

Informe del Estudio Cualitativo.

Perspectivas de los y las profesionales participantes.



Julio 2010

ÍNDICE

Objetivos	1
Metodología	1
Resultados	5
Conclusiones	25

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las perspectivas de los y las profesionales que han formado parte del Proyecto Modelo Integrado de Atención Social y Sanitaria a personas en situación de gran dependencia de Castilla y León.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las opiniones y experiencias de los y las profesionales que han participado en el Proyecto.
- Explorar sus valoraciones sobre la utilidad y aplicabilidad del Proyecto.
- Identificar sus puntos de vista sobre los facilitadores y barreras encontrados para el desarrollo del Proyecto.
- Explorar las expectativas y propuestas hechas por los y las profesionales.

2. METODOLOGÍA

Para responder a los objetivos de este proyecto se ha optado por un abordaje metodológico desde una perspectiva cualitativa. Por tanto, hemos llevado a cabo un planteamiento de investigación social, el cual persigue la comprensión del punto de vista y las vivencias de las personas participantes en el estudio. En este caso, los aspectos que comprenden las percepciones de los grupos de profesionales que han participado en este proyecto, explorando así las opiniones y experiencias expresadas desde sus diversos contextos.

Desde esta mirada, la atención se centra en el análisis de los discursos de los sujetos sociales, en lo que dicen y en lo que hacen. Quién investiga persigue saber cómo los sujetos perciben la realidad social y cómo la han hecho propia. Por consiguiente, se trabaja con los dichos y expresiones de los miembros de los grupos sociales, estudiando las actitudes y creencias que revelan. Según Taylor y Bogdan, “para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo”.

La visión cualitativa tiende a examinar las producciones significativas de los propios sujetos- discursos, imágenes, relatos, etc., generadas y construidas por los actores o en el diálogo directo con ellos, partiendo de sus propios contextos situacionales, sociales e históricos; tratando así de evitar toda sobrecodificación o simplificación previa de los sentidos de la acción de los sujetos, típicas del supuesto “observador objetivo externo”

La idoneidad de este tipo de acercamiento metodológico se justifica porque permite:

- Maximizar la cantidad de información recogida.

- Ampliar los puntos de vista que nos permitan analizar las convergencias y divergencias de los diferentes discursos emergentes.
- Propiciar un dispositivo conversacional, abierto y espontáneo, no reglado por las formas de interrogación de un cuestionario.
- Desencadenar la construcción de un discurso que se nutre de las interacciones con los otros.
- Este tipo de análisis pretende favorecer la formulación de actuaciones y propuestas por parte de las propias personas implicadas.
- Su utilidad para evaluar la satisfacción con los servicios y para el desarrollo de acciones y programas en salud.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

En el presente estudio se han incluido profesionales de las dos instituciones que forman parte de los Equipos de Coordinación de Base:

- Atención Primaria (Sacyl): Participan profesionales de medicina, enfermería y trabajo social
- CEAS (Servicios Sociales): Participan profesionales de trabajo social.

LA MUESTRA:

La muestra cualitativa es una muestra intencional y sobre perfiles sociales. Se define en función de variables relevantes para el tema y los objetivos del estudio. La idea es que quede representada la diversidad discursiva, esto es, los diferentes puntos de vista y perspectivas en relación con una temática particular. Para la composición de los grupos se han tenido en cuenta las siguientes variables:

- Institución en al que se trabaja: CEAS/AP de Salud.
- Colectivo profesional: Medicina, enfermería y trabajo social. Se consideró la necesidad de hacer grupos por separado teniendo en cuenta los distintos roles, funciones y posiciones que ocupan.
- Ámbito rural/urbano: Se consideró la necesidad de que estuvieran representados profesionales de los dos ámbitos.

TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS:

Las técnicas cualitativas son un conjunto de procedimientos para la obtención de datos a partir de las palabras habladas o escritas, o de la observación de la conducta de las personas y los grupos sociales. Mediante estas técnicas el investigador intenta comprender cómo las personas ven y viven su realidad, y

cómo interpretan y explican ésta. En este estudio se han utilizado **el grupo de discusión** y la **entrevista abierta**.

La primera opción planteada en el diseño era realizar esta investigación con grupos de discusión, pero la escasa asistencia de personal sanitario (medicina y enfermería), obligó a hacer un replanteamiento, después del cual se optó por entrevistar a los y las profesionales de enfermería que mostraron disponibilidad para participar. Decir que este hecho es en sí mismo un resultado del estudio, respecto a la implicación del personal sanitario en este tipo de proyectos.

El grupo de discusión. El principal propósito de esta técnica grupal es producir información relacionada con saberes, conocimientos, actitudes, valores, creencias y experiencias, a través de la discusión y la interacción social, que no sería posible obtener mediante otras herramientas. Las percepciones sociales pueden ser reveladas por medio de una interacción colectiva entre personas que comparten una realidad semejante.

La entrevista abierta es un dispositivo conversacional con el que tratamos de recoger versiones personales acerca de alguna experiencia, situación, proceso..., con el fin de poder entender y comprender la significación y el sentido que pudieran tener para los actores sociales. Quién investiga contribuye a crear las condiciones de la aparición de un discurso, que permita comprender el punto de vista de la persona entrevistada (6, 7).

Esta técnica es útil, por tanto, para obtener información de carácter pragmático, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en su experiencia particular. Ofrece varias ventajas: la posibilidad de crear un clima de privacidad e intimidad, que asegure a la persona entrevistada la confidencialidad y el anonimato, la mayor facilidad para acceder a las personas que tienen alguna dificultad o resistencia para reunirse en grupo, la opción de desplazarse a distintos entornos para facilitar la participación. En este caso, además, se consideró apropiada dado el número tan pequeño de profesionales sanitarios dispuestos a participar.

Previamente se elaboró un guión de temas a explorar, teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la población concreta. Este guión es orientativo y engloba los diferentes aspectos relacionados con cada objetivo. Tiene el fin de ayudar a la investigadora en el curso de la entrevista y la discusión grupal. Una vez orientado el debate o la conversación, se formulaban preguntas concretas si espontáneamente no se hablaba de algunos.

GUIÓN:

- Impresiones generales sobre el proyecto.
- Experiencias sobre el clima en el que se ha desarrollado la propuesta.
- Opiniones y experiencias sobre la utilidad del proyecto.

- Opiniones sobre la guía de gestión compartida.
- Valoraciones sobre la coordinación del proyecto.
- Relación entre los diferentes organismos y colectivos implicados.
- Valoración de la colaboración interinstitucional.
- Efectos sobre los equipos de coordinación de base.
- Barreras percibidas para la coordinación socio-sanitaria
- Principales motivaciones.
- Propuestas de mejora.
- Expectativas y disponibilidad para participar en futuros proyectos de coordinación socio-sanitaria.

COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS Y PERFILES DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS:

GRUPOS DE DISCUSIÓN:

Grupo 1: 6 Trabajadoras sociales de AP, mujeres, 5 de ámbito rural y 1 de ámbito urbano.

Grupo 2: 6 Trabajadores/as sociales de CEAS, 4 mujeres y 2 hombres, 4 de ámbito urbano y 2 de ámbito rural.

ENTREVISTAS:

Entrevista 1: Profesional de medicina, hombre, ámbito rural.

Entrevista 2: Profesional de medicina, mujer, ámbito rural.

Entrevista 3: Profesional de enfermería, mujer, ámbito rural.

Entrevista 4: Profesional de enfermería, mujer, ámbito urbano.

CAPTACIÓN:

Se contactó con todos los profesionales que han formado parte del estudio para informarles de esta evaluación. Después se ha contado con quienes aceptaron colaborar, fijando lugar, fecha y hora de celebración.

TRABAJO DE CAMPO:

El trabajo de campo se ha realizado durante los meses de febrero y marzo de 2010. El lugar ha sido el CREFES de Valladolid.

Tanto los grupos como las entrevistas han sido realizados por una misma psicóloga, con formación y experiencia en investigación cualitativa. Los grupos han tenido una duración de hora y media aproximadamente. Las entrevistas han tenido una duración media de hora y cuarto.

El clima en el que se ha desarrollado el trabajo de campo ha sido relajado y facilitador. Es necesario destacar la disponibilidad y colaboración de todas las personas que han compartido sus experiencias.

ANÁLISIS DE DATOS:

Se llevó a cabo la transcripción literal del material grabado, con fin de obtener el texto sobre el que efectuar el análisis. Una vez transcritas mecanográficamente las cintas grabadas, se ha llevado a cabo el análisis e interpretación del texto-discurso. Las tareas que engloban el análisis son las siguientes: lectura completa del texto de cada grupo e identificación de los fragmentos del texto relacionados con los objetivos. Se comenzó a escribir la significación y sentido que tienen esos dichos y se confeccionó un mapa conceptual, perfilando los campos temáticos agrupados en cada objetivo. A continuación se elaboró un índice y se asignó un código de identificación y clasificación para organizar el conjunto de dichos, y así elaborar el informe.

IMPLICACIONES ÉTICAS Y LEGALES:

Se tomaron las precauciones necesarias para asegurar que los derechos y libertades de los sujetos de la investigación sean respetados.

A todas las personas se les explicó detenidamente el contenido del estudio, así como la dinámica y duración de la entrevista. Se pidió autorización para la grabación en cinta magnetofónica, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos.

3. RESULTADOS

PRIMERAS IMPRESIONES

Una de las primeras impresiones vertidas se refiere al enriquecimiento que ha supuesto el proyecto de cara a la coordinación interinstitucional y entre diferentes colectivos profesionales. Valoran mucho la posibilidad de contar con otras perspectivas y criterios sobre la realidad en la que trabajan.

Yo creo que sí ha habido más acercamiento entre instituciones y entre profesionales (G1)

Una visión de diferentes partes siempre es enriquecedora, se ponga en el tema que se ponga, siempre es beneficioso (G1)

Respecto al clima de trabajo, los grupos han destacado la atmósfera de colaboración y la satisfacción respecto al trabajo conjunto con el resto de profesionales que formaban parte del estudio.

Sí que se ha trabajado bien en los casos, a lo mejor un caso nos hacía reunirnos todas las semanas por la magnitud del caso o por las incidencias del caso y ha sido buena, la experiencia ha sido buena (G2)

LA UTILIDAD DEL ESTUDIO

Uno de los aspectos más controvertidos estriba en las dudas sobre la utilidad y los beneficios prácticos que se pueden derivar del estudio para la población usuaria. Desde su perspectiva, uno de los principales obstáculos percibidos para la coordinación sociosanitaria reside en que ni el sector salud ni los servicios sociales valoran esta labor como prioritaria. Estas inquietudes han podido afectar a su motivación durante el desarrollo del estudio.

A lo mejor cuando esto finalice y veamos en papel lo que hemos trabajado o lo positivo y lo que puede servir dentro de un año o dos, en el tema de coordinación sanitaria y enlazándolo con la dependencia en este proyecto piloto, a lo mejor digo: "qué bien, yo participe en esto" pero que ahora lo veo de aquella manera... (G2).

Pienso que a los pacientes grandes dependientes la actuación que se va a hacer con ellos es la misma si están en el proyecto ó no, entonces a mí me eso me desanima, porque digo es que esto es un trámite..., pero bueno digo por el bien de proyecto, pero a ver cuando termina esto porque te lleva mucho tiempo de ponerte de acuerdo... (G1).

La parte mas débil quizás sea ¿qué va a pasar con el estudio? ¿Realmente eso llega a los que realmente tengan que legislar, que ejecutar luego? (...) Para nosotros ha servido pero ¿realmente va a servir para la Administración? ¿Para la población realmente va a servir? Eso es lo que yo no veo (E1).

De hecho, se ha insistido en la necesidad de conocer el futuro y la continuidad del proyecto, así como el uso y la aplicabilidad de los resultados obtenidos. Fundamentalmente, apuntan a la toma de decisiones desde la Administración y enfatizan la importancia de que las conclusiones se plasmen en cambios reales.

Y yo desde mi ignorancia, quería preguntar: ¿Qué pasa después de que reciben la guía, la otra parte, la parte resolutoria desde ahí arriba? (G1).

Para algunas de las personas participantes, el beneficio del proyecto no está tanto en las mejoras que haya podido o vaya a suponer para la población, sino en haber adquirido un mayor conocimiento, primero, sobre la situación y necesidades de las personas con grandes dependencias y, en segundo lugar, acerca de la adecuación de las formas de trabajo.

Mejoras, mejoras..., hemos visto mejor la situación, yo creo que ha servido para tener más clara la realidad, más que para tener mejoras (E1).

Yo creo que nos ha ayudado mucho a definir y a conocer, que es muy bueno para conocer muy bien a los pacientes y a los cuidadores (E3).

Es un proyecto que es la primera vez que se hace, es para ver en que se falla en que se cojea a la hora de trabajar, por dónde hay otros caminos, para ver cómo se puede avanzar (G2).

Pues no sé la utilidad. ¿Para que puede valer? Quizá para valorar las lagunas que tenemos en el trabajo, los esfuerzos que se deben de hacer en determinadas cosas (E4).

También han resaltado como elemento útil, la posibilidad que permite el estudio de cara a contar con una mayor y mejor información sobre la realidad de los y las cuidadoras. De hecho, esta es una de las partes que consideran más novedosas. Hasta el momento no tenían una imagen tan clara del impacto del cuidado sobre la calidad de vida de éstos y éstas, ya que se centraban principalmente en las necesidades de la persona dependiente.

Realmente profundizas más en la situación del cuidado, porque la mayoría cuando abordamos cualquier tipo del caso, pues sí tienes en cuenta la situación del cuidador, ves la sobrecarga familiar, pero no profundizas tanto, si está irritado, si molesto, siempre vas más a la situación del dependiente, casi siempre te centras más en el cuidado, lo que necesita, no sé, insisto te fijas si el cuidador necesita ayuda, si no puede solo, pero no profundizas, no te fijas en la calidad de cómo vive la situación, a mí las escalas me han ayudado mucho (G2).

Al valorar su sobrecarga, que valoramos con ese test y alguien en la Junta va a saber que está sobrecargado o no está sobrecargado y que está cumpliendo una función (E1).

- *Nos hemos tenido que centrar en esos 10 cuidadores porque ha habido que pasarles una encuesta, y esto no lo hemos hecho con los otros.*
- *Es una información bien completa (G1).*

En esta línea, reconocen que el hecho de haberles preguntado ha supuesto una oportunidad para que las personas que cuidan expresen y desahoguen parte de sus sentimientos y malestares.

Hemos ido la trabajadora social del Centro de Salud y yo, hemos ido a hacer las visitas domiciliarias conjuntamente y hemos visto que muchas gente se nos echaba a llorar, nos ha pasado en muchos casos, claro, ves a los cuidadores sobrecargados y mal (G2).

Una de las entrevistadas siente que después de realizar el proyecto de investigación, su mirada y perspectiva se han ampliado. Actualmente aprecia en sí misma una mayor sensibilidad al observar las problemáticas que afectan a la población.

Aunque a mí siempre me ha gustado ir a ver a la gente en su domicilio, pero ahora me siento mas interesada y tiendo a fijarme mas en los problemas (E3).

Sin embargo, y enlazando con el inicio de este apartado, no deja de expresarse cierto grado de escepticismo respecto al interés real que la Administración pueda tener en darle continuidad a esta metodología de trabajo. Desconfían de la

prioridad que se le pueda dar a hacer transformaciones al hilo de los resultados que pueda aportar este estudio.

Tengo la sensación agridulce, por un lado, más o menos dulce, porque entré a medias, en esos casos hemos compartido más la información o más en profundidad, esa es la parte dulce, y la agria porque la información se queda ahí, porque no hay interés por parte de los CEAS ni por parte de la Atención Primaria en trabajar con esa metodología de las guías, ni de hacerla extensiva a nuestro trabajo habitual (G2).

LA COORDINACIÓN DEL PROYECTO

Respecto a la coordinación del estudio hay unanimidad en las opiniones de todos los participantes y se han expresado valoraciones muy positivas. Han dejado patente la constancia de la persona responsable, su disponibilidad para facilitar información, resolver dudas y mantener un flujo de comunicación abierto lo largo del desarrollo del proceso.

Lo bueno que tiene esto es que como Cristina está muy pendiente y en el momento que hay cualquier cosa, nos avisa a todos, poniéndonos al tanto por correo electrónico, con lo cual todos ya estamos mas predispuestos a hacer un hueco, a encontrarnos tal día, no es que te pille de extranjis y así no podemos decir: yo no puedo, me viene mejor otro día. Hay como más disponibilidad, ahí ya la gente es más consciente y como si estuviéramos más formales, como ella siempre nos avisa con tiempo, es como si hubiera más disponibilidad, a dejar más las cosas que si fuera otra cosa, es decir, que si Cristina pide una cosa, nadie pone impedimento, nos juntamos, nos reunimos, nadie pone impedimento, es que como que es una cosa que no puede esperar (G1).

Hemos tenido toda la fluidez del mundo para ver, comentar cualquier duda, cualquier problema, o cómo iban las cosas, o sea que yo en ese sentido me he sentido muy bien (E4).

Desde su punto de vista, esta actitud ha resultado crucial para mantener la motivación y afrontar los diferentes obstáculos que hayan podido surgir.

- *Yo reconozco que la implicación de Cristina ha supuesto que ella tirara y yo tirara y tirara ha ido en cadena en cadena*
- *Si ella no tira...*
- *Si llamas y no está, enseguida te llama ella por si necesitas algo (G2)*

LA POBLACIÓN DIANA

Respecto a la población elegida para participar en el estudio han expresado dudas sobre su pertinencia. Opinan que el estudio hubiera resultado más útil incluyendo una población más amplia, en las que el grado de dependencia no fuera tan elevado y/o no tuvieran una prestación ya concedida y determinada. Consideran que estas situaciones limitaban su capacidad de acción. Por tanto, si el objetivo era evaluar el impacto de un proyecto de coordinación socio-sanitaria, los márgenes de actuación deberían haber sido mayores. Decir que este tema ha salido recurrentemente en los discursos.

Yo creo que ese es el problema, si hubiéramos trabajado con gente que no hubiera tenido un recurso asignado, porque desde el equipo hubiéramos visto cual es el recurso más idóneo para esa persona, porque para esas personas no era el recurso económico lo mejor (G2).

El proyecto nos daba en la guía el caso resuelto, con la prestación ya dada, porque era lo que habían elegido para resolver el caso, cosa que a nuestro criterio..., me imagino que saldrá más tarde en la reunión ¿no? (G1).

Uno de los argumentos esgrimidos para apoyar esta postura estriba en que el estado de salud de la mayor parte de las personas incluidas en el estudio estaba tan deteriorado, que se han producido muchas pérdidas en el conjunto de casos. Entre las causas se encuentran algunos fallecimientos, cambios de domicilio o enfermedades que han requerido hospitalización.

Yo creo que ha estado condicionado por la elección de los casos, que se ha pretendido que los pacientes fueran prácticamente iguales, que sean personas de grandes dependientes, entonces ha perjudicado mucho porque ha habido muchos bajas (G2).

O cuando tienes que coger datos añadidos, porque a lo mejor llegas y el paisanín ya no está donde estaba, porque lo mismo la hija se lo ha llevado a su casa, pues porque la ha acondicionado y tiene ducha y en su casa no..., entonces ya tienes que pedir los datos a otro médico, a otro enfermero, eso es más trabajo y más laborioso, porque no siempre están en el mismo sitio (G1).

A nosotros se nos muere la gente que estaban en la guía, porque los grandes dependientes cuando se empezaron a hacer fallecieron, entonces tenemos pocos en realidad (G2).

También consideran que la situación en la que se encontraban la población participante ha limitado el alcance de su intervención, es decir, al tener resuelta la ayuda por dependencia estaban ya recibiendo una determinada prestación. Para los y las profesionales esta situación es una barrera para su intervención, ya que consideran que en esta fase resulta más complicado introducir cambios y mejoras, p.e. se han encontrado con familias que habían optado y tenían resulta una prestación económica, lo cual, según su punto de vista, había repercutido negativamente, tanto en la calidad de vida de la persona dependiente como en su familiar, cuando éste o ésta también tiene dificultades para cuidar, por su edad o estado físico.

- *la mayoría ha dejado las ayudas a domicilios que tenían, que suponía un apoyo y ahora tienen el clásico cuidador mayor de 80 años, que es la mujer o el marido o el hijo que vive en Zamora y el paciente vive en el pueblo y que no están a diario con ellos, sí que tienen más ingresos económicos, pero su atención realmente ha empeorado.*
- *pero la percepción de la persona no es que haya empeorado (G2).*

De hecho, se han expresado varias críticas en relación con la adecuación y el efecto de las prestaciones concedidas desde la puesta en marcha de la Ley de Dependencia.

Estaban cobrando una prestación muy alta y nos encontrábamos que le estaba cuidando una persona peor, de 80 o 82 años, era la cuidadora, esposo o esposa, o una hija que vivía en un pueblo de al lado, con lo cual iba... y tal, y nos estábamos encontrando con que algunos casos de

los que conocíamos nosotros y que realmente se entendía que estaba resuelto, con la ley de dependencia estaban peor porque no era la prestación adecuadas (G1).

También, a lo largo del transcurso del estudio, han podido observar algún caso en el que la valoración inicial y la prestación concedida no eran correspondientes con la recuperación posterior y la mejora en el estado de salud de la usuaria.

Uno de los casos que hemos tenido nosotros, una gran dependiente, cuando hemos hablado con el médico y la enfermera y dicen ¿pero esa es una gran dependiente si va viene sola y hace todas sus cosas? ¿Y que pasó? Pues que tuvo un problema en el brazo y consiguió la gran dependencia, pero es que la señora lo del brazo ya lo tiene solucionado y anda todo el día por ahí, haciendo su vida normal (E1).

Y, como alternativa concreta para el proyecto, estiman que sería más adecuado seguir lo casos desde los estados iniciales, no cuando los y las usuarias ya han obtenido la ayuda para la dependencia.

Yo pienso que hubieran sido de más utilidad, utilizando casos concretos con los que ya se trabaja, aunque no hubieran sido casos homogéneos, yo creo que se podía haber buscado otras características, yo lo que pienso es que tenían que haber sido casos en los que trabaja el equipo y entonces hacer la valoración inicial de cómo esta la persona, de cómo percibe la situación y la final después de haber trabajado con el caso, de buscar la solución si la tenía, ver como estaba su percepción al final (G2).

Yo creo que esto teníamos que haber hecho primero el estudio, sin haber ofrecido nada, hubiera sido más real (E1).

Sin embargo, también han emergido otras perspectivas, según las cuales la prestación concedida no ha constreñido su intervención, ya que no ha sido un obstáculo para aconsejar e intentar introducir mejoras que repercutan positivamente en la situación familiar. Entre estos ejemplos, se han citado casos en los que se ha trabajado para que la prestación económica se utilice en contratar una ayuda externa.

Luego tenemos una menor con una parálisis, también la ayuda económica la han utilizado para contratar ellos otros servicios, un psicoterapeuta que también trabaja con ella, lo han encauzado para esas cosas (...) se les ha dado información y en el caso de la niña lo han utilizado para esto (G1).

Tú les puedes orientar hacia determinados recursos, nosotros teníamos a gente que tenía ya asignado el recurso de la ayuda a domicilio y gente que no, tú les vas a orientar, pero ellos van a tomar la decisión más oportuna y para ellos es lo mejor, pero para ti no es el mejor, tú les orientas, pero ellos van a tomar la decisión que crean mas oportuna, yo por eso no creo que haya fracasado el proyecto (G2).

Tres del proyecto se han integrado en talleres de cuidadores y eso les reporta beneficios (E4).

LA GUÍA DE GESTIÓN COMPARTIDA

La Guía de Gestión Compartida es uno de los componentes del estudio sobre el que se han expresado más comentarios críticos. Las personas participantes opinan que resulta larga, laboriosa y contiene información redundante.

Hay muchas cosas que se deberían quitar y poner otras, y bueno, al final empiezas a escribir, a escribir los recursos que hay, los que deberían de haber, los que solucionarían el problema, los que propones, los que hay en la zona, entonces es mucha información y dices tú ¿para qué tanto?, si esto es más fácil, se soluciona antes el caso que cumplimentar la guía, es que hay veces que lo resuelves con cuatro cosas (G1).

Me parece que sobra mucho de la guía y que tiene que ser mas concreta, más práctica (E3).

Me parece farragosa y es que la estoy rellenando y no me va a ser útil, no sé si a alguien le pasa lo mismo (G2).

Otro problema que han identificado en la Guía es que no contiene los suficientes espacios abiertos para plasmar y dar cuenta de sus observaciones e impresiones a lo largo del proceso y de forma no estandarizada.

Estamos reunidos, estamos hablando, salen muchas cosas y decimos: pues esto ¿dónde lo pongo?, porque aquí no se puede poner, y es que hay información digna de tener en cuenta, muy importante y es una información que podría aclarar o enriquecer, y no se puede poner porque no te deja escribir (G1).

Debería haber un plan de seguimiento y sin embargo no sabia donde encajarlo, yo me encontré con esa duda, a ver ahora el seguimiento, tengo que hacer una nueva guía, y ahí debería tener un plan de seguimiento de ese paciente, la guía debería de ser abierta, ¿no?, como una historia (E3).

Me parece larga y sobre todo a veces no sé, es que hay cosas de observaciones que no sé donde meterlo, un apartado que me dejaran libre para poderlo poner, pero en principio lo resumiría más, es una guía larga, un poco farragosa (E4).

Además, la Guía es un instrumento ajeno a sus rutinas habituales, no les resulta familiar y la incorporación a sus quehaceres cotidianos ha implicado un sobreesfuerzo.

Nosotras no estamos acostumbradas a trabajar con ese sistema y ese modelo..., de alguna manera estamos acostumbradas a trabajar con nuestras fichas sociales, con nuestras historias clínicas (G1).

Yo la impresión que tengo es que en las guías no cree casi nadie, esa es la impresión que tengo, como está la exigencia de hacerlo, lo vamos haciendo, pero no es algo que utilicemos habitualmente ni que estemos habituados a usar (G2).

Y les ha resultado poco estimulante aprender una metodología de trabajo que, en principio, no se va a continuar en el tiempo, ni se va a utilizar para otros fines.

Ni lo usaban ellos ni lo utilizamos nosotros, se ha hecho porque era una exigencia de la investigación y a mi me parece interesante, pero no se reproduce otra escala (G2).

Sin embargo, algunas de las participantes han encontrado elementos positivos en la Guía. Opinan que contiene una amplia información, a la par que incorpora aspectos que les resultan novedosos o a los que anteriormente no prestaban atención.

Yo en la guía veo toda esa información, y que yo creo que la mayoría desconoce y eso es interesante, que si tiene problemas digestivos, que si no se qué, no sé cuantos, y ahí viene todo recogido y en ningún otro sitio se recoge, ni en el informe de salud (G2).

También han resaltado la utilidad de los apartados que incluyen valoración de la calidad de vida a través de instrumentos con iconos.

Son unos datos que te ayuda a ver la percepción que tiene la persona de la situación en la que encuentra y, además, como era con dibujitos, la persona se despista, entre comillas, porque te da una información mas espontánea, no están tan atentos para que sirve lo que estas haciendo y te dan información más natural, y que te permite ver la percepción que tiene la persona de la situación en la que está viviendo, pero la guía la hemos hecho porque eran para la investigación, si no, no las hubiéramos hecho (G2).

Respecto a los cambios realizados en este instrumento a lo largo del tiempo, consideran positiva la idea de introducirlos para facilitar su uso. Sin embargo, a fecha de hoy han sido tantas las modificaciones que al final reconocen que ha complicado el proceso y se han producido dudas acerca de la forma de utilizarla.

Ha habido muchos cambios de guías desde que se inició, yo no sé si este es el quinto o sexto modelo, con lo cual, como tú dices, ha habido muchos problemas, tenías una información, querías ponerla en un sitio, te cambiaban la guía, ya no entraba en esa, y es que ahí se ha perdido mucho tiempo (G1).

Yo creo que la guías las han reformado tantas veces, que si la nueva guía, que si ahora un nuevo cambio de la guía, y es que “¿tienes la nueva guía?”, pues bueno..., un papel más (G2).

Las propuestas hechas a la Guía se concretan en la necesidad de dotarla de mayor agilidad, brevedad y añadir espacios abiertos dónde poder recoger sus impresiones.

- *Una guía más abierta, es que es cuadrada, esto tiene que ir aquí y dicho así.*
- *No, un poco más..., menos hojas.*
- *Que tú puedas extenderte si en alguna cosa tú lo ves importante. Pues no, hay cuatro renglones, si te excedes no te cabe más.*
- *Es que está diseñada como para una fotografía, y la evolución y lo que va surgiendo no sabes cómo meterlo (G1).*

Hay que resaltar que sus opiniones respecto a la Guía han de ser contextualizadas en el marco de la alta carga burocrática que contiene su labor. Muy especialmente las trabajadoras sociales han expresado la saturación provocada por la cumplimentación de informes y documentos, así como por el tiempo que estas labores consumen.

Para que tú te hagas una idea, una ayuda a domicilio que solo te pide una comida, tardas mínimo una hora u hora y media, sin que te vaya nadie a molestar o a pedir algo, y es que hay expedientes que son así de gordos, y ya no te digo si te pide una residencia, es que es como una Biblia, un informe social para esto y repites informe para lo otro..., te agobia tanto papel (G2).

No éramos conscientes de la cantidad de documentación que había que hacer, que a lo mejor si lo vemos antes, alguno se lo hubiera repensado (G2).

También han mostrado preocupación por las molestias que puede ocasionar a la población usuaria y a sus familiares, la cantidad de baremaciones y documentos que requiere formalizar una solicitud de ayuda en procesos que suelen ser largos y cuya resolución se demora en el tiempo, a pesar de lo acuciante de muchas de las necesidades. Recabar la información necesaria para esta investigación ha intensificado la percepción de abrumar a las familias, sin ofrecerles nada a cambio.

Lo negativo que he visto es que hemos aburrido un poco a las familias, ya los teníamos aburridos con el tema de lo de la valoración de la dependencia, luego llevar los papeles, los test,... y a ellos lo que les movía era ¿cuando me van a ayudar, cuando voy a tener más ingresos? (G2).

En relación con estas dificultades han propuesto la necesidad de que se utilice un único instrumento de valoración socio-sanitaria.

Yo creo que sería útil que se pudiera integrar, de manera de que la misma guía fuera la que se utilizara, el informe médico, y mira que a mi me parece un rollo, con el informe social que se utiliza para la dependencia, y que no hubiera tantos instrumentos diferentes (G2).

EL TRABAJO EN EQUIPO

Los informantes de este estudio saben de la importancia que tiene desarrollar una metodología de trabajo conjunto, que facilite la coordinación socio-sanitaria, y la convierta en algo real y práctico. Para ello, reconocen que el trabajo en equipo y la cooperación son claves fundamentales, pero son conscientes de sus dificultades.

Es cierto que si hay gente que no está acostumbrada a trabajar así pues le costará mas sensibilizarse de que es una manera útil de trabajar, pero lo que está claro es que todos estos casos que vemos nosotros si hay una actuación coordinada de la actuación del médico, de las enfermeras..., es claro que estando coordinados se puede trabajar algo y si no nada (G2).

Desde esta conciencia consideran que la participación en el proyecto ha sido una oportunidad para reforzar y consolidar el trabajo en equipo.

- *Nosotros nos juntamos siempre también en el centro de salud en los tres equipos y siempre hay buena disponibilidad para hacer las reuniones socio sanitarias, independientemente que sea del proyecto o no.*
- *Yo también creo que fomenta el trabajar en equipo (G1).*

Y en los discursos emerge la opinión de que finalmente la cooperación y disponibilidad necesaria para desarrollar un proyecto de este tipo depende en gran medida de la actitud, interés y sensibilidad particular de cada profesional. No es un proyecto adoptado y normalizado por todos los integrantes de las distintas instituciones.

Prácticamente se trabaja con personas concretas, no se trabaja por un proyecto general, se implica fulanito y fulanito, pero los demás es como si no existieran (E4).

Ha habido Centros de Salud que han respondido mejor y otros peor, y en los CEAS igual, que han respondido mejor unos profesionales y otros no (G2).

EFFECTOS SOBRE EL EQUIPO DE COORDINACIÓN DE BASE

La idea más extendida es que la participación en el proyecto ha tenido un impacto positivo sobre este equipo, y esperan que repercuta en actividades futuras. Especialmente señalan que el hecho de encontrarse con una mayor frecuencia, con unos objetivos concretos y con una dinámica mantenida en el tiempo, ha intensificado positivamente la relación y ha contribuido a aumentar el sentimiento de pertenencia.

Yo formo parte de un equipo de coordinación base, entonces gracias al trabajo de investigación sirvió para que el equipo de investigación base que nos reuníamos cada mes y medio o dos meses, pasáramos a reunirnos todos los jueves, a nivel de equipo sirvió para establecer una mayor relación, y además la entidad de grupo aumentó (E1).

Me ha aportado conocimientos, entre otras cosas, y una relación bastante íntima entre la trabajadora social y el médico del equipo de coordinación de base, aunque ya estaban bastante integrados, pero también la relación es mayor (E3).

El hecho de verse las caras es importante, porque ya te tienes que juntar a una hora, y por lo menos estas dos horas..., y luego tú te llevas el caso a tu despacho y yo me lo llevo al mío, luego sabes que te tienes que volver a juntar, eso es importante (G1).

Mientras que algunas de los participantes no han observado diferencias en el clima y funcionamiento del equipo de coordinación de base después de la experiencia, para otras sí ha supuesto una mejora, sobre todo por la mayor comunicación que se ha generado. Las distintas valoraciones se deben, en parte, a las diferentes sistemáticas creadas entre los equipos colaboradores del proyecto, en lo que respecta a los diferentes formatos y frecuencias en las reuniones.

El equipo de coordinación en el que estamos trabajando, somos casi todos nuevos, estamos en pañales, pero lo que sí veo es que estamos trabajando como en otros equipos de coordinación de base, no veo la diferencia (G1).

Yo en mi caso, el hecho de que hayamos estado trabajando en el proyecto no quiere decir que tengamos una mejor coordinación, nosotros siempre hemos tenido siempre una muy buena coordinación, quizás ahora al saber que teníamos que estar todos los jueves en la reunión, no

hacia falta que quedáramos, sabíamos que el jueves teníamos que estar en el centro de salud (G2).

En relación con este aspecto, una de las entrevistadas propone la idea de, una vez finalizado el proyecto, reunirse para compartir las diferentes formas de trabajar que se han seguido en cada uno de los equipos.

Sí que me gustaría, a veces, saber cómo hacen el trabajo otras personas, eso se suele ver en los congresos o si hubiéramos estado aquí todos, pero que me gustaría saber como trabajan otros (E4).

A pesar de estas mejoras, emerge la conciencia del largo camino que queda por recorrer para llegar a un intercambio real de los saberes y las prácticas provenientes de los campos sanitario y social.

Es verdad que trabajar con un equipo multidisciplinar con los trabajadores sociales, tener reuniones periódicas, ha ayudado a conocer mejor el perfil y el campo de trabajo de uno y de otro, pero yo creo que falta mucho por perfilar, seguimos todavía en estancias muy cerradas, ni ellos saben ver lo de las carteras de servicios, ver para qué sirve, comentar un poco los casos, implicarse un poco más en los casos, comentarnos un poco más lo que puede ser el plan de cuidado de enfermera o sanitario, a veces no captan hasta donde llegamos, y a nosotros nos pasa igual (E4).

REPERCUSIONES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE CEAS Y CENTROS DE SALUD DE AP

Desde algunas perspectivas se concluye que la experiencia ha incrementado el acercamiento y la sintonía entre los Centros de Salud de AP y los CEAS. Aunque queden muchos aspectos por mejorar y se produzcan dudas sobre la utilidad final del estudio, si adoptan una perspectiva histórica se visibilizan los cambios que se han producido a lo largo del tiempo en la relación entre ambas instituciones.

Una conclusión válida en mi manera de ver, es que hay una sintonía entre el CEAS y los profesionales sanitarios que era impensable, yo hablé de hace muchos años, porque yo llevo trabajando muchos años, a mí nunca se me ocurriría llamar al médico y decir: “oye, tal, cual..., tenías que estar...”. Y volver a preguntar, no había ninguna implicación (...) Ahora con esto no se sacará una conclusión buena del estudio como pensábamos que podía llegar a ser, pero a lo mejor acercar posturas es muy importante, el acceso técnico del CEAS al Centro de Salud y que te respeten como profesional, eso es muy importante (G2).

Hay una mayor comunicación, más cercana, entre CEAS y Centros de Salud, aunque antes también la había por teléfono, pero que eso ha facilitado (G1.)

Sin embargo, consideran que el alcance de esta aproximación depende mucho de los centros concretos y de las actitudes de las personas que los conforman.

Lo que es útil es la interacción que ha habido entre los que teníamos relación pero menos, teníamos relación para situaciones puntuales, y si es cierto que uno de los CEAS y otro de los Centros de atención médica, han incrementado la interacción, los otros dos no tanto, porque depende básicamente de las personas (G2).

Desde algunas posiciones se señala un mayor acercamiento por parte del personal sanitario de AP a lo social. Según sus valoraciones, sobre esta mejor relación ha influido no sólo el proyecto concreto, sino las diferentes acciones de coordinación socio-sanitaria que se han implementado en la Comunidad.

Volviendo al tema de lo que comentamos antes del CEAS, de profesionales sanitarios, yo sí que con el proyecto y sin el proyecto, con equipos de coordinación base, los cuatro equipos de coordinación base en los que yo estoy sí que saben un poco más de lo socio-sanitario los compañeros de atención primaria, porque de vez en cuando en las reuniones se cuentan cosas y si se expone el proyecto, ya solamente con exponer el proyecto ya se sabe que estamos trabajando a nivel de servicios sociales y sanitarios, también es importante, yo hablo de lo mi experiencia, mis cuatro equipos van siempre a reunirse en el Centro de Salud, nunca en el CEAS, los profesionales de servicios sociales van a al Centro de Salud, con lo cual también integras los Servicios Sociales con Salud, y creo que eso también es importante, yo creo que sí que sirve y este proyecto ha servido (G1).

Sin embargo, desde otras visiones más críticas, el conocimiento y el interés real que tiene el personal sanitario-especialmente el estamento médico sobre el trabajo social es muy parcial y precario.

Yo sé que hay compañeras que no saben ni quién son CEAS, ni para que sirven, ni qué tienen esas personas, ni parcela, cómo se integra el trabajo, ni lo conocen ni quieren conocerlo, ellas están en su estanco, y ya está (E4).

En uno de los centros ha servido para estrechar más la colaboración entre los Trabajadores Sociales y la enfermera, los médicos están en otro mundo y me parece muy bien porque por lo menos no ponen una llave a la información, fuera, aparte de esto, no han colaborado en nada y lo que han oído de la investigación lo han olvidado media hora después y dudo que les ha interesado nada de esto (G2).

Para las trabajadoras sociales de Atención Primaria ha resultado muy positiva la oportunidad de trabajar con los compañeros y compañeras de los CEAS. Su trabajo en los Centros de Salud implica un grado importante de “soledad”. Por tanto, el desempeño de una tarea común con profesionales de su misma disciplina, con quienes les resulta más fácil compartir puntos de vista, códigos y lenguaje común, ha sido apreciado en el transcurso de este estudio, así como en las otras actividades de los equipos de coordinación sociosanitaria. Han expresado que aunque la relación era buena anteriormente, sí ha podido mejorar por el hecho de compartir la participación en el proyecto.

Para mi es gratificante porque tienes una persona que tiene tu mismo punto de vista, porque es tu compañera de CEAS, un poco diferente, pero no dejamos de ser las dos trabajadoras sociales, mientras que siempre tú eres la ... (G1).

REPERCUSIONES EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En relación, con el efecto que ha podido tener el proyecto en el seno del Equipo de Atención Primaria consideran que ha sido nulo. Esta idea se hace extensiva al resto de las acciones de coordinación sociosanitaria. Enriquece y motiva exclusivamente a cada profesional implicado e interesado por estas cuestiones.

Yo a nivel de equipo yo creo que no, creo que a nivel individual con esa enfermera de ese paciente concreto, pero a nivel de equipo yo creo que no (G1).

Sin embargo, algunas de las trabajadoras sociales de salud observan cierto acercamiento del personal sanitario hacia su trabajo.

Los hemos visto (al personal sanitario) más cerca, se han implicado más, has visto que cuando tú contabas algo decían: "Pues no lo habíamos pensado" Yo creo que en ese sentido sí (G1).

Uno de los problemas expresados por algunas de estas profesionales es que al repartir su trabajo entre varios centros de salud se pierden parte de la vida cotidiana de éstos. Esta situación provoca que, en ocasiones, el personal sanitario tienda a recurrir con mayor frecuencia a los y las trabajadoras sociales de los CEAS cuando se presenta alguna problemática.

El hecho de que la trabajadora social del Centro de Salud no vaya más que una vez a la semana, va a hacer que el resto del equipo va a contar más con la trabajadora social de CEAS, que es la que está, que conmigo, a la hora de solucionar una situación concreta (G1).

Desde el punto de vista de una de las enfermeras participantes, en su centro se ha intensificado la coordinación con la trabajadora social.

Con la asistente social nuestra hay mayor coordinación (E3).

Otras posturas son menos optimistas y consideran que este interés del personal sanitario por la coordinación socio-sanitaria se circunscribe a los profesionales que colaboran con las acciones socio-sanitarias, los motivados y sensibilizados, pero no se puede hacer extensivo a la mayoría.

Yo no he visto sensibilidad en el tema, lo único que no se han negado a dar información, pero tampoco es una cosa... (E3).

BARRERAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Sobrecarga de trabajo

Una de las dificultades para participar en el proyecto es la sobrecarga que en algunos momentos ha podido suponer. Su colaboración ha requerido incorporar nuevas tareas-como p.e. la recogida de información sobre los y las cuidadoras-, organizarse y realizar cambios en las agendas.

Ha sido adaptar la nueva labor al trabajo que ya tienes, sobre todo en la recogida de datos de los cuidadores, durante un tiempo te supone un trabajo añadido, pero luego ya cuando los tienes, pues claro (G1.)

- *Ha sido buscar el tiempo, hacer las reuniones, hacer las visitas domiciliarias y es que te quita tiempo para hacer tu trabajo del CEAS, sacando expedientes y todo, es por lo que más te puede suponer.*
- *No es una carga excesiva.*

- *No es una carga excesiva, es saber que tienes que quitar tiempo a tu trabajo para destinarlo a esto otro... (G2).*

Carga de trabajo ha supuesto que todos lo jueves que yo tengo una reunión con mi equipo todas las mañanas, a las nueve, pues a las 10 cuando todo el mundo se va a pasar sus consultas o a tomar el café, yo me tengo que quedar porque tengo que hacer la reunión de la comisión, y la consulta la tengo que hacer más tarde, con lo cual ya voy más apurado, y eso te hace perder otro tipo de actividades o no poder tomarte el café (E1).

Uno de los inconvenientes expresados por el grupo de trabajadoras sociales de salud se refiere al escaso número que son en AP, lo cual conlleva realizar su labor en distintos centros de salud.

Partiendo de la base que no tienen nada que ver el trabajo urbano con el trabajo rural, no sé lo que pensaréis vosotras de esto, las que lleváis las dos cosas, pero la dispersión en mi caso, de que cada día estoy en un sitio diferente, en un equipo diferente, y no puedo estar en las reuniones de los equipos porque no me coincide (G1).

Una de las enfermeras apoya esta opinión y considera que en este tipo de proyectos son las trabajadoras sociales de salud las que tienen una carga mayor.

Sobrecarga no, es un trabajo un poco mas de lo normal, quizás las asistentes sociales les resultaba más carga porque tienen más centros de salud, la nuestra tiene tres centros o cuatro, para ella si será, para mí personalmente no (E3).

Resistencias para colaborar

El proceso resulta mucho más sencillo cuando se cuenta con la colaboración de los diferentes profesionales que han de facilitar la información necesaria acerca de cada uno de los casos incluidos en el estudio. Sin embargo, las situaciones en las que se que producen resistencias para colaborar les han resultado muy incómodas y les obligan a insistir si se pretende completar toda la documentación. En este sentido, las experiencias son diversas. Los grupos de trabajadoras sociales coinciden en señalar que cuando se han producido problemas, éstos han venido por parte del personal sanitario, especialmente del estamento médico.

Yo en las dos zonas, que son urbanas, se vive la experiencia..., desde luego que enriquece el intercambio entre los profesionales, pero se vive como una sobrecarga de trabajo, no ves implicación a nivel del personal sanitario, sobre todo médicos, siempre hay que tirar de la enfermera que está, porque hay que insistir que venga el médico a la reunión o que nos faciliten datos (G1).

Quitando los cuatro miembros del equipo, intentábamos colaborar con los médicos y la enfermera de las personas concretas y es verdad que eso ha resultado complicado, cuando intentabas quedar con ellos para que asistieran a la reunión si no faltaba el médico, era la enfermera, y si no los dos (G2).

La actitud del personal sanitario hacia lo social

Los grupos de trabajadoras sociales observan que en general el personal sanitario, muestra un menor interés y disponibilidad hacia las acciones de coordinación socio-sanitaria, lo cual repercute en el hecho de que la responsabilidad no se distribuya equitativamente entre los distintos implicados. Dejan claro que este es uno de los escollos que encuentran en la práctica real de la coordinación. Reconocen que la presión asistencial es una barrera importante para el estamento médico pero también encuentran otras explicaciones. Por una parte, menor disponibilidad para el trabajo en equipo y, por otra, poca sensibilidad e interés hacia la dimensión social de la salud, a la que colocan en un lugar secundario en sus responsabilidades.

Yo creo que los médicos no tienen en general conciencia de trabajo en equipo, yo en mi caso se implica, pero yo creo que los médicos no tienen esa conciencia de lo que es el trabajo en equipo, de que tienen que colaborar, de que hay que transmitir información de unos a otros, de tener una visión global de muchas situaciones o de algún caso (G2).

Los médicos cuando les convocas a otra reunión dicen: “¿Otra?” Ellos no le ven utilidad como nosotras (G1).

Siempre hay excepciones porque ellos tienen mucho trabajo y claro, vamos a pedir información y en algún momento les molesta, al final se colabora, pero vamos que no es un camino de rosas (G1).

Otras experiencias van más allá y señalan realidades en las que el equipo de coordinación sociosanitaria sin que participe en él ningún profesional de medicina.

El médico no ha asistido a ninguna reunión, eso lo tengo que decir... en mi Centro no, y en el equipo de coordinación de base no hay nadie, y en este proyecto tampoco, no hay ningún médico implicado (E4).

Sin embargo, también han reflejado algunas experiencias en las que estos problemas se han ido resolviendo. Advierten que depende mucho de las sensibilidades y actitudes particulares de cada profesional.

El equipo mío ha funcionado muy bien, el médico y la enfermera han colaborado chapo, hemos tenido algún problema de algún miembro del equipo de atención primaria, que no quería dar datos, pero eso se ha solucionado (G1).

Yo no he tenido ningún problema con nadie en los casos que he tenido, no sé si en algún otro caso distinto con algún médico diferente, no sé... (G1).

En este sentido, los y las trabajadoras sociales de los CEAS han reconocido la labor aglutinadora y mediadora de las trabajadoras sociales de los Centros de Salud para que el personal sanitario participara.

Desde que he llegado nos hemos reunido puntualmente, muy pocas veces, y ha habido una persona del centro de salud, la trabajadora social, y ha estado reuniéndonos a todos, detrás de todos, juntándonos, pero a esas reuniones no han ido todos, aunque cuando hay un caso puntual

nos hemos reunidos, pero a nivel de involucrarse no todos se involucran igual, y hemos tenido algunos problemillas en plan de involucrarse los médicos (G2).

El tiempo para las reuniones

Una de las barreras observadas y expresadas tiene que ver con el escaso apoyo que tiene parte del personal sanitario para acudir a las reuniones del equipo de coordinación sociosanitaria. Se considera fundamental disponer de un tiempo concreto para estas actividades, que no esté interrumpido por la necesidad de realizar otras tareas. Este impedimento no se vive sólo como una traba material, sino que también les da medida del lugar y la posición que ocupan estos proyectos en algunos equipos y Áreas sanitarias.

- *Hay que reunirse todas las semanas, facilitar para que haya condiciones para poderse reunir y que el coordinador del centro de salud tiene que saber que este señor, o esta enfermera, o este trabajador social se reúne los viernes y entonces no tienen que ponerle citas.*
- *Pero para la enfermera y para el médico, el trabajador social tampoco tiene problema para reunirse, el que tiene siempre problemas para reunirse es el médico y la enfermera (G2).*

En nuestro caso los enfermeros siempre andan corre que te corre, entonces uno tiene extracciones, se lo cambia al otro para poder estar en la reunión, hoy vengo por la socio y mañana por las extracciones que me has cambiado, no, en ese sentido no lo tenemos fácil, el estar toda la mañana para nosotros es inviable (G1).

Valoran fundamental que las Direcciones de Medicina y Enfermería se impliquen y tomen parte en este problema. Cuando es así, se producen muchas menos dificultades por esta cuestión y consolida la importancia de estas acciones. De hecho algunos equipos no han encontrado obstáculos por este motivo.

Nosotros también nos reunimos en el Centro de Salud y, además, nos ha dicho la directora de enfermería, que podemos contar con la enfermera el día que queramos, hemos quedado una vez al mes los viernes, toda la mañana, que la libera y pone una sustituta para que haga sus labores, entonces la enfermera está con nosotros toda la mañana, empezamos a las nueve y terminamos a las dos, tenemos reuniones de toda la mañana (G1).

Respaldo institucional

Aunque las circunstancias son diversas, una barrera encontrada por algunos profesionales de Servicios Sociales para desplazarse a las reuniones en Valladolid, es que desde las instancias superiores han mostrado reticencias para autorizar su asistencia. En este sentido, ha habido un exceso de rigidez respecto a la formalidad de la convocatoria, o han puesto negativas para costear los gastos de desplazamiento.

- *Yo iba a decir que en mi caso nos encontramos con muchas barreras de los superiores para autorizarnos esto.*
- *Yo la verdad es que no me han puesto ningún problema.*
- *No hay ningún problema para asistir a nada que tenga que ver con la coordinación, siempre y cuando no suponga coste (G2).*

De forma anecdótica, uno de los médicos relataba la negativa, por parte de la Gerencia de Servicios Sociales, para que él aprovechara el coche oficial puesto para que se desplazaran las trabajadoras sociales de los CEAS a una reunión en Valladolid. Resulta paradójico cuando se trata de un proyecto en el que compartir y buscar los elementos comunes es esencial para el buen funcionamiento.

La comisión sociosanitaria es muy romántica la idea, pero es que una de las reuniones que teníamos que venir aquí, resulta que la trabajadora social de CEAS vino con su chofer de la Diputación y nosotros nos tuvimos que venir en mi coche..., quiero decir que aunque en teoría somos de una misma comisión y somos un grupo, pero a la hora de la verdad, porque la Trabajadora Social habló con los de la Diputación a ver si yo podía venir en el coche, y que no, que no, que yo era de otro organismo, que no podía, vamos, en el coche oficial (E1).

El territorio

Otro problema que dificulta la coordinación sociosanitaria, y que se refleja tanto en este proyecto como en otras actividades, tiene que ver con la falta de coincidencia entre el territorio correspondiente a los Servicios Sociales y el de Sanidad. Esta situación obliga a redoblar esfuerzos, ya que implica estar en diferentes equipos y aumenta el número de desplazamientos.

Al no cuadrar las Zonas de Salud y las de Servicios Sociales, es un problema, y entonces el equipo lo que hacemos es que cogemos la zona de salud que más pueblos tenga (G2).

- *Yo, en (pueblo), hay dos trabajadoras sociales en lo que es municipio, y una en el de los pueblos que corresponde, y entonces, según el paciente que sea yo me tengo que coordinar con la trabajadora que sea, y ahí tengo yo que coordinarme con una o con otra o con la otra, con lo cual yo tengo un poco de lío.*
- *Es que las zonas de Salud con las zonas de Servicios Sociales no corresponden.*
- *Yo tengo, y repito, que coordinarme con tres Coordinadora Sociales de CEAS diferentes para un mismo pueblo (G1).*

En este sentido se ha planteado la necesidad de homogeneizar las zonas básicas como forma de facilitar las acciones de coordinación sociosanitaria.

Es una distribución horrorosa, y que no corresponden las zonas sociales con las de sanidad, lo lógico serían que se unificaran, sería lo ideal, porque para coordinarte te relacionarías con alguien que lleva el mismo paciente que tú (E3).

Otros condicionantes

Otros equipos han tenido dificultades por circunstancias concretas, como puede ser el haberse incorporado tardíamente al estudio. En esta situación han trabajado con una mayor presión y prisa si querían tomar el ritmo del resto de los grupos implicados.

Nosotros al incorporarnos al proyecto muy tarde, tuvimos que recopilar los datos para Diciembre del 2008, pues rápidamente, claro (...) la forma de trabajar nuestra era ir caso por caso para ir a conocerlos, no daba mucho tiempo, precisaba desplazamientos a los domicilios, y eso se hizo muy a matacaballo(G1).

Esta misma circunstancia se ha producido a nivel individual, cuando alguna profesional, tal y como se describe a continuación, se ha incorporado más tarde al estudio en sustitución de otra persona. En este caso, no se ha contado con la suficiente información para conocer e introducirse en la tarea, lo cual ha dificultado su integración.

Me pusieron allí las carpetas, pero no tengo todo lo que es todo el mecanismo, he visto a través de los impresos cómo se debe de seguir y eso, no me lo ha enseñado nadie, y eso es verdad (E2).

MOTIVACIONES Y ELEMENTOS GRATIFICANTES

La principal motivación para involucrarse y participar en un proyecto como éste se relaciona con la necesidad de aprender y renovarse. Consideran que se convierte en un estímulo que les permite salir de la rutina y construir otra mirada sobre su trabajo.

Todo lo que supone de aprendizaje, ¿no?, y eso que yo he sido la última que me he enganchado es que es lo que dicen las compañeras, que todas estas cosas supone un aprendizaje a nivel profesional y personal, conocer a tus compañeras que siempre te van a aportar otras cosas y otra percepción de sus realidades, desde otro punto de vista, y eso a mí me parece enriquecedor (G1).

Yo directamente ha sido un trabajo bonito, he disfrutado porque han sido dos perspectiva de trabajar distintas. Y lo decía la niña de CEAS que es un encanto (G1.)

Saben que los imperativos, requerimientos y presiones del día a día ponen trabas a la posibilidad de investigar, detenerse y reflexionar sobre su labor.

Llevamos muchos años trabajando y porque a veces necesitas un estímulo, porque te acostumbras a hacer siempre tus cosas y te quedas ahí (E3).

La mayor parte de la experiencia o del análisis que podamos tener sobre lo que estamos haciendo se muere con nosotros ahora, porque como no lo ponemos por escrito, sea porque no podamos o por lo que sea y es que si tú a tu jefe le dices: "Esta tarde lo voy a dedicar a pensar". Y te dice: "Vamos" (G2).

Apenas reflexiono y dejo esas reflexiones por escrito, entonces me da mucha rabia, creo que parte de ese conocimiento, esas experiencias que voy teniendo me las llevo conmigo, y punto, y en ese sentido colaborar en la experiencia te ofrece la posibilidad de aportar algo ahí. En ese sentido me parece muy útil, vamos a mí particularmente (G2).

Algunos profesionales reconocen su claro interés por las actividades de investigación; interés que han ido desarrollando a lo largo de su carrera.

A mí siempre me ha gustado la clínica, pero complementada con la investigación y la docencia, entonces ésta es una oportunidad de tener una investigación (E1).

Para otras es una actividad nueva, en la que participan por vez primera.

Tenía interés y me importaba conocer otras cosas (E3).

Otros aspectos positivos se refieren al gusto por compartir, conocer a otros profesionales, desempeñar su labor en compañía y en un clima de complicidad.

Yo sí he disfrutado porque yo normalmente voy sola, a no ser que lleve una alumna, pero si no, voy sola a las visitas y hacer 20 visitas programadas y alguna mas que hemos hecho la compañera de CEAS y yo, claro, si tienes buen rollo porque si no tienes buen rollo (G1).

Es gratificante, aparte de que yo también tengo muy buena relación. Me coinciden tres diferentes, pero muy bien con las tres y también hacemos un huequito para la cañita (G1).

Se valoran los aprendizajes adquiridos a lo largo de esta nueva experiencia. Conocer otros aspectos de la realidad, descubrir nuevos recursos, dinámicas y metodologías de trabajo es un aliciente, sobre todo cuando pueden aplicar y extender lo aprendido a otras áreas de su labor.

Yo soy consciente de que me he dado cuenta de que había cosas que yo no conocía y ahora sé que existen como un recurso (E4).

Me ha recompensado como formación personal, como concienciación profesional, yo creo que mi formación ha mejorado y se ha complementado (E1).

Y se ha expresado el deseo y la expectativa de continuar participando en actividades de investigación.

A mí si me gustaría hacer un trabajo de investigación donde pusiéramos entredicho si trabajamos bien o no, porque a lo mejor me esta dando la percepción de que estamos haciendo mucho y a lo mejor no es nada, es decir, que evaluar el trabajo me encantaría poderlo saber hacer, aunque fueran dos cositas sencillas (E4).

¿Y AHORA?

Y finalmente, han destacado que la principal motivación estriba en la aplicabilidad práctica que pueda tener el proyecto para mejorar la calidad de vida de la población y la atención que desde los servicios públicos se le presta.

Que salieran conclusiones al final y que pudiéramos decir: Mira, a través de tanta investigación, tanto tal, y tanto cual, y tanto trabajo de todos, hemos conseguido que se instalen tantas plazas socio-sanitarias en todas las provincias de Castilla León (G1).

Finalmente, en los grupos y en las entrevistas se ha expresado el deseo y la necesidad de que se elaboren conclusiones que tengan fuerza movilizadora para hacer cambios y crear recursos adecuados a las necesidades, muchas veces complejas, de la población.

Que salieran conclusiones al final y que pudiéramos decir: mira, a través de tanta investigación, tanto tal, y tanto cual, y tanto trabajo de todos, hemos conseguido que se instalen tantas plazas socio-sanitarias en todas las provincias de Castilla León (G1).

Yo creo que las mayores dificultades que gestionen mas o menos rápidos las problemáticas y las necesidades que hay, esa es la mayor preocupación que puedo ver en estos temas (E2).

Al hilo de esta propuesta, opinan que sería enriquecedor poder realizar un seguimiento y evaluación de la situación y evolución de la población incluida en el proyecto. Si se han detectado necesidades, sería adecuado valorar que atención reciben éstas.

Mi pregunta es si realmente es efectivo a efecto de quién valore este proyecto, ¿esto pueda llegar a que se haga un seguimiento de todos estos casos y un seguimiento del cuidador principal? (G1).

No sé si la prestación es la adecuada, pero ya está dada y es lo que nos hemos encontrado aquí, estamos hablando de 6 personas, tenemos 60 casos más o menos, y la mayoría pensamos que no están bien atendidas y lo que queremos que nos cuenten es: ¿Qué se va a hacer? A mí es lo que me gustaría saber (G1).

También se ha sugerido la necesidad de que las actividades de coordinación tengan otra prioridad y valoración dentro de las distintas Administraciones comprometidas, ya que en caso contrario va ser difícil que se prestigien y se normalicen como una responsabilidad más. Además sería fundamental contar con un marco normativo que las regule.

Mientras la actividad de la coordinación socio-sanitaria no esté puntuada para las prestaciones, no sirve para nada, ¡joj!, como forma yo no digo que no sea bueno, pero si no está puntuada, eso no funciona en las Administraciones, pasa de largo (G2).

La ilusión nuestra sustituye a la falta de legislación, por así decirlo, porque las comisiones éstas no están nada claro, yo llevo trabajando desde que salió, hace 6 o 7 años, ya no me acuerdo (E1).

4. CONCLUSIONES

- Respecto a los aspectos más positivos del estudio, consideran que después de participar en éste tienen un mayor conocimiento sobre la situación y las necesidades, tanto de las personas en situación de gran dependencia como de las personas cuidadoras. Sobre estas últimas se ha ampliado su perspectiva, ya que hasta el momento su atención se fijaba primordialmente en la población dependiente.
- En general, opinan que el trabajo conjunto entre AP y los CEAS es una experiencia positiva. Compartir información y coordinarse es gratificante, y contribuye a ensanchar sus saberes y criterios sobre la realidad en la que trabajan. Para las trabajadoras sociales de ambas instituciones ha sido una experiencia grata, y aunque explican que previamente la comunicación ya era fluida, esperan que después de realizar este proyecto pueda ser mejor.
- Los y las profesionales valoran el impacto positivo que esta experiencia ha podido tener en el Equipo de Coordinación de Base. Piensan que las relaciones

se han podido intensificar. Compartir tiempos, espacios y objetivos de una manera regular y sistemática ha sido positivo.

- Participar en un proyecto de investigación les ha resultado una experiencia estimulante. Han manifestado una opinión positiva sobre la información facilitada y el acompañamiento a lo largo del estudio por la profesional responsable en la Consejería. Sin embargo, también ha supuesto una sobrecarga y han tenido que realizar cambios en su agenda para poder compaginar las diferentes responsabilidades.
- Opinan que el estudio hubiera resultado más útil incluyendo una población más amplia, en las que el grado de dependencia no fuera tan elevado y/o no tuvieran una prestación ya concedida y determinada. Consideran que estas situaciones limitaban su capacidad de acción.
- Una de las barreras observadas se refiere al escaso interés que parte del personal sanitario -especialmente el colectivo médico- muestra hacia este tipo de acciones. Los y las participantes en el estudio han tenido en ocasiones problemas para que, desde este estamento, se les facilitara la información relativa a cada uno de los casos incluidos en el estudio.
- Además, se expresan dudas acerca de la aplicabilidad práctica del proyecto, de su repercusión sobre el futuro de la coordinación sociosanitaria y de las posibilidades reales de mejorar la calidad de vida de la población usuaria. En este sentido, demandan tener retroalimentación sobre los resultados del estudio.
- Desde su perspectiva, uno de los principales obstáculos percibidos para la coordinación sociosanitaria reside en que ni el sector salud ni los servicios sociales valoran esta labor como prioritaria. Este tipo de tareas acaba ocupando posiciones periféricas, con lo cual la responsabilidad se deposita sobre las personas más comprometidas e involucradas. Este aspecto dificulta su acción mantenida en el tiempo. Se necesita un mayor respaldo institucional que proporcione sostén y refuerce la importancia de los Equipos de Coordinación de Base.
- Otra de las principales barreras estriba en el aumento de tareas burocráticas que ha implicado la participación en el proyecto. En especial, el grupo de trabajadoras y trabajadores sociales lo considera una traba por la alta carga administrativa que contiene su trabajo. La Guía de gestión compartida de caos se considera un instrumento demasiado extenso y redundante. Para facilitar este tipo de propuestas se estima necesario contar con instrumentos más sencillos y ágiles.