



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado

**Grado en Trabajo
Social**

**La atención sociosanitaria a
las personas mayores en el
medio rural de Castilla y León.**

Presentado por:

Laura Muñoz Izquierdo

Tutelado por:

Enrique Morales Corral

Valladolid, 23 de junio de 2022

Resumen:

El envejecimiento de la población del medio rural que actualmente existe en la sociedad y que se prolongará a lo largo del tiempo, provoca una problemática en el Sistema Sanitario, habiéndose este amoldado a las nuevas necesidades surgidas por este fenómeno.

Este estudio pretende conocer los obstáculos a los que se enfrentan las personas mayores del medio rural en la atención sociosanitaria, así como la especialización de esta prestación ofrecida por el Sistema Sanitario a través de una conceptualización, establecimiento de estrategias planteadas para una buena atención, los beneficios de la misma y el conocimiento sobre la evolución que ha originado la atención sociosanitaria actual.

Para ello, se ha realizado una recogida de información exhaustiva a través de bases de datos oficiales. Además, se ha contado con la participación de dos profesionales del Trabajo Social Sanitario que han proporcionado a la investigadora sus experiencias, opiniones y percepciones sobre la atención sociosanitaria que se da en el medio rural. De igual modo, se ha contado con la participación de seis personas habitantes del medio rural mayores de 65 años para conocer testimonios, sentimientos y/o percepciones sobre la atención sociosanitaria que reciben.

Palabras Clave: envejecimiento, medio rural, personas mayores, atención sociosanitaria, sistema sanitario, servicios sociales.

Abstract: The ageing of the population in rural areas, which currently exists in society and which will continue over time, causes problems in the Health System, which has adapted to the new needs arising from this phenomenon.

This study aims to identify the obstacles faced by the elderly in rural areas in terms of social-health care, as well as the specialisation of this service offered by the Health System through a conceptualisation, the establishment of strategies for good care, the benefits of this service and knowledge of the evolution that has led to current social and health care.

To this end, an exhaustive collection of information has been carried out through official databases. In addition, two health social work professionals participated in the study, providing the researcher with their experiences, opinions and perceptions of the social-health care provided in rural areas. Six rural residents over 65 years of age participated in the study in order to find out their testimonies, feelings and/or perceptions about the social and health care they receive.

Keywords: ageing, rural environment, elderly people, social-health care, health system, social services.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Motivación.....	7
1.2 Justificación	9
1.3 Planteamiento del problema y objetivos	10
1.4 Vinculación de las competencias específicas del Grado en Trabajo Social en el Trabajo de Fin de Grado	12
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Definición de envejecimiento.	15
2.1.1. Conceptualización de envejecimiento.	15
2.1.2. Tendencias sobre el envejecimiento en la población.	18
2.1.3. El envejecimiento desde una visión sociológica	19
2.1.4. Discriminación por edad: el edadismo.....	21
2.2 Datos estadísticos demográficos	22
2.3. Atención sociosanitaria	24
2.3.1. Análisis sobre la definición de atención sociosanitaria.	24
2.3.3. Estrategias para una íntegra atención sociosanitaria.	30
2.3.2. Beneficios aportados por la atención sociosanitaria.	31
2.4. Organización sociosanitaria: evolución y actualidad.	32
3. METODOLOGÍA	37
3.1. Metodología cualitativa	37
3.1.1. Entrevista en profundidad	37
3.1.1.1. Explicación y justificación de las preguntas de las entrevistas cualitativas	39
3.1.2. Grupo triangular	43
3.1.2.1. Explicación y justificación de las preguntas de los grupos triangulares	44

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
4.1. Análisis de las entrevistas realizadas a profesionales de la atención socio-sanitaria	47
4.1.1. Entrevista al profesional de Trabajo Social N° 1.....	47
4.1.2. Entrevista al profesional de Trabajo Social N° 2.....	51
4.2. Análisis de las entrevistas triangulares realizadas a habitantes del medio rural	56
4.2.1. Entrevista triangular N° 1	56
4.2.2. Entrevista triangular N°2	58
4.2.3. Análisis conjunto de las entrevistas triangulares realizadas a habitantes del medio rural.....	60
4.3. Vinculación de los resultados al Marco Teórico propuesto.....	61
5. CONCLUSIONES	65
5.1 Discusión de los resultados.....	65
5.2 Limitaciones de la investigación	68
5.3 Prospectiva y líneas de investigación futuras	68
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
7. ANEXOS.....	77
7.1. Entrevista al profesional de Trabajo Social N°1.....	77
7.2 Entrevista al profesional de Trabajo Social N°2.....	90
7.3. Entrevista triangular N°1.....	100
7.4. Entrevista triangular N°2.....	109

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por haberme dado la energía necesaria durante este tiempo, por haber forjado los valores y principios que hoy me hacen ser quien soy, por vuestra confianza continua en mí; este logro también es vuestro.

A Irene, contigo aprendí que se puede ser dos cuando te sientes uno.

*A ti, David, por demostrarme que con un poquito más de fuerza se puede con todo,
gracias por estar.*

A mi tutor, Enrique Morales, por su flexibilidad y apoyo persistente tanto en la realización de la investigación como en las circunstancias personales que se han dado.

A todas las personas que han hecho posible este cometido, en especial a Yolanda y a Inma, por haberme dado la oportunidad de conocer a unas personas maravillosas.

1. INTRODUCCIÓN

Este primer apartado incluye la motivación, donde se describe por qué la estudiante ha decidido centrar su trabajo de fin de grado en la situación sociosanitaria que reciben las personas mayores de 65 años en el medio rural; la justificación, en la que se argumenta por qué este asunto se considera materia de un trabajo de fin de grado de Trabajo Social; el planteamiento del problema y los objetivos, apartado donde se desarrolla el problema a investigar por la estudiante y los objetivos propuestos jerárquicamente a conseguir tras la investigación y, por último, se expone la vinculación de las competencias que se pretenden desarrollar con este trabajo de fin de grado a aquellas conseguidas en los años cursados en el Grado de Trabajo Social.

1.1 Motivación

El motivo de hacer este Trabajo de Fin de Grado es porque somos conocedores que en el medio rural la vida es completamente distinta a la de la ciudad, tanto en las diferencias que supone la socialización como en la vida saludable, las viviendas, los servicios, la comunicación, el empleo, el ritmo de vida o la vecindad, entre muchos otros.

Entre los diversos aspectos mencionados anteriormente, se considera que en ocasiones es muy positivo que nuestra vivienda habitual se encuentre en el entorno rural. Esta afirmación se consolida, por ejemplo, a lo referido con la vida saludable gracias a la pureza del aire y a la cercanía con entornos naturales; la tranquilidad en el ritmo de vida que supone encontrarse en una localidad rural o la sostenibilidad social definida por Camarero et al. (2009, p. 23) como “existencia de un entramado humano diverso y equitativo, suficientemente activo y articulado para generar dinámicas sociales y económicas capaces de mantener la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todos los colectivos que componen la población de un territorio”. Sin embargo, también se considera favorable encontrarse en un entorno urbano, como aquello relacionado con el empleo al tener más oportunidades en la ciudad; las diferentes ofertas de comunicación (internet, telefonía, transporte público) disponibles en el núcleo

urbano o el fácil acceso y disponibilidad a servicios sanitarios, sociales, a comercios...

La motivación de este trabajo emerge de la cercanía de la estudiante al ámbito rural, encontrándose su vivienda habitual en una población de aproximadamente 1.000 habitantes y habiéndose encontrado con numerosas diferencias al haber iniciado sus estudios universitarios en la ciudad y, por consiguiente, el traslado diario al núcleo urbano.

A la proximidad de la estudiante al entorno rural, se suma el interés de conocer las situaciones de las personas mayores en las poblaciones de Castilla y León, sus necesidades y la cobertura de las mismas.

Esta investigación se centra en el colectivo de las personas mayores puesto que la estudiante considera que es uno de los grupos de población con más obstáculos del ámbito rural en diferentes aspectos, como puede ser el desconocimiento de los procesos a llevar a cabo en las administraciones públicas, escasez de conocimiento informático que hoy en día se requiere para determinadas gestiones, desconfianza y escasez de hábito para pedir ayuda, etc., perjudicando así su participación plena en sociedad y presentando desigualdades significativas para el desarrollo de su autonomía personal y proyectos de vida (Secretaría General del Medio Rural, 2011).

El uso de servicios públicos por parte de esta población en base a la atención psicosocial es aún deficitario (Montorio et al., 2003), hallándose numerosos y diversos factores que colaboran en esta falta de desarrollo: limitación de servicios, circunstancias de la propia persona mayor y/o entorno familiar, estereotipos edadistas o la insuficiencia en la formación de los profesionales en materia de vejez y envejecimiento.

Además, este colectivo suscita gran interés en la investigadora debido al periodo de prácticas realizado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el tercer curso del grado de Trabajo Social en el año 2021 pues, a través de la

observación directa y las diferentes intervenciones sociales realizadas, concluyó que los recursos a emplear eran diferentes en aquellas personas cuyas viviendas se encontraban en pueblos que en los residentes de ciudades. A grandes aspectos, existían diversos obstáculos para cubrir las necesidades de las personas mayores en las poblaciones pequeñas frente a aquellas pertenecientes a ciudades. A esta motivación se suman otros caracteres que han influido en la decisión de la alumna tras el largo recorrido de sus estudios en materia de trabajo social, como puede ser el notable envejecimiento de la población principalmente rural o el incremento de vida que se ha venido produciendo en las últimas décadas.

1.2 Justificación

Este trabajo de fin de grado se orienta a intentar presentar el problema de las personas mayores que viven en el medio rural y que por diversas razones como la edad, enfermedad o discapacidad se ven obligadas a abandonar sus viviendas habituales para cubrir sus necesidades, pues en el caso de no hacerlo y en diversas ocasiones, son ciertamente discriminados por las administraciones públicas, que no hacen por llegar esos recursos, servicios o ayudas.

Es importante visibilizar la problemática de que este grupo generacional del medio rural no tiene las mismas posibilidades de acceder a los medios de atención y cuidados que aquellos residentes de ciudades, con el fin de que las administraciones públicas cubran las necesidades y se les ofrezca diferentes opciones y oportunidades para vivir la última etapa de la vida. Además, este difícil acceso a recursos que potencien sus capacidades como su autonomía, crea una situación de vulnerabilidad y de riesgo para la calidad de vida y bienestar de las personas.

Se debe mencionar el Artículo 9.2 de la Constitución Española (1978), el cual dice así:

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la

libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Por lo tanto, los mayores del medio rural han trabajado, cotizado y cumplido con la sociedad exactamente igual que los pertenecientes a núcleos urbanos, por lo que hay que crear conciencia de que no tienen el mismo acceso a recursos, ni la misma atención por parte de las administraciones, con el fin de lograr políticas sociales que cubran estos vacíos.

Se considera que esta investigación propugna un potencial social para la mejoría de las personas mayores del ámbito rural, en este caso, de la comunidad autónoma de Castilla y León.

1.3 Planteamiento del problema y objetivos

El fenómeno del envejecimiento de la población se debe, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), a dos factores clave: el aumento de esperanza de vida de las personas y al elevado índice de supervivencia en edades menores. Esta situación ha afectado en las últimas décadas al ámbito rural, en el cual cada vez hay más residentes con edades avanzadas. Un estudio realizado por Rico González y Gómez García (2003, p. 155) determina que los ciudadanos más jóvenes toman una aptitud altamente activa en los ámbitos laborales, reproductivos, productivos y social pero, en el medio rural de Castilla y León, estas competencias de los jóvenes no se ven reflejadas debido a la elevada tasa migratoria de estas zonas, las cuales han acabado siendo caracterizadas por localidades perjudicadas por el número de habitantes y por el alto porcentaje de personas mayores de 65 años.

Por lo tanto, el envejecimiento de la población sucede en consecuencia de diversos factores relacionados entre sí: la fecundidad se ha visto reducida en las últimas décadas, añadiendo el aumento de la esperanza de vida y la reducción

del volumen de las generaciones intermedias debido al masivo éxodo rural (Camarero et al., 2009, p. 75).

Numerosas personas de edad avanzada se encuentran en situaciones de vulnerabilidad por razones de edad, enfermedad o discapacidad, a lo que se suma la escasez de servicios y atención, suponiendo la suma de estos factores a un riesgo indudable de aislamiento, así como limitaciones en la participación de la sociedad.

Por estas razones, es necesario que las políticas sociales traten de fomentar y cubrir las líneas específicas de las necesidades que surgen en el envejecimiento rural, contemplando la diversidad con el objetivo de no discriminación.

Como se ha mencionado anteriormente, es importante concienciar sobre esta realidad existente, es decir, de las situaciones de las personas mayores en las poblaciones rurales de nuestra comunidad autónoma. Por ello, este trabajo de fin de grado se plantea como objetivo general:

- Investigar la situación de las personas mayores de 65 años en el contexto rural de Castilla y León en la esfera de la atención sociosanitaria disponible.

Para cumplir de forma exitosa el objetivo general, se propone una serie de objetivos específicos:

- Conocer la situación de envejecimiento de la comunidad.
- Analizar los obstáculos a los que se enfrentan las personas mayores en el medio rural en base a la atención sociosanitaria.
- Explorar los programas nacionales y autonómicos propuestos por la comunidad de Castilla y León que promocionan el desarrollo de capacidades para el bienestar y la atención íntegra de las personas

mayores en el contexto rural.

- Proponer líneas de intervención para cubrir la atención sociosanitaria de las personas mayores del ámbito rural.

1.4 Vinculación de las competencias específicas del Grado en Trabajo Social en el Trabajo de Fin de Grado

El Grado en Trabajo Social proporciona unas competencias a la estudiante que deben ser adquiridas a lo largo de la consecución del título, así como hallarse expuestas en su futuro ejercicio profesional. Entre estas competencias deben incluirse la cabida de desarrollar diversas funciones como informar, orientar, tratar la prevención, asistencia, investigación y coordinación, entre otras.

En este Trabajo de Fin de Grado se manifiestan diferentes competencias que la investigadora ha conseguido en el desarrollo de materia propia del Trabajo Social (Universidad de Valladolid, 2010):

- Apoyo a las personas mayores de 65 años pertenecientes al ámbito rural para lograr su capacidad de manifiesto de necesidades, puntos de vista y circunstancias referidas a la atención sociosanitaria de la que disponen.
- Interacción con las personas, familias, grupos y organizaciones del ámbito rural con el fin de promocionar el desarrollo de los cambios pertinentes para la mejora de las condiciones de vida por medio de la utilización de métodos y modelos propios del trabajo social.
- Apoyo en el desarrollo de redes a las que puedan acceder y desarrollar para hacer frente a las necesidades de las personas mayores de 65 años del ámbito rural.
- Análisis y sistematización de la información disponible de la atención sociosanitaria para una revisión y propuesta de mejora de las estrategias

de afrontamiento frente a las necesidades de las personas mayores en el ámbito rural.

- Contribuir a la administración de recursos y servicios supervisando su propia eficacia y evaluando su calidad refiriéndose a las diferentes actuaciones, estrategias e intervención de la atención sociosanitaria en el ámbito rural en relación con las personas mayores.
- Investigar, analizar, evaluar y utilizar el conocimiento actual y disponible de la praxis del trabajo social en el ámbito rural para revisar y proponer actualizaciones de los conocimientos de trabajo de los profesionales.
- Reflexionar críticamente sobre el desarrollo profesional con el fin de responder a las inquietudes y necesidades de los propios profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito rural con personas mayores de 65 años.
- Identificación de dilemas y problemas éticos complejos surgidos en el ámbito rural en relación con la atención sociosanitaria que se presta, diseñando mejoras en las estrategias de intervención.
- Contribuir a la promoción de mejores prácticas del trabajo social a través del análisis de políticas y/o programas que interceden en el ejercicio de los profesionales en el ámbito rural y en la vida de las personas mayores de 65 años.

Las competencias anteriormente mencionadas concuerdan con las propias del Grado en Trabajo Social como se ha mencionado anteriormente, y también con aquellas que un Trabajo de Fin de Grado en esta materia debe poseer, entre ellas que sea un asunto de interés social. La visibilidad de la problemática de las personas mayores de 65 años en el ámbito rural respecto a la esfera de la atención sociosanitaria es clave para paliar obstáculos existentes a los que se enfrentan, así como la propuesta de mejoras, proyectadas con el fin de mejorar

el bienestar y calidad de vida sin interferir de forma negativa en los propios proyectos de vida.

2. MARCO TEÓRICO

En este segundo apartado la alumna ha decidido tratar diversos aspectos relacionados con el objeto de su investigación, relacionados con dos grandes asuntos: el envejecimiento y la atención sociosanitaria.

En primer lugar, se argumenta sobre el envejecimiento y diversos contenidos relacionados con este fenómeno, comenzando por un análisis definitorio sobre el fenómeno, siguiendo a este primer apartado los estudios que prevén la situación del envejecimiento, las teorías sociológicas que brindan este concepto y, por último, la conceptualización y situación del edadismo.

En un segundo lugar, la alumna presenta datos demográficos y estadísticos sobre la población, proporcionando un análisis más profundo en los habitantes de Castilla y León.

En tercer lugar, se trata la atención sociosanitaria y diferentes aspectos que la rodean. Este apartado comienza con un análisis sobre la definición del concepto, los objetivos que se pretenden conseguir con una atención que comprenda lo sanitario y lo social, las estrategias marcadas para que se realice una íntegra atención y, por último, los beneficios que esta brinda.

Para finalizar el marco teórico, la alumna muestra la evolución de la atención sociosanitaria en España y, además, los actuales documentos que las Comunidades Autónomas presentan en materia de atención sociosanitaria.

2.1 Definición de envejecimiento.

2.1.1. Conceptualización de envejecimiento.

Para la comprensión íntegra del fenómeno del envejecimiento, es clave comenzar con la explicación del ciclo vital y lo que este proceso conlleva e intercede en el envejecimiento. El ciclo vital es el marco de referencia que por naturaleza concreta y define la biología de un grupo determinado de especie y que, a su vez, comprende las peculiaridades de cada una de las etapas del

desarrollo vital (Bernis, 2016).

Erik Erikson (1982), psicoanalista estadounidense, postuló en su libro "*El ciclo vital completado*" que dicho ciclo estaba compuesto por ocho etapas: infancia, niñez temprana, edad de juego, edad escolar, adolescencia, juventud, adultez y, por último, la vejez. Sin embargo, hoy en día, las etapas del desarrollo humano son la infancia, adolescencia, adultez y senectud, teniendo en cuenta que a pesar de que se divide en fases, es un proceso continuo a lo largo de la vida humana (Muñoz, 2012). Por lo tanto, el envejecimiento es un fenómeno concurrente en el desarrollo del ciclo vital, fundamentalmente en la última etapa de este.

Existen diferentes definiciones de envejecimiento, puesto que es difícil precisar las características generales del término, sin embargo, si existen coincidencias entre diferentes autores como entre Lehr (1980) o Laforest (1991) que lo consideran como un proceso dinámico en el que actúan diferentes factores e innato a todos los seres humanos.

En el plano biológico, la Organización Mundial de la Salud (2015) comprende el envejecimiento como el conjunto de diversos daños celulares y moleculares y que, según pasa el tiempo, provocan de manera gradual un descenso en las capacidades mentales y físicas y, de igual forma, un aumento en el riesgo de enfermedad. Por lo que el fenómeno del envejecimiento es el proceso fisiológico que produce cambios en las peculiaridades y características de las especies a lo largo de su propio desarrollo, ocasionando limitaciones en la adaptación del organismo al medio. Además, añade que los ritmos de los cambios mencionados son diferentes en cada individuo y no se producen de la misma forma, pues las modificaciones no son lineales ni uniformes.

El envejecimiento ha sido definido en diccionarios como el Websters New Universal Unabridged Dictionary (1996), el cual recoge como explicación el cúmulo de modificaciones en un individuo a lo largo del tiempo, o la Enciclopedia Británica, que presenta como definición de envejecimiento el cambio paulatino y

propio del organismo que conlleva a la vulnerabilidad, disminución de la vitalidad, afección y finalmente, la muerte. La definición propuesta por el Oxford English Dictionary (2022) precisa que el envejecimiento es la agrupación de cambios morfológicos y fisiológicos cuya aparición es debida al paso del tiempo sobre los individuos, disminuyendo la adaptación de los órganos, sistemas y aparatos, así como la capacidad de respuesta a las amenazas (Alvarado & Salazar, 2014).

La Real Academia Española define envejecimiento como el hecho de envejecer, refiriéndose al proceso que una persona experimenta al hacerse anciano (Real Academia Española, 2021).

Para una íntegra conceptualización del envejecimiento, es necesario mencionar el llamado “envejecimiento activo”, entendido este como el procedimiento que pretende mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen gracias a la optimización en base a tres fuertes pilares: seguridad, salud y participación. Además, el concepto “activo” hace mención a la participación continuada en los diferentes ámbitos que integra la sociedad: económico, social, cultural, cívico y espiritual, tratando de realizar un incremento saludable en la esperanza de vida de la persona y, en consecuencia, su calidad (Oddone, 2013).

El concepto de “envejecimiento activo” surge a raíz del fenómeno de senectud de la población de forma gradual e ineludible, con el fin de abarcar un conjunto de políticas cuyo objetivo sea que, el incremento de la esperanza de vida y la autonomía de las personas mayores, se vean directamente relacionadas con cualidades físicas y mentales saludables. El destinatario de estas políticas es claro: personas de avanzada edad que mantienen una actitud física y mental buenas el mayor tiempo posible, pero influyen de forma íntegra al resto de la sociedad. Entre sus objetivos también se encuentra el fomentar y potenciar el término de envejecimiento activo para conseguir una plena calidad de vida en el proceso de decrepitud (Causapié, 2010).

2.1.2. Tendencias sobre el envejecimiento en la población.

Se espera que, en España en el año 2050, la población mayor de 65 años represente más del 30% de la población íntegra siendo actualmente alrededor del 17% del total de la ciudadanía (Fernández et al., 2010) y, este incremento, se debe a la esperanza de vida y a la baja tasa de natalidad, tal y como se ha mencionado al inicio de este informe. El estudio sobre la estructura de la población futura sigue tal y como se planteó en años anteriores, pues en 2020 se continúa asegurando que hacia 2050 las personas mayores se duplicarán en número, modificando así las pirámides poblacionales, de tal modo que la edad laboral y los niños reducirán su peso (Pérez et al., 2020). En las últimas tres décadas el fenómeno del envejecimiento del pueblo español se ha duplicado debido a la mejora de la calidad de vida de las personas, siendo uno de estos factores el avance científico de la medicina, y a la baja tasa de natalidad ya que, en los años 70 en España la media de hijos por mujer en edad fértil eran 3 hijos y, hoy en día, apenas es de 1,2.

El aumento de los ciudadanos mayores sucede a nivel global y, además, se menciona el envejecimiento de la población mayor en el sentido de que, no solo habrá más ancianos, sino que el número de adultos mayores con una edad más avanzada, aumentará de forma sustancial (Berrío, 2012).

A nivel global, el colectivo formado por los ciudadanos mayores de 65 años aumenta a un ritmo más rápido que otros grupos poblacionales y, según Naciones Unidas (2019), en el año 2050 habrá una persona de cada seis mayor de 65 años (16%) mientras que en 2019 la proporción se encontraba en una de cada once.

El envejecimiento de la población actual ha provocado una serie de consecuencias sociales en las que la sociedad de forma íntegra se ha visto involucrada (Pérez, 2005):

- El significado social de las edades varía, es decir, debido al aumento de

esperanza de vida, esta ha logrado más tiempo para su desarrollo implicado en todas las etapas del ciclo vital. Varias décadas atrás, los ciudadanos abandonaban la etapa de la infancia de manera temprana para comenzar la adultez, sin embargo, hoy en día, los jóvenes demoran más ese momento de convertirse en adultos.

- En las familias hace varias décadas coexistían dos generaciones mientras que, actualmente, se generaliza la existencia de cuatro lo cual es un problema debido al creciente número de personas dependientes por edad en un mismo núcleo familiar. También se ha de tener en cuenta que, una de esas cuatro generaciones, realiza funciones familiares que hace unos años la vejez no podía asumir.
- De igual modo que las familias se ven afectadas, los roles de género y edad también, especialmente en las mujeres. Las posibilidades que hoy en día existen para las formaciones profesionales han afectado directamente al rol de reproducción asociado a la mujer desde tiempos inmemorables. También se debe considerar que esta posibilidad de lograr perfiles laborales, formativos y familiares se ve favorecido por la coexistencia de otra generación más madura que asumen las funciones de reproducción mencionado.
- La salud colectiva se ha visto influenciada por el envejecimiento ya que, a pesar de la creencia del colapso de los sistemas sanitarios por el envejecimiento, ha sucedido lo contrario y, es por esta razón, por la que existe una mejora en las sociedades avanzadas y sus mayores, pero, también en los jóvenes, puesto que tienen un nivel de supervivencia asegurado en el momento que lleguen a la edad avanzada.

2.1.3. El envejecimiento desde una visión sociológica

Para explicar la vejez se han expuesto diferentes teorías psicosociales que pretenden concretar los factores que influyen en el carácter propio relacionado con el envejecimiento (Izal & Fernández, 1990; Belando, 2007; Lizaso et al.,

2008; Puig et al., 2011; Robledo, 2016):

- Teoría de la desvinculación, propuesta por Cumming y Henry en 1961, la cual define el proceso de envejecimiento como un procedimiento ineludible desentendimiento mutuo en el que la interrelación de la persona con el resto del sistema social disminuye de forma paulatina. Es decir, se ve reducida la participación social en el medio con la consecuencia de la desvinculación de la sociedad y, además, percibe que se le ofrece menos posibilidades para contribuir en esta. La persona mayor reduce así las relaciones sociales y fomenta aquellas más cercanas o familiares que no necesariamente requieren actividad intensa.
- Teoría de la actividad, propuesta por Havighurst en 1963, sin embargo, en 1990 Carstensen defendió que no es una teoría formal, sino una mirada al envejecimiento contraria a la llamada teoría de la desvinculación. Desde esta perspectiva, la persona mayor se adapta mejor a la participación social dejando atrás roles como el del trabajador, pero continúa realizando actividades que influyen en la satisfacción en la vejez.

A pesar de ser dos teorías fundamentadas por diferentes autores, existen otros como Lemon, Bengston y Petersos (1965) o Lowenthal y Haven (1968) que concluyeron que el procedimiento del envejecimiento no puede ser únicamente explicado por dos teorías. En consecuencia, de estas conclusiones, Berghorn, Schafer, Steere y Wiseman (1978) propusieron un tercer modelo en el que se fundamenta que ambas teorías son formas diferentes de afrontar el envejecimiento y que, entre ambas, surge la teoría de la continuidad:

- Teoría de la continuidad: considera al individuo y a su biografía una unidad, por lo que el cambio de una etapa a otra es una continuidad en la propia identidad de la persona mayor, sin considerarlo una ruptura. El sujeto va construyéndose y modificando en base a las necesidades que van surgiendo buscando el sentido de continuidad o coherencia interna.
- Teoría de los roles, la cual comprende dos enfoques distintos de

interpretación del envejecimiento:

- La pérdida de roles como consecuencia de la inexistencia de un marco normativo que reubique a los individuos en su nueva etapa dentro del sistema social. Cada etapa del individuo está asociada a unos roles determinados mientras que, esta última que comprende la vejez, no tiene establecidos roles a seguir.
- La vejez provoca una pérdida de elementos que provocan una baja interacción con otras personas por lo que el sujeto percibe que, según envejece, su situación de invisibilidad aumenta en medida que su papel activo disminuye, convirtiendo un estado pasivo en la participación social.

2.1.4. Discriminación por edad: el edadismo

La edad es la única categoría social que comprende diferentes grupos en los que todos los individuos pertenecerán a lo largo de su vida y, a pesar de este hecho, existen discriminaciones, estereotipos y prejuicios vinculados a la edad. Esta discriminación que afecta mayoritariamente a las personas mayores se denomina edadismo y, dicho fenómeno, es estudiado por la psicogerontología, disciplina que trata de deponer los prejuicios y estereotipos del edadismo a través de la investigación basada en la evidencia (Cisternas & Sarabia, 2018).

El término edadismo fue acuñado por Butler en el año 1969, en el cual se hacía referencia a los estereotipos discriminatorios y sistemáticos presentes en la sociedad y cuyo perjudicado es la persona mayor por el hecho simple de ser mayor. Entre las conductas vejatorias se pueden mencionar el insulto, molestia, desprecio o el rechazo al acercamiento y contacto físico con la persona. Además, este tipo de discriminación por la edad ha sido denominado el tercer ismo en nuestra sociedad, después del racismo y sexismo (Bárcena et al., 2009).

Losada (2004), planteó una serie de estereotipos que afectan en el bienestar y calidad de vida de las personas mayores. Entre ellos podemos encontrar estereotipos como que todas las personas mayores son semejantes, enfermas,

dependientes, frágiles, permanecen aisladas de la sociedad, deprimidas o presentan rasgos de deterioro cognitivo. Sin embargo, la realidad es diferente, pues las personas mayores son muy dispares entre ellas, mayormente son independientes y mantienen contacto con sus familiares y entorno más cercano, el porcentaje de depresión en las personas mayores es menor que en otros grupos de edad y, a pesar de presentar algún debilitamiento intelectual, no intercede en su día a día.

Es un hecho que el edadismo provoca una serie de consecuencias negativas en el bienestar de las personas mayores, en su salud y en sus derechos humanos. El aumento del aislamiento social y por tanto su soledad, es una de ellas, provocando serios problemas de salud y riesgo de violencia o abuso contra las personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Entre las consecuencias del edadismo también se encuentra la adopción de una idea negativa por parte de la persona mayor debido a la imagen que la sociedad refleja de ellos y, por lo tanto, la afiliación de la persona a actuar de acuerdo a esta idea. Debido a este comportamiento se incrementa la pérdida de la independencia de forma temprana, aumentando el índice de malestar tanto física como psíquica (Losada, 2004).

2.2 Datos estadísticos demográficos

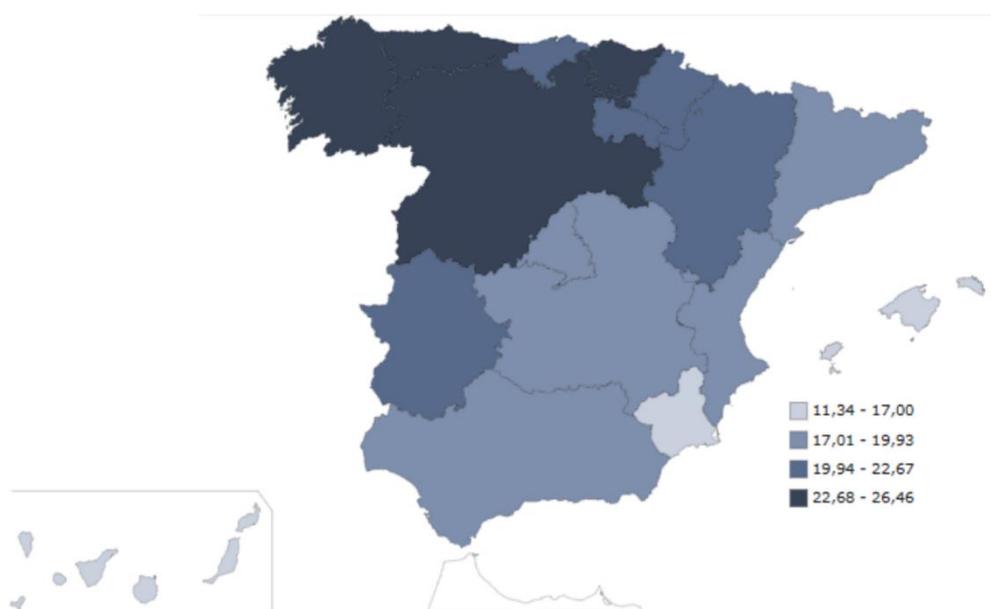
Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), a fecha de 1 de julio del año 2021, la población de España consta de 47.326.687 habitantes en su totalidad, los cuales se distribuyen entre las 17 Comunidades Autónomas y Ceuta y Melilla, dos ciudades autónomas al norte de África pertenecientes a España.

De la cantidad de habitantes mencionada, el Instituto Nacional de Estadística (2021) confirma que los ciudadanos mayores de 65 años suman un total de 9.717.372, los cuales se reparten por las comunidades autónomas del país,

reflejando gráficamente el territorio del país tal y como se muestra en la Figura 1.

Figura 1:

Proporción de personas mayores de 65 años por comunidad autónoma



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2021)

En la ilustración se refleja que Castilla y León es una de las comunidades con más población mayor de 65 años del territorio español, junto al noroeste del país y, además, esta se encuentra entre las más pobladas del país, exactamente compuesta por 2.379.530 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2021) y la cual se divide en nueve provincias: Ávila, Burgos, León Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.

El Padrón Continuo de la Junta de Castilla y León (2021) nos ofrece los datos de la cantidad de habitantes que vive en cada uno de estos territorios constituyentes de la comunidad, así como los mayores de 65 años residentes en cada uno de las nueve provincias

- Ávila: 158.421 habitantes total, de los cuales 42.217 son mayores de 65

años y 30.326 de estos pertenecen al ámbito rural.

- Burgos: 356.055 habitantes total, de los cuales 86.063 son mayores de 65 años y 45.661 de estos pertenecen al ámbito rural.
- León: 451.706 habitantes total, de los cuales 124.725 son mayores de 65 años y 91.048 de estos pertenecen al ámbito rural.
- Palencia: 159.123 habitantes total, de los cuales 41.552 son mayores de 65 años y 22.381 de estos pertenecen al ámbito rural.
- Salamanca: 327.338 habitantes total, de los cuales 87.816 son mayores de 65 años y 48.161 de estos pertenecen al ámbito rural.
- Segovia: 153.663 habitantes total, de los cuales 34.633 son mayores de 65 años y 22.557 de estos pertenecen al ámbito rural.
- Soria: 88.747 habitantes total, de los cuales 22.441 son mayores de 65 años y 14.149 de estos pertenecen al ámbito rural.
- Valladolid: 519.361 habitantes total, de los cuales 122.410 son mayores de 65 años y 42.776 de estos pertenecen al ámbito rural.
- Zamora: 168.725 habitantes total, de los cuales 52.654 son mayores de 65 años y 36.838 de estos pertenecen al ámbito rural.

Por lo tanto, la comunidad de Castilla y León cuenta con un total de 614.511 habitantes mayores de 65 años, de los cuales 353.897 personas pertenecen al ámbito rural.

2.3. Atención sociosanitaria

2.3.1. Análisis sobre la definición de atención sociosanitaria.

La reclamación de atención profesional en el campo social y sanitario por parte de las personas mayores ha aumentado considerablemente, obligando a las

políticas a una revisión de los sistemas existentes hasta hoy en día, como ha sido en la financiación, distribución o gestión de recursos destinados a este gran colectivo de la sociedad. Este notable aumento también ha ocasionado que las entidades dedicadas a los ámbitos sanitario y social, tanto públicas como privadas, se coordinen, colaboren y complementen para proporcionar una atención íntegra y ofrecer una buena cobertura a las necesidades (Jiménez, 1999, p. 224).

En la atención sociosanitaria predomina una característica clave para el buen entendimiento de la actuación llevada a cabo: la necesidad de coordinación e intervención conjunta desde distintos ámbitos de forma multidisciplinar sobre una misma persona, consiguiendo una atención más eficiente y eficaz. (del Mar, 2004).

El colectivo de las personas mayores, considerando a estas mayores de 65 años, requieren una atención especializada debido a las diferentes situaciones y necesidades y por ello se define al concepto de atención sociosanitaria como la agrupación de cuidados dirigidos a las personas enfermas, mayoritariamente crónicas que por sus singulares características pueden ser beneficiarios de la intervención de los servicios sociales y sanitarios con el fin de aumentar la autonomía, disminuir limitaciones y facilitar la reinserción social (De Lorenzo, 2015).

Un informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco recoge cuatro elementos considerados definitorios a la hora de hablar de la atención sociosanitaria: responder a las situaciones de necesidad complejas que demanden una atención mixta, sanitarias y sociales, de manera simultánea o secuencial, complementarias y articuladas; como objetivo se establece garantizar el seguimiento de los cuidados evitando desajustes materiales y temporales; contiene estrategias e instrumentos de colaboración que se desarrollan bajo el principio de la interdisciplinariedad; se fundamenta en una atención integral centrada en la persona garantizando el bienestar, calidad de vida y autonomía facilitando y priorizando su permanencia en su domicilio y

entorno social habitual (Ararteko, 2007, pp. 26-27).

El concepto de atención sociosanitaria ha ido evolucionando, pero ha continuado relacionado al concepto que hace referencia a la prestación de cuidados de forma continuada o de larga duración, pensados para las personas que presentan de manera coexistente dependencia y patologías generalmente crónicas y que demanden la necesidad de unos cuidados individuales y cuidados sanitarios al mismo tiempo (Herrera, 2005, p. 57)

Otro de los conceptos de atención sociosanitaria que se recoge es el siguiente:

Metodología de planificación de las políticas, de organización institucional y de intervención profesional, que pretende responder a situaciones en las que se presentan necesidades sociales y sanitarias múltiples y complejas. (Arza & Carrón, 2014, pp. 9-10)

La atención sociosanitaria está vinculada a las creencias biopsicosociales de las personas y a las circunstancias que rodean al individuo. Es por esto que el enfoque de la atención es integral y plenamente centrado en la persona, garantizando la continuidad de los cuidados durante toda la intervención sociosanitaria a través de acciones simultáneas o secuenciales por parte de los ámbitos social y sanitario.

El concepto de atención o coordinación sociosanitaria es el punto de unión entre la esfera sanitaria y la social, facilitando la accesibilidad y el encuentro entre los diferentes ámbitos, así como la continuidad de los cuidados que se requieran por lo que, la atención sociosanitaria, puede definirse como el conjunto de acciones orientadas a acomodar los sistemas sanitario y social con el fin de proporcionar respuestas integrales a las necesidades que las personas demanden (Laguna et al., 2009, pp. 45-46)

La atención sociosanitaria es definida en diversas ocasiones como el conjunto de actuaciones dirigidas desde los ámbitos sanitarios y sociales, de tal forma,

que se ofrezca y se logre una respuesta íntegra a las necesidades de las personas mayores dependientes que requieran dicha intervención simultáneamente (Jiménez, 1999, p. 225).

Una forma de definir la atención sociosanitaria es centrándose en las necesidades sociosanitarias, las cuales se agrupan según objetivos, contenidos, metodologías a emplear y por el derecho que se genera (Rodríguez & Codorniu 2002, pp. 46-48):

- Según objetivos: la atención sociosanitaria es una intervención íntegra que trata las necesidades sanitarias y sociales de forma simultánea. Se ha de tener en cuenta que cada caso es diferente e individual por lo que la necesidad predominante puede que sea sanitaria o social y que estas pueden variar a lo largo de la atención, pero la existencia de ambas es común.
- Según el contenido: como se ha mencionado, existe una convergencia de dos necesidades y por lo tanto se ha de realizar una intervención que atienda ambas esferas que incluya atención sanitaria, rehabilitación y apoyo social.
- Según el método asistencial, el cual no debe suponer una red asistencial nueva o específica, si no una atención en red, es decir, una coordinación sociosanitaria y multidisciplinaria que responda a las necesidades que se presenten.
- Por último, el derecho subjetivo que ha de contemplar la atención sociosanitaria a la protección de los ciudadanos teniendo en cuenta las necesidades que cubre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales.

Diversos autores, como se ha comprobado, han definido la atención sociosanitaria, pero en España la más común es la encontrada en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud:

La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. (Ley 16/2003, p. 20)

Además, refiere que las comunidades autónomas sean las responsables de establecer los grados en los que la atención sociosanitaria será partícipe a través de los elementos que la intervención abarca, como son los cuidados de duración larga, convalecencia o rehabilitación. Por último, en su artículo 14.3, garantiza que los servicios de la atención sociosanitaria serán continuos por los servicios sanitarios y sociales gracias a la coordinación entre las Administraciones públicas competentes. (Ley 16/2003, p. 20)

Las definiciones recogidas por diferentes autores presentan aspectos coincidentes entre ellas:

- El punto más destacable, es que es una necesidad cuyo surgimiento en la sociedad se debe al tener una media de vida más alta que años atrás, por lo que la peculiaridad de la sociedad envejecida manifiesta más dependencia por parte del ámbito sanitario como del sistema de servicios sociales.
- Otro aspecto a destacar es que las necesidades deben ser suplidas por las administraciones públicas de sanidad y servicios sociales, con la coordinación de las entidades privadas o del tercer sector dedicados a tales fines, bajo unas normas regladas que todos han de seguir.
- Una cuestión coincidente es que la atención, tanto sanitaria como social, en algunos casos está orientada a recuperar al individuo para continuar con su proyecto de vida en sociedad, sin embargo, cuando las necesidades son crónicas, la atención sociosanitaria estará orientada a que la calidad de vida sea lo más satisfactoria posible. Esta atención

siempre será realizada de forma conjunta y coordinada entre profesionales sanitarios y sociales para no tener desajustes y exista la pérdida de recursos o el dispendio innecesario de los mismos.

- Se ha de destacar que, en España, la competencia de atención sociosanitaria pertenece a las Comunidades Autónomas, por lo que surgen diferentes varemos de necesidades y diferentes respuestas a las mismas, provocando desigualdad en cuanto a los servicios sociosanitarios ofrecidos por cada una de ellas, pues se depende de los presupuestos que cada comunidad dedique a atender a las personas que requieren una atención sociosanitaria de su comunidad.

2.3.2. Objetivos propuestos por la atención sociosanitaria.

En Castilla y León, el II Plan Sociosanitario recoge un modelo de actuación que integra los sistemas de Acción Social y de Salud de forma coordinada y, es por ello, que establece los siguientes objetivos en base a una atención sociosanitaria íntegra (Junta de Castilla y León, 2003, p. 50):

- Aumentar la calidad de vida de las comunidades, familias y ciudadanos de Castilla y León, contribuyendo así a la mejora de la esperanza de vida sin problemas de salud e incapacidades.
- Acrecentar la accesibilidad de los ciudadanos a los sistemas de Acción Social y Salud.
- Mejorar la eficiencia y efectividad de la Sanidad y Servicios Sociales a través de una coordinación entre ambos sistemas.
- Incrementar la calidad de los servicios ofrecidos por los sistemas y, por tanto, la satisfacción de los beneficiarios de los mismos, mejorando las competencias de los profesionales en la atención biopsicosocial.

Son interesantes los objetivos que el Ararteko, alto comisionado del Parlamento

Vasco que defiende los derechos de la población relacionados con las políticas públicas, establece sobre la atención sociosanitaria (Ararteko, 2007, pp. 38-39):

- La eficiencia de los sistemas: objetivo relacionado con la consecución de responder a las necesidades que demandan las personas con la máxima calidad y con el mínimo coste viable.
- La continuidad de la atención: a través de dos elementos básicos que definen esta persistencia que son la dimensión individual, entendida como la percepción y experiencia de la persona con la coordinación sociosanitaria, y la dimensión longitudinal o cronológica de la continuidad, entendida como la necesidad de eludir desajustes temporales (tanto los tiempos de espera como solapamientos) en el acceso a los servicios prestados. Además, señala que la continuidad se debe dar en la información entre profesionales, entidades o cualquier actor que intervenga en la atención; en la gestión de los servicios prestados de forma simultánea o secuencial; en lo relacional, aludiendo al contacto persistente entre persona-profesional de referencia.

2.3.3. Estrategias para una íntegra atención sociosanitaria.

Para poder desarrollar un modelo de atención sociosanitario es clave establecer unas estrategias que conviertan la intervención en una actuación de éxito, es por ello que Nieto y del Barrio (2018) proponen las siguientes:

- Estrategia de las personas: la intervención se centra en la persona y las necesidades demandadas. Para una buena atención sociosanitaria es importante determinar los perfiles objeto de esta, así como la elaboración de un sistema que evalúe las necesidades sociales y sanitarias bajo el uso de criterios funcionales, clínicos y sociales y que, a través de protocolos y procedimientos, se atiendan con los recursos adecuados.
- Estrategia de los profesionales: precisar el ámbito profesional y las competencias de cada profesional que intercede en la atención

sociosanitaria. Para ello, serán necesarios planes de formaciones específicas.

- Estrategia de las tecnologías de la información: tener a disposición un sistema de información sociosanitaria compartido entre los profesionales y que este mismo sistema recoja la historia de salud y social de la persona.
- Estrategia de los recursos: generar un catálogo de recursos que proporcione a los centros sanitarios recursos sociales y a los centros sociales recursos sanitarios para conseguir la condición de atención sociosanitaria. De igual forma, establecer un mapa de recursos sociosanitarios actualizados del ámbito territorial. Además, se deberá contemplar la opción y condiciones necesarias para realizar la atención sociosanitaria en el domicilio de la persona si fuese necesario.
- Estrategia de coordinación y de integración: establecimiento de dispositivos de coordinación multidisciplinarios integrando los recursos, las intervenciones, los niveles asistenciales y las investigaciones. La coordinación también estará presente entre los recursos sociales y sanitarios para que el acceso o transición a los mismos sea factible.
- Estrategia en el marco legislativo: establecer una legislación actualizada y completa, delimitando las competencias propias de las Comunidades Autónomas para desarrollar de la mejor manera posible determinados aspectos del territorio. Además, el marco legislativo debe llevar a cabo las alteraciones del ordenamiento jurídico para asegurar y facilitar la implantación y desarrollo del modelo sociosanitario.

2.3.2. Beneficios aportados por la atención sociosanitaria.

Es un hecho que la atención sociosanitaria y la coordinación que esta conlleva, producen unos beneficios. El Dr. Fernando Vicente Fuentes, antiguo Director General de Recursos Humanos del Instituto Nacional de Salud, clarifica los resultados de una atención sociosanitaria: mejora la calidad de vida de las

personas al ser una atención integral y mejora la eficiencia en la gestión (atención de los ciudadanos efectiva, coordinación de los ámbitos para establecer servicios, derivaciones o los aspectos económicos-presupuestarios necesarios) (Fuentes 2013).

A través de estos resultados, Fuentes (2013) establece los siguientes beneficios que una atención sociosanitaria puede proporcionar:

- Fomenta el reconocimiento de las competencias de los ámbitos sanitario y social.
- Colabora en la optimización del uso de los recursos útiles más adecuado para cada circunstancia.
- El acceso y la gestión a los recursos asistenciales se ve favorecida gracias a la coordinación multiprofesional.
- Ampara la cercanía a las necesidades de la persona.
- Propugna el desarrollo de metodologías nuevas en la gestión de: financiación y optimización de costes, descentralización de toma de decisiones, elaboración de protocolos específicos, herramientas de evaluación, sistemas de información y valoración comunes y, por último, equipos multidisciplinares para la gestión de casos.

2.4. Organización sociosanitaria: evolución y actualidad.

El concepto de la atención sociosanitaria ha ido adquiriendo un papel esencial en las políticas a lo largo de las últimas décadas, considerándose actualmente un ámbito habitual en lo referido a la protección social y una prioridad para la resolución de problemáticas que emergen en diversos sectores sociales (Sánchez, 2012).

En España, se considera al programa “Vida Als Anys” de Cataluña en 1986 como

pionero de la atención sociosanitaria en el país, convirtiéndose así en un referente de los servicios sociosanitarios. Este Plan se lleva a cabo debido a las inquietudes que la alta ocupación hospitalaria de personas mayores de la comunidad en esos momentos, añadiendo la necesidad de “desmedicalizar” las atenciones y ofrecer una intervención íntegra. El Proyecto efectuó por toda la comunidad unos equipos de soporte de geriatría en diferentes centros: hospitales, unidades de internamiento de larga y media estancia y en los programas de atención domiciliaria que proporcionaba la atención primaria. De este modo, emergió la creación de los centros sociosanitarios, los cuales poseían plazas para las personas mayores de larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos (Laguna et al., 2009)

A nivel nacional, la atención sociosanitaria se contempla por primera vez en el informe de la “Comisión Abril” (1992), elaborado por la Comisión de análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, siendo el objetivo de esta delegación la reforma de la Sanidad. Contiguo a este informe y al Plan de Convergencia (1992) y Plan Gerontológico (1993) se constituye el marco de referencia para el planteamiento íntegro autonómico sobre la atención a las personas mayores, incluyendo la atención sociosanitaria. Por esta misma razón, en 1993 se produce un acuerdo entre el sistema sanitario y el sistema de asuntos sociales que impulsan diferentes proyectos e iniciativas que brindan la atención sociosanitaria a las personas mayores y/o con discapacidad, desarrollando después de las experiencias piloto dos nuevos documentos (1993 y 1995) que serán claves para la evolución de la atención sociosanitaria: “Bases para la ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores” y “Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores” (Del pueblo, 2000).

En el año 1998 la Secretaría General de Asuntos Sociales, La Subsecretaría de Sanidad y las Comunidades Autónomas consolidan un equipo de expertos sobre la atención sociosanitaria con el fin de que estos desarrollen un modelo de cuidado con las mismas bases para las comunidades autónomas. A raíz de este hecho, las comunidades comenzaron a realizar sus propios informes sobre la atención sociosanitaria y a implementar proyectos piloto. No es hasta 2003 el

siguiente avance sobre la atención, momento en el que se aprueba la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud integrando en uno de sus artículos la atención sociosanitaria. Finalmente a nivel estatal sobre la atención sociosanitaria, en 2007 se implanta la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, reforzando el sistema de servicios sociales que forma parte de la atención sociosanitaria (Laguna et al., 2009)

Actualmente, la gran mayoría de las comunidades autónomas de España, disponen de algún informe sobre la atención sociosanitaria, cumpliendo la garantía de proponer unos mínimos respecto al derecho de atención de las personas y cumpliendo su responsabilidad de ofrecimiento de esta (Gómez & Huete, 2020):

- Algunas han decidido establecer órganos propios con competencias en materia de atención sociosanitaria:
 - Comisión Sociosanitaria Comunitaria de Extremadura: promueve la atención íntegra y facilita la comunicación entre los dos sistemas.
 - Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria: gestiona la cooperación y coordinación entre ambos sistemas, orienta las políticas y/o normativas que interceden en la atención sociosanitaria.
 - Comisiones de Coordinación Sociosanitaria Castilla y León: son órganos técnicos-consultivos que ofrecen respuesta conjunta y simultánea en la atención a las personas con necesidades sociosanitarias. Además, son los responsables de garantizar la coordinación, elaboración de estudios, detección de necesidades y propuestas de mejora en materia de atención sociosanitaria.
- Otras comunidades integran la atención sociosanitaria en estrategias más generales:
 - Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi:

establece una estructura sociosanitaria en base a la coordinación, recursos y atención, integrando tanto la prevención como la participación ciudadana. Impulsa equipos multidisciplinares, protocolos e instrumentos de coordinación y valoración sociosanitaria.

- Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria Cataluña: coordinación entre el sistema sanitario y de servicios sociales en los ámbitos oportunos, bajo el modelo de atención centrada en la persona con el fin de empoderar al paciente considerándoles el centro de su intervención, dejando atrás el sujeto pasivo para ser activo.
 - Plan de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha: utilizado como instrumento para el impulso de las políticas entre ambos sistemas -social y sanitario-, considerando el bienestar y la salud ámbitos complejos y multidimensionales. Establece grandes estrategias como la red íntegra de asistencia social y sanitaria en el cuidado; investigación en base al bienestar y salud; cuidado de los sujetos en situación de dependencia; participación social y salud, autonomía e inclusión social en cualquier momento de la vida de los sujetos.
 - Marco Estratégico de Promoción de la Responsabilidad Social Sociosanitaria Madrid: estrategia que no solo se centra en la atención individual o comunitaria sociosanitaria si no que va más allá e impulsa y consolida compromisos de responsabilidad social en el ámbito sociosanitario incentivando un comportamiento de responsabilidad a profesionales, empresas u entidades.
- Por último, algunas comunidades consideran la atención sociosanitaria parte de planes transversales a través de objetivos:
- Plan de Salud Aragón: considerando la salud como un ámbito complejo y amplio en el que interceden factores sociales,

económicos, laborales... de tal modo que la coordinación entre recursos es imprescindible en las intervenciones realizadas.

- Plan de Salud de la Comunidad Valenciana: promueve la salud en todas sus políticas y en cualquier rango de edad. Incentiva la coordinación entre los ámbitos sanitarios y aquellos competentes en bienestar social para que la intervención sea eficiente y efectiva.
- Estrategias Sergas (Galicia): propuesta de acciones preventivas que contemplen cualquier esfera para disminuir la manifestación de enfermedades.

3. METODOLOGÍA

En este apartado se desarrolla el método a seguir por la alumna para realizar su investigación sobre la atención sociosanitaria en el medio rural a las personas mayores de 65 años.

Para ello, hace uso de una metodología cualitativa en base a dos procedimientos diferentes: entrevista en profundidad realizada a profesionales del trabajo social sanitario y, grupo triangular realizada a usuarios de los servicios. Gracias a esta metodología se incrementará el conocimiento sobre el objeto del trabajo de fin de grado.

3.1. Metodología cualitativa

En las ciencias sociales la metodología más comúnmente usada es la llamada cualitativa. Esta aborda las realidades existentes a través de un acercamiento comunicativo entre las personas, a través de la escucha, de la lectura, del análisis e interpretación de hechos. Es comprender, observar y registrar el lenguaje tanto escrito como visual, tanto simbólico como real, a través de estrategias de investigación de interacción y/o comunicación y métodos de recogida de información, interpretación y análisis (Fernández, 2017).

La estudiante ha considerado esta metodología como la apropiada por la facilidad de recogida de información a través de las entrevistas en las que se refinan preguntas de la investigación, se reconstruye la realidad como los entrevistados la perciben o se captan los hechos, emociones o sentimientos que el entrevistado manifiesta a través del lenguaje verbal y corporal, pues la observación en la metodología cualitativa también suma gran importancia (Díaz & Ortiz, 2005).

3.1.1. Entrevista en profundidad

La utilización de las entrevistas cuantitativas comienza en la época ancestral egipcia cuando se desarrollaban censos poblacionales pero, el origen documentado de esta técnica de investigación cualitativa se establece en el

S.XIX cuando el sociólogo Charles Booth realiza encuestas sociales sobre las entrevistas durante la Primera Guerra Mundial y, a partir de este momento, este método tomó gran relevancia en los estudios estadounidenses donde se desarrollaron más exhaustivamente las técnicas a emplear (Vargas, 2012).

La entrevista en profundidad ha sido definida por numerosos autores desde las diferentes perspectivas que esta puede emplear. Entre ellas, podemos mencionar la propuesta de Taylor (1987), la cual define la entrevista en profundidad como los encuentros repetidos en el tiempo entre el investigador e investigado con el objetivo de comprender cierta materia, pudiendo ser perspectivas o experiencias, expresadas verbalmente por el investigador de la forma que decida. Sin embargo, encontramos otras definiciones que comprenden el concepto de entrevista en profundidad como el diálogo entre dos personas, investigador e informante, dirigida por el investigador con el fin de producir una línea argumental continua a lo largo de la conversación (Alonso, 1995).

A grandes rasgos, en la entrevista profunda es el investigador quien propone un tema a explorar, pero existe una libertad en el diálogo que produce la entrevista por parte del informante, pues es libre en la forma de responder a las preguntas que se le realizan. A lo largo de la entrevista, el investigador observa y analiza exhaustivamente los datos que se prestan cualitativamente (López & Desaluriers, 2011).

En el desarrollo de las entrevistas en profundidad coexisten dos grandes grupos de tácticas: aquellas empleadas en la elaboración del guion propio de la entrevista y estrategias que, durante la entrevista, el entrevistador lleva a cabo (Valles, 2022):

- Tácticas para elaborar el guion de la entrevista: el entrevistador elabora de antemano el índice que va a seguir en la entrevista, incluyendo la presentación y aspectos necesarios para las transiciones temáticas.
- Tácticas durante la entrevista: al contrario que las utilizadas en el grupo

anterior, este tipo de estrategias son improvisadas durante la sesión de entrevista e incluyen formas verbales y no verbales. Entre estas tácticas encontramos:

- Táctica del silencio, ofrece al entrevistado continuar en base a sus intereses, tiempo para asociar o reflexionar.
- Táctica de la animación y elaboración, gestos o expresiones neutrales que transmiten aceptación o intereses sobre las respuestas o reflexiones del entrevistado.
- Táctica de reafirmar o repetir, el entrevistador repite el discurso del entrevistado sin incluir preguntas nuevas con el fin de obtener información adicional.
- Tácticas de aclaración, utilizada para requerir al entrevistado algún aspecto expresado para su clarificación por parte del entrevistador.
- Tácticas de cambio de tema a través de preguntas que introducen nuevos aspectos en la conversación.

3.1.1.1. Explicación y justificación de las preguntas de las entrevistas cualitativas

En este primer apartado de las entrevistas en profundidad se va a desarrollar las preguntas que la estudiante realizará a los profesionales en materia de atención socio sanitaria en el medio rural, así como la justificación de la elección de la misma y su aportación a la investigación:

*1. *Nombre del profesional*, que le parece si comenzamos la entrevista hablando resumidamente de su recorrido profesional y la formación académica que esto ha supuesto.*

A través de esta pregunta se establecerá el perfil del profesional de trabajo social

a entrevistar, conociendo las formaciones académicas y la trayectoria profesional en la disciplina mediante su presentación.

2. ¿Cómo definiría el trabajo social sanitario?

Esta pregunta busca conocer, por parte del profesional sociosanitario, lo que para él es el trabajo social en coordinación con el sistema sanitario al estar involucrado en la praxis de dicha disciplina.

3. ¿Qué le llevó a intervenir en el ámbito sanitario en la rama de lo social?

Mediante esta cuestión se pretende conocer las aptitudes que el profesional del trabajo social considera para adentrarse en la atención sociosanitaria.

4. ¿Cómo fueron sus primeras andaduras como trabajador social sanitario? ¿El centro de salud ofrece un manual de acogida, son los compañeros los encargados de esta acogida, etc.?

La entrevistadora propone esta pregunta para producir un acercamiento a la organización de los centros de salud, así como para ser conocedora de la existencia de manuales de acogida o guías de intervención cuando un trabajador social se incorpora al centro.

5. ¿Cómo se organiza un centro de salud de atención primaria cuando es necesaria la intervención social?

Gracias a esta pregunta se realizará un acercamiento mayor a los centros de salud de atención primaria al conocer la organización propuesta cuando la intervención social es necesaria con el fin de lograr la satisfacción de necesidades que un paciente presenta.

6. ¿Cómo es el seguimiento interdisciplinar que ofrece un centro de salud?

Relacionada con las preguntas anteriores, esta cuestión pretende conocer la coordinación existente en el centro de salud de atención primaria entre el sistema

de servicios sociales y el sistema sanitario.

7. Habiendo conocido cómo se coordina el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, me gustaría centrarme un poco más en el ámbito rural. ¿Existe la misma coordinación entre el sistema sanitario y social en el ámbito rural que en los centros de la ciudad? O, por el contrario, ¿existe alguna diferencia particular?

Esta pregunta pretende conocer las diferencias existentes entre los centros de salud de atención primaria del medio urbano y medio rural en la organización que supone una atención sociosanitaria o si, por el contrario, las actuaciones que se llevan a cabo son similares.

8. ¿Cuáles son las demandas sociales más comunes en el centro de salud del ámbito rural?

La investigadora a través de la octava cuestión pretende conocer las necesidades sociales más comunes que se producen en el ámbito rural en los centros de salud de atención primaria.

9. En los centros de salud del ámbito rural, ¿se observan necesidades diferentes entre aquellos usuarios mayores de 65 años procedentes de poblaciones más pequeñas frente a aquellos que provienen de localidades con mayor número de habitantes y/o servicios?

A través de esta pregunta, la investigadora pretende ser conocedora sobre aquellas necesidades que varían dependiendo de la procedencia del paciente, puesto que en el ámbito rural las poblaciones son diferentes entre ellas y los servicios que ofrecen pueden ser dispares.

10. Centrándonos en el colectivo de personas mayores, ¿qué necesidades destacarías de las que estos usuarios presentan en los centros de salud?

Relacionada con el colectivo objeto de la investigación, a través de esta pregunta

la investigadora pretende conocer aquellas necesidades más comunes entre las personas de dicha índole en los centros de salud de atención primaria.

11. ¿Existe alguna escala de valoración que mida las necesidades de las personas mayores en el ámbito rural diferente a las empleadas en las grandes ciudades? En caso de no existir, ¿propondrías aportaciones nuevas que cubran las necesidades rurales?

A través de esta cuestión, la investigadora pretende ser conocedora de los instrumentos que se utilizan en los centros de salud de atención primaria del medio rural por parte del trabajador social cuando, es necesario, el empleo de una escala de valoración para el desarrollo de las funciones del profesional.

12. En el tiempo que has dedicado profesionalmente al ámbito rural, ¿qué carencias has observado en cuanto a recursos humanos, materiales, servicios, etc.? Y, de igual modo, ¿qué aspectos positivos destacarías?

La investigadora a través de esta pregunta pretende que el trabajador social establezca una serie de aspectos negativos y positivos que se producen en el ámbito rural cuando es necesaria la intervención social.

13. ¿Consideras que alguna intervención en el ámbito rural no ha llegado a cubrir todas las necesidades demandadas por falta de recursos? Entendiendo como recursos asociaciones, capital humano, centros especializados, servicios... En caso afirmativo, ¿cómo se ha solventado?

Relacionada con la anterior pregunta, esta pregunta procura conocer si debido a la falta de recursos en el medio rural, alguna intervención se ha visto perjudicada y cómo finalmente se ha resuelto a pesar de las dificultades que se hayan podido presentar.

14. ¿Consideras que el ámbito rural carece de medios frente a los disponibles en las ciudades? Quiero decir, ¿os sentís apoyados por las

diferentes instituciones a la hora de intervenir profesionalmente en el ámbito rural?

Esta pregunta busca conocer la intervención de las diferentes administraciones públicas en el medio rural y el apoyo que ofrecen a los profesionales de los centros de salud de atención primaria, en este caso.

15. Este año de nuevo se gradúa una promoción de Trabajo Social. ¿Cómo nos animarías a orientar nuestra labor profesional al ámbito rural?

A través de la última pregunta, se pretende conseguir un discurso motivador para los nuevos profesionales del trabajo social que la Universidad de Valladolid promociona este curso para que su labor como trabajadores sociales se dirija al medio rural.

16. Por último, si desea mencionar alguna aportación que no se haya comentado durante la conversación, es el momento de ello.

Esta propuesta que invita la investigadora al profesional de trabajo social pretende ofrecer al entrevistado un espacio de libertad donde pueda comentar algún aspecto que considera necesario para la investigación sobre la atención sociosanitaria a las personas mayores en el medio rural de Castilla y León.

3.1.2. Grupo triangular

Es necesario hablar de la entrevista personal y de los grupos de discusión para clarificar el concepto de los grupos triangulares, pues existen diferencias entre ellos que son definitorias para ambas metodologías cualitativas.

A través de la entrevista personal se produce un discurso que se ve limitado por la percepción subjetiva del individuo entrevistado, siendo el «yo» el sujeto a lo largo del relato, marcado en un espacio simbólico considerado como el «adentro» de la persona, en cambio, en los grupos de discusión, se percibe al «nosotros» como el sujeto representativo del alegato producido y el «afuera»

como el espacio simbólico de la conversación. Sin embargo, en los grupos triangulares se produce un discurso diferente a los mencionados, pues se considera un espacio simbólico intermedio entre el «adentro» y el «afuera», y de igual manera sucede con los sujetos, siendo un intermedio entre el «yo» y el «nosotros», sucediendo comúnmente un «otros» que engloba representativamente tanto a cualquier individuo conocido por los participantes como a ellos mismos (Conde, 1993).

Los grupos triangulares son clasificados como técnica para la investigación social alternativa a los grupos de discusión y a las entrevistas personales, ofreciendo un planteamiento interactivo en pequeñas agrupaciones de personas y que permite un análisis del discurso y representación por parte de los participantes con una mayor cercanía. Además, el concepto de grupo triangular no viene dado solo por la cantidad de participantes que deben darse, sino también por los tres elementos básicos que deben establecerse en ellos (Orti, 1993): participantes, temática social e investigador. Las características más fundamentales de este tipo de grupos en diferencia con las entrevistas grupales o de expertos son las siguientes (Ruiz, 2012):

- La interacción comunicativa entre los participantes es abierta.
- El investigador no es directivo, si no que plantea las cuestiones y es el encargado de establecer una armonía entre las personas asignando turnos de palabra.
- Se emplean con el fin de producir un discurso grupal que responda a los objetivos de la investigación.

3.1.2.1. Explicación y justificación de las preguntas de los grupos triangulares

En este apartado se presentan las preguntas que la estudiante va a plantear en los grupos triangulares que se van a llevar a cabo con la

participación voluntaria de personas mayores de 65 años del medio rural. Gracias a esta metodología se conocerán las experiencias, sentimientos, percepciones y opiniones que las personas residentes del medio rural presentan ante la atención sociosanitaria que reciben.

Para comenzar la dinámica del grupo triangular se propondrá una rápida presentación sobre cada participante, incluyendo la investigadora, donde se mencionarán los nombres de cada miembro, la edad, residencia, etc., creando así un clima de comodidad y confianza. Además, se les explicará la actividad que se llevará a cabo con el fin de que esta sea exitosa para la investigación sobre la atención sociosanitaria que reciben las personas mayores de 65 años del medio rural.

1. ¿Qué conocen del Trabajo Social? Cómo lo han conocido, alguien os habló de ello, qué es para vosotros, habéis acudido alguna vez a los trabajadores sociales, etc.

Con esta primera pregunta la investigadora pretende conseguir un acercamiento entre los participantes y el trabajo social, así como ser conocedora de los aspectos que dominan sobre esta disciplina.

2. ¿Consideran que la atención que han recibido por parte del sistema sanitario y de los Servicios Sociales ha sido suficiente o, por el contrario, han observado alguna carencia?

A través de la segunda cuestión, se pretende establecer la perspectiva del grupo triangular sobre la atención que se recibe en el medio rural por parte de los sistemas sanitario y social.

3. ¿Qué propondrías para que la atención en el medio rural, tanto sanitaria como social, mejorase?

La investigadora procura con esta tercera intervención el establecimiento de propuestas que los usuarios de los sistemas plantean para una atención íntegra en la que no existan factores desfavorables al encontrarse en el

medio rural.

4. Comparando los servicios y las atenciones que se prestan en las ciudades, ¿consideran que las personas mayores de 65 años tienen más posibilidades de recibir atención sociosanitaria, por ejemplo, más rápida, en los medios urbanos?

A través de esta pregunta comparativa entre el medio rural y el medio urbano, se pretende conocer la perspectiva de los miembros del grupo triangular sobre las diferencias que existen en las atenciones sociosanitarias dependiendo del entorno en el que se encuentren.

5. ¿Consideran que existen problemáticas en el medio rural que las grandes administraciones públicas no valoran de la misma forma que los residentes de los pueblos?

Con esta intervención planteada se busca el establecimiento por parte de las personas mayores de 65 años del medio rural sobre aquellas inquietudes que ellos mismos estiman como habitantes del ámbito rural y que las administraciones públicas no consideran igual, así como un espacio de libertad donde podrán mencionar algún aspecto que consideren oportuno para la investigación.

6. ¿Consideran que cuando les ha surgido un problema han recibido una atención sociosanitaria y un seguimiento personal?

Con esta pregunta que la investigadora plantea se pretende conocer la opinión de los usuarios del Sistema Sanitario y Social sobre la cosificación que a día de hoy existe en estos grandes sistemas, así como la percepción del usuario sobre la protección que se le proporciona.

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Análisis de las entrevistas realizadas a profesionales de la atención sociosanitaria

En este primer apartado se va a realizar un análisis exhaustivo de las respuestas que el profesional de Trabajo Social especializado en atención sociosanitaria ha brindado a la alumna en la entrevista cualitativa que se llevó a cabo a través de las preguntas anteriormente presentadas en este informe.

En primer lugar, se analizarán las entrevistas de manera individual, es decir, primero se va a detallar los aspectos más importantes de cada entrevista para después poder realizar un análisis conjunto de las mismas, estableciendo las semejanzas y diferencias que se hayan encontrado.

4.1.1. Entrevista al profesional de Trabajo Social Nº 1

La primera de las entrevistas efectuadas por la investigadora analizada en este apartado se realizó a un profesional del Trabajo Social de uno de los centros de salud del medio rural de Castilla y León, en la provincia de Valladolid, el cual permanecerá en el anonimato, dando su consentimiento para el establecimiento de un perfil profesional y un análisis de las respuestas que contestó a lo largo de la entrevista realizada por la estudiante.

Este primer profesional entrevistado comenzó sus andaduras laborales en el campo sociosanitario en el año 1990, específicamente como Trabajador Social de Área en tres de las Zonas Básicas de Salud de Valladolid. Actualmente, debido al aumento de profesionales de Trabajo Social, ejecuta su labor profesional como Trabajador Social de un centro de salud de Valladolid y en dos Centros de Salud Rurales de la provincia de Valladolid. El acceso a los puestos de trabajo mencionados fue a través de oposición, habiendo concluido sus estudios universitarios como trabajador social.

A lo largo de la entrevista se ha dialogado sobre su experiencia como trabajador social en el medio rural; el desarrollo de las intervenciones multidisciplinares que

se llevan a cabo, con la posibilidad de poder comparar en diferentes aspectos la atención que se recibe en el ámbito rural de la prestada en lo urbano; las problemáticas sociales a las que se enfrentan en el medio rural; las demandas sociales más comunes en el ámbito rural; o los aspectos negativos y positivos de las intervenciones en el medio. De tal modo que, de manera ordenada y como fue surgiendo a lo largo de la entrevista, se recogen los siguientes aspectos más importantes relatados por el profesional:

- La definición de trabajo social en salud que nos ofrece el profesional se relaciona con el arte de que, los factores sociales que interceden en la enfermedad y que provoca la no recuperación, se corrijan o favorezcan para que así sanen.
- La profesión de trabajo social en el ámbito rural es muy diferente al resto y en sus inicios la mayoría desconocía sus funciones y su cometido en el centro de salud. En los inicios del trabajo social sanitario en los centros de salud, se pedía al profesional que iba a desarrollar esta labor, que ofreciera una sesión clínica al resto de compañeros para explicar el trabajo que se iba a desempeñar. Se consideraba al trabajador social como un profesional de apoyo, entrante y saliente, pues no se encontraba diariamente en el centro como el resto de los trabajadores.
- La intervención por parte del profesional de Trabajo Social en los centros de salud puede efectuarse a demanda del paciente, porque no es necesaria una derivación; por derivación por parte de algún otro profesional porque se considera necesaria la intervención por parte de trabajo social; o porque el trabajador social concierta una cita a aquellos pacientes con los que se hace un trabajo social continuado.
- En los centros de salud se necesita obligatoriamente la multidisciplinariedad en los seguimientos, los cuales se pueden realizar en la consulta del centro de salud o en los propios domicilios de los pacientes. En ambos casos, se realiza una valoración social de la situación para hacer un plan de tratamiento en relación a mejorar la

calidad y bienestar de las personas conjuntamente con los profesionales sanitarios. Además, los informes sociosanitarios se hacen de manera conjunta y es necesaria la firma de todos los profesionales que han colaborado.

- La coordinación que se lleva a cabo en los centros de salud de la ciudad como en aquellos del ámbito rural, es idéntica, salvo por una diferencia: en los centros de salud del medio rural, el trabajador social, solo se encuentra unos determinados días (en el caso de este profesional, un día a la semana). No obstante, asegura que la coordinación telefónica o por vía e-mail es efectiva el resto de los días a pesar de encontrarse en otro centro de salud diferente.
- Las problemáticas sociales más comunes establecidas por el profesional entrevistado en el ámbito rural son: el acceso limitado a los recursos y el desplazamiento que conlleva esto a la ciudad u otras localidades que dispongan; la dificultad de que los recursos permanezcan; dificultades en la provisión de alimentos básicos, por falta de medios económicos o falta de establecimientos que lo proporcionen; población altamente envejecida y falta de redes para ofrecer cuidados a las necesidades que se presentan.
- Considera que cuanto más pequeño es el pueblo, es más difícil resolver la situación por la falta de recursos, siendo más fácil encontrar servicios que cubran las necesidades de los pacientes en aquellas localidades más grandes o en las ciudades.
- La gran necesidad que destaca entre los pacientes mayores de 65 años es la falta de apoyos, de red informal, provocando un aislamiento y una soledad que afecta en todas las esferas de la persona.
- No existen otros instrumentos, herramientas o valoraciones sociales diferentes entre el ámbito urbano y el rural, a pesar de las muchas

diferencias que existen, afirma.

- Una de las grandes carencias que observa en el medio rural es la incorporación de la tecnología en la vida cotidiana y, en lo que le compete, en el ámbito sanitario asegura que también ha influido. También establece como una carencia la falta de recursos y de profesionales, pues antes en los pueblos el médico vivía allí y sin embargo, hoy en día, no es así. Considera que en la ciudad se ha avanzado mucho y en los medios rurales todo lo contrario.
- El sentimiento de apego que trasladan al profesional de los centros de salud por su pueblo es un aspecto positivo que el trabajador social ha querido compartir con la investigadora.
- Considera que en alguna intervención realizada en el ámbito rural no se ha llegado a cubrir todas las necesidades por falta de recursos, y que es difícil de corregir esto, a pesar de que el deseo de las personas del medio rural sean otros.
- Las instituciones ponen a disposición de todas las personas, tanto habitantes de la ciudad como de los pueblos, servicios, y de una manera u otra es posible el acceso a él, pero de forma muy diferente, considerando así que el apoyo de las instituciones en la hora de intervenir profesionalmente en el ámbito rural es diferente al que se recibe en el medio urbano.
- Trabajar en el medio rural es tan gratificante como en la ciudad, aunque habrá personas que se identifiquen más con un medio que con otro, afirma el profesional.

4.1.2. Entrevista al profesional de Trabajo Social Nº 2

-
La segunda de las entrevistas efectuadas por la investigadora analizada en este apartado se realizó a una de las profesionales de Trabajo Social que ejecuta su labor en uno de los centros de salud del medio rural de Castilla y León, en la provincia de Valladolid, la cual permanecerá en el anonimato, dando su consentimiento para el establecimiento de un perfil profesional y un análisis de las respuestas que contestó a lo largo de la entrevista realizada por la estudiante.

La profesional entrevistada inició su andadura en el trabajo social cuando ya había aprobado unas oposiciones como auxiliar administrativo en su tierra natal, Oviedo, pero Trabajo Social era una carrera que la llamaba la atención desde hace años e inició los estudios compaginándolos con el trabajo. Pasados unos años desde que finalizó sus estudios, decidió apuntarse a la bolsa propia de Sacyl, de la cual fue seleccionada para cubrir una baja como trabajadora social sanitaria y estuvo con contratos temporales hasta que, en 2016, aprobó las oposiciones que la garantizó la plaza que en ese momento estaba cubriendo. Actualmente trabaja en uno de los centros de salud de la ciudad de Valladolid y en dos Centros de Salud Rurales.

A lo largo de la entrevista se ha dialogado sobre su experiencia como trabajadora social en el medio rural; el desarrollo de las intervenciones multidisciplinares que se llevan a cabo, con la posibilidad de poder comparar en diferentes aspectos la atención que se recibe en el ámbito rural de la prestada en lo urbano; las problemáticas sociales a las que se enfrentan en el medio rural; las demandas sociales más comunes en el ámbito rural; o los aspectos negativos y positivos de las intervenciones en el medio estudiado. De tal modo que, de manera ordenada y como fue surgiendo a lo largo de la entrevista, se recogen los siguientes aspectos más importantes relatados por la profesional:

- El trabajo social sanitario es imprescindible en los centros de salud por ser la unión entre lo sanitario y lo social y, a su vez, con las entidades del tercer sector, siendo puente de entrada y acceso entre los diferentes servicios y/o sistemas.

- Sus inicios como trabajadora social sanitaria les recuerda complicados por lo sola que se sintió, debido a que, en los centros de salud, el resto de compañeros son sanitarios y no tienes otro compañero social como es en el caso de los CEAS, por lo que tuvo que contactar con otros trabajadores sociales sanitarios que la aconsejaron y guiaran.
- El teléfono es la principal vía de comunicación para la coordinación entre profesionales del centro de salud en las intervenciones, debido a que la trabajadora social no se encuentra de manera presencial diariamente en el centro. Además, los pacientes pueden demandar una consulta con el trabajador social, y también pueden ser derivados por otros profesionales.
- La coordinación multidisciplinar entre otros profesionales del centro es imprescindible para llevar a cabo una buena atención y se efectúa con cualquiera de los profesionales del centro: pediatra, médico, enfermera, matrona... Considera que no solo la coordinación entre los profesionales del centro de salud es importante, también con otros profesionales de otros sistemas, como CEAS, o con el tercer sector si la persona está relacionada con alguna asociación. Además, menciona los Equipos de Coordinación de Base, creados hace unos años donde se reúnen profesionales del CEAS, EPAP, Equipos de Salud Mental y Centros de Salud cuando un caso en el que se está interviniendo es complejo y alguno de los organismos están implicados.
- La coordinación telemática entre los profesionales de los centros rurales urbanos como de los que pertenecen al medio rural, es exactamente igual, recalca telemáticamente porque físicamente afirma ser difícil porque solo va al centro rural de salud uno o dos días por semana, por lo que las visitas que hace conjuntamente en el medio urbano son muchas más que las realizadas en los pueblos.
- Las demandas sociales más comunes en el medio rural son aquellas relacionadas con la dependencia, pues afirma que la población está muy envejecida, y mucha discapacidad o incapacidades.

- La principal diferencia que establece entre la intervención en localidades más pequeñas frente a otras más grande es la soledad de las personas mayores, aunque también menciona grandes dificultades en el acceso a los servicios y/o recursos.
- La gran necesidad que presentan las personas mayores en los centros de salud y la cual considera una gran problemática social, es la soledad, la cual perjudica su salud mental y otros aspectos y ámbitos de su vida.
- No es conocedora de instrumentos, herramientas o valoraciones sociales que se apliquen de manera distintiva entre el ámbito urbano y el ámbito rural.
- Las carencias o dificultades que se ha encontrado en el medio rural es la dispersión existente y los problemas a la hora de hablar de transporte. Sanitariamente considera que la mayor problemática es la carencia de médicos y la ratio que un médico ha de cubrir. Socialmente considera que, a pesar de que la trabajadora social sanitaria no se encuentre permanentemente en el centro de salud, las profesionales del Sistema de Servicios Sociales cubren esa ausencia.
- La profesional de trabajo social considera que un gran aspecto positivo de la intervención en el medio rural es el agradecimiento por parte de los pacientes cuando se realiza una actuación que beneficia su calidad de vida.
- La trabajadora social afirma tener la sensación de que en las intervenciones del medio rural no se llegan a cubrir todas las necesidades y perspectivas por parte de los profesionales por falta de recursos, tiempo y/o profesionales.
- Considera tener un gran apoyo por parte de su superior más directo, pero indica que las instituciones no aportan los medios, apoyos o recursos necesarios para que su labor profesional sea lo más íntegra posible, y han de realizar el cometido que les proponen sin las herramientas necesarias.

- Aporta varias afirmaciones al analizar el trabajo social en el medio rural, entre ellas destaca la libertad en la que se puede trabajar, refiriéndose al planteamiento de intervenciones o programas a desarrollar y, por otra parte, la soledad de los trabajadores sociales en los centros de salud del medio rural, refiriéndose a no tener compañeros que trabajen en equipo lo social.
- Para finalizar, demanda la necesidad de profesionales en el medio rural para poder realizar atenciones íntegras individuales, familiares y/o comunitarias.

4.1.3 Análisis conjunto de las entrevistas realizadas a los profesionales

Tras un análisis individual de las respuestas proporcionadas por los profesionales de Trabajo Social a la estudiante, es importante analizarlas de manera conjunta con el objetivo de establecer las semejanzas o diferencias que se han dado a lo largo de las conversaciones.

Para comenzar el análisis, la investigadora considera importante establecer una definición del trabajo social sanitario incorporando los aspectos más relevantes de las propuestas por los profesionales, de tal modo que la definición finalmente planteada sería: *el arte de poder corregir o favorecer los factores sociales que influyen en las enfermedades a través de la unión entre el Sistema Sanitario y el Sistema de Servicios Sociales.*

Ambos profesionales afirman haber tenido dificultades en sus inicios como trabajadores sociales sanitarios, debido al desconocimiento sobre la profesión, sus funciones y su cometido en el ámbito sanitario.

En las dos entrevistas realizadas, los profesionales ofrecieron a la investigadora el modo de organización de un centro de salud cuando es necesaria la intervención social, coincidiendo ambos en el modo en el que llegan las

situaciones de los pacientes: demanda del propio paciente, derivación de otro profesional o porque el trabajador social concierta una cita porque lo considera necesario. Además, se recoge la importancia de la vía telefónica entre los profesionales para las intervenciones multidisciplinares debido a la ausencia del profesional de trabajo social de manera continua en el centro de salud.

En relación con la importancia de la vía telefónica para la coordinación, es necesario destacar que ambos profesionales coinciden en lo imprescindible que es la comunicación multidisciplinar, y no solo dentro de los propios centros de salud, también con aquellas entidades o equipos que interceden en las actuaciones necesarias para mejorar el bienestar y calidad de vida de los pacientes. Ambos profesionales hablan de la importancia de la vía telemática porque no se encuentran físicamente en el centro de salud rural más que un día a la semana, pero esto no interfiere en que la organización o coordinación multidisciplinar sea diferente entre los centros de salud urbanos y rurales.

Las demandas sociales más comunes y coincidentes en ambas entrevistas son las relacionadas con el colectivo de personas mayores, pues ambos aseguran que la población del medio rural está muy envejecida, coincidiendo ambos en que la gran problemática a la que se enfrentan es la soledad de estas personas. No obstante, se añaden otras problemáticas sociales como el acceso limitado a los recursos o la dificultad de que los recursos permanezcan en las localidades. Además, ambos profesionales aseguran que las intervenciones que se llevan a cabo en las localidades más pequeñas frente a otras realizadas en poblaciones más grandes son más difíciles de llevar a cabo y se presentan grandes dificultades en el acceso a los servicios y/o recursos.

Los dos profesionales aseguran no conocer la existencia de otros instrumentos, herramientas o valoraciones sociales que se apliquen de manera distintiva entre el ámbito urbano y el ámbito rural a pesar de las diferencias existentes entre ambos medios. Entre estas diferencias se encuentran las carencias que se presentan en el ámbito rural, como son la falta de recursos y profesionales, aseguran el y la trabajadora social entrevistados. Además, tienen la percepción

de no cubrir todas las necesidades que se demandan en el medio rural por falta de recursos, tiempo y/o profesionales.

Entre los trabajadores sociales entrevistados existe una controversia cuando la investigadora les preguntó sobre el apoyo que reciben por parte de las grandes administraciones. El trabajador social estima que estas si brindan de apoyo suficiente al medio rural, pero de manera diferente en comparación con el ámbito urbano, sin embargo, la trabajadora social considera que las instituciones no aportan los medios, apoyos o recursos necesarios para que su labor profesional sea lo más completa posible.

Ambos profesionales coinciden en lo agradecida que es la población rural cuando intervienes en su bienestar y calidad de vida, asegurando que es tan gratificante trabajar en el medio rural como en el urbano. Además, la trabajadora social añade como conclusión la libertad, y a su vez la soledad, con la que se trabaja en el medio rural en el ámbito social de los centros de salud.

4.2. Análisis de las entrevistas triangulares realizadas a habitantes del medio rural

En este segundo apartado de los resultados se exponen los aspectos más importantes producidos en las conversaciones triangulares. De igual modo que en el análisis de las entrevistas a los profesionales, en un primer lugar se analizarán las respuestas de manera individual para después realizar un análisis conjunto, estableciendo las semejanzas y diferencias que se hayan dado en las tertulias.

4.2.1. Entrevista triangular Nº 1

La primera de las entrevistas triangulares efectuadas por la investigadora analizada en este apartado se realizó a un grupo de tres personas habitantes del medio rural, los cuales permanecerán en el anonimato dando su consentimiento para el establecimiento de un perfil personalizado que les identifique y un análisis

del diálogo que se produjo a lo largo de la entrevista realizada por la estudiante:

- Hombre de 67 años, residente del pueblo en el que habita desde su nacimiento, habiendo trabajado en el mismo como agricultor hasta su jubilación. No frecuenta los servicios sanitarios de forma habitual.
- Hombre de 66 años, residente del pueblo en el que reside desde los 15 años, donde empezó a trabajar como agricultor. A los 55 años emprendió con una fábrica de quesos. Frecuenta los servicios sanitarios de forma habitual.
- Hombre de 66 años, residente del pueblo en el que reside desde pequeño. Trabajó de agricultor hasta hace unos años. No frecuenta los servicios sanitarios de forma habitual.

A lo largo de la entrevista, la investigadora realizó unas preguntas con el fin de conocer las opiniones, sensaciones, experiencias y/o percepciones de las personas residentes del medio rural frente a la atención sociosanitaria que reciben en el mismo. De tal modo que, de manera ordenada y como fue surgiendo a lo largo de la conversación que se produjo, se recogen los siguientes aspectos más importantes relatados por los participantes:

- Solo de uno de los hombres entrevistados ha tenido contacto con la trabajadora social del centro de salud al que pertenecen, no obstante, los tres son conocedores del significado de Trabajo Social.
- Coinciden en la opinión de que la atención que reciben en el medio rural es insuficiente, recalando su sensación de que el trato es impersonal y poco humanitario. Además, aseguran haberles cambiado de médico hasta en cuatro ocasiones en los últimos meses, influyendo esto en la atención poco personalizada comentada.
- Como propuestas de mejora se recogen: ampliación de profesionales, atención personalizada y empática, no cambiar al médico en periodos

cortos y, por último, proporcionar los medios y condiciones favorables para que los médicos permanezcan en los pueblos de manera constante.

- Consideran que los mayores de las ciudades reciben mejor atención sociosanitaria que aquellos que residen en el medio rural, provocándoles una sensación de abandono por parte de los Sistemas de Bienestar.
- Las grandes administraciones públicas son conscientes de las problemáticas que influyen en la vida de los habitantes del medio rural en diferentes ámbitos: sanidad, educación, transporte, comercios, tecnologías, etc., aseguran, reforzando esta situación el sentimiento de abandono que manifiestan con sus palabras.
- Sostienen una firme percepción de que en el Sistema Sanitario no se recibe una atención personalizada, manifestando un sentimiento de cosificación desagradable desde su punto de vista y deshumanizador.
- Mantienen a lo largo de la conversación quejas sobre la escasez de medios y/o recursos existentes en el medio rural, de las distancias a los centros de salud y hospitales, del estado de las carreteras, del cambio frecuente de médicos, de la atención despersonalizada o sentimientos de abandono y desamparo por parte de las administraciones.

4.2.2. Entrevista triangular N°2

La segunda de las entrevistas triangulares efectuadas por la investigadora analizada en este apartado se realizó a un grupo de tres personas habitantes del medio rural, las cuales permanecerán en el anonimato dando su consentimiento para el establecimiento de un perfil personalizado que les identifique y un análisis del diálogo que se produjo a lo largo de la entrevista realizada por la estudiante:

- Mujer de 71 años, residente del pueblo en el que habita desde hace 6 años, habiendo trabajado como carnicera en un pueblo cercano. Frecuenta los servicios sanitarios de forma habitual.

- Mujer de 70 años, residente del pueblo en el que reside desde su nacimiento. Frecuenta los servicios sanitarios de forma habitual.
- Mujer de 69 años, residente del pueblo en el que reside desde hace 40 años. Trabajó como administrativa de la empresa familiar. No frecuenta los servicios sanitarios de forma habitual.

A lo largo de la entrevista, la investigadora realizó unas preguntas con el fin de conocer las opiniones, sensaciones, experiencias y/o percepciones de las personas residentes del medio rural frente a la atención sociosanitaria que reciben en el mismo. De tal modo que, de manera ordenada y como fue surgiendo a lo largo de la conversación que se produjo, se recogen los siguientes aspectos más importantes relatados por los participantes:

- Las tres mujeres han mantenido contacto con la trabajadora social de su centro salud por diferentes razones, asegurando conocer bien el Trabajo Social. Además, han mantenido contacto con otras trabajadoras sociales externas al Sistema Sanitario.
- Manifiestan que la atención sociosanitaria que reciben es insuficiente por causas como el desplazamiento a otras localidades para enfermedades comunes, la insistencia que a veces han de mostrar para ser atendidos, carencia de controles rutinarios y/o de enfermedades diagnosticadas, falta de profesionales que influyen en la disminución de consultas y/o la percepción de una laxitud por parte de los sanitarios tras la pandemia.
- Como propuestas de mejora en una atención sociosanitaria rural enuncian el aumento de profesionales, organización estable y persistente de atención en el consultorio, organización de citas de forma diferente a la telefónica, atención más personalizada y el traslado de un profesional al consultorio cuando el número de peticiones sea suficiente, independientemente del día establecido semanalmente.
- Aseguran que la atención sociosanitaria que reciben las personas

residentes en las ciudades es mejor que la recibida por ellos, manifestando la carencia de medios, recursos, profesionales y organización mínimos existentes en los pueblos.

- Manifiestan un gran descontento con las administraciones públicas al considerar que estas son conecedoras de las grandes problemáticas a las que se enfrentan diariamente las personas del medio rural y su nula actuación para solventarlas.
- Exponen la falta de atención personalizada que se recibe, provocando esta situación intervenciones deshumanizadas por parte del sistema.

4.2.3. Análisis conjunto de las entrevistas triangulares realizadas a habitantes del medio rural

Después de un análisis de las dos entrevistas triangulares realizadas por la estudiante, es necesario llevar a cabo un estudio de manera conjunta de las mismas para lograr un establecimiento de aquellos aspectos, tanto comunes como diferenciadores, de las respuestas de los participantes tratando estas sus experiencias, opiniones, sentimientos, percepciones o manifiestos.

En un primer lugar, es importante diferenciar los perfiles de las personas participantes en los diálogos. En ellos se observa que las mujeres son más asiduas en el uso de atención sociosanitaria; tan solo uno de los hombres asegura frecuentar habitualmente los servicios. No obstante, los seis participantes son conecedores de las labores del Trabajo Social, conociéndole de forma directa o indirecta.

Ambos grupos mantienen la opinión de la insuficiente atención sociosanitaria que se recibe en el medio rural. Esta opinión a refuerzan con argumentos como la sensación de trato impersonal, el desplazamiento a otras localidades por enfermedades comunes, insistencia para recibir atención, carencia de controles sanitarios o falta de profesionales.

Las propuestas de mejora para la atención sociosanitaria en el medio rural son diversas, coincidiendo en su mayoría entre ambos grupos: aumento de profesionales, organización estable y persistente de atención en el consultorio, atención personalizada o el traslado de un profesional al consultorio cuando el número de demandas de la población sea suficiente.

El conjunto de entrevistados considera que la atención sociosanitaria recibida es deficiente o muy mejorable al compararla con aquella prestada en las ciudades o grandes localidades, provocando esta situación grandes sentimientos de desamparo y abandono por parte del sistema. En relación con esta situación, aseguran que las grandes administraciones públicas son concedoras de este problema y no ponen remedio al mismo.

En ambas entrevistas triangulares realizadas se ha manifestado una firme percepción sobre la cosificación sentida por parte del Sistema Sanitario, realizando intervenciones deshumanizadas y provocando desconfianza por parte de los pacientes.

A lo largo de ambas entrevistas se han recogido quejas sobre la escasez de medios y/o recursos existentes en el medio rural, de las distancias a los centros de salud y hospitales, del estado de las carreteras, del cambio frecuente de médicos, de la atención despersonalizada o sentimientos de abandono y desamparo por parte de las administraciones. Pero, también se han recogido otras quejas independientes al Sistema Sanitario, como puede ser el transporte, la educación, el comercio o las tecnologías.

4.3. Vinculación de los resultados al Marco Teórico propuesto

A lo largo de las entrevistas cualitativas realizadas sobre la atención sociosanitaria, tanto a los profesionales como a los residentes del medio rural, se han observado grandes similitudes con el Marco Teórico propuesto por la alumna.

Existen dos grandes características que se han de mencionar por la gran importancia que presentan al relacionarse con la materia manejada en la investigación: el envejecimiento de la población y la falta de medios y/o recursos existentes en el medio rural en comparación al medio urbano.

Tanto los profesionales entrevistados como las personas mayores de 65 años, aseguran que el medio rural está envejecido a causa de los movimientos migratorios a las ciudades, donde se dispone de diferentes servicios, recursos y/o protección por parte de los Sistemas de Bienestar.

Esta característica de la población rural se relaciona estrechamente con la segunda mencionada, la falta de recursos y/o medios en el medio rural para una vida cómoda que beneficie la calidad y los proyectos de vida de sus habitantes para que no se hable de la España vaciada.

Además, el conjunto de estos aspectos ha provocado una falta de redes de apoyo inmensa en el medio rural, ocasionando una gran soledad entre sus habitantes que antes no se daba. Las familias deciden irse a las ciudades en busca de los servicios y recursos que carecen los pueblos, de tal modo que las personas mayores que continúan en las localidades más pequeñas perciben sensaciones de abandono, soledad, por parte de sus familiares, buscando el apoyo que se recibía antes por parte de las instituciones.

A estos argumentos, se suma el aumento de la esperanza de vida de la población. Décadas atrás, las personas mayores no alcanzaban edades tan avanzadas como si se da ahora, puesto que los recursos, servicios o medios que puede proporcionar el Sistema Sanitario, en este caso, son insuficientes para cubrir las necesidades que antes no existían y llegar a todas las personas que requieren de una protección sociosanitaria en determinados momentos de su vejez.

Otros aspectos que la estudiante al estudiar y analizar de forma exhaustiva las respuestas, considera oportuno mencionar que en los grupos triangulares, se dieron diferentes teorías sociológicas mencionadas anteriormente en el marco teórico: la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad.

*“Yo animo a los que no vienen, pero algunos son muy reacios y luego...
¡critican que no hay nada en los pueblos! No quieren venir, no quieren
estar con nosotros y charlar y pasar un rato agradable en compañía.”*

En estas palabras mencionadas por uno de los hombres participantes se observa la teoría de la desvinculación, la cual conceptualiza el envejecimiento como un proceso de desentendimiento entre las interrelaciones de la persona con el resto del sistema social, disminuyendo su participación social de forma paulatina.

Por otra parte, se observa la teoría de la actividad, contraria a la teoría de la desvinculación, la cual establece el envejecimiento como un proceso en el que se abandona el rol de trabajador para adquirir otros, como puede ser el participante activo en la sociedad a través de actividades que influyen positivamente en el desarrollo de la vejez:

“Vienes al centro, charlas, pasas el rato, te entretienes con unos y con otros y yo eso lo veo muy bien.”

Para finalizar esta vinculación entre los resultados obtenidos y el marco teórico propuesto, la investigadora considera sustancial hacer una relación entre las definiciones propuestas por los profesionales sobre el Trabajo Social Sanitario con aquellas recogidas por diferentes autores sobre la atención sociosanitaria:

El profesional de la primera entrevista definió el Trabajo Social Sanitario como el arte de favorecer, corregir, trabajar o tratar los factores sociales que influyen en la aparición o continuidad de las enfermedades.

La segunda profesional entrevistada lo definió como el puente entre lo sanitario y lo social y las entidades del tercer sector, dado que el tema social dentro de la salud influye decisivamente.

Entre las características más comunes que se analizaron respecto a la definición de atención sociosanitaria, se recogió la importancia de la coordinación entre las administraciones públicas de sanidad y servicios sociales, con aquellas entidades privadas o del tercer sector dedicados al bienestar y mejora de calidad de vida de las personas, así como la atención sociosanitaria continuada y

continuada por profesionales sanitarios y sociales para no presentara desajustes o pérdida de recursos.

Con esto la alumna quiere destacar la importancia del Sistema de Servicios Sociales en el Sistema Sanitario, puesto que en este caso el Trabajo Social, cubre un papel importante y decisivo en el acompañamiento, orientación, información y apoyo del paciente, así como en el empoderamiento en aquellas cuestiones que haya que trabajar para eliminar o paliar las barreras sociales y lograr una sanación de la enfermedad de la forma más cómoda.

5. CONCLUSIONES

5.1 Discusión de los resultados

En este primer apartado de las llamadas conclusiones se pretende establecer la consecución de los objetivos propuestos al inicio de la investigación.

El objetivo principal del Trabajo de Fin de Grado se centraba en *investigar la situación de las personas mayores de 65 años en el contexto rural de Castilla y León en la esfera de la atención sociosanitaria disponible*:

Este objetivo se ha ido cumplimentando desde los inicios de la investigación, a causa del establecimiento de un marco teórico que fundamenta la importancia del contenido del Trabajo de Fin de Grado. Para ello, la alumna ha recabado información necesaria y suficiente para la realización del mismo en bases de datos oficiales, hemerotecas, bibliotecas, investigaciones de profesionales, revistas autorizadas, datos estadísticos y normativas específicas sobre la atención sociosanitaria que rigen la misma en las diferentes comunidades, centrándose en Castilla y León.

Además, para reforzar su conocimiento teórico, se han realizado entrevistas a profesionales de la atención sociosanitaria, especializados en Trabajo Social, donde se han indagado sobre el trabajo de estos profesionales en el medio rural, tratando asuntos como la realización de intervenciones multidisciplinares que se llevan a cabo, los problemas sociales del mundo rural, las demandas sociales más frecuentes o los aspectos negativos/positivos de las intervenciones en el medio rural en comparación con aquellas que se realizan en el medio urbano.

Para cumplir el objetivo general, la estudiante propuso una serie de objetivos específicos que la ayudarían en la consecución de investigar la situación de las personas mayores de 65 años en el contexto rural de Castilla y León en la esfera de la atención sociosanitaria disponible:

- Conocer la situación de envejecimiento de la comunidad.

Este objetivo específico se efectuó en los primeros puntos del estudio, en los

cuales la estudiante realizó un análisis profundo del envejecimiento. Este exhaustivo análisis se compone de diferentes aspectos: conceptualización de envejecimiento, a través de la recogida por parte de diferentes autores sobre el concepto; tendencias sobre el envejecimiento en la población, apartado en el que se trata la situación del envejecimiento actual como futura; la visión sociológica del concepto y las teorías propuestas por diferentes sociólogos sobre el mismo; y por último, se trata el edadismo, la discriminación vinculada a la edad que se sufre.

- Analizar los obstáculos a los que se enfrentan las personas mayores en el medio rural en base a la atención sociosanitaria.

El segundo objetivo específico se ha ido cumplimentando a lo largo del desarrollo de la investigación a través del marco teórico propuesto por la estudiante. Además, este objetivo se ha reforzado gracias a las entrevistas que se han llevado a cabo, tanto a los profesionales mencionados anteriormente como a los habitantes del medio rural mayores de 65 años que se prestaron voluntariamente.

En las entrevistas, tanto las llamadas de profundidad como las triangulares, se dialogó con total libertad sobre diversos aspectos que invaden la atención sociosanitaria en el medio rural, estando entre ellos los obstáculos a los que se enfrentan los mayores.

- Explorar los programas nacionales y autonómicos propuestos por la comunidad de Castilla y León que promocionan el desarrollo de capacidades para el bienestar y la atención íntegra de las personas

Este objetivo se logra a través de una búsqueda exhaustiva por parte de la estudiante sobre los Planes de Atención Sociosanitaria que rigen en las comunidades de nuestro país, en los que se recogen objetivos, estrategias, actuaciones a seguir, etc., centrándose especialmente en aquel propuesto en Castilla y León.

- Proponer líneas de intervención para cubrir la atención sociosanitaria de las personas mayores del ámbito rural.

Este último objetivo específico se logra gracias a las intervenciones de las personas mayores en el medio rural, siendo ellas mismas las que ofrecen ideas y/o propuestas diferentes a lo actual para que la atención sociosanitaria en el medio rural mejore.

Para finalizar la discusión de los resultados, la investigadora considera oportuno añadir unas líneas sobre las conclusiones personales obtenidas tras la investigación:

A través de la escucha activa y la observación directa que se llevó a cabo a lo largo de las entrevistas con los profesionales y en los grupos triangulares, la investigadora asegura la consciencia de una gran problemática en la atención en el medio rural tanto por los residentes como por los profesionales, pero con diferencias significativas entre unos y otros.

Las personas del medio rural se sienten desamparadas, abandonadas, no escuchadas y no valoradas como las personas del medio urbano, sienten que su derecho subjetivo está siendo vulnerado por las grandes administraciones y lo describen tanto de manera objetiva y subjetiva. Además, se ha de añadir la percepción que han compartido con la estudiante sobre la poca empatía de los profesionales, sintiendo en ocasiones que son atendidos por obligación y no por derecho.

Sin embargo, en el caso de los profesionales no se incluyen estas percepciones y sentimientos que se han dado en las entrevistas triangulares, sino la existencia de una problemática en la atención sociosanitaria por su deficiencia, por la falta de profesionales, pero no mencionan la falta de atención personal o empatía que las personas mayores del medio rural aseguran sentir.

5.2 Limitaciones de la investigación

La estudiante no se ha topado con grandes limitaciones a lo largo de la investigación, ya que su principal recurso de recogida de información ha sido Internet, donde ha podido reunir toda la materia a estudio sin problemas debido a la gran cantidad de artículos, revistas u otras fuentes donde se trata tanto el envejecimiento como la atención sociosanitaria.

Tampoco se han encontrado dificultades para contactar con profesionales del ámbito sanitario trabajadores sociales, puesto que la estudiante realizó el Prácticum en el Sistema Sanitario (Hospital Clínico Universitario de Valladolid y en dos Equipos de Salud Mental de la ciudad) y está estrechamente ligada a profesionales de este ámbito por el desarrollo de su actividad.

Los grupos triangulares se hicieron efectivos gracias a la colaboración Sumando Vida, quienes me ofrecieron la posibilidad de realizar los grupos de discusión en uno de los pueblos en los que trabajan, donde hubo personas mayores que participaron de manera voluntaria prestando los consentimientos oportunos para ello. Sin embargo, se produjo una limitación puesto que varias de las personas que iban a participar contrajeron el Covid y se decidió posponer la entrevista.

5.3 Prospectiva y líneas de investigación futuras

De haber tenido más tiempo y recursos hubiese sido interesante ampliar la zona de estudio, por ejemplo, no solo en Valladolid como se ha dado en la investigación, sino ampliando zonas, como acudir a Soria, en aquellos pueblos más pequeños donde se percibe un abandono institucional por parte de sus habitantes.

Esta ampliación de zonas hace plantear otra línea de investigación futura respecto a las personas residentes del medio rural, es decir, tratar, conversar, crear grupos de discusión, etc., con personas jóvenes y adultas, para conocer también las experiencias, opiniones y/o percepciones de estos grupos de edades

respecto a la atención sociosanitaria.

A lo largo del desarrollo de los grupos triangulares, en alguna ocasión se dieron frases por parte de los participantes en relación a los pensamientos o actuaciones que llevarían a cabo las personas del medio urbano si la atención sociosanitaria que recibieran fuera similar a la del medio rural. Es por ello que la alumna considera esta propuesta como una línea de investigación futura, de tal modo que se realizaría una metodología cualitativa similar a la realizada con aquellas personas del medio urbano sobre la atención sociosanitaria del medio rural, para conocer otros puntos de vista a los obtenidos.

Además, sería interesante poder mantener entrevistas con otros profesionales del campo sanitario, ofreciéndoles las propuestas de mejora que las personas mayores han manifestado en esta investigación y conocer así su percepción, opinión y soluciones alternativas.

Incluso se podría llegar a altos cargos políticos, empezando por ayuntamientos, diputaciones e incluso a la presidencia de la Junta de Castilla y León a través de la Consejería de Sanidad, para denunciar la situación de las personas mayores en el medio rural en relación con la atención sociosanitaria que reciben y perciben.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, L. E. (1995). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, 225-240. <https://bit.ly/3MRele6>
- Alvarado García, A. M., Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://bit.ly/3O7Bqun>
- Ararteko. (2007). Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informes extraordinarios. <https://bit.ly/3ttkR3y>
- Arza Porras, J., Carrón Sánchez, J. (2014). Las estrategias de proximidad y centradas en la persona como alternativa a la fragmentación en la atención. *Documentos de Trabajo Social*, 54, 9-10 <https://bit.ly/36z3Dsy>
- Bárcena Calvo, C., Iglesias Guerra, J. A., Galán Andrés, M. I., Abella García, V. (2009). Dependencia y edadismo: implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería CyL* 1(1), 46-52. <https://bit.ly/3xn96yc>
- Belando Montoro, M. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia, *Comunicación e Persoas Maiores*, 77-94. S. n. <https://bit.ly/3E76MwE>
- Bernis, C., Varea, C., Terán, J. M. (2016). Ciclo vital, transformación ambiental y las estrategias de la Historia de Vida. *Antropo*, 36, 29-38. <https://bit.ly/3jAnTNW>
- Berrío Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194. <https://bit.ly/3vgr8zj>

- Camarero, L., Cruz, F., González, M., del Pino J., Oliva, J., Sampedro, R. (2009). *Colección Estudios Sociales: Vol. 27. La población rural de España De los desequilibrios a la sostenibilidad social*. Fundación «La Caixa». <https://bit.ly/3JpePpD>
- Causapie, P. (2010). Envejecimiento activo. *Lychnos* 2(1), 80-81. <https://bit.ly/3O75aaM>
- Cisternas Sandoval, N., Sarabia Toloza, L. (2018). *Necesidades emergentes en Chile: avances en investigación y propuestas de intervención para la promoción del envejecimiento activo desde la psicología*, 51-66. S. n. <https://bit.ly/3KlqAZA>
- Gordo López, A. J. & Serrano Pascual, A. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Pearson Educación.
- Conde, F. (2008). Los grupos triangulares como "espacios transicionales" para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva. Cañizal, A. (Ed.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*, 155-188. Pearson Educación.
- Constitución Española, *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978. <https://bit.ly/3v5wzBd>
- De Lorenzo, R. (2015). Evolución de la atención sociosanitaria. *Redacción Médica*, 2678, 1 <https://bit.ly/3LPKySh>
- Del Pueblo, D. (2000). La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. <https://bit.ly/3F2H24Q>
- Díaz, G., & Ortiz, R. (2005). La entrevista cualitativa. *Universidad Mesoamericana*, 31, 2-31. <https://bit.ly/3n25ZoT>
- Erik Homburger, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Fernández, J. L., Parapar, C., Ruiz, M. (2010). El envejecimiento de la

población. *Lychnos* 2(1), 6-11. <https://bit.ly/3O75aaM>

- Fernández Riquelme, S. (2017). Si las piedras hablaran. Metodología cualitativa de Investigación en Ciencias Sociales. *La Razón Histórica*, 37, 4-30. <https://bit.ly/3L0mw6t>
- Fuentes, F. V. (2013, 12-14 de noviembre). *La atención sociosanitaria*. Cartagena, España. <https://bit.ly/376iVG2>
- Herrera Molina, E. (2005). Retos inmediatos en sanidad: La atención sociosanitaria. *Derecho y salud*, 13, 1, 57. <https://bit.ly/3KoY2Er>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Cifras de población y censos demográficos*. INE. <https://bit.ly/3ymoyv9>
- Izal, M., Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198. <https://bit.ly/3E7zZY8>
- Junta de Castilla y León. (2003). II Plan Sociosanitario de Castilla y León. <https://bit.ly/3v3VBAz>
- Junta de Castilla y León. (2022). *Padrón continuo a 1 de enero de 2021*. Estadística de Castilla y León. <https://bit.ly/3s09LIC>
- Laguna Pérez, A., Uris Selles, J., Macia Soler, L. (2009). Población mayor: atención sociosanitaria y estrategias de futuro. [Monografía, Instituto Interuniversitario de Economía Internacional]. Documento de trabajo. <https://bit.ly/3KD4zeA>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo de 2003, p. 20. <https://bit.ly/3DVWhw0>
- Lizaso, I., Sánchez de Miguel, M., Reizábal, L. (2008). Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(3), 303-324.

<https://bit.ly/3uCSUah>

- López Estrada, R. E., & Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, 61. <https://bit.ly/38TAWlj>
- Losada Baltar, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Informes Portal Mayores*, 14. <https://bit.ly/3xrnrtE>
- Manso Gómez, C., & Huete García, A. (2020). Panorámica de la atención sociosanitaria en España. <https://bit.ly/374k3Kn>
- Montorio Cerrato, I., Márquez González, M., Losada Baltar, A., Fernández de Trocóniz, M. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, Vol. 12(3), 301-324. <https://bit.ly/3LWYXwl>
- Muñoz Corvalán J. (2012). Fases del desarrollo humano: implicaciones sociales. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16. <https://bit.ly/3rloJCq>
- Nieto, J.I., del Barrio, J., Fundación Economía y Salud (2018). *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*. <https://bit.ly/3xfJ1RJ>
- Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo, *Informes Envejecimiento en red*, 4. <https://bit.ly/38GvgkQ>
- Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. (2002). Envejecimiento activo: un marco político*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105. <https://bit.ly/3E4oNM4>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://bit.ly/37vXGNw>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3M4OrDj>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Informe mundial sobre el edadismo. <https://bit.ly/3vh8pUn>
- Oxford English Dictionary. (2022). Oxford English Dictionary.
- Pérez Díaz, J. (2005). Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española* 104, 210-226. <https://bit.ly/3JxG2X3>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. <https://bit.ly/3b84sed>
- Puig Llobet, M., Rodríguez Ávila, N., Farrás Farrás, J., Lluch Canut, M. T. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300004>
- ¿QUÉ ES ARARTEKO? (2014). ARARTEKO - Defensoría del pueblo del País Vasco. <https://bit.ly/3rA2clF>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española*.
- Rico González, M., Gómez García, J.M., (2003). Mujeres y despoblación en el medio rural de Castilla y León. *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, (3), 151-184. <https://bit.ly/37sFjcu>
- Robledo Marín, C. A. & Orejuela Gómez, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*,

18(1), 95-102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>

- Rodríguez Cabrero, G., Codorniú, J.M.. Observatorio de personas Mayores (2002). *Modelos de Atención Sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. <https://bit.ly/3JrhY8l>
- Ruiz, J. R. (2012). El grupo triangular: reflexiones metodológicas en torno a dos experiencias de investigación. *Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 24, 141-162. <https://bit.ly/3yrTVUX>
- Sanchez Fierro, J. (2012). Atención sociosanitaria: ¿realidad o proyecto?. *Actas de la dependencia*, 4, 5-25. <https://bit.ly/3MIhv3H>
- Secretaría General del Medio Rural. (2011). Buenas prácticas en desarrollo rural y personas mayores. <https://bit.ly/3vVeFRY>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. <https://bit.ly/38YREWM>
- United Nations Department of Public Information. (2019, 17 de junio). Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU [Comunicado de prensa]. <https://bit.ly/3uEM6sU>
- United Nations. (2019). *Envejecimiento*. United Nations. <https://bit.ly/3vd95dq>
- Valles, M. S. (2002). *Cuadernos Metodológicos: 32. Entrevistas cualitativas*. Centros de Investigaciones Sociológicas.
- Vargas-Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. The interview in the qualitative research: trends and challengers. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139. <https://bit.ly/3vLxfgM>

- Websters New Universal Unabridged Dictionary. (1996). Websters New Universal Unabridged Dictionary.

7. ANEXOS

7.1. Entrevista al profesional de Trabajo Social Nº1.

1. **Nombre del profesional*, qué le parece si comenzamos la entrevista hablando resumidamente de su recorrido profesional y la formación académica que esto ha supuesto.*

Comencé a trabajar en el campo sociosanitario en agosto de 1990, hace 32 años, y mi primer puesto de trabajo fue todo rural porque los trabajadores sociales del sistema público de salud del Sacyl somos trabajadores sociales de área y entonces llevamos más de una zona básica de salud, y en aquel momento empecé a trabajar en Peñafiel, Tudela y Esguevillas. A lo largo de estos años se han ido ajustando las plantillas, de modo que ahora, al ser más trabajadores sociales en el área de salud, ahora mismo solo trabajo en Valladolid capital, en el centro de salud Rondilla 1 y Rondilla 2, y en los centros de salud rurales de Portillo y de Esguevilla. Esa ha sido un poco la trayectoria en relación con lo que sería mi trabajo. En cuanto a la formación recibida por parte de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, pues en su día los contenidos en salud eran muy bajos, la verdad es que digamos que estás preparado para favorecer el trabajo social dentro del entorno de salud, pero los contenidos en salud sí que es verdad que son muy bajos, quiero decir, no se estudia qué es la enfermedad, cómo influye en la salud, cuáles son los contenidos que hay en una acción con las variables sociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad o que una enfermedad pase de una situación leve a una situación grave, porque muchas veces influyen circunstancias sociales. Entonces sí es verdad que no se estudia nada en la carrera y bueno, puede ser que, con los años, como en todas las actividades o en todas las profesiones, vas cogiendo la soltura o la habilidad o las capacidades que te pueden hacer más apto para desarrollar el trabajo.

2. *¿Cómo definiría el trabajo social sanitario?*

El Trabajo Social en salud es un trabajo que define básicamente la propia Organización Mundial de la Salud cuando dice que la salud no solo es lo

orgánico, sino que es lo biológico, lo psicológico y lo social. Por lo tanto, si en la enfermedad y en la salud influye lo social, es necesario que los trabajadores sociales en salud aparezcan. ¿Cómo definirlo? Pues es un arte o es una profesión que, de algún modo, favorece que aquellos contenidos sociales o factores sociales que están influyendo en la aparición de la enfermedad o en que una enfermedad no curse el modo que debiera, pues intentar corregirles, favorecer de algún modo eso, el trabajar o el tratar factores sociales que están influyendo en la enfermedad y en la salud, en que la gente enferme o sane, sería eso.

3. ¿Qué le llevó a intervenir en el ámbito sanitario en la rama de lo social?

Bueno pues cuando acabe la carrera, preparando oposiciones, surgió está y fue lo que hizo que me decantara por esto, igual me podía haber decantado por prisiones que por educación o por cualquier otro ámbito u otra entidad o cualquier otro trabajo distinto dentro del ámbito de lo social. Una vez que aprobé, la verdad es que me gustó lo que es trabajar en equipo y, que sean equipos multidisciplinares, favorece muchísimo la intervención social y esto probablemente diferencia, aunque lo diferencian muchas otras cosas, con el trabajo social de servicios sociales básicos, que básicamente pues aquí sí que tienes el apoyo de otros profesionales y muchas veces pues te sientes más arropado a la hora de bueno, pues tratar un determinado paciente, cosa que en ámbito de servicios sociales pues no, pero eso lo descubres luego, no lo descubres cuando haces la oposición y, ahora, el sentimiento que tengo es que sí que me gusta el trabajo social en salud.

4. ¿Cómo fueron sus primeras andaduras como trabajador social sanitario? ¿El centro de salud ofrece un manual de acogida, son los compañeros los encargados de esta acogida, etc.?

Digamos que nuestra profesión es muy diferente al resto de profesiones que intervienen en salud e incluso los propios profesionales sanitarios desconocen muchas veces o desconocían, me estoy remontando a los años 90 al origen de los tiempos casi, desconocían cuál era la labor o la misión que teníamos dentro

del sistema que, aunque la salud sea biopsicosocial, la gente muchas veces lo que busca es lo “bio” o sea que vienen aquí a curarse, pero no a cuidarse. Nosotros muchas veces lo que hacemos es prestar cuidado porque no curamos, pero ni los médicos ni los sanitarios, hay muchas cosas que no pueden ser curadas, por lo tanto, es mejor que olvidemos esa posibilidad.

¿Qué es lo que ocurre? Pues cuando un trabajador social llegaba al centro de salud, ocurría porque ahora no, lo primero que se preguntaban si el trabajador social era contratado por Sacyl o si venía de la Diputación o Ayuntamiento... ni los propios compañeros sabían muy bien cuál era el organigrama, donde estabas tú. También hay que darse cuenta que somos profesionales que estamos en el equipo de Atención Primaria pero realmente como personal de apoyo, no estamos todos los días, entonces lo que ocurría es que éramos un profesional entrante y saliente del equipo, y eso desfavorecía la atención a la población y muchas veces desfavorece que te vean como un profesional realmente del propio tipo.

Por otro lado, también desconocían las funciones del trabajo social porque muchos pues están pensando en curar, entonces tú no curas, pues no curas un cáncer, no curamos, pero sí influyes en los factores que pueden hacer que esa persona que tiene cáncer pueda llevarlo mejor posible, influyes tanto en la resolución de su situación.

Entonces, ¿qué hemos estado haciendo al principio? Pues muchas veces lo que no hacía ningún profesional, o sea, el médico se incorporaba al centro de salud y nadie le preguntaba qué es lo que tenía que hacer ni para qué venía, se suponía que se sabía para qué, el enfermero venía y lo mismo, el fisioterapeuta, cualquier persona sanitario que se incorporase, la oficial de clínica, el celador... todos se saben, el administrativo, todo se sabe, sin embargo el trabajador social pues lo que nos pedían lo primero era que hiciéramos una sesión clínica diciendo en qué consistía nuestro trabajo y eso nos tocó hacerlo muchas veces... pero muchas veces y en muchos equipos y dar muchas vueltas a lo que sería nuestra profesión ahora.

Yo creo que ya no es necesario ahora, no es necesario que el trabajador social cuando llega al centro de salud diga que es a lo que viene, los compañeros más o menos todos saben a lo que se dedica, con más o menos matices en casi todos

los centros de salud se hace trabajo social de una manera o de otra pero, sí es verdad que el trabajo social continuado, no lo podemos hacer, porque la carga de trabajo es mucha y no estamos haciendo realmente una labor del trabajo social que sea continuado pero bueno, sí que hacemos juntos un trabajo social consultorio, una labor muy muy importante en relación con la atención.

5. ¿Cómo se organiza un centro de salud de atención primaria cuando es necesaria la intervención social?

La intervención de Trabajo Social en Salud básicamente puede ser o a demanda del paciente o por derivación, esas son las dos formas en las que tú tienes el primer contacto con el paciente. Un paciente que conoce del servicio del trabajo social en Centro de Salud y considera que igual que tiene que ir al médico, tiene que ir al trabajo social, no tiene que pasar por ninguna consulta para que se le derive, no somos un especialista, sino personal del equipo o personal de apoyo, a diferencia por ejemplo del fisioterapeuta, que para poder ir al fisioterapeuta si tienes que haber pasado por la consulta de médico para que te derive pero, a la consulta del trabajador social no, vienes a demanda porque tienes un problema social que consideras que tiene que ser tratado por trabajo social del centro de salud y que tenga relación sobre todo pues con tu situación de salud. Eso sería demanda, por derivación porque cualquier profesional del equipo, la matrona, el médico, enfermeras, fisioterapeuta... Cualquier profesional del equipo considera que lo que está viendo en ese determinado paciente, tiene unos factores sociales con los que hay que intervenir y hace una derivación, le cita al paciente para que vaya a tu consulta de Trabajo Social. Y luego hay una tercera forma de acceder a la consulta que es a nivel concertado, es decir, el trabajador social también concierta citas con determinados pacientes a los que les hace un seguimiento para poder hacer el trabajo continuado.

Esas serían las tres formas y luego la forma de citación puede ser tanto en consulta presencial o no presencial, quiero decir, en función de la necesidad del paciente puede realizarse en la consulta o en el domicilio.

6. ¿Cómo es el seguimiento interdisciplinar que ofrece un centro de salud?

A nivel interdisciplinar o multidisciplinar lo que hacemos es que cuando, de alguna manera el médico la enfermera, normalmente digo médico y enfermera porque, aunque con la matrona también hay veces que ha habido algún programa de intervenciones como por ejemplo con el llamado “Niño Sano” en la primera consulta que se hacía tras el parto hubo un momento en el que la hacíamos la matrona y el trabajador social en el domicilio. En estas primeras visitas se veían muchas cosas en el domicilio que podrían favorecer rasgos de situaciones de riesgo sobre el menor y poder trabajarlas muy muy precozmente. Esto ha ido cambiando, ahora mismo por ejemplo esa primera consulta no la hacemos en el domicilio porque la matrona tiene que hacer una revisión ginecológica tras el parto y bueno, pues esa revisión ginecológica mejor hacerlo en el centro de salud que se dan los medios como la camilla, el potro de ginecología... es mucho más fácil para ella, al final para la matrona tampoco es tan necesario y, nosotros, no hemos puesto por ejemplo esa visita a domicilio como un procedimiento que deberíamos hacer en todos los menores. Por ejemplo, esa es una de las formas en las que nos interrelacionamos con otros profesionales.

Otro ejemplo es cuando la enfermera está yendo al domicilio de un paciente a hacer una cura y ve que hay una serie de malas condiciones de la vivienda, en el propio paciente, condiciones de daños sobre el paciente... mil cosas que puede ver en el domicilio, pues puede pedir nuestra colaboración y, es entonces, cuando en esa cura vamos a intentar hacer una valoración social de la situación para, una vez que dabas la valoración y diagnóstico, intentar hacer un plan de tratamiento en relación a mejorar la situación del daño sobre las personas, por ejemplo hablando de mayores, se producen por una situación de sobrecarga del cuidador, pues a lo mejor si valoras esta situación, puedes poner apoyos para la dependencia o recursos con los que cuenta la familia y se pueden poner en marcha. Con los médicos, pues exactamente igual, hay muchas patologías que están tratando los médicos y que necesitan del tratamiento multidisciplinar y lo hacemos tanto en el domicilio como en consulta con muchos procesos, como con interrupciones voluntarias de embarazo, con situaciones de trastornos de conducta o de comportamiento, con mil cosas en las que no lo hacemos de formas unilateral, sino que yo me diagnóstico al primero que se lo leo es a mis

compañeros o ante un problema de una situación de una necesidad de instaurar medidas de apoyo a una persona con discapacidad, como hace un momento, pues he tenido que bajar a hablar con la enfermera y el médico del paciente y entre los tres haremos el informe sociosanitario y lo firmaremos todos para mandárselo a fiscalía.

Todo eso necesita obligatoriamente de la multidisciplinariedad.

7. Habiendo conocido cómo se coordina el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, me gustaría centrarme un poco más en el ámbito rural. ¿Existe la misma coordinación entre el sistema sanitario y social en el ámbito rural que en los centros de la ciudad? O, por el contrario, ¿existe alguna diferencia particular?

Es idéntico. La forma en la que trabajamos es idéntica, la dificultad que tenemos en lo rural es que, en mi caso y me consta que, en otros, yo estoy trabajando 4 días en Valladolid y un día es cuando voy a Portillo y a Esguevillas. ¿Qué ocurre? Ocurre que la relación con los profesionales es mucho más dispar, puede que yo vaya y no me encuentre con el compañero porque está saliente de guardia, pero la relación es exactamente igual. Intentamos buscar momentos en los que nos podemos encontrar y si no hacemos la interconsulta por teléfono, quiero decir que si yo tengo que consultar algo el médico o enfermera del pueblo o me tienen que comentar algo durante la semana cuando no estoy, me va a llamar por teléfono y a decir "oye mira...". Por ejemplo, esta misma mañana por una interrupción voluntaria de embarazo he tenido que hablar con una compañera de (pueblo). Por lo tanto, lo particular es que no coincidimos en presencia física pero pues si por teléfono o por el correo porque si es más difícil conectar. Date cuenta que el centro de salud, por ejemplo de Portillo, que hay creo que son 10 o 11 médicos y el mismo número de enfermeros, cuando yo llego los martes lo primero que hay es una reunión de equipo en la que probablemente sí que nos veamos pero, una vez que acaba la reunión de equipo en la que no hablamos de los casos particulares sino de lo general, la gente sale disparada para sus consultorios. No coincidimos mucho en tiempo y espacio, porque soy un profesional saliente que va una vez a la semana.

8. *¿Cuáles son las demandas sociales más comunes en el centro de salud del ámbito rural?*

En los pueblos, o lo que diferencia a nuestros pueblos de Castilla, no sé de otro lado, del ámbito urbano, es que el acceso a los recursos es limitado y cuanto más lejos de la ciudad están, por ejemplo, Vitoria del Henar que es el último pueblo que a mí me corresponde, hasta hace 4 días tenía número de teléfono de la Provincia de Segovia en vez de ser 983 que es el de Valladolid. Por lo cual, la distancia a Valladolid, hace que cualquier recurso que tú dispones en Valladolid, no les tengas en los pueblos, acceso por ejemplo a asociacionismo, en los pueblos no hay, que sí tú tienes que ir a rehabilitación ASPAYM, el coste de acceder a ese servicio, aparte de ir hasta allí, desplazarte, tener a alguien que te desplace, es mucho más difícil el acceso a los recursos. Aunque estos existan, no son accesibles.

Por otro lado, bueno, pues lo que hay es mucha dificultad de que los recursos permanezcan, tienen dificultades incluso para que lleguen alimentos básicos en muchos pueblos. Ya no es que no haya bares, que a nivel de socialización y relaciones sociales en los pueblos muchas veces se dan en los bares y es lo que hace que vayas a jugar la partida o que vayas a tomarte un café, echar una parlada, pero es que en muchos pueblos peligran la alimentación porque peligran las tiendas de alimentación, carnicerías, pescaderías, fruterías... Algunas veces llegan una vez por semana. Quiero decir que el acceso a recursos básicos lo tienen difícil.

A nivel sociosanitario qué problemas hay, pues población envejecida, mucha población envejecida, eso de que tengas muchos años muchas veces conlleva a que tengas mucha pluripatología asociada a la edad, y esa pluripatología precisa un cuidado... y esos cuidados muchas veces no se te pueden dispensar allí porque la red de apoyo informal no existe, porque la familia se ha ido a vivir a Valladolid o a Bilbao a Salamanca, pero no están en el pueblo tus hijos y, a parte de la red de apoyo formal, pues sigues careciendo de red normal de apoyo, por ejemplo en la zona de Esguevillas que son 1100 en todos los pueblos de población, la gente es muy envejecida pero es que no hay personas que se dediquen a prestar cuidados. Digamos que muchas veces lo que ocurre es que se malvive en esas viviendas, porque muchas veces también no hay ninguna

condición de habitabilidad, ten en cuenta que tienen glorias, pero no calefacción... y la gloria hay que cargarla, pero no tienes quien te la cargue... y tú no puedes meter la leña para que caliente. Entonces las condiciones de habitabilidad de las viviendas muchas veces dejan mucho que desear porque los ingresos que tienen en los pueblos son mucho más pequeños o no muy grandes porque solamente han trabajado en el campo y han permanecido al régimen agrario y las pensiones que les corresponden no son grandes... y si han tenido tierras, se las han dado los hijos... y los hijos las gestionan, pero no pagan renta. Entonces la situación económica no es tampoco muy buena, y cuando llegan a las situaciones de necesidad pues, por ejemplo, que no tienen apoyo en el domicilio y lo que ocurre es que van a centros residenciales. Así que, la perspectiva de los pueblos, de las casas de los pueblos, de lo que era la familia tradicional, se desvirtúa y es probablemente por el compromiso con el trabajo. Además, yo creo que para que los pueblos puedan resurgir primero deberíamos de pensar si en los pueblos se puede trabajar. La gente si tuviera trabajo en los pueblos, probablemente pudiera vivir en ellos, pero si no lo tienes... tú te asientas donde trabajas normalmente. En la medida en la que bueno pues te puedas asentar, no sé... que las telecomunicaciones favorezcan el que la gente pueda teletrabajar en los pueblos y pueda hacer que haya más gente que se acerque y que, acercándose, pues también puedas dedicar a esas labores sociales de atención a las personas mayores, que es lo que normalmente hay, salvo pueblos grandes que son mini-ciudades como puede ser Laguna de Duero que Vitoria del Henar. Son dos pueblos, sí, pero uno tiene más de 20.000 habitantes y tiene otras connotaciones. No es lo mismo en Mojados por ejemplo, que Aldea de San Miguel. No. No es ni parecido en cobertura de servicios. Entonces, para poder potenciar que la gente perdure en los pueblos, pues si no tienes trabajo, lo veo difícil que te vayas, que decidas irte al pueblo que no es el tuyo, pues si es tu pueblo si lo entiendo si no, pues lo veo difícil. A nivel sociosanitario, tienen la misma atención, sí que es verdad que hay un decreto que cuanto más pequeños son los pueblos, más difícil acceso tienen a los servicios sociosanitarios que quisiera. El decreto es muy antiguo, pero ahí está y dice cuántos días tiene que ir al médico o la enfermera al consultorio local en función de los habitantes. Hay incluso algún pueblo que por población sólo tiene que ir un día a la semana.

¿Está desatendido? Pues no es que esté desatendido a nivel sociosanitario, pero atendido tampoco lo está. En los centros de estos consultorios, hay el centro de salud de cabecera de comarca, en el que siempre hay 24 horas permanentemente los 365 días médico, y siempre existe la atención urgente. Pero sí que bueno, pues el sistema sociosanitario, igual que los bares o las panaderías han ido disminuyendo. Cuando empecé a trabajar en Esguevillas en el año 90 había 5.400 habitantes, ahora hay 1.100 residentes. Cuando empecé a trabajar en ese centro de salud había 8 médicos, ahora hay 3. Cuando empecé a trabajar había 3 o 4 panaderías, ahora solo hay 1. Había carnicerías, ya no hay.

También el afán de los pueblos por reivindicar derechos, o sea, porque me pongo también en la parte de la Administración. Cuando los alcaldes de los pueblos en los consejos de salud dicen que haya más médicos, que haya más urgencias, que haya más recursos... El problema es que esos recursos, económicamente, tienen un coste. Por justicia social no puedes poner un pediatra donde hay cinco niños, porque se estaría tocando la barriga. Que, por justicia distributiva, por justicia social, pues bueno... hace que también la carencia de habitantes haga que se carezca de servicios, pero no creo que porque tenga servicios tú te vayas a ir al pueblo, o sea que, si el hecho de que haya un pediatra no significa que una familia decida irse a Esguevillas, yo creo.

9. En los centros de salud del ámbito rural, ¿se observan necesidades diferentes entre aquellos usuarios mayores de 65 años procedentes de poblaciones más pequeñas frente a aquellos que provienen de localidades con mayor número de habitantes y/o servicios?

Como te decía, hay mucha diferencia. Comparar a una persona de Mojados, un señor de 65 años de Mojados, con un señor de 65 de Aldea de San Miguel, es comparar la Luna con el Sol, el día y la noche. En Mojados tienen recursos, en Aldeamayor tienen recursos, estancia diurna, tienen otro tipo de recursos. Luego la población hace que puedas acceder probablemente a lo que necesitan las personas mayores de 65 años muchas veces a partir, ya no de 65, a lo mejor de los 80 porque van aumentando la edad y cada vez más lejos necesitamos más apoyos pero, la red de apoyo es la que te va a resolver la necesidad de cuidados

entonces, lógicamente, cuanto más red de apoyo y servicios o recursos, más probabilidades tienes de resolver esa situación. Cuanto más pequeño es el pueblo, más difícil es resolver la situación, menos acceso a recursos, por lo tanto pues lógicamente no es lo mismo, es muy diferente vivir en un pueblo grande que en una ciudad grande que en un pueblo muy pequeño, cuanto más pequeño más dificultades tienes para que te atiendan, cuando necesitas que te atiendan porque una persona de 65 años que no lo necesita, no precisa atención sociosanitaria, pues lo mismo la da vivir probablemente en la Aldea que en Aldeamayor, a pesar de que pueda tener acceso por ejemplo a la estancia diurna de Aldeamayor y le pasen a recoger, probablemente necesite que alguien le preste apoyo y, normalmente, es más fácil encontrar quien te lo preste en las grandes ciudades o pueblos que en los más pequeños, como puede ser algo tan simple como la ayuda a domicilio.

10. Centrándonos en el colectivo de personas mayores, ¿qué necesidades destacarías de las que estos usuarios presentan en los centros de salud?

Cuando llegan al Centro de Salud lo que presentan es una demanda de querer curarse, curar el problema biológico, orgánico, no se busca que le resolvamos la situación social que tiene, ni la psicológica, es más, el filtro muchas veces son los compañeros sanitarios en la medida en la que los pacientes tengan más confianza con su médico de cabecera o enfermera, pues puede que les cuenten alguna problemática social o psicológica, puede que se den cuenta en la medida en la que sean más empáticos los profesionales con ese paciente, y puede que le pregunten cómo le van las cosas... “ cómo va aquello que me contaste de tu hijo...”. Pero al final lo que ocurre es que ese señor cuenta unos síntomas orgánicos y lo que hacen es ponerle en tratamiento entonces, al final, corre peligro de que no se trate lo otro.

De hecho, muchas veces les sorprende que haya un trabajador social en el centro de salud, pero, en la zona rural, al final lo que más tratamos son problemas relativos a la vejez y con la enfermedad, no tanto en cuanto a la edad, si no a la enfermedad que lleva asumida. Los trámites se han producido a nivel familiar, porque por ejemplo los hijos no quieren, puedan o sepan, no quiero jugármela en la razón, atender a nuestros padres o nos cueste más que otras veces.

Entonces la gente, igual que en las ciudades, enferma y se hace mayor y entonces cuando aparece, por muy sano y natural que sea el pueblo también hay enfermedad y tienen más dificultad de resolverlo. La ayuda mutua que antes existía, por ejemplo, el vecino que hacía cocido y le pasaba al vecino que estaba enfermo garbanzos y un poco de caldo, ya no existe, ha desaparecido en la gran mayoría de casos. Se soluciona con la ayuda a domicilio, es como la ayuda mutua lo que pasa que ahora se paga. La red de apoyos es muy escasa, antes algún hijo se quedaba en el pueblo, pero ahora no es lo normal entonces se necesita un apoyo y, si el informal ha desaparecido, se recurre a la ayuda a domicilio. Además, qué pasa con esto, no quiero decir que haya aislamiento porque al final si hay un contacto social, por ejemplo, cuando se va a ver al vecino que está enfermo, pero si hay mucha soledad subjetiva que te cuentan, que se sienten solos.

También hay una gran demanda de las necesidades más básicas porque a veces no las tienen cubiertas, si no hay supermercado para comprar, dificultad de internet para comprar, los hijos no van o no les tienen, pues comprar se vuelve un problema.

11. ¿Existe alguna escala de valoración que mida las necesidades de las personas mayores en el ámbito rural diferente a las empleadas en las grandes ciudades? En caso de no existir, ¿propondrías aportaciones nuevas que cubran las necesidades rurales?

No. Se utilizan las mismas, es más, incluso con aquellos pacientes más complejos es la misma, no existe una diferencia tampoco en el programa informático que diferencie lo que precisa un paciente pluripatológico de zona rural al perteneciente a la zona urbana. Otra cosa, sería el diagnóstico, que cada caso al final es diferente. No se me ocurre como proponer alguna diferencia a pesar de que son muchas las diferencias, pero a nivel sociosanitario, las valoraciones y sus escalas están resueltas en el sentido de que todo está documentado. No se me había planteado. Creo que no hay ninguna escala que pondere diferencias entre ciudad y pueblo.

12. En el tiempo que has dedicado profesionalmente al ámbito rural, ¿qué

carencias has observado en cuanto a recursos humanos, materiales, servicios, etc.? Y, de igual modo, ¿qué aspectos positivos destacarías?

Bueno, más o menos creo que te he respondido un poco a lo largo de la entrevista. Las carencias en los pueblos cada vez son mayores en cierta medida. También muchas veces reivindican cosas que creo que machacan a los pueblos, cuando se le reivindica por ejemplo el transporte cercano o una autovía y, cuando la hacen ha sido todo lo contrario, quiero decir se deja más vacío el pueblo porque antes por ellos pasaba la carretera y al final, esos bares a los 5 años han cerrado y que cierre un bar en un pueblo es muy importante y al final es para ir más rápido a los lugares, como por ejemplo al hospital, que no digo que no sea importante, pero también hay que contar con el cierre de locales o tiendas que dan vida al pueblo. También el hecho de que la ciencia avanza y sin embargo en los pueblos retrocede, como por ejemplo el internet. Hoy en día en asuntos médicos, muchas cosas pueden hacerse por internet y sin embargo en muchos pueblos se carece de ello. En las ciudades hay Wi-Fi gratis y libre en las plazas y en los pueblos resulta que llega a un determinado sitio concreto y tienen que ir todos al mismo punto para cogerlo. Todo eso que parece que tenía que avanzar mucho más, pues no avanzó.

En lo sociosanitario que es lo que me compete, pues la accesibilidad a los centros no creo que carezca, en la medida en la que cuanto más pequeño es el pueblo más dificultad tienen de acceso, pero accesibilidad a la atención si hay. Pero veníamos de que en todos los pueblos antes había un médico y enfermero que incluso vivía ahí, a nivel de servicios se ha perdido mucho, ¿creo que vamos a mejorar, a ir hacia atrás? Pues no, creo que vamos hacia adelante y con recursos más escasos, primero porque se carece de profesionales y la consejería no hace por haber más profesionales.

Los aspectos positivos, pues tienen muchos. Me imagino que el seguir viviendo donde han nacido la mayoría de las personas que ahora están les dan un recorrido que no tendrían en la ciudad. Muchas veces lo que ves es lo contrario, cuando la familia decide trasladar al abuelo a la ciudad y se produce un sentimiento de desarraigo, y no te digo si es de un pueblo de Valladolid a Valladolid, pero te traes de tu pueblo de Zamora a tu padre a Madrid y probablemente, le has matado en vida. Pero, ciertamente, son los sentimientos

de apego a su tierra, a su vivienda, a su gente e incluso a los profesionales que les atienden y están allí con ellos. El sentimiento de apego es lo más positivo y se lo trasladan al profesional de los centros.

13. ¿Consideras que alguna intervención en el ámbito rural no ha llegado a cubrir todas las necesidades demandadas por falta de recursos? Entendiendo como recursos asociaciones, capital humano, centros especializados, servicios... En caso afirmativo, ¿cómo se ha solventado?

En el ámbito sociosanitario sí, y es difícil de corregir. Lo que ocurre es que la vejez te va sumando enfermedades y lo que a veces se necesita es cuidar y no curar, y muchas veces no tienen quien les cuide. ¿Cómo se genera ese cuidado? Pues en los pueblos es muy difícil y al final lo que sucede es el ingreso en un centro residencial, a pesar de que su mayor deseo sea permanecer en su domicilio... pero a veces la salud es lo primero y así lo asumen y aceptan otras opciones como puede ser el servicio residencial, se me ocurre.

14. ¿Consideras que el ámbito rural carece de medios frente a los disponibles en las ciudades? Quiero decir, ¿os sentís apoyados por las diferentes instituciones a la hora de intervenir profesionalmente en el ámbito rural?

Lo que las instituciones hacen es poner a disposición de las personas tanto en la ciudad como en los pueblos, y en el caso de Sacyl, servicios, pero si es diferente la atención y por tanto nuestra intervención. Por ejemplo, te pongo un caso, la persona que tiene que ir a rehabilitación aquí en la ciudad puede ir andando muchas veces o en autobús, hacer la rehabilitación y volver a su casa. Al paciente que vive en el pueblo se le pone transporte para que venga a la rehabilitación, pero al final está toda la mañana, porque le trae a él y a otras cinco personas y, es ahí, cuando se plantea si es rentable venir o no, si el apoyo que se está recibiendo es favorable. El que tiene que venir a una logopedia desde aquí no le cuesta nada el autobús o si va andando nada, el que viene del pueblo a lo mejor decide no venir porque le vale dinero. A nivel sanitario, el especialista está aquí en Valladolid y si vives aquí genial, pero a veces, ¿cómo vienes desde el pueblo? Es diferente.

15. Este año de nuevo se gradúa una promoción de Trabajo Social. ¿Cómo nos animarías a orientar nuestra labor profesional al ámbito rural?

No sé cómo os puedo animar, a veces tiene que ver con las decisiones que cada uno toma y muchas veces, quiero decir, no son decisiones que son meditadas y, sin embargo, hay otras que como en mi caso, tú te presentas a unas oposiciones de la Diputación de Valladolid de Zamora o de donde sea y al final, pues vas acabar trabajando en un pueblo. Muchas veces la vida te pone en un determinado sitio porque estuviste, pasaste y cogiste el tren ese día. ¿Qué es lo bueno de trabajar en un pueblo? Pues puede ser que lo mismo que trabajar en una en una ciudad, muchas veces las alegrías no te las da el sitio donde trabajas, si no el propio trabajo. Porque, no se quien lo dijo, pero, la felicidad la tiene cada uno su cabeza y yo creo que puedes ser feliz trabajando en cualquier sitio, siempre y cuando te guste lo que estás haciendo. Sí que habrá personas que se identifiquen más con el mundo rural y otras que se identifiquen menos.

16. Por último, si desea mencionar alguna aportación que no se haya comentado durante la conversación, es el momento de ello.

Hemos hablado de muchas cosas y lo único que puedo decir es que te vaya muy bien, que tengas mucha suerte con el Trabajo de Fin de Grado, que mi aportación te ayude lo máximo y que tengas mucha suerte con tu desenvolvimiento con posterioridad.

7.2 Entrevista al profesional de Trabajo Social Nº2.

*1. *Nombre del profesional*, qué le parece si comenzamos la entrevista hablando resumidamente de su recorrido profesional y la formación académica que esto ha supuesto.*

A ver, pues yo, estamos hablando como trabajadora social, ¿no?, pues lo que me pasó es que yo hice trabajo social hace muchos años, cuando ya había

aprobado una oposición como auxiliar administrativo en Oviedo y digamos que hice la carrera porque me gustaba ya de siempre. Lo que pasa que como yo ya tenía mi trabajo hecho y demás, me surgió la posibilidad de apuntarme en una bolsa de promoción interna cuando llegué a Valladolid, cuando hice un traslado de auxiliar administrativo, y me apunté en la bolsa y surgió una baja concreta. A raíz de ello surgió mi recorrido en el mundo sanitario, estando a la vez en un centro de salud de Valladolid y en dos rurales, después de muchos años después de haber hecho la carrera. Empecé, y como no había mucha gente en bolsa y a nada que tenías unos puntos como yo, pues me daban los puestos de trabajo, lo poco que surgía, que ahora hay mucho más. Surgió también la posibilidad de presentarme a las oposiciones de 2016, fui a por ello y saqué mi plaza, con la suerte de quedarme en la misma plaza que tenía, porque en 2009 se reestructuraron las zonas.

2. ¿Cómo definiría el trabajo social sanitario?

A mí, me parece que somos una figura imprescindible en los centros de salud porque somos el puente entre lo sanitario y lo social y las entidades del tercer sector. Y digo figura imprescindible porque, el tema social dentro de la salud, que un usuario o cada uno de nosotros tenemos que cuidar, influye decisivamente, y por ello digo figura muy importante. Además, creo que no se ha dado valor porque se desconocía mucho entre los profesionales sanitarios pero cada vez tenemos mucha más fuerza. Somos súper imprescindibles, importantes, aunque seamos “la del martes” y nos consideremos a veces los últimos, al final te necesitan cuando hay problemas, a veces muy serios diciendo “¿dónde está el trabajador social?” o “¿el trabajador social dónde anda?”. Te buscan, y te buscan bien. Somos puente de entrada y de acceso, porque luego ves que tercer sector, o CEAS, entran a través de nosotras y luego dirigimos a pediatría o lo que se necesite. El trabajo social sanitario es muy muy importante.

3. ¿Qué le llevó a intervenir en el ámbito sanitario en la rama de lo social?

Casualidad, fue pura y dura casualidad. Yo siempre dije de pequeña que yo no sería, ni nunca me dedicaría, al tema sanitario, o sea médico o enfermera, para nada. Pero fue pura casualidad porque yo tenía claro que quería una oposición,

por aquel entonces era auxiliar administrativo y como la aprobé, quise seguir estudiando y sacar por las tardes la carrera de trabajo social y se dio la casualidad de apuntarme a esta bolsa y, a ver casualidad, entiéndeme, hay que ponerse y apuntarte para que te llamen, pero bueno fue un poco así, no pensando nunca en trabajar como trabajadora social y mucho menos en la rama de lo sanitaria. La vida da muchas vueltas.

4. ¿Cómo fueron sus primeras andaduras como trabajador social sanitario? ¿El centro de salud ofrece un manual de acogida, son los compañeros los encargados de esta acogida, etc.?

Difícil, muy complicado. Yo lo recuerdo como una experiencia bastante dura porque saqué la carrera cuando tenía 25 años y luego pasaron muchos años sin haber ejercido, ni nada de nada, lo dejé ahí y punto. Cuando me llaman para la primera sustitución, yo no sabía nada y lo tengo que decir así de abierta, porque es que es que tú de plantas aquí y te dicen: “vas a estar aquí” y ya, y me acuerdo que por aquel entonces la directora de enfermería, qué es la nuestra también, sí que me dijo contacta con algún trabajador social que te puede decir lo que te puede venir, pero fue mínimo lo que recibí, a lo mejor una hora, de un día, que te dice pues vas a tener tema de residencias o de centros de días, un poco así a la aventura. Además, una aventura muy sola, porque estamos muy solas, no pasa como en los CEAS que por lo menos tienen a la compañera al lado y, aquí, nada, aquí estamos muy solas. Luego es que los compañeros de los centros de salud, hablamos en lenguajes distintos, me refiero a los profesionales sanitarios porque lo social no es lo sanitario y es muy distinto, pues al final a golpe de decir “se lo voy a mirar” y buscarte la vida, así ha sido.

5. ¿Cómo se organiza un centro de salud de atención primaria cuando es necesaria la intervención social?

Teléfono, sobre todo teléfono, te llaman directamente. Si hay algún tema importante sobre la mesa, o no importante, utilizamos sobre todo el teléfono. Luego tú ya tienes tu sitio, que digo yo que es un reconocimiento, entonces el contacto casi siempre es por teléfono, ya sea médico o enfermera u

otro profesional. O bueno, vas por el pasillo y “oye que te tengo que decir...”, es directo, el protocolo no hace falta porque eres figura del centro de salud.

Los pacientes también pueden demandar la consulta del trabajador social. Por una parte, los compañeros y por otra, los pacientes con las citas. Ahora nos están incorporando en Sacyl Conecta, ahora mismo ya nos están cambiando las agendas para que puedan pedir citas y era una demanda nuestra, no nuestra, de los pacientes, que nos decían “pero usted no está para poder poderme citar” y mucha demanda viene de ahí. Todavía nos encontramos con gente que no sabían que existe la figura del trabajador social en los centros de salud, pero así entran, por ahí por la admisión o por teléfono.

6. ¿Cómo es el seguimiento interdisciplinar que ofrece un centro de salud?

Depende de los casos de los que estemos hablando, pero la coordinación entre los profesionales es clave para una buena intervención. Si es con menores, y requiere una intervención interdisciplinar, pues tú te pones en contacto con la pediatra o con el médico y la enfermera, si es una persona mayor. Yo considero que la coordinación es muy importante, tanto dentro del centro de salud que, al final gracias a esto, conoces y tienes una perspectiva más global del caso. Pero también con el tercer sector hay mucha coordinación, depende la relación de la persona con este, pero por ejemplo el caso de menores pues al final hablas con la orientadora del colegio, estás en contacto con CEAS, con el pediatra, con la enfermera... En los centros de salud, por ejemplo, hay en algunos que existe el Equipo de Coordinación de Base que se creó hace unos años y a mí me parece algo muy importante. Nos reunimos dos veces al año con las compañeras del CEAS, con las del EPAP si están interviniendo porque es un caso complejo o si están interviniendo desde el Equipo de Salud Mental y lo que se hace es abordar los casos en común, y se les da un enfoque a través de todos. A veces en estas reuniones vienen desde enfermería y, si en alguna ocasión consideramos que es necesario que venga el médico, también se le convoca, aunque no es lo normal. También hemos hecho alguna vez un Equipo Extraordinario, cuando el caso es difícil o complejo y requiere de urgencia que nos reunamos para una solución.

7. Habiendo conocido cómo se coordina el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, me gustaría centrarme un poco más en el ámbito rural. ¿Existe la misma coordinación entre el sistema sanitario y social en el ámbito rural que en los centros de la ciudad? O, por el contrario, ¿existe alguna diferencia particular?

Yo en lo que he estado la coordinación, coordinación telefónica, recalco, es exactamente igual. Pero a nivel físico, que por ejemplo yo suelo hacer muchas visitas en la ciudad, y muchas de ellas, en conjunto con otros profesionales, en el ámbito rural del centro salud, es difícil y al final se realizan cuando el caso es complicado, porque al final eres “la de los martes” o “la de los jueves”, me explico. La coordinación que yo he experimentado, salvo eso, super bien. También depende de los profesionales con los que estés, pero en general, cuando se necesita no hay diferencias, pero recalco que, a nivel telefónico, pero a nivel de visitas pues... date cuenta que yo estaba en Medina del Campo y tenía 23 pueblos, era imposible, no me daba la vida juntando las visitas con la demanda diaria que había. Pero la coordinación al final es igual y si le pones ganas al trabajo al final lo haces.

8. ¿Cuáles son las demandas sociales más comunes en el centro de salud del ámbito rural?

Lo que más había era tema de dependencia, abuelos, porque la población está muy envejecida y había además grandes diferencias entre Medina del Campo y Rural I, que era lo que me correspondía, al final en Rural I que es Santovenia, Renedo, Cabezón de Pisuerga... son poblaciones emergentes, gente joven, parejas... y no tenía nada que ver con Medina, que es una población muy muy envejecida. Pero, en general, muchísima dependencia, mucha discapacidad, tema de incapacidades permanentes... Mas luego, todo lo que venga de menores, que siempre hay menor en riesgo, por ejemplo. Pero el grosor de mi trabajo ese. También he manejado mucho material ortoprotésico, prestaciones. Pero es que en lo rural pasa una cosa con esto, y es que a nivel de entrada, de accesibilidad a nosotros, es mucho más complicado porque, por ejemplo, el abuelito de 80 años que tiene que ir a Medina al médico y vive en Fresno y tiene

que llamar al hijo, si le tiene, para que le lleve... es más complicado, entonces los médicos hacían un poco de papel de trabajador social rellenando con ellos la solicitud del material y luego lo gestionaban con las ortopedias, y ahí se te perdía gente en el camino. En eso hay mucha diferencia con lo urbano, aquí hay mucha demanda, y en lo rural al final estamos un día los sociosanitarios como yo y, sin embargo, el CEAS está permanente entonces, muchos acuden allí directamente y situaciones en las que la trabajadora social sanitaria tendría que intervenir, lo hace la del CEAS, porque está ahí y más cerca.

9. En los centros de salud del ámbito rural, ¿se observan necesidades diferentes entre aquellos usuarios mayores de 65 años procedentes de poblaciones más pequeñas frente a aquellos que provienen de localidades con mayor número de habitantes y/o servicios?

Necesidades sociales hay en todas las poblaciones, pero la soledad en aquellas que son más pequeñas... es terrible. La soledad es uno de los grandes males de nuestra época, la soledad de los mayores. Accesos a los recursos si los tienen, y son conocedores de ellos, no es como antaño, o sea, la figura del Trabajador Social, más de servicios sociales que sanitario como te he dicho antes, está muy presente. La ayuda a domicilio está muy presente. Pero mira, te voy a decir una cosa. A nivel de enfermedad mental, en las poblaciones más pequeñas destaca que hay mucha población que sufre de ellas, y no lo he estudiado y no sé si estará estudiado, pero, al final, lo hablas con las compañeras y llegamos a pensar qué algo sucede en las poblaciones pequeñas para que la salud mental esté tan dañada. Pero grandes dificultades o diferencias no las encuentro, salvo el acceso, que, si lo tienen, pero no les resulta fácil y los recursos van llegando, lo tienen ahí.

10. Centrándonos en el colectivo de personas mayores, ¿qué necesidades destacarías de las que estos usuarios presentan en los centros de salud?

Para mí, una gran necesidad que hay, viniendo un poco a lo de antes, es la soledad. Habría que crear algo, de hecho, ya se están haciendo programas, no sé cómo, para que la gente interactuara más entre ellos y les sacara de casa

porque, esto es la prevención, pero ¿qué pasa cuando no se previene y el señor enferma? Depresión, salud mental... o sea, están muy solos y no se si muy abandonados, yo creo que en parte sí. Antes en la familia un mayor, era la institución y ahora... pues eso, no digo todo el mundo eh ni todas las familias, pero sí que ha habido un cambio de antes ahora. Antes se cuidaba en casa y ahora como trabajo fuera... y luego también el papel de la mujer en la sociedad también ha cambiado y no cuida, trabaja. Y yo creo que esa sería la gran necesidad. Hoy por hoy, uno de los grandes problemas que hay que solucionar es la soledad, es algo muy muy importante.

11. ¿Existe alguna escala de valoración que mida las necesidades de las personas mayores en el ámbito rural diferente a las empleadas en las grandes ciudades? En caso de no existir, ¿propondrías aportaciones nuevas que cubran las necesidades rurales?

No conozco y si existe no lo sé. Yo no utilizo nada eh, a lo mejor existe si te pones a investigar. Mismamente ahora, estaba mirando un curso que tuvimos de la nueva ley de provisión de apoyos y demás, y ayer me pasaron una serie de escalas que, sí que las conozco, pero alguna no. Era con relación a la provisión de apoyo. Yo, que yo sepa, no, pero no me las se todas. Entonces no te puedo decir con seguridad si existe o no existe. Que yo haya aplicado, cero.

12. En el tiempo que has dedicado profesionalmente al ámbito rural, ¿qué carencias has observado en cuanto a recursos humanos, materiales, servicios, etc.? Y, de igual modo, ¿qué aspectos positivos destacarías?

A ver, para empezar, allí vamos una vez a la semana. Yo aquí, en el ámbito urbano, estoy 3 días. ¿Hay más trabajo aquí que allí? Hay más trabajo porque te ven más, porque también tú lo generas, evidentemente, o sea si a mí me viene una persona pues es un trabajo, pero aquí habría trabajo, claro. Lo que pasa es que como los recursos son los que tenemos pues eso pues, es lo que hay. Luego esa deficiencia la cubre Servicios Sociales desde el CEAS de Diputación, entiendo.

Yo veo la dificultad de la dispersión, sí que veo que los abuelos tienen muchos

problemas a la hora del transporte, y había pueblos en los que no había transporte porque a lo mejor son nada, 20 o menos. Entonces sí. Sanitariamente, hablo de médicos, grandes problemas porque no hay médicos, entonces se cubren y acumulan unos con otros. Allí cada médico tiene no sé cuántos pueblos, entonces si te falta otro es cuatro pueblos más cuatro, estoy imaginando eh, son 8, pues tu jornada laboral te la pasas en coche. En ese aspecto a mi me parece que sí, hay una deficiencia y además no sé cómo se va a arreglar, difícil. Hay muchísimos menos, yo desde que entré en Medina, ahora han bajado las tarjetas a lo mejor cuatro mil o tres mil desde 2009 hasta ahora y claro, es la pescadilla que se muerde la cola porque tener un médico para cuatro pacientes pues no puedes tenerlo y hay que sacar productividad.

Tienes que sacar productividad de tus propios profesionales, pero eso va muy en detrimento de la calidad porque, ¿qué pasaba en los pueblos? Van para allá y, hoy no viene el médico o viene de 11 a 12. Cada día va cambiando porque encima no se cubren las bajas. En ese aspecto, yo creo que sí que han perdido muchísimo. A nivel social nuestro, yo sigo pensando que está cubierto, pero porque está cubierto con CEAS, no porque nosotros lo podamos cubrir porque no lo podemos cubrir. Un día 23 pueblos no puedes. Es totalmente imposible. No es viable. Y sí que hay diferencias. Si tú estás aquí en la ciudad tienes muchas más prestaciones de las que tienen ellos y grandes dificultades.

Y mira, el mejor y gran aspecto positivo es que son super agradecidos. Quiero decir, trabajar con el mundo rural a mí me gusta mucho. En el mundo rural cualquier cosa les parece, en general, te lo agradecen un montón. Es como que les has, yo qué sé, sobre todo eso... Son muy agradecidos, es como que tienen su derecho. Estamos en esta sociedad donde "mi derecho es este", que los tenemos, tenemos obligaciones y también tenemos que aprender a respetar y con educación. En el pueblo a veces puedes encontrarte alguna cosa, pero más "brutitos", no sé cómo decirte. Te lo dicen tal cual, pero luego es más gratificante. En general, también te digo, que yo considero que esta profesión, para mí, es muy gratificante. A pesar de que, cuando te dicen "si solo ves cosas...lo peorcito. Problemas y problemas". Yo digo no, porque si tú solucionas una cosa a una persona o a una familia, yo qué sé, a mí ya eso me llena. Pero sé que no les voy a solucionar la vida de nadie, pero bueno tú contribuyes en lo que tú puedes.

¿Poco?, pues poco, pero lo mejoras.

13. ¿Consideras que alguna intervención en el ámbito rural no ha llegado a cubrir todas las necesidades demandadas por falta de recursos? Entendiendo como recursos asociaciones, capital humano, centros especializados, servicios... En caso afirmativo, ¿cómo se ha solventado?

Si, si tengo esa sensación de pues eso, que no llegas a todo lo que quisieras y que las intervenciones tendrían que tener un seguimiento largo, pero no solo en el rural, en todo, un mayor seguimiento y continuidad, pero estamos donde estamos y como estamos... Nos piden tener más huecos, mira, ahora mismo hemos liberado agendas para tener diariamente 8 huecos más para que la atención sea más directa, porque nos lo piden así, y sea una atención más rápida. Pero claro, te llega la demanda, pero ves que hay otra serie de cosas que también se deben trabajar y es imposible, porque tienes que atender la demanda y la demanda de todos los centros. No podemos hacer programas como a mí me gustaría trabajar, hacer no sé, otras cosas que no fuera demanda-respuesta, ideal sería tener y poder desarrollar todos los programas, hacer visitas, hacer grupos de apoyo y eso es muy muy gratificante, pero implica un trabajo a mayores que dices no te puedes desdoblarse entonces sí, creo que no se llega a donde se debería.

14. ¿Consideras que el ámbito rural carece de medios frente a los disponibles en las ciudades? Quiero decir, ¿os sentís apoyados por las diferentes instituciones a la hora de intervenir profesionalmente en el ámbito rural?

Yo sí, sí. Por mi directora de enfermería, la verdad que sí, no sé cuánto entiende de lo social, pero respetan, y lo que decimos respetan y lo tienen en cuenta. Y las demás instituciones no sabría decirte, pero en lo sanitario, en lo más directo que sería mi directora como institución, me respeta y apoya. Ahora, te vas un poco más hacia arriba y habría que estudiarlo porque es muy bonito pedir huecos en las agendas, pedir rapidez y no dar los medios para ello...

15. Este año de nuevo se gradúa una promoción de Trabajo Social. ¿Cómo nos

animarías a orientar nuestra labor profesional al ámbito rural?

A mí me parece que es un trabajo precioso porque, además el campo es enorme, lo que depende de nosotros no es tanto refiriéndome a recursos, pero el campo es enorme y puedes trabajar lo que quieras y con libertad. Lo malo es la soledad cuando estás allí porque te sientes sola trabajando, pero la libertad para poder hacer las cosas que quieras y puedas... Entonces, a mí me parece que suponemos un apoyo a muchísima gente porque sí que es verdad que en medio de todo esto, cubre la demanda, pero luego tienes seguimientos. Por ejemplo, violencia de género, mujeres víctimas de violencia de género que no dan el paso y estás ahí trabajando y trabajando haciendo un seguimiento y al final es super gratificante ver cómo van cambiando. Y eso no lo puedes hacer con todo el mundo. Pero en los casos en los que se puede es muy gratificante ver cómo cambia y cómo lo agradecen. Es una profesión muy bonita. Pero te tiene que gustar, porque al final trabajamos con problemas y si te los vas a llevar a casa, entonces apaga y vámonos, entonces no seas trabajador o trabajadora social. Pero si te lo enfocas en cómo tú puedes contribuir, en qué granito puedes ayudar a esa persona que por ejemplo no conoce la pensión no contributiva y la viene al pelo para sus gastos, se la gestionas, se la conceden, y se va tan feliz de tu despacho y tu feliz de que se vaya así, ¿me explico?

16. Por último, si desea mencionar alguna aportación que no se haya comentado durante la conversación, es el momento de ello.

Ay no sé, no sé qué decirte. Necesitamos muchos profesionales y muchas profesionales, porque la mayoría somos mujeres. Deberíamos tener una por cada centro para poder hacer el trabajo de otra manera y bueno, no sé, a ver si poco a poco... yo creo que ya la gente conoce al trabajo social. Cuando dices a conocidos, hijos de conocidos, primos de tu marido... a quien sea, que eres trabajador social, pues parece que ya no tienes que contestar qué haces o qué funciones tienes. Estamos en medio de todo y falta mucho profesional.

7.3. Entrevista triangular Nº1.

1. *¿Qué conocen del Trabajo Social? Cómo lo han conocido, alguien os habló de ello, qué es para vosotros, habéis acudido alguna vez a los trabajadores sociales, etc.*

E1: Pues las trabajadoras sociales son las que te organizan lo de las ayudas a domicilio u otras cosas que se necesiten, yo no he hablado nunca con ellas, pero sí sé que en Medina de Rioseco hay. Pero vamos... Yo directamente solo he tenido contacto con Inma que es una chica que viene de Valladolid de una asociación que hace cosas aquí en el pueblo. La conocimos porque el ayuntamiento puso unos teléfonos donde se anunciaba y yo fui el primero en llamarla porque tenía la urgencia de ir a Medina de Rioseco a hacerme lo del sintrom... ¡y ella me llevó!, y lo hizo tan bien que sigue viniendo al pueblo y sé que es trabajadora social porque nos lo dice.

E2: Hombre claro, Inma es trabajadora social y muy buena... En Medina de Rioseco debe haber otras, pero yo no he hablado con ellas nunca, pero mi mujer sí, porque a su padre le pusieron una señora que iba y le ayudaba en casa. Yo empecé a hacer gimnasia y conocí a Inma, ¡qué encanto! Si el trabajo social es lo que desprende Inma, me gustaría que todos fuéramos un poco trabajadores sociales porque vienes al centro, charlas, pasas el rato, te entretienes con unos y con otros y yo eso lo veo muy bien. Nos ayuda a ir a los sitios si no tienes coche, te lleva y te trae. Es un aire fresco que ha entrado en el pueblo. En los pueblos en los que no haya esto... no sé... Desde luego yo estoy deseando que llegue el jueves para verla porque estoy muy contento con el trato y con las actividades que nos preparan.

E1: Yo animo a los que no vienen, pero algunos son muy reacios y luego... ¡critican que no hay nada en los pueblos! No quieren venir, no quieren estar con nosotros y charlar y pasar un rato agradable en compañía. Tenemos incluso aulas de cultura, bar, tiendas y a Inma. A los pueblos los tenemos que animar nosotros, los vecinos.

E2: Encima con la racha que hemos pasado y todos los que se han ido a vivir a otros lugares, esto es difícil de repoblar, ya que estos pueblos son agrícolas y los jóvenes no quieren el campo, la ganadería aquí ha desaparecido. Ahora con cuatro máquinas hacen el trabajo de un montón de hombres que trabajaban en el campo.

E3: Te estás saliendo del tema, que es sí has llamado alguna vez a servicios sociales o qué conoces, yo qué sé, ¿cuándo lo de tu padre no llamasteis?

E2: No, no tuvimos contacto con nadie porque estaba mi hermana y ella se encargó de toda la verdad.

E3: Pues ahora me toca a mi hablar. Yo sí tengo necesidad de ayuda. Viene una chica de Rioseco a ayudarme a atender a mi mujer que es dependiente... porque los hijos trabajan y tengo ese servicio que me ayuda y la verdad que estoy muy agradecido. Si el día de mañana cambian las necesidades y hay que llevarla a algún centro ya se buscará. Por lo demás, estoy contento. Contacté con la Trabajadora Social de Medina de Rioseco y ella fue la que me mandó la chica que nos ayuda, porque ella es la coordinadora del trabajo de ayuda a domicilio en la zona. Y eso es lo que yo conozco.

2. ¿Consideran que la atención que han recibido por parte del sistema sanitario y de los Servicios Sociales ha sido suficiente o, por el contrario, han observado alguna carencia?

E1: Menudo tema, ¡la Seguridad Social! Yo no he tenido necesidad de una trabajadora social hasta el momento y no puedo decir que haya sido buena o mala. En el sistema sanitario yo creo que en los pueblos estamos un poco abandonados, es verdad que no hay mucha gente, pero hay veces que vienes a consulta y te enteras allí que hoy no viene macho. ¿Qué pasa con la gente del pueblo? ¡Somos pocos, pero aquí estamos! Yo la verdad que no tengo mucha necesidad, pero reconozco que tenía que haber más actividad en el médico y más familiaridad porque cada dos semanas

tenemos un médico nuevo y no conocen nuestros problemas... al final el trato es frío.

E2: Y muy impersonal.

E1: Pues sí, vas al médico y te dicen qué quieres, pues recetas, toma ala. A los dos meses lo mismo y te encuentras a otro, a otra: "¿recetas, sí?" Pues tome y adiós muy buenas.

E2: Leen un poco lo que pone en los papeles sin mirarte casi. En vez de cambiarte de recetas por qué no dicen, te voy a mandar al especialista y que te miren y estudien bien tu caso. Pues no, siga tomando cosas. Viene otro y te dicen, ¿cómo no te han mandado? En fin, mi caso y mi experiencia.

E3: Y cuando te mandan tardan muchísimo en llamarte. Y nos cambian mucho de médicos, hay que volver a explicar todo. Si te conocen es mejor para nosotros. Vamos rotando de unos a otros y no nos sentimos bien. Ahí no puedes elegir y tienes que aguantar.

E2: A veces nos dan los medicamentos, los tratamientos, sin saber tu historia. Yo llevo tomando 14 pastillas cinco años seguidos. Cada uno te receta una cosa y como yo tengo de todo.

E3: Concretando, no nos gusta que no nos conozcan. En muy poco tiempo: Don Alejandro, Doña Begoña, M^a Mercedes, Alicia y Don Fernando el último, que creo que ya no está. Cinco médicos han pasado por aquí en cosa de tres meses como mucho.

E2: Les queda el asunto grande a todos, porque no nos conocen, da la sensación hija de que no se han leído ni tu historial. Además, no entiendo por qué algunos han estado muy bien con Don Alejandro, y otros muy mal, ¿qué diferencias hay entre nosotros si todos somos de aquí, del mismo pueblo, con más o menos edad?

E1: Pues yo creo que mucha culpa la ha tenido esto del Covid y se han tapado muchas cosas, y nosotros estamos mal, pero hay que ponerse en

el papel de los profesionales también, porque si no qué sentido tiene que a unos trates de una forma o de otra. Eso es que el profesional no está muy bien tampoco, digo yo.

E3: Necesitamos más humanidad. Estamos yendo al médico por un problema, algo que consideramos nosotros un problema y no por eso me tienes que poner buena o mala cara, porque para mí es importante y ya está.

E2: Ni prisas, igual que el problema es importante, también es importante que se me dedique tiempo y no porque entres de guardia no me atiendas.

3. ¿Qué propondrías para que la atención en el medio rural, tanto sanitaria como social, mejorase?

E1: Pues mira, si hay escasez de médicos, pues que pongan médicos. Yo solo veo estudiar y estudiar a los jóvenes, que, si medicina que sí enfermería que sí tal, y luego en los pueblos no hay. ¿Pues en qué estamos fallando para que se vayan fuera? No hay plazas para ellos. No sé si será problema económico o qué.

E2: Yo he estado bien hasta el Covid y ahora no tengo más que problemas, que si me duele aquí y te vas a Rioseco a urgencias o te hacen un volante que a saber cuándo te llaman. Pues yo como se me ha revuelto todo pues un día me voy a Valladolid porque me encontraba mal y me dicen, usted tiene hidrocele que es una infección en un testículo que afecta también al escroto. Me dicen que puedo irme a casa que en un mes o así me llaman para revisarlo, y a casa con el hidrocele. Pasa un mes y no me llaman. Los hijos miraron los informes de aquel día en urgencias y buscaron quién me atendió, con la suerte de que atiende en lo privado, así que allá fuimos, al de pago. Me atendió a los dos días y me dijo que tenía el hidrocele todavía pero que lo peor ahora era la vesícula y me dice que pida cita por la seguridad social para verme, que iba a intentar aligerar mi cita. Total, me llaman y me dice que hay dos opciones para operarme, o cirugía o láser, pero que tendría que ser antes del 15 de agosto que él se iba de

vacaciones. Elegí láser y el día 14 me operó y el 15 ¡ala!, él se va de vacaciones y yo a mi casa. Pues a los 3 días me llama para ver qué tal estaba, ¡un domingo!, que también hay que contar las cosas buenas y las no tan buenas. Dije: vaya susto, un domingo me llama el médico, a ver si pasa algo malo. Me dice que está en la playa, pero estaba llamándome para ver sólo como estaba, si me había encontrado mal o si había tenido alguna urgencia. Me dice que me tome la fiebre y tomara calmantes si hicieran falta. Vino y me citó, por su cuenta creo, me miró y me dijo tienes infección de orina, ya se lo dije yo cuando llegué a la consulta, que me dolía al orinar. Aquí hay que volver a operar me dice, no se ha limpiado bien y se obstruyen los conductos. Bueno, pues me operó por el pito y me puso la sonda para que orinara, y así más de un mes. Me pongo malo otra vez, nada más entrar el palito de la prueba del Covid, otra vez, ya les dije que hacía 15 días me había hecho uno, pero nada, otra vez el palito, y me vuelven a operar. Me ve el médico y me manda dar unas sesiones de radio. Yo tan tranquilo me preparan... ¡QUÉ DOLOR! Me metían jeringuillas por el pito con yo qué sé que líquidos, yo juraba y votaba, y volvía a jurar y a votar... como a ellas no las dolía... y venga a repetirlo, y otra... y otra... Yo pedía un médico o una médica o alguien que conociera, que dejaran entrar a mi hija que no podía con ese dolor yo solo. Nueve veces repitieron la faena, ya de noche apareció el médico que me operó, ¡qué alivio tener a alguien conocido! Lo mejor el médico, agradable, serio y cariñoso. Con esto quiero decir dos cosas, la atención debe ser mejor y debe ser personalizada, al menos en esos momentos tan duros. Les hay muy humanos, pero les hay que solo van a ganar dinero y no se dan cuenta que están tratando con personas, sentimientos y emociones. Pido un médico humano, amable, cariñoso y sobre todo empático.

E3: También lo de los especialistas aquí es un caos. Como hemos tenido veinte médicos en un tiempo muy corto, pues a veces hemos tenido que luchar para que nos manden al especialista porque claro, ellos es la primera vez que te ven, pero es que antes que él, me han visto siete. Deciden cambiarte el medicamento por otro a ver si funciona y a lo mejor lo que necesitas es ir a un especialista.

E2: Es que lo de los médicos en este pueblo es de chiste, han pasado tantos por aquí que no podríamos recordar sus nombres. Llega uno y cuando parece que ya has cogido confianza con él, llega otro. No sé si esto pasará también en las ciudades, pero desde luego que aquí y en Palacios que está el primo de mi mujer... ¡se ríen de nosotros!

E1: Se necesitan médicos en los pueblos. Yo me acuerdo de chico que el médico vivía en el pueblo y si a las 2 de la mañana te pasaba algo, tus padres te agarraban y te llevaban a la casa del médico. Ahora parece que hemos ido a peor en vez de a mejor, en las ciudades sin embargo al revés. Antes tenían que ir a los curanderos de los pueblos y ahora a veinte metros tienen el centro de salud siempre abierto. Los estudiantes de medicina, que les pongan la casa del médico para que vivan y estén en el pueblo, y si ya no existe esa casa, que le proporcionen medios o condiciones buenas para que nos atiendan como merecemos.

4. Comparando los servicios y las atenciones que se prestan en las ciudades, ¿consideran que las personas mayores de 65 años tienen más posibilidades de recibir atención sociosanitaria, por ejemplo, más rápida, en los medios urbanos?

E1: Hombre claro, sin ninguna duda. Los mayores de la ciudad lo tienen mucho mejor porque tienen los medios a la puerta de la calle. Yo el día que lo necesite me voy al piso a Valladolid, pero esa no sería la solución, porque yo puedo, pero quien no puede se queda sin lo que necesita en el pueblo. Y eso no es así. Luego hablan de la España vaciada, cómo no va a estarlo si somos los últimos de la cola.

E2: Bueno y ya no es solo que aquí tengamos menos medios, es que las distancias que nos separan de los centros médicos centrales es mucha y cuando hay una urgencia, a veces, el tiempo es oro, y cada segundo cuenta. Y las carreteras, están fatal, no me imagino una ambulancia ni siquiera a 100 kilómetros por hora por la nuestra, porque no, si no te mueres del infarto que te está dando, te mueres en un accidente con la ambulancia.

E3: Esto es lo que pasa por querer vivir en el pueblo, en el tuyo y en tu casa y querer morir ahí, no en la ciudad. Allí menudo jaleo, coches, ruidos, buses, y en el pueblo silencio y paz. Pero claro, eso nos cuesta esta pequeña discriminación con respecto a los de las ciudades.

E2: Pero es que no es una discriminación entre ciudades y pueblos, es una discriminación humana y lo peor de todo es que los peces grandes lo saben tan bien como nosotros y encima somos tontos y se lo consentimos. Cuando fuimos a Valladolid a la manifestación para que nos pusieran la tele, después de 8 veces, logramos que nos pusieran bien la señal. Ahora teníamos que ir todos los de los pueblos y pedir, que vergüenza me da decir pedir porque no tendría que hacer falta, la atención sanitaria que merecemos.

E1: ¿Y por qué no se hace? Por dos razones: una es el miedo a que nos quiten lo poco que tenemos y otra es que nos iban a, a lo mejor, subir las horas de atención y en vez de 10:00 a 12:00 a lo mejor vienen de 9:30 a 13:00, y entonces ya nos parece una buena solución porque hemos conseguido algo y no, no es ese algo lo que queremos. Queremos la misma atención que en las ciudades porque yo no tengo que irme al piso de Valladolid porque no les da la gana tratarnos de la misma forma, me quiero quedar aquí, en mi pueblo y con mi gente. Luego vas a la ciudad y no conoces ni al vecino del portal de enfrente.

E3: Pues eso es verdad porque a mi hija la pasa eso. Y yo la dije que tenía que conocerles o presentarse al menos cuando se ha vuelto a mudar porque cualquier día, que Dios no lo quiera, si les pasa algo, pues poder llamar al portal de al lado pidiendo auxilio. Esto aquí en el pueblo no hace ni falta porque delante tengo a la Mari, a Eulogia o a Julio que si me pasa algo me van a ayudar.

E2: No tendremos la misma atención que las ciudades, pero ellos no tienen las relaciones que tenemos nosotros.

5. *¿Consideran que existen problemáticas en el medio rural que las grandes administraciones públicas no valoran de la misma forma que los residentes de los pueblos?*

E1: Si saben, pero no les interesa. No interesa porque el problema es muy grande, no es solo en la sanidad, es en la educación, en el transporte, en la agricultura, es en todo. Y no les interesa meterse en un embolado así porque no pueden con todo, les queda grande.

E2: Es que se tapan entre unos y otros, y además los medios de comunicación están pagados por ellos y no cuentan la realidad que en los pueblos estamos viviendo, no se ve el abandono que sufrimos y es que es en todo. Ahora dicen que la gasolina está cara y parece que solo hay ese problema. Hay miles más, pero mientras se haga caso solo a uno, parece que todo lo demás va bien.

E3: Son conscientes totalmente y además hemos hecho encuestas donde se ve que falla la sanidad, que tenemos sanidad, pero falla. Son los que mandan, cómo no lo van a saber. Lo saben, pero hace falta mucho dinero y muchas ganas de arreglar los problemas de los pueblos y no les interesa o no tienen dinero, o no saben cómo hacerlo.

E2: Todos los problemas lo saben porque cuando iba a la residencia a ver a mi madre, que estaba allí el padre de Juanjo, que tú si le conoces, Juanjo trabaja en la Diputación y allí lo saben todo, más que nosotros, saben cuándo viene el médico, cuando no, lo saben todo y manejan ellos todo. Como somos mayores no les interesamos, o eso parece, y por eso no intentan solucionar los problemas. Es que volvemos a lo mismo, no hemos tenido médico, otro tiempo venía cuando le parecía y sin avisar, ahora lo de pedir cita por teléfono, que yo lo llevo fatal. Ahora lo del banco igual, todo por teléfono. No se dan cuenta que muchos de nosotros no tenemos ni estudios porque hemos trabajado desde pequeños y ahora quieren que usemos los móviles... pues porque están mis hijos, que si no...

E1: Es que volvemos a lo mismo, nos sentimos abandonados y no nos hacen caso, y me da igual decir que los de España, que los de Castilla y

León, que los de Valladolid. No nos hacen caso y no nos cuidan... ¡Con lo que hemos trabajado! Y lo peor de todo, es que lo saben y no hacen nada. Solo vienen cuando lo de los votos, para eso sí cuentan con los pueblos y sus gentes.

6. ¿Consideran que cuando les ha surgido un problema han recibido una atención sociosanitaria y un seguimiento personal?

E1: Pues algunas veces sí y otras muchas no. Somos números, pero no cualquiera, somos los primos. Porque vas allí y a veces ni te miran, no saben ni cómo te llamas, ponen en el ordenador lo que sea y ala, a la farmacia a por esto. Pero señor, si ni siquiera he podido hablar, todo está en el ordenador ese, hasta como me duele. Y encima como el ordenador falle, ya no saben qué hacer. Toda la vida se ha atendido sin él y ahora parecen bobos si se lo quitan.

E2: Antes íbamos al médico y estaba el médico que te preguntaba hasta por el perro, porque nos conocía. A ver, vivía aquí, pero ahora vas a Rioseco y allí eres uno más. El trato personalizado ya no existe y ahora con el teléfono menos, ni siquiera nos dejan ir allí.

E3: Yo no puedo quejarme porque cuando me pasó lo del pito el trato fue excepcional pero claro, siempre está la excepción que confirma la regla. Ahora, si analizamos cuando por aquí han pasado 5 médicos en muy poquito tiempo pues claro, eras uno más, porque mañana se va a trabajar a Valdemoro y si te he visto no me acuerdo.

E2: Es que si por lo menos tuviéramos un médico fijo que supiera nuestra historia y todo, pues sería también más fácil para ellos. Para nosotros es mucho mejor, pero para ellos también, así no cambian tanto de aires y de números primos.

E1: Pero no les interesa venir aquí a los pueblos porque allí en las ciudades tienen todo y aquí solo estamos nosotros, cuatro viejos gruñones. Es que volvemos a decir lo mismo, ni escuchan nuestros ni lo resuelven, no somos personas para ellos, somos uno más en la lista infinita de sus números.

7.4. Entrevista triangular N°2.

1. *¿Qué conocen del Trabajo Social? Cómo lo han conocido, alguien os habló de ello, qué es para vosotros, habéis acudido alguna vez a los trabajadores sociales, etc.*

E1: Yo tuve a mi madre con Alzheimer y precisé ayuda de las trabajadoras sociales porque tuve a una señora que me mandaron para ayudar hasta que la pudimos tener en casa. Luego ya fue a una residencia que la búsqueda de la residencia lo gestionó todo ella, a nosotros nos parecía buena residencia y buen precio y ella lo organizó. La verdad que no puedo estar más contenta de la ayuda que me prestaron. A mi madre le llevaron al Benito Menni y he estado muy contenta de la atención que hemos recibido, porque allí también hablamos con la trabajadora social.

E2: Yo el único contacto que he tenido con un trabajador social fue cuando mi madre enfermó, me ayudó a rellenar papeles y 10 meses tardaron en concederle la ayuda. Ella vivía con mi padre en casa, mi padre no era dependiente, pero ella sí y necesitaban ayuda porque mi padre ya no podía con todo y además le pusieron oxígeno muchas horas al día por aquel entonces, y solicitamos una persona para por las noches, ya que yo en ese momento trabajaba. Vino la trabajadora social a ver si las necesidades eran las que nosotros decíamos, y también quisimos ampliar el horario de ayuda, cosa que fue misión imposible. Tuve la mala suerte de encontrarme con una trabajadora social, la más empática... o sea, muy muy empática.

E3: Dirás no empática.

E2: Eso, nada nada empática, la de Rioseco. Yo muy humilde fui y expliqué el caso, situación económica, física... Lo mismo digo que el contacto con el resto de las personas que nos han ayudado ha sido buenísimo, hacían más de lo que era su obligación, refiriéndome a las auxiliares. El caso, tuvimos que rellenar multitud de papeles, formularios... y la trabajadora social rellenó mal y se negó en ese momento a rectificar y hacérmelo de

nuevo. Con las mismas me fui al ayuntamiento de Rioseco y allí me lo hicieron. Siempre estaba poniendo pegas, cuando pedimos ingresar a mi padre en el Menni, ella decía que se podía pagar a alguien unas horas más... ya ni nos ayudaba, todo lo contrario, siempre pegas a todo. Desde el mismo hospital al final gestionaron su ingreso por unos meses. Yo ya no sabía qué hacer porque tenía que ingresar de forma definitiva, no solo unos meses. Ella a la negativa y erre que erre, yo ya no sabía qué hacer y no me ayudaba. Al final mi padre no llegó a tener su ayuda, falleció. Pero a mi madre, la dio un ictus y estuvo 3 meses en Parquesol en un centro de la Seguridad Social, hasta que le dieron la plaza en otro sitio. Después fue 9 meses, a Rioseco, hasta que le concedieron una plaza en Valladolid. Además, haciendo los papeles con la trabajadora social del Benito Menni, a la que llamamos y sin problema a pesar de conocerla por mi padre y no por mi madre, nos dijo que esto no era función de la trabajadora social de la residencia si no de la trabajadora social de la zona.

Por lo que mi experiencia con la trabajadora social de mi zona no fue buena, no me hizo las cosas cuando se lo pedí. Fíjate, ahora la novia de mi sobrino trabaja con ella... no sé cómo se llevará con ella.

E3: Pues pobrecilla porque a mí me pasó una cosa con ella... vino a casa y menuda bronca me echó porque no estaba puesto el número de la casa bien. No me insultó ni reñimos, pero no me ayudó, no me trató bien la trabajadora social de Rioseco.

E2: Pero una cosa os digo, entre ellos se conocen porque cuando me hizo aquellos papeles la otra, me dijeron trae que te lo hago yo... por algo sería. Porque es una señora negativa. Hasta la última vez lloré de impotencia.

E3: yo necesité ayuda para mi marido, no me gustó nada de nada. Ya empezó mal porque cuando vino tenía el número de la puerta en el buzón y no en la puerta... anda a pasear. Luego ya nada, vino en plan bravo, venía molesta por algo. Creí que hasta me denunciaba por la plaquita del número. Que si tenía que estar buscándome ella por el pueblo, ya le dije "en el buzón está el número y el nombre". Muy áspera, muy mal, muy mal, mi experiencia

fue muy mala. Queríamos la ayuda esta que ayuda a pagar la residencia para mi marido, que necesitábamos un poco de ayuda para poder pagarla porque él era dependiente y yo ya no podía. Al final lo conseguimos, después de luchar mucho para que ella viniera a valorar la situación. Que tenía muchas visitas más urgentes me dijo un día. Muy mal muy mal.

2. ¿Consideran que la atención que han recibido por parte del sistema sanitario y de los Servicios Sociales ha sido suficiente o, por el contrario, han observado alguna carencia?

E1: Mi queja es que nos tenemos que desplazar para todo a Rioseco o a Valladolid, para todo. Hay gente muy mayor que para desplazarse tiene problemas, ¿y qué hacemos? Pues nosotros no somos quién para arreglar esto, deben ser los de arriba, que para algo les pagamos.

E2: Yo no tengo quejas, sí que es verdad que yo tengo mucho carácter y al final siempre me han hecho caso. Mi caso el último es que estuve vomitando un montón de veces y llamé a urgencias y después de dos horas me llamó la médica. Me dice hoy no voy, le digo de acuerdo, llamo ahora al 112 y que me atiendan. Al final vino antes de irse a su casa. Me atendió en casa muy bien, me puso el Primperan y agua de limón “a tuti plen”, tanto que después los ácidos gástricos me quemaban. Me dijo luego te llamo, no me llamó. Vuelvo a llamar al centro, le llamarán por teléfono me dijo, ve a la farmacia a por suero y ya está. Aproveché y le pedí las pastillas de la cistitis que no me querían dar porque es antibiótico, y a mí me gusta tenerlo porque 1 o 2 veces tengo cistitis al año y lo paso fatal y lo tengo que tener. Pero aparte de esto, yo no tengo quejas de los médicos del pueblo ni de los del hospital. Muy bien.

E3: Después de este desastre que hemos pasado de la pandemia... yo mira, soy diabética y no he tenido ningún control. Ahora en estos dos años me han llamado ahora que tengo algo en la vista... una médica más que me vio. Total, llego al especialista y a 3 metros de distancia. No se acercan a ti para mirarte la vista. Que, por cierto, fui porque vino al pueblo una

médica un mes o así y claro, mi diabetes es de la mala y me preguntó que quién me hacía el seguimiento, cuando le dije que en todo este tiempo nadie, me mandó de urgencia. Y ahora mira, la vista afectada. En dos años de pandemia nadie se ha ocupado de mi y encima la oftalmóloga me dice que me he abandonado, ya le dije, que habían sido ellos los que nos han abandonado a los mayores y sobre todo los de los pueblos.

E2: Es que ni consultas ha habido casi durante año y medio.

E3: Ahora por teléfono... me van a mirar un pie por teléfono si le muevo o no le muevo, ¿estamos locos? ¡Dónde hemos llegado! Que nos ha pasado, pues que hemos perdido en todo. Nadie se ha ocupado de mi diabetes, pero eso sí, a las 8 a aplaudir al balcón y que bien lo hacen. Pues no.

E1: A ver, es que también depende de la experiencia y esa es la tuya.

E3: Es que mi experiencia es la peor de todas y tengo una rabia acumulada que no puedo con ella. Mira hija, a mi marido se lo llevaron y lo encerraron en una habitación y allí murió solito, ¡solito! Rodeado de gente con EPIS, algo estresante para él, que solo necesitaba un poco de oxígeno y no se lo dieron pensando que era Covid. Mi experiencia es muy negativa y ahora te miran a distancia porque tienen miedo a contagiarse, nos han tratado como a perros, para entrar a una analítica lo que he visto yo... no hay derecho. Un señor de más de 90 años, el solo que no dejaron entrar a la hija y como no se frotó los pies en el felpudo ese de pegamento desinfectante, menudas malas formas. Ya le dije, eres un sinvergüenza, al señor que le riñó. Pobre hombre, no fastidies. Si es mi padre... no sé qué habría hecho yo. Pero bueno, esa es mi postura, que los médicos han salvado vidas, pero también han matado muchas por dejadez, y yo soy de las que han matado.

3. ¿Qué propondrías para que la atención en el medio rural, tanto sanitaria como social, mejorase?

E1: Lo primero de todo es más médicos. No más médicos, ¡médico!, porque no hay. Hemos estado año y medio casi sin consultas aquí, teníamos que

ir a Rioseco. ¿Qué pasa con los impuestos que pagamos? ¿A caso los de los pueblos pagamos menos y por eso no tenemos médico? No puede ser así. No veo entendible que los jóvenes que están estudiando tantos años se tengan que ir fuera del país. Estamos perdiendo médicos brillantes que se van al extranjero por la mala gestión que hay.

E2: Si faltan médicos, que contraten, y ya está. La salud es lo primero dicen en los discursos políticos, me río yo de sus compromisos con la gente del pueblo. Primero tendremos que ver hechos para creerles. Aquí no sabemos cuándo va a haber médico, un poco más de organización, que nos avisen en el tablón de anuncios de la puerta con un cartel, que para poner los de la distancia de seguridad anduvieron rápidos.

E3: Oye y lo del teléfono, las citas por teléfono que se organice de otra forma. Que no todo sea ahora por tecnologías. Mi vecina Eulogia que estará cerca de los 80 años, cuando necesita algo del médico viene a mi casa para que se lo haga yo... y eso que yo no soy una erudita de los teléfonos, pero me defiendo para llamar y pedir unos análisis o lo que haga falta.

E2: Y si ya estás allí en el consultorio pues que te atiendan, porque si no llevas cita no te atienden o lo hacen sin sentarse y a toda prisa porque tienen que irse de guardia.

E1: En los pueblos estamos sometidos. Pero con las capitales pasa lo mismo.

E3: Sí, claro. Todos están conformes con la atención, pero echan de menos una atención más personalizada y con más tiempo para cada uno y tener la atención asegurada unos días a la semana o incluso al mes, pero tenerlo asegurado. Pregúntale tú a uno de la ciudad qué le parecería que solo le atendieran los miércoles de 10:00 a 12:00, y no solo a él, a 20 más con problemas.

E1: Igual que una atención de ATS diaria, han de trasladarse a Rioseco a poner una inyección o una cura, aquí no tienen a diario nada seguro. ¿No sería mejor que de tal hora a tal hora, se hacen curas en el consultorio, y

en vez de desplazarse 10 se desplazara 1 persona? Angelita que tiene casi 90 años ha estado yendo con su sobrina a curarse la leche que se dió en la pierna, ¿hay derecho a eso? 90 años.

E2: Bueno también hay que decir, que por lo menos lo que yo he visto aquí, es que mucha gente abusa de la asistencia sanitaria porque, vas al médico, y siempre ves a los mismos. No sé, yo creo que hay mucho abuso de recetas y medicamentos y luego los médicos lo pagan con cualquiera y aquí, que somos cuatro gatos, si alguien tiene un problema con el médico, nos enteramos todos, igual que te enteras de quien está siempre de médicos y quién no.

4. Comparando los servicios y las atenciones que se prestan en las ciudades, ¿consideran que las personas mayores de 65 años tienen más posibilidades de recibir atención sociosanitaria, por ejemplo, más rápida, en los medios urbanos?

E1: Sin ninguna duda vamos. Es que ellos lo tienen todo allí. No con esto quiero decir que en cada pueblo nos pongan urgencias o especialidades porque no somos tantos y no es necesario pero unos mínimos al menos sí deberían haber. Es que en la ciudad no pasa, ni por asomo, lo que ha pasado aquí, que hemos estado año y medio sin médico, teniendo que ir a las urgencias de Rioseco cuando con una consulta en el ambulatorio hubiera sido suficiente. Pero es que ni eso.

E2: Encima con la pandemia, todo empeoró, porque yo sé, y de muy buena mano, que ha habido un tiempo en el que se premiaba y se sancionaba a los médicos de primaria por mandar a los pacientes a los especialistas. Y esto no está nada bien. Ahora muchas cosas han empeorado a causa de protegernos frente al Covid, enfermedades que han estado ocultas, que no se han tratado, la atención reducida... Que sí, que en ese momento era necesario y ahora no digo yo que tampoco, pero si las vacunas están funcionando y se está volviendo en todos los lados a la vida normal, ¿por qué en la atención de los pueblos no? Es que año y medio, vergüenza me

daría a mi ser presidenta de Castilla y León y saber que un pueblo como este ha estado año y medio sin médico, vergüenza tenía que darles y sin embargo, no les da.

E3: Falla el sistema en todo lo posible: no hay medios, no hay profesionales, no hay incentivos, no hay organización, no hay nada. Los que mandan no nos hacen caso y no hay derecho, no lo hay. Porque luego, antes de las elecciones, todos dicen voy a poner esto aquí, los pueblos son el motor de la vida y por eso voy a hacer lo otro, y luego aquí no pasa nada. Por no pasar, no pasa ni el transporte público. Parece que lo que quieren es que nos hagamos seguros privados y, ¡ale!, un problema menos.

E2: Es que en la ciudad hay todo y aquí no hay nada. Me gustaría hacer este mismo debate que estamos haciendo entre las personas que vivimos en los pueblos y gentes de las ciudades y conocer su opinión. Habría que plantearles la situación de estar año y medio sin médico y qué soluciones nos ponen. Seguro que dicen, manifestaros, pues no vale de nada hijo porque estamos solos, tenemos que unirnos los de los pueblos y los de las ciudades, nos tienen que ayudar a que esto sea mejor y funcione porque... luego en verano, bien que se van a los pueblos.

E1: Mira me acuerdo hace unos meses que llamé al médico porque me salió un sarpullido en la pierna de la noche a la mañana y llamé a Rioseco para ver si podían atenderme porque claro, a veces vas y como no estén te tiras allí dos horas esperando. ¡Me dijeron que les mandara una foto! Yo pensé que se estaban riendo de mí, cómo les iba a mandar una foto, tendrás que verme y hacer tu trabajo. Les dije que ni hablar, que ya iba yo allí y si tenía que esperar esperaba, pero eso de la foto bueno... pensé que se burlaron de mí de verdad. Si esto me pasa en la ciudad pues directamente me voy al médico o donde haga falta y solucionado. ¿A cuánta gente de la ciudad habrán pedido fotos para recetarles antibiótico o lo que sea? Me gustaría saberlo. Seguro que a nadie. Se ríen de nosotros.

5. *¿Consideran que existen problemáticas en el medio rural que las*

grandes administraciones públicas no valoran de la misma forma que los residentes de los pueblos?

E1: Anda pues claro que lo saben, y saben que sabemos que no van a hacer nada por nosotros, pero porque estas cosas que nosotros sufrimos en los pueblos, ellos no lo sufren en las ciudades con su familia, sus padres... seguro que sus abuelos o padres o quién sea cercano suyo están bien atendidos en las ciudades. Yo me tengo que mover hasta Rioseco y tengo que buscar quién me lleve y me recoja y me traigan a casa, pues que pongan un bus hasta allí un día a la semana, no digo todos. Yo creo que no es tan difícil arreglarnos un poco la vida, para eso les hemos votado, para que nos hagan más cómoda la vida... y lo están haciendo al revés.

E2: Saben que no hay médicos, no hay profesionales, no hay transporte, no hay colegios y si les hay, se tienen que ir a otro lado, muchos pueblos sin tiendas de alimentos, farmacia hace poco que la han puesto aquí pero vamos, hemos estado tres años teniendo que ir a Rioseco a por los ibuprofenos.

E3: ¡No tenemos ni cura! Viene de Rioseco a Palacios, a Montealegre y a Villalba.

E2: No nos van a rezar ni cuando nos muramos. Eso sí, cuando en unos años sean las elecciones, no sé a vosotras, pero el cartero entonces bien que funciona, porque me llenan el buzón de papeles, pero, cuando yo tengo que recoger algo de correos, puedo estar dos semanas intentando coincidir con el señorito porque nunca está.

E1: Luego dicen que somos todos iguales, pues no, no lo somos. Ni siquiera entre nosotras que vivimos aquí en el mismo pueblo. Yo no digo que solucionen uno a uno los problemas que tenemos, pero, sí cinco pueblos tienen el mismo, pues tendrán que buscar soluciones para que luego la gente no se vaya a las ciudades y se hable de la España vaciada, vaciada está porque la han destruido ellos, llevando todo a las ciudades.

E2: Cuando yo era pequeña aquí había dos fábricas, la de harina y la

tomatera, había curandero, los maestros, el cine ese pequeño detrás de la iglesia que luego fue un bar, había bares, había de todo, y ahora no hay nada. Éramos pobres, pero teníamos de todo y ahora que tenemos un poco más, nos falta de todo. Ya ni las familias son como antes. Anda que no dormíamos mis primos y yo donde mis abuelos y bien apretados y ahora no se ve a niños porque se han ido todos a la ciudad porque claro, allí tienen el colegio y allí tienen el trabajo sus padres.

E3: Lo que pasa hija es que claro, los que mandan, este problema de los pueblos es muy grande y se necesita mucho dinero y mucha gente, y ahora no interesa, interesa construir casas en las ciudades y dar ayudas para quedarse en la ciudad y lo que se podía hacer era ayudar en los pueblos con, por ejemplo, un dinero para reformar una casa molinera y que se quede la gente aquí.

E2: Pero es que ya no es que se quede a vivir, es que también se ayude para poder vivir aquí. Anda que si tiene que ir a Valladolid a trabajar y solo está el bus de ir a las 9:00 y el de vuelta a las 21:00, pues sale caro, sale caro el tiempo, porque el bus son 4€ creo. Hace mucho que no lo cojo porque no puedo irme tan pronto y llegar tan tarde. Con uno al medio día se solucionaba un poco, pero es que ni eso nos ponen.

E1: Además ellos ven los problemas en los papeles, pero como no lo sufren en sus carnes, pues no saben lo que son... si no ya veríamos todos como cambiaba esto. ¿En las ciudades hay algún problema? Yo no lo oigo, y es porque ellos viven allí y si ven un problema, lo solucionan, porque si no les toca a ellos sufrirlo.

E2: Yo no pienso ir cuando toque votarles. En las últimas que votamos no se si tres veces me dieron ganas de meter un chorizo en el sobre, como hicieron en no sé dónde. A no ser que aparezca uno que si de la cara por nosotros, pero todos tienen muy buenas palabras, lo importante son los hechos, y aquí llevamos años sin ver los hechos que prometieron.

6. *¿Consideran que cuando les ha surgido un problema han recibido una atención sociosanitaria y un seguimiento personal?*

E1: Pues yo sí, a mi si me hicieron caso, pero cuando fui ya bien mala. Luego me llamaban y todo por teléfono, pero claro, cuando ya habían visto que estaba bien mala por su culpa, por no hacerme caso. Que estuve dos años sin hacerme controles porque no les dio la gana atenderme.

E2: Pero es que no tendríamos que llegar a ese límite de estar ya muy malos para que nos atiendan. Si yo creo que tengo un problema grave de salud, o no grave, creo que es necesario que me vea un médico, por qué tienen que decidir si atenderme o no. Para mí es importante y con eso debería valer.

E3: Y si llegan a decir que, si te atienden, a veces es por teléfono. Cómo van a saber cómo estoy yo por teléfono, eso que llaman ahora no presencial. El médico tiene que ser en persona, cercano y familiar, a poder ser, como antes, porque le voy a contar algo serio y personal que me está pasando y para mí es serio, aunque para él sea la consulta número 17, para mí es mi consulta.

E2: Hombre, cuando estás ingresado el seguimiento y el trato que recibes allí es excepcional por parte de las enfermeras, o cuando ya por fin logras ir a un especialista, el seguimiento es algo más personal o eso se transmite, porque claro, allí tienen los ordenadores con nuestra información. Si no se acuerdan, lo leen y ya está. Pero hasta que llegas allí...

E1: Nos atienden bien, pero tarde en muchas ocasiones. Muchas veces tampoco te dan la confianza que deberían darte, como antes te la daba el médico del pueblo, y si encima oyes comentarios negativos de tal médico ya vas desconfiado porque muchos a las personas mayores ni nos escuchan. Porque yo me acuerdo que una médica todo lo solucionaba con manzanilla azucarada, paseos y paracetamol cuando a lo mejor lo que te dolía, era el pie, y lo último que te ibas a poner a hacer era dar paseos.

E2: Tenía que volver el médico del pueblo, como cuando éramos pequeños, que conocía a todo el mundo, el trato era muy muy personal y además se le respetaba casi más que al cura.

E1: Pues sí.