



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN EL ÁMBITO RURAL”

Autora:

Dña. Celia Garrido Gistau

Tutora:

D^a. Paula Álvarez Merino

Grado en Trabajo Social

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2023-24

FECHA DE ENTREGA: 20 DE JUNIO DE 2024

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	7
1.1.	Justificación	10
1.2.	Objeto y finalidad.	11
1.3.	Objetivos	12
1.3.1.	Objetivos generales:.....	12
1.3.2.	Objetivos específicos:	13
2.	MARCO TEÓRICO.....	14
2.1.	Trabajo Social.	14
2.1.1.	Definición.	14
2.1.2.	Funciones del Trabajador Social.....	15
2.1.3.	Código Deontológico de Trabajo Social.....	16
2.2.	Trabajo Social Sanitario.....	17
2.2.1.	Definición.	17
2.2.2.	Origen del Trabajo Social Sanitario y la Atención Primaria de Salud.	18
2.2.3.	Funciones del Trabajador Social sanitario.....	20
2.2.4.	Estructuras de coordinación sociosanitaria en Castilla y León.....	21
2.2.5.	Protocolos de coordinación sociosanitaria en Castilla y León.....	23
2.3.	Trabajo Social en el ámbito rural.....	24
2.3.1.	Definición	24
2.3.2.	Papel del Trabajador Social en el ámbito rural.....	24
2.3.3.	Características y factores más destacados que afectan a la población del entorno rural en Castilla y León.....	25
2.3.4.	Recursos disponibles en el ámbito rural de Castilla y León.	26
2.4.	Trabajo Social Sanitario en el ámbito rural.	30
2.4.1.	Definición.	30
2.4.2.	Papel del Trabajador Social sanitario en el ámbito rural.	30

2.4.3.	Recursos disponibles en el ámbito sociosanitario rural de Castilla y León. ...	32
2.4.4.	Colectivos en los que interviene el Trabajador Social sanitario en la comunidad de Castilla y León.	34
2.4.5.	Procesos de atención primaria rural en los que participa el Trabajador Social en Castilla y León.	35
2.4.6.	Educación para la salud con grupos de población en Castilla y León.	38
2.4.7.	Formación de los trabajadores sociales sanitarios	39
3.	MARCO CONTEXTUAL	41
4.	METODOLOGÍA	46
4.1.	Hipótesis.	46
4.2.	Población, muestra y muestreo	46
4.3.	Diseño	47
4.4.	Variables, medidas e instrumentos aplicados.	47
4.5.	Procedimiento	48
4.6.	Análisis de datos	49
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	75
6.	LIMITACIONES Y PROSPECTIVA	78
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
8.	ANEXOS	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	45
Figura 2	49
Figura 3	50
Figura 4	51
Figura 5	51
Figura 6	52
Figura 7	53
Figura 8	54
Figura 9	55
Figura 10	56
Figura 11	57
Figura 12	57
Figura 13	58
Figura 14	58
Figura 15	59
Figura 16	60
Figura 17	60
Figura 18	61
Figura 19	61
Figura 20	62
Figura 21	62
Figura 22	63
Figura 23	64
Figura 24	64
Figura 25	65
Figura 26	66
Figura 27	66
Figura 28	67
Figura 29	67
Figura 30	68
Figura 31	68

Figura 32	69
Figura 33	70
Figura 34	70
Figura 35	71
Figura 36	72
Figura 37	73
Figura 38	73
Figura 39	74

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

APS: Atención Primaria de Salud

CEAS: Centros de Acción Social

CRA: Centros Rurales Agrupados

EASS: Equipos de Atención Sociosanitaria

ECB: Equipos de Coordinación de Base

ESDCP: Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos

FITS: Federación Internacional de Trabajo Social

INE: Instituto Nacional de Estadística

IVE: Interrupción Voluntaria de Embarazo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PADC: Programa de Atención Domiciliaria Compartida

SACYL: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

SNS: Sistema Nacional de Salud

RESUMEN

El Trabajo Fin de Grado realizado explora la importancia y las funciones de los Trabajadores Sociales Sanitarios en contextos rurales, tomando como caso de estudio la provincia de Soria en Castilla y León. Este estudio busca destacar la figura del Trabajador Social Sanitario, cuya labor se centra en abordar problemáticas sociosanitarias en zonas con limitados recursos y una notable despoblación. Se analiza cómo los trabajadores sociales coordinan servicios y recursos para mejorar el bienestar de las comunidades rurales, enfrentándose a desafíos como la falta de infraestructuras, envejecimiento poblacional y escasez de servicios básicos como educación, atención médica y transporte.

La investigación incluye una encuesta a los diez Trabajadores Sociales Sanitarios de la provincia de Soria, con el objetivo de evaluar su rol, coordinación con otros profesionales y la eficacia de los recursos disponibles. Los resultados, presentados mediante gráficos, reflejan las percepciones y experiencias de estos profesionales.

El estudio concluye que el trabajador social sanitario es crucial para equilibrar las relaciones entre salud y problemas sociales, ofreciendo apoyo en la toma de decisiones y fomentando la recuperación y adaptación social de los usuarios. Se subraya la necesidad de visibilizar y reforzar este rol en el sistema sociosanitario rural para mejorar su efectividad y reconocimiento profesional.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social Sanitario, Servicios Sociosanitarios, Ámbito rural de Castilla y León, Soria, Encuesta

ABSTRACT

The Final Degree Project completed explores the importance and functions of Health Social Workers in rural contexts, taking the province of Soria in Castilla y León as a case study. This study seeks to highlight the figure of the Health Social Worker, whose work focuses on addressing social health problems in areas with limited resources and notable depopulation. It analyzes how social workers coordinate services and resources to improve the well-being of rural communities, facing challenges such as lack of infrastructure, aging populations, and shortages of basic services such as education, health care, and transportation.

The research includes a survey of ten Social Health Workers in the province of Soria, with the aim of evaluating their role, coordination with other professionals and the effectiveness of the available resources. The results, presented through graphs, reflect the perceptions and experiences of these professionals.

The study concludes that the health social worker is crucial to balance the relationships between health and social problems, offering support in decision-making and promoting the recovery and social adaptation of users. The need to make visible and reinforce this role in the rural socio-health system to improve its effectiveness and professional recognition is highlighted.

KEY WORDS

Health Social Work, Socio-health Services, Rural area of Castilla y León, Soria, Survey

1. INTRODUCCIÓN

Los trabajadores sociales sanitarios en los entornos rurales tienen un papel muy importante dentro del Sistema Sanitario, ya que tienen la función de abordar los problemas sociosanitarios de las poblaciones rurales, así como integrar los factores económicos, sociales y culturales en la gestión de servicios de atención médica, interviniendo junto a los equipos profesionales para ofrecer una atención integral a cada usuario, familia o comunidad (Moreno, 2011).

La investigación desarrollada a continuación va dirigida a los trabajadores sociales sanitarios pertenecientes a la provincia de Soria. Su experiencia sobre el desarrollo de su actividad laboral ha proporcionado datos muy valiosos para poder comprender las funciones y la labor que tiene el Trabajador Social sanitario en las zonas rurales.

Posteriormente se analizarán los resultados obtenidos del estudio realizado mediante gráficos, donde se podrá observar si los objetivos y las hipótesis son cumplidas.

Debido a la despoblación que acecha los entornos rurales, el Trabajador Social se ha convertido en un factor fundamental ante las problemáticas sociosanitarias y la escasez de recursos de las comunidades rurales. La labor del Trabajador Social Sanitario en el medio rural interviene en la interrelación existente entre los problemas sociales y el proceso de salud enfermedad, ya que hay enfermedades provocadas por los problemas sociales, y hay problemas sociales que se han producido porque detrás hay un importante problema de salud. De ahí la importancia de la figura del Trabajador Social en los Equipos de Atención Primaria, para buscar ese equilibrio entre salud y enfermedad. El Trabajador Social Sanitario estudiará la problemática social que se origina por los problemas de salud como consecuencia de una dificultad social latente.

El Trabajo Social Sanitario se encuentra en continua evolución y su praxis debe adaptarse a las características de la sociedad y responder a las necesidades de la población con la que trabaja. Dicha figura en muchas ocasiones es desconocida, por lo que mediante estudio es importante saber la opinión que tienen los trabajadores sociales sobre este fenómeno.

1.1. Justificación

El tema escogido para el Trabajo de Fin de Grado es “El Trabajador Social sanitario en el ámbito rural”. El motivo de la elección de este tema es para conocer la figura del Trabajador Social sanitario en el ámbito rural y poder dar visibilidad a la gran labor que llevan a cabo y que muchas veces es desconocida.

El Trabajo Social Sanitario, lleva años reivindicando su lugar y sus funciones dentro del Sistema Sanitario, pues hoy en día todavía es necesario abrirse camino para obtener una mayor gratitud personal, social, profesional e institucional. Existe unos mitos que se relacionan con el Trabajo Social muchos de ellos fomentados por los medios de comunicación, cine, etc. llevando a una imagen equivocada de la profesión. lo que dificulta el conocimiento del trabajo social en todos los ámbitos.

El Trabajo Social Sanitario en el entorno rural se diferencia con el ejercicio profesional en otro entorno por unas importantes funciones de ayuda y/o apoyo a individuos y familias, en los que existen, además de otros problemas sociales, dificultades de salud. Por lo que sus intervenciones van orientadas a su recuperación y adaptación social, centrando su praxis en lograr el bienestar del usuario, teniendo en cuenta y respetando su propia autodeterminación. El Trabajador Social Sanitario ayudará a las personas en la toma de decisiones que logren los cambios necesarios y encaminarlos a su bienestar social.

Por lo que a lo largo del estudio se realizará una investigación sobre el papel del Trabajador Social sanitario en el ámbito rural de Castilla y León, a través de una encuesta realizada a los diez profesionales sociales sanitarios de la provincia de Soria. La muestra del estudio realizado corresponde a seis trabajadores sociales sanitarios de atención primaria y a cuatro correspondientes a atención especializada de la provincia de Soria.

Se decide hacer un estudio de los trabajadores sociales sanitarios de la provincia de Soria, debido al conocimiento de una profesional social sanitaria de atención primaria que trabaja en las zonas rurales de Soria, por lo que se encontraba una oportunidad para hacer llegar la encuesta a la totalidad de los profesionales sanitarios de dicha provincia. La opinión del Trabajador Social Sanitario en el medio rural de Soria es fundamental para conocer la

realidad con la que se encuentra en el desarrollo de su actividad laboral, dando visibilidad a las dificultades con las que lidian en el día a día, bien por las características de la propia población, como la falta de recursos existentes en el medio rural.

1.2. Objeto y finalidad.

En las zonas rurales, muchas veces existe una falta de recursos e infraestructuras debido a la escasez de habitantes y al fenómeno “España vaciada”. Los habitantes que viven en estas zonas sufren en la mayoría de los casos un acceso limitado a servicios básicos:

- Educación: en la inmensa mayoría de las localidades de la España Vaciada, no existe ningún centro educativo, ni tan siquiera una unidad educativa. En alguna localidad pequeña, existen todavía Colegios Rurales Agrupados que, en alguna ocasión, cuentan con unidades que dependen de los mismos, en algún pueblo cercano. En la provincia de Soria, por poner un ejemplo extremo de la provincia con menor densidad de población de España, existen tan solo diez Colegios Rurales Agrupados, repartidos entre las más de 500 localidades que tiene la provincia, que se integran en los 183 municipios que componen la misma.

- Atención médica: en la mayoría de los pueblos no hay centro de salud, solo un médico que proporciona consultas un día o dos a la semana, o mediante la cita previa para que los profesionales se desplacen a demanda esos días establecidos de consulta o en caso de que surjan urgencias, que se atienden siempre que eso ocurre. En cuanto a los puntos de atención continuada, lo que conocemos como servicio de urgencias, en la mayoría de las Zonas básicas, se encuentran ubicadas en el Centro de Salud y como mucho en otra localidad para facilitar a la población el acercamiento a este servicio, pues tienen más opción para que se acerquen al punto de atención más cercano a su pueblo.

Siguiendo con el ejemplo de la provincia de Soria, para atender a los más de quinientos núcleos de población que integran la misma, existen tan solo doce centros de atención primaria, desde los cuales los profesionales sanitarios se desplazan para pasar consulta en los distintos consultorios médicos de los pueblos a los que atienden.

- Transporte: inexistencia de transporte público o mala combinación de este, con escasos horarios y mala comunicación. No hay estación de autobuses, sino una marquesina que en ocasiones se encuentra a la entrada del pueblo o alejada del mismo, pues muchas están en el cruce con la carretera nacional.
- Empleo: puede ser muy limitado por la falta de puestos públicos o empresas de contratación.
- Envejecimiento de la población: en las zonas rurales abundan las personas mayores, debido a que las personas jóvenes se ven obligadas a mudarse a las zonas urbanas para buscar trabajo o una adecuada educación.

Los trabajadores sociales en estas zonas rurales tienen que desplazarse por todos los pueblos en los que no hay asistencia continuada, ya que en muchas ocasiones los usuarios son personas mayores que no disponen de medios de locomoción para trasladarse a las localidades donde se encuentran los puntos de atención de los trabajadores sociales sanitarios. Por lo que además de atender en los centros de salud u hospitales, tienen que estar continuamente moviéndose por las zonas rurales para garantizar la mejor atención, utilizando su vehículo propio. El papel del Trabajador Social sanitario es fundamental en el ámbito rural ya que sus funciones son muy extensas, variadas, y poco visibilizadas.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivos generales:

- Investigar y comprender el rol del Trabajador Social Sanitario en el entorno rural de Castilla y León.
- Divulgar y visibilizar sobre las funciones del Trabajador Social Sanitario en el ámbito rural en Castilla y León.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar los sectores de intervención prioritarios para el Trabajador Social Sanitario en el entorno rural de Castilla y León.
- Identificar las principales labores desarrolladas por los Trabajadores Sociales Sanitarios de la provincia de Soria.
- Conocer y comprender la coordinación de los Trabajadores Sociales Sanitarios de la provincia de Soria con otros profesionales de su respectivo centro.
- Investigar y conocer los recursos sociosanitarios del ámbito rural en Castilla y León, más concretamente en la provincia de Soria.
- Descubrir e interpretar si la carga laboral del Trabajo Social Sanitario en el ámbito rural es adecuada o excesiva para su tarea profesional.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajo Social.

2.1.1. Definición.

Según la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) “El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas”.

Por lo tanto, el Trabajo Social interviene y evalúa las necesidades sociales de los usuarios, promoviendo una mejora en sus situaciones-problema, para lograr el bienestar y la autonomía de estos.

A lo largo de la historia, los problemas sociales han ido evolucionando, ya que a medida que la sociedad va avanzando, muchas personas no son capaces de ir al mismo ritmo que esos cambios, por lo que se van creando necesidades sociales nuevas.

Para remontarnos en las primeras pioneras del Trabajo Social, encontramos a Mary Richmond, quien ya definió el trabajo social de casos como “la ciencia de la relación entre el Trabajador Social y el individuo” (1917).

Otra pionera muy importante fue Jane Addams, quien definió: "El trabajo social es la aplicación de los principios de la democracia a la vida diaria" (1902).

Décadas más tarde, Eileen Younghusband (1971) definió: "El trabajo social es una profesión basada en la práctica y la teoría, que busca promover el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para mejorar su bienestar".

Terry Mizrahi y Larry Davis crearon la enciclopedia del Trabajo Social donde escribieron: “El trabajo social es una profesión comprometida con la justicia y el cambio social Su objetivo es mejorar la vida de las personas y las comunidades mediante la

resolución de problemas, la promoción del bienestar y el empoderamiento de los individuos” (2008).

2.1.2. Funciones del Trabajador Social.

El Consejo General del Trabajo Social define,

” La profesión de trabajador/a social se fundamenta en: una aplicación técnica de conocimientos propios y peculiares, una clara afectación del interés general y de los derechos sociales de los/as ciudadanos/as, y una necesidad evidente de que exista un control deontológico de la profesión que debe ser desempeñado por los Colegios Profesionales”.

El Trabajador Social juega un papel esencial en el ámbito social de las personas, brindando servicios en áreas como la salud, la educación, la socialización, el ocio y la cultura. A continuación, presento algunas de las funciones principales que desempeñan los trabajadores sociales según autores:

La pionera Helen Harris Perlman expone en su libro “Social Casework: A Problem-Solving Process”, que las funciones del Trabajador Social más representativas se basan en el diagnóstico social para comprender situaciones problemáticas de los usuarios, el tratamiento social para desarrollar intervenciones que puedan abordar las necesidades detectadas, y el seguimiento y evaluación del progreso del usuario para modificar la intervención cuanto se necesite (1957).

El autor contemporáneo Malcolm Payne define en su libro “The Origins of Social Work”, que las funciones de los profesionales sociales se centran en la promoción del cambio social, trabajando con individuos y comunidades para investigar las causas de sus problemas sociales; brindar apoyo emocional y asesorar a los usuarios y familias para que puedan encarar las dificultades; planificar y coordinar los servicios y prestaciones para proporcionar una atención integral a los usuarios.

El escritor Frederic G. Reamer, explica en su libro “Social Work Values and Ethics”, que el Trabajador Social tiene que actuar siguiendo sus principios éticos y sus valores profesionales; debe gestionar cada caso y solventar cada crisis, manejando cada situación, evaluando y gestionando los riesgos de los usuarios; y debe colaborar con otros profesionales para conseguir una atención integral y coordinada de cada caso (2013).

2.1.3. Código Deontológico de Trabajo Social.

Cómo se define en el Artículo 1 del Código Deontológico de Trabajo Social: “El presente Código Deontológico es el conjunto de valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional de los/las trabajadores/as sociales en el Estado español.”

Fue en mayo de 1996 cuando el Código Deontológico se aprobó en la Asamblea General de Colegios Oficiales, con motivo de solucionar los posibles problemas éticos surgidos durante el desempeño de la actividad laboral de los profesionales.

La Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales aprobó el 29 de mayo de 1999, el primer Código Deontológico de Trabajo Social.

En mayo de 2010, se convocó una Comisión Deontológica por parte del Consejo General del Trabajo Social, donde se llevó a cabo la modelación de las normas deontológicas, actualizándolas y adaptándolas a los nuevos tiempos.

El Código Deontológico de Trabajo Social está dividido en un preámbulo, cinco capítulos y una disposición final. El capítulo está formado por una descripción del código y el ámbito de aplicación que tiene. El segundo capítulo habla sobre la aplicación de sus principios generales de la profesión. A continuación, el capítulo tres expresa los derechos y deberes que los trabajadores sociales deben seguir, así como la relación con el usuario, con otros profesionales y con las instituciones. El capítulo cuarto trata sobre los temas de confidencialidad y secreto profesional. El quinto capítulo ofrece una explicación sobre las comisiones deontológicas. Por último, se encuentra la disposición final y su entrada en vigor.

Los principios básicos que se recogen en este código son los de dignidad, libertad e igualdad, y de los cuales derivan los principios generales: respeto activo, aceptación de la persona, superación de categorizaciones, ausencia de juicios de valor, individualización, personalización, promoción integral de la persona, igualdad de oportunidades, derechos, equidad y participación, solidaridad, justicia social, reconocimiento de derechos humanos y sociales, autonomía, autodeterminación, responsabilidad y corresponsabilidad, coherencia profesional, colaboración profesional e integridad.

Los trabajadores sociales tienen que regir todos los artículos recogidos en este Código Deontológico en el ejercicio de su actividad para poder proporcionar la mejor atención posible a cada usuario.

2.2. Trabajo Social Sanitario.

2.2.1. Definición.

El Trabajo Social Sanitario es una especialidad dentro del Trabajo Social que interviene en las necesidades sociales y emocionales de los usuarios y sus familias dentro del ámbito de la atención médica y la salud, con el fin de mejorar su bienestar físico, psicológico y social.

Dentro del oficio del Trabajo Social, se encuentra la especialidad de Trabajo Social Sanitario, el cual se encuentra en el Sistema sanitario, que se divide en atención especializada, atención primaria y atención sociosanitaria. (Masfret, 2010)

“El Trabajo Social en el ámbito de la salud es la actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.” (Saavedra, 2016, p. 174)

Esta especialidad, dentro de la profesión del Trabajo Social, fomenta la promoción de la salud, ayuda a prevenir afecciones, actúa en problemática para lograr el bienestar de familias y usuarios dentro de la atención médica. (Malcolm, 2005)

El Trabajo Social Sanitario durante el desarrollo de su actividad, debe lidiar con los obstáculos, tanto estructurales como culturales, para poder proporcionar el acceso equitativo de los servicios sanitarios a los colectivos más vulnerables. (Delgado, 1999)

2.2.2. Origen del Trabajo Social Sanitario y la Atención Primaria de Salud.

El Trabajo Social Sanitario surge en el siglo XIX, cuando las primeras formas organizadas de Trabajo Social surgieron para dar respuesta a las necesidades de pobreza, enfermedad y desigualdad de la población.

El Trabajo Social, surgió de la mano de la medicina, facilitando una atención directa al usuario, proporcionando apoyo emocional y teniendo un contacto directo a los usuarios y familias que estuvieran pasando por una enfermedad, asesorando en las nuevas circunstancias surgidas.

A comienzos del siglo XX, el Trabajo Social en el ámbito sanitario comenzó a desarrollarse gracias a personas como Mary Richmond y Florence Nightingale que comienzan el movimiento de la reforma sanitaria, donde destacó la mejora de condiciones en la salud pública para todos los ciudadanos.

En la primera mitad del siglo XX, surgieron los primeros departamentos de Trabajo Social en los hospitales, donde se ayudaban a los pacientes y sus familiares a resolver sus problemáticas. Fue en 1905, cuando el Dr. Richard C. Cabot solicitó la ayuda de una trabajadora social para constituir el primer Departamento de Servicio Social en el Hospital General de Massachusetts de Boston.

En consecuencia, a estos acontecimientos, se formalizó la profesión de Trabajo Social y se crearon escuelas de Trabajo Social para impartir las prácticas profesionales.

En España, no sería hasta 1932 cuando el Dr. Roviralta propulsó la primera escuela de asistentes sociales en Barcelona.

En los años 50, se crean los Servicios de Asistencia Social en los hospitales y poco después las primeras Asociaciones Profesionales de Asistentes Sociales, lo que sería tiempo más tarde los Colegios Profesionales. En el año 1958, se celebraron en Barcelona las Jornadas de estudio sobre “El Servicio Social en el Hospital”.

Alrededor de los años 60, los primeros trabajadores sociales empezaron a trabajar en hospitales y dispensarios, tramitando ingresos y gestionando recursos de los pacientes.

En el año 1978, aconteció la declaración de Alma Ata, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificó el término de salud, incluyendo el factor social en la definición. Este hecho marcó el Trabajo Social como parte fundamental para atender esa parte social e los pacientes y cubrir así ese concepto nuevo de salud.

En 1984 a causa de la reforma psiquiátrica, El Trabajo Social Sanitario tuvo una gran importancia en los servicios de salud mental, debido a que fueron incluidos en los equipos multiprofesionales de salud mental.

En el año 1986, se inaugura en Zaragoza las “Primeras Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud” donde surge la “Asociación Española de Trabajo Social y Salud”.

A lo largo de los años, el Trabajo Social en el ámbito sanitario ha ido aumentando y desarrollándose a medida que los problemas sociosanitarios han ido cambiando en el transcurso del tiempo.

La Atención Primaria de Salud (APS) corresponde al nivel básico de asistencia sanitaria. Surge a consecuencia de dos movimientos internacionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud transcurrida en Alma-Ata (Kazajistán), nace la Declaración de Alma-Ata. En este documento se resalta la importancia de la Atención Primaria de Salud, así como los valores de la justicia social, la participación en la comunidad, la solidaridad, la equidad, etc. Esta declaración marcó un hito que fue de gran importancia para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en el resto de los países.

No fue hasta la década de 1980 cuando la Atención Primaria de Salud tuvo su origen en España. La Atención Primaria de Salud fue reconocida como un nivel de atención primario gracias a la Ley General de Sanidad en 1986, donde también surgió el Sistema Nacional de Salud (SNS). Con esa ley los trabajadores sociales comenzaron a unirse a los equipos de atención primaria de salud, ya que hasta ese momento se encontraban en hospitales y salud mental. A partir de este hecho, los trabajadores sociales sanitarios pertenecientes a atención primaria se centraban en la intervención de problemáticas psicosociales de los pacientes y sus familias, así como la intervención comunitaria. (Tellaache, 1990)

No fue hasta años más tarde donde surge la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se incluye al Trabajo Social dentro de la Atención Primaria.

2.2.3. Funciones del Trabajador Social sanitario.

El Trabajador Social sanitario tiene un papel muy importante en la atención médica, debido a que interviene en las necesidades sociales, emocionales y sociosanitarias de los usuarios y familiares. Algunas de sus actuaciones son las siguientes:

- Realizar diagnósticos de los usuarios y sus familias.
- Evaluar las redes sociales de los usuarios y sus factores de riesgo.
- Gestionar los recursos disponibles.

- Asesorar a los usuarios y familiares y ofrecer apoyo emocional para afrontar el diagnóstico médico, así como sus tratamientos.
- Coordinación con otros servicios u otros profesionales.
- Tareas de docencia entre los profesionales de trabajo social y sanitarios y colaboración en la formación pregrado y postgrado de profesionales sociosanitarios.
- Investigación sobre temas sociosanitarios.
- Trabajo comunitario en el desarrollo de programas en las comunidades locales.
- Realización de visitas domiciliarias, para valorar las condiciones de vida de las personas, que ayuda al diagnóstico social.
- Miembros del Consejo de Salud de Zona: el Trabajador Social de atención primaria asume las funciones de secretaria del Consejo, ocupándose de la organización, convocatorias y realizar el acta de las reuniones.
- Realización de informes sociales a petición de autoridad judicial, servicios de protección a la infancia o de otros organismos oficiales.

2.2.4. Estructuras de coordinación sociosanitaria en Castilla y León.

Son los órganos que facilitan la cooperación entre los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales y son el concerniente en el territorio de la Comunidad Autónoma, de cuantas comisiones u órganos existen o pueden crearse. Sirven para Garantizar que los usuarios reciban la mejor asistencia para cada situación, de manera que se les facilite una atención integral.

En la comunidad autonómica de Castilla y León las estructuras de coordinación sociosanitaria son las siguientes:

- Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia: su función es coordinar las actuaciones en materia de servicios sociales, las políticas y la atención a la dependencia en Castilla y León. Está formado por representantes de la administración local y autonómica, y por el tercer sector.

- Comisiones de Coordinación Sociosanitaria: en estas comisiones se establecen protocolos de actuación, y se tratan temas sobre la continuidad de cuidados, la coordinación de recursos y la atención a personas con problemáticas complejas. Las forman representantes de salud y de servicios sociales para coordinar y evaluar las actuaciones sociosanitarias conjuntas. Estas comisiones son a nivel autonómico y local.

- Equipos de Coordinación de Base (ECB): son las estructuras de coordinación básicas, que prestan atención directa a los ciudadanos. Gestionan los casos sociosanitarios y detectan necesidades de mejora tanto de los procesos como de los servicios y recursos. Actualmente hay 191 ECB configurados en Castilla y León.

Han sido reuniones periódicas en las que se tratan casos de personas que presentan problemática social y sanitaria de forma simultánea y, requieren la intervención conjunta de los profesionales de ambos sistemas, el de salud y el de servicios sociales, para solucionar o mejorar su situación. Utilizan una metodología de trabajo a través de la gestión por procesos y como herramienta de trabajo se utiliza la Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria, que actualmente está integrada en el sistema informático GASS. Hay que decir que en este momento no están funcionando, al menos en la provincia de Soria.

- Red de Equipos de Atención Sociosanitaria (EASS): lo forman equipos multidisciplinares tanto de profesionales de salud como de trabajadores sociales. Su objetivo es proporcionar atención integral a los usuarios, garantizando una atención coordinada y centrada a las necesidades de cada problemática.

- Programa de Atención Domiciliaria Compartida (PADC): en este programa se coordinan los Servicios Sociales y los servicios de Atención Primaria de Salud para ofrecer atención domiciliaria a personas mayores y personas dependientes, evaluando sus necesidades y planificando una intervención conjunta.

Estas estructuras de coordinación sociosanitaria ayudan a proporcionar una atención integral a los usuarios y sus familias, fomentando la colaboración entre distintos profesionales de la salud para dar la mejor atención.

2.2.5. Protocolos de coordinación sociosanitaria en Castilla y León.

La coordinación sociosanitaria en Castilla y León está formada por el trabajo conjunto de los servicios de salud y los Servicios Sociales para cubrir las necesidades sociosanitarias de los usuarios. Algunos protocolos de coordinación son los siguientes:

- Protocolo de Coordinación Sociosanitaria para la Atención a Personas con Dependencia: marca los criterios de coordinación entre los Servicios Sociales y los servicios de salud para la atención de personas en situación de dependencia. Establece los criterios de derivación, los mecanismos de comunicación y las responsabilidades de los profesionales.
- Protocolo de Coordinación entre Atención Primaria y Servicios Sociales: establece los procedimientos de coordinación entre los Servicios Sociales municipales y los equipos de Atención Primaria de salud. Marca los criterios de colaboración entre los profesionales para ofrecer la mejor atención al usuario.
- Protocolo de Coordinación Sociosanitaria en el Ámbito Hospitalario: define las actuaciones de coordinación entre los servicios hospitalarios y los Servicios Sociales para garantizar una atención adecuada durante el ingreso hospitalario del usuario y su posterior salida del hospital. Define los procedimientos, valoración sociosanitaria, recursos disponibles, etc.
- Protocolo de Coordinación en el Ámbito de la Salud Mental: establece los procedimientos entre los Servicios Sociales y los servicios de salud mental para garantizar una intervención adecuada con personas que sufren enfermedades de salud mental. Define los mecanismos de colaboración entre los profesionales para ofrecer la mejor actuación.

2.3. Trabajo Social en el ámbito rural.

2.3.1. Definición

El Trabajo Social en el ámbito rural hace referencia a la labor que realizan los trabajadores sociales en las zonas rurales, donde las condiciones geográficas, socioeconómicas y culturales pueden ser muy distintas.

Los trabajadores sociales en las zonas rurales hacen frente a problemáticas fundamentalmente relacionadas con la posible escasez de recursos y la despoblación.

En algunas zonas rurales, la asistencia médica puede ser muy limitada, debido a la falta de centros médicos en muchos pueblos pequeños, por lo que las personas se ven obligadas a trasladarse en busca de asistencia médica a pueblos más grandes o a las capitales. Esto puede ocasionar un problema ya que la mayoría de la población son personas mayores y pueden no tener la misma facilidad para desplazarse de su municipio.

2.3.2. Papel del Trabajador Social en el ámbito rural.

El papel del Trabajador Social en el ámbito rural es muy importante para cubrir las necesidades sociales y fomentar el bienestar de los ciudadanos en las zonas despobladas o alejadas de los núcleos grandes de población. Las funciones que desempeñan los trabajadores sociales en las entidades locales son las siguientes:

- Visitas domiciliarias para valorar las condiciones de la vivienda o porque el usuario no puede desplazarse a los centros de asistencia.
- Evaluación y diagnóstico de las problemáticas de los usuarios para determinar posibles soluciones.
- Apoyo psicosocial a usuarios y familias.
- Información de derechos y tramitación de recursos sociales.
- Coordinación con profesionales, instituciones y agentes sociales.

- Animación comunitaria.
- Gestión, tramitación y seguimiento de la Ley de Dependencia.
- Intervención con grupos de población.
- Conocimiento de los recursos existentes en la zona de trabajo.
- Prevención de la exclusión social.
- Atención de las problemáticas socioeconómicas de las familias.

2.3.3. Características y factores más destacados que afectan a la población del entorno rural en Castilla y León.

Castilla y León, es la región más grande de España, con 94.226 km de superficie. Como ocurre en todo el interior peninsular, está afectada por el fenómeno de la despoblación, acuciado por la emigración a entornos urbanos industrializados, que se acentúa a partir de la década de 1960.

Tal como describe el Informe Anual de Indicadores 2022, del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (2023), el medio rural en España engloba al 81,9% de los municipios del país, y los municipios de menos de 5.000 habitantes, suponen el 78% del total. En esos municipios de pequeño tamaño están censadas 4.465.098 personas, en el último padrón del INE de 2022. Es significativo que, mientras la población de España no ha parado de crecer en los últimos años, a pesar de las últimas crisis económicas, (entre 2013 y 2022 lo ha hecho en un 0,7%, hasta llegar a los 47,78 millones de habitantes), la población en el medio rural ha descendido en ese mismo tramo en un 5,5%.

Esta situación, es especialmente común en algunas regiones del interior de España. Una de ellas, es Castilla y León, donde la mayoría de los núcleos de población son de reducido tamaño y población, y esto hace que el mapa poblacional que hoy tenemos, tras el éxodo rural que se ha producido a lo largo del siglo XX, sea de una población escasa, envejecida y dispersa. Se estima, según datos de 2022, que, en el medio rural de Castilla y León, viven algo más de 800.000 personas, lo que supone el 37% del total, siendo la tercera comunidad con población rural tras Andalucía y Castilla-la Mancha (Ministerio de

Agricultura, Pesca y Alimentación, 2022). El envejecimiento de la población se manifiesta en que sólo existe una tasa de 29.2 habitantes menores de 15 años por cada 100 mayores de 65. Los datos generales de extensión territorial y población son los siguientes:

- 94.226 km².
- De 2.248 Municipios, 58 > 5.000 hab y 262 > 1.000 hab.
- España: 1.036 municipios <101 habitantes. Castilla y León: 625 municipios <101 habitantes.
- España: 2.750 municipios <500 habitantes. Castilla y León 1747 municipios <500 habitantes.

En cuanto a los datos porcentuales de municipios poco poblados en Castilla y León, y de densidad de población comparada con la de España y Europa, destacamos estos datos:

- 47% de los núcleos de población < 50 hab.
- 65% de los núcleos de población < 100 hab.
- 84% de los núcleos de población < 250 hab.
- Densidad CYL: 25,29 hab/km².
- Densidad España: 94 hab/km².
- Densidad Europa: 109 hab/km².

Como se puede observar, alrededor del 60% de los municipios que hay en España que no superan los 500 o incluso los 100 empadronados, se encuentran en la comunidad de Castilla y León.

2.3.4. Recursos disponibles en el ámbito rural de Castilla y León.

Esta situación, en la que nos encontramos con una población envejecida, escasa y dispersa, hace que los recursos básicos en materia escolar, sanitaria o de transportes, y la forma en que se prestan determinados servicios básicos, tanto públicos como privados, se peculiar en el vasto medio rural de nuestra comunidad. Hablamos de algunos de ellos de forma detallada.

- **Transporte regular**

En Castilla y León, existen en total 786 rutas de transporte regular. Estas, conectan las capitales de provincia entre sí, o con capitales de provincia de Comunidades Autónomas limítrofes, y las cabeceras comarcales, así como algunos núcleos de población, con las capitales provinciales. También existe alguna ruta menor, que conecta algún núcleo de la población pequeño, con su cabecera comarcal. De estas rutas, más del 60% tienen menos de 5.000 usuarios al año. Para que el resto de los pueblos puedan estar conectados con su centro de servicios de referencia (ya sea una cabecera comarcal o una capital de provincia), la Junta de Castilla y León creó hace unos años el servicio de transporte a la demanda. La finalidad es que puedan, al acceder a su localidad grande de referencia, acceder a los servicios básicos, y cubrir así sus necesidades cotidianas: sanitarias, comerciales, administrativas, laborales, formativas, bancarias, educativas, de ocio, etc.

Tal como dice el propio documento “La mayor parte de los pueblos que se incluyen en el transporte a la demanda tienen el centro médico en la localidad destino de los servicios y, dado el envejecimiento de la población del medio rural, las visitas al médico y la realización de pruebas son muy frecuentes. Puesto que el principal objeto de desplazamiento son las razones sanitarias, es de gran importancia garantizar este servicio esencial. Tanto es así, que uno de los parámetros más importantes, a la hora de fijar los horarios de los servicios de transporte, son los horarios de consulta, extracciones de sangre y especialidades médicas de los Centros de Salud o de determinados Hospitales” (Junta de Castilla y León, 2023, p. 26). También destaca este mismo informe que “Los horarios y los días en los que se llevan a cabo expediciones hacia la localidad destino de los servicios se han hecho coincidir con tres situaciones principalmente: los días de extracción de sangre, de consulta y el día de mercado, con el fin, en este último caso, de asegurar a los vecinos el acceso a los productos y a la alimentación” (Junta de Castilla y León, 2023, p. 26). Es una modalidad de transporte público, en la que existen unas líneas de transporte, pero en las cuales, el vehículo que lo efectúa sólo viaja en el caso de que haya usuarios disponibles. Está pensado para aquellos núcleos de población en los que la afluencia de viajeros es realmente baja. Existen 1959 rutas en servicio, las cuales atendieron a 309.404 pasajeros en 2022.

- **Educación Básica**

Otro servicio esencial que la Junta de Castilla y León mantiene y proporciona de forma gratuita, es el educativo, a través de la amplia red de Centros de Educación Primaria y Secundaria que hay en la Comunidad. Existen también, para las zonas más despobladas en las que el número de alumnos es reducido, los Colegios Rurales Agrupados de Educación Infantil y Primaria. En cuanto a la Educación Secundaria, se imparte en centros educativos ordinarios, de modo que los alumnos tienen que desplazarse mediante transporte escolar gratuito hasta la cabecera comarcal más próxima.

Alonso (2022) afirma lo siguiente: “De los 1.045 centros públicos de educación obligatoria de Castilla y León, unos 178 son Centros Rurales Agrupados. Estos lugares, que se establecieron por primera vez en 1986, se caracterizan por ser un colegio único con “sedes” en distintas localidades y estar dirigidos para educación primaria, de 3 a 12 años”.

Los centros rurales agrupados de Castilla y León, en línea con el descenso de población y el envejecimiento de esta, que se produce de forma generalizada, también han visto una merma en el número de alumnos, lo que ha producido que muchas unidades, incluso muchos centros, hayan cerrado sus puertas.

Aunque el requisito de alumnos mínimos para mantener una unidad abierta se ha reducido de cuatro a tres en los últimos años, muchas aulas han ido cerrando progresivamente, pues en esos pueblos ni siquiera se consigue ese número mínimo de alumnos, los cuales se desplazan mediante el transporte escolar gratuito, a la cabecera del CRA más cercano, o al centro ordinario de la cabecera comarcal más próxima.

Como se ha señalado, para garantizar el derecho universal a la educación, y teniendo en cuenta que en muchos de nuestros pueblos no existe un mínimo de alumnos para tener ni tan siquiera un Centro Rural Agrupado en funcionamiento, existe el servicio de transporte escolar gratuito, que desplaza a los alumnos o bien hasta el aula más cercana de algún CRA, o de algún centro ordinario de enseñanza Primaria o Secundaria.

Actualmente, existen 1.047 rutas escolares en toda la Comunidad, además de 868 dentro del sistema de Prestación Conjunta, lo cual suma un total de 1.915 rutas escolares en el medio rural, que sirven a 33.000 alumnos en toda Castilla y León.

- **Sistema público de salud**

Según la Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León, documento configurado por la Junta de Castilla y León (2007), el sistema público de Salud de Castilla y León está formado por una red de hospitales, centro de salud y consultorios médicos, que se integran en 11 Áreas de Salud, las cuales se subdividen en 248 zonas de salud básica, de las cuales 157 son de tipo rural. Estas zonas básicas de salud quedan repartidas de la siguiente manera: 18 en el Área de Salud de Ávila, 21 en el Área de Salud de Burgos, 18 en el Área de Salud de León, 6 en el Área de Salud de El Bierzo, 14 en el Área de Salud de Palencia, 22 en el Área de Salud de Salamanca, 12 en el Área de Salud de Segovia, 12 en el Área de Salud de Soria, 9 en el Área de Salud de Salud de Valladolid Oeste, 9 en el Área de Salud de Valladolid Este, y 15 en el Área de Salud de Zamora. En cada zona de salud básica, hay un centro de salud de referencia, que atiende las necesidades de atención primaria. Desde estos centros de salud, que en el medio rural se encuentran en cada una de las cabeceras comarcales, los médicos se desplazan para pasar consulta en cada uno de los consultorios médicos, que se encuentran en la mayoría de los pueblos, si bien es cierto que algunos pueblos con muy pocos habitantes no cuentan con consultorio y, en ellos, se realizan las consultas a domicilio. En los casos de los municipios próximos a las capitales de provincia, encontramos zonas básicas de salud, donde los centros de salud que atienden a esos pueblos se encuentran en las capitales de provincia, siendo centros de salud rurales, separados de los que atienden a la población urbana.

Además, cada zona de salud básica tiene un hospital de referencia, que suele estar las cabeceras de cada una de las 11 Áreas de Salud, que suelen coincidir con la capital de provincia, a excepción de Medina del Campo, Ponferrada, Aranda de Duero y Miranda de Duero, que también cuentan con hospital, aunque no con todas las especialidades. Donde se atienden las consultas con los médicos especialistas, y también los ingresos hospitalarios. Normalmente, los hospitales se encuentran en las capitales de provincia, a excepción de los de Medina del Campo, Aranda de Duero, Miranda de Ebro y Ponferrada. Esto hace que, en la mayoría de los municipios, el hospital de referencia se encuentre a una distancia considerable de los mismos, que puede rondar incluso los 100 kilómetros de distancia en algunos casos.

La forma en la que se garantiza el derecho universal a la sanidad es la presencia de ambulancias medicalizadas con sede en cada uno de los centros de salud de cada una de las zonas básicas de salud que atienden al medio rural, las cuales también se encuentran operativas por las tardes y en días festivos, a través del personal de urgencias de atención primaria. De esta manera, se puede acudir a atender a los enfermos en sus casas o, si es necesario, trasladarlos en estas ambulancias a los centros de salud de referencia, o al hospital de referencia. En horario diurno, también prestan servicio los cuatro helicópteros medicalizados con los que cuenta el sistema de salud de Castilla y León, con sedes en: Astorga, Burgos, Valladolid y Salamanca.

2.4. Trabajo Social Sanitario en el ámbito rural.

2.4.1. Definición.

Disciplina científica y profesional que se encarga de la intervención psicosocial en los problemas de salud de la población del medio rural. Se encarga del tratamiento de la problemática psicosocial que incide en el proceso salud-enfermedad de los individuos, familias o grupos.

Valora los efectos que provoca la enfermedad en el medio rural, a nivel personal, familiar y social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales, dotando de los medios necesarios para resolverlos o prevenirlos y elevar la calidad de vida del paciente y su familia.

2.4.2. Papel del Trabajador Social sanitario en el ámbito rural.

El papel de los profesionales sociales sanitarios en el ámbito rural es fundamental para afrontar las necesidades sociosanitarias de usuarios, familias y comunidades.

- Funciones Asistenciales mediante atención directa al individuo/familia a demanda del propio paciente o por derivación de otros profesionales del EAP (Equipo de

Atención Primaria). Otros niveles sanitarios (Salud Mental, Hospital), de la propia comunidad o instituciones.

- Gestión de casos: captación, valoración sociofamiliar y diagnóstico, elaboración de un plan de intervención y seguimiento de este.
- Funciones de investigación ya que el trabajo social integra su disciplina a los programas establecidos. Estudia e investiga, lo cual permite participar y publicar estudios interdisciplinarios o específicos de Atención Primaria, presentar ponencias, comunicaciones o posters en Congresos o Jornadas.
- Funciones de docencia, ya que participa en la formación continuada del Equipo de Atención Primaria, con sesiones clínicas, formativas o bibliográficas. También en la formación intraunidad de Trabajo Social, mediante sesiones de formación continuada que se programan de forma anual.
- Elaboración del diagnóstico social que permitirá el tratamiento integral del paciente y su familia.
- Valorar la interdependencia de factores físicos y sociales.
- Aportar las características del contexto social, para complementar el diagnóstico y tratamiento médico.
- El Trabajador Social en atención primaria de salud también colabora en las tareas de formación pregrado y postgrado de MIR (Médicos Internos Residentes) y EIR (Enfermeros internos Residentes).

En cuanto a los niveles de intervención en los que participa el Trabajador Social, podemos encontrar:

- Individual y familiar: Información, orientación y gestión al individuo y familia sobre prestaciones y recursos incluidos en el ámbito sociosanitario, que le permitan mejorar su situación.
- Grupal: Análisis de factores sociosanitarios que inciden en grupos determinados ubicados en la Z.B.S. (Zona Básica de Salud). Fomento de grupos de autoayuda.

- Comunitario: Elaborar el diagnóstico de salud de la ZBS y la guía de recursos sociosanitarios. Informar a la población sobre programas, derechos y deberes, recursos, actividades...etc. Participación en el Consejo de Salud.

2.4.3. Recursos disponibles en el ámbito sociosanitario rural de Castilla y León.

En cuanto a recursos sociosanitarios, “A gusto en casa”, Proyecto “Intecum” y “Protocolo + ELA”, son algunos proyectos de la Gerencia de Servicios Sociales, con SACYL y Junta de Castilla y León. Se trata de un modelo de intervención para la atención integral, coordinando los servicios sociales y sanitarios. Tienen una visión centrada en la persona, desde la cobertura de las necesidades hasta la exploración de su proyecto de vida, para planificar con la persona el plan de apoyos que necesite.

Hablaríamos de una atención proactiva, que trata de prevenir situaciones de crisis en hogares en riesgo. Se busca optimizar los recursos necesarios para que la persona pueda vivir en su domicilio si así lo desea.

Para su implantación tendríamos en cuenta el tipo de hogar del usuario, si es un hogar seguro: cuenta con adaptaciones y ayudas técnicas; o si es un hogar de riesgo; cuando una o varias personas se encuentran en situación vulnerable, con dependencia o discapacidad y no existe un cuidador adecuado que pueda prestar una atención suficiente y existe una clara necesidad de apoyos. Se trata de un hogar de riesgo básico cuando el usuario no tiene una dependencia para desarrollar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) o dependencia ABVD, pero con buen soporte para los cuidados que necesita y se trataría de un hogar en riesgo intenso cuando se evidencia una necesidad de dotar con apoyos generalizados cuando el usuario tiene una dependencia para las ABVD y existe una ausencia de soporte de cuidados suficientes. Si nos centramos en los cuidadores, tenemos que diferenciar entre cuidador viable y cuidador frágil.

El cuidador viable es cuando tiene cualidades para prestar los apoyos que necesitan las personas que presentan dependencias o enfermedades crónicas, para el cumplimiento de su proyecto de vida. También sería el cuidador que, aun no teniendo condiciones o

habilidades para el cuidado, sean capaces adquirirlas con formación. El cuidador viable no siempre realiza una atención suficiente, como se espera, sino que pueden no llegar a prestar la atención que se requiere.

El cuidador frágil es el que, por su avanzada edad, estado de salud, dependencia, discapacidad, condiciones emocionales o de otro tipo, no puede ofrecer los apoyos necesarios, pero sí que sería válido para apoyar o supervisar las tareas de cuidado.

En estos tres proyectos, habría varios profesionales implicados: Trabajador Social del CEAS, Trabajador Social de Salud, Profesionales Sanitarios y la Entidad Colaboradora que ejerce la función de Gestora de Caso, Siendo la Gerencia de Servicios Sociales quien recibe las derivaciones y quien se pone en contacto con la entidad gestora para la puesta en marcha de los mecanismos para prestar con prontitud los apoyos que necesita el usuario.

Para definir los apoyos, hablaríamos de una Cartera de Servicios pactada con la persona para el desarrollo de su proyecto de vida, individualizada y flexible. Esta Cartera de Servicios, es complementaria a las prestaciones de dependencia y a los apoyos informales y comunitarios que la persona y su entorno quieran y puedan ofrecer.

Los Servicios que se pueden solicitar son: Asistente personal, para tareas de acompañamiento, gestiones personales, tareas del hogar...; El servicio de ayuda a domicilio es compatible con un máximo de horas al mes de asistente personal. También se puede pedir teleasistencia básica o avanzada y se contempla la realización de obras de adaptación y accesibilidad en el domicilio.

En cuanto a la aportación económica del usuario, algunas van con arreglo a la calculadora que se utiliza para la Ley de dependencia y otras son gratuitas directamente como el alquiler de ayudas técnicas que asume enteramente la Junta de Castilla y León.

El Proyecto “A gusto en Casa” va dirigido a personas mayores de 18 años que viven en núcleos de población de menos de 20.000 habitantes y que tienen unas necesidades de apoyos por enfermedad, dependencia o discapacidad.

El Proyecto INTECUM va dirigido a personas con enfermedad incurable avanzada, con una esperanza de vida limitada y personas que sufren E.L.A. que residan en cualquier municipio de nuestra Comunidad Autónoma.

En las Áreas de Salud previamente explicadas de Castilla y León, se encuentran numerosos centros de salud, consultorios, residencias de mayores, centros de día y de noche, así como actividades comunitarias como talleres de memoria o campañas de prevención impulsadas por profesionales sanitarios.

2.4.4. Colectivos en los que interviene el Trabajador Social sanitario en la comunidad de Castilla y León.

En Castilla y León encontramos una población muy envejecida, por ese motivo el colectivo más atendido por los profesionales sociales sanitarios es el de las personas mayores. Las cuales en muchas ocasiones se encuentran solas y necesitan apoyo sociosanitario.

Otro colectivo muy atendido es el de las mujeres embarazadas, a las cuales, los trabajadores sociales ofrecen grupos de formación donde se les informa y se les apoya en esa etapa. También se les informa de los servicios y ayudas a las que pueden acceder.

Los inmigrantes también es un colectivo muy común. En este caso encontramos también los inmigrantes en situación de irregularidad y los solicitantes de protección internacional, a los que se le gestionan la tramitación de la tarjeta sanitaria. Asimismo, se les informa de los recursos a los que pueden acceder.

Los trabajadores sociales sanitarios también ofrecen apoyo a las personas dependientes, a los que se le tramita servicios o recursos a los que tienen derecho, así como si es el caso, se ofrece apoyo y formación a los cuidadores familiares.

Otros colectivos a los que se les ofrece apoyo son a los pacientes pluripatológicos, a los cuales se les proporciona ayuda para afrontar las situaciones de cada enfermedad. En cuanto a los enfermos incluidos en el servicio de cuidados paliativos, se les ofrece acompañamiento para encarar el proceso, así como un seguimiento de la enfermedad y como pueden afrontar cada situación.

Las víctimas de violencia de género también son intervenidas por los trabajadores sociales sanitarios, los cuales apoyan a la víctima a salir del proceso de violencia, así como ofrecer y asesorar en el comienzo de una nueva vida lejos de la violencia.

2.4.5. Procesos de atención primaria rural en los que participa el Trabajador Social en Castilla y León.

El Trabajador Social Sanitario desarrolla una labor fundamental en los procesos de Atención Primaria de las zonas rurales de Castilla y León, atendiendo desde mujeres embarazadas para proporcionarles información y realizarles el seguimiento, seguido de pacientes pluripatológicos, pacientes dentro del programa de cuidados paliativos, educación a grupos de población, préstamos de material ortoprotésico, interrupción voluntaria de embarazo, etc.

- Seguimiento a la mujer embarazada: Valoración del entorno social en el que va a crecer el niño y detectar situaciones susceptibles de intervención social. También se participa en la educación maternal que realiza la matrona, con una charla informativa sobre derechos para los padres, documentación y prestaciones por nacimiento y cuidado del menor. Y atención en consulta a las familias para asesoramiento en cualquiera de los trámites que hay que hacer cuando nace un nuevo miembro en la familia.
- Pacientes pluripatológicos: Valoración social que se realiza por protocolo, de los pacientes que se incluyen en este proceso. Se deriva a la consulta de pluripatológicos a los pacientes que tienen que ser atendidos por diferentes especialistas como serían: Neumología, Cardiología o Medicina Interna. Las personas que son atendidas en esta consulta, se les evita el recorrido por las diferentes consultas, que serían normalmente en días distintos y tener que hacer multitud de pruebas, muchas veces repetitivas, porque desde esta consulta se consigue que el mismo día que se le atiende, se le realicen los

estudios que se considere y se les da el resultado ese mismo día. También ayuda para el ajuste de la medicación, lográndose muchas veces la disminución de fármacos.

- Cuidados paliativos: son un eslabón más dentro de la asistencia sanitaria. Hay que tener en cuenta que suponen una gran carga emocional y una necesidad de reestructuración del grupo familiar. Suponen un sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia para ayudar a vivir de manera digna y con el mayor bienestar posible, el final de la vida. Es necesario abordar esta asistencia desde la interdisciplinariedad y el Trabajador Social juega un papel muy importante, para valorar el entorno físico, familiar, cultural, religioso, etc. y será determinante para favorecer o no el confort y el bienestar del paciente. El Trabajador Social sanitario en el medio rural forma parte del nivel básico de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, que supone la atención primaria de salud. El Trabajador Social forma parte del Equipo de Soporte Domiciliario De Cuidados Paliativos (ESDCP), realizará visita a domicilio para valorar: situación familiar; red de apoyo: cuidador principal, cuidadores secundarios, cuidadores formales, organización de los cuidados, etc.; situación sanitaria; situación sociolaboral; situación económica; vivienda: habitabilidad, necesidad de adaptaciones, barreras arquitectónicas. etc.; relación con el entorno; y cualquier otra circunstancia que pudiera influir en el bienestar del paciente en sus últimos días y poder efectuar los cambios o poner los apoyos necesarios para mejorar su situación. Contribuirá a potenciar los recursos personales del usuario y su familia para ayudarles en la toma de decisiones.
- Educación a grupos. Es una labor muy importante, tanto cuando el Trabajador Social organiza los grupos, cuando colabora con otros profesionales sanitarios para la realización de estos. Está demostrado que supone un ahorro de tiempo del profesional y enriquece los contenidos que se quieren transmitir, pues el grupo los recibe con agrado y en la comunicación entre los participantes surgen cuestiones que se tratan y que ayudan al resto.

- Préstamo de material ortoprotésico: En Trabajador Social del Centro de Salud es quien se ocupa de la gestión de este proceso. Ante la demanda de silla de ruedas o andador, se ofrece al paciente o familiar, la posibilidad de recibir estas ayudas técnicas mediante un préstamo por el tiempo que lo necesiten. El Trabajador Social custodiará y llevará cuenta de préstamos y devoluciones y también de dar de baja cuando se encuentren en mal estado.

- Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE): Se recibe la demanda por iniciativa de la paciente o por derivación de otros profesionales del EAP, como sería médico, matrn/a o enfermera/o. El/la profesional de trabajo social, tiene que asegurarse de que se ha confirmado el embarazo en el Centro de Salud y mantendrá entrevista con la mujer embarazada para asegurarse de que la decisión está tomada y si no lo está, deberá ayudar y dar tiempo para que se realice de forma responsable. Una vez tomada la decisión de interrupción voluntaria del embarazo, hablará con el servicio de admisión del hospital de referencia para pedir un número de historia anonimizada que garantizará la confidencialidad del procedimiento y cita para la ecografía que datará las semanas de embarazo. Tras la realización de la ecografía y con el informe emitido por el facultativo que la ha realizado, el Trabajador Social confirmará que está dentro de los plazos para poderse tramitar el aborto y se realizará la solicitud que esta vez sí constará de los datos de la paciente, que se remitirá a subinspección de enfermería para que desde allí se hagan las gestiones oportunas para la intervención con la clínica concertada para ello. Se asegurará de que en la historia clínica de la paciente figuren todos los trámites relacionados con la IVE, en un proceso clínico sensible, de manera que no trascienda cuando se le pida una interconsulta u otro tipo de informe, que por defecto carga todos los procesos de salud que ha tenido la paciente, para asegurar su confidencialidad.

- L.O. 3/2021 de Regulación de la Eutanasia: el Trabajador Social sanitaria juega un papel muy importante en la aplicación de esta ley, pues tiene que hacer una investigación mediante entrevistas con el paciente, para garantizar que está capacitado y comprende lo que supone la eutanasia, que está convencido de la decisión y que no actúa bajo

presiones de ningún tipo. Es una tarea muy delicada tanto por la exhaustividad que requiere y el rigor con el que se tiene que llevar a cabo el proceso de entrevistas y elaboración de informe, como por la implicación emocional que pudiera conllevar. El Trabajador Social debe proporcionar información previa al proceso de solicitud de prestación de ayuda para morir sobre prestaciones sociales y atención a la dependencia.

2.4.6. Educación para la salud con grupos de población en Castilla y León.

La educación para la salud con grupos de población consiste en iniciativas organizadas por profesionales para proporcionar a los usuarios conocimientos sobre un tema sanitario, y ayudarles de esta manera a prevenir o afrontar problemas de salud. Algunos de los grupos que se encuentran en Castilla y León son los siguientes:

- Grupos de educación diabetológica para conocer la enfermedad y prevenir las complicaciones de esta.
- Grupos de deshabituación tabáquica para personas que quieren dejar de fumar.
- Grupos para cuidadores familiares, para formación en cuidados, conocimiento de recursos y apoyos que pueden tener, y para disminuir la sobrecarga que llevan.
- Grupos de educación a mujeres embarazadas, para preparación al parto, cuidado del bebé y sobre sus derechos y recursos.
- Formación en colegios e institutos sobre diversos temas: educación afectivo-sexual, primeros auxilios, prevención de drogodependencias, etc.
- Apoyo a la menopausia, para información de los cambios que se producen en esta etapa, prevención de depresiones, también funcionan como grupos de autoayuda.

2.4.7. Formación de los trabajadores sociales sanitarios

Hay una necesidad de ir actualizando muchos aspectos de la práctica diaria, bien por inclusión de nuevos programas en cartera de servicios o modificaciones de los ya existentes, cambios legislativos, creación de recursos sociosanitarios y otras cuestiones en los que es necesario estar informado.

La formación intraunidad nos permite aprovechar las oportunidades y fortalezas que cada profesional tiene, bien por su puesto de trabajo o por la formación propia que tiene en algunos temas, y poder transmitir al resto de compañeras.

Actualizar los conocimientos y destrezas necesarias para la práctica asistencial, hacia la excelencia en el ejercicio profesional en Trabajo Social.

Es necesario que las trabajadoras sociales tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada realicen una actualización en el manejo de protocolos, guías asistenciales y recursos sociosanitarios del Área de Salud de Soria.

Dentro del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, está el Portal de Formación, donde se recoge la información, comunicación, colaboración y acceso a la formación de todos los profesionales del Sistema de Salud de Castilla y León, de los especialistas en formación y de los alumnos de estudios relacionados con las Ciencias de la Salud que se forman en los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma.

La formación continuada supone un proceso de aprendizaje activo y sólido al que tienen acceso los profesionales; Esta formación comienza al terminar los estudios de pregrado/grado o de formación sanitaria especializada y tiene como finalidad el mantener la excelencia de sus profesionales mediante el reciclaje y mejora de las competencias profesionales para conseguir los objetivos de calidad de los servicios prestados a la población.

“Gestion@FC” es una aplicación informática que permite la gestión de la programación anual de formación continuada de todo el personal del Servicio de Salud de Castilla y León. Es una plataforma en la que se van ofertando todas las acciones formativas y donde el personal se tiene que inscribir, consultar o darse de baja. Así como rellenar la encuesta de necesidades formativas que cada año se pide al personal que realice. En esta

aplicación también se van colgado los certificados de asistencia a los cursos, para que cada alumno se los descargue una vez finalizadas las acciones formativas.

El Plan de Formación Continuada tiene un catálogo de acciones formativas dirigidas a todos los profesionales de la Gerencia Regional de Salud. Incluye las actividades formativas que se dirigen tanto al logro de los objetivos de la Institución, como para atender a las demandas individuales o colectivas, que manifiestan los profesionales en las encuestas de detección de necesidades formativas, que se llevan a cabo anualmente.

Para la planificación y gestión de la formación continuada y conseguir mejorar la calidad del sistema de formación continuada se ha desarrollado la Instrucción nº11/2020/DGP, de 1 de diciembre, del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud para la planificación y gestión de la Formación Continuada en la Gerencia Regional de Salud.

En cuanto a la acreditación de la Formación, que la realiza la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León, hay que decir que la figura del Trabajador Social no está reconocida dentro de esas profesiones sanitarias, por lo que, a la hora de emitir un certificado de asistencia a las actividades formativas, éste se emite en horas y no en créditos. En cambio, si se trata de certificar las horas de docencia, si se emiten en créditos en lugar de horas impartidas.

3. MARCO CONTEXTUAL

El contexto en el que este Trabajo Fin de Grado pretende llevar a cabo su investigación, es la provincia de Soria. Esta provincia, tomando el último padrón del año 2023, cuenta con 90.207 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadística. Soria es con diferencia la provincia más despoblada de Castilla y León, y la más despoblada de España, con la densidad de población más baja del país, apenas 8,76 habitantes por Km².

El 44% de la población, reside en la capital homónima, que cuenta con 39.450 personas. Esto refleja, que algo más de 50.000 habitantes, residen en un vasto territorio, formado por algo más de 500 núcleos de población, que se agrupan en 183 municipios. Sólo, además de la capital, hay dos municipios que superen los 5.000 habitantes, Almazán y El Burgo de Osma. A esta lista, se unen otros ocho municipios, que reúnen más de 1.000 habitantes. Es decir, de los 183 municipios, 174 cuentan con menos de 1.000 habitantes.

En cuanto a los problemas de que padece la provincia, si hablamos de los recursos básicos de que dispone la población del medio rural, destacamos algunas realidades:

- Transporte

En la provincia de Soria, existen varias líneas de transporte regular, que comunican la capital provincial con otras capitales de provincia limítrofes, con Madrid, con Valladolid, y con las cabeceras comarcales. Lo cierto es que es muy fácil enumerarlas, debido a la escasez de estas:

- Existe, en primer lugar, una línea que comunica Soria con Zaragoza, y que lo hace también entre la capital con Ágreda y Ólvega, villas intermedias, además de otros núcleos menores que están de paso. Tiene una frecuencia de tres servicios diarios.

- También existe la línea de autobús Soria-Madrid, que realmente es la línea que une Logroño y Madrid, y que tiene paradas en las cabeceras comarcales de Almazán y Medinaceli. Esta misma línea se utiliza para comunicar estas villas con la capital provincial. Entre Soria y Madrid hay 10 frecuencias diarias, mientras que 4 frecuencias diarias tienen parada en Almazán y Medinaceli.

- La línea que une Soria con Valladolid, vía Aranda de Duero, donde también tiene parada, tiene tres frecuencias diarias. Esta línea sirve también para conectar El Burgo de Osma, San Esteban de Gormaz y Langa de Duero con Valladolid.

- La línea que une Soria y Pamplona, que realmente es la línea Pamplona-Madrid, tiene una frecuencia de entre 5 y 7 expediciones diarias.

- La línea que une Soria con Calahorra, pasando por San Pedro Manrique (cabecera comarcal de la despoblada comarca de Tierras Altas), que tiene un solo trayecto diario de ida de vuelta. En este caso, todos los pueblos intermedios, entre los que destacan Oncala, Villar del Río y Yanguas, disponen de parada en la ruta.

➤ La línea que une Soria con Langa de Duero, que da servicio con dos expediciones diarias, a El Burgo de Osma y San Esteban de Gormaz, además de algún pequeño núcleo que está de camino.

➤ La línea que une El Burgo de Osma y Madrid, que sirve también para que los vecinos de San Esteban de Gormaz, y de todas las pedanías que se encuentran en la carretera nacional 110, entre San Esteban de Gormaz y Ayllón, puedan utilizar el servicio. Tiene entre una y dos expediciones diarias.

Existen otras pequeñas líneas que unen Soria y las cabeceras comarcales con algunos de los núcleos de población que tienen alrededor, aunque la mayoría tienen servicio sólo un día o dos a la semana. Normalmente, tienen el servicio de ida a primera hora de la mañana y la vuelta al mediodía. Este horario está pensado para que las personas puedan acudir a la capital o a su cabecera comarcal para acudir al médico o para comprar en días de mercado.

La mayor parte de los núcleos de población de la provincia, no tienen ningún medio de transporte regular y, como destacamos en el marco teórico, para estas situaciones la Junta de Castilla y León creó el modelo de transporte a la demanda. Según explica el propio documento en el que se explica el funcionamiento de este sistema, publicado por la Junta de Castilla y León (2023), en la provincia de Soria, del total de 1957 líneas que hay en la Comunidad, existen 117 líneas de transporte a la demanda, que atienden a un total, de 454 núcleos de población, de los algo más de 500 con que cuenta la provincia. Gracias a estas

líneas, casi todos los pequeños núcleos de población están comunicados con su cabecera comarcal, o con la capital de provincia en el caso de los municipios que rodean la capital, para poder acceder a los servicios básicos a los que hacíamos referencia en el marco teórico.

En la provincia de Soria, en el año 2022, último del que hay registros, hubo un total de 17.572 viajeros en este servicio, del total de 309.404 en toda la Comunidad.

- Servicios educativos

En la provincia de Soria, hay un total de 25 centros públicos de Educación Primaria. De ellos, 15 son centros ordinarios, de los cuales 6, se encuentran en la capital provincial, y 9, en las cabeceras comarcales, a saber: Ágreda, Almazán, El Burgo de Osma, Golmayo, Covalada, Duruelo de la Sierra, Ólvega, San Esteban de Gormaz, y San Leonardo de Yagüe.

Hasta completar los 25, hay un total de 10 centros rurales agrupados, en las localidades de: Almarza, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, Casarejos, Gómara, Langa de Duero, Navaleno, Quintana Redonda, San Pedro Manrique y Vinuesa.

Estos centros, cuentan con unidades educativa en la cabecera y, alguno de ellos, en alguna localidad cercana, aunque la inmensa mayoría de los pueblos de la provincia no cuenta con ninguna unidad educativa. Llama la atención que en una provincia en la que existen 183 municipios y más de 500 núcleos de población, existan en el medio rural sólo 19 centros educativos de Educación Infantil y Primaria, entre ordinarios y rurales agrupados.

Si nos vamos a educación secundaria y bachillerato, la lista de centros es mucho más reducida, puesto que existen sólo 12 centros educativos, de los cuales, 4 están en la capital y 8 en el resto de la provincia, a saber, en las localidades de: Ágreda, Almazán, Arcos de Jalón, El Burgo de Osma, Covalada, Ólvega, San Esteban de Gormaz y San Leonardo de Yagüe. Esto quiere decir que, aunque casi todas las cabeceras comarcales cuentan con un instituto, ni siquiera todas cuentan con él. El caso más llamativo es el de Tierras Altas, que al no tener su cabecera (San Pedro Manrique) instituto, la población escolar en edad de recibir enseñanzas de ESO y Bachillerato, se tiene que desplazar cada día hasta Soria capital, teniendo que recorrer cada día 40Km de ida y 40Km de vuelta, 80 Kilómetros en total, con una duración total entre los dos trayectos de 1 hora y media aproximadamente.

- Servicios sanitarios

Como ya describimos en el marco teórico, de las 11 áreas de salud que hay en Castilla y León, una de ellas es el Área de Salud de Soria, que abarca toda la provincia. El área está atendida en primer lugar por el Complejo Asistencial de Soria, que cuenta con el Hospital de Santa Bárbara, el principal, y el de Virgen del Mirón, dedicado sobre todo a geriatría y psiquiatría.

El área se divide en 12 zonas de salud básica, de las cuales dos de ellas atienden a Soria capital, y las otras 10 al resto de la provincia. Estas zonas de salud básica rurales tienen como cabecera un centro de salud en cada uno de los centros comarcales, siendo estas, según el propio documento donde se explica la ordenación sanitaria, publicado por la Junta de Castilla y León (2007), las siguientes: Ágreda, Almazán, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, El Burgo de Osma, Gómara, Ólvega, Pinares-Covaleda, San Esteban de Gormaz y San Pedro Manrique.

Existe, además, como en cada capital de provincia, la zona básica de salud de Soria rural, que atiende a los pueblos pequeños que están alrededor de la capital de provincia. Todos estos centros de salud, como ocurre con el resto de la Comunidad, cuentan con su servicio de urgencias, y su ambulancia medicalizada. Además, en la mayoría de los núcleos de población, existe consultorio médico, al que o bien un médico o un enfermero, se desplazan entre 1 día o dos a la semana.

Figura 1

Mapa de los municipios de la provincia de Soria



4. METODOLOGÍA

4.1. Hipótesis.

Para dar respuesta a los objetivos específicos previamente formulados, se plantean las siguientes hipótesis que más tarde se resolverán con los datos recogidos en base a la encuesta:

Hipótesis 1: Los sectores de intervención prioritarios para el Trabajador Social Sanitario en el entorno rural de Castilla y León son el colectivo de personas mayores, pacientes pluripatológicos, personas dependientes y el colectivo de inmigrantes.

Hipótesis 2: Las labores más desarrolladas por los Trabajadores Sociales Sanitarios de la provincia de Soria corresponde a funciones asistenciales, gestión de casos y funciones de docencia.

Hipótesis 3: Los Trabajadores Sociales Sanitarios se coordinan con otros profesionales para lograr una mejor atención de los usuarios, realizando reuniones de coordinación periódicas.

Hipótesis 4: Los recursos sociosanitarios del ámbito rural en la provincia de Soria son insuficientes y poco eficaces.

Hipótesis 5: La carga laboral del Trabajo Social Sanitario en el ámbito rural es excesiva para su tarea profesional.

4.2. Población, muestra y muestreo

La encuesta va dirigida a los trabajadores sociales sanitarios de la provincia de Soria. Se caracteriza por nueve mujeres y un hombre, de un rango de edad entre 48 años la persona más joven y 62 años la persona más mayor. La muestra no puede ser más numerosa ya que solo hay diez trabajadores sociales sanitarios en la provincia de Soria, de los cuales cuatro pertenecen a Atención Especializada, y seis a Atención Primaria. Todos los profesionales residen dentro de la provincia de Soria, la mayoría en zonas rurales, por lo que necesitan su vehículo propio para desplazarse en el desarrollo de su actividad laboral.

La muestra seleccionada es una muestra de conveniencia debido a que no es un muestreo aleatorio, sino que se ha elegido a los participantes por su profesión y su accesibilidad. Con esta muestra se busca conocer las propias experiencias de los trabajadores sociales sanitarios de la provincia de Soria, con el motivo de dar respuesta tanto a los objetivos generales y específicos, como las hipótesis planteadas.

4.3. Diseño

En cuanto al diseño de la investigación, corresponde a un diseño cuantitativo, ya que los datos son recopilados estadísticamente mediante porcentajes que posteriormente servirán para confirmar las hipótesis formuladas.

Asimismo, la investigación realizada es de tipo cuasiexperimental, ya que los participantes no han sido elegidos de manera aleatoria, sino que se han establecido previamente por sus características.

La investigación es de tipo descriptiva debido a que, al tener una muestra limitada, no es posible hacer una de tipo comparativa.

4.4. Variables, medidas e instrumentos aplicados.

La encuesta es de elaboración propia, ya que después de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica, no se encontró ningún instrumento de medida que se adecue a las características de la investigación, por lo que llevó a cabo la realización de una encuesta de propia elaboración. En ella se recogerán los datos que más tarde se analizarán para el desarrollo óptimo de la investigación.

Las variables de medida que se han tenido en cuenta a la hora de elaborar el instrumento son los datos sociodemográficos, la tipología de los usuarios, el Trabajo Social Sanitario en el ámbito rural y las experiencias de los propios encuestados sobre el Trabajo Social Sanitario en el entorno rural.

La encuesta se divide en cuatro bloques (Anexo 2):

- El bloque A, trata sobre los datos sociodemográficos, donde los participantes tendrán que responder preguntas como su género, su edad, años de experiencia y donde desempeñan su actividad laboral.
- El bloque B corresponde a la tipología de los usuarios a los que atienden. En este bloque los profesionales responderán preguntas sobre las características de los usuarios, su procedencia y por quién han sido derivados.
- El bloque C habla sobre el Trabajo Social Sanitario en el ámbito rural. Este apartado se caracteriza por preguntas sobre la actividad laboral de los participantes, donde responden cuestiones sobre sus funciones, capacidad de decisión, participación en el centro y características sobre su entorno laboral.
- Por último, el bloque D trata sobre las experiencias que tienen los propios encuestados sobre el trabajo social sanitario en el entorno rural y el desarrollo de su actividad laboral. En este apartado, los trabajadores sociales contestarán preguntas sobre su experiencia laboral donde podrán dar su opinión mediante preguntas cerradas.

4.5. Procedimiento

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva con el fin de encontrar investigaciones que aplicasen instrumentos de medida válidos y fiables y que midiesen las variables propuestas en la presente investigación. A partir de esa revisión bibliográfica, se constata que ninguno de los instrumentos de medida encontrados se adapta fielmente a las variables propuestas, por lo que se procedió a la elaboración de un cuestionario que abordase las principales variables que se abordan en esta investigación, así como la relación entre las mismas.

A continuación, se procedió a la elección de la muestra, la cual fue de conveniencia ya que se eligió a los participantes de manera consciente, por su accesibilidad y sus características. La muestra se limitó a la provincia de Soria debido a que no era posible acceder a todos los Trabajadores Sociales Sanitarios de Castilla y León.

Una vez elegida la muestra, se procedió a la distribución de la encuesta (Anexo 2) a través de los respectivos correos electrónicos en el mes de abril de 2024 y se procedió al análisis de los datos recopilados en el mes de mayo de 2024.

Asimismo, se añadió una hoja informativa (Anexo 1) donde se explicaba los objetivos y el procedimiento de la encuesta. En dicha hoja se les pidió a los participantes su consentimiento para poder recopilar y analizar los datos que posteriormente se obtendrían.

4.6. Análisis de datos

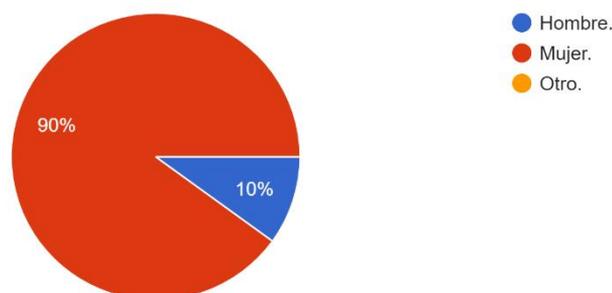
Para el análisis de los resultados de la encuesta, se va a utilizar una serie de gráficos que corresponderán a uno por cada pregunta. Los gráficos son originados por la aplicación de Google Forms, la cuál fue la misma plataforma que se utilizó para la elaboración y la difusión de la encuesta. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos debido a la pequeña muestra con la que se cuenta. A continuación, se presentan los análisis descriptivos de los datos obtenidos a través de la encuesta realizada.

En primer lugar, encontramos el Bloque A, correspondiente a los datos sociodemográficos. Este apartado se divide en cinco preguntas:

Figura 2

Ítem 1: ¿Con qué género se identifica?

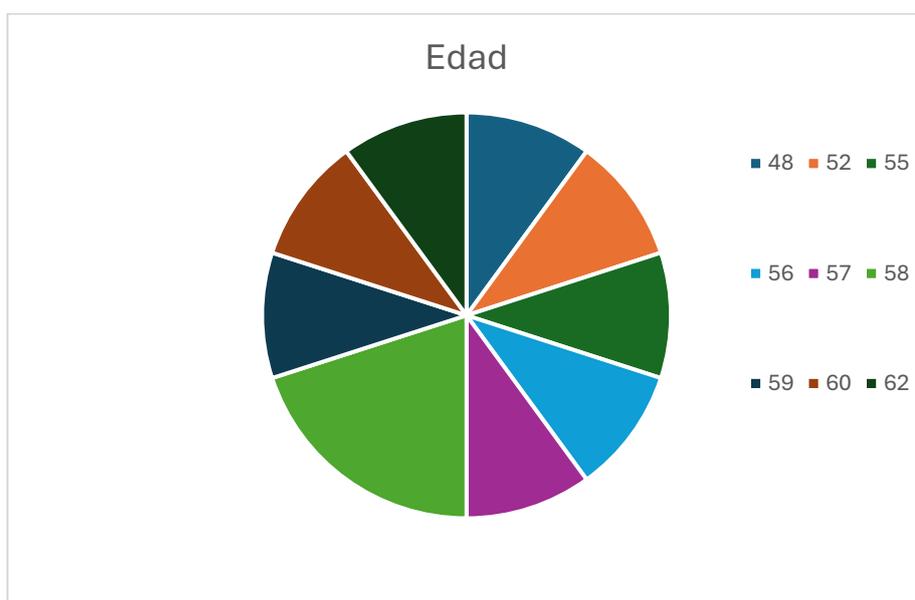
Con qué género se identifica:
10 respuestas



Este gráfico nos muestra que el 90% de los encuestados son mujeres, y el 10% son hombres. Por lo que, al encontrarnos con una muestra de 10 personas, correspondería a 9 mujeres y 1 hombre.

Figura 3

Ítem 2: ¿Edad?



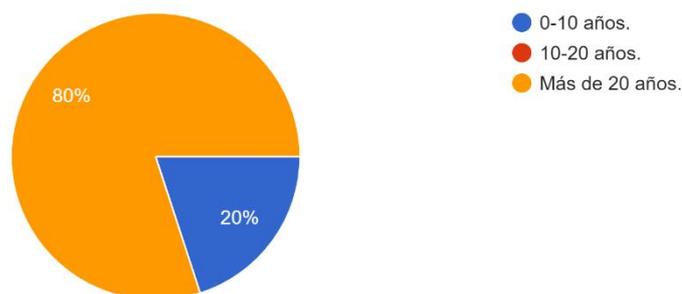
En este gráfico se puede observar cómo las edades de los diez participantes van desde los 48 años a los 62 años. La única edad que se repite es la de 58 años, la cual aparece dos veces. El resto de las edades corresponde a una persona por cada número de edad.

Figura 4

Ítem 3: ¿Cuántos años de experiencia tiene en la profesión de Trabajo Social?

¿Cuántos años de experiencia tiene en la profesión de Trabajo Social?

10 respuestas



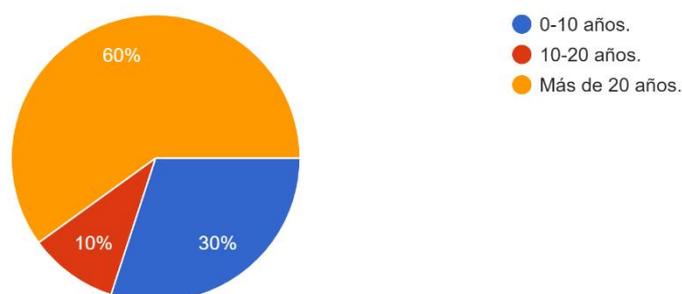
El gráfico nos muestra que el 80% de los profesionales tienen más de 20 años de experiencia en la profesión, mientras que solo el 20% de ellos tienen entre 0-10 años de experiencia.

Figura 5

Ítem 4: ¿Cuántos años de experiencia tiene en el ámbito sanitario?

¿Cuántos años de experiencia tiene en el ámbito sanitario?

10 respuestas

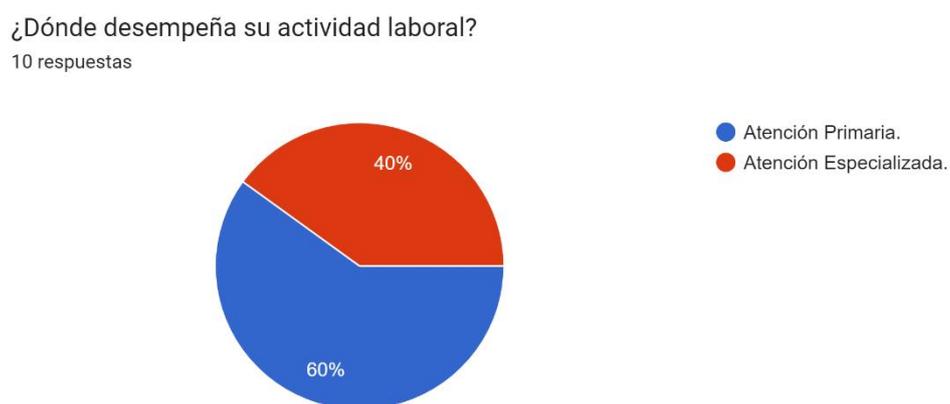


En cuanto a los años de experiencia en el ámbito sanitario, encontramos unos porcentajes diferentes a la pregunta anterior. El 60% de los usuarios tiene más de 20 años

de experiencia, el 30% tiene entre 0 y 10 años, y el 10% de los profesionales tiene entre 10-20 años de experiencia.

Figura 6

Ítem 5: *¿Dónde desempeña su actividad laboral?*

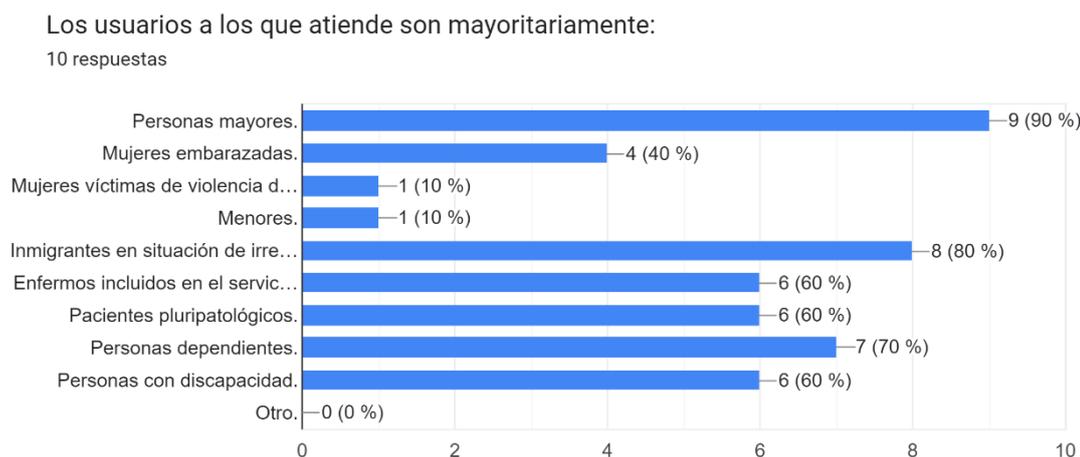


En esta cuestión observamos el ámbito sanitario en el que trabajan los profesionales encuestados. De los 10 participantes, el 60% trabaja en Atención Primaria y el 40% en Atención Especializada.

En el Bloque B, se encuentran las preguntas relacionadas con la tipología de los usuarios que los profesionales encuestados atienden. En este apartado se encuentran 3 preguntas, que van de la 6 a la 8.

Figura 7

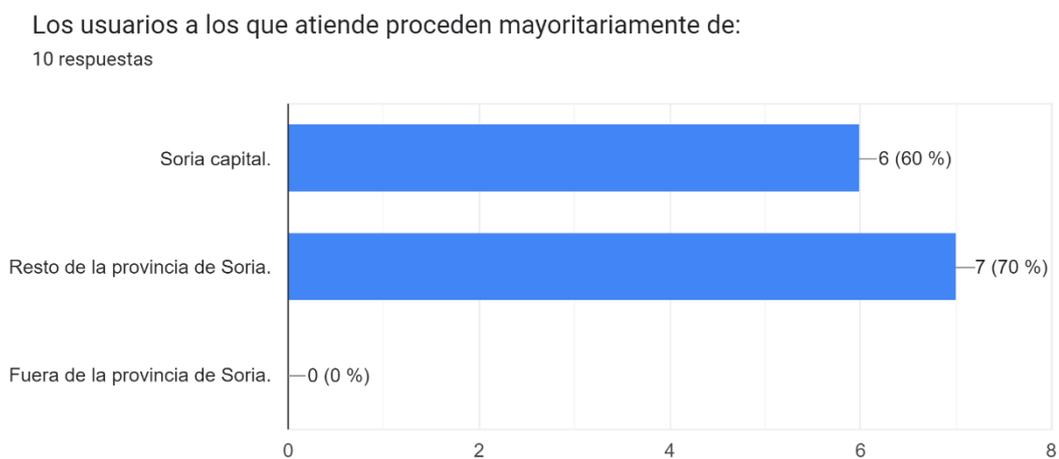
Ítem 6: Los usuarios a los que atiende son mayoritariamente:



Esta pregunta los participantes tenían la opción de elegir más de una opción. En este gráfico se observa que los usuarios más atendidos son las personas mayores con un 90%, seguido de inmigrantes en situación de irregularidad con un 80%. El 70% de los encuestados escogieron la opción de 70%, seguidos de los enfermos incluidos en el servicio de cuidados paliativos, pacientes pluripatológicos y personas con discapacidad, que forman parte del 60%. Los usuarios menos votados son las mujeres embarazadas con un 40%, y las mujeres víctimas de género y los menores con un 10% en ambos casos.

Figura 8

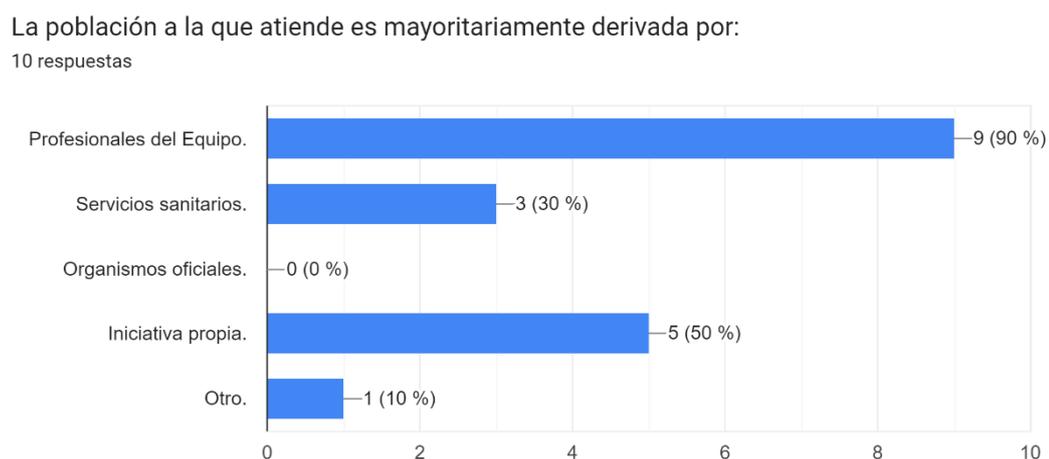
Ítem 7: Los usuarios a los que atiende proceden mayoritariamente de:



Los usuarios a los que atienden los profesionales proceden mayoritariamente de la provincia de Soria con un 70%, frente al 60% de Soria capital. Ninguno de los trabajadores sociales atiende a usuarios procedentes de fuera de la provincia de Soria. En esta pregunta los profesionales podían elegir más de una respuesta.

Figura 9

Ítem 8: La población a la que atiende es mayoritariamente derivada por:

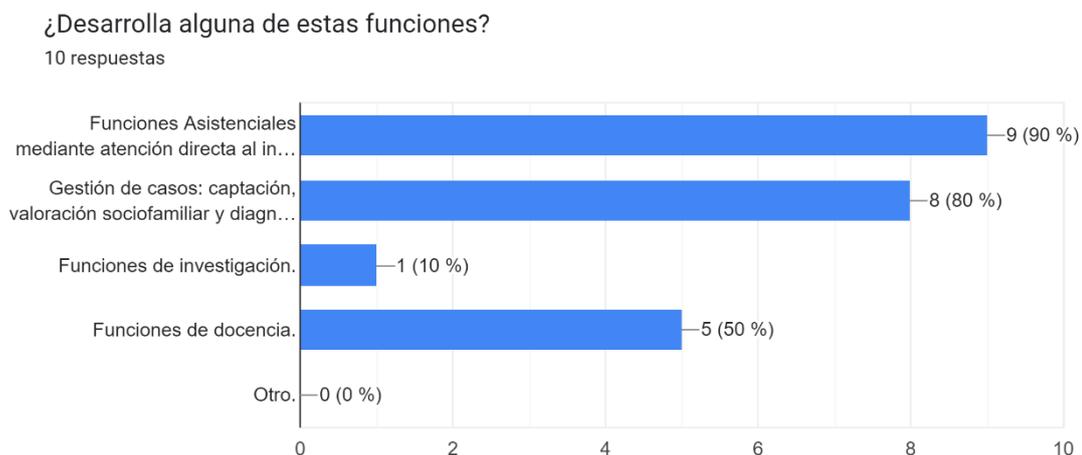


Las derivaciones de los usuarios proceden mayoritariamente por parte de profesionales del equipo con un 90%, seguido de por iniciativa propia con un 50%, y los servicios sanitarios con un 30%. La opción menos elegida es Organismos oficiales con un 0%. Asimismo, en esta cuestión se ha proporcionado libertad a los encuestados para elegir más de una opción.

El tercer Bloque corresponde al Trabajo Social Sanitario en el ámbito rural. Consta de 12 preguntas que van desde la 9 hasta la 20.

Figura 10

Ítem 9: ¿Desarrolla alguna de estas funciones?

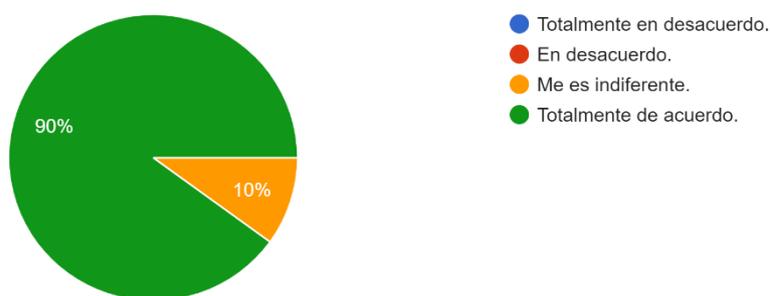


En cuanto a las funciones realizadas por los trabajadores sociales sanitarios de Soria, el 90% marcó la opción de funciones asistenciales, seguido de la opción de gestión de casos con un 80%. Las opciones menos marcadas son las funciones de investigación con un 10% y funciones de docencia con un 50%. En esta ocasión también se les ha proporcionado libertad para elegir más de una opción.

Figura 11

Ítem 10: *¿Tiene capacidad de decisión en el desarrollo de tu actividad laboral o depende de sus superiores?*

¿Tiene capacidad de decisión en el desarrollo de tu actividad laboral o depende de sus superiores?
10 respuestas

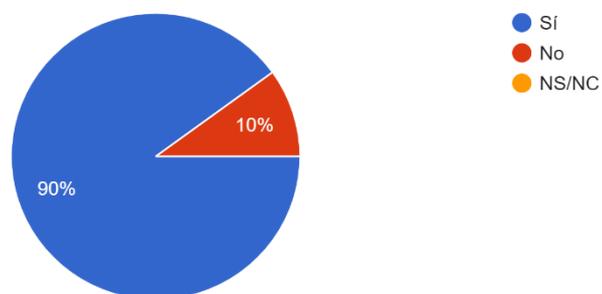


El 90% de los profesionales están totalmente de acuerdo en cuanto a que tienen capacidad de decisión en su trabajo, frente al 10% que opina que le es indiferente.

Figura 12

Ítem 11: *¿Dispone de despacho o consulta propio o es compartido?*

¿Dispone de despacho o consulta propio o es compartido?
10 respuestas



En cuanto a la cuestión de si disponen de despacho o consulta propio, el 90% de los profesionales sí cuentan con consulta propia, frente al 10% que comparte despacho.

Figura 13

Ítem 12: ¿Utiliza su vehículo particular para sus desplazamientos?



En esta cuestión, se habla sobre si los profesionales utilizan su vehículo particular durante los desplazamientos necesarios en el desarrollo de su actividad laboral. El 70% de los trabajadores sociales sí utilizan su vehículo propio en dichos desplazamientos, frente al 10 % de los profesionales que no lo utiliza. El 20% corresponde a no sabe, no contestan.

Figura 14

Ítem 13: Si utiliza su vehículo propio, ¿considera que recibe una compensación económica suficiente?



Esta cuestión va dirigida a las personas que han respondido que sí utilizan su vehículo propio en la pregunta anterior. En este gráfico observamos que el 66,7% está totalmente en desacuerdo sobre si la compensación económica recibida es suficiente. El 33,3% opina que está en desacuerdo.

Figura 15

Ítem 14: ¿Participa como ponente en la formación de su centro de trabajo?



El 90% de los profesionales sí participa como ponente en la formación de su centro de trabajo, frente al 10% que ha preferido la opción de no sabe, no contesta.

Figura 16

Ítem 15: *¿Participa en la formación dirigida a grupos de usuarios?*



El 90% de los trabajadores sociales participan en la formación dirigida a grupos de usuarios, frente el 10% que no participa.

Figura 17

Ítem 16: *¿Se implica en las actividades de su centro hospitalario, asumiendo responsabilidades en alguno de sus programas?*

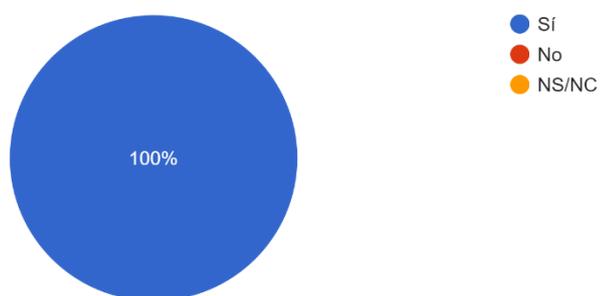


El 90% de los profesionales sí se implican en las actividades de su centro, asumiendo responsabilidades en alguno de sus programas. El 10% no se implica en las actividades.

Figura 18

Ítem 17: *¿Participa en las reuniones organizativas de su centro de salud o hospital?*

¿Participa en las reuniones organizativas de su centro de salud o hospital?
10 respuestas

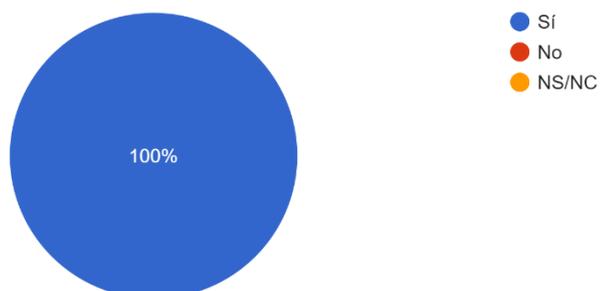


En esta cuestión, todos los trabajadores sociales participan en las reuniones organizativas de su centro de salud o hospital.

Figura 19

Ítem 18: *¿Suele coordinarse con el resto de los profesionales para tratar un caso de forma integral?*

¿Suele coordinarse con el resto de profesionales para tratar un caso de forma integral?
10 respuestas

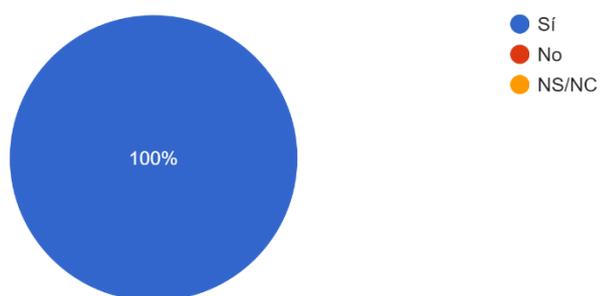


El 100% de los trabajadores sociales sanitarios suelen coordinarse con el resto de los profesionales para tratar los casos de forma integral.

Figura 20

Ítem 19: *¿Tiene reuniones de coordinación con otros organismo o Servicios Sociales?*

¿Tiene reuniones de coordinación con otros organismos o servicios sociales?
10 respuestas

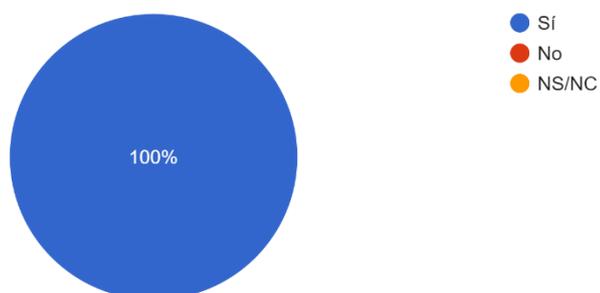


Todos los profesionales tienen reuniones de coordinación con otros organismos o servicios sociales

Figura 21

Ítem 20: *¿Utiliza recursos sociales privados cuando no puede acceder a los públicos?*

¿Utiliza recursos sociales privados cuando no puede acceder a los públicos?
10 respuestas



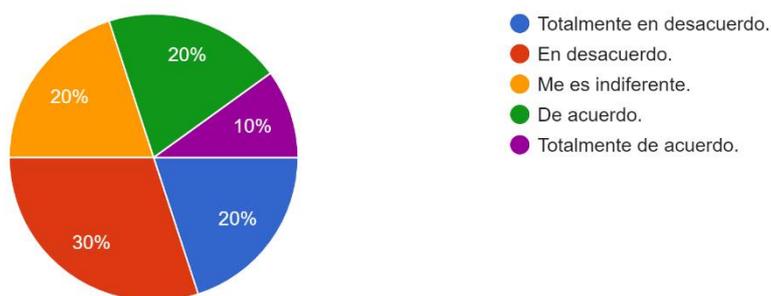
En esta cuestión también se aprecia un 100%. Todos los profesionales utilizan recursos sociales privados cuando no puede acceder a recursos públicos.

El último Bloque corresponde a las experiencias de los trabajadores sociales sanitarios en el entorno rural. Se encuentran las preguntas desde la 21 hasta la 38.

Figura 22

Ítem 21: *¿Considera que hay un reparto equitativo de trabajo?*

¿Considera que hay un reparto equitativo de trabajo?
10 respuestas

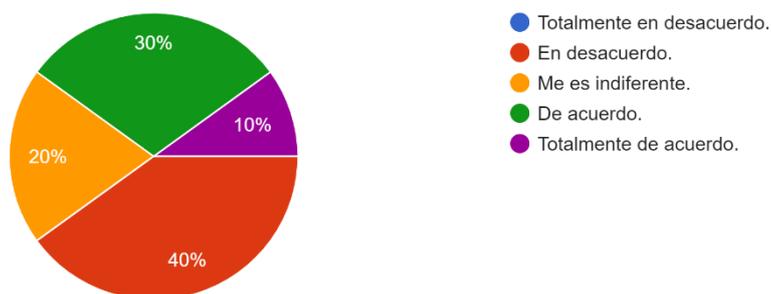


En este gráfico encontramos varias respuestas, el 30% de los profesionales están en desacuerdo en cuanto si consideran que hay un reparto equitativo del trabajo, frente al 10% que opinan estar totalmente de acuerdo. El resto de las respuestas coinciden en un 20%, por lo que encontramos una respuesta muy dispar.

Figura 23

Ítem 22: *¿Piensa que su profesión está reconocida por el resto de los profesionales sanitarios?*

¿Piensa que su profesión está reconocida por el resto de profesionales sanitarios?
10 respuestas

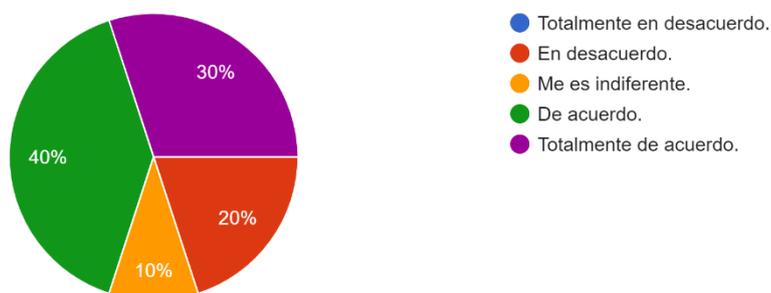


En este gráfico se muestra que un 40% de los profesionales están en desacuerdo con la cuestión de si piensan que su profesión está reconocida por el resto de los profesionales sanitarios, seguido de un 30% que opinan estar de acuerdo. El 20% de los trabajadores sanitarios le es indiferente, y el 10% opinan estar totalmente de acuerdo.

Figura 24

Ítem 23: *¿Considera que tiene una sobrecarga de trabajo?*

¿Considera que tiene una sobrecarga de trabajo?
10 respuestas

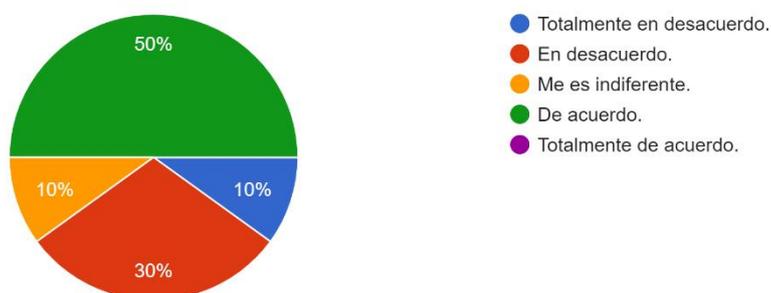


El 40% de los encuestados dicen estar de acuerdo con tener una sobrecarga de trabajo, seguido de un 30% que dice estar totalmente de acuerdo. El 20% opina estar en desacuerdo y al 10% le es indiferente.

Figura 25

Ítem 24: ¿Se siente valorada por sus superiores?

¿Se siente valorada por sus superiores?
10 respuestas



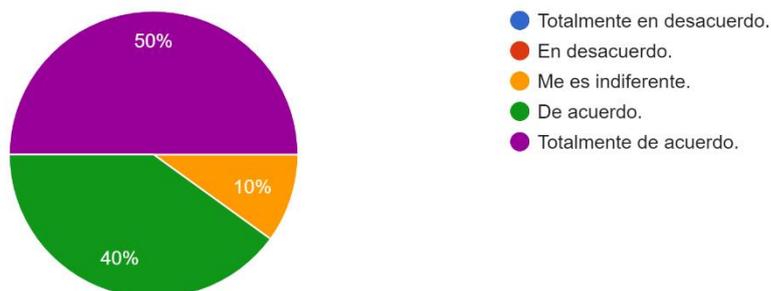
En este gráfico se muestra que el 50% de los profesionales están de acuerdo en que se sienten valorados por sus superiores. El 30% opinan estar en desacuerdo, seguido del 10% que se reparte entre totalmente en desacuerdo y me es indiferente.

Figura 26

Ítem 25: *¿Se siente integrada en su equipo de trabajo?*

¿Se siente integrada en su equipo de trabajo?

10 respuestas



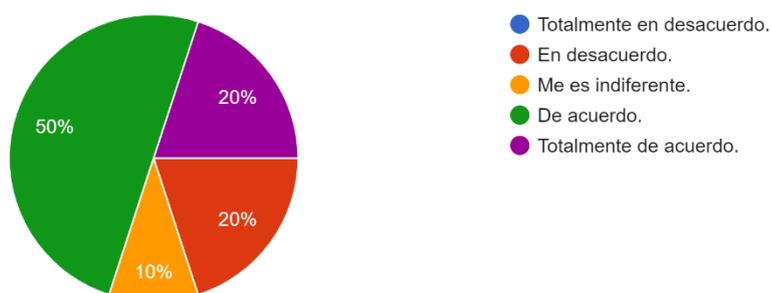
El 50% de los trabajadores sociales están totalmente de acuerdo en sentirse integrados en su trabajo, seguido de un 40% que dicen estar de acuerdo. El 10% de los profesionales le es indiferente.

Figura 27

Ítem 26: *¿Considera que tienen en cuenta su opinión en el hospital o centro de salud?*

¿Considera que tienen en cuenta su opinión en el hospital o centro de salud?

10 respuestas

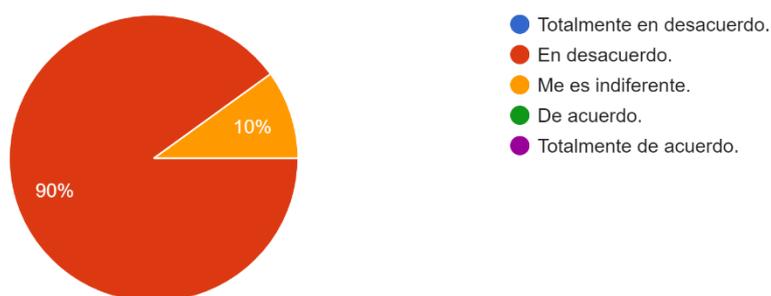


En cuanto a la pregunta de si consideran que tienen en cuenta su opinión en el hospital o centro de salud, el 50% opina estar de acuerdo, seguido de un 20% que se reparte totalmente de acuerdo y estar en desacuerdo, y un 10% al cuál le es indiferente.

Figura 28

Ítem 27: *¿Piensa que tiene los recursos suficientes para un tratamiento óptimo de cada caso?*

¿Piensa que tiene los recursos suficientes para un tratamiento óptimo de cada caso?
10 respuestas

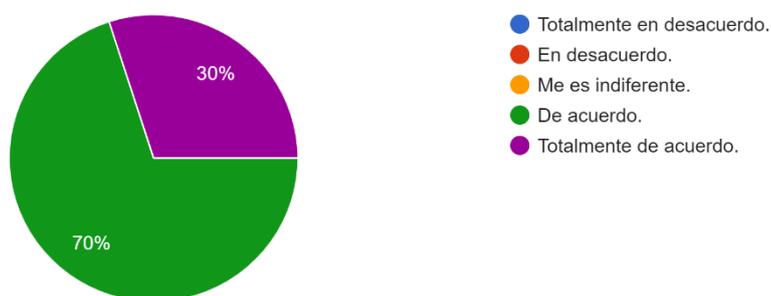


El 90% opina estar en desacuerdo con si tiene los recursos suficientes para un tratamiento óptimo de cada caso. Un 10% le es indiferente.

Figura 29

Ítem 28: *¿Cree que su generación le facilita el acceso a la formación?*

¿Cree que su gerencia le facilita el acceso a la formación?
10 respuestas



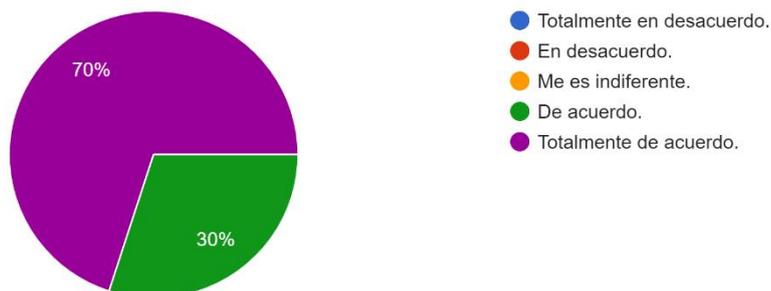
El 70% de los profesionales están de acuerdo con que su gerencia le facilita el acceso a la formación, seguido de un 30% que opinan estar totalmente de acuerdo.

Figura 30

Ítem 29: *¿Está satisfecha con su horario de trabajo?*

¿Está satisfecha con su horario de trabajo?

10 respuestas



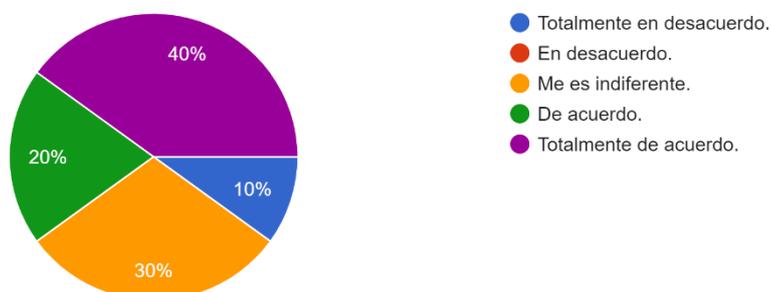
El 70% opina estar totalmente de acuerdo con sentirse satisfecho con su horario de trabajo, seguido de un 30% que opina estar de acuerdo.

Figura 31

Ítem 30: *¿Considera que realiza muchos kilómetros para el desarrollo de su actividad laboral, debido a que hay poca población, pero muy dispersa?*

¿Considera que realiza muchos kilómetros para el desarrollo de su actividad laboral, debido a que hay poca población, pero muy dispersa?

10 respuestas



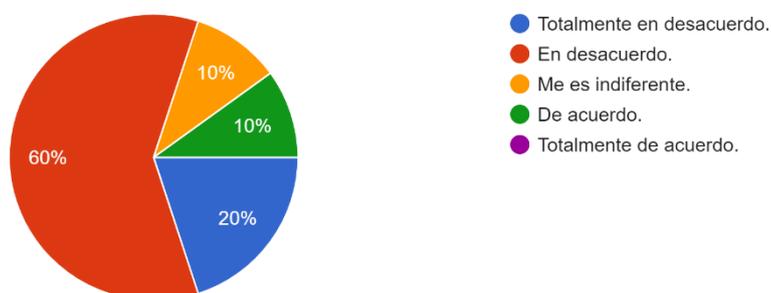
En cuanto si considera que realiza muchos kilómetros para el desarrollo de su actividad laboral, el 40% opina estar totalmente de acuerdo, seguido de un 30% que expresa

que le es indiferente. El 20% opina estar de acuerdo y un 10% expresa estar totalmente en desacuerdo.

Figura 32

Ítem 31: ¿Cree que el Trabajo Social Sanitario tiene soluciones de urgencia para los problemas sociales?

¿Cree que el Trabajo Social Sanitario tiene soluciones de urgencia para los problemas sociales?
10 respuestas

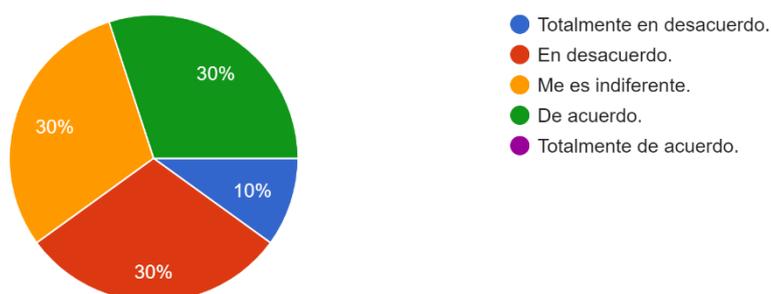


El 60% de los profesionales opinan estar en desacuerdo con que el Trabajo Social Sanitario tiene soluciones de urgencia para los problemas sociales. El 20% opina estar totalmente en desacuerdo, seguido de un 10% repartido en me es indiferente y estar de acuerdo.

Figura 33

Ítem 32: *¿Cree que está en su mano conseguir con mayor prontitud un recurso social necesario?*

¿Cree que está en su mano conseguir con mayor prontitud un recurso social necesario?
10 respuestas

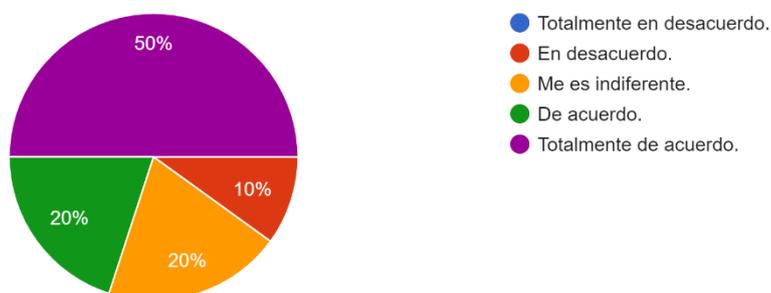


En este gráfico se muestran unos porcentajes muy igualados en opiniones distintas, el 30% se divide en estar en desacuerdo, estar de acuerdo y en me es indiferente. En cambio, un 10% opina estar totalmente en desacuerdo con si está en su mano conseguir con mayor prontitud el recurso social necesario.

Figura 34

Ítem 33: *¿Cree que es útil la cita previa para su atención a los usuarios?*

¿Cree que es útil la cita previa para su atención a los usuarios?
10 respuestas



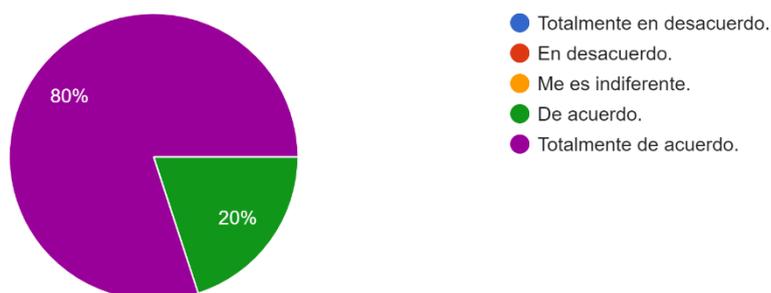
En cuanto a la cuestión de si creen que es útil la cita previa en la atención a los usuarios, el 50% opina estar totalmente de acuerdo, le sigue el 20% partido en de acuerdo y me es indiferente. Por último, se muestra un 10% que opina estar en desacuerdo.

Figura 35

Ítem 34: *¿Considera que la utilización de batas y otra identificación de SACYL le facilita el trabajo en las visitas a domicilio?*

¿Considera que la utilización de batas u otra identificación de SACYL le facilita el trabajo en las visitas a domicilio?

10 respuestas



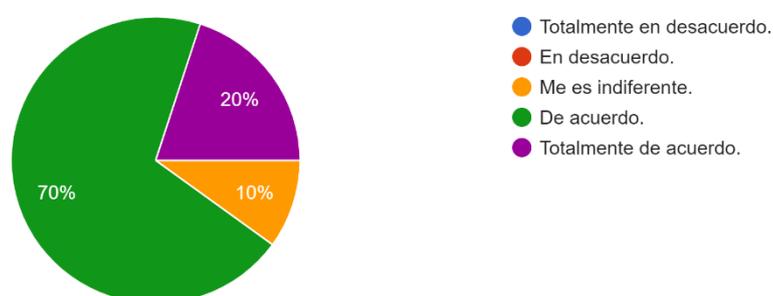
En esta pregunta encontramos respuestas muy parecidas. Un 80% opina estar totalmente de acuerdo con que la utilización de identificaciones de SACYL les facilita el trabajo en las visitas a domicilio, seguido de un 20% correspondiente a la opción de estar de acuerdo.

Figura 36

Ítem 35: ¿Cree que el transporte a la demanda favorece el acercamiento de los usuarios a los servicios sanitarios?

¿Cree que el transporte a la demanda favorece el acercamiento de los usuarios a los servicios sanitarios?

10 respuestas

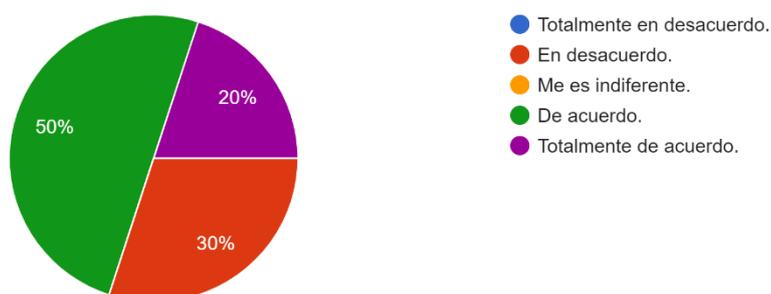


El 70% expresa estar de acuerdo con que el transporte a la demanda favorece el acercamiento de los usuarios a los servicios sanitarios. Un 20% expresa estar totalmente de acuerdo y un 10% le es indiferente.

Figura 37

Ítem 36: *¿Cree que la climatología de Soria condiciona el acceso a los usuarios a los centros sanitarios?*

¿Cree que la climatología de Soria condiciona el acceso a los usuarios a los centros sanitarios?
10 respuestas

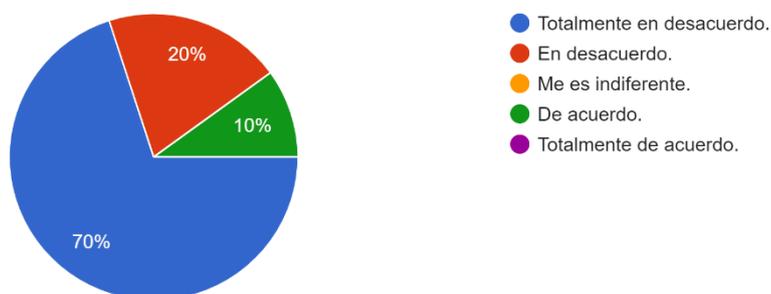


El 50% expresa estar de acuerdo con que la climatología de Soria condiciona el acceso a los usuarios a los centros sanitarios. Un 30% opina estar en desacuerdo con esa cuestión y un 20% está totalmente de acuerdo.

Figura 38

Ítem 37: *¿Considera que las plazas sociosanitarias de su provincia son suficientes para cubrir las necesidades que surgen?*

¿Considera que las plazas sociosanitarias de su provincia son suficientes para cubrir las necesidades que surgen?
10 respuestas

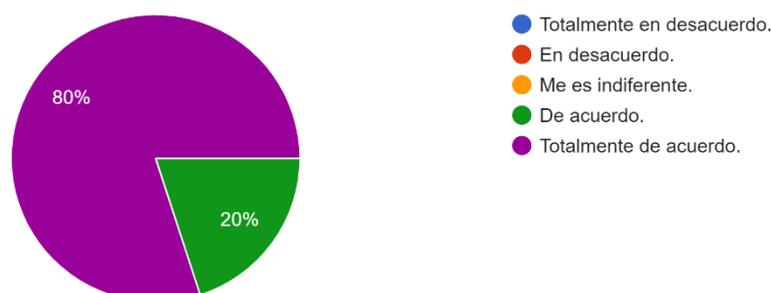


En cuanto a la pregunta de si consideran que las plazas sociosanitarias de la provincia son suficientes para cubrir las necesidades que surgen, el 70% opina estar totalmente en desacuerdo, seguido de un 20% que expresa estar en desacuerdo y un 10% que está de acuerdo.

Figura 39

Ítem 38: *¿Considera un inconveniente para los pacientes tener que desplazarse a hospitales fuera de la provincia para determinadas asistencias sanitarias?*

¿Considera un inconveniente para los pacientes tener que desplazarse a hospitales fuera de la provincia para determinadas asistencias sanitarias?
10 respuestas



El 80% de los profesionales están totalmente de acuerdo en considerar un inconveniente para los pacientes tener que desplazarse a hospitales fuera de la provincia para determinadas asistencias sanitarias, seguido de un 20% que expresa estar de acuerdo.

Los resultados obtenidos en los análisis descriptivos arrojan la información necesaria para verificar y/o refutar las hipótesis planteadas en la investigación. Al inicio de esta investigación, se planteó la posibilidad de realizar análisis comparativos que permitiesen a la investigadora corroborar algunos de los datos obtenidos en los análisis descriptivos, además de aportar otros. No obstante, se declina la opción de realizar los análisis comparativos debido al limitado número de profesionales que forman parte de la muestra, así como la heterogeneidad en cuándo a género y edad se refiere.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para desarrollar las conclusiones, se va a observar si las hipótesis formuladas en el apartado 4.1, son respondidas por los resultados obtenidos de las encuestas. La primera hipótesis corresponde a los sectores de intervenciones prioritarios para el Trabajador Social Sanitario en el entorno rural, los cuales son las personas mayores con un 90%, los inmigrantes en situación de irregularidad con un 80%, personas dependientes con un 70%, seguido de un 60% correspondiente a pacientes pluripatológicos, personas con discapacidad y enfermos en cuidados paliativos (Ítem 6). Esto demuestra el envejecimiento de la población en Soria, población muy demandante de servicios sociales. Así mismo se pone de manifiesto la realidad poblacional de la provincia, con un incremento de personas extranjeras en situación irregular, con las que es necesario trabajar, sobre todo en cuanto a la tramitación de la tarjeta sanitaria como extranjeros no registrados ni autorizados; también precisarán de un acompañamiento en otras situaciones a nivel económico o de vivienda. El trabajo con personas dependientes se produce en un porcentaje bastante elevado, siendo con toda probabilidad el mayor número de ellos en una franja de edad avanzada, por lo que volvemos a hablar del colectivo más importante. Los pacientes pluripatológicos suponen una atención de las más prioritarias para los servicios sanitarios y por ende de los Servicios Sociales Sanitarios; estos pacientes pluripatológicos muchas veces serán personas mayores, por lo que se cumple nuevamente la necesidad de dedicar atención a este grupo de población.

En cuanto a la segunda hipótesis, las labores desarrolladas por los Trabajadores Sociales Sanitarios de la provincia de Soria corresponden mayoritariamente a funciones asistenciales, mediante la atención directa al usuario o familia del propio paciente o por derivación de otros profesionales del EAP (Equipo de Atención Primaria) con un 90%; seguido de una gestión de casos: captación, valoración sociofamiliar y diagnóstico, con un 80%; funciones de docencia correspondientes a un 50%, que es un porcentaje de rango medio, pero demuestra que también tienen una buena consideración personal y profesional, que contrastaría con la idea que manifiestan en alguna pregunta de poco reconocimiento de su trabajo por el resto de profesionales y que con esta actividad docente, sus conocimientos sociosanitarios pueden ser transmitidos a otras disciplinas, favoreciendo su formación. Por

otro lado, encontramos las funciones de investigación con un porcentaje del 10% (Ítem 9), cifra baja, pero teniendo en cuenta el porcentaje que les ocupa la actividad asistencial y la sobrecarga que manifiestan, no disponen del tiempo y dedicación que se necesita para la investigación.

La tercera hipótesis referente a si los Trabajadores Sociales Sanitarios realizan reuniones de coordinación para proporcionar una mejor atención a los usuarios. Esta hipótesis se puede observar en varios ítems. El 100% de los encuestados expresa coordinarse con otros profesionales para tratar los casos de forma integral (Ítem 18), al igual que también suelen tener reuniones de coordinación con otros organismos o Servicios Sociales (Ítem 19). La coordinación es una tarea muy importante en la disciplina del Trabajo Social y como tal lo es también para el Trabajo Social Sanitario, por lo que hay un cumplimiento completo, que se favorece también por ser una provincia pequeña, con menor número de profesionales, por lo que favorece ese contacto cercano que manifiestan con profesionales e Instituciones.

En referencia a la cuarta hipótesis, el 90% de los encuestados expresan estar en desacuerdo con la existencia de recursos suficientes para un adecuado tratamiento de cada caso, mientras que un 10% dice estar indiferente (Ítem 27). Está claro que no cuentan con los recursos suficientes para aplicar a las necesidades que se presentan en la provincia de Soria, se supone que, al ser provincia con poca población, también hay menos recursos que en una capital o provincia grande. En cuanto a si está en la mano de los profesionales conseguir con mayor prontitud los recursos sociales necesarios, encontramos unos resultados polarizados: el 30% opina estar de acuerdo, otro 30% dice estar en desacuerdo, un 10% afirma estar totalmente en desacuerdo, y por último otro 30% al que le es indiferente (Ítem 32). Aquí, aunque la respuesta ha sido algo dispar, si reflejan cierta impotencia por no poder agilizar la implantación de los recursos que se solicitan.

Respecto a la última hipótesis, la cual afirma la existencia de una carga laboral para los Trabajadores Sociales Sanitarios en el ámbito rural, observamos que un 40% de los profesionales dice estar de acuerdo con esta afirmación, seguido de un 30% opina estar totalmente de acuerdo, el 20% de los encuestados expresa estar en desacuerdo, y un 10% al que le es indiferente (Ítem 23). El hecho de que haya un 70% de Trabajadores Sociales

Sanitarios con sobrecarga, puede demostrar que hay una falta de personal suficiente y/o un mal reparto de las zonas de trabajo.

En conclusión, este estudio ha ayudado a conocer el papel de los trabajadores sociales sanitarios rurales de Castilla y León, y su experiencia en el desarrollo de su actividad laboral. También pone de manifiesto las dificultades con las que se encuentran a la hora de desarrollar su actividad laboral, tanto en cuanto a infraestructuras de puesto de trabajo, como en la falta de medios para aplicar los recursos y dar respuesta a las necesidades sociales detectadas.

Con esta investigación, se ha podido dar respuesta a los objetivos tanto generales como específicos, conociendo la opinión de los propios profesionales, que son los más adecuados para poner sobre la mesa la realidad del Trabajo Social Sanitario en el medio rural en Castilla y León, y más concretamente en una provincia pequeña como es Soria.

6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Las limitaciones encontradas a la hora de desarrollar este TFG se basan principalmente en la falta de experiencia para realizar investigaciones a esta escala, ya que era la primera vez que se llevaba a cabo un trabajo de investigación completo. Fue todo un reto conocer todas las técnicas de investigación y volcar la adecuada a este proyecto. Otra dificultad encontrada fue a la hora de encontrar información sobre esta temática, ya que, en el ámbito de Castilla y León, y más concretamente Soria, no hay tanta información como se hubiese gustado. Al ser una provincia en riesgo de despoblación, los recursos son más escasos y el número de profesionales también es más reducido, por lo que la muestra es limitada.

A la hora de desarrollar la encuesta, al ser una muestra tan pequeña y realizarla online, se encontraron limitaciones en cuanto a que todos los participantes realizaran la encuesta correctamente para cubrir las 10 plazas de Trabajo Social Sanitario en la provincia de Soria, y conseguir un 100% de participación. Cabe destacar la buena voluntad de todos los profesionales encuestados en la realización de la investigación.

Para llevar a cabo el estudio, hubo una previa familiarización con el programa utilizado en la investigación, “Google Teams”, ya que, aunque se hubiera utilizado previamente en otros estudios, nunca en una investigación a esta escala. En dicho programa se obtuvieron posteriormente las gráficas que luego ayudarían al análisis de los datos obtenidos.

Por último, una gran limitación encontrada fue la heterogeneidad de la muestra ya que, al ser una muestra de población muy limitada, no se han podido realizar análisis comparativos, sino solo descriptivos. Recordemos que los perfiles de los encuestados son muy similares, debido a que todos tienen un rango de edad parecido y en su mayoría las participantes son mujeres, menos un hombre.

En cuanto a la prospectiva, se propone ampliar el estudio a más provincias de Castilla y León para conocer si entre las propias provincias hay discrepancias y puntos de vista diferentes. Así mismo, también se plantea la posibilidad de ampliar las cuestiones para

recopilar más información, así como formular preguntas abiertas para que los trabajadores sociales sanitarios se puedan expresar libremente.

Por último, se propone comprobar la satisfacción de los trabajadores sociales sanitarios del ámbito rural con el estudio realizado, con el objetivo de medir la viabilidad y la calidad del estudio.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addams, J. (1902). *Democracy and Social Ethics*. New York: Macmillan.
- Aliste, J. (2013). De los problemas a los retos de la población rural de Castilla y León. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*(6), 117-128.
- Bermejo, F. (1996). *Ética y Trabajo Social*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Bogdanovitch, J. (1987). Importancia del trabajador social en el campo sanitario. *ARQ*, 125-134. Recuperado el 3 de 5 de 2024, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=905492>
- Brusa, L. (2017). *Código deontológico de Trabajo Social: una reflexión sobre la aplicabilidad práctica de los principios éticos y su cumplimiento*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Cardona, J. (2012). *La definición del contexto de intervención en el Trabajo Social de Casos*. Palma de Mallorca: Universidad de las Islas Baleares.
- Delgado, M. (1999). *Social work practice in nontraditional urban settings*. New York: Oxford University Press.
- García, R. G. (2011). Códigos deontológicos e ideologías en Trabajo Social. *Revista de Servicios Sociales*(50), 41-46.
- Gutiérrez, M. (2016). Una aproximación al perfil del trabajador social en el ámbito de la salud. *Revista de Humanismo y Trabajo Social*(16), 169-185.
- Iglesias, M. (2022). La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia. *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica: Nueva Época*(18), 215-235.
- Iglesias, M. (2022). La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia. *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*(18), 215-235.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Masfret, D. (2010). *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Recuperado el 3 de 5 de 2024, de

[http://zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/trabajo social sanitario del sistema sanitario.pdf](http://zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/trabajo_social_sanitario_del_sistema_sanitario.pdf)

Masfret, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Revista de Servicios Sociales*(47), 109-119.

Mizrahy, T. & Davis, L. (2008). *Encyclopedia of Social Work* (20 ed.). Oxford: University Press.

Montes, M. (2017). A propósito de la definición internacional de Trabajo Social. *Revista Constarricense de Trabajo Social*(28), 117-119.

Nicolás, A. & López, M. (2015). Unidad de Trabajo Social en la gerencia integrada de Soria. "Análisis DAFO". *Trabajo Social y Salud*(80), 39-44.

Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory*. Manchester: Palgrave Macmillan.

Payne, M. (2005). *The origins of social work*. New York: Palgrave.

Perlman, H. (1957). *Social Casework: A Problem-Solving Process*. Chicago: University of Chicago Press.

Portolés, M. (2013). *La Intervención desde el Trabajo Social en el ámbito rural*. Valencia: Universidad Internacional de La Rioja.

Reamer, F. (2013). *Social Work Values and Ethics* (4 ed.). New York: Columbia University Press.

Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. New York: Rusell Sage Foundation.

Richmond, M. (1922). *El caso social individual*. New York: Rusell Sage Foundation.

Robertis, C. (2003). *Fundamentos del Trabajo Social*. Valencia: Nau Llibres.

Rojas, V. (2022). Nuevas perspectivas de objetivos en Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud. *Trabajo Social Global - Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*, 12, 87-110.

Tellaeche, A. (1990). Trabajo Social en salud. Historia, situación actual, perspectivas. *Trabajo Social y Salud*(6), 21-61.

Velázquez, M. (2009). El Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud. *Revista de Enfermería*(3), 70-79.

Velázquez, M. & Chugani, V. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en Atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuaderno de Trabajo Social*, 31(2), 355-368.

Younghusband, E. (1971). *Trabajo Social y Valores Sociales*. España: Euramérica.

8. ANEXOS

Anexo 1: Hoja informativa y consentimiento informado.

HOJA INFORMATIVA

“El Trabajador Social Sanitario en el ámbito rural”

Universidad de Valladolid

(Trabajo Final de Grado para la obtención del Grado de Trabajo Social por la Universidad de Valladolid)

Proyecto de Investigación.

Soy Celia Garrido Gistau, alumna de cuarto año de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid.

En mi Trabajo de Fin de Grado, estoy realizando una investigación sobre el Trabajador Social Sanitario en el ámbito rural.

El objetivo general de este estudio es Investigar y comprender el rol del Trabajador Social Sanitario en el entorno rural de Castilla y León, así como divulgar y visibilizar las funciones que este realiza.

Importancia de la Investigación.

Es de gran importancia conocer el Trabajo Social Sanitario en el entorno rural y como estos profesionales lidian con la despoblación en lo que se denomina “la España vaciada”. Este estudio busca conocer el rol del Trabajador Social Sanitario por parte de los propios profesionales, así como recabar información sobre sus propias experiencias en el desarrollo de su actividad laboral.

Colaboración.

Para la realización del estudio, se necesita su colaboración como trabajadora social sanitaria. Los datos recabados en este estudio servirán para el desarrollo del trabajo, así como la realización de los objetivos, tanto generales como específicos.

La duración estimada del cuestionario es de aproximadamente 5 minutos.

Debe tener en cuenta que las respuestas son completamente anónimas y debe responderlas de manera voluntaria, pudiendo abandonar el cuestionario en cualquier momento si lo ve necesario.

Confidencialidad y anonimato.

Los datos recabados en el estudio estarán protegidos por la actual Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD).

Contacto.

Para obtener más información del estudio, puede comunicarse conmigo, Celia Garrido Gistau, mediante mi correo electrónico (celia.garrido@estudiantes.uva.es). Para información adicional, también puede contactar con la tutora de este TFG, la profesora Paula Álvarez Merino, mediante su correo electrónico (paula.alvarezm@uva.es).

Muchas gracias por su participación.

- Consiente la participación en el estudio y el tratamiento de los datos recogidos para la realización del estudio:
 - Consiento
 - No consiento

Anexo 2: Cuestionario de elaboración propia.

Bloque A: Datos Sociodemográficos

1. Con qué género se identifica:
 - a. Hombre´
 - b. Mujer
 - c. Otro

2. Edad:

3. ¿Cuántos años de experiencia tiene en la profesión de Trabajo Social?
 - a. 0-10
 - b. 10-20
 - c. Más de 20

4. ¿Cuántos años de experiencia tiene en el ámbito sanitario?
 - a. 0-10
 - b. 10-20
 - c. Más de 20

5. ¿Dónde desempeña su actividad laboral?
 - a. Atención Primaria
 - b. Atención Especializada

Bloque B: Tipología de los usuarios:

6. Los usuarios a los que atiende son mayoritariamente: (más de una elección)
 - a. Personas mayores.
 - b. Mujeres embarazadas.
 - c. Mujeres víctimas de violencia de género.
 - d. Menores.

- e. Inmigrantes en situación de irregularidad.
 - f. Enfermos incluidos en el servicio de cuidados paliativos.
 - g. Paciente pluripatológico.
 - h. Personas dependientes.
 - i. Personas con discapacidad.
 - j. Otro.
7. Los usuarios a los que atiende proceden mayoritariamente de: (más de una elección)
- a. Soria capital.
 - b. Resto de la provincia de Soria.
 - c. Fuera de la provincia de Soria.
8. La población a la que atiende es mayoritariamente derivada por: (más de una elección)
- a. Profesionales del Equipo.
 - b. Servicios sanitarios.
 - c. Organismos oficiales.
 - d. Iniciativa propia.
 - e. Otros.

Bloque C: Trabajo Social Sanitario en el Ámbito rural.

9. ¿Desarrolla alguna de estas funciones? (más de una elección)
- a. Funciones Asistenciales mediante atención directa al individuo/familia a demanda del propio paciente o por derivación de otros profesionales del EAP (Equipo de Atención Primaria).
 - b. Gestión de casos: captación, valoración sociofamiliar y diagnóstico, elaboración de un plan de intervención y seguimiento de este.
 - c. Funciones de investigación.
 - d. Funciones de docencia.
 - e. Otro.

10. ¿Tiene capacidad de decisión en el desarrollo de tu actividad laboral o depende de sus superiores?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
11. ¿Dispone de despacho o consulta propio o es compartido?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc
12. ¿Utiliza su vehículo particular para sus desplazamientos?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc
13. Si utiliza su vehículo propio, ¿considera que recibe una compensación económica suficiente?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
14. ¿Participa como ponente en la formación de su centro de trabajo?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc

15. ¿Participa en la formación dirigida a grupos de usuarios?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc
16. ¿Se implica en las actividades de su centro hospitalario, asumiendo responsabilidades en alguno de sus programas?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc
17. ¿Participa en las reuniones organizativas de su centro de salud o hospital?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc
18. ¿Suele coordinarse con el resto de los profesionales para tratar un caso de forma integral?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc
19. ¿Tiene reuniones de coordinación con otros organismos o servicios sociales?
- Sí
 - No
 - Ns/Nc
20. ¿Utiliza recursos sociales privados cuando no puede acceder a los públicos?
- Sí

- b. No
- c. Ns/Nc

Bloque D: Experiencias del Trabajo Social Sanitario en el entorno rural:

21. ¿Considera que hay un reparto equitativo de trabajo?
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Me es indiferente
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
22. ¿Piensa que su profesión está reconocida por el resto de los profesionales sanitarios?
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Me es indiferente
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
23. ¿Considera que tiene una sobrecarga de trabajo?
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Me es indiferente
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
24. ¿Se siente valorada por sus superiores?
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Me es indiferente
 - d. De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

25. ¿Se siente integrada en su equipo de trabajo?

a. Totalmente en desacuerdo

b. En desacuerdo

c. Me es indiferente

d. De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

26. ¿Considera que tienen en cuenta su opinión en el hospital o centro de salud?

a. Totalmente en desacuerdo

b. En desacuerdo

c. Me es indiferente

d. De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

27. ¿Piensa que tiene los recursos suficientes para un tratamiento óptimo de cada caso?

a. Totalmente en desacuerdo

b. En desacuerdo

c. Me es indiferente

d. De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

28. ¿Cree que su gerencia le facilita el acceso a la formación?

a. Totalmente en desacuerdo

b. En desacuerdo

c. Me es indiferente

d. De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

29. ¿Está satisfecha con su horario de trabajo?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
30. ¿Considera que realiza muchos kilómetros para el desarrollo de tu actividad laboral?
(Hay poca población, pero muy dispersa).
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
31. ¿Cree que el Trabajo Social Sanitario tiene soluciones de urgencia para los problemas sociales?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
32. ¿Cree que está en su mano conseguir con mayor prontitud un recurso social necesario?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo

33. ¿Cree que es útil la cita previa para su atención a los usuarios?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
34. ¿Considera que la utilización de batas u otra identificación de SACYL le facilita el trabajo en las visitas a domicilio?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
35. ¿Cree que el transporte a la demanda favorece el acercamiento de los usuarios a los servicios sanitarios?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
36. ¿Cree que la climatología de Soria condiciona el acceso a los usuarios a los centros sanitarios?
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Me es indiferente
 - De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

37. ¿Considera que las plazas sociosanitarias de su provincia son suficientes para cubrir las necesidades que surgen?

a. Totalmente en desacuerdo

b. En desacuerdo

c. Me es indiferente

d. De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

38. ¿Considera un inconveniente para los pacientes tener que desplazarse a hospitales fuera de la provincia para determinadas asistencias sanitarias?

a. Totalmente en desacuerdo

b. En desacuerdo

c. Me es indiferente

d. De acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

