limita la integración de atenciones. Con especial incidencia en el medio rural, además, la dispersión geográfica de los servicios acentúa significativamente esta circunstancia. En lo relativo a la cultura profesional, la tendencia a la protección de la identidad y del estatus diferencial de cada profesión, así como el posible distanciamiento entre sus valores, suponen un importante hándicap. Finalmente, en el plano operativo, la ausencia de objetivos comunes, la falta de liderazgo en las intervenciones conjuntas y las deficiencias en la transmisión de información, dificultan con frecuencia la atención integral, generando fragmentación y falta de continuidad en los cuidados.

Estas dificultades también pueden afectar a la especificidad de los proyectos innovadores de cuidados domiciliarios, si bien la evidencia disponible al respecto es aún muy limitada. Por ejemplo, tras la evaluación del proyecto *Etxean Bizi* desarrollado en la provincia de Guipúzcoa (Matia Instituto, 2020)<sup>3</sup>, se observó la complejidad de coordinar las acciones entre los servicios sociales y sanitarios, como consecuencia de las distintas culturas disciplinares e institucionales, los diferentes lenguajes y códigos profesionales utilizados y la sobrecarga del personal de atención primaria a la salud, subrayando la necesidad de mejorar los procesos comunicativos entre los agentes de ambos sistemas de protección. Además, en éste y en otros proyectos como *RuralCare*, desarrollado en la provincia de Valladolid (Gerencia de Servicios Sociales, 2023<sup>4</sup>), se ha constatado el potencial del modelo de gestión de casos para establecer procesos de atención integral, ya que permite la creación de puntos de acceso únicos, redes interconectadas de servicios o sistemas de información compartidos (Wodchis et al., 2015), así como la relevancia de la profesión del

3 Matia Instituto. (2020). *Etxean Bizi. Informe de resultados*. <https://www.berrituz.eus/es/biblioteca/etxean-bizi-informe-de-resultados-etxean-bizi-emaitzten-txostena/bi-566008/>

4 Gerencia de Servicios Sociales. (2023). *Informe final de evaluación “RuralCare”*. Junta de Castilla y León. <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/proyecto-ruralcare.html>

Trabajo Social para la asunción del rol de gestor/a de caso, avalada por sus competencias para la planificación y gestión de atenciones interdisciplinares o el impulso de evaluaciones holísticas (Dunér y Wolmesjö, 2015). Asimismo, las/os trabajadoras/es sociales también se han revelado como figuras de referencia para facilitar el acceso, la articulación y la eficacia de los servicios de atención a la dependencia en el entorno de proximidad desde los servicios sociales comunitarios, interviniendo sobre los factores sociales que inciden en la calidad de vida (Couturier et al., 2023), así como desde los servicios de atención primaria a la salud, donde atienden las necesidades psicosociales de las personas y sirven de enlace entre éstas, los servicios sociales y los equipos sanitarios (Abreu y Mahtani, 2018; White et al., 2022).

Los recientes procesos transformativos a nivel sociodemográfico y político que afectan a la realidad de los cuidados, así como el desarrollo de la atención integral y centrada en la persona en el entorno domiciliario, han dado lugar a diversas acciones innovadoras como el proyecto piloto “A Gusto en Mi Casa” en el que se enmarca este estudio. Impulsado por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en el marco de la *Estrategia Regional de Prevención de la Dependencia para las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021*, el proyecto estuvo orientado a facilitar la permanencia en el hogar de personas mayores y personas en situación de dependencia con calidad de vida. Las intervenciones fueron desarrolladas en una zona rural de la provincia de Ávila, cuyas características son representativas de la realidad social y demográfica del medio rural castellano-leonés (envejecimiento, despoblación, dispersión geográfica, etc.) y consistieron en la articulación de servicios sociales y sanitarios, ayudas técnicas, soluciones tecnológicas y adaptaciones de la vivienda, lo que requirió de la participación y coordinación de múltiples organizaciones y perfiles profesionales (Tabla 1). Algunos de ellos, como las gestoras de caso, fueron incorporados por primera vez al sistema de atención a la dependencia regional con el proyecto piloto. Este rol, que fue asumido por profesionales del tercer sector de la acción social, tuvo como principales cometidos la planificación junto con las personas destinatarias de las atenciones, el impulso de su provisión integrada y el seguimiento de los cuidados.

Tabla 1. Organizaciones y profesionales participantes en el proyecto.

Ámbito	Organización	Profesionales (y, en su caso, rol específico en el proyecto)
Servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gerencia Regional de Servicios Sociales</li> <li>– Administraciones locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trabajadoras sociales de atención social primaria (ASP) –<i>Coordinadoras de caso social</i>–</li> <li>– Animadoras comunitarias</li> </ul>
Servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gerencia Regional de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Profesionales sanitarias (medicina y enfermería)</li> <li>– Trabajadoras sociales de atención primaria a la salud (APS) –<i>Coordinadoras de caso sanitario</i>–</li> </ul>
Tercer sector de la acción social	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PRONISA</li> <li>– Cruz Roja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gestoras de caso</li> <li>– <i>Gestoras de caso social</i>–</li> <li>– Trabajadoras sociales del tercer sector de la acción social (TSAS)</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de los documentos programáticos del proyecto.

Considerando la importancia que tienen los procesos de coordinación interprofesional para alcanzar la efectividad de la atención integral, así como su aún limitado abordaje científico en el ámbito de los cuidados domiciliarios y la relevancia de las experiencias locales para generar aprendizajes útiles en contextos más amplios (Rodríguez, 2024), este estudio pretende contribuir al conocimiento empírico del fenómeno, aportando evidencias para fundamentar acciones prácticas, estrategias políticas e investigaciones futuras.

## 2. METODOLOGÍA

Este trabajo tiene por objeto de estudio los procesos de coordinación interprofesional en el marco del proyecto piloto “A Gusto en Mi Casa”, consistiendo sus principales objetivos en analizar el desarrollo de estos procesos y su incidencia sobre la efectividad de la atención integral en el entorno domiciliario, identificar sus principales dimensiones, factores condicionantes y limitaciones, y proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para su mejora. Existen, por tanto, dos hipótesis subyacentes a los objetivos. Por un lado, que los procesos de coordinación tienen una influencia directa en la efectividad de la atención integral. Por otro, que la coordinación interprofesional está afectada por diversos factores limitantes o facilitadores de su desarrollo y existen alternativas organizativas para incentivar los condicionantes positivos y minimizar el efecto de los negativos.

## 2.1. *Enfoque de la investigación*

En paralelo a la implementación del proyecto piloto, un equipo de investigadoras/es desarrollaron un proceso de investigación evaluativa cuyos principales objetivos consistieron en realizar un seguimiento de los procesos de organización e intervención y extraer información significativa sobre su eficacia e impacto a diferentes niveles, siendo la coordinación interprofesional uno de sus principales intereses como consecuencia del carácter multisectorial del proyecto y la implicación en éste de distintas organizaciones y profesionales. La finalidad del proceso de investigación se centró en generar evidencias para fundamentar y orientar el escalado del nuevo modelo de cuidados domiciliarios al conjunto de la región, contribuyendo así tanto a la práctica como a la política basada en la evidencia.

## 2.2. *Métodos y técnicas*

Esta investigación adoptó un diseño de métodos mixtos de carácter convergente (Creswell y Creswell, 2022) en el que las técnicas cualitativas y cuantitativas fueron aplicadas de forma independiente, concurriendo sus resultados en el proceso de análisis para llevar a cabo una estrategia de comparación y triangulación. La importancia de este diseño metodológico radica en su capacidad para combinar la medición sistemática de valoraciones facilitada por las técnicas cuantitativas con la riqueza interpretativa de las técnicas cualitativas, permitiendo el contraste y la complementariedad de perspectivas para una comprensión integral de la coordinación interprofesional, al involucrar ésta diversos factores, dimensiones y puntos de vista profesionales.

Desde el enfoque cualitativo se desarrollaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales (Díaz-Bravo et al., 2013; Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013), mientras que en el plano cuantitativo se utilizó la técnica de la encuesta (Casas et al., 2003), a través de la cual se aplicaron cuestionarios estandarizados. Las dimensiones de análisis fueron distintas para cada técnica. De un lado, las entrevistas versaron sobre la organización y los procesos de intervención en el proyecto, contemplando preguntas sobre la coordinación entre profesionales y entidades implicadas, la coordinación sociosanitaria, los procesos de comunicación y toma de decisiones, el funcionamiento de las comisiones de trabajo, así como las dificultades o resistencias, aprendizajes alcanzados y estrategias para la mejora de la coordinación. En los grupos focales se presentaron temáticas como la coordinación general del proyecto, los flujos de información, las dinámicas de trabajo en red, las estructuras organizativas o el objetivo de

coordinar la atención sociosanitaria. Por último, en las encuestas se aplicaron, entre otras preguntas sobre la operatividad del proyecto, escalas numéricas del 1 al 5, donde 1 representaba la valoración más negativa y 5 la más positiva, para valorar la coordinación interprofesional general y la coordinación sociosanitaria, el funcionamiento de los canales verticales y horizontales de comunicación, o las relaciones entre los distintos perfiles profesionales participantes en el proyecto. También se aplicaron escalas tipo Likert, a través de las cuales las personas encuestadas mostraron su grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como “existe una cultura compartida de trabajo en red”, “los objetivos del proyecto son compartidos por todas/os”, “las responsabilidades de los implicados son conocidas por todas/os” y “la estructura del proyecto facilita el trabajo en red”.

### *2.3. Procedimiento*

El trabajo de campo de esta investigación se desarrolló entre mayo de 2018 y diciembre de 2020, contando con la participación de la totalidad de profesionales implicadas/os en las intervenciones para dar debida cuenta de la realidad organizativa y funcional del proyecto piloto. Por tanto, la selección de los informantes clave fue intencional y no probabilística, concurriendo en la investigación los distintos tipos de perfiles y trayectorias profesionales presentes en el proyecto (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil de profesionales participantes en el estudio.

Método cualitativo		Técnicas		
Perfil profesional	Sexo	Años de ejercicio	Entrevistas	Grupos focales
Animadora comunitaria	Mujer	De 11 a 15	E1; E9	
Trabajadora social TSAS	Mujer	> 20	E2	
Trabajadora social TSAS	Mujer	> 20	E8	
Trabajadora social ASP	Mujer	> 20	E3	GF3; GF5
Trabajador social ASP	Hombre	De 16 a 20		GF3; GF8
Trabajadora social ASP	Mujer	> 20		GF3; GF5; GF7
Trabajadora social ASP	Mujer	De 16 a 20		GF3; GF5; GF7
Trabajadora social ASP	Mujer	De 6 a 10		GF3; GF5; GF7
Trabajadora social ASP	Mujer	> 20		GF3; GF5; GF8
Gestora de caso	Mujer	De 6 a 10	E4	GF6
Gestora de caso	Mujer	< 5	E5	GF6
Gestora de caso	Mujer	< 5	E6	
Gestora de caso	Mujer	< 5	E7	GF2; GF6
Gestora de caso	Mujer	< 5		GF2; GF6
Gestora de caso	Mujer	< 5		GF2
Gestora de caso	Mujer	< 5		GF6
Trabajadora social APS	Mujer	> 20	E10	GF1; GF4
Trabajadora social APS	Mujer	> 20		GF1; GF4
Enfermera APS	Mujer	> 20	E11	GF4
Médica APS	Mujer	> 20	E12	GF1; GF4
Director APS	Hombre	> 20		GF1
Método cuantitativo		Técnica e instrumentos		
Perfil profesional	Encuesta			
	Cuestionario 1	Cuestionario 2		
Trabajadoras sociales TSAS	2	2		
Trabajadoras sociales ASP	5	5		
Gestoras de caso	4	4		
Trabajadoras sociales APS	2	2		
Animadora comunitaria		1		
Médica		1		
Enfermera		1		
Técnicas/os		2		
Direadoras/es y gerentes		4		
Total de personas encuestadas	n = 13		n = 22	

Fuente: elaboración propia.

#### 2.4. Análisis de la evidencia

El análisis de la evidencia fue efectuado a través de distintos procedimientos en función de su carácter. Por una parte, la información cualitativa procedente

de las entrevistas y grupos focales fue procesada tras su transcripción con el software de análisis cualitativo *ATLAS.ti*, para realizar un análisis temático de carácter inductivo con base en el proceso establecido por Braun y Clarke (2006). Por su parte, los datos cuantitativos extraídos de las encuestas fueron analizados a través del software de análisis estadístico *RStudio*, utilizado para extraer los estadísticos descriptivos de las respuestas a las escalas aplicadas, resumir el conjunto de observaciones y plasmarlas en un formato visual a través de gráficos. Tras el análisis independiente de los hallazgos cuantitativos y cualitativos, éstos fueron integrados a partir de las categorías temáticas identificadas por inferencia discursiva en una narrativa desde el enfoque de tejido, para facilitar una comprensión holística del objeto de estudio (Fetters et al., 2013).

### 2.5. Consideraciones éticas

Este estudio no tuvo un carácter experimental y se evitaron intrusiones en la vida de las personas participantes que pudieran producir un menoscabo de su dignidad o autonomía, así como su exposición a cualquier tipo de riesgo, malestar o estrés (Giménez-Bartomeu, 2014). En cumplimiento de la legislación estatal en materia de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018<sup>5</sup>), se recabó siempre el pertinente consentimiento informado y se preservó el derecho a la privacidad y confidencialidad de las personas participantes a través de la transcripción, anonimización y codificación de sus respuestas y discursos. Como garantía de cumplimiento de estos criterios éticos, los investigadores principales firmaron un compromiso ante la administración pública promotora del proyecto piloto (Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León) y la unidad gestora de la investigación (Fundación Universidad de Valladolid).

## 3. RESULTADOS

El proceso de investigación contempló múltiples dimensiones de la coordinación interprofesional en el proyecto piloto, cuyo análisis se basó en las valoraciones de los diferentes actores implicados y, especialmente, de las profesionales del Trabajo Social. De su discurso emergen una serie de categorías y subcategorías temáticas (Tabla 3) que permiten estructurar la síntesis de resultados, presentada a continuación.

5 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (BOE nº294, de 06/12/2018). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>

Tabla 3. Categorías y subcategorías temáticas.

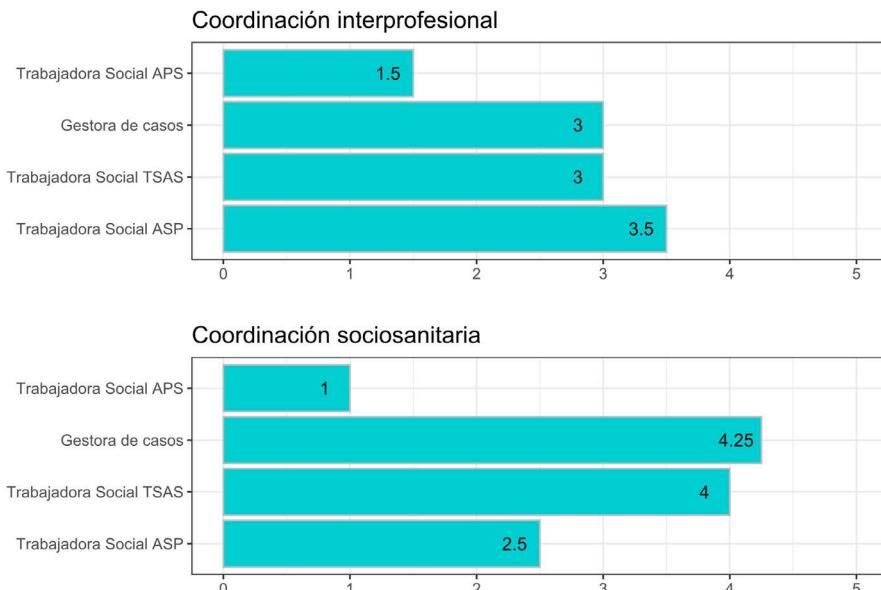
Categoría	Subcategoría
Coordinación interprofesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clave para alcanzar los fines del proyecto</li> <li>– Necesidad de protocolización</li> </ul>
Coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centralidad para la atención integral</li> <li>– Trabajo social como nexo entre los sistemas de servicios sociales y sanitarios</li> </ul>
Flujos de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centralidad en la coordinación</li> <li>– Necesidad de bidireccionalidad</li> </ul>
Flujos de documentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clave para la personalización de las atenciones</li> <li>– Necesidad de herramientas informáticas eficaces</li> </ul>
Comunicación vertical y liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Impacto en el bienestar y la seguridad laboral</li> <li>– Dificultad para la toma de decisiones</li> </ul>
Frecuencia de las interacciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contactos limitados a demandas puntuales</li> <li>– Necesidad de intensificación y sistematización</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

### 3.1. La coordinación interprofesional y la especificidad de la coordinación sociosanitaria

Una primera aproximación desde el plano cuantitativo emana de los resultados de la encuesta a las trabajadoras sociales participantes en el proyecto, donde valoraron tanto los procesos de coordinación interprofesional, en general, como aquellos de carácter sociosanitario, en particular (Figura 1). Las puntuaciones en promedio para las dos dimensiones fueron de 2.75 y 2.94 respectivamente, aunque con diferencias relevantes en función del perfil profesional. Resulta destacable la discrepancia existente entre las trabajadoras sociales de APS –quienes otorgaron las puntuaciones más bajas– y el resto de perfiles, así como la variación en función de la dimensión valorada en el caso de las trabajadoras sociales de ASP (significativamente menor para la coordinación sociosanitaria) y de las gestoras de caso (significativamente menor para la coordinación interprofesional).

Figura 1. Valoración de los procesos de coordinación interprofesional y sociosanitaria por las trabajadoras sociales (Cuestionario 1, n = 13).



Fuente: elaboración propia.

La información procedente de las entrevistas y de los grupos focales permitió profundizar en la comprensión de ambas dimensiones de la coordinación, aportando matices relevantes para la interpretación de las valoraciones numéricas. Por una parte, existió un amplio consenso sobre la importancia que la *coordinación interprofesional* tuvo para contribuir a la consecución de los fines del proyecto y repercutir positivamente en la calidad de vida de las personas atendidas, generando amplias expectativas entre las profesionales. Además, varias informantes clave subrayaron como potencialidades de la coordinación la complementariedad de perspectivas y la facilitación del conocimiento holístico de los casos, entendiendo éste como un presupuesto básico para alcanzar la integralidad de las atenciones.

Me parecía bastante interesante la movilización de tantos recursos y que se pudiera conseguir finalmente la integración multidisciplinar y la coordinación de todos los agentes (GF1).

Yo creo que sí, nos coordinamos bastante bien todas (...) mantenemos reuniones y estamos muy informadas. La coordinación con otras profesionales nos permite tener una visión general sobre los casos (E8).

Paralelamente, en numerosos discursos se aludió a la necesidad de mejorar los procesos de coordinación interprofesional, ante las dificultades derivadas del gran número de servicios implicados, de la existencia de jerarquías entre profesionales o de las diferencias sustantivas en el grado de dedicación, pudiendo estas razones justificar las valoraciones numéricas más bajas de las profesionales.

Había un objetivo general, pero yo creo que cada institución o cada entidad tenía objetivos o una forma de entender el proyecto distinta (E3).

Se debería mejorar el tema de la coordinación con todos los profesionales. Lo que pasa es que somos muchos y tiene una dificultad mayor. Deberíamos estar todos al mismo nivel, no sólo al 100% una parte y el resto cuando puedan o quieran dedicar su tiempo al proyecto (E5).

El carácter ocasional de los contactos entre algunas profesionales y el individualismo en la intervención también fueron identificados como factores limitadores de la coordinación interprofesional. A éstos se añade la existencia de ciertas reticencias entre profesionales derivadas, en determinados casos, de la asunción de competencias por parte de las trabajadoras sociales de las entidades privadas que, en la actuación ordinaria, correspondían a las de los servicios públicos.

No se trabaja en red para el beneficio del usuario. Cada uno va por su camino, aunque se preste el apoyo (GF5).

Al principio la relación con las trabajadoras sociales de ASP era fluida, hasta que yo me metí en lo que era su terreno. Entonces yo les preguntaba cosas sobre las que no me podían pasar información y no podía seguir con mi trabajo (GF2).

La *coordinación interprofesional de carácter sociosanitario* también fue valorada por el conjunto de las informantes clave como un factor muy relevante para alcanzar los objetivos perseguidos con el proyecto y, particularmente, el de la atención integral.

Muchas personas tienen necesidades tanto a nivel social como a nivel sanitario, por lo que una atención integral y sociosanitaria ayuda mucho (E7).

Nosotras como trabajadoras sociales de salud lo que hacemos es tener a médicos y enfermeras al lado y sacar una mirada global del paciente entre los tres. De lo contrario, cada uno estaría en su parcela. El trabajador social aglutina y toma una dimensión más global de la persona (E10).

A través del discurso de las informantes clave, sin embargo, se identificaron varios aspectos obstaculizadores de la coordinación sociosanitaria, entre los que destacan las dificultades inherentes a la colaboración entre profesionales

de dos sistemas de protección distintos, o una cierta falta de implicación de las/os profesionales de la salud, como consecuencia, entre otros factores, de carencias en el diseño del proyecto y del limitado tiempo disponible.

Si ya me cuesta coordinarme con todos los compañeros sanitarios, imagínate también con las compañeras de Cruz Roja, de servicios sociales y con las gestoras de caso... (GF4).

Siempre he tenido la sensación de que todo el mundo estaba muy bien coordinado excepto nosotros. A lo mejor es que no nos hemos implicado lo suficiente, no nos han informado y otorgado las pautas necesarias o no hemos tenido el tiempo necesario para dedicarle al proyecto (E12).

En esta tesitura, la participación de las trabajadoras sociales de APS, como enlace permanente con el sistema sanitario y vínculo directo con sus equipos profesionales, fue considerada por sus colegas y por las propias profesionales sanitarias como imprescindible para hacer efectivas las atenciones desde una perspectiva integral.

Tienen que tener un papel importante, porque hablando de dependencia, un buen seguimiento y control de las circunstancias sanitarias del usuario es importantísimo para poder mantener a estas personas en sus casas (GF3).

La trabajadora social del centro es la que a nosotros nos ha coordinado y nos ha implicado en el programa (E12).

Las propias trabajadoras sociales sanitarias reconocieron la importancia de su desempeño profesional y reivindicaron la necesidad de garantizar su presencia en el sistema de salud, como figura de intermediación entre éste y los servicios sociales, lo que en concurso con una mayor planificación y frecuencia de las relaciones entre profesionales de ambos sistemas contribuiría a maximizar el potencial de la coordinación sociosanitaria.

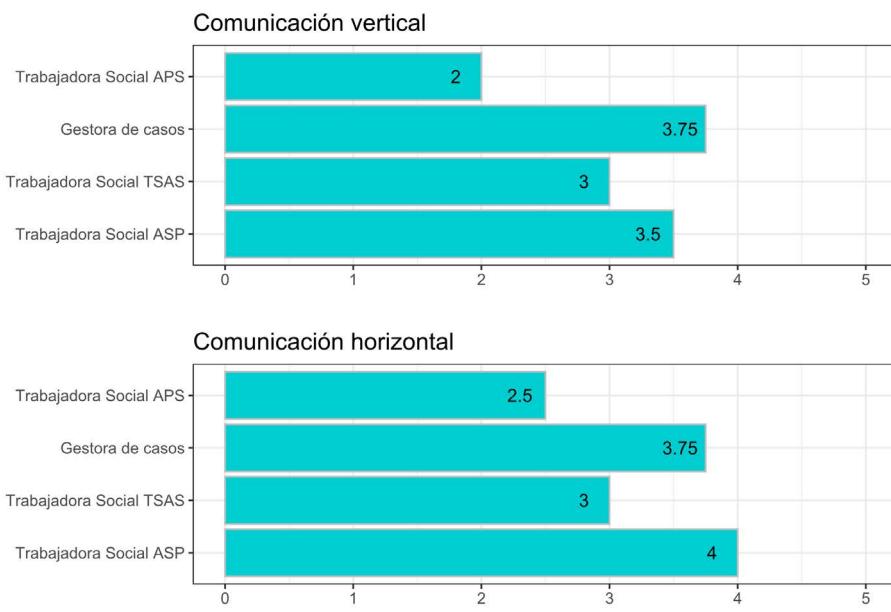
Que en cada zona básica de salud hubiera un trabajador social sanitario. Los equipos de atención primaria adolecen de profesionales del Trabajo Social y sería necesario para que pudieramos trabajar en coordinación tanto con los médicos y enfermeras como con las trabajadoras sociales de la zona (E10).

### *3.2. La comunicación interprofesional en el proyecto*

Los procesos comunicativos entre los diferentes actores implicados en el proyecto piloto, como elemento central para la coordinación, también fueron abordados a través de las diferentes técnicas de investigación. En la encuesta, las trabajadoras sociales valoraron tanto la calidad de la comunicación horizontal, entendida ésta como aquella que acontece entre profesionales que se encuentran al mismo nivel jerárquico, como de la comunicación vertical,

producida entre quienes se encuentran en diferentes posiciones orgánicas (Figura 2).

Figura 2. Valoración de la calidad de la comunicación vertical y horizontal por las trabajadoras sociales (Cuestionario 1, n = 13).



Fuente: elaboración propia.

La comunicación horizontal en el proyecto fue ligeramente mejor valorada que la comunicación vertical (3.31 frente a 3.06 en promedio), siendo las trabajadoras sociales de ASP y las gestoras de caso quienes puntuaron más positivamente ambas dimensiones. Por su parte, las puntuaciones más bajas procedieron de las trabajadoras sociales del TSAS y, especialmente, de las trabajadoras sociales de APS. De las entrevistas y grupos focales se desprenden una serie de temas que permiten comprender con mayor detalle estas valoraciones.

Uno de estos temas es el relativo a los *flujos de información* entre profesionales y sus implicaciones en los procesos de coordinación. En este sentido, existió consenso entre las informantes clave al señalar que el intercambio de información no siempre fue bidireccional, complejizando el desempeño profesional y la articulación de las atenciones.

En algunos casos han sido bidireccionales y en otros no. Al final estamos todos luchando por lo mismo, que es la calidad de vida de las personas a las

que atendemos, y cuando no son bidireccionales creo que cuesta que funcione todo (E4).

Entre las causas de la falta de bidireccionalidad, las trabajadoras sociales destacaron tanto las interrupciones en el intercambio de información por determinadas profesionales y la frecuencia con la que los contactos respondieron únicamente a demandas muy concretas, como la competitividad que en algunos casos existió entre ellas.

A nosotros no nos llega la información de nadie. No hay una respuesta, no hay un feedback de información (GF4).

El flujo de información no es óptimo por la competitividad que tenemos por cada rol profesional, no es productivo, no es constructivo (E6).

Las informantes clave consideraron que, de haber existido una comunicación bidireccional, se hubiera facilitado el desempeño profesional, la coordinación y el cumplimiento de los objetivos del proyecto. En su opinión, ésta hubiese sido posible si, desde el inicio, el intercambio de información hubiera estado correctamente protocolizado.

Si desde el principio se hubieran marcado el tiempo y las formas, seguramente poco a poco hubiéramos sabido todos lo necesario que es que la información fluya en ambas direcciones (GF7).

Otro de los temas más relevantes con respecto a la comunicación en el proyecto es el relativo a los *flujos de documentación*. Si bien se trató de un elemento clave para la prestación de atenciones integrales y para su adecuación a las necesidades y preferencias de las personas destinatarias, los soportes utilizados no siempre facilitaron el intercambio de documentación, especialmente entre los sistemas sanitario y de servicios sociales, por lo que la mejora de dichas herramientas y el impulso de soluciones tecnológicas fueron demandas generalizadas.

Adolece de que no tengamos compartidos los datos entre servicios sociales y salud. Si yo quiero conocer el grado de dependencia de un paciente y éste no me lo sabe decir, tengo que estar detrás de las trabajadoras sociales de ASP para que me lo digan. Eso no es operativo, porque tenemos multitud de casos y yo tengo todo el derecho a conocer para procurar una intervención adecuada (GF1).

Los diferentes perfiles de profesionales de la intervención social también identificaron limitaciones particulares en torno al intercambio de documentación. Por una parte, las gestoras de caso, cuyo marco organizacional se situó en la iniciativa social privada, aludieron a la limitada aportación de documentos por parte de las trabajadoras sociales de APS en las primeras etapas del proyecto, lo

cual estuvo motivado, según estas últimas, por razones de protección de datos e inadecuación de los medios inicialmente utilizados.

Tenemos que ser muy respetuosos con mandar información sensible en abierto por servidores o correo electrónico (...). La Ley de Protección de Datos está para todos (GF4).

A su vez, tanto las trabajadoras sociales de ASP como las de APS manifestaron no haber recibido toda la documentación correspondiente a los planes de apoyo individualizados y a los proyectos de vida elaborados por las gestoras de caso. Así lo reconocieron estas profesionales, planteando además la existencia de dilemas éticos y posibles agravios a la protección de datos.

Sí que es verdad que a lo mejor nosotros no hemos enviado a los servicios sociales y sanitarios los proyectos de vida y ellos también podrían aportar cosas (...). Pero es un proyecto de vida de un usuario, que se lo cuenta a su asistente personal y a su persona de referencia. Claro, cuantas más personas conozcan un poco sus deseos, sus inquietudes, sus miedos.... También es cuestión de protección de datos (E7).

Finalmente, algunas profesionales explicitaron la necesidad de trascender del mero intercambio de información y potenciar las relaciones interprofesionales directas.

Yo creo que hay una necesidad de coordinación profesional in situ. Para llegar a un acuerdo necesitamos no una base de datos sino discutir el caso. Y eso no se hace (GF5).

De las entrevistas y grupos focales emana un tercer tema representativo relacionado con la *comunicación vertical y el liderazgo*, cuyas implicaciones fluctuaron en función de su alcance. Por una parte, la existencia de figuras de liderazgo y el mantenimiento de un flujo comunicativo continuo con éstas contribuyeron a un aumento del bienestar y de la seguridad en el desempeño laboral.

Personalmente, para mí ha sido un apoyo, por lo menos hablas con alguien que tiene una autoridad (GF3).

Cuando yo entré no tenía claro quién tenía que tomar unas decisiones y quién otras. Es necesario que alguien diga: sí, esto es así, esto lo tienes que hacer tú, esta es tu competencia (E4).

No obstante, se dio una opinión generalizada sobre la existencia de carencias en estas dinámicas de comunicación vertical que tuvieron como resultado, entre otras, dificultades para la toma de decisiones y limitaciones en la transferencia de información hacia el resto de profesionales implicadas/os.

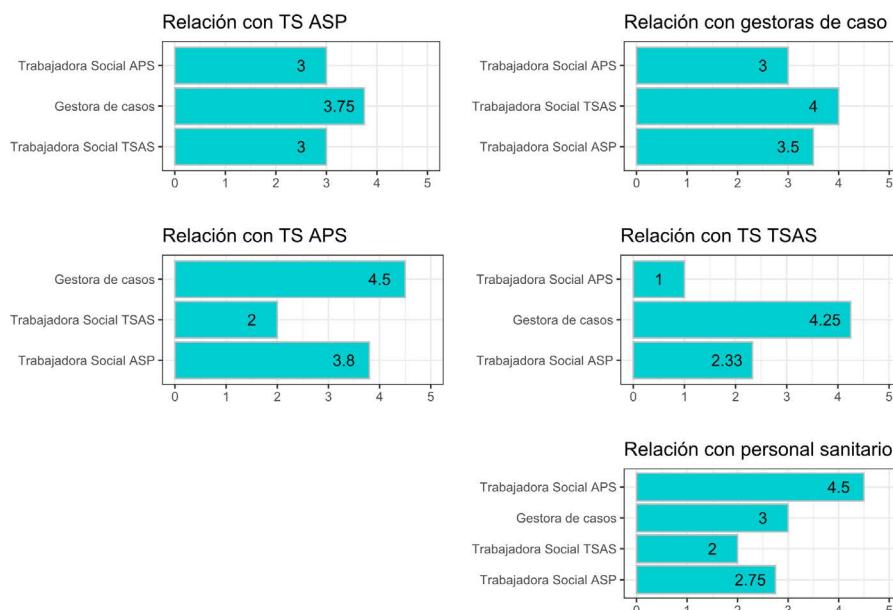
Considero que el problema es que los superiores no nos dijeron a ninguno de nosotros que informáramos al equipo. La propia gerencia de salud debería

habernos dado algunas directrices, ya que nosotros tampoco podemos trasladar información al equipo si no la tenemos. Nosotros hacemos las preguntas, pero como nadie nos contesta... (GF1).

### 3.3. Las relaciones entre diferentes perfiles profesionales

A través de la encuesta, las trabajadoras sociales también valoraron las relaciones mantenidas tanto con sus colegas como con las profesionales sanitarias en el proyecto piloto (Figura 3).

Figura 3. Valoración de la relación entre perfiles profesionales por las trabajadoras sociales (Cuestionario 1, n = 13).



Fuente: elaboración propia.

La relación con las gestoras de caso, como profesionales de referencia en la articulación de las atenciones, así como la relación con las trabajadoras sociales de APS, que actuaron como nexo con los equipos sanitarios, obtuvieron las puntuaciones promedio más elevadas. La relación con las trabajadoras sociales de ASP también se encuentra cercana a las anteriores en promedio, mientras que en el caso de las trabajadoras sociales del TSAS se obtuvo la puntuación más baja. Existen otros datos significativos, como la diferencia

entre las puntuaciones de trabajadoras sociales de APS y gestoras de caso al valorar bidireccionalmente sus relaciones, o la mutua consideración positiva del vínculo entre estas últimas y las trabajadoras sociales del TSAS.

Por su parte, la relación con el personal sanitario fue valorada desigualmente en función del perfil profesional. Las trabajadoras sociales de APS fueron quienes valoraron más positivamente esta relación, mientras que las trabajadoras sociales del TSAS otorgaron la puntuación más baja. Las trabajadoras sociales de ASP y las gestoras de caso también ofrecieron una puntuación relativamente baja, a pesar de ser las profesionales responsables de la articulación de la atención y contemplar ésta tanto la situación social como la situación sanitaria de la persona.

Entre otros factores condicionantes de las relaciones, como el compromiso con la colaboración interprofesional o la cercanía espacial, la *frecuencia de las interacciones* fue identificada como uno de los principales asuntos de interés. En este sentido, es preciso diferenciar a partir de los discursos de las informantes clave entre las valoraciones sobre cómo se produjeron dichas interacciones en el proyecto y las expectativas sobre cuál hubiera sido su caracterización óptima. Varias profesionales manifestaron que los contactos fueron puntuales, sin una periodicidad definida y circunscritos frecuentemente a una dimensión informal, mientras que algunas otras valoraron positivamente la frecuencia de sus relaciones.

Los contactos son puntuales. Si surge el problema, hay contacto. Luego, seguimiento de los casos en continuidad, no hay. Y no sólo por parte de las gestoras, sino tampoco por nuestra parte y por la de las compañeras trabajadoras sociales de ASP (GF4).

El contacto con las compañeras de ASP es muy continuo, porque a nosotras nos surgen dudas para poder adaptarnos a cada caso individual. Son las que llevan trabajando con ellos durante muchos años (GF2).

Otras profesionales sostuvieron que, conforme el proyecto fue avanzando, la frecuencia de las reuniones se fue incrementando, aunque la irrupción de la pandemia del COVID-19 supuso un importante retroceso en ese sentido.

Cuando ya empezamos a tener una vez al mes reuniones llegó el COVID. Se han mantenido los correos, pero no es lo mismo. Ha sido perder un poco esa comunicación (E4).

Desde otro punto de vista, las trabajadoras sociales apuntaron modalidades de coordinación que, potencialmente, podrían maximizar la eficacia del proyecto respecto a la atención integral. Estas propuestas consistieron en la programación de las interacciones en base a un marco de actuación global, en

su formalización como una función profesional más y en al aumento de su frecuencia.

Se debería plantear una reunión mensual, por ejemplo. Yo creo que la gestora de caso con la trabajadora social de la zona (ASP), y de la misma zona la trabajadora social sanitaria (APS), ayudaría mucho a la gestión de cada caso. Se podría hablar de cada usuario concretamente, de problemas que hay, de necesidades que tiene tanto a nivel social como sanitario... (E7).

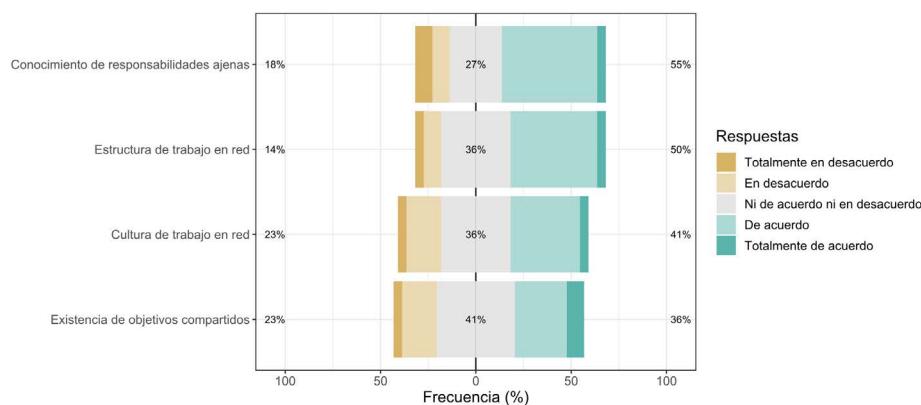
Por último, las profesionales sanitarias manifestaron la pertinencia de realizar un mayor número de reuniones con aquellas de la intervención social.

A mí me hubiera gustado alguna reunión más para tener más puntos de vista, y para ver cómo se puede mejorar (E11).

### 3.4. Factores clave para la coordinación

Para profundizar en el conocimiento sobre la coordinación interprofesional en el proyecto es preciso considerar la magnitud en la que estuvieron presentes los principales factores determinantes de su alcance y eficacia (Figura 4). Para su valoración, se encuestó a 22 profesionales, entre las/os que se encontraban todos los perfiles de trabajadoras sociales, profesionales sanitarias, directoras/es de servicios y gerentes de organizaciones públicas o privadas implicadas en el proyecto piloto.

Figura 4. Valoración de factores clave en la coordinación interprofesional por los distintos perfiles profesionales implicados (Cuestionario 2, n = 22).



Fuente: elaboración propia.

En primer lugar, algo más de la mitad de las/os profesionales participantes en la encuesta manifestaron estar de acuerdo (50%) o totalmente de acuerdo (5%) con conocer las responsabilidades del resto, mientras que el 18% refirió estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo. Sobre la existencia de una estructura de trabajo en red, la mitad de las personas encuestadas manifestaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo, frente quienes declararon estar en desacuerdo (9%) o totalmente en desacuerdo (5%). Al valorar la existencia de una cultura de trabajo en red, el 41% estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo y el 23% en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, la misma proporción de respuestas negativas que obtuvo la categoría de existencia de objetivos compartidos. A pesar de que esta última constituye, según la literatura especializada, una de las claves para la coordinación interprofesional positiva, poco más de un tercio de las/os profesionales (36%) avalaron la existencia de objetivos comunes. Resulta significativa, para finalizar, la elevada proporción de respuestas neutrales que fueron aportadas para cada variable.

#### 4. DISCUSIÓN

La recogida y el análisis de las valoraciones de las profesionales del Trabajo Social y del resto de actores clave en el proyecto piloto “A Gusto en Mi Casa” sobre las principales dimensiones de la coordinación interprofesional, han permitido profundizar en el conocimiento de sus factores condicionantes e identificar algunas de las claves para maximizar su contribución a la atención integral de personas que reciben cuidados en el domicilio.

Los informantes clave enfatizaron que las relaciones de coordinación interprofesional fueron imprescindibles para el desarrollo del proyecto, cuya pretensión consistió en implementar un modelo de cuidados domiciliarios en el que la atención integral constituye la piedra angular para repercutir positivamente en la calidad de vida de las personas desde una perspectiva holística (Comas, 2024; Rodríguez, 2022). En este sentido, se ha comprobado cómo la colaboración entre profesionales facilitó no sólo la consecución del objetivo de atención integral, sino también el desempeño y el bienestar laboral, lo que confirma la utilidad de la coordinación para mejorar los resultados con respecto a las intervenciones inconexas (Payne, 2000).

Entre las dinámicas de relación interprofesional en el proyecto, destacaron por su relevancia aquellas establecidas entre las gestoras de caso y las trabajadoras sociales de APS, las gestoras de caso y las trabajadoras sociales de ASP, así como entre las trabajadoras sociales de APS y el personal sanitario. Este hecho reafirma la perspectiva de algunos trabajos anteriores sobre la importancia de la participación en los sistemas de cuidados de larga duración de profesionales

del Trabajo Social, como miembros de los equipos interdisciplinares, como protagonistas en la gestión de casos y en la articulación de las atenciones sociales y sanitarias (Couturier et al., 2023; White et al., 2022). Por tanto, se ha constatado que las/os profesionales del Trabajo Social adquieren un papel central en los procesos de coordinación interprofesional para la prestación integral de cuidados (Dunér y Wolmesjö, 2015), siendo éste aún más relevante cuando las atenciones se circunscriben al domicilio de las personas como ya se había apuntado en trabajos precedentes (Rodríguez, 2024; Scharlach et al., 2015).

El estudio también ha permitido identificar una serie de factores que, a pesar de las expectativas inicialmente generadas entre las/os profesionales como consecuencia del novedoso planteamiento de integración multidisciplinar impulsado por el proyecto, dificultaron la coordinación interprofesional y confirmaron algunos de los principales límites sistémicos, culturales y operativos de la atención integral señalados en la literatura especializada. De un lado, la configuración intrínseca del proyecto implicó a una variedad de organizaciones y profesionales de diverso perfil, lo que, unido a la dispersión característica de los entornos rurales, supuso un importante reto para la articulación de las atenciones (Ayala et al., 2020; Sousa et al., 2018). De otro, la interpretación diferencial de los objetivos generales del proyecto por las distintas entidades y profesionales involucradas/os, las discrepancias entre el personal de la administración pública y el de la iniciativa social privada al respecto de su ámbito competencial y la jerarquización de las relaciones interprofesionales unida a la ausencia de liderazgo en determinados servicios, vinieron a confirmar una serie de límites para los procesos de coordinación ya anticipados por otros estudios (Bunger, 2010). A estos factores se suman la continuidad en las relaciones y la bidireccionalidad en la transmisión de información, ya que a pesar de constituir elementos clave para una coordinación de calidad (Wodchis et al., 2015), no estuvieron presentes en la extensión e intensidad deseables.

Más allá de las dificultades transversales a los diferentes tipos de coordinación interprofesional, también se identificaron factores condicionantes con relación a la especificidad de la coordinación sociosanitaria. En este sentido, destacan las dificultades inherentes a la articulación de intervenciones impulsadas desde distintos sistemas de protección, como los servicios sociales y los servicios de atención a la salud, o la limitada implicación en el proyecto de una parte de los equipos sanitarios, derivada de circunstancias coyunturales como la falta de tiempo o de información disponible, y estructurales, como la insuficiente consideración de su participación en el diseño del proyecto, coincidiendo así con evaluaciones previamente desarrolladas (Matia Instituto, 2020). Sin embargo, las trabajadoras sociales de APS asumieron un papel clave

para la articulación de las atenciones sociales y sanitarias, valoración en la que coincidieron todos los perfiles profesionales interviniéntes y que confirma la relevancia de su presencia en los servicios de salud (White et al., 2022).

Todo ello ha puesto en evidencia la necesidad de garantizar la existencia de una coordinación de calidad entre las/os profesionales de cuya intervención conjunta depende la materialización de las estrategias de cuidados integrales, como vía para el mantenimiento de las personas en su domicilio todo el tiempo posible y con calidad de vida (Pani-Harreman et al., 2025; Roe y Normand, 2013). En este sentido, existió consenso entre las informantes clave a la hora de afirmar que una protocolización de las relaciones entre profesionales, conforme a un marco de actuación global, hubiera sido básica para alcanzar la coherencia y cohesión de las intervenciones, demandas que también están presentes en la literatura científica (Béland y Hollander, 2011) y cuya efectividad ha sido comprobada en proyectos análogos (Gerencia de Servicios Sociales, 2023). De igual forma, garantizar los flujos de información y documentación entre profesionales mediante la utilización de medios funcionales y éticamente respetuosos, evitar que la coordinación se limite al intercambio de datos potenciando las relaciones directas y el diálogo interprofesional e impulsar el ejercicio de un liderazgo constructivo por quienes ostentan la responsabilidad de dirigir a los equipos, contribuirá a la creación de una estructura sólida de trabajo en red.

Este estudio presenta dos limitaciones principales: de un lado, se circunscribe al caso concreto de implementación de un proyecto piloto, cuyas condiciones de coordinación interprofesional y sociosanitaria estuvieron más controladas y protocolizadas que en la dinámica habitual de prestación de cuidados, circunstancia que conlleva, como todo proceso inductivo, una cierta cautela en la generalización de los resultados. De otro, la investigación focalizó en el sistema de protección de Castilla y León, por lo que teniendo en cuenta la descentralización de las competencias en materia de asistencia social y atención sanitaria en España, así como las desigualdades territoriales que ésta genera, la aplicabilidad de los resultados del estudio a otras realidades regionales exige un ejercicio previo de contextualización en los modelos organizativos de cada sistema autonómico.

Finalmente, los hallazgos de este estudio sugieren la necesidad de orientar la investigación futura en distintas direcciones. En primer lugar, se considera necesario impulsar el análisis de los procesos de coordinación interprofesional en contextos que trasciendan del pilotaje de proyectos, como los sistemas generales de atención a la dependencia en el nivel local y regional, pudiendo servir los resultados de este trabajo como marco orientativo y/o comparativo. En segundo lugar, y ante la reciente aparición de la *Estrategia Estatal para*

un Nuevo Modelo de Cuidados en la Comunidad 2024-2030, que establece un planteamiento específico de la coordinación interprofesional, será esencial incorporar ésta como uno de los principales aspectos a evaluar durante su desarrollo. Por último, es necesario promover la transferencia del conocimiento y la incorporación de las propuestas basadas en la evidencia, como las emergentes de este estudio, en el diseño de las políticas y el desarrollo de la práctica, evaluando su eficacia sobre la atención integral y la mejora de la calidad de los cuidados.

## 5. CONCLUSIONES

La coordinación interprofesional ha demostrado constituir una condición *sine qua non* para la materialización de los modelos de atención integral en el domicilio, cada vez más reconocidos e impulsados en la planificación estratégica europea y estatal sobre cuidados de larga duración. En este sentido, el estudio aporta un conocimiento significativo sobre estas dinámicas en tres dimensiones principales: factores condicionantes, límites y propuestas de mejora. En cuanto a la primera, la frecuencia de las interacciones, el conocimiento y reconocimiento mutuo y la comunicación de calidad emergen como principales condicionantes de la coordinación. Por su parte, los principales límites se centran en el carácter puntual de las relaciones, la existencia de actitudes de cierta desconfianza entre algunos perfiles profesionales y las rupturas en los flujos comunicativos. Entre las estrategias para la superación de estas limitaciones se han significado las de protocolizar los procesos de coordinación con base en objetivos compartidos por todos los actores implicados.

Asimismo, de los resultados expuestos se pueden inferir varias propuestas vinculadas con el Trabajo Social, entre las que destaca la de repensar los programas formativos, de especialización profesional y de formación continua reforzando las materias relativas a los procesos de coordinación, trabajo en equipo y trabajo en red.

Finalmente, y con relación a la planificación política, debe garantizarse la ausencia de fragmentación entre los equipos sanitarios y los de servicios sociales en el desarrollo de actuaciones conjuntas, a través de estrategias como la potenciación del modelo de gestión de casos, la mayor presencia del Trabajo Social en los servicios públicos de salud y su pleno reconocimiento como profesión sanitaria.

## 6. FUENTES DE FINANCIACIÓN

Durante el desarrollo de este trabajo, el autor Álvaro Elices Acero dispuso de un contrato predoctoral financiado por la Junta de Castilla y León y cofinanciado por el Fondo Social Europeo [BDNS-540787], mientras que el autor Javier García García disfrutó de un contrato predoctoral financiado por la Universidad de Valladolid y cofinanciado por el Banco Santander.

## 7. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la totalidad de las/os profesionales que participaron en el estudio a través de las encuestas, entrevistas y grupos focales por su gran generosidad, compromiso y valiosas aportaciones.

## 8. REFERENCIAS

- Abreu, M.C., y Mahtani, V. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 355-368. <https://doi.org/10.5209/CUTS.54560>
- Ahgren, B. (2010). Mutualism and antagonism within organisations of integrated health care. *Journal of Health Organization and Management*, 24(4), 396-411. <https://doi.org/10.1108/14777261011065002>
- Ayala, L., Jurado, A., & Pérez-Mayo, J. (2020). Multidimensional deprivation in heterogeneous rural areas: Spain after the economic crisis. *Regional Studies*, 55(5), 883-893. <https://doi.org/10.1080/00343404.2020.1813880>
- Béland, F., & Hollander, M.J. (2011). Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gaceta Sanitaria*, 25(suppl. 2), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.003>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bunger, A.C. (2010). Defining service coordination: a Social Work perspective. *Journal of Social Service Research*, 36(5), 385-401. <https://doi.org/10.1080/01488376.2010.510931>
- Casas, J., Repullo, J.R., y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*, 31(8), 527-538. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70728-8)
- Comas, D. (2024). Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), 138-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9732669>

- Couturier, Y., Lanoue, S., Karam, M., Guillette, M., & Hudon, C. (2023). Social workers coordination in primary healthcare for patients with complex needs: a scoping review. *International Journal of Care Coordination*, 26(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/20534345221122952>
- Creswell, J.W., & Creswell, J.D. (2022). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage.
- de Bruin, S.R., Stoop, A., Billings, J., Leichsenring, K., Ruppe, G., Tram, N., Barbaglia, M.G., Ambugo, E.A., Zonneveld, N., Paat-Ahi, G., Hoffmann, H., Khan, U., Stein, V., Wistow, G., Lette, M., Jansen, A. P.D., Nijpels, G., & Baan, C.A. (2018). The SUSTAIN Project: a European study on improving integrated care for older people living at home. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.3090>
- de la Torre, C. (2021). The care for life in common in times of pandemic and post-pandemic. *Revista de Humanidades de Valparaíso*, (17), 209-229. <https://doi.org/10.22370/rhv2021iss17pp209-229>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela- Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)
- Dunér, A., & Wolmesjö, M. (2015) Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work*, 18(3), 354-369. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.908166>
- Dye, C., Willoughby, F., & Battisto, D. (2010). Advice from rural elders: what it takes to age in place. *Educational Gerontology*, 37(1), 74-93. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.515889>
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing and Society*, 36(3), 586-612. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400138X>
- Fernández-Mayoralas, G., y Rojo-Pérez, F. (Eds.) (2021). *Envejecimiento activo, calidad de vida y género: las miradas académica, institucional y social*. Tirant Humanidades.
- Fetters, M.D., Curry, L.A., & Creswell, J.W., (2013). Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Garcés, J., y 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. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.005>
- Giménez-Bartomeu, V.M. (2014). Cuestiones éticas en la investigación en Trabajo Social y estrategias para una investigación éticamente responsable. *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (3), 187-195. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198541>

- Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
- Montserrat, J. (2021). El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa post-COVID. *Panorama Social*, (33), 145-162. <https://tinyurl.com/4rk4sa85>
- Pani-Harreman, K.E., Bours, G.J.J.W., Bleijlevens, M.H.M.C., Kempen, G.J.I.M., Zwakhalen, S.G.M., & Van Duren, J.A.M. (2025). Towards consensus according to experts on the theorised contribution of vital communities to successful ageing in place: a modified Delphi Study. *Ageing International*, 50, 16. <https://doi.org/10.1007/s12126-025-09589-w>
- Payne, M. (Ed.) (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.5040/9781350393134>
- Pérez, A. (2021). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 1(5), 8-37. <https://revisetaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/388>
- Rodríguez, P. (2022). *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*. Fundación Pilares.
- Rodríguez, P. (2024). Caminos para avanzar en la personalización de los apoyos y cuidados de larga duración. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), 118-136. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9732668>
- Roe, L., & Normand, P.C. (2013). A review of the care coordination mechanisms used in integrated care interventions to deliver care across sectors for community-dwelling older people. *International Journal of Integrated Care*, 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.1471>
- Rogers, W.A., Ramadhani, W.A., & Harris, M.T. (2020). Defining aging in place: the intersectionality of space, person, and time. *Innovation in Aging*, 4(4), igaa036. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa036>
- Scharlach, A.E., Graham, C., & Berridge, C. (2015). An integrated model of co-ordinated community-based care. *The Gerontologist*, 55(4), 677-687. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu075>
- Schorr, A.V., & Khalaila, R. (2018). Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: a moderated mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 196-204. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.009>
- Sousa, M., Arieira, L., Neves, T., Damasceno, A., Duarte, F., Filipe, J., Martins, A.I., Queirós, A., & Pacheco, N. (2018). A platform to support the care and assistance of community-dwelling older adults. *Procedia Computer Science*, 138, 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2018.10.028>
- Vegas-Sánchez, A., Gil-Alonso, F., y Alonso, M.P. (2022). Los problemas de accesibilidad de la población mayor a la asistencia sanitaria. El caso de Castilla

- y León (España). AGER. *Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, (36), 195-227. <https://doi.org/10.4422/ager.2022.20>
- Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Gómez, I.E., y Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la escala GENCAT. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(224), 57-72. <https://sid-inico.usal.es/articulo/construccion-de-escalas-de-calidad-de-vida-multidimensionales-centradas-en-el-contexto-la-escala-gencat/>
- White, C., Bell, J., Reid, M., & Dyson, J. (2022). More than signposting: findings from an evaluation of a social prescribing service. *Health & Social Care in the Community*, 30, e5105-e5114. <https://doi.org/10.1111/hsc.13925>
- Wodchis, W.P., Dixon, A., Anderson, G.M., & Goodwin, N. (2015). Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *International Journal of Integrated Care*, 15. <https://doi.org/10.5334/ijic.2249>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://iris.who.int/handle/10665/186463>