



**CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS
ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA**
Laura Otero Garcia

Dipòsit Legal: T. 277-2012

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso al contenido de esta tesis doctoral y su utilización ha de respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para la consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otras utilizaciones se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos habrá que indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con finalidades de lucro ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDX. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDX (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto a los contenidos de la tesis como a sus resúmenes o índices.

Laura Otero García

**CAMPOS DE SOLEDAD.
ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE
SEGOVIA**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. Josep M. Comelles y la Dra. María Belén Sanz Barbero

**Departament
d'Antropologia, Filosofia i Treball Social**



Tarragona 2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012



Josep M. Comelles, Profesor Titular del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universidad Rovira i Virgili.

María Belén Sanz Barbero, Científica Titular de los Organismos Públicos de Investigación. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo, titulado “Campos de soledad. Atención primaria y procesos asistenciales en pueblos de Segovia”, que presenta Laura Otero García para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de esta Universidad y que cumple los requisitos para poder optar a la Mención Europea.

Tarragona, 21 de diciembre de 2011

Josep M. Comelles

María Belén Sanz Barbero

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

AGRADECIMIENTOS

Esta etnografía ha sido desarrollada en el marco del proyecto de investigación “Accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios en el medio rural y urbano. Estudio de variables relacionadas con el área geográfica de residencia” (PI 080306 SEPY 1366/08), financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias. La Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III) es la institución que sustenta el desarrollo de dicho proyecto. Esta investigación, cuyo contexto de estudio ha sido la Comunidad Autónoma de Castilla y León (España), ha estado caracterizada por su multidisciplinariedad. La presente tesis doctoral es uno de los frutos de este abordaje. Quiero agradecer tanto a la entidad financiadora como a la institución para la que actualmente trabajo el haber podido llevar a término este estudio.

A mis admirados y queridos directores de tesis, Josep M. Comelles y Belén Sanz-Barbero, Belén y Commie, agradecer su capacidad de trabajo, rigor y amistad. Para mi fue fundamental que ellos me pensarán capaz de realizar una tesis doctoral cuando yo no me creí capaz.

Junto con Teresa Blasco (Beca Intramural del Instituto de Salud Carlos III-Centro Nacional de Medicina Tropical) comencé a hacer mis primeros trabajos de campo y análisis de datos. Mi agradecimiento a esta joven doctora por compartir sus conocimientos conmigo, así como a la dirección y a mis compañeros del CNMtrop, en especial a Estefanía Custodio.

A través de las ayudas de formación del Instituto de Salud Carlos III realicé estancias en la *Umeå International School of Public Health (Umeå University)*, donde reforcé formación gracias a los excelentes docentes e investigadores que la componen. A ellos, compañeros y amigos, muchas gracias, *tack så mycket*.

Una ayuda recibida de la Obra Social de Caja Segovia posibilitó mi primera aproximación al campo, teniendo la oportunidad de mantener mis primeros

contactos con algunos de los que serían mis porteros de campo, a quienes agradezco su ayuda desinteresada.

Antes de acceder al campo realicé el pilotaje de entrevistas con amigos y vecinos de mi pueblo, Abades, a quienes agradezco el tiempo que me dedicaron. En cuanto al trabajo en el terreno, mi más sincero agradecimiento a las mujeres y hombres que han hecho posible esta etnografía. A los profesionales sanitarios que compartieron su tiempo y experiencias conmigo, y a la gente de los pueblos quienes me abrieron su casa y me regalaron sus relatos. Todos ellos me han acompañado durante el tiempo que he dedicado a escribir esta etnografía.

En la andadura que supone redactar una tesis agradezco la ayuda prestada por *investigadores senior* como Susan Di Giacomo, Francisco Ferrándiz, Enrique Perdiguero, Juan José Prat, Pedro Tomé, quienes dieron respuesta a “aquella duda concreta” que no me permitía continuar, así como a Laia Bailó, Paz Galán (*in memoriam*), Patricia Núñez y Laia Ventura sus *feed-backs* bibliográficos a través del *e-mail*. REDAM ha sido una plataforma de ayuda constata en este sentido también. Y, finalmente, agradecer los consejos y comentarios de Maribel Blázquez, Juan Carlos García, Paloma Massó, Arantza Meñaca y María Eugenia Prieto durante la redacción de la tesis.

En el plano personal agradecer a mi madre, Reme, y a mi padre, Javier, el pensar que la mejor herencia que podían dejarme es una buena formación. A mi hermana Miriam su cariño. A Carmen, Paco, Beatriz y Alberto su afecto. A mis amigas y amigos, los que están cerca y los que están lejos, sus ánimos. Y finalmente, dar las gracias a Nacho que ha vivido este proceso con sus altibajos como suyo propio. Esto no podía ser de otra manera ya que desde hace tiempo compartimos nuestras vidas.

Esta tesis doctoral escrita entre Abades, Segovia, Madrid, Tarragona y Umeå es fruto de una *educación pública y de calidad* que comenzó en un aula rural.

RESUMEN

Vivimos inmersos en un mundo global donde cada vez un mayor número de personas vive en las grandes urbes. Esta realidad demográfica co-existe con la vida en los grandes territorios con una baja densidad poblacional, que cuentan con menos servicios que las ciudades. Estos lugares se definen como rurales.

La población de la Unión Europea constituye el 6,5% de la población mundial. Más del 20% de los europeos vive en comunidades de menos de 2.000 habitantes. A pesar de ello muy poco se conoce acerca de sus necesidades sanitarias.

Segovia, una de las nueve provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (España), la región con mayor extensión y menor densidad de población de Europa, cumple las condiciones de ser un paisaje rural. El objeto de estudio de esta investigación es describir la atención médica profesional presente en el medio rural así como los procesos asistenciales de la población adulta que reside en pueblos de esta provincia. El modelo teórico en el que se enmarca esta investigación es el "Sistema de atención a la salud en las sociedades actuales." desarrollado por Haro (2000).

La metodología utilizada es una etnografía multisituada que tiene como escenarios pueblos de la provincia de Segovia y como actores sociales a las personas que los habitan y a los profesionales sanitarios que desarrollan en ellos su labor asistencial.

Esta tesis doctoral se estructura ocho capítulos y un apartado dedicado a las conclusiones. En el capítulo primero se desarrolla el marco teórico. Se exponen los postulados teóricos del trabajo, presentando las categorías conceptuales utilizadas. En el segundo se desarrolla el marco etnográfico. Nos introducimos en la provincia de Segovia describiendo el panorama demográfico y socioeconómico de la zona de estudio. Este capítulo incluye además la organización sanitaria. El tercero contiene el marco metodológico, donde se describe el diseño de la investigación. El cuarto consta de la información relacionada con la actividad del personal médico y de enfermería de primaria que presta asistencia en los consultorios locales. El capítulo quinto trata sobre las urgencias de atención primaria rural y el sexto sobre las consultas de las matronas rurales. El séptimo está dedicado a la unidad de cuidados paliativos. El octavo capítulo está conformado por estudios de caso donde se profundiza en relación al autocuidado y la autoatención, apareciendo las redes domésticas y familiares, y los procesos de decisiones en relación a los procesos asistenciales. El noveno apartado lo conforman las conclusiones, a modo de reflexión final.

Los principales hallazgos de esta investigación son la importancia del *autocuidado* y la *autoatención* para el mantenimiento de la salud y la atención a la enfermedad. Cómo el *cuidado lego* es sustentado mayoritariamente por las mujeres, agudizándose esta situación por la falta de recursos asistenciales en el medio rural. Por otro lado, cómo el acceso y la utilización de la *atención médica profesional* están condicionados por las distancias. Es así como las poblaciones que viven en el contexto rural de este estudio, además de sustentar desigualdades como las de género sufren desigualdades de tipo geográfico. Es por ello fundamental adaptar los servicios sanitarios y sociales a las realidades de estas áreas rurales que cuenta con una población dispersa y envejecida.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

SUMMARY

We live in a global world where there is an increasing trend for more people to live in big cities. This demographic reality means life in large spread out territories coexists with a low population density, with fewer services than in the cities. These places are defined as rural.

The population in the European Union corresponds to approximately 6.5% of the world population. More than 20% of Europeans live in communities of less than 2.000 inhabitants. Despite this, there is very little knowledge about what health needs of this population are.

Segovia, one of the nine provinces of the Autonomous Community of Castilla y León (Spain) and the region with the greatest area and smallest population density, meets the conditions which define a rural setting. The objective of this research study is to describe the professional medical attention present in the rural setting as well as the healthcare processes of the adult population residing in villages of this province. The theoretical model of this research is in line with the "Sistema de atención a la salud en las sociedades actuales" (*System of healthcare attention in current societies*) developed by Haro (2000).

The methodology used is a multi-situated ethnography taking the villages of the province of Segovia as its setting, and the people who live there together with the health professionals who carry out their healthcare assistance tasks as the social actors.

This doctoral thesis is divided into eight chapters and an additional section for the conclusions. The first chapter puts forward the theoretical framework. The theoretical postulates of the work are described, and the conceptual categories used are presented. In the second chapter, the ethnographic framework is delineated. We introduce ourselves into the province of Segovia, describing the demographic and social-economic scene of the area under study. This chapter also includes the organization of the healthcare system. The third chapter contains the methodological framework, where the design of the research study is described. The fourth one has all the information on the activities of the medical and nursing personnel provided in the local surgeries. The fifth chapter is on the emergencies in rural primary care and the sixth is on the consultations provided by rural matrons. The seventh chapter is devoted to the palliative care unit. The eighth is made up of case studies. Here, there is a more in depth study into self-care and self-attention, which is where the domestic and family networks appear, and the decision-making process regarding healthcare processes is discussed. The final section, as a final reflection, is made up of the conclusions.

The main findings of this research are the importance of *self-care* and *self-attention* in maintaining health and caring for an illness; the fact that *lay care* is mainly provided by women, and this situation becomes heightened by the lack of healthcare resources in the rural setting. On the other hand, the access and use of *professional medical care* is determined by distances. Thus, the population living in the rural setting of this study, in addition to bearing inequalities such as those related to gender, also suffer geographic inequalities. This is why it is essential to adapt social and health services to the realities of these rural areas that have a scattered and ageing population.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
<i>El objeto de estudio y los objetivos de la investigación</i>	3
<i>Escribir una etnografía</i>	4
PRIMERA PARTE	7
1. LA TEORÍA	9
1.1. <i>Lo rural</i>	9
1.1.1. <i>Las condiciones de vida</i>	13
1.2. <i>Una anthropology at home</i>	16
1.3. <i>El sistema de la atención a la salud en las sociedades actuales</i>	19
1.3.1. <i>Autoatención, autocuidado y automedicación</i>	20
1.3.2. <i>Los procesos asistenciales</i>	23
1.4. <i>La atención médica profesional rural</i>	24
2. EL CONTEXTO ETNOGRÁFICO	28
2.1. <i>Contexto demográfico y situación socio-económica</i>	29
2.2. <i>Morbi-mortalidad en Segovia</i>	32
2.3. <i>La ordenación sanitaria autonómica</i>	34
3. LA METODOLOGÍA	43
3.1. <i>El diseño</i>	43
3.1.1. <i>Los escenarios o arenas sociales</i>	44
3.1.2. <i>Los actores sociales</i>	46
3.2. <i>El trabajo de campo</i>	48
3.2.1. <i>Acceso al campo etnográfico</i>	48
3.3. <i>Técnicas cualitativas de recogida de datos y estrategias metodológicas</i>	50
3.3.1. <i>La observación</i>	50
3.3.2. <i>Las entrevistas</i>	51
3.3.3. <i>Notas de campo</i>	56
3.3.4. <i>Estudios de caso</i>	57
3.4. <i>El análisis de los datos</i>	60
3.4.1. <i>El soporte informático en la gestión de la información.</i>	62
3.5. <i>Criterios éticos</i>	62

SEGUNDA PARTE	65
4. LOS CONSULTORIOS LOCALES	69
4.1. <i>Las consultas en el consultorio local</i>	75
4.1.1. La organización de las consultas	80
4.1.2. La demanda	81
4.1.3. El papel social de las consultas	85
4.1.4. Hombres, mujeres, género.	92
4.1.5. La consulta en el consultorio <i>versus</i> la consulta en el centro de salud.....	95
4.2. <i>Las visitas domiciliarias</i>	96
4.3. <i>Las urgencias de la mañana</i>	100
4.4. <i>Las derivaciones desde primaria al especialista</i>	102
4.5. <i>Desplazados y veraneantes</i>	106
5. LAS URGENCIAS DE PRIMARIA	111
5.1. <i>Las derivaciones del PAC al hospital</i>	121
5.2. <i>Cuando se requiere al 112</i>	122
5.3. <i>El antes y el ahora de las urgencias urgentes</i>	124
6. LAS CONSULTAS DE LAS MATRONAS RURALES	129
6.1. <i>La planificación familiar</i>	131
6.2. <i>La atención en el embarazo y el puerperio</i>	135
6.3. <i>La prevención del cáncer de cérvix</i>	143
6.4. <i>Maridos, parejas y matronas</i>	148
7. LOS CUIDADOS PALIATIVOS	149
8. ESTUDIOS DE CASO	165
8.1. <i>Roberto</i>	167
8.2. <i>Rosario</i>	172
8.3. <i>Pedro</i>	178
8.4. <i>Juana y Eugenio</i>	192
8.5. <i>Antonina</i>	212
8.6. <i>Nicasia</i>	219
9a. CONCLUSIONES	227
9b. CONCLUSIONS	235
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243
ANEXOS	255

*[...]caminante, no hay camino
se hace camino al andar [...]*

(Antonio Machado, poeta)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

INTRODUCCIÓN

El trabajo que usted tiene en sus manos es una etnografía sobre la atención primaria y los procesos asistenciales en zonas rurales de la provincia de Segovia (Castilla y León-España) desarrollada en el marco del proyecto “Accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios en el medio rural y urbano. Estudio de variables relacionadas con el área geográfica de residencia” (PI 080306) financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias.

A lo largo del desarrollo de esta tesis doctoral he ido justificando el porqué del marco donde se desarrolla esta etnografía, la metodología, los escenarios tenidos en cuenta, cuales fueron los actores sociales con los que se mantuvo contacto, *justificar*. Cuando me dispongo a presentarla ante quienes, como usted, han tenido a bien leerla, he de explicar por qué decido hacer esta investigación, por qué decido elegir este objeto de estudio.

Los investigadores, más aún los investigadores sociales, se aproximan a objetos de estudio que les sugieren algo, que les generan curiosidad, que les inquietan, que de alguna manera *les o nos llegan*. Estos objetos son pues próximos al *yo*. En este caso la proximidad al objeto de estudio está vinculada a mi origen, al lugar donde fui criada, un pueblo segoviano. Desde que tengo uso de razón, viví mi infancia, adolescencia y parte de mi juventud en un pueblo, inmersa en su ambiente, en su organización social y costumbres. Mientras crecía una serie de inquietudes crecían conmigo. Fui observando y comparando, intentando entender determinadas situaciones y fenómenos naturalizados y normalizados. Parte de mis inquietudes radican en el desconocimiento que de estos ámbitos se tiene. De la lejanía con la que a veces se los mira. En estos lugares se desarrollan las vidas de personas menos visibles a los ojos de gestores, instituciones, preocupaciones capitales y centralizadas. En ocasiones son modos de vida pensados como de otro momento, desfasados, menospreciados.

De mi formación en el campo de *la salud y lo social* fueron surgiendo cuestiones más concretas. Cómo es la vida cotidiana de estas gentes y estos lugares. Cómo ésta se ve condicionada por las situaciones de salud-enfermedad.

Fue así como mi objeto de estudio vino de la mano de mi formación enfermera y posteriormente antropológica. El Instituto de Salud Carlos III, en la Universitat Rovira i Virgili y en la Red Española de Antropología Médica (REDAM) han constituido el caldo de cultivo para desarrollar esta tesis doctoral. Mi inquietud entre las *aparentes* dicotomías global/local, macro/ micro, emic/etic, salud/enfermedad, por la vida cotidiana, y la disciplina en la que me sumerjo, Antropología Médica, que según autores como Kleinman (1995) bebe de la Antropología y la Salud Pública, me llevan a elegir estudiar los procesos asistenciales en el ámbito rural de la provincia de Segovia. Puede que sea más consciente de éstos porque son la gente de mi entorno más próximo, la gente del pueblo en el que he vivido, y donde reside mi familia, me identifican como alguien a quien acudir para preguntar dudas sobre medicamentos nuevos que les han recetado, para realizar alguna cura, para que les explique lo que pone en los informes médicos, o para ayudar en momentos críticos en los que los minutos que pudiera tardar la ambulancia se hacen eternos. Me doy cuenta de lo que por un lado han de asumir todas las personas en relación a su salud, aún no estando muchas veces preparadas para elegir, en lo que se delega en la red doméstico-familiar, en las redes informales, y por otro lado, en las demandas de la población, a veces solicitando un sistema sanitario más paternalista, otras, el poder tener más poder de decisión y actuación.

Estas *aparentes* dicotomías y muchas otras que se encontrarán en el trabajo, diferentes ámbitos de estudio, diferentes actores, han hecho este trabajo más complejo desde el punto de vista metodológico para abordar de mejor manera el objeto de estudio, el cual paso a describir a continuación.

EL OBJETO DE ESTUDIO Y LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

“Un objeto de investigación es un fenómeno visto desde un ángulo teórico específico.”
(Hammersley & Atkinson, 1994: 57)

Vivimos inmersos en un mundo global, donde las ciudades cobran cada vez más importancia a todos los niveles (político, económico, social y cultural). Cada vez un mayor número de personas vive en grandes urbes. Esta realidad demográfica co-existe con la vida en los grandes territorios con baja densidad poblacional y que cuentan con menos servicios que las ciudades. Estos territorios suelen definirse como *rurales* (Pereira *et al.*,2004). La definición de lo *rural*, de *ámbito rural*, de *ruralidad* viene dada en su mayor grado cuando se habla de poblaciones dispersas, territorios de baja densidad geográfica y que además tienen una carencia de servicios en comparación de las ciudades. Estas características definirán en este trabajo lo que se nombre como rural.¹

La población de la Unión Europea comprende el 6,5% de la población mundial. Más del 20% de sus habitantes vive en comunidades de menos de 2.000 habitantes, el 40% de la superficie está clasificada como agrícola y más de un 30% corresponde a bosques. La emigración de los jóvenes está llevando a un mayor envejecimiento de la población rural. Actualmente poco se conoce acerca de las necesidades sanitarias de los habitantes del medio rural europeo. Segovia, una de las nueve provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, la región con mayor extensión y menor densidad de población de Europa, es reflejo de las realidades que acaecen en el medio rural, siendo el lugar elegido para desarrollar la etnografía que aquí se presenta. Todo objeto de estudio, además de estar definido por un lugar, se define por un tema, una población y una mirada. Mi objeto de estudio, objetivo general de esta investigación, ha sido describir la atención sanitaria en pueblos de Segovia

¹ Esta definición debería de ser revisada si nos referimos a países “no desarrollados”.

donde no hay centro de salud², así como procesos asistenciales de la población adulta que reside en estos pueblos desde una mirada etnográfica. Los objetivos específicos fueron:

- Describir cómo los profesionales sanitarios que trabajan en los consultorios locales de atención primaria rurales (médicos y enfermeras) perciben el acceso y la demanda que hace la población de la atención que ellos prestan en el ámbito rural.
- Conocer cómo los profesionales sanitarios que trabajan en los puntos de atención continuada (médicos y enfermeras) perciben el acceso y la demanda que hace la población de la atención que ellos prestan en el ámbito rural.
- Describir cómo las matronas rurales perciben el acceso y la demanda que hace la población de la atención que ellos prestan en las consultas de las matronas, ubicadas en los centros de salud rurales.
- Conocer las vivencias, dificultades y necesidades, de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y matronas de atención primaria, y unidad de cuidados paliativos) que trabajan en el medio rural relacionadas con su actividad laboral.
- Describir los procesos de autoatención en el ámbito doméstico y en relación a las redes sociales, de primer y segundo grado, en población adulta.
- Conocer cómo la población adulta que reside en los pueblos percibe el acceso a la atención sanitaria, especificando posibles dificultades y necesidades, así como en qué circunstancias se generan las demandas de atención.

ESCRIBIR UNA ETNOGRAFÍA

“Como todos los especialistas de las ciencias humanas, los antropólogos son autores y por lo tanto deben interrogarse sobre la lengua que emplean y sobre su escritura.”

(Augé, 2005:107)

² La pretensión de esta investigación no es la representatividad estadística, sino componer una cartografía más completa y compleja de los procesos asistenciales en un ámbito rural determinado.

“La redacción de una etnografía es una de las principales fases de la investigación” (Hamersley & Atkinson, 1994: 228). Sin embargo, una de las mayores dificultades que normalmente se encuentran para redactar una etnografía es reordenar la información y la experiencia como observadores participantes dentro de un relato lineal, ya que según comenta Augé (2007), la vida cotidiana que investigamos no se somete tan nítidamente a esta estructura lineal.

Es por ello que tomé la decisión de presentar la información relacionada con este trabajo de tal manera que se vaya de general a lo particular. La primera parte, una vez expuesto del objeto de estudio, está constituida por el marco teórico, el etnográfico y el marco metodológico. Posteriormente, en la segunda parte se da paso a los resultados en torno a los servicios sanitarios, primeramente ligados con atención primaria rural, encontrándonos a continuación con una serie de estudios de casos.

Así la tesis se estructura en dos partes, ocho capítulos y un apartado dedicado a las conclusiones. La primera parte contiene los capítulos uno, dos y tres. En el *capítulo primero* se desarrolla el marco teórico. Se exponen los postulados teóricos del trabajo, presentando las categorías conceptuales utilizadas. En el *segundo* se desarrolla el marco etnográfico. Nos introducimos en la provincia de Segovia describiendo el panorama demográfico y socioeconómico de la zona de estudio. Este capítulo incluye además la ordenación sanitaria, centrándonos en atención primaria. El *tercero* contiene el marco metodológico, donde se describirá el diseño de la investigación en el marco de la investigación cualitativa. La segunda parte comprende del capítulo cuarto al octavo, exponiéndose en ella los resultados de este trabajo. El *cuarto* consta de la información relacionada con la actividad del personal médico y de enfermería de primaria que presta asistencia en los consultorios locales. El *capítulo quinto* habla sobre las urgencias de atención primaria rural y el *sexto* sobre las consultas de las matronas rurales. El *séptimo* está dedicado a la unidad de

cuidados paliativos de Segovia. El *octavo* capítulo está conformado por estudios de caso donde se profundiza en relación al autocuidado y la autoatención, apareciendo las redes domésticas y familiares, y los procesos de decisiones en relación a los procesos asistenciales. Por último, el *noveno apartado* lo conforman las conclusiones, a modo de reflexión final. A continuación doy paso a la primera parte de esta etnografía.

Primera parte

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

1. LA TEORÍA

Este capítulo está dedicado al contexto teórico del presente trabajo. En la primera parte del mismo se desarrolla la conceptualización de *lo rural*, cerrándose esta sección con un apartado dedicado a la atención de la salud/enfermedad en este medio. En segundo lugar se expone como este trabajo se enmarca en la *Anthropology at home*, siendo el contexto donde se desarrolla la sociedad de origen de la investigadora, mi sociedad de origen. Dentro de este apartado se desarrollará un espacio dedicado a la *Medical Anthropology at home*. El capítulo finaliza con la descripción del modelo teórico en el que se basa el desarrollo de este estudio.

1.1. LO RURAL

“An immediate but historical problem is to define the rural.”
(Cherry, 2005:21)

Una de las primeras dudas teóricas que emergió cuando empecé a diseñar este estudio fue *cómo definir lo rural*. Históricamente lo rural ha sido definido como opuesto a lo urbano. Actualmente la dicotomía *rural/urbano* es cuestionada frente al *continuum rural-urbano*. El supuesto convencional que sostiene que es posible identificar criterios simples que permitan distinguir con nitidez lo urbano de lo rural, se encuentra sometido hoy a un proceso de profundo cuestionamiento y revisión. En su lugar se han sugerido formas alternativas para clasificar qué es urbano y qué rural que sintetizan datos económicos, geográficos, demográficos y sociales, entre otros. Ejemplo de ello son los índices de ruralidad (Ocaña-Riola & Sánchez-Cantalejo, 2005), que constituyen referencias aproximadas y útiles para la investigación empírica, si bien su aplicación operacional no debe confundirse con una presunta legitimidad conceptual.

Existen también definiciones utilizadas por organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico que califica como rurales a los municipios de menos de 150 hab./km² (OCDE, 1994). En España está la utilizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el Censo de

Población y Vivienda³ que considera espacio rural todas aquellas entidades de población con menos de 2.000 habitantes⁴, o la del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA), que considera rurales los núcleos con menos de 10.000 habitantes.

Existen por tanto diferentes vertientes que tradicionalmente han alimentado algunas de las definiciones más comunes. Una de ellas tiene su origen en las metodologías convencionalmente empleadas para diferenciar lo rural de lo urbano, las cuales han impuesto criterios de índole demográfica (densidad poblacional) o/y de índole económica (actividad económica predominante) principalmente, para fundamentar una definición del medio rural.

Asumiendo estas definiciones, describir qué podemos entender hoy por *rural* supone abordar una tarea multidimensional que tiene como objetivo definir y caracterizar una serie de lugares, cada uno de los cuales cuenta con sus propias peculiaridades.

El concepto *rural* ha tenido durante siglos pasados cierta estabilidad, si bien la globalización está modificando su contenido, su entidad. La progresiva industrialización y la mejora de medios y vías de comunicación han generado un espacio común más amplio para los ámbitos rural y urbano, disminuyéndo su aislamiento social y cultural en el contexto europeo.

En el Estado Español, éxodo y desagrarización son dos características fundamentales y definitorias de los cambios de este medio. Ya en siglos pasados la emigración caracterizó el hábitat rural debido a que la mayor parte de los emigrantes transatlánticos pertenecían a él. A finales del siglo XIX y comienzos del XX la industrialización desencadenó migraciones masivas de los pueblos a las ciudades. La Guerra Civil Española (1936-1939) detuvo este proceso con una

³ Para más información sobre el Censo de Población y Vivienda consultar <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe242&file=inebase>

⁴ Al mismo tiempo define como zonas intermedias aquellas que cuentan con cifras poblacionales de entre 2.000 y 10.000.

leve reagrarización, si bien, posteriormente, el bajo nivel de industrialización español cambió la dirección de la emigración, dirigiéndose ésta a las aglomeraciones metropolitanas europeas. Entre 1955 y 1965, en un nuevo proceso de industrialización español, las migraciones de los pueblos a las regiones industrializadas españolas alcanzaron su máxima intensidad. Devillard (1988:51) hablaba así de la despoblación de un pueblo castellano. “Después de 1960 –al igual que la mayor parte de las zonas rurales ibéricas- la población entró en una fase de envejecimiento que ha cambiado profundamente la situación local.” El éxodo de población desde los pueblos a las ciudades vino a potenciar además el envejecimiento poblacional en las comunidades rurales. Se ha de tener en cuenta además que la población emigrante, joven y activa, correspondía a una generación ya de por sí escasa (los nacidos en el periodo 1935-1940) lo que conllevó a agudizar los desequilibrios en la población rural, envejecida y con una fuerte merma de la capacidad de relevo generacional (Alonso, *et al.*, 1999).

A comienzos de la década de los ochenta hubo un crecimiento vegetativo negativo en los núcleos no urbanos. La industrialización y la internacionalización de los mercados agrarios llevaron a la desagrarización, que originó en algunas regiones rurales la especialización en la producción de productos concretos, y en otras, el abandono de la actividad y por tanto, el empobrecimiento. Por otro lado, el descenso de la actividad agraria fue contrarrestado por el aumento de su uso turístico y residencial, salvo en los lugares favorecidos por la industrialización donde la creciente demanda de servicios hizo que perdieran su condición rural convirtiéndose en *agrociudades*.⁵ Los nativos rurales buscaron entonces alternativas al empleo agrario, trabajando gran parte de ellos fuera de su municipio o bien, sobre todo en el

⁵ King & Strachan (1970:119) describieron la *agrociudad* como un “*meeting place* de las dos culturas”, la rural y la urbana.

caso de las mujeres, realizando trabajo en casa, siendo la explotación agraria un ingreso complementario a la actividad económica principal del hogar en estos casos.

En la actualidad puede decirse que el mundo rural se presenta como fragmentado y heterogéneo. La ruptura de la relación entre ruralidad y agricultura, la diversificación de actividades, y la sustitución de la concepción urbana de lo rural como *lugar de atraso por calidad de vida*, da lugar a fuertes contrastes.

Es por todo lo anterior que podemos afirmar que *rural* es un concepto dinámico. Su construcción es contextual, cambiando en función de si nos movemos hacia el norte, hacia el sur, hacia el este o hacia el oeste, variando si nos movemos a una u otra región, a un país u otro. Pero, además de las sencillas definiciones facilitadas y de la asunción de la heterogeneidad de este término, cabe preguntarse qué otras características tiene, más allá de las cifras numéricas de habitantes por kilómetro cuadrado. Lo que caracteriza a lo rural en esta investigación es la alta dispersión poblacional, que va a influir en la organización de servicios sanitarios⁶, las carencias de servicios, la distancia al hospital, ubicado en la ciudad, el envejecimiento poblacional y las

⁶ Los estudios sobre la ruralidad y salud ocupan un lugar importante en aquellos países donde este ámbito, ligado como está a la baja densidad de población, y a la alta dispersión poblacional, tiene un peso específico. Ejemplo de este tipo de países, que cuenten además con un sistema sanitario desarrollado son en el contexto europeo los países escandinavos, principalmente Suecia, Noruega, Finlandia, en el contexto americano Estados Unidos y Canadá, y un ejemplo extremo puede ser Australia (Strong, *et al.*1998). En estos países se dan iniciativas gubernamentales⁶, existen sociedades científicas que se ocupan de la salud rural como la *Canadian Rural Health Research Society* e incluso publicaciones específicas para este campo como puedan ser *The Journal of Rural Health* y *Rural and Remote Health*. Uno de los objetos de estudios más recurrentes está relacionado con la desigualdad de acceso y utilización de los servicios sanitarios teniendo en cuenta el lugar de residencia, rural o urbano, o bien grados de urbanismo o ruralidad. Se ha de tener en cuenta que tanto la ordenación territorial de estos países como su ordenación sanitaria distan de la realidad española, y en concreto también del contexto de este estudio. Si bien cabe decir que sí hay estudios recientes como los realizados por Borda *et al.* (2011) y Sanz-Barbero *et al.* (2011) cuyos objetos de estudio giran en torno al acceso y utilización de servicios sanitarios teniendo en cuenta la ruralidad en el contexto de Castilla y León.

características sociales, económicas y culturales.⁷ En este sentido, se desarrollan a continuación diferentes apartados, basados en los trabajos de Alonso *et al.* (1999) y Alonso (2000), en relación a las características del heterogéneo medio rural español, donde contrastan los pequeños y dispersos núcleos poblacionales con aquellos de mayor tamaño, muchas veces situados en el entorno de las grandes ciudades.

1.1.1. Las Condiciones de vida

Existen cada vez menos diferencias entre municipios rurales o pueblos y núcleos urbanos en cuanto a infraestructuras tales como agua potable, luz eléctrica, pavimentación, alcantarillado o comunicaciones (teléfono, carreteras). Si bien la situación comparada con tiempos pasados ha mejorado, aún pueden encontrarse diferencias y desigualdades. A continuación veremos algunas de las características del medio rural que conforman parte de la vida cotidiana de quienes ahí residen.

En cuanto a la integración de la actividad laboral y social en el entorno de los pueblos, se puede decir que tradicionalmente la población rural desarrolló casi toda su actividad laboral en los pueblos basándose en la economía agrícola y/o ganadera, pero también en otro tipo de trabajos que se desarrollaban en la propia casa. En la actualidad parte de la población de los pueblos ha de realizar su actividad productiva fuera del municipio donde vive. Este hecho está relacionado con que en los núcleos rurales más próximos a las ciudades está aumentando la población, mayoritariamente joven, que se traslada desde las urbes por un lado en busca de la teórica calidad de vida del medio rural y por otro lado debido a la una mayor accesibilidad económica a una vivienda. Si

⁷ Algunos de estos aspectos serán tratados en profundidad en el siguiente capítulo dedicado al marco teórico.

bien la actividad productiva de esta población está ubicada en las ciudades habitualmente.

Otro de los fenómenos característicos del actual paisaje rural en el conjunto de España es la gran proporción de segundas residencias en el medio rural español, salvo en el norte y noroeste donde el hábitat rural es el predominante, lo que ha venido produciendo un aumento de las poblaciones de los pueblos mayoritariamente en periodos estivales. Estos aumentos de población consecuentemente hacen que se produzca un fenómeno de *estacionalidad* poblacional que propicia un aumento de la demanda de atención sanitaria, entre otros tipos de demandas.

En cuanto al *espacio social rural* como una red de relaciones sociales caracterizada por unos rasgos particulares, como son una relación con el territorio y la naturaleza como fuente de recursos, la proximidad, dada por la convivencia en torno a un espacio común, una alta frecuencia de las interacciones e intercambios posibilitada por las relaciones de vecindad, una relativa estabilidad en el tiempo de lazos asociativos, la superposición de relaciones afectivas y de parentesco que tienden a estrechar lazos asociativos y a personalizar el trato (González & Moyano, 2007).

La presencia más o menos acentuada de las características que se asocian a lo rural está relacionada con dos tipos de efectos principales que otorgan cierta autonomía y especificidad al espacio sociocultural rural. El primero viene dado por la producción de lo que Coleman (1990) denomina *fenómeno de cierre social*, que posee una especial fortaleza en los contextos de sociabilidad propios de las zonas rurales. Este efecto, en líneas generales, denota la emergencia del control recíproco en las interacciones sociales que se produce a consecuencia de la multiplicación de las obligaciones y expectativas que se instauran entre círculos cercanos de personas en función de su interdependencia. La acotada dimensión territorial de las comunidades rurales segovianas favorece este tipo de cierre.

El segundo efecto se produce debido a la *baja densidad de las relaciones sociales en el ámbito rural*, característica habitualmente representada por el predominio de los llamados lazos fuertes como puedan ser los establecidos con la red doméstico-familiar, que cuentan con una gran carga afectiva, sobre otro tipo de relaciones, lazos débiles, que si bien son caracterizadas de distantes e impersonales son las productoras de redes de oportunidades” (Durston, 2000).

Desde una mirada sociodemográfica cabe entender que las características descritas y los efectos sociales que pueden ser ligados a la condición rural se manifiestan en comportamientos que eventualmente pudieran favorecer la perduración en el tiempo de determinados patrones de crecimiento, producción, arreglos familiares o de movilidad geográfica, entre otros.⁸

También cabe señalar que el mundo rural actual de la provincia de Segovia presenta muchas características socioculturales del mundo urbano, con lo cual resulta absurdo tratar de establecer de forma dicotómica las diferencias que se pueden apreciar entre ambos. Al mismo tiempo, existen interpretaciones de raíz antropológica que tienden a conferir un estatus de totalidad a la experiencia de la vida social rural, afirmando una separación más o menos pronunciada entre un mundo cultural urbano y otro rural. Se ha de tener en cuenta que las discontinuidades observables entre lo urbano y lo rural –desde un punto de vista sociocultural- tienden a volverse en la actualidad cada vez más difusas en nuestro contexto. Las diferencias existentes entre los patrones de sociabilidad urbanos y los rurales no resultan tan abruptas en nuestros días, habiendo muchas prácticas sociales, tradicionalmente estimadas como propias del mundo rural, que aparecen hibridadas con prácticas sociales de raigambre urbana.

Una vez expuesta la complejidad que entraña describir *lo rural*, el siguiente apartado teórico se ocupa de mostrar como esta etnografía se enmarca en la

⁸ Una de las características demográficas más prominentes del medio rural es, como se sabe, la endogamia, que se encuentra íntimamente relacionada con el fenómeno de cierre social y con la asimilación de las relaciones de vecindad y parentesco.

Anthropology at home, corriente teórica que plantea cómo hacer Antropología en el contexto cultural del propio investigador, como es en mi caso hacer Antropología en pueblos segovianos.

1.2. UNA ANTHROPOLOGY AT HOME

“Acercarse a la vida cotidiana desde la Antropología parece lo habitual atendiendo a que es lo que los antropólogos, desde H. Morgan a V. Turner pasando por B. Malinowski o E.R. Radcliffe-Brown, han estudiado. Lo que resulta en cierta forma innovador es que sea la dinámica diaria del propio contexto cultural en que se ha formado el investigador a lo que se le aplique el enfoque antropológico.”

(Uribe, 1992: 11)

Uribe (1992) describía así lo que supone el hacer *Antropología en casa*, en inglés *Anthropology at home*. Durante mucho tiempo la disciplina antropológica se definió por el exotismo y el alejamiento de los temas que abordaba, entendido éste tanto desde el punto de vista cultural como geográfico, así como por la distancia que separaba al investigador del sujeto o sujetos investigados. Esta situación fue cambiando durante el siglo XX, reemplazándose el ideal del encuentro radical con lo ajeno por el desarrollo de etnografías *at home*.

A priori pudiera pensarse como sencillo el que un investigador desarrolle un estudio etnográfico en su contexto sociocultural dado que éste es conocedor de dicho contexto. Si bien un contexto no ajeno plantea retos como uno de los que emergieron en un momento dado de este trabajo, lo que nombré como *la complejidad de hablar de lo próximo o la dificultad de una Anthropology at home* en unas de mis notas reflexivas de campo.

Se me hace tan difícil registrar en una hoja de papel estos ambientes tan próximos a mí, las diferentes situaciones, los porqués. A veces pienso que me resultaría más sencillo organizar una serie de escenas de la vida cotidiana de la gente de estos pueblos, donde se palpe el ambiente en el que se vive. Pienso en esto de nuevo mientras veo el documental “El Cielo Gira”.⁹ Cómo mostrar a

⁹ “El Cielo Gira” (2005), documental dirigido por Mercedes Álvarez que relata la vida cotidiana de los últimos y ancianos habitantes de un pequeño pueblo de los páramos altos de Soria (Comunidad Autónoma de Castilla y León-España).

través de la escritura los ambientes, los paisajes, los pueblos y las gentes. Cómo transmitir el trabajo de campo desarrollado tanto físicamente, observando, hablando con sus gentes, recorriendo sus calles, como mentalmente, reflexionando sobre los espacios, los contextos, registrando los discursos de conversaciones fortuitas, las rutas de trabajo... Son estos pueblos sencillos a los que se accede a través de carreteras a veces sinuosas y estrechas. Pueblos que no son diferentes al mío. Los veranos inundan de vida y actividad algunos de ellos. Después del bullicio de las fiestas patronales que tanto se disfrutaban, suelen sumirse en un silencio. Un silencio que da miedo romper ante la aparente seguridad que reina en ellos. En los inviernos esos silencios se tornan para muchos en soledad. Las gentes de más edad han vivido otros tiempos que recuerdan duros, pero que a la vez añoran, ya que fueron tiempos en los que eran jóvenes, sanos y fuertes. Yo observo esto también entre mis familiares y vecinos del pueblo. Estas gentes viven transiciones y cambios sociales que intentan justificar, como el que ahora se lleve a las personas mayores a las residencias de ancianos. Nos encontramos con generaciones que cerrarán una forma de vida, de organización social, de redes sociales, de cuidado a los demás. Terminando de ver "El Cielo Gira" podemos preguntarnos abiertamente qué será de estos territorios cuando esta gente que ahora engrosa los censos ya no esté. (Diario de campo, 22 de diciembre de 2008).

Algunos pueblos y comarcas de la actual Comunidad Autónoma de Castilla y León fueron, sin embargo, los lugares "exóticos" elegidos para las monografías académicas de autores, fundamentalmente anglosajones, como Kenny (1962), Freeman (1965), Aceves (1971), Brandes (1975), Arnhold (1981), Behar (1986) o Kavanagh (1994), que siguieron el patrón clásico de los estudios de comunidad. Contemporáneas son también las etnografías sobre la comarca zamorana de Sayago de Arguedas (1968) antropólogo peruano y del catalán Esteva-Fabregat (1978). Las ciencias sociales consideraban así "exóticas" a las sociedades

campesinas.¹⁰ Sin embargo, la sociedad rural de la cual yo provengo es hoy parte de mi objeto de estudio.

La Antropología Médica es una especialidad de la Antropología cuyas aportaciones han sido fundamentales para indagar en las relaciones entre naturaleza, cultura y sociedad. Su producción teórica ha tratado de explorar la enfermedad y el cuerpo desde sus representaciones culturales y prácticas sociales, revalorizar los saberes populares y las prácticas de autocuidado, así como analizar las políticas sanitarias desde la consideración de la diversidad social y cultural de la salud, la enfermedad y la atención, entre otros aspectos (Comelles & Martínez, 1993). Escribe Martínez (2008:26) que “el planteamiento antropológico tiene un enfoque divergente al del modelo biomédico de las enfermedades, en tanto que trata de ampliar holísticamente el campo de focalización hacia la biografía, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de economía política.”

La Antropología Médica como disciplina también se ha venido desarrollando *at home*.¹¹ En España hay una vieja tradición etnográfica, ya anterior a la profesionalización de la Antropología, representada entre otros documentos por las topografías médicas.¹² Según Casco (2001:213) las topografías médicas “constituyen la principal aportación bibliográfica de la medicina rural española a la Sanidad Pública. Son representantes cualificados de la línea de pensamiento médico que presta una detenida atención a los aspectos ambientales y sociales,

¹⁰ “Los antropólogos ya venían estudiando estratos sociales urbanos y campesinos desde la década de 1920, pero estos trabajos todavía no constituían una tendencia sostenida.” (Menéndez, 2002:37).

¹¹ En Perdiguero & Comelles (2000) es posible encontrar una amplia bibliografía sobre *Medical Anthropology at home* en España. Otras publicaciones recientes son Comelles, *et al.* (2010) Esteban, *et al.* (2010), Martorell, *et al.* (2010), Fainzang & Haxaire (2011) y van der Geest (2011). El monográfico de la revista italiana *Antropologia Medica (AM-Revista della Società Italiana di Antropologia Medica, 2001)*, recoge ejemplos de la situación de *Medical Anthropology at home* en Europa.

¹² Estos trabajos, según argumentan autores como Larrea (1994), Prats (1996), Comelles (2000) y Comelles *et al.* (2007), son hoy una importante fuente documental.

en los procesos que afectan a la salud de las personas y de las comunidades. Son, por ello, un claro exponente de la mentalidad médica y socio-cultural de su respectivo tiempo. De ahí su interés histórico.”

Desde finales del siglo XVIII se escribieron en España numerosas topografías médicas y algunas geografías médicas, estudios sistemáticos del medio ambiente de una localidad o región como factor condicionante de las principales enfermedades padecidas en ellas.¹³

Posteriormente, y ya en el periodo de desarrollo de la Antropología Médica en España un nutrido número de etnografías así como otro tipo de publicaciones se han escrito en el marco de la *Medical Anthropology at home*.¹⁴ En Castilla y León, contexto del estudio, son aportaciones próximas en el tiempo en este campo la tesis de Fragua (2002), *Antropología Médica de la Villa de Coca (Segovia)*, y los trabajos de Moro (2000, 2002, 2004a, 2004b).

1.3. EL SISTEMA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS SOCIEDADES ACTUALES

El modelo teórico que propone Haro (2000) para representar el *sistema de la atención a la salud en las sociedades actuales* distingue cuatro formas básicas para atender necesidades sanitarias, pudiendo ser éstas de índole física, psíquica o social de acuerdo con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (1948) como un estado del bienestar que involucra estas tres áreas. En este modelo que ha sido elaborado a partir de las vías, de las personas, de los microgrupos, redes sociales y métodos a través de las cuales se obtienen los recursos para atender la salud/enfermedad “se ilustra el solapamiento y la complementación de los sistemas asistenciales y los sistemas médicos. Al mismo tiempo permite apreciar los diferentes ámbitos implicados y las

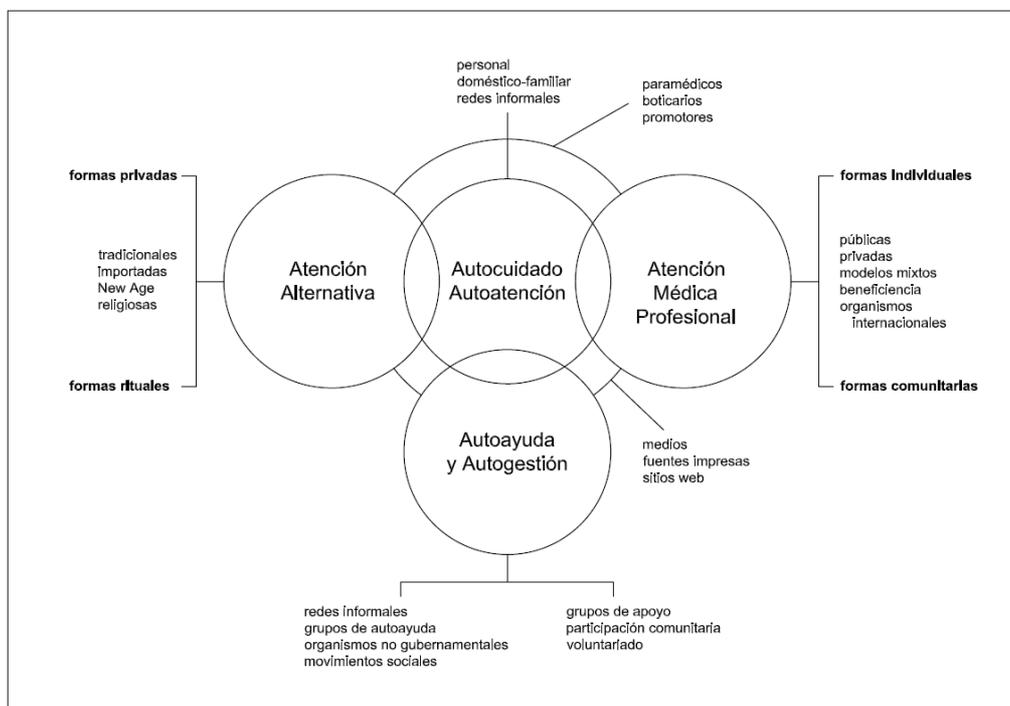
¹³ Algunas de las topografías médicas que se realizaron en la provincia de Segovia son Velasco (1870), Vergara (1890), Pardo (1895) y Navarro (1899).

¹⁴ Ver nota al pie nº 13.

eventuales relaciones que se presentan en este complejo sistema de opciones de atención que concursan en la actualidad” (Haro, 2000:105).

Este modelo sigue hoy vigente habiendo sido utilizado como marco teórico en trabajos como el de La Sala (2003), Meñaca (2007) y Blasco (2011).

Figura 1. Sistema de la atención a la salud en las sociedades actuales



Fuente: Haro (2000:106).

Para el desarrollo de este trabajo se presta especial atención a la parte del modelo comprendida por la *autoatención* y el *autocuidado*, así como a la *atención médica profesional*, y más concretamente, la atención médica pública profesional de atención primaria, dado el objeto de estudio de esta investigación. Es por esto que paso a explicar diferentes conceptos que el lector ha de conocer para continuar abordando la lectura de esta investigación.

1.3.1. Autoatención, autocuidado y automedicación

Para definir *autoatención* tomaremos las palabras de Menéndez (2005:54) quien describe como “autoatención comporta las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos

que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención." Es importante señalar que la autoatención es un proceso estructural, constante, aunque en continuo proceso de modificación

La autoatención "constituye el concepto y proceso más inclusivo" (Menéndez, 2005:56) en el que se enmarca el *autocuidado*. Para los usuarios, en ocasiones biomédicos, el concepto de autocuidado es el llamado estilo de vida individual, el que posibilitaría reducir o eliminar las conductas de riesgo, si bien esta concepción de autocuidado suele excluir las condiciones de vida que hacen o no posible reducir dichos riesgos. En este punto señalo, cómo apunta Menéndez (2005), la diferencia entre autocuidado y autoatención, que radica en el énfasis que se da al nivel individual desde el concepto de autocuidado frente a la orientación de salud colectiva que caracteriza el concepto de autoatención.

Otro concepto que a veces puede ser utilizado como sustituto de la autoatención por la biomedicina es el de *automedicación*. La automedicación es la decisión, más o menos autónoma, de utilizar determinados fármacos para tratar ciertos padecimientos sin intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello. Si bien, se ha de dejar claro en este punto que la automedicación es parte de la autoatención (Menéndez, 2005).

La autoatención y el autocuidado constituyen instancias irreductibles que están presentes en la vida cotidiana a nivel domestico/familiar, además de estarlo en cualquier proceso asistencial. En este sentido se ha de destacar el papel que tienen principalmente las mujeres en el desarrollo de funciones ligadas a la autoatención y al autocuidado que habitualmente suelen ser soslayadas (Menéndez, 2005). En cuanto al grupo doméstico-familiar existen actividades sustanciales a cargo casi exclusivo de las mujeres, como el cuidado de los hijos, el aseo doméstico, la selección y preparación de alimentos, entre otras de las tareas que forman parte del denominado trabajo reproductivo, constituyen el

sustento mismo de la salud (Haro, 2000). Según Graham (1984), existen al menos cinco actividades básicas del cuidado endógeno de la salud realizadas por las familias en el ámbito doméstico y que comprenden tareas generalmente llevadas a cabo por mujeres. Éstas son el crear y mantener las condiciones de vida favorables a la salud, lo que incluye todas las actividades domésticas de limpieza, calidez, seguridad y nutrición alimenticia; asistir y cuidar durante las enfermedades; educar para la salud (sea o no intencional); servir de mediador con los profesionales de la salud y afrontar las demandas urgentes.

Es importante tener en cuenta que es en el nivel doméstico-familiar donde se constituyen o vinculan las distintas redes sociales para la atención de la salud. Así es como en el caso de enfermedades, pero igualmente de otros malestares y causas de aflicción y sufrimiento, la familia cumple funciones cuidadoras no menos importantes que los sistemas convencionales, siendo en ocasiones las únicas que intervienen (Haro, 2000).

Las *redes informales* también integran el concepto de autoatención que es definido por Menéndez (2005) como estructural en toda sociedad. Hablamos de redes informales para referirnos a instancias de la familia extensa, nexos de amistad, compañeros de trabajo o estudio, grupos vecinales o de paisanos y otras formas comunitarias que brindan asistencia en caso de enfermedad o de cualquier causa de aflicción, siendo incluidas dentro del modelo de autoatención cuando no están expresamente organizadas para tal función, produciéndose su activación de forma ocasional, de modo característicamente espontáneo y anecdótico, suelen ser más naturales que provocadas, su vínculo es primordialmente afectivo, su contacto directo, de acceso más bien cerrado y de organización informal (Munné, 1995). No constituyen necesariamente grupos explícitos, siendo la red social personal aquella que se desarrolla a partir de las relaciones que establece un individuo y son portadoras de consejos y recursos aunque puedan ser relaciones diádicas y de agrupaciones efímeras. Este es caso de las relaciones que se entablan en lugares de interacción social

como comercios, bares, peluquerías, consultas médicas, que pueden adoptar el rol de cuidados informales en la resolución de problemas emocionales y reducción del estrés.

1.3.2. Los procesos asistenciales

Existen diferentes términos referidos a lo que Haro (2000) nombra *cuidado lego* de la salud. Algunas de las herramientas teóricas de este enfoque son las derivadas del trabajo de Comelles (1985; 1994; 1997) sobre los *procesos asistenciales*. Este autor define la asistencia desde su plano ideológico y el de la *praxis* relativa a la salud y a la enfermedad, destacando este último. El nivel ideológico está formado por representaciones, valores y actitudes propios de los sectores sociales implicados en los mismos, en los cuales podemos encontrar desde legitimaciones corporativas hasta modos de organización institucional. El plano de las *praxis* refiere a la gestión propiamente dicha de los procesos aludidos, es decir, al conjunto de comportamientos, actuaciones, tomas de decisión y técnicas destinadas a la utilización de esos marcos institucionales dentro de los límites que marca la compatibilidad ideológica.

La construcción social y la conducta frente al padecer pueden ser estructuradas a partir de reconstruir los procesos asistenciales seguidos por las personas en sus procesos de salud/enfermedad en cada episodio, analizando las prácticas realizadas, es decir el qué, el cómo, el cuándo y el por qué, en cuanto a las acciones llevadas a cabo, así como a la serie de estructuras, recursos de atención y terapeutas que participan y/o son utilizados durante dichos eventos, respondiendo a preguntas como quién atiende, por qué se elige, qué tratamientos se utilizan, qué resultados se obtienen y cómo se evalúan. En los procesos asistenciales hay respuestas *emic* e interpretaciones *etic* para lo anteriormente cuestionado.

El proceso asistencial es pues social y cultural, operando tanto dentro de los límites de la enfermedad *-disease-* como del padecimiento *-illness-*, distinción

que constituye un aporte relevante de la Antropología para el estudio sociocultural de la Epidemiología y de los procesos asistenciales. Es la percepción de signos y síntomas la primera etapa de un itinerario que determina cursos de acción en base a las propias experiencias previas o a las sociales y que se construyen socioculturalmente, representando así una *carrera moral* (Goffman, 1961) en tanto que redefine sus relaciones y modifica su identidad. Dentro de estos itinerarios se sitúan la atención alternativa, la autoayuda y autogestión y la atención médica profesional según el modelo de Haro (2000: 106).

1.4. LA ATENCIÓN MÉDICA PROFESIONAL RURAL

La nombrada en el modelo *atención médica profesional* es en este estudio la *atención primaria rural*, dado que es la parte del sistema sanitario que está presente en este medio. Aunque forma parte del modelo teórico utilizado, es pertinente desarrollar este punto aparte dado que “los sistemas sanitarios son producto de la historia y de la cultura de las sociedades en que se desarrollan, y expresan los valores predominantes en las mismas.” (Gérvás *et al.*, 2005:13). Es por esto que a continuación se realiza una breve contextualización histórica de la atención primaria en el contexto de este estudio.

En el año 1900 la sociedad segoviana era fundamentalmente agrícola y contaba con una estructura sanitaria compuesta básicamente por médicos rurales, regularmente, uno por pueblo (Garrote 2001:19).¹⁵ Practicantes rurales y comadronas eran otros actores sociales relacionados con la asistencia sanitaria en el ámbito rural.

Un hito destacable en el siglo XX de la sanidad, al igual que de otras áreas de la sociedad española, fue la guerra civil de 1936-1939 y el tipo de articulación del Estado que se instaura a partir del conflicto bélico. El rasgo característico del

¹⁵ Para profundizar en la evolución histórica de la medicina y los médicos en Segovia durante el siglo XX, así como en el desarrollo de las instituciones sanitarias segovianas durante este siglo consultar Garrote (2001).

proyecto sanitario falangista fue el énfasis en la medicina curativa orientada a garantizar una fuerza de trabajo necesaria y prioritaria para la reconstrucción del nuevo Estado. Así, tanto la instauración del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) decretado en 1942, como la Ley de Bases de Sanidad Nacional decretada en 1944, tuvieron como objetivo el garantizar la vertiente curativa de la salud propiciando la producción y la reproducción de mano de obra, concretamente de los trabajadores por cuenta ajena y sus familiares.¹⁶ Unos veinte años después, con la aplicación de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1967, se incorporó la previsión laboral voluntaria para los trabajadores por cuenta propia que desearan adscribirse. Fue entonces cuando los trabajadores del campo pudieron acogerse a este modelo mutualista (Uribe, 1992). En los años siguientes, a nivel internacional, se optó por una defensa de la atención primaria tras el fracaso de la medicina curativa. Así, en septiembre de 1978 tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en la ciudad de Alma-Ata (Kazajistán, antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.) En ella se describió la atención primaria de salud como “la asistencia de salud esencial, universalmente accesible a los individuos y sus familias en la comunidad por medios aceptables para ellos y a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, constituyendo parte integral, tanto del sistema de salud del país, como del desarrollo social y económico de la comunidad” (OMS, 1978). Fueron la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) así como las recomendaciones de Gol *et al.* (1980)¹⁷ las bases que inspiraron la Ley General de Sanidad de 1986.

¹⁶ La medicina curativa se estaba viendo además reforzada por la fructífera lucha contra las enfermedades infecciosas tras logros científicos como el descubrimiento de la penicilina en 1929 y del desarrollo a partir de 1944 de diferentes antituberculosos. Por otro lado, cabe destacar que la Epidemiología estaba poco desarrollada, los factores de riesgo asociados a distintas enfermedades eran desconocidos, por lo que no era posible llevar a cabo una medicina preventiva satisfactoria.

¹⁷ En 1976 tuvo lugar en Perpinyà (Francia) el “X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana.” A partir de este evento, y de una ponencia sobre la función social de la medicina, el

Esta Ley, denominada también *Reforma Sanitaria* (Uribe, 1992), que ha merecido el interés de estudiosos nacionales e internacionales, existiendo una amplia bibliografía al respecto¹⁸, trajo consigo una nueva organización de la atención junto con un nuevo ideario -*De la beneficencia, las igualas y los seguros de enfermedad obligatorios a la salud para todos.*- Es así como Ley General de Sanidad de 1986 contextualizó la atención primaria en un marco global, expandiéndose, al menos teóricamente, una definición de salud comunitaria que debía ser el eje sobre el que girara la organización de servicios, tanto extrahospitalarios como hospitalarios (Uribe, 1992:68).

En el contexto español se definió atención primaria como la puerta de entrada al sistema de servicios de salud que otorga una atención integral, permanente, continuada, participativa y programada al individuo, familia, comunidad y al medio en que ésta vive y trabaja. La estructura funcional básica que posibilita el desarrollo de la atención primaria es el Centro de Salud, el cual habrá de estar localizado próximo al lugar donde vive y/o trabaja la población. (MSC, 1985).

Fue a partir de entonces cuando conceptos como *salud integral, Epidemiología, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, trabajo en equipo, participación comunitaria*, entre otros, comenzaron a sonar con fuerza en los ámbitos sanitarios, constituyendo las actuales bases de los servicios que teóricamente se prestan en atención primaria. Este posicionamiento supuso también una ruptura con el modelo de gestión política anterior. Fue así que continuando con las nuevas corrientes democratizadoras se promovió también la democratización del sector salud (Uribe, 1992).

Colegio de Médicos de Barcelona promovió un grupo de estudios sobre la medicina de la asistencia primaria o de cabecera desde su Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud. (Gérvas, 2005).

¹⁸ Consultar, entre otros, De Miguel (1976; 1979; 1984).

En la actualidad la atención primaria constituye la forma de acceso de la población al sistema sanitario, siendo además la base de la atención sanitaria en la España del modelo autonómico. Esta forma de entender la asistencia sanitaria cambió, teóricamente, la forma de relación de los ciudadanos con el sistema de salud, pasando de ser una relación individual médico-paciente, a un teórico abordaje multidisciplinar de los diferentes problemas de salud mediante la intervención de los equipos de atención primaria. Al mismo tiempo, plantea la integración de las actividades de promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación y reinserción social dirigidas al individuo y a la comunidad en su conjunto. Así, las funciones de la atención primaria comprenden prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencias a la población adscrita; realizar actividades dirigidas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social; contribuir a la educación sanitaria de la población; realizar el diagnóstico de salud de la zona para detectar las necesidades de salud de la población; realizar actividades necesarias para mejorar la atención de la población protegida (Boixareu, 2008:452).

Los cambios en la sanidad rural, como hemos visto, son muy recientes. Cuentan con menos de treinta años, significando la transición de un modelo de atención desempeñado por profesionales aislados a una estructura de servicios compleja, de un modelo basado en el individuo y la enfermedad, a uno basado en lo social y centrado en la conservación de la salud.

A continuación doy paso al contexto etnográfico donde se desarrolló la presente etnografía.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

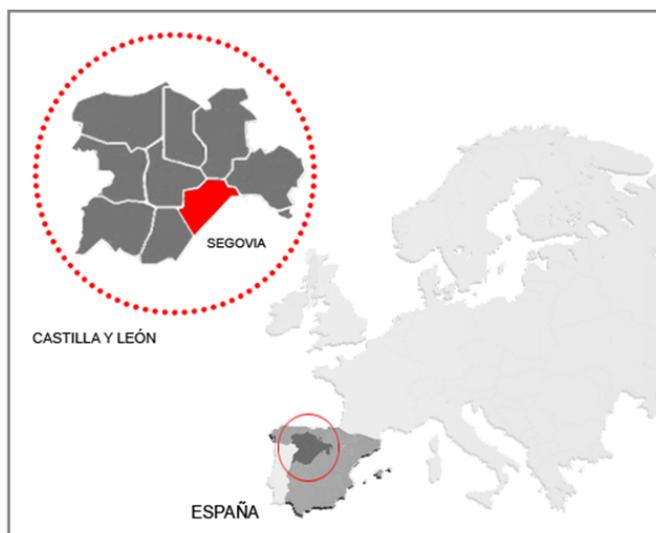
2. EL CONTEXTO ETNOGRÁFICO

Este capítulo está dedicado a describir el marco etnográfico de esta investigación. En primer lugar se presenta una contextualización de la provincia de Segovia y sus características geográficas, demográficas y socio-económicas. En segunda instancia se describe de forma más concreta el marco etnográfico-sanitario desde el punto de vista organizativo para lo que se han utilizado documentos institucionales de diferente índole. La pretensión de este capítulo es situarle a usted, como lector, en el marco donde se desarrolla esta etnografía.

2.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

España es uno de los veintisiete estados de la Unión Europea. Administrativamente está dividido en diecisiete Comunidades Autónomas. Una de ellas, la Comunidad Autónoma de Castilla y León, heredera de los reinos medievales de Castilla y de León, es la región con mayor extensión y menor densidad de población de Europa, contando con veintisiete habitantes por kilómetro cuadrado. Se compone de nueve provincias delimitadas en 1833. Segovia es una de ellas.

Mapa 1. Situación geográfica de Segovia.

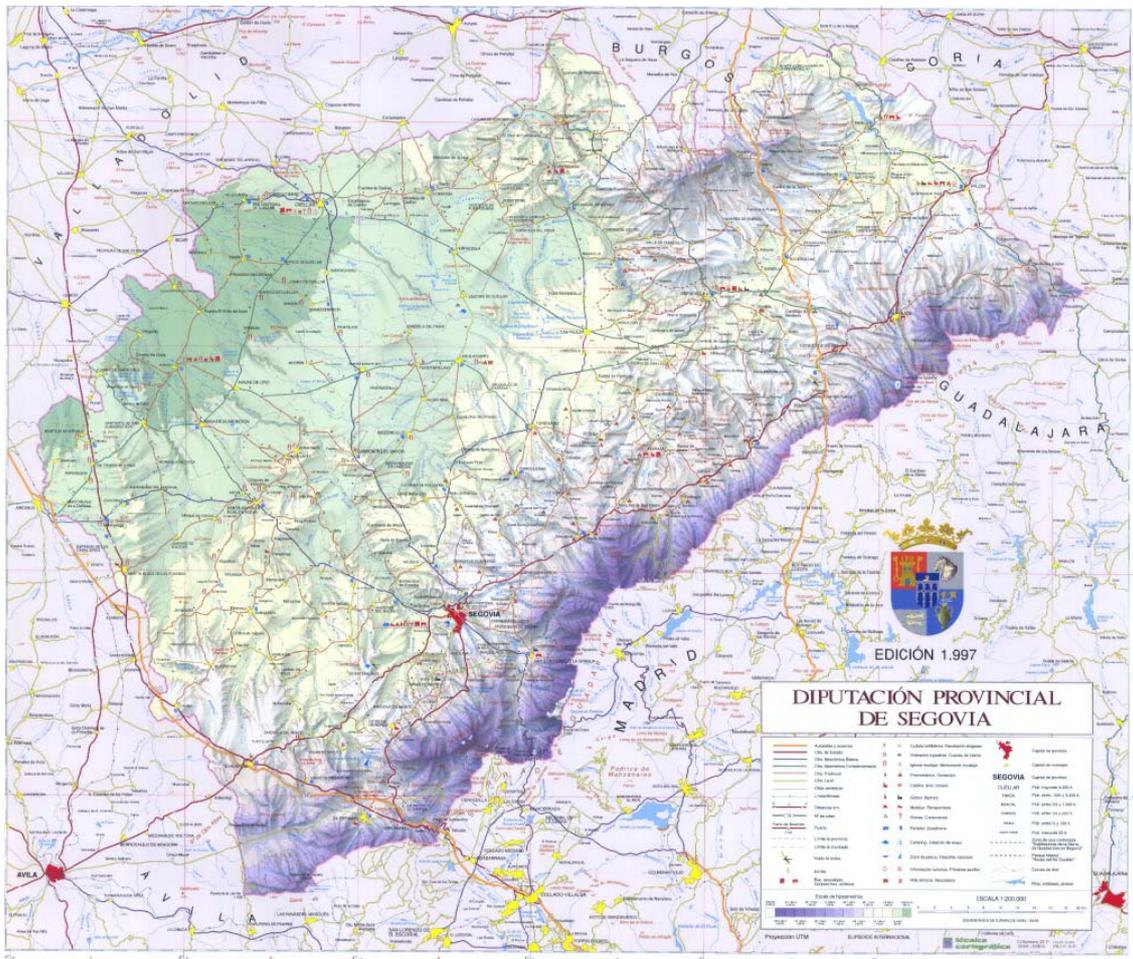


Esta provincia se encuentra en el interior de la Península Ibérica, en la Meseta Norte, un altiplano de entre 800 y 1.000 metros de altitud que justifica el dicho popular *nueve meses de invierno y tres de infierno*. Linda con la Meseta Central que

2. El Contexto Etnográfico

cuenta con cumbres de 2.000 metros, y con las sierras de Ayllón, Somosierra y Guadarrama, cubiertas por densos pinares, que separan a Segovia de la Comunidad Autónoma de Madrid. Al norte, a algo más de un centenar de kilómetros de la ciudad de Segovia se halla la ciudad de Valladolid, capital autonómica de Castilla y León. Hasta esta ciudad el paisaje se compone por páramos y llanos, campos de cereal, rastrojos y barbecheras. Segovia limita al norte con las provincias de Valladolid y Burgos, al oeste con la de Ávila, al este con la provincia de Soria y al sur con las Comunidades Autónomas de Castilla La Mancha y Madrid.

Mapa 2. Provincia de Segovia y alrededores.



Fuente: Diputación Provincial de Segovia.

http://www.dipsegovia.es/index.php/contenidos/index/id_contenido/1720

La población de Segovia en 2010 ascendía a 164.268 personas según el Instituto Nacional de Estadística.¹⁹ Es un territorio con una baja densidad de población, poco más de veinticuatro habitantes por kilómetro cuadrado.²⁰

Su población se distribuye entre 209 municipios y 17 entidades locales.²¹ El 34% de los habitantes residen en la ciudad de Segovia, la capital de la provincia, frente al 66% de la población que reside en el ámbito rural. Los municipios y entidades locales, que nombraremos como pueblos, oscilan entre los 100 y los 2.000 habitantes.

Los pueblos de Segovia son hoy un reflejo de los efectos de la globalización y al igual que otras zonas rurales sufren de despoblación y envejecimiento poblacional.²² El 22% de los habitantes que residen en los pueblos segovianos es mayor de sesenta y cinco años frente al 16,8% a nivel nacional, según el INE (2010).

Tabla 1. Población de Segovia.

Variables	Área rural		Ciudad		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%
Sexo						
Mujeres	52.262	48,2	28.972	52,0	81.234	49,5
Hombres	56.258	51,8	26.776	48,0	83.034	50,5
Edad						
≤ 4 años	4.912	4,5	2.453	4,4	7.365	4,5
≥ 65 años	23.850	22,0	10.914	20,0	34.764	21,1
Total	108.520	66,1	55.748	34,0	164.268	100,0

Fuente: INE (2010).

¹⁹ Sólo Soria, con 95.101 habitantes y Teruel, con 145.273 habitantes, tienen menos población absoluta dentro del conjunto de las provincias españolas, según datos del Instituto Nacional de Estadística (2010).

²⁰ Si bien su densidad no es tan extrema como la de la vecina Soria, que con algo más de 9 habitantes por kilómetro cuadrado sustenta cifras próximas a la desertización.

²¹ Cualquier área habitable del término municipal claramente diferenciada que pueda ser identificada sin posibilidad de confusión, tanto sobre el terreno como por su denominación.

²² Ver Joseph & Cloustier-Fisher (2005).

Otro de los efectos de este fenómeno son las migraciones. Mientras hay pueblos que reciben inmigrantes²³, principalmente provenientes de países de Europa del Este, como Bulgaria y Rumania, del Magreb, como Marruecos, y de América Latina, como Colombia, otros acusan las migraciones de la población autóctona más joven. Así, se producen migraciones del campo a otras regiones o ciudades, como por ejemplo Madrid, que cuentan con una oferta más amplia de formación y empleo.

La tasa de actividad provincial es del 51,27%, con una tasa de paro del 8,43%. Uno de los rasgos peculiares de la estructura de empleo en Segovia es la importancia de los autónomos, el 24,5% de los empleos totales son empleos no asalariados, por debajo del 27,6% en Castilla y León y por encima del 19,4% en el conjunto del Estado. El mayor predominio de autónomos se da en el sector agropecuario, que en Segovia ocupa al 43,7% de los empleos (FUNCAS, 2006). En relación al equipamiento de tecnologías de la información y comunicación de las viviendas de Castilla y León, según los datos del INE (2011), casi el 66% de los hogares tienen ordenador, un 57% disponen de acceso a Internet y un 93,5 % tienen, al menos, un teléfono móvil en la vivienda. Estas cifras están por debajo de las estimadas a nivel nacional.

Desde el punto de vista socio-económico pueden aportarse otros datos como el nivel educacional de la población. El 12,5% no tiene estudios, un 28,77% tiene estudios de primer grado, el 44,14% ha completado estudios de segundo grado y, tan sólo el 14,51% tiene estudios de tercer grado (INE, 2001).

2.2. MORBI-MORTALIDAD EN SEGOVIA

El perfil epidemiológico de la población de esta provincia se caracteriza por el envejecimiento poblacional.²⁴ Sus tasas de mortalidad son similares a las

²³ La población inmigrante comprende el 14% de la población total de la provincia de Segovia, incluida la capital (MTIN, 2011).

²⁴ Más información epidemiológica referente a Castilla y León en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica>

regionales y nacionales, siendo los tumores malignos (cáncer) y las enfermedades cardiovasculares, responsables del mayor número de muertes.

En relación con la morbilidad, los cinco grandes grupos de enfermedad que causaron en Castilla y León un mayor número de estancias hospitalarias durante el año 2006 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los trastornos mentales, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades del aparato digestivo. Frente a la utilización de atención especializada, los motivos más frecuentes de la utilización de la atención primaria fueron, en 2005, el control de la hipertensión arterial, la atención de patología traumatológica o reumatológica, las infecciones respiratorias agudas, como bronquitis, catarro, faringitis u otitis y los síntomas inespecíficos tales como prurito, claudicación intermitente, edemas, y procesos dermatológicos (JCyL, 2008). Además, en actuaciones relacionadas con emergencias, según datos de 2007, el 13,5% fueron debidas a síntomas y signos mal definidos, siendo seguidas por traumatismos, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato respiratorio. Es importante destacar que entre las necesidades socio-sanitarias más importantes de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y en concreto de la provincia de Segovia, se encuentra el cuidado a las personas mayores, ya que el aumento del número de ancianos ha provocado un cambio en el perfil epidemiológico de la población. Estas personas habitualmente tienen unas características especiales, ya que padecen más de una patología, normalmente de naturaleza crónica y degenerativa, están polimedizadas, tienen un alto grado de incapacitación, son dependientes de cuidadores informales o del sistema sanitario y, generalmente, se encuentran confinadas en domicilios e instituciones. Si bien no se puede identificar envejecimiento con enfermedad, es cierto que en las personas mayores, y de forma más marcada en mayores de 75

años, la incidencia y la prevalencia de muchas enfermedades y su progresiva limitación funcional inciden de forma directa en el incremento de la demanda sanitaria, y en especial sobre la necesidad de cuidados.

2.3. LA ORDENACIÓN SANITARIA AUTONÓMICA

La ordenación sanitaria autonómica parte de la Reforma Sanitaria, Ley General de Sanidad de 1986. Esta reforma, descrita por Uribe (1992) en su libro *Educación y Curar. El diálogo cultural en atención primaria*, dictamina que sean las Comunidades Autónomas, administraciones dotadas y con perspectiva territorial, quienes sustenten las competencias relacionadas con la sanidad. El Sistema Nacional de Salud se concibe pues como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.²⁵ Es así como los servicios sanitarios se concentran bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado.²⁶ A partir de esta reforma se produjo la descentralización de los servicios de salud, si bien la creación de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas fue paulatina. En el caso de Castilla y León se determina oficialmente su estructuración sanitaria por la Ley 1/1993, del 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León y el Decreto 32/1988. La ordenación sanitaria de esta Comunidad Autónoma deriva así de las transferencias del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) al Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL), que divide la región en once *Áreas de Salud*. Este sistema de salud cuenta con catorce hospitales públicos, al

²⁵ El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el Art. 50 de la Ley: "En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma."

²⁶ Es básica la generalización de este modelo organizativo y el Estado goza, para implantarlo, de las facultades que le concede el art. 149.1.16 de la Constitución. Una descripción detallada del Sistema Sanitario en España en García-Armesto, *et al.*, (2010).

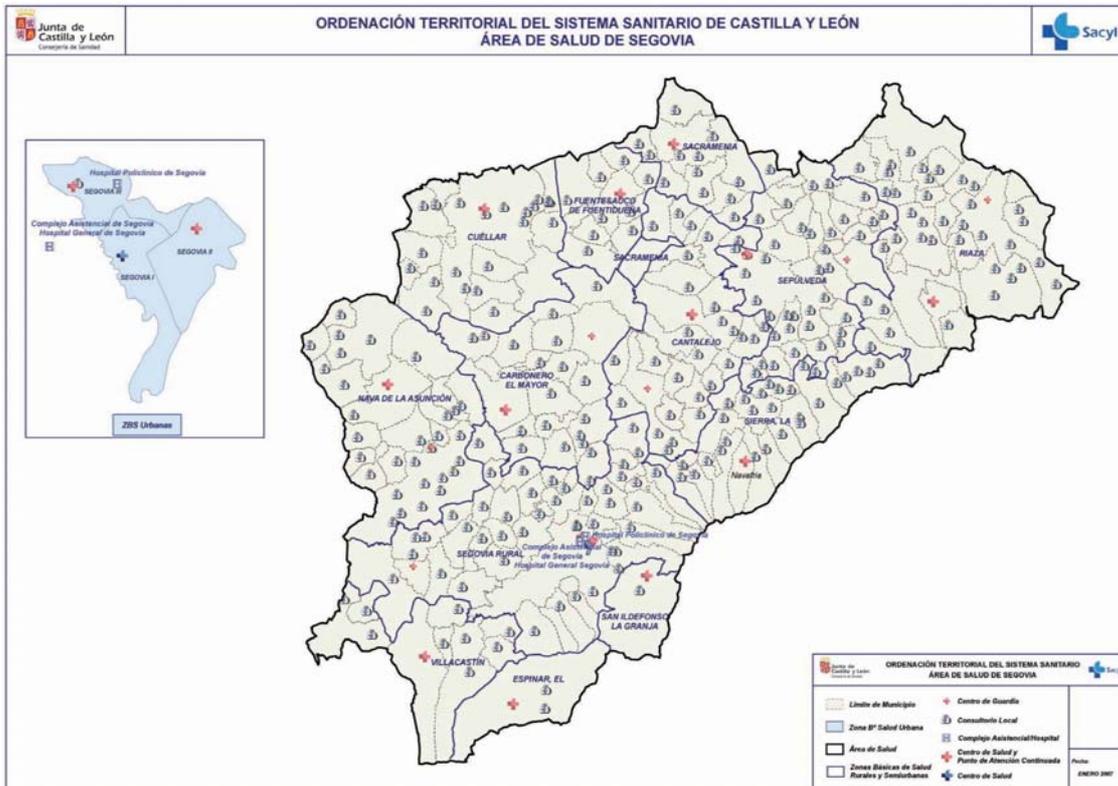
menos uno por área de salud y doscientos veinte puntos donde se presta atención urgente extra-hospitalaria²⁷ (JCyL, 2007). La Ley establece que las áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Son áreas que, teóricamente, se organizan conforme a la concepción integral de la sanidad, de manera que sea posible ofrecer o coordinar desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las áreas se distribuyen en demarcaciones territoriales delimitadas para responder a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa. Se establece que las áreas de salud deben desarrollar las actividades en el ámbito de la atención primaria mediante fórmulas de trabajo en equipo, atendiendo al individuo, la familia y la comunidad. En ellas se han de desarrollar, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos, como de los equipos de apoyo a la atención primaria. Por otro lado, en el nivel de atención especializada a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

Las áreas de salud, teóricamente, se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, socio-económicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Es por esto que aunque pueda variar su extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deben quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde

²⁷ Son los llamados Puntos de Atención Continuada (PAC).

ellas los objetivos que se señalan en la legislación. En todo caso, se contempla que cada provincia tenga como mínimo un área. Este es el caso de la provincia de Segovia que cuenta con un único área de salud.

Mapa 3. Área de Salud de Segovia.



Fuente: Junta de Castilla y León (2007).

Con el fin de conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las áreas de salud se dividen en *Zonas Básicas de Salud* (ZBS). La zona básica de salud es el marco geográfico y poblacional para la prestación de la atención primaria. A su vez, está constituida por las distintas demarcaciones asistenciales, que son el núcleo o conjunto de núcleos de población donde cada facultativo desempeña las funciones asistenciales ordinarias.

La determinación de las zonas básicas de salud se efectúa por la Junta de Castilla y León atendiendo, teóricamente, a criterios de accesibilidad y

población, procurando que la población oscile entre 5.000 y 25.000 habitantes en cada zona. Teóricamente, en la delimitación de las zonas se tienen en cuenta las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinario al mismo tiempo que el grado de concentración o dispersión de la población, las características epidemiológicas de la zona, las instalaciones y los recursos sanitarios de la zona. El área de salud de Segovia se encuentra dividida en 16 zonas básicas de salud, 13 de las cuales son rurales. Cuando la ZBS está compuesta por varios municipios está estipulado que se ha de fijar un municipio-cabecera donde radicará el *Centro de Salud*, que no deberá distar de los restantes municipios un tiempo superior a treinta minutos, utilizando los medios habituales de locomoción. Es así como las ZBS son el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. En estos centros son llevadas a cabo de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la ZBS, a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean preciso para el cumplimiento de dicha función.

Por otro lado, las funciones de un centro de salud son albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica; albergar los recursos materiales de que se pueda disponer en la zona precisos para la realización de las exploraciones complementarias; servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios; facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona; mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia. Así encontramos en cada zona básica de salud, en su municipio cabecera, un centro de salud dotado con los medios necesarios

para la prestación de las funciones que corresponden al *Equipo de Atención Primaria*.

El equipo de atención primaria, constituido por los profesionales sanitarios y no sanitarios en él integrados, es el responsable de la prestación de la atención de salud a la población de la ZBS, constituye el primer contacto de los usuarios con el sistema sanitario y coordina la continuidad de la atención sanitaria con los demás niveles asistenciales. Jerárquicamente cuentan con un coordinador del equipo de atención primaria. En los centros de salud prestan sus servicios médicos de familia, pediatras, enfermeros, odontoestomatólogos, fisioterapeutas, matronas, trabajadores Sociales, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores.²⁸

El trabajo se desarrolla mediante formulas de trabajo en equipo que cuentan con estructuración de funciones y cometidos orientados al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, y comprendiendo actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social, amén de funciones docentes, investigadoras, administrativas, gestión de prestaciones, gestión de citas para acceder tanto a los profesionales de atención primaria como de especializada, expedición de partes de baja, confirmación y alta, emisión de informes o certificados sobre el estado de salud, a petición del interesado, o por disposición legal o reglamentaria, tramitación de reclamaciones o sugerencias, entre otros servicios.

Cada ZBS, además de comprender un centro de salud está constituida por los *Consultorios Locales*. Se define como consultorio local al “soporte físico que permite la atención sanitaria directa a la población de uno o varios núcleos

²⁸ Cuando alguna zona básica de salud no tienen un número suficiente de habitantes que justifique la creación de una determinada plaza profesional (matrona, pediatra, fisioterapeuta, fisioterapia, trabajo social, odontoestomatólogo) se agrupan dos o más zonas. Cuando un profesional de atención primaria atiende a más de una ZBS se le denomina administrativamente *personal de área*.

rurales, desarrollándose el resto de las funciones en el centro de salud correspondiente, del que dependerán y con el que estarán coordinados” (BOCyL, 1987). Son así los espacios ubicados en los pueblos donde no hay un centro de salud que son utilizados para pasar consulta médica o de enfermería. En las 13 zonas básicas de salud rurales de Segovia hay un total de 284 consultorios locales.

Estos lugares dependen físicamente de los ayuntamientos, pero han de ser dotados por la Junta de Castilla y León, al igual que los profesionales sanitarios que allí trabajan, que también dependen de la gestión del SACYL.

Dentro del reglamento de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria se estipula que la consulta asistencial sanitaria en los núcleos de población donde no radique un centro de salud, se efectuará por cada profesional sanitario (médico y enfermero) en los consultorios locales según los siguientes criterios:

- Núcleos de menos de 50 habitantes de hecho. Consulta a demanda.
- Núcleos de menos de 100 habitantes de hecho. Consulta un día a la semana.
- Núcleos de 101 a 200 habitantes de hecho. Consulta dos días a la semana.
- Núcleos de 201 a 500 habitantes de hecho. Consulta tres días a la semana.
- Núcleos de más de 501 habitantes. Consulta diaria de lunes a viernes.

En todo caso, el profesional sanitario encargado de la asistencia de cada localidad o grupo de localidades, deberá permanecer debidamente localizado en el centro de salud o consultorio local, para garantizar la atención sanitaria, durante el horario de jornada ordinaria. En el ámbito rural, la jornada del personal de los equipos de atención primaria se desarrolla en horario de mañana, de ocho a quince horas, no siendo esta jornada de presencia física continuada.

Las ZBS cuentan además con al menos un *Punto de Atención Continuada* (PAC). Se entiende por atención continuada la atención permanente que se presta a la población fuera del horario ordinario del funcionamiento de un centro de salud

desarrollándose ésta en los puntos de atención continuada mediante turnos rotativos de los médicos y personal de enfermería del equipo de atención primaria. Esta atención se presta en los citados puntos de atención continuada físicamente ubicados en centros de salud y centros de guardia, esto es, consultorios locales habilitados al efecto en zonas con una dispersión geográfica o concentración poblacional que lo aconsejen. En las 13 zonas básicas de salud rurales de Segovia encontramos un total de 19 puntos de atención continuada, de los cuales 6 son centros de guardias. El horario de los PAC comprende, con carácter general, desde las quince hasta las ocho horas del día siguiente. Si bien los fines de semana y festivos la jornada laboral comprende desde las ocho hasta las ocho horas del día siguiente.

Otros lugares de prestación de los servicios son los domicilios de la población. La organización de los servicios que se prestan desde atención primaria se basa en una herramienta, la *Cartera de Servicios de Atención Primaria* (GRSCyL-SACYL, 2008; 2009). Ésta contempla la atención sanitaria a demanda, programada, y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo, la indicación o prescripción y realización, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la derivación a especialistas cuando esté indicado. Al mismo tiempo está conformada por actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria entre las que se encuentran la orientación sobre estilos de vida saludables, el seguimiento del embarazo, la preparación al parto, el seguimiento del desarrollo de los niños, la vacunación según el calendario vacunal, las revisiones bucodentales, la prevención de riesgo cardiovascular, la detección precoz de cáncer de cuello uterino, la detección precoz de cáncer de mama, la detección precoz de otros tumores en personas con riesgo, la detección precoz de situaciones de riesgo sociosanitario, la rehabilitación básica y fisioterapia, orientación y apoyo sobre los cuidados en salud especialmente en pacientes dependientes y sus cuidadores familiares, orientación sobre recursos sociales, apoyo en la

deshabitación tabáquica, cuidados paliativos y finalmente por otros que por motivos de salud puedan precisar los pacientes incluyendo tramitaciones administrativas relacionadas con su salud.

En cuanto a los servicios relacionados con cuidados paliativos es importante destacar que en el año 2005 se puso en funcionamiento la *Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios del Área de Salud de Segovia*.²⁹ Esta unidad, con base en el Hospital General de Segovia, es una unidad móvil que se desplaza a cualquier punto de la capital o la provincia. Dicha unidad, así como los profesionales que trabajan en ella no formaban a priori parte del objeto de estudio. La necesidad de su inclusión surgió a lo largo del desarrollo del trabajo de campo dado que esta unidad presta servicio a toda la provincia de Segovia., tanto al ámbito rural como al ámbito urbano. Es por esto que los profesionales sanitarios que forman la misma son actores sociales de la atención sanitaria en el ámbito rural, y por eso se decidió incluir en este trabajo una descripción y reflexión sobre su labor, así como las perspectivas y reflexiones de sus componentes.

Otro de los conceptos de gestión sanitaria que emergió a lo largo del trabajo de campo fue el de *transporte colectivo*. Este es un servicio que depende de la Gerencia de Área de Salud de Segovia, que supone el habilitar ambulancias a modo de vehículos que desplacen a los usuarios que lo soliciten, para los desplazamientos desde los pueblos hasta el hospital de Segovia, o bien hasta otros hospitales ubicados en otras ciudades donde se derive a los pacientes, siempre y cuando esté clínicamente justificado. Es importante señalar como la petición desde este tipo de transporte la han de solicitar los médicos de atención primaria, y ha de ser aceptada por inspección médica.

Finalmente, a modo de resumen, destacar que el apartado dedicado a la ordenación sanitaria recoge conceptos como el de *área de salud, zona básica de*

²⁹ En el marco de un convenio firmado en el año 2003 entre la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y el Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL).

2. El Contexto Etnográfico

salud, centro de salud, puntos de atención continuada, consultorios locales y cartera de servicios, entre otros, que serán de utilidad para comprender el abordaje metodológico utilizado para desarrollar esta investigación, el cual desarrollo en el siguiente capítulo dedicado al marco metodológico.

3. LA METODOLOGÍA

El presente capítulo está dedicado a la metodología utilizada para desarrollar esta investigación. En el mismo, se exponen las lógicas y las condiciones bajo las que se ha desarrollado este trabajo (González-Echevarría, 1995:50). Además, tiene como objetivo el dar cuenta de las técnicas utilizadas, justificando el porqué de su uso (Ibáñez, 1994:111). El capítulo consta de cuatro apartados. En el primero describo cuál ha sido el diseño final de la investigación, cuáles los escenarios *visitados*, así como los actores sociales que han participado en el estudio. El trabajo de campo se describe en el segundo apartado, junto con las técnicas y estrategias metodológicas utilizadas. El tercer apartado corresponde al proceso de análisis de los datos que se llevó a cabo y, finalmente, el cuarto apartado corresponde a los criterios éticos tenidos en cuenta a lo largo del desarrollo de este estudio. Los anteriores apartados, identificados como etapas de la investigación, no han estado marcados por una división temporal exacta, sino que se han ido entremezclando a lo largo del desarrollo de esta etnografía.

3.1. EL DISEÑO

“El término *metodología* designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las ciencias sociales se aplica a la manera de realizar la investigación.”
(Taylor & Bogdan, 1987:15).

La metodología etnográfica, que se encuentra en la dialéctica entre el explicar y el comprender, trata de posibilitar el conocer en profundidad, y desde la distancia crítica, el fenómeno que se desea investigar desde el punto de vista de los propios sujetos implicados, a partir del contraste con las observaciones del etnógrafo, todo ello triangulado con documentación.

Esta investigación es una *etnografía multisituada* que ha sido desarrollada a partir de una *mirada reflexiva*, compuesta por un conjunto de métodos y técnicas aplicados para recoger y analizar datos, siendo a su vez también el producto del trabajo. “La etnografía multisituada consiste en una práctica etnográfica deslocalizada, que se basa en la utilización de una multiplicidad de unidades de observación y participación. Busca, pues, un acercamiento a la complejidad de la realidad contemporánea por vías diferentes de las del *trabajo de campo* clásico, considerado una multiplicidad de dimensiones, tanto en lo referente al comportamiento de diferentes tipos de actores sociales, como a la producción escrita o audiovisual de algunos de estos agentes sociales [...] Indudablemente la etnografía multisituada, dentro de su pluralidad y heterogeneidad, es la

salida que los antropólogos modernos están buscando para salir del encorsetamiento de una práctica metodológica pensada para el estudio de sociedades exóticas de pequeña escala, pero poco adecuada para el estudio y representación de las realidades contemporáneas, donde cada vez es más innegable el impacto sobre las sociedades locales de fenómenos globales” (Roca i Girona, 2010:265).

Para poder alcanzar los objetivos del estudio, se fueron tomando decisiones a lo largo del proceso en cuanto a los escenarios y a los actores sociales a considerar. La toma de decisiones estuvo acompañada de búsquedas bibliográficas.³⁰ Para el desarrollo de esta etnografía se recurrió a fuentes documentales históricas, estadísticas y cartográficas, entre otras.

3.1.1. Los escenarios o arenas sociales

“Un buen estudio cualitativo combina una comprensión en profundidad del escenario particular estudiado con intelecciones teóricas generales que trascienden ese tipo particular de escenario.”

(Taylor & Bogdan, 1987:33)

Los lugares en los que se desenvuelven los procesos asistenciales, objeto de estudio de esta investigación, y en los que interactúan los actores sociales que participan en este trabajo, conforman los escenarios o arenas sociales en los que se ha llevado a cabo esta etnografía.

³⁰ Libros, artículos científicos, tesis doctorales, bases de datos demográficas, legislación sanitaria, guías de ordenación sanitaria, planes de salud, la cartera de servicios de atención primaria de Castilla y León, programas y protocolos, entre otros documentos fueron recopilados para realizar el diseño del trabajo. Los materiales utilizados fueron facilitados por gestores, profesionales sanitarios, y en ocasiones también por la población residente en los pueblos. También fueron hallados en Internet, en las páginas Web oficiales disponibles, principalmente, en el Portal de Salud de Castilla y León <http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm>. Bibliotecas públicas, como la Biblioteca Nacional de España, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (Instituto de Salud Carlos III), la Biblioteca Tomás Navarro Tomás (Centro Superior de Investigaciones Científicas) especializada en Ciencias Humanas y Sociales, la Biblioteca de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona) así como la Biblioteca Municipal de Segovia, han sido las bibliotecas de referencia para desarrollar este trabajo.

Para Guasch (1997:38), un escenario es “cualquier lugar donde se manifiesta la realidad social estudiada, -existiendo- para cualquier realidad social [...] una gran diversidad de escenarios.”

La ordenación sanitaria de la provincia de Segovia ha condicionado que, para dar respuesta a los distintos objetivos específicos del estudio, haya tenido que identificar distintos escenarios. El ámbito rural de esta provincia, como ya se desarrolló en el capítulo dedicado al marco etnográfico-sanitario, se divide en trece zonas básicas de salud. Para los objetivos que contemplan como actores sociales a los médicos y enfermeras de atención primaria del medio rural, así como a la población que vive en este contexto, se seleccionaron dos de las trece ZBS. La elección de estas dos zonas básicas de salud se basó en su diferencia en cuanto a las distancias a recorrer desde el centro de salud de cada zona hasta el hospital de referencia, ubicado en Segovia capital, siendo para la *Zona Básica de Salud 1* menor de cuarenta kilómetros y para la *Zona Básica de Salud 2* mayor de cuarenta kilómetros.

Entre los pueblos que conforman cada una de estas dos zonas básicas de salud, cuatro fueron los seleccionados para desarrollar el trabajo de campo. Una de las características para elegirlos fue que dispusieran de consultorio local. Los pueblos elegidos tenían entre 50 y 2.000 habitantes. Además, se tuvo en cuenta el que la población no fuera extremadamente envejecida.

Los escenarios considerados para realizar esta parte de la etnografía fueron los pueblos mismos, sus calles, plazas y espacios públicos como los consultorios locales, principalmente, así como los domicilios de los habitantes que participaron en el estudio. Al mismo tiempo fueron escenarios los puntos de atención continuada de estas dos zonas básicas de salud.

Para abordar el estudio sobre la atención prestada por las matronas de primaria se identificaron, a modo de escenario *macro*, las trece ZBS rurales, y en concreto las consultas de las matronas ubicadas en los centros de salud. Siete son las matronas que trabajan en el medio rural ya que alguna lleva dos o tres ZBS.

En cuanto a la unidad de cuidados paliativos también se consideró como escenario el ámbito rural de la provincia de Segovia ya que esta unidad da servicio a toda la provincia.

3.1.2. Los actores sociales

Han sido muchos los actores sociales que han participado en esta etnografía, tanto a título personal como a título institucional. Los fenómenos sociales son multifacéticos, por ello se ha procurado un discurso coral en el que concurren distintas perspectivas sobre lo que acontece, que permita cruzar las diferentes *versiones* sobre la realidad, observando a los actores sociales en las relaciones que establecen en su contexto (Bourdieu, 1999).

Si bien, dos grupos de actores sociales bien diferenciados fueron tenidos particularmente en cuenta para abordar el objeto de estudio de este trabajo. Por un lado profesionales sanitarios de atención primaria rural de Segovia y de la unidad de cuidados paliativos. Por otro lado, población adulta que reside en los cuatro pueblos segovianos donde se trabajó en mayor grado.

Ahora bien, es importante señalar que a lo largo del trabajo de campo se han establecido contactos con otros actores sociales como personal institucional, trabajadores sociales, profesionales sanitarios de atención especializada, auxiliares administrativos de centros de salud, trabajadores de ayuntamientos, farmacéuticos locales, maestros de escuelas rurales, responsables de centros para mayores, tenderos, entre otros, que han facilitado el acceso a lo que anteriormente hemos categorizado como actores sociales, y que en muchos casos también han aportado información relevante para la realización de esta etnografía.

- *Los profesionales sanitarios*

Los profesionales sanitarios, que han sido tenidos en cuenta en los objetivos específicos de esta investigación, son el personal médico y el personal de enfermería de atención primaria que desarrolla su trabajo en pueblos de la

provincia de Segovia, tanto en los consultorios locales, como, en la mayor parte de los casos también en los PAC, en las llamadas urgencias de primaria.

Por otro lado se decidió tomar como actores sociales a las matronas de atención primaria rural de la provincia de Segovia, que tienen sus consultas en los centros de salud, como ya se comentó anteriormente.

Finalmente los profesionales de la unidad de cuidados paliativos de Segovia fueron también actores sociales de este estudio.

Se recogió información en relación a los profesionales sanitarios como su sexo; edad; profesión; tiempo trabajando en el ámbito rural; pueblo/s donde desarrolla su labor; centro de salud y zona básica de salud.

Por motivos relacionados con la protección de datos, no describiré minuciosamente a cada informante, al igual que no se han descrito minuciosamente las zonas básicas de salud, o los pueblos donde se desarrolla la etnografía. Si bien sí incorporaré información que permita *verlos* en cierta medida. En la *tabla 2*, incluida en el apartado dedicado a la técnica de entrevista, en este capítulo, se muestran estos datos de forma organizada.

- *La gente de los pueblos*

La población adulta que reside en los cuatro pueblos donde se ha desarrollado el trabajo de campo forma parte del otro grupo principal de actores sociales que han participado en esta etnografía.

Si hablamos de estos actores en términos etéreos, nos encontramos con diferentes grupos de población. Por un lado el grupo de población adulta, en edad activa. Por otro lado el grupo de personas mayores de 65 años, jubiladas, y teóricamente sin actividad laboral alguna. Además de la edad, se recogió información de estos vecinos en cuanto a su pueblo de residencia; sexo; disponibilidad o no de red doméstico-familiar y/o redes informales; tener o no a su cargo a alguna persona dependiente; disponibilidad o no de transporte

privado; experiencia relacionada con un proceso de enfermedad que haya hecho que elaboren un proceso asistencial, personal o familiar.

Pero, citando a Devillard (1988:47), “¿qué pasa con aquellas personas que viven fuera del pueblo pero siguen teniendo lazos familiares y económicos, incluso un papel religioso o político, en su lugar de origen? ¿Cómo se consideran a sí mismos y cómo les ven los demás?” Principalmente en verano, pero también fines de semana u otros periodos de tiempo ligados en muchos casos a los periodos vacacionales, vuelven a los pueblos personas que emigraron, del campo a la ciudad principalmente. Esta población no ha sido categorizada como actores sociales de este trabajo, si bien sí van a aparecer en los discursos de otros actores sociales, profesionales sanitarios, siendo nombrados como se les define desde el punto de vista de organización sanitaria, *los desplazados*. Por otro lado, a lo largo de la etnografía sí se hace alusión en alguna nota a esta población, teniendo incluso voz en alguna ocasión, cuando hablan de procesos asistenciales ligados a familiares suyos que sí residen en estos pueblos. Son, principalmente, hijos o hijas hablando de sus padres, mayores.

3.2. EL TRABAJO DE CAMPO

“El trabajo de campo es la experiencia constitutiva de la Antropología, porque distingue a la disciplina, cualifica a sus investigadores y crea el cuerpo primario de sus datos empíricos.”
(Stocking, 1993:43)

3.2.1. Acceso al campo etnográfico

Cuando la investigación se desarrolla en una zona, una región, una ciudad, un lugar que no nos es ajeno, a priori, se piensa más fácil el acceso al campo etnográfico. Se conocen algunos lugares, algunas carreteras, algunas instituciones, algunas asociaciones, a algunas personas. Este trabajo, como ya se ha comentado, tiene como campo etnográfico fundamental el ámbito rural, pero el acceso al campo se produjo, en un primer momento en la ciudad, en Segovia, ya que es allí donde se encuentran las ubicadas instituciones. Al mismo tiempo, allí residen también la mayor parte de los profesionales sanitarios que yo

conocía ya, o bien los *conocidos de conocidos*, que trabajan en el sector salud. Fue en esta ciudad donde mantuve mis primeras entrevistas con informantes clave. En cuanto al acceso a los pueblos, una vez fueron uno a uno seleccionados, hubo que desarrollar una doble tarea de acceso al campo. Por un lado acercándome a los profesionales sanitarios, por otro lado a la población que allí residía.

Poco a poco establecí contacto con los médicos y enfermeros de estos pueblos, así como con médicos y enfermeros que trabajaban en estas dos zonas básicas de salud. He de decir en este punto que la mayor parte de los profesionales sanitarios habían trabajado en diferentes ZBS rurales, y todas sus experiencias han sido tenidas en cuenta como material etnográfico.

Empecé también a realizar los contactos con las matronas de atención primaria rural, recogiendo finalmente los discursos de las siete matronas que dan asistencia a las trece zonas básicas de salud rurales.

Por otro lado, a lo largo del desarrollo del trabajo de campo emergieron otros actores sociales, los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos que también desarrollan parte de su labor en el ámbito rural.

Señalo en este punto que algunos de los profesionales sanitarios que participaron en esta investigación han cambiado de lugar de trabajo.

En relación a *la gente de los pueblos*, utilicé en primer lugar contactos informales para empezar a establecer comunicación con los vecinos de los cuatro pueblos en los que trabajé. Posteriormente, gracias también a mis estancias en el campo se fueron posibilitando más contactos, a modo de muestreo en forma de bola de nieve (Valles, 2002).

El trabajo de campo comenzó en junio de 2008, y tuvo una duración de dieciocho meses. Se desarrolló de modo discontinuo, estando condicionado, entre otras cosas, por la organización sanitaria como por la accesibilidad a los diferentes escenarios del estudio.

Esta investigación se perfila además a partir de las características propias de la persona que realiza la investigación. Entre las facilidades derivadas de mi formación sanitaria, de mi trabajo en una institución donde se desarrolla docencia e investigación en salud pública, y el conocer, más allá de mi propia percepción, el punto *emic* de la población de estudio, surgen tensiones necesarias para que mi punto de vista no sea impuesto, pudiendo así compartir e interpretar, sin dar nada por supuesto.

3.3. TÉCNICAS CUALITATIVAS DE RECOGIDA DE DATOS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

En esta etnografía se ha optado por utilizar algunas de las principales técnicas empleadas frecuentemente en Antropología como son la observación, las entrevistas y las notas de campo. También se utilizaron los estudios de casos, no entendidos meramente como técnicas, como se explicará más adelante. A continuación se definen y describen las condiciones en las que han sido utilizadas cada una de ellas.

3.3.1. La observación

Taylor & Bogdan (1987:31) señalan que la etnografía “involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el medio de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo.”

Las tensiones que devienen del uso de esta técnica tienen que ver con la triangulación entre estar allí, participar en el proceso y observar.³¹

³¹ Spradley (1980: 54) describe como “el observador participante sigue unas normas que transforman su observación en algo distinto de la realizada por un observador ordinario, en primer lugar, porque -en su opinión- él «no baja la guardia» dando las cosas por supuesto; en segundo lugar, porque presta atención a los aspectos culturales tácitos de una situación social dada; en tercer lugar, porque tiene una experiencia desde dentro y desde fuera de tal situación por su doble condición de participante y de observador, es decir, porque enriquece sus datos con estrategias tanto de aproximación como de distanciamiento; y, en cuarto lugar, porque efectúa un registro sistemático de los mismos, tratando de no mezclar en su diario de campo las observaciones con las inferencias que extrae a partir de ellas.”

Dentro de la Antropología y desde otras experiencias en investigación sanitaria, la observación participante permite un primer acercamiento a problemas nuevos, siendo en “muchos casos [...] el único método para empezar a conocer lo desconocido” (García & Sanmartín, 1986:127).

Se realizó observación participante en la sala de espera de los consultorios locales de los cuatro pueblos durante tres meses (julio 2008-septiembre 2008). En uno de los consultorios había consulta todos los días, tanto médica como de enfermería. En los otros tres consultorios las consultas se realizaban días alternos, coincidiendo escasamente el personal médico y el de enfermería.

Las unidades de observación que se plantearon al inicio del trabajo de campo, como guía para orientar la recogida de información pueden ser encontradas en el *anexo 1*.

3.3.2. Las entrevistas

Las entrevistas son, según Valles (2002), un dispositivo conversacional entre el entrevistador y la persona entrevistada con el que tratamos de recoger versiones personales acerca de alguna experiencia, situación, proceso o similar, con la finalidad de poder entender y comprender la significación y el sentido que pudieran tener para los actores sociales. El entrevistador contribuye a crear las condiciones de la aparición de un discurso que le permita comprender el punto de vista de la persona entrevistada.

El uso de esta técnica ha estado condicionado, en parte, por la observación, habiendo personas que fueron captadas para ser entrevistadas dentro de los tiempos dedicados a la observación.

Para el desarrollo de las entrevistas se elaboraron *guías de entrevista* para asegurar el que temas claves relacionados con el acceso y la utilización de la atención primaria en el ámbito rural, así como el autocuidado y la autoatención, la toma de decisiones, entre otros temas relacionados con los procesos asistenciales, fueran explorados.

La guía de la entrevista no es un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante.³² En el *anexo 2* pueden verse las guías de entrevista que fueron utilizadas para esta investigación.

A continuación se describen los diferentes tipos de entrevista que fueron utilizados, así como en qué situaciones se emplearon.

- *Entrevistas conversacionales*

Son encuentros surgidos durante el desarrollo del trabajo de campo. Estos diálogos han surgido muchas veces en el campo en torno a temas concretos, en cuanto a la atención sanitaria, de forma que no abordan todas las temáticas del estudio, pero por su riqueza informativa, las dotamos de esta consideración. Las conversaciones fueron la base de entrevistas abiertas, que son las que tienden a desarrollarse mejor en situaciones informales, dado que no hay preguntas ni respuestas organizadas, como si se tratase de un cuestionario.

- *Entrevistas semi-estructuradas*

En el caso de las *entrevistas semi-estructuradas* las preguntas están definidas previamente en un guión de entrevista, pero tanto la secuencia, como su formulación, pueden variar en función de cada sujeto entrevistado. Como modelo mixto entre la entrevista estructurada y en profundidad, presenta una alternancia de fases directivas y no directivas (Blasco & Otero, 2008). En el desarrollo de las entrevistas semi-estructuradas siempre hubo un espacio de

³² "En la situación de entrevista el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuando formularlas. La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas. El empleo de guías presupone un cierto grado de conocimiento sobre el objeto de estudio. La elaboración de este tipo de guías y su utilización es útil cuando el investigador ya tiene conocimientos acerca del objeto de estudio y de los informantes a través del trabajo de campo, entrevistas preliminares u otra experiencia directa. Esa guía puede asimismo ser ampliada o revisada a medida que se realizan entrevistas adicionales." (Taylor & Bogdan, 1987:119).

conversación libre al principio y al final, recogándose la información generada en forma de notas de campo.

-Entrevistas en profundidad

Las entrevistas en profundidad fueron, como marca la teoría “no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas” (Taylor & Bogdan, 1987:101). Son las que inicialmente se plantean para buscar la información que es difícil de obtener u observar, para profundizar en los discursos surgidos en la observación y para recoger las visiones personales que se buscan en los objetivos del estudio. Cuando se mantuvieron estas entrevistas ya existía una relación con las personas entrevistadas. Todas ellas se intentaron plantear como una entrevista abierta, en el sentido de generar una relación dinámica en la que dentro de la lógica comunicativa se fueran generando los temas.

- Lugares donde hablar

“La calidad de la entrevista no sólo depende de las características y roles del entrevistador, sino también del lugar y del momento que se elija para realizarla.”

(Valles, 2002:255)

Los lugares donde se desarrollaron las entrevistas fueron dispares, y dependieron de los actores entrevistados, profesionales sanitarios o gente de los pueblos. La mayor parte de las entrevistas a los profesionales sanitarios se llevaron a cabo bien en los consultorios locales, bien en los puntos de atención continuada, durante su horario laboral, en los espacios de tiempos que ellos lograron acomodar en su agenda para recibirme. También hubo entrevistas que se desarrollaron en lugares públicos, como bares o cafeterías, o en los domicilios de los profesionales sanitarios.

Las entrevistas con la gente de los pueblos tuvieron lugar en los domicilios y en algún caso concreto, en sus lugares de trabajo, dándose esta situación cuando las personas eran trabajadoras o trabajadores autónomos.

Las entrevistas conversacionales fueron registradas en el cuaderno de campo, y realicé un registro digital de audio³³ del resto de las entrevistas, siendo éstas transcritas íntegramente.³⁴

En la *tabla 2* se muestra una relación de las entrevistas que se llevaron a cabo.

Tabla 2. Entrevistas.

Tipo de entrevista	Nombres	Edad	ZBS
Profesionales Sanitarios			
	Médicos		
En profundidad/Conversación informal	Victoria	> 45	1
En profundidad/Conversación informal	Eva	> 45	1
En profundidad/Conversación informal	Miguel	> 45	1
En profundidad/Conversación informal	Antolín	> 45	2
En profundidad/Conversación informal	Luisa	> 45	2
En profundidad/Conversación informal	Gloria	> 45	2

³³ En las grabaciones han quedado recogidos muchos sonidos que interrumpían de una u otra manera las conversaciones informales, las entrevistas, y mis anotaciones verbales. A modo de ejemplo, sonidos generados por vendedores ambulantes que ofrecían todo tipo de productos: [*Llega un vendedor de sandías y se interrumpe la conversación quince segundos.*] Estos sonidos forman parte de estos lugares.

³⁴ He de hacer alusión en este punto a dos personas, en el desarrollo del trabajo de campo, un profesional sanitario, una médico y una persona que vivía en los pueblos donde se trabajó, una mujer que no consintieron que la entrevista fuera grabada. La información fue pues recogida a modo de notas de campo.

Tipo de entrevista	Nombres	Edad	ZBS
Profesionales Sanitarios			
Enfermería			
Semi-estructurada	Julián	> 45	1
Semi-estructurada	Lola	< 45	1
En profundidad/Conversación informal	Alberto	< 45	1
En profundidad/Conversación informal	Maribel	> 45	1
En profundidad/Conversación informal	Paz	> 45	2
Semi-estructurada	Cristina	< 45	2
En profundidad/Conversación informal	Ramona	> 45	2
En profundidad	Miriam	< 45	2

Tipo de entrevista	Nombres	Edad	ZBS
Profesionales Sanitarios			
Matronas			
En profundidad/Conversación informal	Virginia	> 45	*
En profundidad/Conversación informal	Beatriz	< 45	*
En profundidad/Conversación informal	Lucía	> 45	*
En profundidad/Conversación informal	Ana Belén	> 45	*
En profundidad/Conversación informal	Silvia	> 45	*
En profundidad/Conversación informal	Isabel	> 45	*
En profundidad/Conversación informal	Amaya	> 45	*

Tipo de entrevista	Nombres	Edad	ZBS
Profesionales Sanitarios			
	Unidad de Cuidados Paliativos		
En profundidad/Conversaciones informales	*	*	*
En profundidad	*	*	*
Semi-estructurada	*	*	*

3.3.3. Notas de campo

Todos los antropólogos toman notas de campo. Bernard (2002:366), en su libro *Research Methods in Anthropology. Qualitative and quantitative approach*, propone una diferenciación entre cuatro tipos de notas de campo, que fue utilizada durante el desarrollo de esta etnografía.

- *The Log*: Este tipo de notas recoge la información de cómo planeas pasar el tiempo de un día de trabajo de campo, y cómo has gastado ese tiempo realmente. Para esta investigación mis agendas de los años en los que se desarrolló el trabajo de campo fueron el soporte en el que registré, día a día, las tareas planificadas, revisando al final del día lo anotado, y comparándolo con lo realizado.³⁵

- *Jottings*: Son las notas tomadas mientras se permanece en el campo. En determinadas situaciones no es posible tomar notas, porque altera la forma de actuar de la gente más de lo que ya pueda alterarla la presencia del investigador.³⁶ Cuando se dieron estas circunstancias, estas observaciones, reflexiones, notas finalmente, fueron escritas a posteriori, con la ayuda de

³⁵ Durante el desarrollo del trabajo de campo hubo citas para hacer entrevistas que se cancelaron, y situaciones que surgieron en el terreno que condicionaron la planificación de días enteros.

³⁶ Los lugares públicos y el control social. Se ha de tener en cuenta lo habitual que pueda ser o no que una persona esté escribiendo en un determinado lugar, así como lo violenta que pueda sentirse la gente al notarse observada.

pequeños registros hechos en cualquier pequeño trozo de papel que estuviera a mano, como por ejemplo *tickets* de compra.

- *El diario*: El diario de campo es, por un lado el registro donde se compilan las notas tomadas en el campo, y, al mismo tiempo, un diario personal donde se escriben las anotaciones de las percepciones, de lo que nos sugieren los escenarios y los actores del estudio, las reflexiones, y *lo que se nos mueve por dentro*.³⁷

- *Field notes*: Las notas de campo son aquellas que se hacen después de un día de trabajo en el terreno. Una vez se han recogido las observaciones e impresiones en el diario de campo, surgen reflexiones que pueden escribirse y catalogarse como notas metodológicas, notas descriptivas o notas analíticas.³⁸

3.3.4. Estudios de caso

"[...] el método del estudio de caso no es una técnica particular para conseguir datos (como en la entrevista), si no una manera de organizar éstos con base en alguna unidad escogida, como puede ser la historia del individuo, la historia del grupo o algún proceso social delimitado. Se pueden emplear todas las técnicas que utilice otro modo de organización: entrevistas intensivas, cuestionario, historias personales, documentos, informes de casos hechos por otras personas, cartas, etc."

(Goode & Hatt, 1976:415)

Los estudios de caso³⁹ nos muestran como cualquier ritual o manifestación cultural de la vida cotidiana de un grupo humano puede ser un buen punto de partida para hacer un análisis comprensivo de la totalidad de las relaciones sociales en una sociedad. Una visión general de la sociedad otorga sentido a

³⁷ Además, como escribe Bernard (2000:369): "*It will help you deal with loneliness, fear, and other emotions that make fieldwork difficult.*" La publicación de diarios de campo como los de Malinowski y Boas ha ayudado a transmitir a los etnógrafos que no están solos ante sus dudas, si bien se ha de tener en cuenta que el diario de campo de un estudio es una herramienta privada del investigador.

³⁸ Estas *notas reflexivas* fueron escritas en el ordenador portátil que utilicé durante la investigación. También realicé registros en la grabadora tras acabar cada observación que fueron posteriormente transcritos y utilizados para el análisis.

³⁹ "Existe escasa bibliografía en castellano sobre estudios de caso, a diferencia de otras técnicas como puedan ser la entrevista o la historia de vida, por citar algunas" (Arzaluz, 2005:109). Por este motivo se anexa una explicación de lo que supone utilizar estudios de caso como estrategia de investigación (Ver anexo 3).

cada una de las partes de un ritual o de un episodio de la vida cotidiana, permitiendo una comprensión profunda del papel que cada actor social interpreta en cada situación social.

Diseño de los estudios de caso

“El estudio de muestras amplias y aleatorias de casos no es pues necesariamente el método más práctico. En realidad [...] la selección de casos críticos puede ser una aproximación más fructífera.”

(Hammersley & Atkinson, 2001:58)

Diseñé los estudios de caso siguiendo la propuesta de Yin (2009), siendo el diseño de *caso sencillo* el utilizado. Opté además por la elección de casos críticos que permitieran estudiar los procesos asistenciales desde el interior de los grupos domésticos, para al mismo tiempo trabajar en cómo se articulan las redes sociales ante este tipo de casos, siguiendo las recomendaciones de Menéndez (1992) y Osorio (2001:14) quienes explican que “el grupo doméstico y sus redes sociales constituyen una unidad analítica privilegiada dónde captar la interrelación de los modelos médicos, tanto en sus representaciones, como en sus prácticas sociales.” La siguiente tabla muestra el diseño de los estudios de caso elaborados para esta etnografía.

Tabla 3. Diseño de los estudios de caso.

Estudio de caso (caso sencillo)	Motivo para ser un estudio de caso	Ejes temáticos	Herramientas metodológicas utilizadas
Roberto	Enfermo de cáncer de 36 años. Reside en la Zona 2	Procesos asistenciales Toma de decisiones Articulación de redes sociales	Entrevistas Conversaciones informales Notas de campo
Rosario	Enferma de cáncer de 52 años. Reside en la Zona 2	Procesos asistenciales Toma de decisiones Articulación de redes sociales	Entrevistas Conversaciones informales Notas de campo
Pedro	Persona dependiente de 67 años y cuidadora familiar de 60 años.	Procesos asistenciales Toma de decisiones Articulación de redes sociales	Observación Entrevistas Conversaciones informales Notas de campo
Juana y Eugenio	Matrimonio de 73 años que viven solos. Sus hijos no residen en el pueblo.	Procesos asistenciales Toma de decisiones Articulación de redes sociales	Observación Entrevistas Conversaciones informales Notas de campo
Antonina	Persona dependiente de 82 años y familiar de 57 años.	Procesos asistenciales Toma de decisiones Articulación de redes sociales	Observación Entrevistas Conversaciones informales Notas de campo
Nicasia	Mujer de 84 que vive sola. Durante los meses de invierno migra a diferentes ciudades para vivir con sus hijos	Procesos asistenciales Toma de decisiones Articulación de redes sociales	Observación Entrevistas Conversaciones informales Notas de campo

3.4. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información relativa a las variaciones entre el diseño y su puesta en práctica, así como las razones de cada una de las decisiones tomadas en la elección de la población de estudio, las técnicas utilizadas, tanto de producción como de recogida de datos, el trabajo de campo y el análisis de los datos, será desarrollada en este apartado. Una de las claves para analizar estos cambios ha tenido que ver con el ir y venir entre el trabajo de campo y el escritorio.

En esta investigación el análisis de los datos ha sido un proceso simultáneo al trabajo de campo, ya que se ha pretendido ir incorporando los conocimientos y resultados que se iban extrayendo a la recogida de datos en el terreno. Por ello ha habido periodos de trabajo de campo y periodos de escritorio, utilizados para analizar los datos, y poder así ir construyendo el texto etnográfico.

El análisis se estructuró sobre la base de los siguientes ejes temáticos: la autoatención; la atención/demanda de las consultas de médico/enfermera de atención primaria; la atención/demanda de las urgencias de atención primaria; la atención/demanda de las consultas de las matronas de atención primaria; y por último la atención/demanda de la unidad de cuidados paliativos.

En el análisis del material se tuvieron en cuenta en primer lugar las recomendaciones de Ibáñez (1986), sobre comenzar el proceso de análisis con una lectura intensiva del material, realizando una primera toma de notas analíticas. A continuación el análisis de los datos se basó en las propuestas que la Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1967) plantea para hacer la codificación y la categorización. En un primer momento se procedió a lo que se denomina codificación abierta, identificando las temáticas principales que aparecen en el discurso y asignándole etiquetas o códigos que agrupan temáticas. El siguiente paso fue una codificación axial, es decir, una vez creados los códigos, se procedió a la identificación de relaciones entre ellos. Por último, se identificaron las categorías, que es lo que la Teoría Fundamentada denomina codificación selectiva (Trinidad, *et al.*, 2006).

Las categorías de análisis, señaladas a continuación, han constituido a su vez los ejes para la búsqueda de información y para organizar el análisis en relación con los objetivos de la investigación y el marco teórico en cada uno de estos ejes temáticos principales. Se ha de decir que a lo largo de la investigación dichas categorías se fueron matizando. A continuación se presentan las categorías de análisis agrupadas en dos partes diferenciadas por pertenecer a los dos grupos sociales que son abordados en este trabajo, los profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria en el ámbito rural y, por el otro lado, la gente de los pueblos.

Categorías de análisis	
Profesionales sanitarios	Población
Representaciones sobre el acceso a los servicios sanitarios.	Representaciones en relación a los procesos de salud/enfermedad/atención en el ámbito doméstico.
Representaciones sobre la utilización de los servicios sanitarios.	Representaciones sobre el acceso y la demanda de los servicios sanitarios.
Representaciones sobre la población que acude a los servicios sanitarios.	Representaciones en relación a la articulación de las redes sociales en los procesos asistenciales.
Representaciones de la prestación de servicios sanitarios.	Toma de decisiones y vivencias relacionadas con los procesos asistenciales.
Necesidades percibidas para desarrollar su actividad asistencial en ámbitos rurales.	Roles de género en la asunción de tareas en los procesos asistenciales.

Por otro lado, y para la construcción de los estudios de caso, se ha trabajado también con las denominadas por Kleinman (1988) "narrativas de enfermedad." El análisis narrativo permite al investigador evaluar la forma en que una persona construye su visión del mundo y lo expresa para su audiencia (Davis, 2008). En este caso es útil el trabajar con las narrativas para construir los procesos asistenciales de los actores de estudio desde el punto de vista *emic*.

Finalmente, también los diferentes tipos de notas participaron del análisis de datos, siendo especialmente útiles para establecer relaciones entre los materiales discursivos, y para la elaboración final de esta etnografía.

3.4.1. El soporte informático en la gestión de la información.

Utilizar metodología cualitativa en investigación genera mucha información escrita. Muchos programas informáticos han sido desarrollados para ayudar a organizar los datos y prepararlos así para su análisis (Dahlegren *et al.*, 2007). Durante las estancias en *Umeå International School of Public Health, Umeå University (Sweden)* mejoré sustancialmente mi formación en cuanto al análisis de datos cualitativos. De estas estancias parte el utilizar una herramienta informática, el programa *Open Code 3.4*⁴⁰, para el análisis de parte de los datos etnográficos recogidos durante el trabajo de campo.

3.5. CRITERIOS ÉTICOS

Este trabajo ha estado enmarcado en el proyecto de investigación “Accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios en el medio rural y urbano. Estudio de variables relacionadas con el área geográfica de residencia” (PI 080306 SEPY 1366/08), financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias. Dicho proyecto fue aprobado por el Comité Ético del Instituto de Salud Carlos III, al mismo tiempo que fue presentado a la Comisión de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Segovia. Para cumplir con los requerimientos éticos esta etnografía preserva el anonimato de los porteros de campo e informantes que han participado en este estudio. Es por ello que en primer lugar se tomó la decisión de no explicitar en que zonas básicas de salud se trabajó en mayor profundidad, ni cuales fueron los pueblos elegidos para el estudio. Por otro lado todos los nombres de personas que aparecen en este estudio son seudónimos. En cuanto a los datos facilitados para definir a los

⁴⁰ La información relacionada con el software informático Open Code 3.4 se encuentra en el anexo 4.

informantes se considera que el género, una edad aproximada, y la ocupación es información suficiente.

En cuanto a la recogida de datos, y más en concreto en cuanto a las grabaciones, se pidió siempre consentimiento oral a los informantes, quedando registrado en la grabación que consentían el que se registraran de esta manera las conversaciones con ellos mantenidas. Al mismo tiempo expongo como hubo una minoría dentro de los informantes que no consintió el uso de grabadora, siendo sus narrativas recogidas a modo de notas de campo.

Una vez se dio por terminado el trabajo de campo, el tiempo dedicado al análisis final de los datos ha estado también ligado a la escritura del trabajo que tiene usted en sus manos, y cuyos resultados podrá leer a continuación.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

Segunda parte

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

*De aldea en aldea
el viento lo lleva
siguiendo el sendero,
su patria es el mundo,
como un vagabundo
va el titiritero.*

Joan Manuel Serrat, cantautor.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

4. LOS CONSULTORIOS LOCALES

Este capítulo tiene como objetivo el situarle en los consultorios locales, lugares donde transcurren las consultas médica y de enfermería en los pueblos de la provincia de Segovia donde no hay ubicado un centro de salud. A lo largo del capítulo profundizaremos en el acceso a estos consultorios y en la demanda que la población hace de los mismos, acompañados por los profesionales sanitarios que desarrollan allí su labor, que nos hablarán de sus perspectivas y experiencias.

Son las nueve de la mañana. El alguacil del pueblo se dirige hacia el ayuntamiento para abrir la puerta del consultorio local para que la gente pueda entrar a la antesala de las consultas que hace las veces de sala de espera. Hoy es miércoles. Será la médica la que pase consulta como cada lunes, miércoles y viernes. Los martes y los jueves es la enfermera la que pasa consulta. Hay un papel pegado con esparadrapo en la puerta de entrada del consultorio donde pueden leerse los horarios de la consulta médica y de la consulta de enfermería. (Nota de campo, 9 de julio de 2008)

Encontramos consultorios locales en aquellos pueblos en los que no hay un centro de salud físicamente establecido, teóricamente, siempre y cuando en el pueblo haya más de cincuenta *tarjetas sanitarias*. Su espacio físico depende de los ayuntamientos, si bien la Junta de Castilla y León ha de dotarlos desde el punto de vista sanitario.

“El mantenimiento y las instalaciones dependen del ayuntamiento, si el ayuntamiento se preocupa, pues bien, pero si no se preocupa, pues mal.” (Maribel, enfermera)

Los consultorios que observé estaban ubicados en la casa consistorial, en la antigua casa del médico, en las escuelas viejas o en algún local habilitado por el ayuntamiento para tal fin.

“En algunos sitios estás en el ayuntamiento, en una salita del ayuntamiento, y en otros donde no, donde el consultorio está aparte, en lo que era la antigua casa del médico, y en cada sitio es diferente.” (Alberto, enfermero)

El consultorio donde estoy haciendo observación hoy está ubicado en un local que pertenece al ayuntamiento, que a su vez está situado en la plaza del pueblo. Al entrar me encuentro con un pasillo ancho en el que hay unas diez sillas de plástico. Hay tres puertas. Una de ellas es la de la consulta de la médica. La

segunda corresponde a la de la consulta de la enfermera. La tercera puerta es la del servicio. Durante los tiempos de observación me entero de que se hicieron obras en el consultorio no hace mucho para adaptar dicho servicio a posibles usuarios que fueran en silla de ruedas debido a una nueva normativa. Pienso en cómo el acceso al consultorio está custodiado por dos hermosos escalones. (Nota de campo, 21 de julio de 2008)

Las características de los consultorios locales varían en función de cada pueblo. Es frecuente encontrar en las paredes de los mismos carteles informativos relacionados con la atención sanitaria (horarios, números de teléfono) y con salud pública.⁴¹

La gente va llegando al consultorio. La mayor parte de la gente acude caminando. Los mayores ayudados por su bastón, por una muleta... Algunas personas, esporádicamente, llegan en bicicleta. Los que se acercan al consultorio en coche suelen ser los más jóvenes. (Nota de campo, 16 de julio de 2008)

Tanto en los consultorios locales, como en las consultas ubicadas en los centros de salud, el horario de consulta se desarrolla en horario de mañana. Si bien, en los consultorios el margen horario está más restringido.

La consulta médica de hoy se desarrolla entre las nueve y las once horas de la mañana. (Nota de campo, 16 de julio de 2008)

Que el horario sea de mañana supone una limitación para acceder a la consulta médica y de enfermería de primaria para diferentes grupos poblacionales, como la población joven que estudia en horario de mañana y se desplaza cada día a los centros educativos ubicados en pueblos de mayor tamaño o ciudades⁴², o de

⁴¹ Nombro, a modo de ejemplo característico, los carteles relativos a las matanzas de cerdos domiciliarias.

⁴² *Estoy en casa de Mari. Su hijo de quince años parece estar acatarrado. Ella le dirige las siguientes palabras - Mañana vamos al médico, pero por la tarde, vamos al centro de salud para que no pierdas clase-* (Nota de campo, 24 de noviembre 2009). La población que estudia o trabaja en otros lugares distintos al lugar donde residen, no pudiendo acudir a la consulta médica o de enfermería por incompatibilidad horaria, desarrollan la estrategia de utilizar los Puntos de Atención Continuada (PAC), como se desarrollará en el capítulo dedicado a las urgencias de atención primaria.

la población que trabaja en otros municipios o ciudades, más o menos próximas.

“Hombre, cuando la población está trabajando le cuesta mucho ir a consulta.” (Lola, enfermera)

Aunque teóricamente pueden solicitarse permisos de trabajo para asistir a consultas sanitarias, en la práctica pueden darse una serie de dificultades que manifiestan los mismos profesionales sanitarios.

“Si es que lo entiendes. Cuando es un pueblo que está a cinco o seis kilómetros de Segovia, pues dices, -Sal un poco de trabajar y te vienes al médico.- Pero claro, un pueblo que está a treinta kilómetros, que donde trabajas es en Segovia, pues, cómo le vas a hacer venir treinta kilómetros para cinco minutos de consulta para volverse a ir después. Ya le puedes arreglar la vida en esos cinco minutos, porque como sea para venir a por un papel, mal lo tiene.” (Alberto, enfermero)

Al margen de estas dificultades de acceso, los usuarios o pacientes *entran en el consultorio y se van sentando en la salita de espera si se encuentran a más gente esperando. Si es este el caso preguntan por quién es el último. No hay servicio de cita previa. La entrada a la consulta se regula dando la vez.* (Nota de campo, 4 de julio de 2008)

Es así como en algunos consultorios locales el acceso a la consulta médica o de enfermería se establece según el orden de llegada de los usuarios, es decir, *“la demanda es por vez. No hay cita previa.”* (Maribel, enfermera)

No trabajan en los consultorios locales auxiliares administrativos o celadores que actúen de porteros de acceso como en los centros de salud.

“En los consultorios no tenemos celador que nos coja citas ni nadie que nos pare al personal. Cuando te entran, te entran ya a la consulta. Dices - A ver, ¿Qué quiere usted? -” (Lola, enfermera)

En algunos consultorios es posible encontrar un expendedor de números para regular el turno de entrada a las consultas: *Colgados en la pared hay dos*

dispensadores de números iguales a los que podemos encontrar en carnicerías o pescaderías, que han sustituido la costumbre de dar la vez para acceder de forma ordenada a las consultas. (Nota de campo, 5 de agosto de 2008)

Los números son retirados por los profesionales a una hora determinada. La persona que acuda más tarde ya no será atendida ese día, a no ser que se trate de una urgencia.

El tiempo de espera para entrar a la consulta es impredecible. Puede que no sea necesario esperar si no hay nadie ni en la sala de espera ni en la consulta. Otras veces puede demorarse la espera incluso dos horas.

En las salas de espera, cuando hay gente, se generan conversaciones espontáneas entre los allí reunidos. Prácticamente todos, salvo excepciones, se conocen, conocen quienes son y la familia a la que pertenecen, dónde viven, y en muchos casos también saben qué les ha llevado al consultorio. Surgen así diálogos que en principio giran en torno a la salud y la enfermedad, para degenerar después en todo tipo de conversaciones.⁴³

Por otro lado, médicos y enfermeros llegan a los consultorios locales en solitario. Conducen siempre su propio coche. Todos aparcen sus automóviles frente a la puerta de entrada. No suele haber problemas de aparcamiento.

El coche de la médica sirve a la gente del pueblo como indicador para saber que se está pasando consulta sin necesidad de entrar en el consultorio. La gente que está sentada hoy en la sala de espera conoce dicho coche. Hablan del mismo, y a colación, se preguntan dónde vivirá la médica. Una señora comenta haberla visto en Segovia, en la ciudad. Otra mujer que también está esperando para entrar en la consulta sugiere diferentes posibilidades. (Diario de campo, 11 de agosto de 2008)

Algunos profesionales pasan por el centro de salud antes de ir a los consultorios para recoger informes, papeles, material. El personal de enfermería, por ejemplo, ha de acudir a días alternos a realizar extracciones de sangre al centro en el que trabajan para empezar su jornada laboral. Otros profesionales van al

⁴³ Ver *-Los usos sociales del consultorio.-*, idea desarrollada más adelante, en este mismo capítulo.

consultorio directamente desde sus domicilios. En contadas ocasiones los médicos o enfermeros son vecinos del pueblo en el que trabajan. Esto contrasta con la figura clásica del médico rural, que residía habitualmente en los pueblos a los que prestaba servicio.

“Trabajamos de ocho a quince horas, entonces, desde las ocho hasta las diez y media estamos localizados o bien en el domicilio o en el centro de salud. Luego a las diez y media empezamos la consulta.” (Gloria, médica)

Como ya se ha comentado, en los consultorios locales es el personal médico y el de enfermería quien pasa consulta. Ambos, médico y enfermero, forman la llamada *unidad asistencial básica*. Estos profesionales sanitarios son conscientes de la importancia del buen funcionamiento de esta unidad.

“Lo que tiene que funcionar, y la realidad es ésa, es la unidad, es decir, la enfermera y el médico. O sea, tú tienes que funcionar al final con tu médico y el médico con la enfermera que le corresponde. ¿Por qué? Porque de ahí van a salir los protocolos que llevas a cabo, los objetivos, cómo esté tu población, si te pones de acuerdo, si no te pones de acuerdo. Si no funciona eso, la población va a estar mal atendida.” (Maribel, enfermera)

La coordinación, de la que forma parte la comunicación entre el personal médico y de enfermería, es *“fundamental. De ahí que es muy importante el conectar con el otro, con tu compañero.”* (Maribel, enfermera)

Advierten, sin embargo, que se dan situaciones de descoordinación fundamentalmente por dos causas. La primera, cuando médicos y enfermeros no coinciden en el tiempo de consulta porque tienen establecidos diferentes días u horas, a veces debido a que hay un solo despacho en el consultorio para trabajar. La segunda es la incompatibilidad de personalidades.

“Yo trabajaba con dos enfermeras y con una me sentía más coordinada que con la otra.” (Luisa, médica)

“Si tú no te pones de acuerdo, el médico no te va a derivar a ti, no te va a valorar tu trabajo, puede hasta ponerte verde con los pacientes, con lo cual se crea enemistad. O al

revés. Yo tengo compañeras que se llevan a matar con el médico y entonces, claro, es un desastre, porque cada uno va por libre, totalmente por libre, incluso han intentado no coincidir con ellos en día y horario.” (Maribel, enfermera)

“Eso depende mucho del médico que te toque, y de las características del pueblo. En general, en todas las zonas rurales hay muchas menos enfermeras que médicos, de manera que una sola enfermera lleva un montón de pueblos y le suelen corresponder uno, dos, tres médicos, depende de las características del núcleo. Y yo creo que depende de la relación personal que se establezca con el médico. Hay médicos con los que se trabaja divinamente y hay médicos con los que se trabaja fatal, porque no funcionan de la misma manera o por la razón que sea. Pero claro, ¿cómo haces para que funcione la relación con una persona con la que compartes pacientes? Ni idea. Yo he tenido experiencias de todos los extremos, malo, bueno y regular y muy buena. No sé, no hay manera de saberlo.” (Miriam, enfermera)

La descoordinación de esta unidad básica asistencial es *desastrosa* para los pacientes ya que esta unidad es *“fundamental, y cuando no funciona la comunicación entre el médico y la enfermera, para el paciente es desastroso, porque no puedes hacer una recomendación dietética diferente de la otra persona o decir algo distinto, es muy difícil.”* (Miriam, enfermera)

“Yo creo que la población, si ve que el mensaje es coherente venga de donde venga, le da más seguridad o más tranquilidad o más enfado si no le gusta, pero no le confunde. Si no hay una línea común pues si das pie [...] a entrar en el juego de -Me tengo que decantar por esta postura que me gusta más o por esta que me gusta más-, y yo creo que no es bueno, se lían. Si yo, por ejemplo, tengo un paciente que me viene mal en un momento determinado o que tiene la glucosa muy alta, yo voy al médico a decirle -¿Le subimos las unidades de insulina? ¿Cómo lo ves tú? ¿Le vas a cambiar de dosis o de medicación?- O yo qué sé, cien mil cosas. Pero ¿si no le tienes? Coges y le vuelves a mandar al día siguiente al médico. Con lo cual, imagínate el rollo, para el paciente, para ti, no sabes luego lo que le ha puesto, el médico puede que no te lo vuelva a derivar y que se lo derive a él diciendo al paciente - No, ven a mí.-“ (Maribel, enfermera).

El consultorio en el que hoy hice observación recibe a la médica tres veces por semana y a la enfermera dos. Nunca coinciden pasando consulta. Trabajan, en gran medida, de forma independiente. La médica tiene a su cargo otro pueblo más al que acude también tres días a la semana. La enfermera tiene más de cinco pueblos a su cargo. (Diario de campo, 1 de septiembre de 2008)

4.1. LAS CONSULTAS EN EL CONSULTORIO LOCAL

La médica entra al consultorio y da los buenos días. La gente que está esperando responde dando los buenos días, y durante unos segundos el consultorio se queda en silencio. Pasan unos minutos, tiempo durante el cual algunos profesionales sanitarios se ponen su bata blanca, otros también encienden el ordenador, organizan los papeles o el material que han cogido del centro de salud, y finalmente hacen pasar al primer paciente de la mañana. - ¡Que pase el primero!- (Diario de campo, 7 de julio de 2008)

La consulta médica está dotada de mobiliario básico. Una mesa, la silla para la médica y dos sillas para las personas que acuden a la consulta y una camilla. Vitrinas en las que se guardan diferentes tipos de medicamentos, instrumental, y material sanitario en general, y estanterías con libros de medicina, en la mayor parte de los casos propiedad del profesional sanitario que allí pasa consulta. En las paredes, algún que otro cartel con mensajes relacionados con la salud pública. Un listín de números de teléfonos de centros de salud, centros de guardia, consultas externas hospitalarias, citaciones, y un calendario. (Diario de campo, 18 de julio de 2008)

Así son gran parte de estas consultas. Durante el trabajo de campo, en alguna de las que visité, encontré impresoras metidas en cajas y archivos con las historias clínicas en papel, a la espera de la informatización de la atención primaria, que poco a poco se estaba desarrollando.

La dotación material de los consultorios depende, en teoría, del personal de enfermería. *Gasas, jeringuillas, agujas, sueros, povidona yodada, guantes, parches para úlceras por presión, vendas, esparadrapo, instrumental estéril para curas, etc.* Es poco el material que hay en cada consulta para evitar que se caduque. De ahí la importancia que siguen teniendo los maletines que

acompañan a médicos y enfermeros, tanto en de la consulta como en las visita domiciliarias.

“En el consultorio, normalmente, como todo caducaría, pues tienes cuatro cosas básicas. Sueles tener una bolsa con unas cuantas gasas y unas cuantas compresas, a no ser que sea un consultorio en el que tú te pases tres o cuatro días a la semana. Si no, el consultorio no tiene de nada. Tiene una mesa, una silla, una camilla y ya está.”

(Alberto, enfermero)

En función del número de pueblos a los que han de dar servicio organizan su actividad asistencial en su agenda. Algunos médicos tienen un único consultorio cuando el pueblo donde trabajan tiene más de quinientas tarjetas sanitarias.⁴⁴ Este es el caso de Gloria: *“A las diez y media empiezo la consulta. Tengo primero una parte citada, y luego hago las consultas programadas o a demanda. Suelo estar en consulta hasta las dos o dos y cuarto atendiendo pacientes, salvo que haya urgencias que se atienden en el momento que las haya, hasta las tres de la tarde, y luego a partir de las dos o dos y media hacemos alguna reunión en el centro de salud o bien metemos los datos de historias clínicas, ese tipo de cosas.”* (Gloria, médica). Otros médicos tienen a su cargo varios pueblos, es decir varios consultorios: *“Tengo cuatro pueblos. Tres muy pequeñitos y otro un poco más grande. Vamos, población no es mucha, lo que pasa es que es un tostón tener que ir como vendiendo el pescado.”*

(Miguel, médico)⁴⁵

⁴⁴ Véase el apartado dedicado a *la ordenación sanitaria autonómica* en el capítulo 2.

⁴⁵ El comentario comparativo de Miguel, médico, alude a que a gran parte de los pueblos de la provincia de Segovia, acuden diferentes comerciantes ambulantes vendiendo sus mercancías. Panaderos, fruteros, pescaderos, entre muchos otros. Estos comerciantes tienen, en su mayoría, días establecidos en los que acuden a los pueblos. Conducen sus furgonetas haciendo sonar el claxon, *pitando*, como se dice de forma coloquial, o hablando a través de altavoces, para que las personas, mayoritariamente mujeres, se acerquen a las furgonetas a comprar. En muchas de las grabaciones hechas durante las entrevistas quedaron registrados estos sonidos, así como otros como puedan ser ladridos de perros, el cacareo de gallinas, televisiones de fondo sintonizadas en la tele-novela de la tarde, la emisora de radio local, las campañas de las torres de las iglesias dando la hora o llamando a la oración, entre otros muchos.

Una de las características de la Medicina rural, como es que supone una forma solitaria de ejercer la Medicina, aparece en los discursos de los médicos. Estos profesionales explican que se sienten solos cuando trabajan. Echan de menos el tener alguien con quien consultar las dudas y comentar sus reflexiones.

“A nivel profesional es una medicina un poco solitaria, a pesar de que estés en un centro de salud rural, porque luego te vas a tu pueblo y ahí estás más solo que la una.” (Luisa, médica)⁴⁶

Por otro lado, es una manera de ejercer la medicina que propicia el que conozcan a sus pacientes, tanto desde el punto de vista clínico, como social, siempre y cuando, claro está, lleven algún tiempo trabajando con esa población. Por ello conocen situaciones que pueden resultar a otras luces ocultas, *“por ejemplo, con el tema de los malos tratos, pues los casos que hay de la gente de aquí, no de la gente de fuera (población inmigrante), pues yo ya los conocía antes de instaurarse el programa⁴⁷ porque, previamente ya me lo habían contado, situaciones familiares y eso.”* (Gloria, médica)

Tanto para el personal médico, como para el de enfermería, desarrollar su actividad laboral en solitario, pasar consulta solos, estar solos en el consultorio, en la carretera, hace que desarrollen una serie de estrategias y habilidades: *“Sola*

⁴⁶ *Habló con una de mis porterías de acceso al campo. Me dice que ha tenido la posibilidad de cambiar su ámbito laboral habitual, el del hospital, por una plaza en atención primaria rural. Comenta que era lo que siempre había querido, pero que finalmente no se ha decidido porque no se siente segura, porque en primaria rural se trabaja sólo. Que ella, dado que ha desarrollado su carrera profesional en el ámbito hospitalario, rodeada de compañeras, de compañeros, enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, celadores, no se sentiría segura trabajando sola en un pueblo. (Diario de campo, enero de 2010)*

⁴⁷ Durante el tiempo dedicado al trabajo de campo se estaba desarrollando en atención primaria un protocolo relacionado con la violencia de género por el cual los profesionales sanitarios debían preguntar a las mujeres que acudieran a su consulta si existía este problema en sus vidas. Esta actividad estaba vinculada con uno de los puntos que contempla el *II Plan contra la Violencia de Género en Castilla y León 2007-2011* (BOCyL, 2007), por el cual se incluye la atención sanitaria a la violencia de género en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

físicamente, sí, porque estás ahí perdida [...] es verdad que me he quedado tirada con nieve, y que no he tenido manera de conectar con nadie, pero, en general, cuando lo he necesitado he encontrado ayuda, y no he tenido problema, pero sí que es verdad que aprendes a buscar la manera de hacer las cosas tú sola, porque la mayor parte del tiempo estás sola. Tú puedes pedir ayuda en algo muy justificado, porque cuando viene la ayuda, viene de treinta kilómetros más allá, entonces no pides ayuda por tonterías, o sea, desarrollas también una manera de trabajar. Entiendes que -Vale, esto se debería de hacer con ayuda, pero si puedo lo saco yo sola adelante-." (Miriam, enfermera)

En cuanto al personal de enfermería, éste suele ser identificado por sus compañeros médicos y por la gente de los pueblos, aún, en ocasiones, como *ATS*, siglas correspondientes a *Asistente Técnico Sanitario*, o *practicantes*, terminología de siglos pasados. La organización de su trabajo también varía en función del número de consultorios a su cargo, es decir, a cuantos pueblos prestan servicio. En el mejor de los casos trabajan en un único consultorio. *"Si tú estás pasando consulta en un sitio, donde llegas y lo tienes todo organizado, simplemente un día a la semana ocupas una hora en reponer el material. No es lo mismo que si tú estás en más consultorios, lo que te supone una hora todos los días el preparar todo el viaje que vas a estar haciendo. [...] Algunos días trabajo de nueve a once en un pueblo, de doce a una en otro, y luego me voy de una a dos a otro, y así." (Alberto, enfermero)*

Cuando tienen dos o más consultorios a su cargo establecen diferentes horarios y rutas de trabajo. *"Yo me lo organizo. A todos los pueblos no voy todos los días, porque tampoco hay población para ir todos los días. Unos días hago una ruta de cuatro pueblos y otros días dos, otras veces uno, y así me los reparto durante la semana." (Lola, enfermera)*

Esta situación hace que al tiempo dedicado a la atención que prestan a la población se sumen los tiempos de dotación de material que han de llevar a cabo en los consultorios y los desplazamientos. *"En los consultorios haces poco, pero tienes mucho tiempo de trayecto, y de material. Tu coche es la consulta. Todo lo*

llevas ahí. Pierdes mucho más tiempo en irte de un sitio a otro que...Ahora también con el ordenador, o sea, a parte de todo el material, de todos los papeles que llevas, porque claro, siempre tienes que llevar unas cuantas dietas de 1.500 calorías encima por lo que te pueda surgir y una serie de consejos de no sé qué para el diabético por si acaso, o sea, por si te viene algún diabético de que se le han gastado las tiras o las agujas o no se qué...Tu fonendo, tu otoscopio, y todas esas cosas, entonces, si a eso le sumas el ordenador, entonces, mientras metes el ordenador, llegas, lo abres, te colocas todas las cosas, pasas una hora de consulta y te vuelves a ir. [...] Entonces por la mañana llegas al centro, ves todas las cosas que vas a tener, miras la agenda y ahí ves pues -Vale, tengo la cura de fulanita que lo curo con no se qué-, y entonces te vas al almacén del centro y te lías a coger todas las cosas que vas a necesitar haciendo una provisión. Lo dejas en el coche, te vas al primer consultorio, del primero al segundo, del segundo al tercero y del tercero vuelves al Centro. Lavas el material, lo esterilizas y preparas las consultas para el día siguiente.” (Alberto, enfermero)

El coche es pues clave, *“estás con tu coche para arriba y para abajo. Sabes que tu coche es una herramienta de trabajo.”* (Alberto, enfermero), como en otros tiempos lo fue la bicicleta, la moto o el caballo para los médicos y los practicantes rurales.⁴⁸

Una de las características de la enfermería rural es su independencia profesional, al margen de la una teórica unidad asistencial. Para algunos enfermeros esto es positivo, si bien afirman que depende de cada uno trabajar más o menos, involucrarse más o menos: *“El trabajo yo creo que tiene parte buena y parte mala, es decir, a la persona que le guste ser muy independiente, ir mucho a su aire, el trabajo rural es el idóneo. Igual que puedes hacer mucha visita domiciliaria y puedes tener mucha programada y mucha demanda y tener a los pacientes de lo más controlado, también puedes pasar mucho.”* (Maribel, enfermera)

⁴⁸ Kafka (2009) recogió esta problemática en su pequeño relato *“Un médico rural.”*

4.1.1. La organización de las consultas

Las consultas de primaria se suelen organizar en función de la demanda de asistencia, *consulta a demanda*, y por otro lado también de la *consulta programada*, destinada a atender a pacientes crónicos o que requieran un seguimiento. Si la consulta médica está determinada en gran parte por la demanda, la de enfermería está más orientada a la consulta programada, por su labor de seguimiento de pacientes crónicos relacionada con la toma de constantes vitales, mediciones de glucosa, recomendaciones sobre estilos de vida, cuidados, entre otras. Así *“en los pueblos haces pues lo mismo que en cualquier consulta de atención primaria. Los crónicos, los no crónicos, tus niños, tus revisiones de bebés, porque no hay enfermera de pediatría y entonces atiendes a toda la población, los domicilios incluidos. Luego tienes actividades centralizadas como los análisis, repartidas entre todas las enfermeras, todo lo que son pruebas son repartidas. Luego hay una serie de tareas administrativas de carteras de servicios, de reuniones docentes, de trabajar en el grupo en el que quisieras ponerte. Eso es voluntario. Tú te pones en el grupo de trabajo que te interese.”* (Miriam, enfermera)

“Es sobre todo en la consulta concertada o programada donde ves al diabético, al dislipémico, al que está en una dieta de adelgazamiento con mil quinientas calorías o con lo que sea, pues el programa del paciente polimedicado y todo eso, lo que es de consulta pues ahí tendrías la programada. Y luego tienes la demanda. El que te viene con orden de tratamiento, el que te viene a retirar los tapones de los oídos, el que viene a hacerse alguna cura, el que viene a ponerse un inyectable, todas las curas que vayas teniendo de úlceras, de no se qué, y un poco todo lo que vaya surgiendo, aerosolterapia o demás. A todo esto tienes que añadir que a lo largo de la consulta tienes los domicilios que, bueno, pues unos los tienes ahí como a mitad de la mañana y otros los tienes todos los días, buscando un hueco para poder ir. Cada uno lo tiene distribuido un poco dependiendo de las necesidades, y siempre tienes que estar a las urgencias que surjan, o de tu cupo, o de los desplazados que te toquen.” (Alberto, enfermero)

4.1.2. La demanda

Luisa (médica) describía así a las persona que acudían a su consulta: *“sobre todo personas mayores, con problemas artrósicos fundamentalmente, y luego pues el control de factores de riesgo cardiovascular. Yo creo que esas son las dos cosas más importantes que se ven. Hipertensos, diabéticos, colesterol, menos, porque se engloba un poco y además el control es analítico,... Pero vamos, sobre todo actividades preventivas de control de factores de riesgo en sanos y control de factores de riesgo ya diagnosticados por hipertensión y tal, y los ancianitos.”*

Otros profesionales que compartieron conmigo impresiones sobre su día a día laboral afirmaron que quienes más utilizaban sus consultas eran las personas mayores y las diagnosticadas de alguna enfermedad crónica. En muchas ocasiones sus pacientes cumplían ambas premisas.

Por otro lado, los jóvenes las utilizaban, sobre todo la consulta médica, cuando estaban puntualmente enfermos.

“La gente joven en general aquí no viene. Puede haber dos o tres histéricos, pero en general la gente joven no viene para prevención, vienen pues eso, cuando tienen alguna patología.” (Gloria, médica)

“La gente joven, ni puñetero caso, o sea, nada. Si se tienen que vacunar del tétanos es la única vez que aparecen y aunque les digas -Oye, vente a tomar la tensión-nada, no hacen ni caso.” (Lola, enfermera)

En algunos casos, la ausencia de demanda asistencial por parte de los jóvenes fue relacionada con el carácter de la zona, con la capacidad de aguante de la población, en mayor medida por aquellos profesionales que trabajaban en la zona básica de salud más alejada del hospital.

“No, no vienen, porque es gente que se encuentra bien, y dicen -¿A qué voy a ir? Aquí la gente para eso no es..., es una gente de Castilla, que la gente es muy sufrida, no demanda prácticamente los servicios sanitarios salvo que le sea muy necesario, me refiero a la gente joven. Viven la vida muy tranquilos, eso es cierto, es una población muy tranquila y no demandan los servicios sin necesitarlos. Cuando te vienen hay que

correr. [...] De hacerle una exploración cualquiera porque te vienen por otra patología y encontrarte patologías bastantes gordas.” Para ellos “no se hacen campañas, en general, de controles analíticos o de una serie de cosas. Sí que tenemos el programa de captar por ejemplo la tensión arterial a partir de los catorce años cada dos años, pero no vienen, se lo dices, pero no vienen. La gente joven, me refiero hasta los veintitantos años, pasan olímpicamente.” (Gloria, médica)

Los adultos sin enfermedades crónicas asociadas acuden a la consulta en la mayor parte de casos por problemas agudos, al igual que los jóvenes. Si bien generan una mayor demanda cuando les detectan algún problema de salud en las revisiones periódicas que realizan las mutualidades laborales a aquellos que trabajan por cuenta ajena⁴⁹: *“Si les detectan algo, pues les dicen -Pásese por el médico para que le informe.- Entonces están viniendo un poquito más. Si detectan a lo mejor la tensión un poco subida, pues le abrimos el control que son tres tomas de tensión seguidas, y ese tipo de controles. Les dices que está bien y se acabó. Si está todo bien y eso pues, no vuelven, no demandan más” (Gloria, médica)*

Una vez ha terminado hoy la consulta me he ido con la médica del pueblo a tomar café. Tiene costumbre de hacerlo en el bar antes de proseguir su camino al siguiente pueblo. Cogemos los coches que están aparcados cerca del consultorio y los llevamos a la puerta del bar. Hemos movido los coches cincuenta metros escasos, pero es importante hacerlo. El que el coche de la médica no esté en la puerta del consultorio significa que la consulta ha terminado. Entramos en el bar, que es bastante oscuro. Aunque sólo hay un cliente me da la impresión de que está lleno de humo. Nos sentamos en un taburete, en la barra. La médica enciende un cigarro. Me pregunta cómo llevo el trabajo y comenzamos a hablar de la atención primaria en el medio rural. La médico me dice que “se debería de hacer una redistribución de los recursos pero... con dos cojones.” Ella piensa que un médico en esos pueblos no pinta nada, ya que los problemas reales que hay son de tipo social. Comenta que esto

⁴⁹ Los trabajadores por cuenta ajena “tienen sus seguros que les hacen sus revisiones al año. No tanto los agricultores.” (Victoria, médica).

es debido sobre todo a que gran parte de la población es población mayor. Ella sugeriría poner una consulta en un determinado lugar y un buen servicio de transporte público para acudir a ella. Me habla de cómo la mayor parte de su trabajo consiste en hacer recetas. (Diario de campo, 10 de septiembre de 2008)

El que sean los mayores quienes demandan mayor atención, tanto médica como de enfermería, está relacionado con su elevado peso demográfico en los pueblos de Segovia. Ellos necesitan atención sanitaria debido al envejecimiento y a sus dolencias, en parte crónicas. Los profesionales son conscientes de ello y definen su demanda como alta. La denominada *hiperfrecuentación*⁵⁰ de la consulta se asocia con la edad y con la inactividad laboral derivada de la jubilación, esta última referida a los hombres en mayor medida. Algunos relacionan la hiperfrecuentación con lo que Eva (médica) denominó *la cultura del todo se cura*. *“Antes era la cultura de la resignación. Una vez se murió un señor, y comentaban en el bar que era muy mayor ya... Ahora, aunque tengan noventa años y estén en coma te dicen...-Le ha subido el azúcar, tiene alta la tensión,...- Es la cultura del todo se cura, somos eternos.”* Esta percibida sobredemanda está relacionada con la *medicalización* de la vida cotidiana, hecho que se agudiza cuando la población envejece.

“-Que me duele aquí, que me duele allá.- Le duele en todos los sitios. -Mire es que tiene usted ochenta años, será pues una cuestión ya de la edad.- -Anda, no me lo había dicho nadie nunca eso de que me podía doler porque soy mayor- (reímos). Sí, son graciosos, quiero decir que...Yo creo que, una opinión que tengo respecto a la medicina rural, y en general toda la medicina primaria, pero más en la rural, es que en cierta manera hemos medicalizado mucho la vida de la gente como en un intento de controlar, de prevenir, de...de hacer prevención de la salud, promoción...de hacer tantas cosas... Hemos acostumbrado a la gente a venir al médico por cualquier cosa, y entonces eh..., creo que no se han dedicado recursos, no recursos materiales, sino todo tipo de recursos. Nosotros

⁵⁰ Sobre la conceptualización de la *hiperfrecuentación* por parte del personal médico de atención primaria ver Alameda & Pazos (2009).

no nos hemos dedicado a eso, ni el sistema se ha dedicado a educar a los pacientes en el autocuidado y en la auto-responsabilización de su propio cuidado. A mí me parece que la gente, cuando tiene cualquier cosa dice, -¡Hala, al médico a que me lo resuelva!- Y no se para a pensar que es lo que puede hacer por sí misma. Eh... no se paran a pensar que ellos tienen que hacer algo además de...No, no, el médico te lo tiene que resolver. Lo han dejado todo en manos del sistema y esa es la idea que les hemos dado. Si tiene algo acuda a su médico.” (Luisa, médica)

Aquí se visibiliza la retroalimentación del sistema para ser utilizado, emergiendo el concepto de *Modelo Médico Hegemónico* acuñado por Menéndez (1978) que tiene en la medicalización uno de sus pilares. Estas percepciones de los profesionales en torno a la hiperfrecuentación y la medicalización de la población, revela cómo éstos piensan la gestión de las problemáticas relacionadas con salud/enfermedad/atención desde el ámbito doméstico-familiar. Para enfatizar dicha idea, ejemplifican cómo tiempo atrás sí se desarrollaban actividades de cuidado autónomas: *“Cuando éramos pequeños, uno se caía en la calle y su madre pues le atendía la pequeña herida que se había hecho en la rodilla. Te lavaba con agua y jabón,...Yo me acuerdo perfectamente de mi madre haciendo eso en muchas ocasiones. Te ponía un poco de mercromina y aquello se acababa curando perfectamente, sin necesidad de que acudiéramos a ninguna consulta médica. Bueno, pues ahora mismo cualquier mínima herida que se puede tratar perfectamente en el hogar con cuidados básicos como puede ser la higiene de la zona y un antiséptico tópico, como mucho, es motivo de consulta, no sólo a nivel de las consultas ordinarias, si no motivo para acudir al servicio de urgencias con mucha frecuencia. Eh...problemas menores, por ejemplo, un pequeño malestar sin ninguna entidad, que en muchas ocasiones pues es un proceso vírico que dura unos días y que se acaba pasando solo, y que yo creo que ya es sobradamente conocido por la población que eso lo que hay es que esperar a que remita. Bueno, pues eso siempre es motivo de acudir a la consulta ¿Para qué? Pues para que el profesional te indique, -Mire usted, beba mucho líquido, esté usted en reposo unos días, no haga una actividad física fuerte, sino una actividad física*

normal.- En fin, cosas que a mi juicio podrían resolverse perfectamente en el ámbito de su casa, sin necesidad de acudir a las consultas. Pero bueno, esto es así en líneas muy generales yo creo que a todos los niveles. A nivel de crónicos pues hombre, sí estamos acostumbrados a ver a los crónicos y a indicarles cómo manejarse con determinados problemas en la diabetes o en la hipertensión. Pues tampoco es necesario la hiperconsulta cuando ya sabes lo que te van a responder porque eso ha sido motivo de consulta en muchas otras ocasiones, -Mire usted, si ha dejado de tomar la pastilla ya sabe que si es hipertenso tiene que volver a tomar la pastilla, eso es evidente. No me pregunte que si sigue tomándola, es evidente que sí. Ya le hemos dicho en múltiples ocasiones que esto es un tratamiento crónico, pues no vuelva usted a preguntar esto.- Pero, sin embargo es recurrente la pregunta. Parece algo que es obvio, pero que sí son motivos de consulta en la primaria, que a mi juicio pues bueno, hipertrofian las consultas y... yo no sé la verdad qué otra forma hay de evitar esto. La verdad es que no te puedo dar una razón a eso. No sé por qué, quizás porque se ha educado inadecuadamente por parte de... a lo mejor una parte también de culpa la puedan tener los propios profesionales en los inicios...o los medios de comunicación cuando ante cualquier problema dicen -Acuda a su médico.- No te puedo decir. Ha habido un cambio de actitud en la población española desde los años setenta para acá. Yo no sé exactamente porque eso es así, pero lo que es evidente es que eso sí es así.” (Julián, enfermero)

Discursos como el anterior culpabilizan al sistema sanitario de no educar a la población para que haga un uso adecuado del mismo, que al mismo tiempo empodere a la población posibilitando así que el autocuidado y la autoatención vuelvan a formar parte de la resolución de los problemas de salud.

4.1.3. El papel social de las consultas

Los consultorios locales son también espacios de reunión. Los profesionales subrayan un uso social del consultorio, en mayor medida en los pueblos más pequeños en los que el consultorio abre una o dos veces por semana. Relatan cómo los mayores son los que más utilizan los consultorios en este sentido

debido a la falta de lugares de ocio, a los limitados espacios de interacción social, entre ellos aquellos que históricamente ofrecían las parroquias y la vida religiosa.⁵¹

“En los pueblos, sobre todo si son muy pequeños, que haya consulta uno o dos días en semana es una especie de acontecimiento. No tienen nada, no tienen tienda, tienen un pequeño bar a veces, no tienen nada, entonces es un punto de reunión, es un punto de charlar, es un punto de distracción. Entonces, en los pueblos pequeños, si que es verdad que puede haber un exceso de consulta ligada a eso, a que no tienen nada que hacer, están jubilados, se aburren, no tienen fáciles comunicaciones para irse a otro pueblo a hacer cosas y entonces es un punto de reunión, y es un punto en invierno de calor, que en los pueblos pequeños es fundamental. Ves que tienes gente en la sala de espera, que no sabes muy bien porque la tienes y que en realidad no quieren nada y no te molestan mucho. Entran, te preguntan una cosa, y ya está. Dejan pasar a todo el mundo y lo utilizan mucho porque están calentitos, y charlan.” (Miriam, enfermera)

En la sala de espera se mantiene la actividad durante el tiempo que dura la consulta. Unos vienen, otros van, hay ratos de conversación, pausas que se tornan en silencio, momentos en los que queda vacía e instantes en los que la gente olvida que están esperando, debido a la animada conversación. En alguna ocasión los médicos o los enfermeros salen a pedir algo de silencio. Cuando este impera es posible escuchar, vagamente, las charlas de los profesionales con sus pacientes. Cuando la hora de la consulta coincide con la misa semanal, o alguna misa adicional, observo que acude menos gente al consultorio.

⁵¹ En el modelo de Haro (2000) la *atención alternativa* comprende formas rituales, entre ellas las religiosas. En el medio rural en el que se desarrolló el trabajo de campo existe una carencia de párrocos. Los curas rurales llevan varias parroquias, dejando así de formar parte de la red social de muchos de los pueblos, sobre todo aquellos que cuentan con pocos habitantes. Por otro lado, la vida social desarrollada al hilo de actividades religiosas, como la participación en cofradías y hermandades, se ve comprometida en este medio por el despoblamiento, el envejecimiento poblacional y por la pérdida de entidad misma de estos ritos. Esta carencia es sentida por los profesionales sanitarios que se ven como consejeros y confesores de sus pacientes en algunos casos.

Algunos profesionales creen que la población que reside en los pueblos es *“bastante demandante...no están acostumbrados a que les hagas recetas para mucho tiempo.”* (Eva, médica), si bien explican que la demanda no es de tipo sanitario, sino social. *“Bueno, son demandantes en el sentido de que ellos buscan cómo ocupar sus horas, pero no en el sentido sanitario. Es decir, probablemente tú les hagas muchas recetas pero ellos no las consumen. Ellos buscan una excusa para relacionarse contigo. Pero en general mi sensación es que en los pueblos pequeños los habitantes son muy poco demandantes.”* (Antolín, médico). Es así como se relaciona el uso social de la consulta con la hiperfrecuentación, siendo ésta fomentada por la situación social de estos pueblos, caracterizada por la pérdida de la redes sociales, por la falta de actividades y lugares para la interacción, por la soledad en última instancia.

“El gran problema que tienen los pueblos pequeños es el aburrimiento y la falta de incentivos, entonces pues la labor social que haces es entretener a la gente. La gente, tú vas, van a la consulta, y tú les haces una receta, y te dicen -No, no, no me hagas más de una receta, que si no, no vengo hasta dentro de mucho tiempo.- Es decir que ellos utilizan la consulta del médico como una forma de relación. Claro, eso al médico le incomoda porque en realidad no está ejerciendo la labor sanitaria. Pero bueno pues, llegan, te cuentan su vida varias veces... Algunos te cuentan lo que hacen para comer o las enfermedades o los disgustos de sus familiares...y todas estas cosas. Y en realidad la labor que haces es casi, casi, casi de psicólogo, o casi, casi de cura, más que de sanitario.” (Antolín, médico)

Acudir a la consulta *“a por recetas”* permite a los ancianos mantener una relación con los médicos y los enfermeros, quienes en ocasiones también expenden recetas para agilizar la consulta médica. Los mayores, piensan en los profesionales como personas que les escuchan, a quien pueden pedir una opinión, a quien pueden confiar sus preocupaciones, sus problemas, sus padecimientos. *“No te toman como médico, sino un poco de todo. A mí me llega de todo a la consulta. Por ejemplo..., yo que sé, que se ha quedado viuda y que tiene que*

solucionar lo de la pensión y la cartilla...Pero vamos, eso prácticamente todos. Cuando se quedan viudos o viudas, al primero al que van a decírselo es a mí. No solamente a nivel médico, sino a nivel humano. Te consultan prácticamente todo. O que -Oye, este mes, la pensión mira, que me ha venido no sé qué.- Incluso hasta el recibo del teléfono como te descuides.” (Miguel, médico)

“Cuando uno está en el medio rural, a pesar de que estés muy contento y te quieran mucho, y te cuiden mucho, yo creo que al final se hace una relación como un poco paternalista o dependiente, como siempre... como en todas partes con el médico, pero mucho más ¿no? En cualquier sitio donde estés, yo creo que es, tenía la sensación de que venían siempre los mismos, que si hay veinte pacientes, vienen los veinte todos los días de la consulta, porque no tienen otra cosa que hacer, porque se aburren, porque no pueden hablar con sus hijos y vienen a hablar contigo, por cantidad de cosas y al final terminas siendo su padre, su confesor, su todo, más que su... O además de su médico. Y yo creo que se confunde ahí un poco lo que es la patología por la que deberían consultar en una consulta, de lo que es la pura necesidad de comunicación. Entonces ahí cumples una función muy bonita desde el punto social y personal, pero no es medicina,..., es otra medicina.” (Luisa, médica)

Estos momentos de confianzas, consultas, escucha, complicidad, son posibles porque existe una relación, médico-paciente o enfermero-paciente nutrida por el tiempo que llevan los sanitarios trabajando en estos pueblos. Ejercen así de psicólogos, de trabajadores sociales y hasta de curas. Cuando se dan cambios de personal sanitario, bien de forma puntual, debido a vacaciones, bajas laborales o permisos de otro tipo, disminuye la demanda, acude menos gente siempre y cuando la relación con su médico o enfermero habitual sea buena. Por el contrario, y en menor medida, cuando la relación con el médico o el enfermero no es positiva la población *aprovecha* el que nuevos profesionales lleguen al pueblo.

También se da el caso de que los vecinos, en ocasiones, deciden consultar al médico o al enfermero en función del género, no porque sea una consulta

médica o de enfermería. Las mujeres tienden a preguntar a las mujeres, y los hombres tienden a confiar en los hombres: “Yo sí que tenía sobre todo ese tipo de situación en mujeres entre cincuenta, sesenta, sesenta y cinco años, que venían a contarme cosas, cosas del marido, del hijo que no se atreven a contarle al médico, pero no porque sea médico si no porque sea chico.” (Miriam enfermera)

La soledad de los mayores emerge de las narrativas de los profesionales asociada a la hiperfrecuentación. La soledad como concepto es definida como soledad real, o como soledad subjetiva. “Posiblemente desde Durkheim, por no empezar con los filósofos estoicos, la soledad aparece considerada como una situación relacionada con determinadas características sociales, algunas de las cuales presenta rasgos patológicos, pero la investigación epidemiológica actual que usa la variable *soledad* tiende a considerar este fenómeno como una característica del sujeto y de su grupo. Considera la soledad como aislamiento y /o como pérdida de relaciones, lo cual es correcto ya que en muchas sociedades actuales, por ejemplo, la entrada en la ancianidad puede suponer la entrada en un periodo de pérdidas sociales, afectivas, sexuales, económicas y también culturales básicas para el sujeto” (Akerlind & Hörnquist, 1992). Como escribe López- Doblas (2005:188) “en su faceta más negativa, la soledad constituye uno de los principales problemas que afectan cotidianamente a aquellos mayores que habitan en hogares unipersonales”.

Los ancianos pierden su red social a medida que pasa el tiempo y van falleciendo amigos y vecinos, o bien marchan a vivir con sus hijos o a una residencia de ancianos, no saliendo ya prácticamente de casa. La capacidad para el autocuidado y autoatención de los que van quedando en los pueblos disminuye, deteriorándose lo que algunos llaman *calidad de vida*⁵², sobre todo en los casos en los que no existe red doméstico-familiar. En ocasiones los recursos

⁵² La soledad en población mayor, y factores asociados a la misma, han sido ampliamente estudiados en relación a su calidad de vida por autores como López-Doblas (2005) y Prieto-Flores (2010).

materiales con los que esta población cuenta son escasos, pero en otros casos es la llamada *cultura de la austeridad en el gasto* (López-Doblas, 2005) la que hace que no mejoren las condiciones en las que viven.

Los cuidadores de estas personas son, en la mayor parte de los casos los hijos, en ocasiones ausentes. El teléfono es la vía principal de comunicación entre ellos, pero aún hay casos, los menos, en los que los ancianos no disponen de teléfono, no sabiendo siquiera cómo utilizar uno.

“En el ámbito rural la gente mayor tiene mucha soledad. Hay mucha soledad, y viven en unas condiciones algunos bastante precarias y no porque no tengan disposición económica, ojo, que habrá algunos que no tengan medios económicos, y otros es más bien por dejadez o porque toda su vida han estado educados a que no se lavan lo que se tienen que lavar o porque los hijos no se preocupan. También, no me quiero ir de un tema a otro, simplemente es ir hilvanando, también es entendible la postura de los hijos, porque yo entiendo que a cien o ciento cincuenta kilómetros de distancia no te puedes preocupar de tu padre o de tu madre, que teóricamente piensas que se vale, pero no se vale, o sea, tú quieres creerte que se vale pero no es verdad. Los hijos, unos por otros, ninguno se preocupa. Como mucho vienen una vez al mes o cada quince días, y no se preocupan. Yo entiendo la postura en el sentido de que cada uno tiene su vida, tienen su horario laboral y todo eso, pero yo creo que la soledad y la desatención son importantes en los pueblos.” (Maribel, enfermera)

Los profesionales distinguen entre las condiciones de vida materiales del medio rural y del urbano.⁵³ Perciben como importante que alguien pudiera dispersar cuidados a la población mayor, incluyendo el acondicionamiento del entorno en el que viven, la adaptación del espacio doméstico, así como las condiciones de higiene, nutrición, y necesidades básicas en general.

⁵³ Si bien a lo largo del trabajo de campo se han encontrado viviendas *con carencias*, se ha de decir que en el medio urbano también pueden verse carencias y dificultades en las viviendas que se agudizan cuando las personas envejecen, como pueda ser el vivir en un bloque de viviendas que no disponga de ascensor.

“Los factores psicológicos repercuten mucho. Y el ámbito, cómo viven y dónde viven, también repercute mucho en su evolución de enfermedad, y ya no te digo nada si tienen úlcera. Las condiciones del medio rural tampoco tienen que ver con las condiciones del medio urbano, me refiero a la casa, a su limpieza, su higiene, sus medios, quiero decir por ejemplo sanitarios, en cuanto a la pila, al váter, a todo esto, entonces, claro, esto repercute. No cabe duda que un paciente, un anciano, mayor, que se le escapa la orina, que vive solo, que tiene úlceras, pues no es lo mismo; no tiene a veces ni calentador, el váter le pillaba saliendo al corral, no tiene nada que ver con el medio urbano.” (Maribel, enfermera).

Se establece así una relación entre las condiciones sociales y la salud.⁵⁴ La pérdida de la posibilidad de autocuidado y autoatención personal, y la falta de soporte por la red doméstico-familiar, o a través de redes informales, influye de forma directa en los procesos asistenciales de aquellos ancianos que viven solos.⁵⁵ Ante esta relación entre lo social y lo sanitario, es importante destacar cómo los profesionales sanitarios de primaria debieran trabajar desde una perspectiva *biopsicosocial*, si bien no están académicamente formados para ello. Es por esto que dan respuestas biomédicas a esos problemas sociales, lo que Fassin (2000) llama *sanitarización de lo social*. La consecuencia de que no haya un sistema sociosanitario⁵⁶ propiamente dicho, según la percepción de los profesionales sanitarios, es una mayor utilización de las consultas de primaria.

⁵⁴ *Eva, la médica, me comenta cómo la gente mayor que vive en los pueblos necesita a alguien que les eche una mano en casa, que les ayude con la compra, que les acompañe si tienen que ir al hospital... Literalmente dice: -Si cuando voy yo al hospital, que soy joven y de la profesión me pierdo,...pues la gente mayor no me extraña que se aturulle.- (Diario de campo, 10 de septiembre de 2008)*

⁵⁵ Se dan también otro tipo de situaciones en las que hay población mayor, parejas o familiares, viviendo juntos en los que tampoco se pueden asumir de forma total según qué cuidados debido al deterioro de todas las personas que conviven en estos hogares.

⁵⁶ Esta percepción fue compartida por uno de los profesionales de la unidad de cuidados paliativos: *“Lo cierto es que el sistema sociosanitario en Castilla y León, no lo sé...pero, en Segovia no funciona. Imagino que estaremos igual que el resto de la Comunidad, pero no, no, no, es una realidad. ¡Vamos! Es una...entelequia que funciona muy, muy poquito y no da respuesta al noventa por ciento de las necesidades.”*

4.1.4. Hombres, mujeres, género.

Esta tarde me he encontrado a Benito y a Fina, su mujer. Observo que Benito camina cojeando. Le pregunto que qué le pasa. -Sólo me duele trabajando-bromea -Verás cómo mañana sábado no me duele nada.- Su mujer, que lo acompaña, añade -Estos hombres que no quieren ir al médico...- Benito responde al comentario de su mujer con sorna -Para qué vamos a ir al médico, para entretener a la gente. Además, cuando voy al médico, sólo me dice que deje de fumar.- -Es verdad-, corrobora su mujer. (Diario de campo, 5 de marzo de 2009)

Los hombres laboralmente activos utilizan menos las consultas médicas y de enfermería. Esto podría deberse a la incompatibilidad de la jornada laboral con los horarios de consulta, si bien, esta asociación afectaría también a las mujeres que trabajan fuera del ámbito doméstico. La hiperfrecuentación femenina de la consulta puede ser menor en su caso debido a que son ellas quienes tienen un mayor contacto con el sistema sanitario, potenciado debido a embarazos, cuidado de hijos, cuidado de personas dependientes, es decir, al desempeño del trabajo reproductivo.⁵⁷

Los hombres parecen buscar curas rápidas a sus malestares, utilizando servicios que puedan adaptarse a su ritmo diario o bien, teniendo que usar en última instancia los servicios de urgencias si retrasan el consultar sobre una dolencia que pueda degenerar en un grave problema de salud. El utilizar la consulta de primaria hace que obvien todo tipo de procesos preventivos, como puedan ser los controles rutinarios de constantes vitales, analíticas, etc., orientados, principalmente, a prevenir padecimientos relacionados con el sistema cardiovascular.

“La cartera de servicios tiene una serie de servicios de atención al niño, a la mujer y atención al adulto. En los servicios de la mujer pues está anticoncepción, prevención de cáncer de cérvix, atención al embarazo, mama, visita domiciliaria, posparto... De adultos

⁵⁷ La medicalización de la vida, de la salud, de los cuerpos de las mujeres, ha sido y sigue siendo un importante tema de debate dentro de la Antropología Médica. Consultar Esteban (2010).

hay muchos, todos los crónicos, vamos, todos no, muchos: hipertensión, diabetes, colesterol, atención al adulto sano... Entonces cada uno de esos servicios tiene unos criterios de inclusión, algo tan sencillo como que además ya la Ley General de Calidad en España dice bien claro que hay que empezar a evaluar las modalidades y la atención que damos a hombres y mujeres por separado, para ver si hay diferencias. Si no desglosas por sexo, difícilmente vas a ver si estás dando la misma atención y si tienen más cobertura. Pues, algo tan sencillo como coger la cartera de servicios y desglosar por sexo las coberturas que teníamos en hipertensión, diabetes, hiperlipemia, obesidad y control al adulto sano, que supuestamente el criterio de inclusión para el adulto sano es tener de veinte a setenta y cinco años,... y haberte hecho despistaje de hipertensión, haberte tomado una vez la tensión, o darte consejos sobre tabaco o un peso. Con eso ya estás incluido en el servicio. Entonces, fue total, claramente salía en todos los crónicos que teníamos muchas más mujeres captadas que hombres, en proporción estoy hablando, no en bruto, no tenemos más mujeres que hombres, porque me puedes decir -Hay más hipertensas mujeres que hombres.- Hombre, ya lo sé, la prevalencia es distinta; pero si tú lo comparas con lo esperado para tu población, una población rural, en Castilla-León, que esas estadísticas existen, si tú lo comparas claramente se veía que teníamos muchísimos menos hombres...nos faltaban hombres. Claro, los hombres no vienen. Los hombres utilizan mucho más los servicios de urgencia, quiero decirte, que eso es bibliografía, que los hombres van mucho más al hospital y a servicios de urgencia que a primaria. Entonces, claro, si no me vienen no les puedo captar. La mujer, aunque venga para pedir una receta para su marido o porque viene a vacunar al niño, viene mucho más, entonces como la veo mucho más en mi consulta es más fácil captarla. Con lo cual, en todos los crónicos se demostraba claramente que teníamos más mujeres captadas que hombres. Nos faltaban, entre comillas, hombres para llegar a las prevalencias esperadas. Y luego, en el programa de adulto sano volvía a ocurrir lo mismo. Teníamos muchísimas más mujeres que hombres, porque la mujer... ¿Quién no tiene una tensión tomada, aunque sea que haya ido porque estaba embarazada? [Da una palmada] Una tensión tomada, ya la has incluido en el servicio. O ha venido por anticoncepción, o ha venido

por otra cosa, o ha venido por el hijo y le has tomado la tensión o la has pesado. Y sin embargo los hombres nos faltaban. Fue muy curioso, porque nos propusimos como plan de mejora de calidad aumentar las coberturas de los hombres en el adulto sano, solamente en ese servicio, dijimos -Vamos a ser sencillitos, no vamos a complicarnos la vida.- Entonces dijimos -Vamos a intentar, de aquí al año que viene, aumentar la cobertura en los hombres, porque las mujeres la tenemos bastante alta ya. Si de paso aumentamos a las mujeres, estupendo.- Pero el objetivo eran hombres. Entonces cuando hemos evaluado este año lo que hemos visto es que, efectivamente, hemos aumentado, pero hemos aumentado mucho más en mujeres que en hombres. Entonces es como que nos hemos concienciado que a todo el que entra en la consulta tenemos que incluirlo en servicio, pero seguimos incluyendo más mujeres porque creemos que las mujeres vienen más a nuestra consulta que los hombres, es más fácil captarlas. Las mujeres vienen por ellas y por otros. O sea, que vienen a por la receta, vienen... son las cuidadoras, vienen quinientas veces, porque tienen que venir porque les duele la rodilla a ellas pero también porque se tienen que llevar la receta de su padre o del niño o del marido, es decir, son las cuidadoras de la casa. Hasta ahora, ese es el rol que tenemos. Entonces, si soy la cuidadora voy a ir mucho más, y muchas veces a lo mejor no me voy a cuidar yo. A veces no van por ellas a las consulta, sino que van por otros. Yo creo que van por los dos motivos y también, que ahí sí que tenemos unos servicios específicos de la mujer, que serían el embarazo, la anticoncepción, el cáncer de cuello... que es que les mandamos cartas, con lo cual no hay ningún servicio en el hombre que los capte como hacemos con el cáncer de mama y el cáncer de cuello. A lo mejor si hubiera un servicio de despistaje de cáncer de próstata y les mandáramos una carta a su casa entre los cincuenta y no sé cuántos años a lo mejor les captaríamos mejor, pero no hay ningún servicio que por otros motivos les haga... (Entrar) Exacto, en el sistema. Ellos van por algo puntual que les ha ocurrido y van cuando están enfermos, no sanos. A la mujer la vemos muchas más veces sana, porque cuando está embarazada está sana, cuando viene a hacerse una citología está sana, cuando viene a hacerse una mamografía está sana. Entonces tenemos

muchas más oportunidades, por esa criba también que los hombres.” (Ramona, enfermera)

4.1.5. La consulta en el consultorio versus la consulta en el centro de salud

Los profesionales dicen que hay diferencias entre pasar consulta en un consultorio local y un centro de salud. *“En el centro de salud yo he estado trabajando cuatro años, y bueno, la diferencia..., no tiene nada que ver. Esto es la noche y el día, vamos, en absoluto.”* (Antolín, médico). Existe, por ejemplo, la posibilidad de consulta a otros profesionales, compañeros, que trabajan en el centro de salud y la disposición de recursos materiales. *“Trabajas en el centro de salud y tienes de todo. Tienes todas las comodidades allí, dentro de lo que es un centro. Entonces lo tienes todo, te viene una persona y lo tienes todo allí, esa es una forma de trabajar. Te vas al consultorio y ya no tienes de todo.”* (Alberto, enfermero). Afloran discursos relacionados con pruebas diagnósticas, electrocardiogramas o espirometrías, que no se realizan en los consultorios locales. Es por esto que la población se ha de desplazar desde los pueblos sin centro de salud, hasta aquellos que lo tienen. La población que no conduce va a tener más dificultades de acceso ya que en muchas ocasiones las distancias sólo pueden ser salvadas utilizando transporte privado.⁵⁸ *“Bueno, creo que a nivel cuantitativo no hay diferencia, porque todos los medios están al alcance de todos. El problema es el nivel cualitativo. ¿Cuándo les das ese servicio? En el centro de salud si una persona está en la consulta y necesita un electro, pasa la enfermera y le hace el electro. Necesita una visita con la asistente social, pasa la asistente social,... ¡yo qué sé! ¿La matrona? Pasa a la matrona. Quiero decir, bueno con cita y todo eso, pero si es una cosa urgente que hay que hacer ya y tal y cual, todos los servicios están a mano. En el pueblo es otra cosa. Yo, para los electros urgentes, llamaba al compañero del centro de guardia y le decía: -Oye, va a ir un señor, te...dile a tu*

⁵⁸ Lo mismo sucede con el acceso a la consulta de la matrona, ubicada en el centro de salud. Este aspecto será tratado en profundidad en el capítulo dedicado a las *matronas rurales*. Señalo que en algunas de las zonas básicas de salud existe un servicio de transporte llamado *transporte a la demanda*, que depende de la Consejería de Fomento (Junta de Castilla y León), que posibilita el desplazamiento hasta el municipio de cabecera donde se encuentra el centro de salud.

enfermera por favor si le puede hacer el electro.- Entonces la enfermera hacía el electro. El médico me hacía el favor de leer el electro, bueno pues...porque intentas que las cosas sean lógicas, pero sí hay una diferencia a nivel de acceso a los servicios, evidentemente. Luego hay gente que no tiene coche, que le tiene que llevar el vecino, pero bueno todas esas cosas como que son salvables. Los análisis en el centro de salud -Venga mañana y se hace el análisis en el centro de salud-, cuando es una cosa que hace falta pronto. En el pueblo -Tiene que hacerse un análisis-, -¡Hala! Y... ¿Cuándo? Es que viene mi hijo..., mejor en verano. Pero bueno, ya todo el mundo tiene coche, todo el mundo va a todas partes, y en principio ese acceso, aunque está más limitado porque tienen que viajar... Suele ser la gente mayor la que tiene más problemas.” (Luisa, médica)

4.2. LAS VISITAS DOMICILIARIAS

Estoy en la sala de espera del consultorio en horario de consulta. El médico no está. Ha dejado una nota en la puerta de entrada. Está haciendo una visita domiciliaria. (Diario de campo, 27 de octubre de 2008)

Médicos y enfermeros hacen también visitas domiciliarias. Acuden a prestar la atención sanitaria prescrita por el personal sanitario obedeciendo a criterios biomédicos. Si bien, hay situaciones en las que se ha de protocolizar la asistencia domiciliaria. Tal es el caso de los *pacientes inmovilizados*, quienes por su condición no pueden acudir a las consultas habituales.⁵⁹

Las visitas domiciliarias pueden ser programadas, es decir organizadas por los profesionales. Al igual que en las consultas, enfermería realiza más visitas programadas que los médicos. Los *inmovilizados* generan gran parte de esta atención. *“A lo largo de la consulta tienes los domicilios que bueno, pues unos los tienes ahí como a mitad de la mañana y otros los tienes todos los días... buscas un hueco*

⁵⁹ La pertinencia de la realización o no de una visita domiciliaria obedece a criterios médicos, si bien hay colectivos o indicaciones concretas que se entiende requieren protocolizar la asistencia domiciliaria. Tal es el caso de los *pacientes inmovilizados*, quienes por su condición no pueden acudir a las consultas habituales. Es por ello que dentro de las prestaciones de la Cartera de Servicios se encuentra el *Servicio 313, Servicio Atención Domiciliaria a pacientes inmovilizados* (GRSCyL-SACYL, 2009).

para poder ir. Cada uno lo tiene distribuido un poco dependiendo de las necesidades.”

(Alberto, enfermero)

El personal de enfermería que tiene a su cargo varios consultorios, dedica parte del tiempo a las visitas domiciliarias para realizar, por ejemplo, curas de úlceras por presión en pacientes encamados, involucrando en ocasiones a la red doméstico-familiar de las personas. En ocasiones familiares y cuidadores asumen las curas, dado que no hay consulta diaria de enfermería en los pueblos pequeños. Esta menor oferta de servicios propicia que enfermería establezca como estrategia involucrar a los familiares para que desarrollen labores de autocuidado y autoatención que sustituyan, en parte, la atención profesional. Ante cuidados o técnicas concretas que no puede asumir la red doméstico-familiar, lo que los profesionales piden a la familia es que ésta desplace a la persona que requiere atención hasta el pueblo donde se esté pasando consulta.

“Cuando tú tienes a lo mejor seis consultorios pues no puedes estar haciendo los domicilios de los seis, entonces, los (profesionales) que tengan inmovilizados en un pueblo pequeño saben que el familiar es muy importante y que va a tener que aprender. Si es inmovilizado y está dentro del programa del inmovilizado tienes que ir. Pero hay veces que les dices, porque lo primero que haces es ir al centro, y tú siempre estás en el centro una hora o dos horas antes de ir al consultorio, entonces hay algunas veces que si es alguna cura que los puedan estar acercando pues les dices, me lo acercas del pueblo a este, o en tal consultorio quedas con ellos, y les dices oye, en tal día estoy en tal consultorio, me lo traes para acá, o me lo acercas al centro a primera o a última hora y ya lo curo, y si no se puede pues, muchas veces te toca ir, y aunque no vayas a pasar consulta te toca ir al pueblo a hacerlo. [...] Es en función de cada lugar, y de a lo que estén hechos. Si están hechos a tener a la enfermera todos los días y tal, pues son mucho más demandantes para cualquier cosa. Que saben que la enfermera viene un día a la semana o dos días a la semana, pues aunque tengas una cura que haya que hacer todos los días ellos mismos son los que te dicen –Enséñame- o enseñas a un familiar, y se van curando ellos o sus familiares, y tú haces las curas los días que vas al pueblo, pero...

enseguida son los mismos familiares los que se hacen más responsables de curas o de cosas por el estilo.” (Alberto, enfermero)

Hay sanitarios que gestionan de otra manera los domicilios, asumiendo más desplazamientos y no delegando cuidados especializados: *“Hay veces que me toca ir porque son inmovilizados que precisan curas diarias. Hay rachas de cosas, y entonces, aunque no tengas el pueblo pues tienes que ir muchas veces.” (Lola, enfermera)*

Algunas visitas domiciliarias se deben a las barreras de acceso que algunas personas tienen para ir al centro de salud: *“Muchos de los sintrones por los que yo iba a la extracción (de sangre) a domicilio eran, no porque el paciente estuviera inmovilizado, sino porque no tenía quien le llevara, con lo cual también era un rollo porque tú no tienes por qué, entre comillas, ir. El paciente no era inmovilizado, es una cuestión social.” (Maribel, enfermera)*

La población puede también demandar visitas a domicilio. Son los llamados *avisos*. Las personas los generan cuando no pueden desplazarse a la consulta, *para ser vistas*.

Cuando los profesionales han de salir a un aviso: *“vas con tu maletín, y entonces es lo que tú lleves en tu maletín.” (Alberto, enfermero)*⁶⁰

Los sanitarios relacionan el aumento de *avisos* con el clima, ya que *“con mal tiempo es cuando más te toca ir a los sitios y cuando peor disposición de coche tienen, porque en verano, siempre tienen algún sobrino, algún vecino, algún hijo, porque todos los pueblos están con gente. Sin embargo en el invierno los pueblos están más vacíos. Es más difícil conseguir un coche que les acerque. Los cuatro que hay no están porque se han ido a trabajar [...]Y el día que cae una nevada te toca ir igualmente y encima es el día que más, porque ya no es acercarte hasta el centro, es ir a todos los domicilios, porque el que tenga ochenta y pico años un día que haga bueno te va a venir, pero un día*

⁶⁰ Interesante leer la carta al editor de Roca *et al.* (2008) en relación a un estudio sobre los maletines domiciliarios de los médicos de familia.

que haya nevado te dice –Si me quieres ver y curar tienes que venir a casa, porque como salga me caigo y me mato.- Y te toca ir a ti.” (Alberto, enfermero)

En las visitas domiciliarias aparece de nuevo la importancia de la coordinación de la unidad asistencial. Algunos señalan lo positivo de realizarlas protocolizadas, es decir, en equipo por parte de la unidad asistencial, personal médico y de enfermería. El no funcionamiento de esta unidad influye, de nuevo, en la atención a la población.

“Las visitas domiciliarias en los pueblos es muy..., Ves ahí es otra cosa en la que yo noto falta de coordinación. Yo intenté que las visitas domiciliarias las hiciéramos conjuntamente porque me parecía más apropiado, y no lo logré. Con una de las enfermeras sí y con otra no. Eh... decía que no, que ella hacía sus visitas y que yo hiciera las mías. Claro...entonces... bueno, a mí me parece bien, pero claro, a mí me parece mejor una visita conjunta, sobretudo en los domicilios programados. Me estoy refiriendo a los inmovilizados. Que a lo mejor luego la enfermera tiene que ir tres veces o el médico tiene que ir tres veces más porque el señor tiene una bronquitis...pues bueno, pero la visita programada...yo creo que debe ser conjunta.” (Luisa, médica)

Los médicos que han trabajado en medio rural y urbano diferencian la frecuencia o las causas que llevan a hacer una visita domiciliaria en uno u otro ámbito. Las relaciones *profesional sanitario-paciente* que se generan en el ámbito rural median en gran medida los motivos. Al mismo tiempo, la apertura de los hogares rurales, con sus puertas sin cerrar en la mayor parte de los casos, sus casas bajas, sus ventanas muchas veces expuestas a los ojos de los otros, y lo común que resulta el recibir a gente en cualquier estancia de la casa, puede hacer más fácil al profesional sanitario el realizarlas.

“En el medio rural las visitas a domicilio se hacen más que en el medio urbano, y se está más cercano a los pacientes. En el medio urbano la gente está acostumbrada a que no vayas a su casa prácticamente a nada. Entonces, por ejemplo yo tenía la costumbre de cuando venía un paciente del hospital iba a verlo siempre cuando me llevaba el informe de alta o me decían que ya había vuelto. Siempre lo veía pues, por ver cómo estaba, por si

necesitaba cualquier cosa, por...pues por...a lo mejor también un poco por animarle, por decirle – Bueno, ha venido usted del hospital que se encontraba muy protegido allí y le ha pasado una cosa muy importante, pero aquí no se preocupe que también estamos.- No sé, a lo mejor también es un poco...un poco... afectivo ¡Yo que sé! Pero la cercanía del médico rural yo creo que es mayor, sobretodo en los domicilios, mucho mayor.” (Luisa, médica)

4.3. LAS URGENCIAS DE LA MAÑANA

Los profesionales de primaria que pasan consulta en centros de salud y consultorios locales cubren las urgencias que se presentan en cada uno de los pueblos que tienen asignados durante las mañanas, de lunes a viernes. *“Siempre tienes que estar a las urgencias que surjan o de tu cupo o de los desplazados que te toquen, que para las urgencias pues también estás.” (Alberto, enfermero)*

Ante una urgencia, a los profesionales se los localiza en el consultorio o por teléfono, llamando al centro de salud para que los administrativos los informen. *“El último infarto que he tenido ha sido un señor de aquí, del pueblo. Yo estaba en la consulta. Vas a verle, dejas la consulta, y le vas a ver. En este caso llamé al ciento doce. Vinieron y se lo llevaron. Estaba bastante bien, pero se le notaba que era un infarto, pero vamos, le pones una cafinitrina y le dices, -Hala majo, cuanto antes al hospital.-Y ya está.” (Miguel, médico)*

Ante las urgencias que surgen durante la mañana en los pueblos donde no hay centro de salud hay una carencia de recursos, humanos y materiales, que en ocasiones condicionan la labor asistencial. *“Tuvimos una taquicardia que iba la mujer a ciento noventa y cinco (pulsaciones por minuto). Entonces tú la intentas tomar el pulso y por muy deprisa que vayas, he llegado a contar ciento cuarenta o por ahí. Y yo le decía al médico, -Pues más de ciento cuarenta.- No tienes pulsi, no tienes electro, pues tomas el pulso y dices -Más de ciento cuarenta, una taquicardia muy grande, pero yo ya más deprisa pues no puedo contar.- Y te ves un poco más limitado en ese sentido. Pero en el centro de salud tienes al médico siempre, porque la consulta del médico y la del*

enfermero están al lado. Pero sin embargo, te vas a zonas básicas donde algunos de los consultorios son compartidos, de médico con enfermera, entonces si está el médico no está la enfermera y hay algunas veces que surge algo y vas tú, pero el médico le tienes en el pueblo, pero ve tú a saber dónde, o el médico te avisa de que vayas para allá aunque estés pasando la consulta porque tienes que ir, y entonces te toca ir. Muchos trabajamos de manera independiente, entonces tú estás, y al consultorio al que vayas si estás tú no está el médico, entonces estás en las mismas. Hay un aviso o cualquier cosa y, o va uno, o va el otro, y luego cuando va uno de los dos pues, llama al otro para decirle -¡Vente para acá ya!- Pero puede estar el pueblo a diez kilómetros, fácilmente.” (Alberto, enfermero)

La unidad básica asistencial, en gran parte de los casos, está separada pasando consulta de forma individual en pueblos diferentes, lo que hace que la calidad asistencial también ante una urgencia sea menor, agudizándose esta situación cuando se trata de una urgencia vital.

“Como mucho puedes poner algo de medicación. Además, a lo mejor te llaman de una urgencia y tú estás en el otro pueblo, que estás a diez kilómetros, que en lo que llegas muchas veces pues no sabes ni lo que va a pasar.” (Lola, enfermera)

“Tuve un infarto que estaba muerto cuando llegué, y menos mal, porque si no, con estas dos manitas, a ver qué hago yo.” (Miguel, médico)

En urgencias acaecidas durante la mañana, la población ha de desplazarse hasta su centro de salud en busca de asistencia cuando no hay consulta en el pueblo en el que reside. En función de la valoración de la situación de urgencia, bien se localiza al médico que tiene la persona que precisa asistencia asignado, bien es visto por algún médico que esté pasando consulta allí si se trata de un problema importante. *“Si es una urgencia, el paciente a de ir al centro de salud y el administrativo localiza al médico si él no lo ha hecho. Pero, si es una emergencia va al centro porque sabe seguro que tiene un sanitario. Entonces, eso es un hándicap importante para los médicos del centro porque por un lado tienen que dejar la consulta y por otro lado les somete a un estrés importante, porque siempre lo gordo de por la*

mañana posiblemente lo vean ellos [...] Toda la gente de los pueblos que en un momento determinado no sabe si va a encontrar a su médico en la consulta va al centro de salud. Eso obliga a los médicos del centro a hacer un sobreesfuerzo para atender esa emergencia.” (Antolín, médico)

4.4. LAS DERIVACIONES DESDE PRIMARIA AL ESPECIALISTA

Los médicos de atención primaria de los pueblos hablan de las derivaciones a los especialistas del hospital. Detallan los casos más habituales, señalando que quizás se realizan menos derivaciones de las debidas ya que ellos asumen gran parte de los controles a realizar a pacientes crónicos.

“Yo creo que no muchas, más bien pocas. Actualmente se sigue un programa de hipertensión, de diabetes, de las embarazadas..., entonces derivas más o menos cuando tienes que derivar. Normalmente las cosas normales, yo qué sé, control de la hipertensión de tus viejos, un porcentaje altísimo de hipertensos pues lo llevas tú, o diabéticos, vamos, no es más que pedir una analítica, un electro, hacer una exploración física, hacer un fondo de ojo y poco más,..., darles tiras para que se hagan sus controles, una analítica normal y una hemoglobina aplicada de vez en cuando y todo eso. Prácticamente no derivas nada. Vamos, si quieres quitarte el muerto de encima lo puedes derivar, pero en general no. Hombre, tienes que derivar enfermos cardiológicos, enfermedades complicadas, tumores, y demás, por supuesto, pero yo creo que quizá menos de la cuenta derivamos.” (Miguel, médico)

“Te miras mucho, incluso los pacientes crónicos, cómo enviarles al especialista, al médico de hospital, para que se hagan sus revisiones, ya fueran graves, medio graves, o muy graves, porque ellos te ponen muchos problemas para que les envíes. Para un paciente diabético, que se le tuviera que ver el fondo de ojo, bueno, pues te cuesta dios y ayuda, con lo cual, tienes un poco manejarte tú con las pocas armas que tienes para mantener a la gente en el pueblo.” (Antolín, médico)

Las razones por las cuales la población es a veces reticente a las derivaciones son la edad, la distancia al hospital y las dificultades para salvarla.

“Sí, claro, tienes que asumir todas las patologías porque lo primero, pensamos en la gente mayor. Muchas personas están solas. Transporte público hay, pero es muy incómodo y entonces sí, claro, tratas de solucionarle aquí la mayoría de los problemas médicos que tengan, de cualquier especialidad.” (Gloria, médico)

“Yo creo que, en líneas generales, el factor distancia lo consideramos todos, entonces eso a mí me parece también un hándicap, sobre todo para los pueblos pequeños, pues hace que, desde mi punto de vista, se derive menos. Eso no quiere decir que la derivación sea mejor. A lo mejor se deriva mejor en la ciudad, no lo sé, pero lo que sí es cierto es que tú valoras la edad del paciente, valoras la gravedad de la situación, e intentas el, el... Tu primera, tu primera acción, o tu primera impresión, como profesional, es, intentar solucionar todo el problema del paciente dentro del pueblo, porque en atención primaria no diagnosticamos, bueno también diagnosticamos, pero, la diferencia entre el hospital y la primaria es que en el hospital sólo se mueven con diagnósticos. Nosotros nos movemos con diagnósticos pero solucionamos problemas. Es decir, hay muchas veces que tratas el problema de un señor sin terminar de saber cuál es la enfermedad que ha tenido, pero se lo has solucionado.” (Antolín, médico)

“Pero bueno, en general, la teoría del tema es que tienen acceso a los mismos servicios y la realidad es que a algunos servicios no acceden porque no... Porque no se quieren mover, fundamentalmente, es decir -Vaya usted al especialista de digestivo-, -¡Uy! vamos a ver si se me pasa, que es que eso de ir a Segovia...-“(Luisa, médica)

Al mismo tiempo creen que se podrían evitar derivaciones si dispusieran de más métodos diagnósticos.

“A nivel de métodos de diagnóstico, que si que nos faltan aquí cosas que podríamos evitar el derivar, por ejemplo, los aparatos para medir la tensión ocular, que muchas veces sospecha, porque viene una infección ciliar y dices, puede que tenga un... vamos, que ves que no es una conjuntivitis y puede haber una patología más seria. Pues para poderlo diferenciar... y entonces les evitaríamos un viaje a Segovia, que simplemente van y les dicen -Pues no, lo que tiene es una no se qué y la tensión ocular está bien-, bueno pues eso podíamos tener aquí y evitaríamos muchos viajes. Un ecógrafo también

podíamos tener o para detectar la flebitis, por ultrasonidos, o sea si que hay una serie de cosas que podríamos tener. No digo en todas las consultas, pero sí por lo menos en consultorios de pueblos más grandes y en el centro de salud, centralizarlos, y se podría evitar viajes. Y luego, sobre todo a nivel de las guardias, pues que las hicieran dos personas, porque de verdad que es mal el estar una persona.” (Gloria, médica)

En líneas generales, la población solicita que se les derive a los especialistas cuando piensan que pueden padecer una enfermedad importante. *“Yo pienso que no se lo plantean, en líneas generales. Solamente se lo plantean cuando creen que su problema es muy importante y que puede tener unas consecuencias muy graves. Entonces es cuando te piden una radiografía o te dicen que pueden tener un cáncer y que tienen que ser estudiados o te piden que los derives al hospital. Pero ese tipo de, de visitas al médico de atención primaria es un tanto por ciento mínimo con respecto al otro tanto por ciento.” (Antolín, médico)*

Si bien, en alguna ocasión los médicos de primaria derivan pacientes a atención especializada para, como se dice coloquialmente, *quitarse el muerto de encima.*

“Es así, intentas evitarles el que se desplacen por cosas que vemos que no tienen importancia... bueno, a veces pasa como con todo. Hay veces que dices esto es una chorrada y le voy a mandar para que me deje, para que se quede tranquilo pero, pero, esto pasa en cualquier rama de la medicina, pero vamos en general no es por eso.”(Gloria, médica)

He estado esta tarde en el centro de salud, mejor dicho, en el Punto de Atención Continuada (PAC). Me encontraba sentada en torno a una mesa con dos médicos y una enfermera. Uno de los médicos está comiendo pero se marcha a casa, no tiene guardia. Sus otros dos colegas médico y enfermera, sí. El médico que se queda de guardia comenta que hoy derivó a un paciente bastante particular al endocrino con la excusa de que era un paciente obeso. Comenta que él le hubiera derivado directamente al psiquiatra pero que no quería líos con el paciente ya que podía haberse ofendido. Que prefería que sí le tenía que derivar alguien fuera otro médico. (Diario de campo, 20 de febrero de 2009)

Cuando la gente de los pueblos ha de desplazarse hasta el hospital utiliza coches particulares, autobuses de transporte público, en ocasiones ambulancias facilitadas por los médicos de primaria para aquellos que no disponen de medios, lo que encaja dentro del concepto *transporte colectivo*, y también en taxis rurales.

“En general van en coches particulares, hay algún caso que tiene que ir en transporte público [...] Si no tienen como ir y no pueden utilizar transporte público utilizan las ambulancias que les recogen y les llevan. Para esto les tenemos que hacer un informe y mandarlo para que lo autorice la inspección médica.” (Gloria, médica)

“Hay gente incluso muy mayor que con ochenta años conduce todavía. Los sistemas de transporte público están muy mal, porque como no los usa ni dios, pues no los hay prácticamente. Entonces a lo mejor hay un autobús que va algún día a la semana, pero siempre llega tarde y demás. Pero ellos casi siempre o se mueven por sí mismos o les llevan sus hijos. En algún caso, pues yo qué sé, a estos que tienes así muy magullados les pones una ambulancia, yo qué sé, de estos que tienen que ir, yo qué sé, al sintrom o así, les pones una ambulancia cuando hay que ponérsela.” (Miguel, médico)

La Medicina es más creíble si fundamenta sus decisiones en pruebas diagnósticas como analíticas de sangre y radiografías fundamentalmente en el caso de atención primaria. Hablamos así de la tecnificación y el reduccionismo de la ciencia médica a lo puramente biomédico.⁶¹ La concentración de los recursos necesarios para llevar a cabo pruebas diagnósticas en los complejos hospitalarios de las ciudades determina su uso por quienes viven en los pueblos. *“Acceder al laboratorio o a rayos o a cualquier prueba es más difícil en el medio rural que en el urbano.”* (Eva, médica)

El desplazamiento al hospital y el tiempo que se ha de dedicar a la realización de pruebas diagnósticas es una incomodidad para sus pacientes. Si bien, se

⁶¹ Ver Comelles (2007).

delega en los usuarios el acudir a realizarse dichas pruebas diagnósticas, argumentando que son necesarias, y que si no acuden a realizarse las mismas es por decisión propia, obviando las posibles dificultades asociadas.

“Les da mucha más pereza porque primero que tengas a alguien que te lleve...pero bueno, el que quiere hacérsela (la prueba)...yo creo que les da lo mismo.” (Maribel, enfermera)

“Pues no, porque lo primero es que cuando vienen es que lo necesitan y lo segundo, yo llevo aquí muchos años, y entonces saben ellos perfectamente que tratamos de derivarles lo menos posible por las incomodidades que les supone, entonces cuando les derivamos no dicen absolutamente nada.” (Gloria, médica)

La población de la provincia, incluida la de la capital, ha de desplazarse a centros sanitarios en otras provincias como Valladolid, Salamanca o León, o a la Comunidad de Madrid para acceder a tratamientos especializados. Una de las soluciones que plantea la administración es el *transporte colectivo* para facilitar el acceso a estos tratamientos, si bien no es adecuado según los profesionales para la población enferma. *“Aquí, por ejemplo, la quimio la dan, pero la radio tienen que ir a Madrid o a Salamanca o a Valladolid. Muchas veces van en transporte colectivo, que es una paliza para los enfermos. [...] El transporte colectivo supone que recogen a distintos enfermos de distintos pueblos, los llevan sobre todo a Madrid, y luego les tienen que recoger, y eso supone que a lo mejor el enfermo se tiene que levantar a las seis de la mañana y llega a su casa a las seis de la tarde. Y es una paliza para una persona que esté enferma. A mí me parece bastante inhumano eso.”* (Lola, enfermera)

4.5. DESPLAZADOS Y VERANEANTES

Se nombra, en jerga sanitaria, *desplazados*, a aquellos usuarios que demandan atención en consultorios locales, centros de salud u hospitales en un área de salud diferente al que por residencia les corresponde, bien sea población de la Comunidad Autónoma de Castilla y León o de otras comunidades autónomas. En la provincia de Segovia los desplazados mayoritariamente provienen de

Madrid, Cataluña o del País Vasco, ya que en gran medida éstas fueron las regiones que recibieron y siguen recibiendo a los emigrantes segovianos. Los desplazados vuelven a los pueblos porque en ellos sigue residiendo parte de la familia: *“Acuden bastante, sí. Suelen ser muchos madrileños... la mayoría son del pueblo de origen.”* (Miguel, médico) *“En este pueblo aproximadamente viven unos trescientos. Luego, en verano, sabes que casi se duplica la población en estos pueblos, porque viene gente a pasar las vacaciones.”* (Maribel, enfermera)

También hay jubilados que pasan en los pueblos gran parte del año, a excepción de los fríos inviernos. Las concentraciones de foráneos son desiguales en unos y otros pueblos. Otros desplazados no tienen arraigo familiar en estos pueblos pero deciden ubicar allí su segunda vivienda. En verano, puentes y fines de semana los desplazados hacen acto de presencia. En la sierra, o en zonas con grandes urbanizaciones cuentan por lo general con mayor número de población de este tipo: *“Cambia de unas zonas a otras. Aquí viene mucha gente madrileña, entonces sobre todo lo que ves son desplazados. Hombre, ahora en noviembre estamos viendo nada más que gente del pueblo, y estamos teniendo una consulta de venir, pasar dos horas y haber terminado. En Semana Santa, pues todo ese mes empezamos a las nueve y terminamos a las tres de la tarde, entonces varía mucho, y todos los que ves son desplazados, y con pocos datos, porque no tienes historia de ellos y no es para seguimiento, si no para cosas de demanda puntuales y cosas por el estilo.”* (Alberto, enfermero)

La administración sanitaria refuerza con personal estas zonas básicas de salud, aunque los profesionales sanitarios creen que *“se refuerza poco el personal.”* (Eva, médica). *“Poco, una enfermera quince días y un médico no sé si un mes y medio o por hay, no mucho.”* (Ramona, enfermera)

Asumir la atención de la población desplazada *“en verano es un problema. Nosotros tenemos aquí un problema en Segovia, en Segovia ciudad y Segovia provincia, porque por ejemplo un segoviano que quiera ser visto en un servicio de Madrid no le ves si no se inscribe antes, mientras que aquí se ve, esté inscrito o no, y además muchas*

veces con la intolerancia del -Yo soy de Madrid- y la exigencia de unos tratamientos. Algunos vienen con recetas que no se pueden hacer. Entonces, ahí sí que tenemos un problema. (Victoria, médica)

El acceso a los consultorios locales es fácil ya que no se ha de pedir cita previa. *“En una zona rural saben que a tal hora vamos o venimos el médico y la enfermera y sólo tienen que esperar su turno, y ya está. Yo creo que los desplazados tienen mucho mayor acceso que en una ciudad. En una ciudad viene una persona desplazada, primero tiene que pasar por los servicios administrativos, pedir número, cita, y dicen -Claro, si necesito todo esto, y encima, a lo mejor estoy dos horas esperando a que me toque el turno, pues no voy, me espero a mi médico o tengo la precaución de no quedarme sin medicamentos.-”* (Lola, enfermera)

“Encuentran eh...cambios muy importantes con respecto a cómo acceden a los servicios en sus ciudades de residencia, ¿no? En sus ciudades de residencia, normalmente Madrid o aquí vienen muchos del País Vasco, tienen un acceso muy limitado con citas previas y...y rígidas, y por tanto la posibilidad de acudir a las consultas la tienen con mayores filtros de lo que de lo que sucede aquí. ¿Qué sucede? Que cuando ellos se desplazan a su localidad de origen, núcleos más pequeñitos, pues se quedan...vamos, extraños y admiten pues bueno pues, pues como una...como una cosa de gran trascendencia, el que se pueda acudir con esa facilidad a la consulta y ser atendido prácticamente sin ninguna gestión previa, que es lo que sucede en nuestro medio rural. Y ser atendido de una manera casi inmediata, ¿no? Pues eso... eso es para ellos un aspecto eh... pues no sé, de sorpresa incluso.” (Julián, enfermero)

Teóricamente es necesario que la población desplazada disponga de un informe de su médico habitual de atención primaria para que se tenga una información mínima de su historia clínica, y sobre todo de la medicación habitual que toma, ya que una de las mayores demandas son las recetas. Hay médicos que argumentan que ellos ven a toda la población, aunque no tengan el informe estipulado.

“Lo legal es eso, eso es lo legal. Luego en la práctica se hace poco. Si yo no atendiera nada más que a los que me llevan un informe de un médico de cabecera, yo creo que no atendería a ninguno. Hombre, yo también soy muy particular y llevo muchos años aquí. Como ya los conozco de toda la vida tampoco les voy a ir pidiendo nada en especial [...] Que esto no es Madrid y aquí no vas pidiendo el carné de identidad a la gente en la consulta como en Madrid, porque no ha lugar, vamos. Los desplazados son los mismos de todos los años, eh, los mismos, que te vienen siempre, o sea, que les tengo ya más que conocidos [ríe] ¡No voy a estar pidiéndoles el carné de identidad ni nada! Sí, pero lo legal es eso, pedir un pequeño documento de lo que les pasa...Hay muchísima flexibilidad. Ya te digo, si sólo hicieras las visitas a los que vienen con el informe de su médico, no se las hacía ni a la décima parte de los que vienen. Digamos que muchas veces las normas están para saltárselas. Depende de lo que te venga, vamos, si te viene por ahí un chavalito de veinte años pidiéndote morfina, pues no se la vas a hacer así de entrada...Si te viene el típico de setenta años pidiéndote un antidepresivo y un hipotensor, pues es que no hay lugar a duda, vamos, que no hay que ser muy listo para eso. Ya te digo, es una cosa normal y en general viene buena gente.” (Miguel, médico)

El que acudan desplazados supone más trabajo para los profesionales que prestan asistencia en consultorios locales. En algunos casos los definen como hiperfrecuentadores, sobre todo a aquellos que sufren alguna dolencia de tipo crónico.

“Bueno ya está manejao porque llevan toda la vida haciendo este... esto se convierte en la localidad a la que acuden en hiperfrecuentadores. Durante el tiempo estival que van a estar allí parece que quieren su problema crónico, que normalmente muchos de ellos son problemas crónicos, quieren tener todavía mejor que cuando estaban en su localidad de residencia, es decir, esto así...mayor cercanía sí tienen, menores trabas para acudir a los servicios también, eso es cierto.” (Alberto, enfermero)

“Ahora, en verano sí, te ves un poco justo de tiempo para ir de un sitio a otro, pero es por los desplazados, sabes, no es por otra cuestión, porque acuden muchísimo a la consulta.” (Miguel, médico)

Durante los periodos, sobre todo estivales, los familiares que migraron también aprovechan su estancia en el pueblo para acompañar a sus padres, mayores, a las consultas.⁶²

“Pues porque viene gente de...vienen los chicos que están estudiando o trabajando no sé donde y se vienen al pueblo con los padres, eh... los hijos que vienen a ver a los padres y entonces deciden que hay que ir al médico porque al padre le han encontrado no sé qué. Eso es muy típico.” (Luisa, médica)

“A las personas mayores les dices -¿Tus hijos pasan las vacaciones en verano contigo?- Te dicen,-Sí.-, - Pues entonces que hablen conmigo y ya quedamos.- Todas las revisiones de los abuelitos crónicos se hacen en verano. En los pueblos que están lejos, por ejemplo, tienen más difícil el desplazamiento, y claro, tú piensas -Les estamos metiendo en un mundo que supuestamente les va a dar mejor salud, mejor atención y les estamos exigiendo un sacrificio...- Que claro, si a mí me mandan levantarme a las cinco de la mañana para ir a hacerme un análisis, desde luego o me va la vida o no voy, a un control rutinario, no voy desde luego.” (Miriam, enfermera)

⁶² Ver anexo 5.

5. LAS URGENCIAS DE PRIMARIA

En este capítulo se aborda la *atención continuada* o las más conocidas como *urgencias de atención primaria*. Comienza con la descripción de uno de los escenarios de esta etnografía, los puntos de atención continuada. A continuación se habla en el capítulo sobre lo que supone nombrar atención continuada o bien urgencias de atención primaria a este servicio. El capítulo prosigue hablando del acceso a las urgencias de atención primaria y de las razones por las cuales la demanda es generada. Para finalizar, los profesionales sanitarios hablan de sus percepciones acerca de lo que se necesita para mejorar este servicio.

El servicio llamado *Atención Continuada*, más conocido como *urgencias de atención primaria*, se presta en los Puntos de Atención Continuada (PAC). Comprenden, en el ámbito rural de Segovia, los centros de salud, y los centros de guardia. El horario en el que se dispensa servicio es de lunes a viernes, entre las quince horas y las ocho horas del día siguiente, y sábados, domingos y festivos, las veinticuatro horas del día.

La dotación de personal de los PAC en de las zonas básicas de salud donde desarrollé el trabajo de campo comprendía un médico y un enfermero en cada PAC ubicado en un centro de salud y de un médico por cada PAC ubicado en un centro de guardia, a excepción de los fines de semana cuando se incorporaba al servicio un enfermero.

Estas últimas semanas he visitado los Puntos de Atención Continuada (PAC), centros de guardia y centros de salud, en el horario en el que estaban en activo. Aparcar siempre resulta fácil. Tienen una puerta concreta por la que acceden las personas que acuden a las urgencias cuando disponen de más de una puerta de acceso. En estos accesos hay una rampa. Un timbre, a veces a modo de portero automático, advierte al personal de guardia de la presencia de la gente que demanda atención. Un profesional sanitario es quien abre la puerta, personal médico o de enfermería aleatoriamente cuando ambos están de guardia, y personal médico cuando en los centros de guardia sólo hay un profesional sanitario.

Después del saludo de cortesía, la persona o personas que han acudido a las urgencias de primaria acceden al hall de entrada del que disponen los puntos de atención continuada, más o menos grande, donde se encuentran las sillas de

plástico donde las personas esperan para ser atendidas si es que han de esperar, porque ha veces la atención es inmediata. Depende de la demanda.

En los centros de guardia se utiliza una habitación que durante las mañanas hace las veces de consultorio del pueblo donde se ubica dicho centro para recibir a la gente. Una vez van a ser atendidas las personas entran a esa habitación. Habitualmente los profesionales les piden que tomen asiento. En torno a una mesa, tres sillas. Una para el médico, dos para el potencial paciente y el acompañante. Esta suele ser la fórmula habitual. Estos centros además disponen de otra habitación dotada de recursos materiales orientados a la atención, como una camilla, un electrocardiógrafo, una bala de oxígeno, al menos un esfigmomanómetro, glucómetros... Encontramos habitualmente también una vitrina donde se guardan sueros, sistemas de goteo, vendas, gasas, jeringuillas, agujas, antisépticos, diferentes tipos de medicación, suturas, instrumental estéril, entre otras cosas. Además, un frigorífico donde se almacenan vacunas, que como la del tétanos no pueden faltar, y medicamentos que requieren estar refrigerados, entre otras cosas. Suele haber cajas con diferentes contenidos por la habitación. También encontramos amontonadas las pesadas "maletas" que contienen el equipo necesario para poder realizar una recuperación cardio-pulmonar avanzada.

En el caso de los puntos de atención continuada ubicados en los centros de salud suelen fusionarse ambos espacios, habitación de consulta y habitación dotada para la atención a urgencias en un solo espacio.

Un cuarto de baño, a disposición de los usuarios, adaptado a las normativas relacionadas con la discapacidad completaría las estancias públicas que las personas "recorren" cuando acuden a un PAC.

Las estancias privadas de los puntos de atención continuada, destinadas a los profesionales sanitarios que están de guardia, comprenden una sala de estar, una pequeña cocina, y la zona de descanso, que cuenta con diferentes habitaciones con pequeñas camas.

Observo, entre otras cosas, que los profesionales sanitarios utilizan su tiempo de guardia para leer, tanto materiales relacionados con su trabajo, como otro tipo de literatura. Utilizan también su tiempo de guardia para realizar tareas burocráticas que van acumulando a lo largo de sus días de consulta. Tienen a disposición un televisor. Durante la noche tratan de descansar, consiguiéndolo

cuando no se produce ninguna demanda de asistencia. (Diario de campo y compilación de notas de campo, 26 de marzo 2009)

Atención Continuada es como se nombra administrativamente a las más popularmente conocidas como *urgencias de atención primaria*.⁶³ Cuando se aborda el tema de las guardias, es algo que rápidamente explican los profesionales sanitarios: *“Te quiero advertir una cosa que no sé si la sabrás. Se llama atención continuada por un motivo administrativo, porque de esa manera no nos pagan como horas extraordinarias, y entonces ahí se mezcla, y es lo que crea un cierto conflicto, un desasosiego, porque teóricamente se dice urgencias, pero acude gente y lo usa como si fuera una consulta de tarde.”* (Victoria, médico)

Para empezar encontramos una problemática que tiene su origen en cómo administración y profesionales piensan este servicio. Esto hace que ante cuestiones como *“¿Cuándo es pertinente utilizar las urgencias de atención primaria? ¿Se hace un buen uso de las urgencias de primaria?”* haya un discurso elaborado del personal médico y enfermero que hace guardias en primaria relacionado con una *mejorable* forma de utilizar este servicio. A lo largo de este capítulo será importante recordar esta dicotomía.

Cuando se produce una demanda de asistencia sanitaria, del tipo que sea, previamente ha sido desarrollado un proceso de toma de decisiones. Esta búsqueda de atención parte de una situación de malestar, de padecimiento,

⁶³ Antonio Lasala (2003) en su tesis doctoral que tuvo como marco etnográfico el Bajo Aragón, plantea también lo que supone que el servicio prestado sea *atención continuada* o *urgencias de atención primaria*, como puede leerse en el siguiente extracto de su trabajo: *“Cuando en cualquier parte del edificio suena el teléfono –hay ocho aparatos en total-, no hay protocolo de atención a la llamada. O mejor, hay diversas maneras de contestar que se sintetizan en dos. Según quien, al descolgar dice: -Centro de salud de Híjar, dígame. Otros, en cambio, dicen: -Urgencias, dígame. No es baladí la observación. Cada respuesta tiene su razón de ser; indica cómo se toma el hecho de atender allí a esa hora. Y todo viene de una ambigüedad en la denominación del servicio que se presta. Para los primeros, están en un servicio de Atención Continuada, abierto, propio para atender cualquier consulta, sea urgente o no. Suelen ser profesionales que estuvieron, en los viejos tiempos, veinticuatro horas diarias de servicio. Los segundos cierran más las posibilidades, como si allí lo fundamental fuese lo urgente; su perfil es más MIR, con formación o experiencia hospitalaria, y contratados aquí como sustitutos o “refuerzos” de fin de semana; o personas sanitario sin ese perfil que entiende que las consultas ordinarias han de hacerse en los consultorios locales, y que ellos están exclusivamente dedicados a lo urgente.”*

expresado, o detectado por la red doméstico-familiar cuando la persona doliente es dependiente. Tras esta decisión, se abre un abanico de posibilidades como son llamar por teléfono al PAC; trasladarse a él; acudir a las urgencias hospitalarias; llamar por teléfono al servicio de emergencias 112, vinculado al servicio de emergencias sanitarias.⁶⁴ En los pueblos donde no hay ubicado un PAC, centro de guardia o un centro de salud, la demanda se realiza bien a través de una llamada telefónica, bien acudiendo al punto de atención continuada.

Las llamadas telefónicas a los PAC pueden realizarse para solicitar información o pedir consejo. También se efectúan para solicitar que los profesionales sanitarios se desplacen para atender lo que la población considera un problema de salud urgente. Esto es lo que en jerga sanitaria llaman *los avisos*. Ante esta situación, los sanitarios intentan que sean los potenciales pacientes los que se desplacen hasta el punto de atención continuada para *no dejar el centro solo*.

“Si una persona llama, que está enferma, siempre se le dice que vaya al centro, porque tú dejas el centro sólo y nunca sabes...tú puedes ir a ver a un señor al que le duele la ciática, y en ese momento venir un infartado o cualquier cosa y tú no estás por ahí...Tú siempre les dices que vayan al centro, siempre.” (Paz, enfermera)

“Como te toque ir a hacer un aviso al pueblo más lejano, que está a cuarenta kilómetros por caminos medianamente de cabras, vamos...Y si es una visita importante, pues un médico y un ATS, te llevas al ATS, lógicamente, entonces dejas el centro vacío como dos horas largas entre que sales, haces el aviso y te vuelves. ¡O más! Depende del asunto.”
(Miguel, médico)

“Alguna vez que tuvimos que ir a algún aviso fuera, el centro se quedaba solo, cerrado...” (Cristina, enfermera)

⁶⁴ En el capítulo dedicado a los estudios de caso veremos cómo la gravedad que se asigne a la situación a resolver, la disponibilidad de vehículos para salvar los desplazamientos, la distancia a los servicios de urgencia, así como otra serie de factores, van a influir en las tomas de decisión.

En mayor medida, la población se desplaza al punto de atención continuada. Unas veces el demandante puede desplazarse por si solo, conduciendo su vehículo. En otras se deberá movilizar la red doméstico-familiar, o redes informales, cuando quien pretende ser atendido no dispone de carné de conducir o de vehículo, o es una persona dependiente. Hay profesionales sanitarios que afirman que la articulación de estas redes es mayor en los pueblos: *“En el pueblo donde yo trabajo la gente tiene una camaradería impresionante, de verdad. Si se pone alguien malo en seguida van los vecinos a cogerle, a ayudarle.”* (Paz, enfermera). Sin embargo, hablan de falta de recursos propios así como de escaso servicio de transporte público para salvar las distancias, de forma significativa entre las personas mayores. Ante este tipo de situaciones los profesionales se desplazan hasta los domicilios por motivos sociales.

Si, como comentábamos, es la población quien se desplaza al punto de atención continuada⁶⁵, puede darse el caso de que los profesionales hayan salido a hacer algún *aviso*. Se suele informar de ello colocando una nota en la puerta de entrada. Si no es el caso, un sanitario recibe a los recién llegados. El tiempo de espera para ser atendido dependerá de la demanda, tanto del número de personas que haya ya esperando, como de las diferentes circunstancias de cada caso. Tras este indeterminado intervalo se presta la asistencia. Los profesionales dirigen a la persona o personas hacia *la habitación donde se encuentran la mesa y las tres sillas. Les piden que tomen asiento. Sobre la mesa, el protagonista del instante, el libro de registro de incidencias⁶⁶, o bien un ordenador. El médico comienza el ritual asistencial. -Me permite su tarjeta sanitaria.- A veces, para agilizar la recogida de datos va preguntando - ¿Cómo*

⁶⁵ *“Nos vamos al centro”*, es una de las frases utilizadas por la población para informar a familiares y/o vecinos de que se desplazan hasta el PAC en busca de asistencia. No se utiliza el término *Punto de Atención Continuada*, sino otros como *“centro”*, *“centro de guardia”*, *“centro de salud”*, o bien se nombra el pueblo donde se encuentra ubicado el PAC.

⁶⁶ *El personal sanitario acostumbra a revisar el libro de incidencias para ver qué personas de sus pueblos han ido a las urgencias de primaria. (Nota de campo, 24 de marzo 2009)*

5. Las Urgencias de Primaria

se llama? ¿De qué pueblo viene? ¿Cuántos años tiene?- Para finalmente preguntan. -Dígame, ¿Qué es lo que le pasa?- Los usuarios explican entonces por qué razón piensan ellos que necesitan ser atendidos, qué les sucede. (Diario de campo, 3 de febrero de 2009)

Algunas de las entrevistas realizadas a lo largo de este trabajo han tenido como escenario los puntos de atención continuada ya que varios profesionales me ofrecieron parte de su tiempo de *guardia* para hablar de forma distendida, al margen de las posibles *interrupciones* que pudieran surgir debidas a la demanda.

Los sanitarios que hacen guardias perciben que *“se acude a las urgencias de atención primaria o a los puntos de atención continuada de primaria pues, por los problemas desde los más insignificantes, a los de una trascendencia crucial para la salud. Desde las emergencias con casos realmente graves, que hay que atender de manera inmediata, hasta las cosas más banales que te puedas imaginar.”* (Julián, enfermero). Pensé interesante elaborar una tabla con los motivos de utilización de las urgencias de primaria que los profesionales mencionaron en entrevistas y conversaciones informales.

Tabla 4. Motivos de utilización de las urgencias de atención primaria desde el punto de vista de los profesionales sanitarios que hacen guardias (por orden alfabético).

<i>Accidentes laborales</i>	<i>Dolor (abdominal, de cabeza, de oídos de pecho, etc.)</i>	<i>Molestias (varias)</i>
<i>Accidentes domésticos</i>	<i>Fatiga</i>	<i>Mordedura de animales</i>
<i>Accidentes de tráfico</i>	<i>Fiebre/Procesos febriles</i>	<i>Picaduras de insectos</i>
<i>Amigdalitis aguda</i>	<i>Gastroenteritis</i>	<i>Piel/mano hinchado/a</i>
<i>Borrachera/Coma etílico</i>	<i>Gripe</i>	<i>Procesos febriles</i>
<i>Caídas</i>	<i>Golpes</i>	<i>Quemaduras</i>
<i>Coma diabético</i>	<i>Hemorragia (digestiva, nasal, otras)</i>	<i>Quemaduras solares</i>
<i>Consulta de tarde</i>	<i>Heridas (abierta, de motosierra, etc.)</i>	<i>Subidas de azúcar</i>
<i>Cortes</i>	<i>Infartos/anginas de pecho</i>	<i>Tos</i>
<i>Culebrilla</i>	<i>Lumbalgias/Ciática</i>	<i>Traumatismos</i>
<i>Dificultad respiratoria</i>	<i>Mocos (niños)</i>	<i>Traumatismo craneal</i>

Fuente: Elaboración propia.

Perciben que la utilización de las urgencias de primaria está condicionada por la distancia que haya entre el pueblo donde surge la demanda y el hospital. A mayor distancia, más se elegirá como primera opción acudir al punto de atención continuada.

“Yo creo que en una capital no se utilizan tanto (las urgencias de atención primaria), que directamente se van al hospital, pero en los pueblos lejanos sí. Va mucha gente, todo, cualquier cosa que pase, desde una angina de pecho, algún infarto, adolescentes que en pleno agosto que van a las fiestas de los pueblos y se emborrachaban, accidentes de tráfico, cortes en la piscina,... Todo va allí.” (Cristina, enfermera)

Por otro lado, los profesionales establecen una dicotomía entre el mal y el buen uso de las urgencias de atención primaria.

“El uso que se hace de las urgencias (de atención primaria) es muy malo, en mi opinión, muy malo.” (Maribel, enfermera)

A esta categorización del mal uso de las urgencias de primaria algunos lo llaman *las urgencias no urgentes*, frente al buen uso, *las urgencias urgentes*.⁶⁷ Serán estas ricas expresiones las que utilicemos a continuación para profundizar en la dicotomía de uso establecida.

Como ejemplo de mala utilización describen el uso que se hace de estas urgencias a modo de *consulta de tarde*, sobre todo entre semana.

“Insisto en que en las primeras horas de la tarde, incluso hasta bien entrada la noche, son prácticamente actividad que se suele realizar en las consultas de la mañana, nada más que trasladadas a la tarde. ¿Por comodidad de los usuarios? Pues probablemente, pero la realidad es esa.” (Julián, enfermero)

⁶⁷ Autores como Peneff (1992) y Allué (1997;1999) se preguntan en sus trabajos por el motivo que lleva a las personas a acudir a urgencias, acercándose a las necesidades reales de las mismas.

“Se les procura educar, pero las urgencias suelen ser una atención continuada de una consulta. Deberían haber ido a la consulta normal muchas veces, la gran mayoría de las cosas.” (Lola, enfermera)

Al preguntar a qué puede deberse esta situación, explican que hay personas que utilizan las urgencias de primaria como una consulta normal debido a la incompatibilidad horaria de la consulta y las actividades laborales o académicas de la población.

“El noventa por ciento de las urgencias de primaria son consultas, es decir, es lo mismo que te puede venir a consulta. Uno que se ha hecho una herida, que se ha cortado, que me duelen los oídos, y les preguntas desde cuando les duelen y te dicen que desde antes de ayer y les preguntas que por qué no han venido a consulta, y te dicen que porque están trabajando.” (Alberto, enfermero)

“Hay una parte importante de las urgencias generadas por la gente que no tiene fácil conseguir un permiso de trabajo para ir al médico de su pueblo, porque mucha de la gente, en general, no trabajaba allí, sino que trabajaba o en Segovia o en otros núcleos, con lo cual ir a la consulta les supone no volver al trabajo. Entonces hay gente que no pide permiso porque dicen -Al tercer permiso que le pida a mi jefe me va a echar.- Entonces una parte importante deriva de no querer perder horas de trabajo. Esto viene a la urgencia por la tarde.” (Maribel, enfermera)

Esa utilización de las urgencias es valorada como *mala* por los profesionales. Para ellos es fundamental que se utilice la consulta ordinaria para que exista un seguimiento por parte del médico, una continuación de cuidados en el caso de enfermería, que es en lo que se fundamenta la atención primaria. *“A la gente hay que hacerla entender que...pero en eso tenemos todos parte. A la gente hay que hacerla entender que las enfermedades es mejor que sea su médico de cabecera quien sepa lo que le pasa, quien le ponga tratamiento, quien le vuelva a ver si no va bien, quien le lleve. Porque a la guardia hay que venir cuando no puedes esperar al día siguiente para ir a tu médico. Si no, tienes que ir a tu médico, si no es como..., como el del mareo, que se podía haber esperado a mañana perfectamente. Si está un poco mareado, lleva dos días*

mareado, lleva desde el domingo y estamos a miércoles, lleva desde el domingo, que se fue de juerga y se pasó y entonces lleva un poco mareado, pero ayer fue a Madrid y volvió pero ahora sigue un poco mareado, y parece que le da un poco vueltas la cabeza... No es un vértigo como dios manda, y vamos, tratamiento le ha puesto para vértigo pero... podía haber esperado a mañana. Y el segundo que llevaba varios días que le dolía la rodilla pero que hoy ha hecho un gesto más así y se ha hecho más daño...en fin, esas personas ¿Qué les haces aquí? Darles analgésicos, y eso lo pueden hacer en casa. A veces se toman un analgésico, un antiinflamatorio y al día siguiente van a su médico, y su médico es el que les explora en condiciones, les conoce, les hace radiografía, esto, lo otro. Quiero decir, que el que te tiene que seguir es tu médico de cabecera, que la urgencia es para cosas que no pueden esperar al día siguiente.” (Ramona, enfermera)

Por eso este servicio de urgencias se utiliza más de lo que se debiera utilizar siendo “uno de los ámbitos en los que más se nota la hiperfrecuentación.” (Julián, enfermero). Resurge en este punto el concepto de *hiperfrecuentación*, en alusión a la demanda no justificada de atención en las urgencias de primaria.

Cuando el problema por el cual la población ha acudido al PAC puede resolverse, el médico, teóricamente⁶⁸, escribe un informe y se lo entrega a la persona que recibió la asistencia, o en el caso de una persona dependiente, a quien acompaña a la misma. Se entrega entonces el informe por duplicado siendo una copia para el paciente, y otra para que éste se la entregue a su médico, con el objetivo de que éste tenga conocimiento de lo sucedido, y quede constancia del hecho en su la historia clínica.

En cuanto a las situaciones que ejemplifican un uso justificado de las urgencias de primaria, según los sanitarios, se encuentran *las urgencias urgentes*. Según la base de datos de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)⁶⁹ el término

⁶⁸ Algunos médicos no escribían informes de las *urgencias* que consideraban banales. Donde sí quedaban recogidas, como ya se comentó, era en el ordenador o en el libro de registro de incidencias, *el libro grande, de hojas apaisadas, que parece antiguo. (Nota de campo, 10 de febrero de 2009)*

⁶⁹ Accesible en <http://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

urgencias médicas se define como “situaciones o afecciones que tienen una alta probabilidad de derivar en incapacidades o que pueden tener consecuencias inmediatas de riesgo vital, o que requieren primeros auxilios u otra intervención inmediata.” Las *urgencias urgentes* se asisten bien en los PAC, si la población se desplaza hasta los mismos en busca de asistencia, bien en el lugar donde se requiera atención sanitaria, por ejemplo el lugar donde se produce un accidente, pudiendo ser el escenario de la urgencia un domicilio, la calle, un camino, la carretera, un lugar de trabajo, entre muchos otros. Los profesionales definen también las urgencias en función de la rapidez con la que se ha de dar respuesta a un problema: “Urgencia es aquello que puede derivarse un tiempo, vamos dos horas, tres horas, y emergencia es lo que tienes que ver inmediatamente. Una emergencia es un infarto, y pues, una urgencia puede ser una herida abierta, que no hay riesgo vital para el paciente.” (Antolín, médico)

Los siguientes discursos ejemplifican esta concepción.

“Tuve un infarto en una urbanización cercana, que por suerte ya estaba muerto cuando llegué. Ha habido unos cuantos accidentes de tráfico. Una vez un chavalito aquí mismo, en el cruce de aquí...de estos que salen por la noche y luego...no quiero decir si bebió, o no, porque no lo sé, además creo que no conducía él. Se mató. Debe de ser lo más urgente así que he tenido.” (Miguel, médico)

“Aquí tenemos muchas, muchas...La persona que se ha caído de un tejado, o la persona que se corta un miembro con una sierra eléctrica, o el infarto, o la hemorragia digestiva, todas esas cosas con mucha frecuencia.” (Antolín, médico)

En algunos centros de guardia la dotación de personal para atender las urgencias consta de un médico. Esto hace que los médicos deban ser totalmente autónomos para solucionar problemas, lo que en ocasiones no es posible.

“Infartos sola, accidentes gordos de coche no he tenido yo sola de guardia, pero por ejemplo infartos, pues sí, he tenido muchos. A lo largo de tantos años pues, imagínate. Se pasa muy mal, estando sola, se pasa muy mal.” (Gloria, médica)

Hablan de la incapacidad para resolver las urgencias de carácter *urgente*, lo que genera miedos debido a la percepción de que solos no van a poder prestar una asistencia sanitaria adecuada.

“Últimamente me da respeto profesional.” (Luisa, médica)

“Cuando tienes un aviso vas acojonao pensando qué puede ser.” (Miguel, médico)

Durante nuestras charlas afloró también otro tipo de miedo relacionado con la posibilidad de ser agredidos.

“A veces te da miedo, a veces te da miedo abrir la puerta.” (Luisa, médica)

“Hay alguna chica que le da como miedo. Yo llevo diez años haciendo guardias y no he tenido ningún problema, problemas de violencia y demás, jamás.” (Miguel, médico)

Creen que sería beneficioso contar con personal de enfermería ya que *“dos es diferente, porque la enfermera te coloca, si tienes que hacer un electro, te va colocando o vas colocando el electrocardiógrafo, mientras el otro llama por teléfono. Es que una persona sola...Y hay casos de infarto que son clarísimos, o de accidentes cerebrovasculares...pero mientras llamas simplemente por teléfono pues ya le ha podido pasar algo.”* (Gloria, médica)

Existe la posibilidad por parte de los profesionales de solicitar la exención de guardias, aunque los profesionales me comentan que no es tarea fácil. Ésta se puede solicitar por edad o por enfermedad.

5.1. LAS DERIVACIONES DEL PAC AL HOSPITAL

En las guardias de primaria los sanitarios se encuentran con situaciones que precisan derivación al hospital, por ejemplo en los casos en los que consideran que es necesario realizar alguna prueba diagnóstica, como una radiografía, o bien se precisa asistencia especializada. Para ello redactan un pequeño informe en un formulario llamado *P10* cuya finalidad es informar al personal del servicio de urgencias del hospital sobre el porqué de la derivación.

La persona que precisa asistencia ha de desplazarse hasta el hospital ubicado en Segovia capital, como ya se explicó. Para salvar esta distancia se utiliza un

vehículo particular, un coche de la red doméstico-familiar en la mayor parte de los casos.

“Imagínate. Un señor que se ha dado un golpe en la mano y la tiene hinchada, hay que hacer una placa, y esa persona viene con un familiar. Pues, le haces el volante, lo hace el médico, y se deriva a Segovia (hospital), y la persona que lo ha traído lo lleva a Segovia.”
(Paz, enfermera)

A veces también se utilizan ambulancias para estos desplazamientos, más por razones sociales que sanitarias.

“Yo pido ambulancias, por ejemplo, para una persona muy mayor que no tenga quien la lleve, lo que es alguien que necesite transporte y que no pueda transportarse con coche propio. A veces te llama un abuelito y tienes que mandarlo a Segovia (hospital) y tienes que mandar una ambulancia, aunque sea por un dolor en el dedo gordo.” (Paz, enfermera)

Los profesionales que trabajan en los PAC más alejados del hospital enfatizaron que ellos intentan resolver todas las situaciones que se les plantean ejercitándose al máximo para evitar tener que derivar a la gente al hospital.

“Se deriva poco, porque, la verdad, al estar lejos de Segovia (hospital) se resuelve mucho aquí, no se deriva tanto. Además, yo creo que el centro está bien, y quizás también, como te ves lejos, te tienes que buscar la vida, y tal vez tengamos más medios porque hemos luchado más por tenerlos...porque no te queda otra...lo resolvemos en el centro. Puntos de sutura y todo...” (Cristina, enfermera)

5.2. CUANDO SE REQUIERE AL 112

El 112⁷⁰, *uno, uno, dos*, o *ciento doce*, es un servicio de emergencias centralizado que puede ser demandado por cualquier persona, ya sea personal sanitario o

⁷⁰ El 1-1-2 es el número único europeo de emergencias, creado por la Comunidad Europea en 1991 con el objetivo de asegurar a los ciudadanos que se encuentren en cualquiera de los Estados miembros, el acceso a los servicios de emergencia con un número fácil de recordar y de marcar. Más información accesible en: <http://www.112.jcyl.es/>

no. La demanda de asistencia ha de hacerse telefónicamente marcando los números 1-1-2. Un primer operador gestiona la llamada, dado que no sólo se atienden emergencias sanitarias, y es un segundo operador quien actúa de logista una vez descrita la situación y clasificada como emergencia sanitaria.

Ante *urgencias urgentes* tanto médicos como enfermeros dicen estar más tranquilos gracias a la puesta en marcha de este servicio de asistencia urgente, en concreto gracias a la *ambulancia medicalizada*. *“Bueno, ahora mucho mejor porque están las asistenciales, el...el ciento doce pero... hace diez años estábamos más solos que la una. Venía la ambulancia hora y media después. ¡Vamos!”* (Luisa, médica)

Así valoran que *“en general funciona bien, lo que pasa es que hay pocas ambulancias, y medicalizadas una, entonces, si están ocupadas lo tienes que hacer tú como puedas.”* (Miguel, médico)

Para la provincia de Segovia hay asignada una ambulancia medicalizada con sede en Segovia capital. El 112 dispone además de otras no medicalizadas. Desde primaria se han percibido situaciones en las que desde el 112 se ha movilizado una ambulancia no medicalizada, cuando se debiera haber movilizado una medicalizada.

“Hay un problema con el ciento doce a veces, y es que la gente se acostumbra a llamar al ciento doce, entonces a veces ha ocurrido, que un señor llama al ciento doce, el ciento doce llama a su ambulancia, y nadie llama al centro de salud, con lo cual hay un paciente grave en un sitio...y una ambulancia con un técnico y un conductor yendo a buscarlo, que no tienen ni idea de medicina, claro. Recuerdo un caso de una hipoglucemia en el pueblo donde yo trabajo...El señor llamó al ciento doce, el ciento doce llamó a la ambulancia, y la ambulancia llegó, y la hipoglucemia seguía. Entonces, el técnico, que es un chico que ha hecho un curso de tres meses, llamó otra vez al ciento doce diciendo –Oye, que aquí este señor está inconsciente, que qué hago.- Y le dijeron. – Pues ponle un poquito de azúcar debajo de la lengua.- Y había un médico en el centro de guardia, un médico en el centro de salud y una enfermera. Se dan errores, y eso lo tienen que tener muy claro, ya ha ocurrido varias veces.” (Luisa, médica)

Por otro lado, vuelve a aparecer la problemática de ser un único profesional en un centro de guardia: *“Lo del ciento doce es otra, porque llamas al ciento doce y entonces se pone una señorita, te pide los datos del paciente, bueno, yo he llegado a contabilizar siete minutos para que te conteste el ciento doce, luego musiquita, le paso con el personal sanitario, musiquita, te vuelven a pedir los datos... Pues tú imagínate esa situación con un enfermo fatal, y solo.”* (Miguel, médico)

5.3. EL ANTES Y EL AHORA DE LAS URGENCIAS URGENTES

La visión de los sanitarios de las *urgencias urgentes* ha cambiado desde que se pusieron en marcha los primeros centros de atención primaria hasta ahora. Consideran que los que hacen guardias en los PAC tienen ahora más formación y medios para actuar. *“Ha cambiado mucho la visión de la, de la urgencia y emergencia en los centros de salud de unos años. Cuando yo comencé a trabajar, hay un compañero, hay un compañero que lo dice, lo explica muy bien. Siempre dice- Ibas viendo, ibas a buscar al enfermo que te habían llamado, viendo qué forma tenías de meterlo en un taxi, en el coche de alguien para transportarlo al hospital lo más pronto posible, para que, no solamente llegara al hospital, sino tú te quitaras al enfermo.- Y ahora estamos bastante más formados, y tenemos más medios. Entonces, tu primera acción es estabilizar al paciente, y una vez estabilizado el paciente, pues, llamar a urgencias si lo tienes que derivar, o hacer lo que tengas que hacer. Pero la visión de la urgencia y la emergencia han variado totalmente.”* (Antolín, médico)

Si bien expresan las necesidades que perciben para mejorar la calidad asistencial así como su situación laboral. Una de ellas es que han de trabajar treinta y dos horas cuando tienen guardias entre semana.

“Hacemos guardia, pero al día siguiente...Yo he empezado hoy, esta mañana, a las nueve de la mañana, y salgo mañana, a las tres de la tarde.” (Ramona, enfermera)

“Ese es otro problema que hay en el medio rural y es gordísimo, y es que no hay descansos post-guardia con lo cual, yo en el consultorio veo a pacientes de ocho a tres, a las tres empiezas una guardia en la que ves a otros tantos pacientes, por la noche ves a

cinco, no duermes nada, y a las nueve de la mañana empiezas otra consulta. Treinta y una horas...Pobrecillo el paciente de la hora treinta y una. Qué culpa tendrá él de que el sistema esté tan mal organizado como para tener a un profesional trabajando más de treinta horas seguidas.” (Luisa, médica)

Perciben la necesidad de que se aumente el número de profesionales de guardia en los PAC durante períodos de tiempo puntuales a lo largo del año, como pueda ser el verano o días festivos, dado que es cuando la población de los pueblos se multiplica, produciéndose además un aumento de la utilización de urgencias de atención primaria: *“Se nota, en el medio rural se nota bastante, sí, sí, sí, en algunos casos se duplican las consultas.” (Julián, enfermero)*

De que las visiones en relación a las urgencias de primaria son controvertidas da fe el siguiente diálogo radiofónico que recogí durante el trabajo de campo.

Cuando pregunto en uno de los pueblos acerca de la atención en urgencias me hablan varios informantes de Nieves. Nieves llamó un día a la radio para dar una queja sobre las urgencias. -Habló muy bien- me dicen varios de sus vecinos. Hoy me he dirigido a su casa para hablar con ella. No ha querido que grabara nuestra conversación. He tomado notas. Lo que sí me permitido recoger en la grabadora es su intervención en la radio. La tiene grabada en una cinta, en un “cassette”. Su hija mayor, que anda pululando por la habitación, la acerca un radio-cassette “muy años ochenta.” Comenzamos a escuchar la grabación. Yo enciendo la grabadora.

[Locutor] Tiempo de participación, nueve y una... ¡buenos días!

[Nieves];Buenos días!

[Locutor];¿Qué quería usted comentar?

[Nieves]Mira, pues lo primero que quiero es apoyar al señor que estuvo hablando de una multa que le había puesto la guardia civil por asistir a un enfermo que iba al centro de guardia.

[Locutor] Sí.

[Nieves]Eh, lo primero, pues eso, apoyarle. Y lo segundo, quería contar la experiencia que me pasó a mí el lunes día dieciocho. Eh... represento (vamos, no represento), pertenezco un centro de asistencia rural (centro de salud), que a su

vez tiene un centro de urgencias (centro de guardias) en el pueblo de Pintos –a unos pocos kilómetros de Barriles (que es donde le pusieron la multa a este señor). El lunes dieciocho me presenté con una urgencia en Pintos a las ocho y diez de la mañana, y me abrió la puerta una enfermera; y abriendo la puerta venía diciendo a voces que no le iba a dar tiempo a ducharse. Le di los buenos días y le contesté que a mí no me importaba si se tenía que duchar o no, que iba con una urgencia. Entonces su contestación fue que ya no eran horas de atender a ninguna urgencia y que entraba a trabajar a las nueve y se tenía que duchar, porque había pasado mala noche (porque había ido un niño vomitando a las cuatro y le tuvo que atender). Que ella no podía atenderme porque era la enfermera, que el médico se había marchado, que eran las ocho y diez y el servicio de urgencia ya había terminado a las ocho. El servicio de urgencia, me contestó, que no volvía a empezar hasta las tres de la tarde y que llamara al centro de salud, que allí me atenderían. Quiero recalcar que de la puerta no pasamos, y que por lo menos, se hubiera quitado el uniforme de enfermera que llevaba, que no merecía llevar puesto, que sólo por eso le obligan a auxiliar a quien lo pida. Pero ahí no queda la cosa. Cuando fui a la consulta del médico que me corresponde (ahí sí que me atendió el médico de cabecera), me informó de lo siguiente: -Sólo hay un médico de guardia en este centro y, hasta ahora, debemos de dar gracias que urgencias, lo que son urgencias graves, no nos han tocado, porque si llegara una persona con una parada cardiorrespiratoria, una persona no puede a la vez dar un masaje cardíaco, usar el desfibrilador y atenderle como dios manda.- Aparte de que cubren varios pueblos y varios kilómetros, y se tienen que desplazar y dejan sólo el centro. Esto, punto uno. Punto dos, carecemos de una triste ambulancia, para desplazamientos verdaderamente urgentes al hospital, y tenemos entre... unos treinta kilómetros de distancia. Todos sabemos la población que hay en los pueblos: más mayores que jóvenes, y trabajando fuera los jóvenes para, digamos, que poder atender a los mayores a desplazarnos a Segovia, con el consiguiente problema de que cuando se pide una ambulancia, el enfermo... cuando la ambulancia llega tiene que venir desde Segovia y luego trasladarle [al enfermo] a Segovia, por malas carreteras y no pudiendo circular a más de noventa [kilómetros/hora] como funciona en algunos casos. Punto tres: el equipamiento de los médicos es más ruín que un botiquín de los comercios de

“todo a un euro”. Por no tener, no se tiene ni termómetro, y lo que llevan en el maletín está (por el uso) en malas condiciones y protestando, a su vez, ellos mismos de que carecen de material de buena calidad -y en muy malas condiciones para atender a un paciente, que tendrían que atenderlo en buenas condiciones. Y, encima, les han dicho que se lo compren ellos de su bolsillo. Y ésta es mi pregunta: ¿no merecemos pagando... nos merecemos, pagando como todo el mundo, que nos atiendan como Dios manda, sin tener que desplazarnos a un Segovia o incluso tener que ir de paga por el mismo servicio que nos pueda dar la Seguridad Social? ¿Qué tenemos que hacer la gente de a pie que vive en el medio rural? Y con esto, piensen que llega el verano y se cuadruplica la población; ¿llegan a pensar, por un momento, en esto? Juzguen ustedes mismos. E incluyendo también que sólo pasan consulta lunes, miércoles y viernes, dos horas diarias. ¿Tenemos que pedir por adelantado cuándo y de qué nos tienen que atender para que sea su servicio mejor?

[Locutor] Desde Pintos esta llamada, que pone de manifiesto las pésimas condiciones en las que se realizan algunos servicios. Ya habíamos oído quejas en los médicos y usted corrobora lo que ellos nos habían dicho. ¿De manera que da usted la razón a este oyente que tuvo esta peripecia con un enfermo que tuvo que acudir desde la vecina provincia de Ávila a Barriles?

[Nieves] ¡Sí, sí! Además es que... lo estás oyendo en la radio y dices -Pobre hombre-, pero cuando te toca realmente a ti, dices -¡Porras!, ahora no tengo dónde echar mano.- O sea, que sí, sí, le doy toda la razón al pobre hombre.

[Locutor] ¿En su caso están los pueblos del entorno?

[Nieves] Sí, sí. ¡Es que me estoy poniendo muy nerviosa! (...)

[Locutor] De acuerdo. Por tanto, ésta es la situación: consideran ustedes que no son los medios y tampoco es el sistema más adecuado para prestar la atención debida.

[Nieves] Pues no, porque lo primero jugamos, como dicen los médicos, con el factor espacio. Entonces, de aquí a Segovia un ataque cardíaco o un... una cosa que... los accidentes, pues tampoco, gracias a Dios, hemos tenido ningún accidente de tráfico grande (porque como las carreteras están mal, la gente va con mucha precaución y, gracias a Dios, no ha habido accidentes grandes). Y de aquí a Segovia no llegamos. Lo primero, tiene que venir la ambulancia; y lo

5. Las Urgencias de Primaria

segundo, pues claro, volver con el enfermo a Segovia, y eso supone pues como una hora mínimo. Y no llegamos.

[Locutor]De acuerdo. Pues muchas gracias por este testimonio desde la provincia. Gracias, un saludo, estaremos en contacto.

[Nieves]Vale, a usted.

(Diario de campo, 1 de octubre 2008).

6. LAS CONSULTAS DE LAS MATRONAS RURALES

En este capítulo nos acercaremos al trabajo que desarrollan las matronas de atención primaria rural de Segovia. Es así como trasladamos nuestra mirada etnográfica a otro escenario, las consultas de estas matronas. El capítulo se estructura en base a tres de los servicios que prestan estas profesionales sanitarias: el consejo en cuanto a planificación familiar, la atención en el embarazo y puerperio y el programa preventivo de cáncer de cérvix.

El acceso de las mujeres a la consulta de la matrona se realiza a través de un servicio de cita previa que lleva el personal administrativo de los centros de salud. Ellas suelen llevar además su propia agenda, lo que las ayuda a organizar su rutina diaria de manera que, en ciertos casos, pueden adaptar la demanda. Algunas me cuentan que atienden a usuarias fuera de su horario laboral.

“Nunca llego a casa a las tres, siempre llego más tarde, e incluso hay veces que he hecho fuera de mi horario de trabajo, pues, quedar por la tarde e ir a ver a las púerperas.”

(Ana Belén, matrona)

Para asistir a la consulta las mujeres piden cita de manera presencial o por teléfono: *“En general vienen ellas. No hace falta pasar por el médico para venir a mi consulta.”* (Ana Belén, matrona)

Los *por qué*s de la demanda están condicionados por la edad de las mujeres, necesitando consejo para la planificación familiar, para la atención al embarazo, asistencia relacionada con la menopausia, controles vinculados al programa de prevención de cáncer de cérvix, entre otros: *“En general vienen por molestias genitales, picor, y para hacerse una citología, para utilizar algún método anticonceptivo, y cuando están embarazadas.”* (Ana Belén, matrona). La provincia de Segovia tiene una población envejecida, característica más agudizada en unas zonas básicas de salud que en otras. Esto se ve reflejado en la demanda y las actividades desarrolladas en las consultas de las matronas.

6. Las Consultas de las Matronas Rurales

“En los pueblos pues, exudados sobre todo, mujeres que van con picores y les haces un exudado, es lo que más se ve, los pruritos vulvo-vaginales, tanto en un sitio –centro de salud- como en el otro. Es lo que más.” (Virginia, matrona)

“A la que venía a hacerse una citología, no sólo le hacía la citología sino que valorábamos ya suelo pélvico, veíamos incontinencia, porque la edad media de las mujeres de la zona era bastante más elevada, entonces muchas de ellas lo necesitaban.” (Isabel, matrona)

Me comentan que sus compañeros, médicos o enfermeros de primaria, derivan a las mujeres a sus consultas. Esto se da en mayor medida cuando la matrona lleva tiempo formando parte del equipo de primaria, conociendo así sus compañeros cuál es su trabajo, fomentándose las derivaciones cuando existe una buena comunicación/relación entre ella y sus compañeros.

“Viene gente (derivada)...depende también porque no todos los centros de salud son iguales. Hay algún centro de salud en el que vienen más, digamos que por los médicos y enfermeras, más que en otros.” (Ana Belén, matrona)

“Vienen bastantes mujeres derivadas. Vienen y te dicen –Es que he ido al médico y me ha dicho que llevo mucho tiempo sin ir a la matrona, y me ha dicho que venga por aquí.- (Lucía, matrona)

“Todos mis compañeros, primero porque está por escrito y segundo porque llevamos muchos años trabajando, realmente yo creo que están bastante bien establecidos los mecanismos de derivación y la red de llegada a mí, cualquier mujer puede pedir cita, no hace falta que pase por un compañero que le haga un volante, que vaya a administración, sino que directamente puede pedir cita conmigo.” (Beatriz, matrona)

La asistencia que prestan las matronas contempla, *“la captación del embarazo, el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix, autoexploración de mama y enseñanza, los puerperios y luego ya todo lo que surge a lo largo de la mañana, que te derivan de los pueblos y lo que viene del hospital, como quitar unos puntos de una cesáreas y cosas así.” (Virginia, matrona)*

Alguna de ellas especificó que además se debe de trabajar de forma holística con cada una de las mujeres que ven en consulta

“... lo hago un poco integral, que lo estoy separando para contártelo, pero realmente, cuando entra una mujer ves qué problemas tiene y en qué programas puede estar.”

(Beatriz, matrona)

En las consultas de las matronas rurales también hay mujeres ausentes que no utilizan la consulta la matrona. Las *“adolescentes. Gente más joven, alguna viene, pero no hay mucha gente joven. Quiero decir, pues, gente de catorce, quince, dieciséis, diecisiete, dieciocho años, de esa franja no viene.”* (Ana Belén, matrona). Las *adolescentes* son las grandes ausentes, pudiendo tener relación con el control social al que la población de los pueblos está sometida. Las connotaciones relacionadas con la sexualidad que puede tener acudir a la consulta de la matrona pueden interferir en que la población más joven acuda. Si bien hay matronas que desarrollan actividades de educación para la salud en institutos de enseñanza pública ubicados en los pueblos donde trabajan. Dichas actividades parten de iniciativas del personal docente de los institutos bien recibidas por algunas de las matronas, y no de las instituciones sanitarias.

6.1. LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El consejo sobre planificación familiar es una de las actividades que desarrollan.

“En mis zonas la píldora es lo que más les gusta. Se les hace una citología, se les hace un análisis y luego con todo las derivamos a su médico. Les informamos aquí, les informamos de todo, pero saben mucho todas, se saben todo fenomenal.” (Virginia, matrona)

En sus discursos enumeran los métodos anticonceptivos demandados y los que recomiendan, *“pastillas”, “dius”, “anillos vaginales”, “preservativos”,...*, al mismo tiempo que explican cómo las características de las mujeres de las diferentes zonas básicas de salud, más o menos envejecidas, y su lugar de origen, condicionan la planificación.

En cuanto a la gente joven barajan diferentes tipos de discursos. Uno relaciona *juventud con no control*: *“Hay un grupo en la adolescencia en que uno se la juega. Se la juegan con el sexo, se la juegan con probar, drogas de un tipo, drogas de otro tipo...yo creo que ahí la edad juega su papel, tienen que pasarlo y punto.”* (Lucía, matrona)

Otro discurso explica que entre ellos hay *información pero no formación*: *“No sé si tomarán pastillas por su cuenta o...también he visto gente que usa la píldora del día después. Vienen al centro de guardia a por la píldora del día después. También he visto abortos en gente joven, también en gente mayor...Y realmente yo creo que es un tema del que tienen mucha información en sus manos pero no están formados.”* (Ana Belén, matrona)

Aparece finalmente un tipo de discurso en el que se intentan adaptar los medios anticonceptivos a una determinada situación social: *“Es una zona donde se sale mucho de copas porque para ser pueblos hay tres o cuatro discotecas...hay mucha fiesta, y tienes mucho riesgo durante el fin de semana porque hay mucho vómito, hay mucho alcohol y demás...Llegaba el lunes, veía el registro de píldora poscoital y leía –Postcoital: relaciones sexuales y píldora tomada pero vomitada. Entonces intentaba poner el anillo vaginal en la gente más joven. Es un método anticonceptivo bastante útil porque no tiene olvidos. Además si me podía quitar la vía digestiva mejor que mejor.”* (Lucía, matrona)

Se dan casos en los que los *chicos*, hombres, optan por no utilizar el preservativo. Una de las matronas explica las dificultades que esta población tiene para acceder a su consulta en busca de otros métodos anticonceptivos no estando pensado el horario para adolescentes que como rutina tiene que acudir a su centro escolar. Romper esa rutina exige que los jóvenes expliquen a su red doméstico-familiar que quieren acudir, emergiendo el tabú aún asociado a las relaciones sexuales.

“Si los chicos no quieren usar preservativos y las chicas...ahí se encuentran. También van al instituto, entonces tienen que perder de ir un día a clase y también tienen que

decirlo en casa, no sé, que yo veo que ahí es donde está la laguna de pacientes.” (Ana Belén, matrona)

Las matronas sí nos hablan de embarazos no deseados en jóvenes y adolescentes: *“Los casos que tenemos de adolescentes embarazadas la mayoría son rumanas.” (Amaya, matrona)*

Hacen explícito que las mujeres son inmigrantes cuando verbalizan diferentes actitudes o prácticas de éstas con respecto a las autóctonas. Por esto decidí incluir apartados dedicados a las inmigrantes en este capítulo. Una de las problemáticas planteadas es que la población inmigrante que vive en el ámbito rural, de origen búlgaro y rumano principalmente, escasamente planifica. Algunas de estas mujeres abortan, bien en España, (Madrid y Valladolid) bien en su país de origen, financiándose ellas, o ellos si hacemos alusión a la pareja, la intervención.

“Las mujeres búlgaras hacen muchos abortos voluntarios. En las historias de las búlgaras tenemos por ejemplo tres o cuatro abortos y dos niños... Incluso hay gente que se nos va a Bulgaria a abortar.” (Silvia, matrona)

“A veces abortan aquí y otras se van a su país, porque además en su país debe ser bastante más barato, porque aquí, claro, no pueden acogerse a los supuestos legales⁷¹ y tienen que hacerlo en clínicas privadas. Entonces yo creo que a veces les sale más barato irse a Bulgaria.” (Lucía, matrona)

“En nuestra zona la inmigración que hay es mayoritariamente búlgara y rumana, sobre todo rumanos, hay muchos. Entonces, no utilizan los anticonceptivos, interrumpen los embarazos voluntariamente. Te encuentras con historias de tres, cuatro interrupciones voluntarias. ...Y es gente que tú les explicas y a lo mejor consigues hacer la analítica, lo que sea, y luego no lo hacen. No toman la píldora, no van a ponerse el DIU, no utilizan preservativo...y yo creo que es cultural.” (Amaya, matrona)

⁷¹ En alusión a los tres supuestos legales que contemplaba la anterior ley del aborto, *Ley Orgánica 9/1985* (BOE, 1985), que fue sustituida durante la realización de este trabajo de tesis doctoral por la *Ley Orgánica 2/2010* (BOE, 2010)

Lo que esta matrona entiende por *cultural* alude a la autoridad de los hombres, parejas de estas mujeres, quienes condicionan la decisión de las mujeres de planificar.

“Te dicen que sus maridos controlan. Entonces te da mucha rabia porque dices –Pero bueno, inténtalo tú, pruébalo. Si ves que no te va bien o no te gusta... ¿Pero por qué te va a sentar mal?– A lo mejor también si ellas empezaran a utilizarlo, entre ellas se animarían, porque aquí en España igual, hace cuarenta años o treinta años nadie utilizaba la píldora y quien la utilizaba –Uy, eso es malísimo porque eso te produce cáncer, te sale pelo, te engorda...– Y ahora, no sé cómo decirte, a lo mejor es cuestión de un cambio de mentalidad, porque funciona mucho mejor lo que le diga la amiga que lo que puedas decir tú, y como entre ellas no lo utiliza ninguna porque el marido dice que eso es malo...Las digo –¿Y un DIU?– No, no porque mi marido no quiere que me ponga el DIU. –¿Y una pastilla?– No, no porque mi marido no quiere que me tome nada. – Bueno, pues que se ponga preservativo porque tu marido entonces ni come ni deja comer, o sea, él no se quiere poner preservativo, te quiere mucho, pero te deja embarazada... Ha habido alguna mujer que ha ido, que lleva a lo mejor un poco más de tiempo aquí, en España, y va diciendo que no quiere tener más hijos, y su marido está empeñado en tener más. Ellas son muy jóvenes y a lo mejor se dan cuenta de que pueden estar haciendo otro tipo de cosas, no exclusivamente criando hijos. Entonces, alguna he tenido que se estaba tomando la píldora a escondidas de su pareja, pero eso es lo raro. Yo creo que muchas de ellas están condicionadas por sus maridos, por sus parejas.”

(Amaya, matrona)

El que no planifiquen nos lleva al riesgo que entraña que las mujeres puedan optar por abortar sin acudir a un servicio sanitario adecuado, y utilicen medicaciones abortivas.

“Hay una medicación, no sé si la conocerán todas, pero yo estoy convencida de que se hacen con ella. La venden por Internet. Yo entré una vez y te pone direcciones, teléfonos, con lo cual seguro que pagando te la venden. Se utiliza en el medio

hospitalario para el estómago, pero claro, estás en un medio hospitalario, controlado. Tiene riesgo de hemorragia, pueden empezar a sangrar y luego, imagínate que te crees que has echado todo y te queda un resto dentro, pues se te puede infectar. A mí me lo han venido pidiendo, y las que me lo han venido pidiendo eran extranjeras. Españolas no, que no quiere decir que las españolas no lo sepan, cuidado.” (Amaya, matrona)

6.2. LA ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

El protocolo de atención a la mujer embarazada forma parte de la cartera de servicios de atención primaria. Se considera como *Primera Visita* del protocolo la consulta realizada por un profesional de atención primaria, en la que se establece y/o registra el diagnóstico de embarazo.⁷²

“En la consulta del embarazo yo me quedé con todo lo que era la primera consulta, nosotros aquí podemos derivar a especializada y podemos hacer los volantes de analítica porque es protocolo. Y entonces, en el momento que estaban embarazadas, las que ya lo sabían porque habían tenido uno anterior o por cualquier historia, ya directamente no pedían cita con el médico de familia si no que la pedían conmigo. Y las que no, cuando iban al médico de familia, directamente las decían –No, no es conmigo, tienes que ir con la matrona”. Y le daban conmigo o me llamaban a la consulta si la mujer era de algún pueblo de los que tienen un poco de peor comunicación –Oye, mira, que tengo un nuevo embarazo, cuando te parece...- Y los nuevos embarazos sí que me gustaba que me llamaran, porque me intentaba anular dos huecos, intentaba estar una hora con ellas.” (Isabel, matrona)

El resto de visitas tienen lugar entre la consulta de la matrona y la de los médicos especialistas en ginecología, en el hospital.

“Tienen unas consultas con la matrona y otras que acuden al hospital a controlarse. Nosotras les hacemos su cartilla de embarazo y nosotras les damos nuestras citas y les

⁷² Servicio de atención a la mujer embarazada. Servicios de la Mujer. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2009. (GRSCyL-SACYL, 2009)

6. Las Consultas de las Matronas Rurales

pedimos la primera cita para el hospital, y luego, a partir de ahí, el hospital le va dando sus siguientes citas.” (Lucía, matrona)

Este protocolo consta de una alternancia de visitas entre atención primaria y especializada. Es así como las matronas de primaria asumen parte de las visitas que antes se llevaban a cabo en el hospital. Explican cómo *“se ha hecho un protocolo para actuación conjunta del hospital con primaria, más que nada por no duplicar consultas y por tener un poco de comunicación, y por evitar a la señora ahí consultas, que la pesan, le toman la tensión, le escuchan al niño, le miran la altura y la mujer a lo mejor se hace sesenta kilómetros, más toda la mañana esperando, y se vuelve a casa. Entonces, cuando la mujer se queda embarazada, nos la mandan, el médico de cabecera o la enfermera. Nosotras la mandamos a Segovia (hospital) entre la once y la trece semana. En la primera consulta que tú la ves, le pides toda la analítica, se la explicas, los síntomas de alarma, toda la educación sanitaria, la derivas a salud bucodental, le haces todo, y ya de allí va a Segovia. Y entonces, ya en Segovia es la primera consulta, le hacen la primera ecografía y la consulta. Y ya de allí ellos le van haciendo un par de consultas más. A la diecisiete semana la volvemos a ver. Luego ellos la ven a la veinte y a la veinticuatro, y nosotras a la treinta. Entonces hace como una consulta nosotras, dos más o menos ellos, una nosotras, dos más o menos ellos y así. La señora lleva su cartilla de embarazada, con lo cual cada vez que la ves vas apuntando el peso, las constantes, lo que le vas viendo, y entonces no tiene que ir hasta tan lejos a una consulta que la podemos hacer perfectamente, porque estamos preparadas para ello.”* (Beatriz, matrona)

La coordinación entre atención primaria y especializada en este protocolo evita *“los desplazamientos a veces innecesarios. Además la mandas a Segovia (hospital) entre la semana once y trece más que nada, porque si va antes tampoco la ven mucho, y si va después pues ya se ha pasado para hacer ciertas pruebas. Pero es que tú... hay dos consultas que no es más, no se hace ni ecografía ni se ven resultados de análisis ni nada. Es controlar el peso, la tensión, los edemas, movimientos de niño, el latido. Entonces que la señora vaya desde Heras al hospital, que está a sesenta o cincuenta y tantos*

6. Las Consultas de las Matronas Rurales

kilómetros, que a lo mejor su marido trabaja, que ella tiene niños pequeños, que tiene que estar allí a las diez, que luego no la ven hasta la una, luego se va a volver a ir en el autobús, pues es una consulta absurda. Y eso está, a mi me parece... más que nada por la señora, y por nosotras, que, joder, somos profesionales y nos tienen... es que dices has hecho una carrera, has hecho una especialidad y que no se fíen de ti para valorar esas cosas..." (Amaya, matrona)

Cuando las matronas explican cómo se desarrolla la primera consulta con las embarazadas, que según el programa sería la segunda, subrayan la importancia que tiene el disponer de tiempo para explicar a las mujeres todas las consultas a las que han de acudir y las pruebas diagnósticas que se van a realizar durante el embarazo.⁷³ De nuevo aparece la distancia cuando las embarazadas no viven en los pueblos donde se ubican los centros de salud. Las comadronas intentaban facilitar toda la información a estas mujeres en la primera consulta, así como realizar los trámites administrativos para evitarlas desplazamientos al centro de salud o al hospital.

"Desde los pueblos, lo que les pasa es que ya...imagínate la situación. Yo en el centro de salud, a sesenta kilómetros de Segovia, ¿no? Pues, yo, a las mujeres cuando me venían a la primera consulta del embarazo las decía, si eran de algún pueblo que no fuera donde está el centro de salud... Porque, claro, yo llevaba los alrededores...Entonces, si eran de algún pueblo de por allí les decía: -A ver, tienes que...- Les daba el volante de interconsulta para ir a especializada (ginecología), y especializada está en el hospital de Segovia...Entonces, explicándoles un poco dónde tenían que ir y demás historias, qué les iban a hacer en el hospital,...Luego, las derivaba a salud bucodental..." (Isabel, matrona)

Las matronas percibían que estas mujeres tenían miedos asociados a vivir alejadas del hospital.

⁷³ La medicalización del embarazo queda ejemplificada en estudios como el de Blázquez (2010).

6. Las Consultas de las Matronas Rurales

“Los miedos del embarazo allí eran muy típicos, y típicos de la lejanía...Ves que una persona viene de sesenta kilómetros, aunque no esté de parto, si va con contracciones, se queda ingresada, porque no la vas a mandar a casa. Ese miedo no lo tenían, porque lo sabían, porque a pocas las echaban otra vez para casa. El miedo era...y se iba acrecentado según iba aumentando, según iban teniendo más hijos, era -¿Voy a llegar?- [...] Porque la forma de comunicarse con Segovia (hospital) por transporte público, es escaso, o sea, no lo tienen cada cuarto de hora, lo tienen cada hora, cada dos hora o por ahí, o más incluso, entonces, en transporte público no, y luego muchas de ellas los maridos, no estaban trabajando al lado, ni a diez kilómetros. Estaban trabajando bastante lejos, y algunas de ellas estaban un poco solas, y entonces, eso, el - ¿Voy a llegar? Porque aunque le avise, tiene que hacer sesenta kilómetros, cogirme, sesenta kilómetros...- Y entonces las preocupaba eso. Y en las nevadas, mira, hubo una nevada en un pueblo donde tenía una a punto de dar a luz, y era su segundo hijo, y esta mujer preparó una...Cogió uno con un tractor y la sacó a la carretera principal, y de ahí, que sí que pasaba el quitanieves, la cogió otro familiar con un coche y la llevaron a casa de un familiar, en Segovia capital, por si acaso se ponía de parto.” (Isabel, matrona)

Una vez que las mujeres dan a luz está protocolizada una primera cita con la matrona en los diez días posteriores al parto. Desde el hospital envían un informe de alta por fax al centro de salud de la nueva madre, en fase de puerperio, para informar al equipo de primaria de que se ha de realizar la primera visita puerperal. La contacta a la puérpera, si bien, si las mujeres han acudido a la preparación al parto, ya estarían informadas de que se ha de realizar esa visita. *“El hospital te manda un papel, como que ha dado a luz una mujer y entonces, tú tienes en los diez primeros días del puerperio tiene que ser vista, es uno de los requisitos de la cartera que tenemos.” (Lucía, matrona)*

“Cuando una señora da a luz se envía a su centro de salud por fax el informe de alta, el mismo que le dan a la señora. En dicho informe no especifican que la señora tiene que ponerse en contacto con la matrona de su centro de salud. Las señoras lo saben si han

ido a la preparación al parto. Si no, cuando la matrona recibe el fax se pone en contacto con ella para hacer la visita puerperal antes de los diez días.” (Amaya, matrona)

En ocasiones existen retrasos en los envíos de los informes de alta desde el hospital a los centros de salud. Pone de manifiesto los problemas de coordinación entre atención especializada y primaria, y puede suponer que la visita puerperal no se realice durante los primeros diez días protocolizados. *“Los informes llegan a los centros de salud muy tarde, casi habían cumplido los diez días de postparto.” (Amaya, matrona).* Además de estos retrasos hay matronas en el ámbito rural que tienen a su cargo hasta tres centros de salud, por lo cual no todos los días pueden revisar la correspondencia.

La primera toma de contacto con la puérpera se suele realizar por teléfono para concertar esta cita. Para algunas matronas esta cita no tiene como escenario la consulta en el centro de salud, sino la vivienda de la mujer.

“Casi todas la que estamos en pueblos, la mayoría hacemos esa visita puerperal, que me parece importantísimo, que no la quitaría por nada en el mundo. Eso sí, nos hacemos kilómetros a montones, porque hoy ha parido una en tal pueblo, y luego la otra en..., en fin... Me parece que es una consulta que es un lujo, tener una consulta te vaya una matrona a tu casa y te ayude en los primeros diez días, que tienes esa angustia, que no sabes qué pasa, si lo haces bien, si lo haces mal, estás cansada, estás anémica...tienes un montón de responsabilidades, no sabes si lo vas a saber cumplir, un montón de cosas, y encima te sientes mal, estás...Por lo cual yo creo que la visita viene de lujo, y luego el protocolo que seguimos de puerperio, pues más o menos las matronas lo seguimos en todos los sitios igual.” (Silvia, matrona)

Otras realizan esta visita sólo cuando lo creen pertinente, debido a que el parto haya sido complicado o a que las mujeres tengan dificultades para acceder su consulta en el centro de salud. Algunas matronas siempre citan a las mujeres en su consulta.

“No, yo no voy a los domicilios por la gran dispersión, porque...hay zonas que me pillan muy a tras mano, y entonces pierdo muchísimas consultas si me muevo. Alguna que lo

6. Las Consultas de las Matronas Rurales

ha necesitado, sí que he ido, porque alguna cesárea que ha tenido un poco más de complicación o lo que sea, sí que he ido, o que tenía mal transporte porque sí que hay mucha gente árabe por allí [...] Han venido muchos a trabajar.” (Isabel, matrona)

“Marroquíes”, “búlgaras”, “rumanas”, o, generalizando “inmigrantes”, es como denominan las matronas a las mujeres de origen extranjero que viven en el ámbito rural segoviano. En las conversaciones con ellas aparece esta población de forma recurrente, no habiendo sido así en los discursos del personal médico y de enfermería. Las inmigrantes aparecen como demandantes de atención debido a los embarazos fundamentalmente, más en unas zonas básicas de salud que en otras. “En ese pueblo hay más mujeres en edad fértil pero porque hay más inmigración.” (Ana Belén, matrona). En cambio, perciben que existe una infrautilización de la atención que ellas prestan por parte de las mujeres inmigrantes cuando se trata de consultar cuestiones relacionadas con el climaterio, la planificación familiar o la prevención de cáncer de cérvix.

“En el embarazo es en el único sitio donde realmente se ve la proporción mucho más alta de inmigrantes que en otro tipo de consulta. Ya te digo, en climaterio nada, en anticoncepción tampoco, en los programas de citología y prevención de cáncer de cuello van, pero pocas, entonces, es en el embarazo donde las ves.” (Amaya, matrona)

Si bien señalan que acuden más tarde a la consulta que las mujeres autóctonas.

“A veces vienen (mujeres) y están de cinco semanas, pero a veces te vienen, sobre todo con el tema de la inmigración, a lo mejor te vienen embarazadas de más tiempo.” (Lucía, matrona)

Ya dentro de lo que es el programa de atención a la mujer embarazada, las matronas afirman que las mujeres inmigrantes acuden en menor medida que las mujeres autóctonas a las clases de preparación al parto.

“(De) los listados que hago de preparación al parto casi no acuden, y si van a una clase, dejan de ir. No sé si es porque piensan que eso es una chorrada, o no se enteran de nada, porque, claro, tú hablas y preguntas -¿Me entiendes?- y te contestan que sí, pero...”

También te pasa con las de etnia gitana⁷⁴, que tampoco van. A lo mejor ellos piensan que eso no vale para nada o (que) qué hacen allí, o que tienen que estar cuidando niños o les supone dejar de hacer otras cosas para poder ir allí.” (Amaya, matrona)

Según ellas, las inmigrantes acuden menos, o no acuden, a las clases de preparación al parto debido a: que piensan que no aportan nada; las dificultades de comunicación; que tienen otras prioridades como el cuidado de hijos menores, o bien prioridades laborales. También hacen alusión a diferencias culturales en el cuidado del embarazo para justificar la infrautilización de este servicio. Algunas matronas tienen la percepción de que las mujeres inmigrantes piensan en el embarazo como *algo natural* por lo que no es necesario controlarlo en demasía. Asocian esta última reflexión con que la población inmigrante que vive en el ámbito rural es una población de nivel socio-económico bajo, con una *cultura preventiva* poco desarrollada.

“A lo mejor para ellas lo del embarazo es algo como menos... no es que no le den importancia, pero que no piensan que haya que mirarse tanto, que es algo como más natural, no tiene por qué pasar nada. En su país sí que se ven, me refiero que la cobertura sanitaria, por ejemplo en Rumania y en Bulgaria, sí que la hacen, que tampoco son unos países tan subdesarrollados. Lo que pasa es que mucha gente dice que el tipo de inmigrante que viene no es el medio de allí, es el más bajo, y entonces culturalmente la prevención y los cuidados son menores, que no es lo más representativo a lo mejor.” (Amaya, matrona)

Esta percepción de falta de cuidado durante el embarazo por parte de las mujeres inmigrantes contrasta con la idea de *control excesivo* que tienen de las autóctonas.

⁷⁴ En este *verbatim* se hace alusión a las *mujeres de etnia gitana*. Durante la realización del trabajo de campo fueron pocas las alusiones a la población de etnia gitana. En el ámbito rural de Segovia esta población está muy localizada en algunos municipios. En los pueblos donde se trabajo de forma más exhaustiva no residía población de esta etnia.

6. Las Consultas de las Matronas Rurales

“Ahora mismo, aquí la mujer se queda embarazada y se hace la prueba cuando tiene dos días de retraso, y pasa, porque normalmente son embarazos planificados y deseados, con lo cual ya estás con el test de embarazo comprado una semana antes, y van a la consulta y las dices -Hija, que todavía te tienen que temblar las piernas, si es que estás de nada.- Las inmigrantes no, ellas a lo mejor esperan tres semanas, cuatro. Eso sí, sí van diciendo creo que estoy embarazada, porque no me viene la regla. Para eso son menos... yo creo que en España ya tenemos todo súper-controlado, queremos tener todo bien atado, parir el no sé cuántos, dar a luz en verano, cogermela baja⁷⁵... Tenemos la vida como muy planificada, y entonces cuando tienen dos días de retraso pues dicen -Aquí pasa algo.”
(Silvia, matrona)

Por otro lado, dicen que las inmigrantes además de acudir en menor medida a las clases de preparación al parto, en ocasiones, pierden citas de la consulta de la matrona, en atención especializada, con los ginecólogos, no realizándose además pruebas diagnósticas protocolizadas. Amaya (matrona) afirmaba que no se debía a problemas de acceso a estos servicios sanitarios, ya que *“el acceso es relativamente factible y si no van es porque no quieren, porque... vamos a ver, cuando una mujer se queda embarazada o va al médico de cabecera o directamente me viene a mí, y tú ya la captas, la llamas para la preparación al parto, la citas. Tenemos que hacerle tres visitas. Muchas veces van y si no van yo las llamo, más que nada por saber si les ha pasado algo o lo que sea, pero muchas no van. Y con estas mujeres sí que me pasa que a veces ni van a hacerse los análisis, pierden las consultas en Segovia... no es la mayoría, pero eso con población española no me pasa, o si te pasa te pasa en un caso aislado de una familia que sea un poco más conflictiva. Pero la mujer embarazada se cuida, va a sus consultas, va a sus revisiones, se hace sus análisis... y con ellas muchas veces tienes que estar detrás de ellas, porque no van o lo que sea. No es que sea la*

⁷⁵ En este discurso se hace alusión a estrategias que desarrollan mujeres que trabajan por cuenta ajena con la finalidad de acumular el máximo tiempo posible para poder cuidar a sus hijos recién nacidos antes de la reincorporación laboral.

mayoría ni muchísimo menos, pero si tienes seis casos al año, cinco son extranjeras y una no."

6.3. LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX

Las matronas tienen un papel central en el programa preventivo de cáncer de cérvix ya que son el punto de enlace entre las mujeres, potenciales usuarias, y este programa, aunque *"efectivamente en el programa no se dice nada sobre quien hace las citologías, pero en la mayoría de los equipos de atención primaria las asumimos las matronas y sí, efectivamente hay profesionales de la medicina que las hacen, sobre todo influye la organización de cada equipo y la carga asistencial que tengan. No hay una norma general."* (Beatriz, matrona)

Son las matronas quienes mayoritariamente realizan las citologías del programa preventivo de cáncer de cérvix.⁷⁶ Sus percepciones en relación a cuando se ofrece a las mujeres participar en el programa muestran cómo el acudir por cualquier circunstancia a la consulta de la matrona de atención primaria es una forma de *"captarlas. Las captas porque a lo mejor vienen, porque tienen picores o escozores y entonces las vas a hacer un cultivo vaginal y empiezas a mirar en la historia y les preguntas -¿Tú nunca te has hecho una citología?- Y te dicen -No, no.- Entonces la enganchas para que vengan."* (Isabel, matrona)

Así, haber estado embarazada influye a la hora de acceder al programa, siendo las mujeres captadas en la visita puerperal.

"Yo la manera es que cuando las capto en el embarazo, las cito en el postparto a los cuarenta días y luego a partir de ahí las cito también para citología para que vengan a hacérsela." (Isabel, matrona)

Comentaron también que hay mujeres que preguntan por el programa debido a la información facilitada en los medios de comunicación a raíz de la aprobación y difusión de información de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH).

⁷⁶ En adelante se nombrará al programa preventivo de cáncer de cérvix como *programa* en el texto.

“Ahora con el tema del cáncer, con el VPH, las vacunas y tal, la población sí que se mentaliza más.” (Silvia, matrona)

Además de la información, las vivencias de las mujeres en cuanto a lo que es la citología en sí es otra de las circunstancias que influyen en que las mujeres decidan *prevenir*. Para la realización de esta prueba las mujeres han de adoptar la posición ginecológica, que puede producirles pudor.

“La situación de hacerte una citología, de ponerte en la posición con las piernas abiertas, tumbada, con los genitales al aire, que te metan un espéculo, no es una cosa agradable. Siempre está rodeado de miedo, de daño y yo creo que a veces, con estas citas que tenemos, todo va muy rápido.” (Lucía, matrona)

Las matronas insisten en la importancia de hacer sentir cómodas a las mujeres en esta situación. Aparecen opiniones heterogéneas en cuanto a si las mujeres manifiestan estar más cómodas ante un profesional sanitario de sexo femenino cuando se han de hacer una citología.

“Sí, claro, y lo dicen ellas -Menos mal que no es un hombre-. Antes de venir yo, llevaba aquí el programa un médico, y muchas lo decían, menos mal que no está Don Leandro, que vergüenza con Don Leandro. Porque la vergüenza sigue ahí.” (Virginia, matrona)

En lo que sí coinciden es en la importancia de que las mujeres conozcan al profesional que realiza la citología, y que se haya generado una relación de confianza entre ambos pues es *“un acto en el que la mujer necesita estar relajada y confiar un poquito en la persona que tiene enfrente.”* (Virginia, matrona)

Además de las anteriores circunstancias, de carácter más personal o individual, aparece otra razón, esta vez social, que haría que las mujeres conocieran el programa y decidieran participar en él. Se trata de que en el entorno de las mujeres, en su red social, en su pueblo o pueblos vecinos se hubiera diagnosticado el VPH, o algún caso de cáncer de cérvix, lo que haría aumentar la percepción de riesgo, siendo la utilización del programa mayor, ya que *“son pueblos donde lo que le pase a una lo conocen todas.”* (Isabel matrona). Sin embargo, poblacionalmente este tipo de dolencia no es porcentualmente significativo, y

6. Las Consultas de las Matronas Rurales

en los pueblos donde se desarrolla esta etnografía *“como no había habido ninguna muerte cercana por cáncer de cuello, no era una obsesión.”* (Isabel matrona)

Continuando con el programa, las matronas hablan también de las barreras que ellas perciben para participar en el mismo. Una de ellas, relacionada con la organización, debido a que existen *“problemas en relación a la captación activa de las mujeres. Ese es uno de los problemas que tiene el programa...el de la citología, que igual que el de mamografía está muy bien controladas porque las dicen cuando tienen que ir a la primera y luego cuando las toca repetirse, el de citología te llega una carta cuando te la ha hecho diciéndote -Dentro de tres años se tiene que acercar otra vez por la consulta de la matrona.-, pero nadie te recuerda cuando han pasado los tres años, ni cuando han pasado los cinco. Es un gran fallo del programa.”* (Isabel, matrona)

En último lugar, lo que también exponen estas profesionales es que el dirigir una invitación personalizada a las mujeres a las que va dirigido el programa a modo de carta aumenta la participación. Comentan que, en ocasiones, se ha llevado a cabo este tipo de recordatorios, pero no de forma constante.

“Sí que es verdad que también depende... ha habido temporadas en que les mandan cartas para que vengan, otras veces no.” (Amaya, matrona)

Lo que se envía a las mujeres en el caso del PPCC es el resultado de la citología y la siguiente cita, con lo que las mujeres han de recordar que tienen una cita para realizarse una citología, en ocasiones, hasta tres o cinco años después, con lo que se corre el riesgo de olvidar la cita.

En relación a las distancias, hablan de la dificultad de acceso a la consulta que tienen las mujeres que no disponen de carné de conducir y/o coche particular y viven en municipios donde no hay centro de salud. Estas mujeres han de apoyarse en su red social para poder acudir a la consulta de la matrona, ya que el transporte público es deficitario.

“Las gentes de los pueblos, el problema es el transporte, porque hay gente que no tiene coche y para venir al centro de salud...Mucha gente tiene que dejar su marido de

trabajar para traerla a la consulta, o tiene que buscarse la vida para que alguien la traiga." (Ana Belén, matrona)

Las mujeres inmigrantes vuelven a ser mencionadas cuando hablo con las matronas acerca del programa. Existen percepciones heterogéneas entre ellas, habiendo algunas que no contemplan la condición de *inmigrante* como generadora de dificultades para participar en el programa.⁷⁷ Aquellas que sí percibieron diferencias en el acceso al programa entre las mujeres inmigrantes y las autóctonas argumentan que *"la población inmigrante es más reacia hacerse las citologías. Ese programa lo utilizan muy poco. O si lo usan por una cosa como que han dado a luz o por que van por cualquier otro tema, las coges en ese momento y les haces la citología pero luego es un poco complicado que tengan el seguimiento."* (Amaya, matrona)

Al preguntarlas a qué podría deberse esta situación, reflexionan y explican que puede deberse al nivel socio-económico de las mujeres inmigrantes⁷⁸, a no tener tarjeta sanitaria, y posiblemente también al un escaso conocimiento del sistema sanitario. El tiempo de permanencia de las mujeres inmigrantes en el país es identificado como factor importante por las matronas, siendo relacionado por ellas con un mayor conocimiento del sistema sanitario y de la oferta de éste.

Continuando con las posibles problemáticas asociadas al acceso de este programa, pensé en un grupo de población excluido socialmente, las trabajadoras del sexo⁷⁹ que viven en el ámbito rural desarrollando su actividad en los llamados *clubs*, locales de carretera. Algunas de las matronas a las que

⁷⁷ En el trabajo de Regidor *et al.* (2009) se demuestra que sí es una barrera de acceso.

⁷⁸ La población inmigrante que vive en el ámbito rural proveniente de Rumania y Bulgaria, según identifican varias matronas, tiene un nivel socio-económico bajo. *"En su país sí que se ven, me refiero que la cobertura sanitaria, por ejemplo en Rumania y en Bulgaria, sí que la hacen, que tampoco son países subdesarrollados. Lo que pasa es que mucha gente dice que el tipo de inmigrante que viene no es el medio de allí, es el más bajo, y entonces, culturalmente la prevención y los cuidados son menores."*(Ana Belén, matrona)

⁷⁹ El pensar en las trabajadoras del sexo surgió en primer lugar porque esta población es población de riesgo. Por otro lado creo que aunque la alusión a esta población es mínima es importante hacer visible que estas mujeres también son pobladoras del ámbito rural segoviano.

pregunté directamente por estas mujeres comentaron que no tenían constancia de su participación en el programa, ya que comentaron *“imposible captar a esa población (trabajadoras del sexo). Mira, hace unos años nos planteamos que por qué no ir a ofrecer nuestros servicios, puesto que efectivamente es una población de riesgo, las trabajadoras del sexo, y veíamos claramente que no venían a las consultas de prevención de cáncer genital.”* (Beatriz, matrona). Ellas desconocían si este colectivo utilizaba otro tipo de servicios sanitarios, como por ejemplo servicios sanitarios privados, para la realización de este tipo de controles.

Al mismo tiempo que las matronas me explicaron sus hipótesis acerca de las posibles barreras de acceso al programa, también reflexionaron sobre qué facilitaría la participación de las mujeres. *El consejo*, el que algún profesional sanitario invite a las mujeres a acudir a la consulta de la matrona para hacerse una citología es uno de los facilitadores que las matronas rurales identifican. En el caso de las matronas aparecen dos tipos diferentes de actitudes. Una captación activa donde la matrona revisa las historias clínicas y aconseja el realizarse los cribados que están protocolizados en función de la cartera de servicios, frente a una actitud más pasiva. Por otro lado, la percepción de las matronas en relación a si los médicos y enfermeras de atención primaria, debieran dar información y consejo a las mujeres que cumplieran los requisitos para ser captada para el programa, y derivar a las mismas a las matronas, son heterogéneos en función del centro de salud donde trabajan. En algunos casos la derivación de mujeres a la matrona es frecuente cuando la relación médicos de atención primaria-matronas es activa y eficaz: *“Los médicos saben perfectamente cuando deben quedar las mujeres con la matrona, te las derivan.”* (Silvia, matrona). En otros casos no existe derivación alguna. *“La captación es el médico o la enfermera en sus zonas. Les informan o se supone que es lo que deben de hacer y cuando alguien ve que tienen tantos años y que no se han hecho una citología pues piden vez con la matrona para hacerse una citología.”* (Ana Belén, matrona).

Es así como la comunicación y las relaciones personales entre los miembros del equipo de atención primaria podrían estar condicionando un mejor funcionamiento del programa.

6.4. MARIDOS, PAREJAS Y MATRONAS

Los hombres, en ocasiones, acompañan a sus parejas a la consulta. Sucede, por ejemplo, cuando es necesario el transporte hasta el centro de salud: *“A veces sí tienen el problema de que viven en los pueblos y las tienen que llegar con el coche o así pues no les queda más remedio”* (Lucía, matrona) por la falta de transporte público y si las mujeres no disponen de carné de conducir. Los hombres acompañan a sus parejas, en algunos casos, cuando están embarazadas. *“Donde sí van acompañadas es en los embarazos, pero a citologías no, pero en los embarazos suelen ir los maridos [...] De cinco mujeres (embarazadas), por lo menos tres vienen (con) los maridos.”* (Virginia, matrona)

“Me parecía importante...y los (hombres) que venían a esas charlas, a cualquiera de las tres solían venir casi siempre al puerperio, y a la primera de puerperio, venían casi siempre.” (Isabel, matrona)

Una de las razones dadas en relación al no acompañamiento de los hombres a sus parejas fue la incompatibilidad entre el horario de la consulta y el laboral. Al trabajar muchos de ellos fuera de los municipios donde residen se establece una barrera para que estos hombres puedan recibir la información que la matrona facilita durante el puerperio, como por ejemplo la relativa a la anticoncepción. Es así como la planificación familiar recae más aún en las mujeres. *“Algunos trabajaban en Madrid, otros en Segovia, y no es acercarse un rato a la consulta, sino que es perder todo el día. Me dicen –Me es imposible- Pues vale, ciertas cosas las adelanto...”* (Isabel, matrona)

7. LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Este capítulo está dedicado a la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios de la provincia de Segovia.⁸⁰ Como se comentó anteriormente, hay un objetivo relacionado con los cuidados paliativos en la *cartera de servicios de atención primaria*, y se consideró relevante conocer cómo funcionaba esta unidad, única para toda la provincia de la provincia de Segovia, pueblos y ciudad, y en teórica comunicación tanto con atención primaria como con atención especializada.

Es martes, son las diez de la mañana. Un día más estoy haciendo observación en uno de los consultorios. Hay tres personas esperando para entrar a la consulta de la médica. Una mujer joven, rubia, vestida de manera informal y con rostro cansado hace acto de presencia en la sala de espera. Se dirige al dispensador de números en el que pone en un cartel "consulta médico" y coge número. Comenta en voz alta que su madre la ha pedido que vaya. Reproduce las palabras de su madre. -Hija, ya sé que me tengo que morir, pero dí a la médica que venga a verme.- Pienso que su madre ha de ser lo que sanitariamente se nombra una paciente terminal. Cuando acaba la consulta la médica me pregunta si quiero acompañarla a hacer las visitas domiciliarias. La digo que sí. Me comenta que la primera visita que vamos a hacer es a una paciente que tiene cáncer, que la casa está cerca pero que vamos a ir en coche. El que la médica mueva su coche significa que la consulta de presencia física en el consultorio se ha terminado. Llegamos a una casa de planta baja de nueva construcción. Aparcamos a la puerta. Bajamos del coche, y observo que la médica ha cogido su maletín. Llamamos al timbre de la casa y nos abre la puerta la mujer joven que fue a pedir la visita domiciliaria. La médica la comenta que soy una compañera. Entramos al salón de la casa, un salón amplio, con mucha luz, y encontramos a una señora, metida en una enorme bata, sentada en el sofá. Tiene el cabello revuelto. La señora aparenta ser mayor de lo que en realidad es. Está muy delgada, como consumida. La médica no abre en ningún momento el maletín, no explora a la señora, simplemente se sienta a su lado, la pregunta qué le sucede y escucha. Ellas charlan durante un

⁸⁰ Esta unidad de cuidados paliativos se fundamenta en un modelo teórico de atención domiciliaria, frente a otras maneras de llevar a cabo cuidados paliativos. Para una revisión exhaustiva sobre el tema en el sur de Europa ver Meñaca, *et al.* (2011).

rato y después nos marchamos. Recuerdo la mirada triste con la que nos despidió la mujer. (Diario de campo, 21 de octubre de 2008).

Los cuidados paliativos fueron definidos por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1990) como “cuidado activo y global de los pacientes con enfermedades progresivas e irreversibles que no responden al tratamiento curativo. Estos cuidados tienen como objetivo fundamental el control del sufrimiento provocado por la enfermedad en fase terminal bajo una óptica biopsicosocial y espiritual. A esto se añade la necesidad de valorar y atender tanto al paciente como a su familiar. El objetivo de los cuidados paliativos debe ser alcanzar el confort de la unidad de cuidado, respetando los significados diferenciales que adquieren para cada individuo y su contexto familiar, teniendo en cuenta además que las necesidades de la unidad de cuidado son cambiantes en el tiempo.” Getino (2009) enriquece esta definición con su trabajo argumentando que las dimensiones del cuidado deben abordarse integralmente abarcando los aspectos físicos, psicológicos, emocionales, espirituales y sociofamiliares, incluyéndose los laborales y los económicos.

Los profesionales sanitarios de la unidad de cuidados paliativos de Segovia hablan de cómo *“la enfermedad terminal no es enfermedad final, si no que es un...se trata de procesos que en un determinado momento de su evolución, eh...no tienen un...abordaje curativo. Los procesos están suficientemente avanzados como para que no exista ninguna intervención curativa factible, y además, eh...supone un poco el punto en el que el organismo empieza a no tener regreso, es decir que las disfunciones de los órganos se van sumando en un proceso, que muchas veces es lento, otras veces es más rápido, depende de la persona y de las causas. En cualquier caso es un tiempo de vida en el que la intervención paliativa se dirige a conseguir la máxima calidad de vida, siendo un término difícil de definir, pero que...nosotros nos guiamos por lo que la persona, la propia persona expresa, entonces fundamentalmente hay que controlar síntomas, hay que intervenir tanto en la familia como en los propios pacientes, tratando de resolver problemas no solamente de orden físico, que también, si no de orden psicológico, de*

orden sociosanitario, de orden incluso espiritual que conforman el conjunto de la enfermedad.”⁸¹

Los sanitarios de la unidad de cuidados paliativos tienen como objetivo *“proporcionar los cuidados paliativos en el ámbito domiciliario, facilitando de esta manera el que los, los pacientes y sus familias, cuando se encuentran en este ámbito asistencial, en el domicilio, pues puedan recibir la atención necesaria sin necesidad de hospitalización.”*

Las bases de los cuidados paliativos, afines en muchos aspectos al modelo médico social choca con concepciones biomédicas, vinculadas al modelo médico hegemónico. *“Cuidar en paliativos es una filosofía diferente y mucha gente (profesionales sanitarios) nos lo dice, -Es que vosotros no... Toda la gente se os muere y tal, y eso... a mí me daría mucha pena que la gente..., me daría mucha pena porque todos se mueren y no podéis salvar a nadie.- Entonces es...no tenemos ningún tipo de estrés por eso, porque tenemos otra mentalidad diferente que nos hace sentirnos satisfechos, aunque la gente fallezca.”*

Otra de las características de esta unidad es que el domicilio es tenido como uno de los escenarios importantes para la atención del paciente, frente al modelo médico hegemónico, que es un modelo *hospitalcéntrico*. La red doméstico-familiar de los pacientes terminales tiene un papel reconocido por los profesionales. No se produce así la invisibilización del cuidado lego, como en los servicios asistenciales fundamentados en el modelo médico hegemónico. El ámbito doméstico es además donde se perciben las condiciones reales de vida de los pacientes terminales, su situación social y la de su entorno.

“Hombre, el domicilio es la mejor manera de ver cuáles son las los problemas reales de las personas, de las familias, vamos. O sea que es muy... en el hospital se da una imagen totalmente distorsionada. Cuando la gente viene al hospital, o venimos al hospital,

⁸¹ Tal y como quedo recogido en el apartado de criterios éticos, en este capítulo no se identifica a ninguno de los informantes.

sabemos que venimos al hospital y de alguna manera preparamos todo para venir al hospital. En la casa es, eh...la situación real, natural, desde las facilidades a las dificultades, o sea hay las dos cosas.” Se trata además de una unidad multidisciplinar. *“Aquí más lo que hacemos es una tarea multiprofesional, no hay tanta diferenciación entre médicos, enfermeros, psicólogos... todos tenemos nuestras competencias, tenemos nuestros protagonismos y es un trabajo conjunto...ninguno es más importante que otro, al menos lo pensamos así.”*

La unidad de cuidados paliativos está pendiente de que alguien tome la decisión sobre si un paciente necesita de su atención para actuar. Parafraseando a uno de los profesionales sanitarios de la unidad: *“La pregunta es, no sé, ¿Cuándo está para paliativos?”* La dificultad de identificar cuando un paciente ha de ser derivado a la unidad de cuidados paliativos está ligada al desconocimiento, según verbalizan estos profesionales sanitarios, lo que hace que las derivaciones sean más tardías a lo deseable. *“Lo deseable sería que trabajáramos con las personas tres meses por lo menos, ¿no?, y la media de días de atención que tenemos creo que era veintiocho, con una mediana también de veintitrés o por ahí.”*

“Eh...tenemos un tiempo de intervención medio que oscila entre los treinta y los sesenta días. Eso supone dos meses, aproximadamente. Es un tiempo un poquito corto y depende fundamentalmente del momento en que se nos derivan los pacientes, que eso en lo que se traduce es que hay un desconocimiento, hay una dificultad importante todavía en nuestro sistema sanitario para identificar el cuidado paliativo, y con frecuencia se confunde el término terminal, que es, que procede de la...del lenguaje anglosajón, con el de estar moribundo.”

Cuando se ha de cuidar a pacientes terminales, que llevan al extremo cómo las personas vivimos a contrarreloj, los profesionales necesitan contar con tiempo para desarrollar una buena labor asistencial.

“Cuanto más disponemos para una intervención, más efectiva es más confianza se produce entre el equipo y la familia y el paciente y por tanto las intervenciones se

realizan de una manera más adecuada, se abarca con más proyección de tiempo el afrontamiento de síntomas complejos, de síntomas que no van a desaparecer que se van a poder controlar y que se van a poder vivir de otra manera y se afronta cuando hay más tiempo, los procesos de duelo y demás se facilita un poco las líneas de intervención y por tanto resultaría más eficaz, eso es lo que hay."

"Nosotros preferimos trabajar con el paciente más tiempo y poder conocer al paciente, conocer a la familia, se establece un vínculo de más confianza y cuanto más tiempo se trabaja, se trabaja mejor y nosotros quedamos más satisfechos, la familia también y el paciente también."

Argumentan que en determinados momentos las decisiones clínicas no han de basarse únicamente en las pruebas, en la tecnología, sino que hay que tener en cuenta a la persona, con todo lo que esto implica. No se ha de desatomizar al paciente, sino verlo como un todo.

"Hay veces que no se puede calibrar hasta dónde está de mal la persona, o de bien, o el periodo de estabilidad cuánto va a durar. Pero lo que sí está claro es que cuando no hay tratamiento curativo, y las oncólogas han dejado de dar ciclos, incluso mientras ya están dando los últimos ciclos, pero que se ve que la respuesta no es buena, muchas veces lo que nos falta a los profesionales es mirar al paciente a la cara. Tenemos las pruebas y tal, pues el TAC está mejor y el no sé qué está mejor, pero la cara, el señor, la tiene peor, y no se puede mover, y no come, y no tal, entonces, hay veces que hay que mirar a la persona y ver un poco cómo está físicamente y decir mira, aunque yo le vaya a seguir dando ciclos, lo que sea, pues ya empiezan a aparecer unos síntomas que hay que controlar, que es el momento de derivar (a la unidad de cuidados paliativos)."

En este punto cabe preguntarse quién, o quiénes toman la decisión de proseguir un proceso asistencial esta vez vinculado a los cuidados paliativos. Cuando la atención que persigue la curación, basada en el modelo médico hegemónico, falla los profesionales sanitarios que trabajan en la unidad de cuidados paliativos manifiestan que los pacientes tienen un sentimiento de abandono.

“Yo... cada vez mejor. Al principio es un desconocimiento, al principio, bueno, el problema es que el paciente es un paciente como de nadie, como cuando el especialista dice, ya no podemos hacer nada más y, además, no puede estar en el hospital porque el hospital es para intervenciones agudas, aquí no tiene sentido y tal, entonces hay un sentimiento de abandono por parte del paciente.”

Este tipo de situaciones cambió con la creación de la unidad de cuidados paliativos. Los profesionales de esta unidad cuentan cómo médicos especialistas, ante el fracaso de los tratamientos, ahora pueden tener la *satisfacción* de derivar a sus pacientes a la unidad, lo que hace que no haya una sensación de fracaso o de abandono del paciente.

“Eso, por ejemplo, nosotros cuando lo hemos comentado con los servicios del hospital, pues es una medida que a ellos les produce satisfacción, porque antes tenían como obligación de estar citando al paciente aquí, en el hospital, aunque estuviera fatal el paciente, ¿no? Por ejemplo, los hematólogos, pues le hacían venir al paciente hasta los últimos días aquí al hospital, para verle, para controlarle los síntomas y tal, y ahora pues no. Ven que el paciente está en una situación que es mala y tal y le dicen -Mire, no se preocupe, porque nosotros trabajamos aquí con una unidad que va a ir a verle a su casa.- Entonces para el profesional es como darle el alta. Les genera cierto alivio, no es como -Váyase, ya no quiero saber nada.- Hay veces en que además el enganche emocional con los pacientes da pues eso, pena.”

Tras esta situación se produce entonces la derivación a la unidad a través de diferentes caminos. El acceso está condicionado por una toma de decisión, bien venga esa decisión de un médico especialista, de atención primaria o de la red doméstico-familiar. *“De todo, de todo. Tenemos varias vías: el equipo de atención primaria, el médico o la enfermera, normalmente nos llaman por teléfono, entonces nos comentan el paciente, y luego siempre pedimos que haya un escrito, un fax, que nos envíen por fax los datos del paciente con un informe reciente que tengan, un poco un informe que nos hagan ellos para tener constancia. Si no, pues a través del hospital, nos vienen de los diferentes servicios pues a veces a través de hojas de interconsulta y otras*

veces a través de un informe de alta. Nos ponen abajo que se remite el informe para que sea valorado por la unidad, y nos lo mandan al despacho. Y luego pues, últimamente, como en Segovia ya se va conociendo la unidad de paliativos y tal, hay veces que nos demandan los familiares, o a través del teléfono nos llaman directamente, o a través de la Asociación Española Contra el Cáncer nos llaman, -Oye, es que tengo mi padre o mi madre.- Entonces eso lo que hacemos, normalmente, es derivarlo al médico de cabecera, para que si el médico de cabecera estima conveniente, que nosotros veamos al familiar. Los pacientes nos vienen derivados pues, de todos los ámbitos, fundamentalmente del hospital. El hecho de que la unidad esté ubicada en el hospital nos facilita el acceso a los pacientes en el momento en el que están en ingresados por iatrogenia que es bastante marcada, ¿no? Eh...como decía, nos vienen derivados, de diferentes especialidades, oncología, lógicamente, es nuestro mayor proveedor de pacientes, pero cirugía, eh...urología, eh... ginecología y medicina interna, geriatría, pues son servicios y especialidades médicas en las que existe un importante porcentaje de pacientes susceptibles de cuidados paliativos. Del medio... rural, del medio de atención primaria, mejor dicho, pues también, a partir de los médicos de cabecera, eh...nos llegan las derivaciones de los pacientes. Algunas veces las propias familias lo demandan, afortunadamente cada vez menos, lo cual supone que el filtro de lo que es el sistema sanitario, pues funciona un poquito mejor, el filtro que puedan hacer los profesionales es más eficaz.”

La derivación a veces está relacionada con la realización de una técnica sanitaria concreta, como es que al enfermo se le ha de colocar un *infusor*.⁸² *“Los médicos, en general, y las enfermeras, yo creo que tienen una idea de nosotros bastante buena, quiero decir, acertada, adecuada a lo que hacemos, ¿no? Pero sí que es cierto que hay algunos*

⁸² Se nombra *infusor* a las bombas de infusión intratecal (sistemas de administración de medicación) que administran medicación para el dolor en el área llena de fluido que rodea a la médula espinal.

profesionales que piensan como que estamos para la atención en los últimos días, que nos tienen como así, ¿no? Como que yo controlo al paciente hasta que haya que ponerle un infusor. Hay veces que lo del infusor es lo que más determina.”

“Hombre, lo del infusor hay veces que... pues pautas muy específicas de medicación, mórficos, y eso, entonces pues claro, yo entiendo que si tienes un paciente terminal al año no te acuerdas de una vez para otra cómo se cargaba, a qué velocidad y cómo y tal, ¿no? Pero más que nada porque yo creo que nos llaman... bueno, ahora ya que necesita el infusor pues llamamos a los de paliativos y tal. Determinada gente, eh, vamos, quiero decir que no es la generalidad, hay determinada gente que dicen -Pues ya, como está en agonía, vamos a llamar a paliativos que no los hemos llamado antes, pero ahora sí.-”

“Las atenciones estas de los tres últimos días, de la atención en la agonía, en que llegamos, hacemos una visita de inclusión para prácticamente poner un infusor al paciente que fallezca, pues la verdad que a nosotros nos generan muchísimo trabajo concentrado para luego poco rendimiento que se le saca, porque el paciente, la verdad, a lo mejor hasta ese momento ha estado con los síntomas mal controlados, no se le ha atendido y ahora, vamos, se le pone un infusor, mejor, ¿no?, porque le puede aliviar en ese momento, pero se le podría haber aliviado desde mucho antes y haber preparado todas las cosas.”

La comunicación entre la unidad y atención primaria se desarrolla a través de informes enviados a través de Internet.

“Nosotros cuando llegamos, vemos al paciente y hacemos una primera valoración, hacemos un informe que mandamos a primaria, de tal manera que el médico de primaria y la enfermera de primaria tengan conocimiento absoluto de la situación concreta del paciente y de la intervención que se está llevando a cabo,...las posibles adversidades que puedan aparecer o complicaciones y cómo manejarlas, ¿no? Se da una hoja de medicación, entonces de tal manera que cuando llega el médico de primaria ya previamente podía haber visto el informe, pero aún así pues tiene... se manda un informe a primaria y un informe a la familia... informes nuestros, entonces cada vez que se hacen las sucesivas visitas se van mandando los informes, ¿no?, con las modificaciones, se

vuelve a mandar el informe: se ha hecho esta visita y.... Entonces, en principio y en teoría, hay total conocimiento por parte de toda la asistencia a nivel sanitario de la situación del paciente concreto, sobre todo para que no haya encarecimiento terapéutico."

El por qué se decidió desde esta unidad el utilizar como canal de comunicación con atención primaria el correo electrónico, para enviar los citados informes a los centros de salud y de forma indirecta al personal médico y de enfermería, se debió a que el teléfono, el primer medio de comunicación que probaron no era viable.⁸³

*"Influye cómo se coordinan entre los profesionales, y el ambiente del centro en general, y los administrativos, porque nosotros muchas veces llamamos a Fulanito y hay centros que no saben dónde está el médico ni a qué hora ni cuándo ni cuál es el teléfono del consultorio de tal pueblecito. Porque, claro, nosotros decidimos también que la coordinación por teléfono era una utopía, o sea, que no nos podíamos coordinar con los médicos de cabecera por teléfono porque el médico de cabecera Fulanito está de diez a diez y media en tal consultorio y luego, a las once, se ha ido a hacer un domicilio, entonces era estar continuamente llamando a un teléfono que no te contestaba... A un fijo que....o que te mandaban a otro teléfono, o, si no, no había cobertura, y si no... [...]
Sí que es cierto que el ambiente del centro, de los administrativos, cambia mucho de unos sitios a otros. Hay centros que se los ve muy organizados, y luego hay otros que si quieres encontrar a alguien, pues nada, date por...Entonces por eso, la manera mejor que nos ha parecido ha sido el correo electrónico, y luego si ellos tienen algo que contarnos tenemos el teléfono."*

Es así como explican que a través del envío de sus informes a través del correo electrónico al personal médico y de enfermería de atención primaria, y por otro

⁸³ Este dato es significativo ya que ejemplifica las dificultades que pueden darse a veces para localizar a un profesional sanitario que desarrolla su labor en el medio rural.

lado, informes por correo ordinario a nombre de los pacientes, pretenden generar una comunicación fluida.

“A primera hora hacemos los informes de los pacientes que hemos visto el día anterior y los enviamos por correo electrónico a los médicos de cabecera y a las enfermeras también, y por correo ordinario a los pacientes.”

De los discursos de los profesionales emergen también una serie de problemáticas relacionadas con las derivaciones que se producen desde la atención primaria y la especializada. Una de las más significativas pudiera ser el que no se deriven pacientes susceptibles de atención a la unidad.

“En el hospital también hay determinados servicios que no derivan a paliativos, no sé si por falta de información o porque desestiman el recurso, piensan que no sea un recurso válido, o por qué motivos, o simplemente por comodidad, ¿no?”

“El paciente que ya no puede venir al hospital a seguir las consultas y tal se queda en casa, y algunos especialistas piensan -Pues ya irán los de paliativos, si les avisa el de primaria o ya se las apañará.- O sea, como que se desentienden del paciente, -El paciente el día que no pueda venir a mí me ...da un poco igual, que se busque la vida-, en vez de adelantarse a la situación y decir -No, no venga usted más porque van a ir a verle a su casa, voy a hacer el informe para que vayan.-”

Entre otras situaciones se encuentran las surgidas en el servicio de urgencias del hospital cuando no se tiene en cuenta que se está atendiendo a una persona que ya cuenta con la etiqueta de *paciente paliativo*.

“Si viene al hospital, pues las urgencias del hospital son las urgencias del hospital y ahí no hay más cáscaras, o sea, no por ser un paciente paliativo, eh, se le ve a lo mejor una necesidad de ingreso y se pasa directamente esa urgencia a una cama.”

Podría decirse que no hay una coordinación entre el servicio de urgencias del hospital y la unidad de cuidados paliativos, lo que rompe la continuidad de cuidados en los pacientes terminales.

“Una de las cosas que son importantes es por medio es la necesidad una mayor coordinación con el servicio de urgencias, ¿no? Situaciones a veces críticas que ha

habido de pacientes terminales, pues que se ha intentado, eh... (Reanimar) Claro. No tiene sentido. O al contrario, dicen -¡Ay, no! Es un paciente terminal ¿Pues nosotros qué podemos hacer ya?-"

En relación a las urgencias relacionadas con personas a las que se las está aplicando cuidados paliativos que acuden a los puntos de atención continuada, a las urgencias de primaria, los discursos mantenidos relacionan la experiencia del profesional que en ese momento atiende la urgencia.

"En primaria... No tienen precisamente mentalidad paliativa o, bueno, dependiendo del profesional que esté, de la experiencia que tenga en este campo, se atiende la urgencia paliativa de una manera determinada."

La unidad de cuidados paliativos domiciliarios abarca toda la provincia de Segovia, la capital y todos y cada uno de sus pueblos. *"Toda, toda, toda, toda, toda, toda la extensión, que es muy grande."* *"La verdad es que es una barbaridad, los kilómetros los que hay de lado a lado y para pueblos pequeñísimos...hay pueblos que tienen veinte habitantes o treinta."* *"Al principio se habló de que podíamos cubrir la capital y treinta kilómetros alrededor. Pero nos parece que es un trato discriminatorio a las personas que viven fuera de...ese radio, entonces nosotros pues vamos a todos los sitios."*

Organizan su trabajo por medio de rutas. Así van dispensando su asistencia a domicilio, saliendo a la carretera los tres miembros del equipo en el coche de la unidad. *"Lo que se suele hacer es intentar agrupar pacientes por zonas....de tal manera que cuando se va a una zona determinada se ve al mayor número de pacientes [...] rutas. Y luego, pues claro, cuando hay una atención urgente, porque a lo mejor un paciente pues tienen una complicación concreta y hay que ir..., hombre, la unidad de cuidados también intenta coordinar el mayor número posible con atención primaria."*

Si bien *"hay mucha población de zonas muy alejadas que probablemente pues tiene una...un...en ese sentido hay una menor equidad respecto a los servicios que tiene, que otras zonas, más próximas. La provincia es alargada y entonces, bueno, pues de extremo a extremo son prácticamente sesenta o setenta kilómetros, ¡no, más! Segovia, contando*

Segovia de una esquina, a otra esquina son eso en torno a los setenta, ochenta kilómetros, con lo cual el desplazamiento a esas zonas alejadas pues te suponen una mañana de trabajo, porque bueno pues que supone el trayecto en coche, que es...a veces eso de hora y media, dos horas, la ida y la vuelta lógicamente.“

“Lo que pasa es que, bueno, sí que es cierto que, por ejemplo, si el paciente está en la zona más alejada de Segovia, pues nos tratamos de coordinar más con el médico de cabecera para hacer menos visitas o hacer sólo las estrictamente imprescindibles, porque hay pueblos que están a noventa kilómetros, que es echar el día para ir y volver. Entonces, claro, también pues cuando el paciente está muy lejos se rentabiliza menos, ¿no? Ves menos pacientes, pero claro, no por vivir más lejos vas a perder derechos. “

Las zonas más alejadas de la ubicación física de la unidad suelen ser zonas limítrofes con otras provincias, o con la Comunidad de Madrid, *“es un terreno a veces de nadie, ¿no? Entonces, bueno pues, nosotros hemos hecho alguna atención en algún pueblo periférico, hay otras unidades de Valladolid que han hecho en otras zonas periféricas, bueno pues yo creo que un poco también depende de donde llega la demanda, si la demanda, llega del médico y el médico tiene más contacto con la zona de por ejemplo de Valladolid pues acude a Valladolid, si tiene más contacto con la zona de Segovia eso ya, yo creo que está en función casi, casi de las preferencias de cada profesional, de su vínculo con una u otra provincia. En definitiva, en nuestro caso hemos llegado a pueblos en los extremos. “*

Pregunto a los profesionales si llega a su unidad población desplazada a lo que responden que *“pocos, pocos pacientes llegan a través de las unidades de cuidados paliativos de otras provincias. Por ejemplo, las unidades de paliativos de Madrid nos mandan gente que viene a pasar el verano a la provincia de Segovia, a la zona de la sierra. Ahí hay gente que tiene la casa de verano, se traen también al paciente, y nos los mandan. “*

Se desplazan en un coche serigrafiado que se identifica sin ninguna duda. *“Claro, es normal, porque ellos asocian un coche, es normal pues que aparezca... Nosotros, hasta cierto punto, pues ya, pero claro... ahora está menos estigmatizado,*

¿no?, el tema del cáncer, pero cuando vas a una población rural, lejana, más cerradilla y tal, culturalmente menos abierta, a veces llegar con el coche levanta muchos rumores, decir ah, este coche ¿qué hace aquí? [...] Cuando vas un par de ocasiones, ven salir a unos hombres de blanco, o a unas personas de blanco, ¿no? [...] Vamos tres o cuatro personas, de repente...todos en una casa...la medicación, las maletas, con todo...o sea, que es un despliegue...importante, claro, porque sobre todo inicialmente, cuando valoramos al paciente por primera vez en paliativos, solemos tener nosotros medicación para que ya se quede medicado. Luego ya se le hace receta. "

Este servicio ha rebasado el límite de sus posibilidades. *"La verdad es que estamos desbordados porque es el único recurso que hay..." "Al principio, bueno, pues más o menos la entrada de pacientes era más lenta y tal, pero ahora mismo estamos desbordados en invierno, en verano, en otoño y en primavera, da lo mismo, es que es un continuo. Llevamos un mes que es un continuo de llegar pacientes. Todos los días llega alguno."* *"Si los que están más estables no fallecen, llegamos a tener hasta cuarenta personas distribuidas por toda la provincia y que, además, demandan que vayas a verles aunque estén estables, porque les gusta, se sienten atendidos, se sienten bien y entonces pues la verdad es que es difícil de gestionar a veces y hay que tener mucha, no sé, asertividad. Decir -Voy a llamarlo, voy a coger el teléfono y decir si está usted bien, hoy no vamos a pasar. Pasaremos la semana que viene y tal, porque esta semana lo ha visto su médico de cabecera, tiene los síntomas más controlados y tal.- Es que es imposible. Estamos al límite de las posibilidades ahora. Tampoco es que podamos poner una lista de espera en paliativos. "*

Enfatizan la necesidad de incorporar al equipo personal administrativo, al mismo tiempo que dicen ejercer muchas veces tareas más propias de trabajo social, asumiendo además la conducción del vehículo de la unidad.

"Pues entonces, esas tareas de tipo administrativo, yo veo que ahí tenemos una necesidad, porque dejar de hacer los informes no es el sistema, o sea, yo creo que nos lo hemos metido mucho en la cabeza que al paciente visto hay que hacerle un informe para

que tenga en su casa el seguimiento y el médico de cabecera esté coordinado con nosotros. Entonces eso es una labor imprescindible”.

“Luego, igualmente, hacemos labores de trabajador social, porque todas las necesidades que tiene la familia somos nosotros un poco los que las empezamos a coordinar, aunque luego sean derivadas al trabajador social de su zona o del centro de salud o del CEAS⁸⁴ o del hospital, pero la información sobre las ayudas, sobre las camas articuladas, sobre la ayuda a domicilio, la primera la tenemos que dar para que la gente empiece a hacer los trámites. Entonces también echamos de menos un trabajador social, que está definido como parte del equipo de cuidados paliativos. ”

“Necesidades, pues hay [ríe] más, porque...el tema de la conducción, por ejemplo, pero bueno, son... Sí, conducimos nosotros siempre. Y, bueno, lo hacemos y no pasa nada, pero bueno, es que como necesidad pues existe: una cosa es que te lleven al domicilio y tal, y otra cosa es que tengamos que estar permanentemente, todos los días, claro, a lo mejor hacemos ciento y pico kilómetros todos los días sumados todos los días del año, pues al final son muchos kilómetros a las espaldas. ”

Entre las necesidades que manifiestan se han de cubrir está la falta de continuidad asistencial.

“Y no sé, bueno, hay muchas, muchas necesidades también en cuanto a la continuidad de la asistencia, porque nosotros estamos de lunes a viernes, de ocho a tres, pero luego por la tarde, por la noche, los fines de semana es cierto que está el servicio de urgencias, pero el servicio de urgencias no es precisamente un servicio que tenga una mentalidad paliativa. ”

En cuanto a recursos asistenciales comentan que *“se prevé que en octubre se abran cuatro camas de paliativos. Hablaban de una unidad hospitalaria de paliativos, pero una unidad de hospitalización dista mucho de lo que son cuatro camas de paliativos en una planta determinada del hospital.”* El por qué de la necesidad de este recurso solicitado, de estas camas de la unidad de paliativos en el hospital, se explican a

⁸⁴ Siglas relativas a Centro de Acción Social.

continuación, son fundamentales para evitar el agotamiento de la red doméstico-familiar que dispensa los cuidados a los pacientes terminales, dado que se ha optado por este tipo de gestión de los cuidados paliativos, una asistencia domiciliaria.

“Una situación que es muy habitual en cuidados paliativos es una situación de claudicación familiar, pues... ¿por qué?, agotamientos, después de años de enfermedad... Hay un punto en que la familia necesita un descanso. Bueno pues eh... seis, siete días de ingreso, permiten recomponer la situación familiar, organizar,...Permitirían, porque eso más que nada, es un deseo. “

Es así como el que la unidad de cuidados paliativos domiciliarios tenga sus carencias manifestadas en una falta de continuidad asistencia y una sobrecarga de la red doméstico-familiar hace que el modelo de atención domiciliaria posiblemente no funcione como debiera desde el punto de vista teórico y que no sea tan idílico el tener a una persona en fase terminal en el domicilio.

A continuación se encontrarán con el capítulo dedicado a los estudios de caso. En él hallarán las voces de algunos pobladores del medio rural segoviano que compartirán con nosotros sus procesos asistenciales, de los que en ocasiones forman parte los profesionales sanitarios que nos han acompañado a lo largo de la segunda parte de esta etnografía.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

8. ESTUDIOS DE CASO

Este capítulo está dedicado a estudios de caso de diferentes padecimientos y vivencias de salud, enfermedad y atención de individuos, redes doméstico-familiares y redes informales en los pueblos que han formado parte del contexto de estudio. En cada uno de los estudios de caso se describen diferentes procesos asistenciales, donde ha primado la voz de los actores involucrados, es decir una perspectiva *emic* de las diferentes situaciones, así como la relevancia del estudio de lo local teniendo en cuenta su articulación con lo no local.

Según Menéndez (1992) tanto el grupo doméstico como sus redes sociales constituyen una unidad analítica privilegiada donde captar la interrelación de los modelos médicos, tanto en sus representaciones, como en sus prácticas sociales. Basándonos en esta concepción, opté por situar la mirada en los grupos domésticos y sus redes sociales para desarrollar una serie de estudios de caso. Cada uno de ellos muestra situaciones inmersas en el contexto de estudio que nos compete con un fuerte nexo a lo local. “La realidad [...] sólo puede ser pensada y, sobre todo practicada por los sujetos y grupos desde lo local, dado que es allí donde los sujetos viven/trabajan/esperan/comprenden los procesos.” (Menéndez 2002:158). El énfasis antropológico en lo local está vinculado a la recuperación de la experiencia, tanto la de los actores sociales como la del investigador. Esta parte de la etnografía supone una descripción de diferentes procesos cotidianos, procesos asistenciales, reforzando la importancia de lo local teniendo en cuenta que la mayor parte de los padecimientos y vivencias se producen y desarrollan en los ámbitos locales, a partir, además, de las relaciones sociales que se establecen con otros sujetos a nivel cotidiano (Menéndez, 2002).

Es importante señalar como a lo largo de estudios de caso se articula lo local con procesos y estructuras no locales lo que posibilita la comprensión de estas situaciones específicas. Por otro lado, a través de la lectura de los estudios de caso se describen las relaciones que se generan entre los saberes de los conjuntos sociales y los saberes biomédicos respecto de los procesos asistenciales, tratando de ver transacciones desarrolladas entre los mismos.

Los estudios de caso que podrá leer a continuación se organizan de una manera similar. En primer lugar se contextualiza el caso, y se describe el por qué de la elección del mismo. En segundo lugar se exponen cómo se articulan los procesos asistenciales de las personas protagonistas de los casos: autocuidado, autoatención, tanto personal como doméstico-familiar y redes informales; problemáticas relacionadas con la salud/enfermedad; toma de decisiones; articulación de redes sociales; acceso y demanda de servicios sanitarios, tanto institucionales como no institucionales. Como podrá observar cuando prosiga su lectura, la escritura de los estudios de caso se ha hecho, en parte, en clave de entrevista, aunque como refleja la *tabla 3. Descripción de los estudios de caso*, en el capítulo dedicado a la metodología, los casos se han desarrollado a partir de diferentes materiales.

8.1. ROBERTO

Conozco a Roberto a través de Brígida, una de mis informantes. Brígida me comenta que ya ha hablado con él y que nos vamos a acercar a la tienda donde trabaja, que está en la plaza del pueblo, para conocerle. Entramos en la tienda. Allí encontramos un chico joven, Roberto, y un hombre de unos sesenta años, con el pelo cano, muy dicharachero, su padre. Brígida nos presenta, charlamos durante un rato y aprovecho para comprar el periódico del día. Brígida y yo nos marchamos de la tienda. Vamos a por el pan y tomamos juntas un café en el bar de la plaza. He quedado con Roberto a las cuatro de la tarde para charlar, durante el descanso en el que cierran la tienda para comer. Charlamos en el patio interior de la tienda. Sacamos dos sillas al sol y Roberto me empieza a contar. Tiene treinta y cuatro años, siempre ha vivido en ese pueblo y dice que no lo cambia por nada, que la ciudad no le gusta. Hablamos sobre su ocupación laboral, sobre su trabajo.

“Yo siempre he trabajao para mi padre, antes en el bar y ahora aquí. Antes tenía un bar, y ahora cuando empecé yo con la enfermedad en el 2003 tuvimos que dejar el bar porque yo no podía trabajar, porque yo venía de las sesiones muy mal y no podía trabajar. Al principio bueno, pues echaba una mano pero luego, luego llega un momento en el que no, que no puedes. Entonces luego ya cerraron el bar y le alquilaron. Y el bar sigue alquilao, y se quedó mi padre pues sólo con la tienda, y pues al principio trabajando en el bar y luego aquí. En la tienda [...]”

Empezamos así a hablar de su enfermedad. *“Yo tuve problemas de salud, yo tuve un cáncer. En diciembre de 2002 me operaron en Segovia. Sí, en diciembre de 2002 me operaron en Segovia.”* Tras la operación tuvo que someterse a un tratamiento de quimioterapia. Su padre le llevó en coche hasta el hospital de Segovia. *“Tuve que ir durante tres meses a Segovia para darme la quimioterapia. Durante esos tres meses yo iba y venía todos los días. A las ocho de la mañana estaba allí y terminaba a las dos de darme la sesión de quimioterapia. Me llevaba mi padre y me traía mi padre, porque una*

ambulancia, si te digo la verdad creo que no llegamos a solicitarlo, pero ir en una ambulancia que te van metiendo con más enfermos, que vas haciendo un recorrido, si acaso tardas una hora con un coche, te meten tres horas cuando estás mal, te tienes que levantar a las cinco de la mañana, llegas aquí a las cinco de la tarde, pues, pues, como que no. Entonces pues claro, me llevaba mi padre, de lunes a viernes. Una semana, cinco días, luego a la semana siguiente un día, la siguiente un día, y luego otra vez. Cinco días, un día y un día. Y acabas hasta arriba. Durante tres meses.”

Existe la posibilidad a nivel administrativo de solicitar una ambulancia, que ejerce de transporte desde los pueblos hasta el hospital de Segovia, este servicio se denomina *transporte colectivo*. Pero la familia de Roberto pensó que sería más cómodo para él llevarle y traerle en coche mientras durara el tratamiento. Y así lo hicieron. *“Al principio bien, porque al principio como que, que estás fuerte, tienes defensas, tienes, de todo, pero claro, cada, a lo mejor el primer mes, bueno, lo llevas, pero el segundo mes que ya te va haciendo mella, pues muchas veces incluso parar tres veces desde Segovia al pueblo para, para vomitar. Para vomitar porque lo pasas mal, mal, y una hora se te hace pues como si fueran dos horas. O sea, de Segovia, cuando vas para allá vas mal, vas cansao porque la quimio te deja reventao. Y bueno, estás allí ocho horas, con la máquina enchufada, como buenamente puedes, te lees tu periódico, te escuchas la radio, y, y bueno, y luego pues al venir pues eso, hay veces que vienes mejor, veces que vienes peor, parar tres veces, algunas veces no parar, o sea del tirón. Otras veces parar tres veces, parar nada [...]*

Tras estos tres meses en los que su padre se ocupó de acompañarle a las sesiones de quimioterapia, los médicos recomendaron que se le siguiera tratando en un hospital de Madrid.⁸⁵

⁸⁵ El hospital de Segovia carece de ciertos servicios y la población que reside en la provincia de ha de desplazarse a otros hospitales concertados de la Comunidad de Madrid, si bien, desde la transferencia de competencia de sanidad a la Comunidad Autónoma de Castilla y León la tendencia va encaminada a asumir estas derivaciones dentro de la Comunidad, hacia hospitales vallisoletanos, y hay ciertos tratamientos y operaciones que asumen otros hospitales ubicados en otras provincias. Durante el trabajo de campo tuve informantes que tuvieron que

“Como no podían conmigo me mandaron a Madrid, al Gregorio Marañón. Fueron los médicos porque decidieron...Me dijeron que me iban a dejar unos días sin dar quimio, porque la quimio te, te, te revienta, ¿no? Entonces como mi cuerpo estaba muy castigado, llegó un momento en que me dijeron -Bueno, vamos a dejarte.- Me dijeron que un mes, -Vamos a dejarte un mes sin darte nada y luego vamos a hacerte pruebas a ver cómo va el tumor-. Y nada, no llego al mes. Me llamó la médico, me llamó directamente al móvil, y yo cuando vi el teléfono digo, ¡Aibá! Aquí pasa algo raro. Y me dijo que fuese (al hospital) y me explicó, que no, que en el momento que dejaron de darme el tratamiento, eso seguía pa’arriba. Que con metástasis se estaba extendiendo más, y que me iban a mandar a Madrid.”

Roberto tuvo que desplazarse a Madrid, al Hospital Gregorio Marañón, para seguir siendo tratado. *“Al principio estás asustao porque llegas a un sitio que no conoces nada, eres nuevo, pero me alegro muchísimo que me hayan mandado a Madrid, porque en Segovia se queda..., no tiene, no tienen medios, y llega un momento que no pueden más, porque no tienen medios, o porque no tienen dinero para experimentar, o no sé porqué, pero no hay. Entonces te mandan a Madrid que está mucho mejor puesto. [...]Estuve pues hasta, un año y medio.”*

Su padre fue de nuevo el encargado de llevarle hasta el hospital, si bien esta vez Roberto ingresó para permanecer allí los días que durara el tratamiento, pero también los días que debía esperar hasta que pudiera recibir el tratamiento, a modo de estrategia frente a la distancia a su hogar.

“Normalmente me llevaba mi padre, me dejaba, y claro, yo llegaba allí y me ingresaban, o sea llego, me ingresan y al día siguiente por la mañana te hacen una analítica, y si estás bien de defensas, pues empiezan con el tratamiento, pero ha habido veces que he estao hasta cinco y seis días allí sin hacer nada.”

desplazarse a Ávila, Valladolid, Salamanca y León, para que les fueran realizadas intervenciones quirúrgicas u otro tipo de pruebas diagnósticas o tratamientos.

En una ocasión Roberto habló de un problema que tuvo con el dispositivo a través del cual le administraban la quimioterapia. Fue necesario que acudiera de inmediato al hospital madrileño donde le estaban tratando. En este punto narra su visión de las urgencias hospitalarias.

“Una de las veces que yo estuve, estando en Madrid, me pusieron un catéter, eh, me dieron el alta, y bueno, el catéter es por donde te meten la quimio, vale. Me le pusieron, y no sé el porqué, pero estaba mal puesto. Entonces me metía en la ducha, y se salía, se movía, y eso no tiene porqué, ni moverse, es más, se tiene que ceñir la piel a él. O sea tiene que pegar. Y claro, hacía así y se movía. Bueno, pues llega un momento que me empieza a dar fiebre, fiebre, fiebre, fiebre, fiebre, hasta hartar, pero mal, mal, mal. Llamar yo a Madrid, y vente por urgencias. Digo, no voy por urgencias. O sea, yo a urgencias no voy, me muero en mi cama, o sea, yo prefiero morirme aquí en mi cama, en mi casa, que ir a urgencias y tirarme aquí cuatro o cinco horas, por, porque estás cuatro o cinco horas allí y no. No he ido nunca, eh, pero alguna vez he pasado por la puerta, y da miedo. Así que nada. Luego ya me convencieron, venga vente, y ya ingresas en planta directamente, ahora mismo, cogí el coche y me fui. Imagínate, pero estaba con fiebre pero bien, eh. Digo yo a urgencias no voy.”

La percepción negativa de Roberto de la atención en las urgencias de estos grandes hospitales se vio alimentada por sus conversaciones con una enfermera novel que trabajaba como *corretornos*⁸⁶ con la que había podido hablar de todo un poco durante sus días de ingreso. *“Conocí a una enfermera de Segovia que trabajaba en el hospital de Madrid. Era nueva. Estaba un día en cada sitio, pues un día en planta, otro día en una sección, otro día en traumatología, no sé qué, y me contaba alguna vez que ella había estado mucho tiempo en urgencias, y que eso era una casa de locos, porque había mucho enfermo, en Madrid. Claro, en Madrid hay mucho, y que está, están las camas por los pasillos, y la gente esperando, las salas llenas, y digo, jue. Y*

⁸⁶ Enfermera que trabaja en diferentes servicios del hospital en función de las necesidades de personal que existan.

claro, te cuentan eso, y luego pasas un día por la puerta, y veo allí que parecía un patio de un colegio, pero con gente mayor. ¿A qué vengo yo aquí? Es que no voy, prefiero morirme en mi cama antes que ir a, ahí a urgencias.

Roberto no nombró nunca a su médico o enfermero de referencia en primaria, dijo no haber utilizado nunca las urgencias de atención primaria, y conocer algo más la atención primaria debido a que tiene sobrinos pequeños que cada poco se ponen enfermos, y que se han de estar desplazando para ser atendidos por el pediatra en el centro de salud. Es así como nuestro modelo hospitalocéntrico eclipsa a la atención primaria, al mismo tiempo que el autocuidado y la autoatención facilitada por la red doméstico-familiar de Roberto se normaliza frente al ceremonioso ritual del tratamiento quimioterápico dispensado en el hospital.

8.2. ROSARIO

“El cáncer de mama en Segovia está centralizado en el hospital... La señora recibe la carta de cuándo tiene que ir y le dan la cita con el día y la hora, o sea, la señora recibe la carta y dice que tienes que ir tal día a tal hora a hacerte tu mamografía. Las valoran allí, si hay algún problema les piden la cita directamente al hospital, y si es negativa pues a los dos años les hacen otra. Cada dos años vuelven a recibir su carta, con lo cual el centro de salud en realidad no tiene nada que ver, porque las señoras van, se hacen su mamografía y se van a su casa.” (Amaya, matrona)

*“Sobrevivir no significa únicamente aguantar durante la experiencia fatal sino también después. Sobrevivir será también lograr acomodo a la vuelta del infierno.”
(Allué, 2009:20)*

Conozco a Rosario a través de una de mis porteras de campo que me comenta que Rosario ha acudido a sus sesiones de quimioterapia conduciendo su propio coche durante alrededor de una hora hasta el hospital. A Rosario la fue diagnosticado un cáncer de mama. Me facilitan su teléfono. La llamo y concretamos día y hora para vernos. Vive en uno de los pueblos más alejados de Segovia capital en los que he trabajado. Está a una hora de trayecto en coche o dos horas en autobús, de los servicios sanitarios especializados.

Toco el timbre de la casa de Rosario. Una mujer alta, morena, de pelo corto y tez blanca me abre la puerta. Comenzamos el ritual, presentación, saludos. Me muestra su casa, me muestra su cocina. Está haciendo potaje de garbanzos. Pasamos a su salón y nos sentamos alrededor de una mesa camilla. Ha preparado dos tazas de café y unas torrijas.⁸⁷ Empezamos a charlar. Rosario nació y creció en ese pueblo de la provincia de Segovia. Su familia tenía un pequeño negocio pero ella se marchó, como tanta otra gente hizo en los años sesenta, a trabajar a la gran ciudad. Tras vivir más de diez años fuera del pueblo

⁸⁷ Estamos en fechas próximas a la Semana Santa. El potaje y las torrijas son platos típicos de estas fechas en Segovia. (Nota de campo, 2 de abril de 2009)

regresó, debido al trabajo de su marido, maestro en una escuela rural. *“He vuelto otra vez a las raíces...es duro volver a los pueblos...pero bueno, yo ahora estoy encantada.”* Tienen una hija que está estudiando en la universidad, en Madrid. Le explico en qué consiste mi estudio, saco la grabadora y seguimos hablando. Quién es Rosario, cuántos años tiene, cómo es su vida cotidiana, cómo es el pueblo en el que ella, su familia, sus vecinos, viven. Qué servicios hay en el pueblo, escuela, tiendas, bares, formas de vida..., su médico, las distancias...y después de narrar los casos de enfermedad de padres y suegros, Rosario comienza su relato de enfermedad y aflicción como enferma de cáncer de mama.

La madre de Rosario tuvo cáncer de mama. *“Lleva operada catorce años...”* Rosario iba regularmente a hacerse las mamografías, cada dos años y en su última revisión se la detectó cáncer. La herencia genética aparece en los discursos relacionados con el cáncer. En el cáncer de mama eso es algo bastante arraigado. Rosario relaciona el azar, con la genética. La genética azarosa en la que las mujeres cuyas madres han tenido un cáncer de mama tienen más papeletas para ganar esa particular rifa.

“Yo tenía mis revisiones todos los años...últimamente las hacían en Segovia. Yo, ya te dije que mi madre estuvo operada, hace catorce años...Estaba controlada por el ginecólogo...y ya, me quitaron el DIU, ya no tenía ginecología de planificación...y me hicieron una mamografía, y a los dos años fui a la junta y me encontraron unos bultitos y todo...Te remiten a la seguridad social (hospital) con lo cual, pues nada...ahí metida en el ajo. Es duro, aunque piensas que tienes más papeletas que otras...”

En palabras de Sontag (1978), “es posible aceptar hoy que hay familias propensas al cáncer y que en ello haya probablemente un elemento hereditario, sin por eso dejar de creer que el cáncer toca, punitivamente, a cada persona como individuo.” *“-¿Por qué yo?”* Es la pregunta que muchos se hacen al enterarse de que tienen cáncer. Herencia genética, mujer, cuerpo de mujer, madre, hija. Al mismo tiempo que Rosario se hace la pregunta del ¿Por qué yo?

aparece el miedo a que su hija pueda sufrir la misma suerte. Está preocupada. Quiere saber qué pasos ha de seguir su hija para estar alerta ante este mal.

Tras su diagnóstico de cáncer de mama Rosario se transforma durante *mes y algo* en un cuerpo objeto de estudio. Parafraseando de nuevo a Sontag “el cáncer que se declara en cualquier parte del cuerpo es una enfermedad del cuerpo.” El discurso de Rosario sobre ese espacio de tiempo sólo verbaliza ser un cuerpo sometido a diferentes pruebas encaminadas a describir de forma precisa y exhaustiva desde el punto de vista biomédico lo que ella nombró como esos “*bultitos*”.

“...análisis, una mamografía, ecografía, gammagrafía, y otra, cómo se llama, de los huesos,...otra que te meten en el tubo este...un scanner, un scanner,...y bueno, pues...esas pruebas de protocolo, y al mes y algo pues me operaron, esto fue en septiembre...un mes y poco cuando ya me hicieron la cirugía...”

“Para el enfermo, igual que para el clínico, la enfermedad es experimentada a través del cuerpo” (Good, 2003). Tras las pruebas de protocolo quirúrgicas, la cirugía. En la narrativa de su enfermedad, Rosario obvia en un primer momento cualquier alusión en relación a qué supuso la cirugía y centra su narrativa en el tratamiento que ha venido recibiendo en el hospital de día oncológico. Quimioterapia. La quimioterapia suele venir ligada a una persona que acompaña, cuida, atiende, a la persona con cáncer. En este caso aparece en el discurso de Rosario su marido, que es quien la acompaña a las sesiones de quimioterapia.

“He tenido un tratamiento de quimioterapia, cuatro sesiones,... y luego un año de otro tratamiento también por vena, unas inyecciones de Receptil, creo que se llama así, Receptil, durante un año, veintiún días, todos los meses. A la quimio me ha acompañado mi marido porque el cuerpo que te deja la quimio no es lo mismo que el otro tratamiento, y bueno...”

Rosario ha estado desplazándose durante un año hasta el hospital de día oncológico, donde debía ir para recibir su tratamiento intravenoso. Me cuenta que decidió hacerlo en su coche particular.

“...El primer día vino, a ver cómo era y tal. Vi que no me dejaba así mal cuerpo...Iba yo todos los días...Me entraba un poquito de sueño...y no he tenido ningún percance de nada, de dormirme conduciendo. Me podía haber venido a buscar una ambulancia pero no lo solicité. Prefería ir yo en mi coche. Si que parece ser que dan alguna ayuda...los papelitos estos de la oncóloga los guardas y los llevas al centro de salud, y te dan nada, poquísimo, para la gasolina...Muy poca cosa, poca ayuda...pero bueno...Lo he hecho durante un año.”

A lo largo del relato de su padecimiento aparecen los efectos secundarios de la quimioterapia. En su caso lo hicieron de forma brusca debido a que en la farmacia del pueblo no disponían de la medicación que la aconsejaron tomar.

“...El primer día lo pasé fatal de la quimio, estuve devolviendo, no comía nada, pero como ya lo has oído por ahí, y te han dicho...qué pasó, pues la medicación que me habían recetado no la tenían aquí en la farmacia del pueblo...para tomármela porque eso era, eso era horroroso, me pase como parte de la noche...hasta las cinco de la tarde que me trajeron la medicina...pero qué me han metido...”

Rosario utiliza palabras para expresar esta dura experiencia vivida, y su lucha. Se categoriza a los enfermos de cáncer como luchadores que han de combatir algo que se ha instaurado en su propio cuerpo, de tal manera que no formara parte de ellos. No hay lugar para la resignación de los perdedores a los que alude Sontag. Se establece una lucha, una cruzada para vencer al enemigo llamado cáncer. Es una batalla extraña, en la que las armas biomédicas pasan por herir el cuerpo con heridas quirúrgicas y utilizar armas químicas contra el enemigo.

“...es duro, es duro, pero como es la única medicina que cura pues...hay que aguantar, pero sí que es duro...y...bueno, pues como vas mentalizada de que es para curarte pues andando a por otra...y ahora qué me va a tocar...la quimio es dura...me imagino a la

gente quemada y abrasada por todos los pelos, por los pelos que no tienes...las uñas de los dedos se ponen también negras... dices cualquier día se van a caer, pero bueno, pues no se han caído. Hay gente a la que se le han caído...hay gente que está fatal..."

Rosario narra su proceso asistencial cronológicamente: mamografía preventiva programada, incertidumbre, diagnóstico de cáncer de mama, protocolo quirúrgico, tratamiento,...Una vez termina, afloran los discursos relativos a los miedos, las emociones, los traumas. Rosario explica sufrimientos y temores. *"Tienes tus miedos psicológicos, dices si se equivocan de frasco...y esa sensación de frío que te entra...te entra un frío...como si estuvieras en la tumba...es un frío lo que tienes en el cuerpo como si fueras mármol...no sé, es un cambio tan grande...los colores, mi cocina, la odiaba porque era fría...para qué he puesto yo estos colores si son fríos, el blanco me daba frío, me daba frío, no sé...era algo psicológico, lo blanco era odioso y frío..."*

Esta mujer hace recuento de sus heridas de guerra, cuando me habla de los cambios que sufrió y sufre su cuerpo. La caída del cabello debida al tratamiento con quimioterapia, algo muy visible a los ojos de otros. Uno de los pechos, de las mamas cortado *"y bueno pues...la verdad que sí, luego claro, ves que tu cuerpo no es el mismo en ningún aspecto, la cirugía es traumática, el pelo es más, porque está tan exterior que no te quieres ver,...ni de la cara ni de ningún sitio... Qué haces, pues superarlo como puedes...para las mujeres es un trauma lo de los pechos...la cirugía total es...yo estoy deseando que me hagan la cirugía. Pasaré por el quirófano, no me gusta. No fue una experiencia desagradable lo del quirófano, salí bien,...muy bien, fue una experiencia no mala, mala ha sido más después...y te diré quinientas veces de aquí a que te vayas que el pelo es traumático..."*

El cuerpo aparece ahora asociado a la identidad de Rosario como mujer, los pechos, y a la sexualidad. La sexualidad entendida como modo de relación, entrega, en este caso con y hacia el otro, con su compañero, con su marido, con su pareja. *"...es traumático en cuanto a la pareja también...primero te preocupa la enfermedad, luego te preocupa curarte, lo más importante, y luego hay secuelas de*

pareja, de contactos, que tú no eres lo mismo,...que no te entregas a tu marido de la misma manera...eh...Nos operan del higadillo, cuando la gente estábamos hablando. Aquí hay muchos casos de mama...te operan del riñón...y no es tan traumático..."

La enfermedad es experimentada como un cambio en el mundo vital (Good, 2003).

Rosario va cerrando su narrativa como una superviviente que en un primer lugar se ha de aceptar a sí misma. Ha de aceptar un cuerpo mutilado en parte. Un nuevo cuerpo con el que se empieza a relacionar.

"Que luego dices, me he salvado...y estoy aquí, y estoy bien, pero te tienes que preparar, te tienes que concienciar de que eso es un lastre que tienes que...te rechazas.

... te despiertas y estás ahí diciendo...pero bueno...tengo los ojos, hay cosas más importantes, y te vas lavando, te vas aclarando, te vas mentalizando..."

Por un momento vuelven sus recuerdos sobre su infierno particular, un discurso con tintes de resignación en relación al ahora, y palabras llenas de incertidumbre dirigidas al futuro.

"El tiempo que estás ahí...es terrible, terrible...eso no hay una pastilla para que te la den y se te olvide, pero como aquí en esta vida nos tenemos que conformar con lo que tienes, salud, pues hombre no estoy como antes pero tampoco estoy...y el trabajo pues algún día digo yo que me atreveré a trabajar."

A lo largo de nuestras conversaciones emergen problemas familiares, de herencias, que están afectando a su estado de ánimo. Me habla de la proximidad física, del contacto inevitable que tiene con gentes que en otros tiempos formaron parte de su red social, quienes ahora en ningún momento se interesaron por su estado de salud. *"Eso afecta...afecta...esa señora vive ahí, mi suegra vive al otro lado...esto se lleva fatal..."*

8.3. PEDRO

La primera vez que escucho hablar de Pedro es de boca de su hermana Carmen, durante la primera entrevista que concerté con ella, ya que es una de las responsables del centro de jubilados del pueblo. Cuando pienso que prácticamente estamos finalizando la entrevista me comenta que hemos de terminar porque se ha de marchar a su casa para acostar a su hermano. Carmen tiene entonces sesenta años y a lo largo del estudio de caso la identifico como la cuidadora principal de Pedro. Otro de los días en el que quedo a hablar con Carmen y su marido Gabino, ella me habla de su hermano Pedro.

“Mi hermano... es una enfermedad que ha ido a más, más, más. Él, a pesar de tener unos pies zambos, porque nació con un pie zambo, le operaron y estuvo andando, y él despachó incluso en el negocio familiar y ha ido a guardar las ovejas con un burro. Pero luego después, ya, pues ha ido entorpeciendo las manos y todo, y ya con la mano derecha ni puede comer. Hay que pelarle la fruta, al baño nada, hay que lavarlo en la cama... Él nunca se ha tenido de pie, descalzo nunca.”

Pregunto a Carmen si sería posible hablar con Pedro. Quedamos en que me acercaré otra tarde a su casa.

La tarde elegida por ellos es una fría tarde de octubre. Aparco el coche en la calle. Llamo al timbre de su casa, relativamente nueva, de planta baja. Carmen me abre la puerta y me comenta que me estaban esperando. Me orienta hasta el salón donde encontramos a Pedro sentado al amor del brasero. Está leyendo el periódico. Nos recibe con una sonrisa franca. Las pesadas faldillas de la mesa camilla, vestida para el invierno, ocultan la silla de ruedas donde está sentado. Pedro nació en la época de la posguerra. Ronda los sesenta y cinco años. Vive con su hermana, Carmen, con su cuñado Gabino de su misma edad, y con otro hermano, José, de unos cincuenta años, en la misma casa.

Entramos al salón y Carmen nos presenta. Entablamos conversación acerca de su lectura del periódico. Nos comenta que hay muchos desastres, mucha

violencia. Se pregunta qué le pasa al mundo. *“No sé si hay mucho estrés con las cosas o, o...qué...Qué es lo que pasa...Si es que no... ¡No sé! Es que estando bien... y tienes de todo y parece que...pensando, indagando...no sé...Pero siempre estás pensando en negativo en vez de...Cómo explicarte...”*

Pedro hace uso de sus atrofiadas manos para pasar las hojas del periódico. Carmen y yo nos sentamos también al amor del brasero. Continuamos hablando. Pedro sabe que estoy allí para escuchar su historia. Comienza a narrar las vivencias de su enfermedad.

“(De niño) iba yo con mis primos, mi tía y mi madre. Íbamos de paseo cuando salía de la escuela para ir al campo y yo me echaba a correr con ellos y me caía. Tía Merce, que era una mujer simple y observadora la decía (a mi madre), -Julia, este chico.-..., mi madre se llamaba Julia. -No ves que este chico se cae de vez en cuando.-... Me llevaron cuando tenía ocho años a Madrid y me vio un médico, y dijo el hombre estas palabras, -Bueno, ahora mismo tiene ocho años y apuesto fácilmente que al desarrollo le pueda desaparecer o le vaya a más.- Y esa fue la solución. Yo de pequeño he andao mal, de pequeño he andao mal, los dos pies, los tenía medio vueltos...torcios,...Yo había tenido unas piernas difíciles de toda la vida, yo he andao mal y me he tirao con las ovejas ya lo menos diez años o más que iba en burro con ellas montao porque no podía andar...iba unos ratos en el burro pa’aguantarlas (en alusión a sus piernas)...Y operación no tenía...las dejé un año antes de irse mi hermano segundo a la mili que cogimos la tienda aquí, y ese año engordé más y las piernas peor, peor, ahí fue cuando empecé yo ya a hablar con gente que venía por ahí de Madrid. Me decían usted háblelo, que seguramente existe operación, aunque es de nacimiento...ándelo que hay sitios mu lejos, en La Coruña, me hablaron una vez. Los médicos del pueblo decían que era una operación difícil...Que las cosas de nacimiento no tenían arreglo, antes en principio cuando era cosa de nacimiento.”

Pedro continúa su narración. Cuenta cómo a través de sus redes informales conoció a la persona que le recomendó al médico, traumatólogo, que le realizó la primera de sus operaciones.

“Le conocí estando en un mercao, en Segovia...Estaba yo hablando con uno de mi pueblo y estaba también el alcalde de Sierra. Cuando yo me retiré comentaron -Cago en diez este chico lo mal que anda, y lo joven que es...- Y dijo el de mi pueblo -Coño, joven. Tiene 34 o 35 años,...es que esto lo tiene de nacimiento...Ha andao con algunos médicos, y el hombre ya pues se ve cada vez más frágil.-“ Pedro prosigue “El de mi pueblo me dijo -Mira, he estao hablando con el alcalde de Sierra y me ha dicho que hay un médico que veranea en su pueblo que hace operaciones de estas...que son desconocidas. Además da unas facilidades mu buenas, es muy caritativo, te va a tratar mu bien porque él trata a las personas según vea las carteras, así las trata, es muy humanitario.- Al jueves⁸⁸ siguiente estuve con él y ya me lo dijo él directamente. Me dio las señas me fui para allá un mes de agosto que estaba Don Manuel veraneando en Sierra.... Fui entonces a verle, a conocerle. Me preguntó. -¿Quién le ha conducido a venir aquí? ¿Quién le ha informao?- Digo, pues el alcalde de Sierra.- Dijo,-Claro, le iban a cortar un brazo y gracias a dios le tiene. -Y por ahí vino entonces.

Este médico operaba a través de sanidad privada

“Estuvimos hablando... le dije los que éramos de familia allí en mi casa y tal, digo somos tantos...Vivimos, vivimos de esto...”

“Es que eso era privado –especifica Carmen- , un señor muy caritativo, fue un señor muy caritativo que le dijo -Tú tiés que subir estas escaleras..., dices que no andas... a ti te veo yo subir estas escaleras...”

“Y lo consiguió cuando me operó hace treinta y cinco años lo consiguió, lo consiguió, la verdad es que mu bien. Me dieron unos cuantos de años mu buenos. Luego ya me caí a los veinte años de operao. Me caí un día allí en el bar y me rompí la tibia y el peroné. Eso fue en el año noventa [...]en el año noventa fue la primera caída⁸⁹, después de llevar

⁸⁸ Día de mercado en Segovia al que tradicionalmente acudían los hombres de los pueblos de la provincia, principalmente, porque era el día de la lonja en el que se fijaban los precios de las materias primas, como cereales, y también del ganado. Últimamente esta costumbre se está perdiendo.

⁸⁹ Tras la primera caída no acudieron a los servicios de urgencia, no llamaron a ninguna ambulancia. Se desplazaron en un coche particular conducido por un hermano a Madrid en

quince o veinte años operao y luego ya...he marchao unos cuantos años mu buenos...en el 97 me la volví a caer⁹⁰ y me rompí la otra, y luego en el 2004. En el garaje esta del 2004, estaba en la cija estando en la nave allí entre las ovejas me pilló una oveja por medio, me tiró patrás y me la partí... El médico que me operó me dijo que no tenía calcio en los huesos, que eran los huesos dulces, que me se podían romper con facilidad, dijo - Cuando seas mayor puedes tener problemas con ellos.-."

"Si hay que tener más cuidado igual..." murmura Carmen.

"Y la otra y en el... 2006 si, en el 2006...la misma por el mismo sitio. Lo que tiene que tuve la suerte que no se desplazó porque...Llevo una barra puesta de aquí a la rodilla. De la cadera a la rodilla...Y no me se desplazó y entonces una cama estaba aquí, he estao hasta con ella...Si la hemos tenido la cama hasta antes de las Navidades aquí, una cama de hospital que nos han dejao que la tenemos todavía. Y entonces he estao sin moverme pues dijeron con reposo al no desviarse, la rotura puede soldar y entonces ahí aguante tres meses y pico en la cama metido...hasta que luego mandaron sentarme aquí...y así he conseguido una operación menos."

Las caídas y las posteriores intervenciones quirúrgicas que en un primer momento Pedro resume cronológicamente son ejemplos de procesos asistenciales en los que existe un problema, una toma de decisiones, un aumento de los procesos de autocuidado/autoatención llevados a cabo en el ámbito doméstico-familiar, una articulación de redes sociales, para salvar las distancias a los servicios, así como una utilización mayor del sistema sanitario.

Pregunto quién fue la persona que le llevó hasta Madrid para que pudieran verle. Me contesta que Arturo, un hermano. El hermano que siempre le ha

busca de aquel especialista que le operó aquella primera vez. Cuando pregunto por qué no se fueron al hospital de Segovia contesta su hermana Carmen: *"Este no quería ir a Segovia."*

⁹⁰ Pedro tuvo una infección tras la segunda la intervención quirúrgica. Consultó directamente al médico, traumatólogo, privado que le operara años atrás en Madrid. Pedro, acompañado por su hermano Arturo, se desplazó directamente a Madrid. No se llamó a ninguna ambulancia, no se utilizó el servicio de urgencias.

llevado a urgencias, a Madrid, a los médicos especialistas. El hermano que, como después me comenta Carmen, tiene la espalda destrozada de levantar a Pedro, de ayudarla a moverle. Cuidados de la red doméstica-familiar que, a veces hasta para las personas que son cuidadas, pasan desapercibidos dado que entra dentro de una cierta normalidad.

Me cuentan que han estado en obras debido a que, tras la última caída que ha sufrido Pedro, éste ha tenido que estar en cama, inmovilizado, para evitar una nueva intervención quirúrgica.

“Y es que, hace año y medio o así, como ya se puso tan inmovilizado al romperse por segunda vez el fémur, le dieron una cama de hospital y ahí en el comedor, como tuvo que estar tres meses en la cama sin moverse, se la montamos ahí en el comedor –y ahí ya no nos parece que esté bien, porque ahora ya no está tantas horas en la cama... se la queremos meter ahí en su habitación. Y ahora mismo estamos de obra, y hoy porque no han venido los albañiles, si lo tenemos...lleno de mierda, todo lleno de mierda lo tenemos de estar ahí, que han estado los albañiles; han tirado un tabique y hemos unido el cuarto de baño con la habitación. Hemos tenido que desmontar el dormitorio que tenía y entonces, con el baño unido, pues...más cómodo. Con otra silla que tendremos que comprarle, para ver si en la ducha lo puedo jabonar, en vez de en la cama, y quitarme algo más de tarea, porque si no tengo que lavar todos los días la ropa de la cama...se moja y aunque tengo mis ésos, mis hules y eso en blanco para lavarlo, pero siempre hay que...”

Pedro ha sido físicamente, totalmente dependiente a lo largo de este proceso.

Además de los padecimientos más recientes, uno de los recuerdos más arraigados que tiene relacionado con su enfermedad y tratamientos es una complicación surgida de una de las intervenciones, una infección⁹¹. Esta infección le ocasionó otra intervención quirúrgica.

⁹¹ Pedro me comentó como su médico de confianza verbalizó un posible error de su hijo, el último médico que operó a Pedro. Cuenta como le instaron a tomar una decisión sobre qué hacer, si someterse a otra intervención quirúrgica o no, debido a la infección. *“Cuando fui a verle*

[Carmen] *“Y con una infección que cogió...Cogió el bichito del estafilococo, ¡madre mía!”*

[Pedro] *“¡Madre que le parió!”*

[Carmen] *“A base de Orvenin⁹² y Orvenin días y días de tener que ir mi hermano Arturo y yo todos los días con él a Madrid a curarle porque eso era privado. Y todos los días a curarse a Madrid, todos los días... ¡Qué calvario...!”*

Uno de los servicios sanitarios que Pedro utiliza tras su última operación es el servicio de rehabilitación del hospital.

“Y luego lo de la rebi, rehabilitación y todo eso. Estuve los tres meses, tres meses desde que me la partí, el veinte de enero, febrero, marzo y abril...tres meses, y oye...salía de aquí a las seis y media de la mañana.”

Le pregunto que cómo se desplaza hasta el hospital para poder someterse a la rehabilitación.

“Venía una ambulancia.”

Hablamos de los horarios del servicio de rehabilitación, y de cuando la ambulancia le recogía y le traía de vuelta a casa.

“Pues a lo mejor la tenía a las nueve. De nueve a diez, o me tocaba a lo mejor de diez a once...en fin. Y luego ya pos cuando habías terminao, pos oye ya te podía, oye, avisabas allí al que te lo había dicho...fulano ya está libre, cuando vaya...cuanto que estaba libre venía y...estaba allí. Había días que nos veníamos pronto, pero había días que se nos hacía la hora de comer allí. Ha habido días que se hacía a lo mejor casi la una... Y había terminao yo la rehabilitación a las diez de la mañana. No ves que son de esas ¿Compartidas? ¿Colectivas? También había días que terminaba a las diez...y a las once estaba yo mi casa de vuelta... [...] pero las recogidas de por las mañanas son muy...muy seguras.”

al día siguiente Don Manuel murmuró- Hmm, hmm, ya le dije yo a Lorenzo que este clavo no era para la pierna de Pedro, no se le puede decir na a estos chicos-, lo dijo él mismo, no pudo sujetarse.”

⁹² Nombre comercial de un medicamento.

Transporte colectivo, vehículo, ambulancia, que recoge a las personas cuyos médicos solicitan este medio de transporte para trasladar a personas que requieren asistencia hospitalaria. Pregunto a Pedro por qué razones se trasladaba al hospital la gente que coincidía con él en la ambulancia.

“Unos iban a diálisis, otros a rehabilitación...Y otros a consulta, y otros a consulta. El día que venían más temprano es porque venían con la señora de Rosales que iba a diálisis. Iba. Ya se ha muerto la pobre... Entonces venían antes porque la diálisis tienen que estar más...más a la hora justa allí, porque yo si por ejemplo tengo la hora de de rehabilitación a las diez y media y no he llegao y me toca, me la da a las once, ¿entiendes? me toca guardar lo que sea...y así hasta que venga, normalmente tenemos allí un fisio para tres o cuatro...Y si está el día mu ocupao pues te vienen y oye pues se coge y...otras veces atienden a dos a tiempo, en fin...” Pero hay otros. *“Ahora los que han ido mucho y siguen yendo, pues lo mismo lo has oído o lo sabes, una tal Charo y Paco, que perdió una pierna él, y luego hace cuestión de un año ya le dio un infarto...Ahora mismo pues, va ella a rehabilitación. Además se le ha roto la vista, le han operao hace quince días de un ojo.”*

Carmen comenta que las últimas veces que su hermano ha tenido que ir a alguna consulta de especialistas al hospital han ido en ambulancia también. *“Luego ya, cuando hemos ido a consultas, sí que hemos empezado a empezar la hoya de las ambulancias, pues ya siempre que ha ido a consultas...”*

Pedro constata lo que Carmen comenta, si bien también continúa haciendo uso de sus redes informales para acceder al hospital, a través de un coche particular. *“Ahora llamo a la ambulancia. Si, viene la ambulancia de allá. Y si no hay, a lo mejor pues ya pues me apaño y ya vamos en un coche de estos...”*

Les pregunto que quién gestiona el que puedan trasladarse hasta el hospital en ambulancia.

“El médico de cabecera. –Pedro titubea, nos reímos.- Estaba acordándome del nombre.”

Carmen continúa, *“Siempre, sí, nos lo ha puesto la...la médica. Sí, sí, sí. A la puerta de casa, sí, sí. Me pone la médica que necesita acompañante y yo todos los días he ido con él. A lo mejor, algunas veces hemos ido en “servicio colectivo”, otras veces hemos ido directos. Pero, si no, también hemos ido recogiendo (a gente). Va parando en un sitio o en otro, sí, sí.”*

Carmen también acompaña a su hermano a las consultas. Les pregunto acerca de cómo se organizan cuando ella no puede ocuparse de su cuidado. Me cuentan que Pedro ha pasado en dos ocasiones en dos residencias de ancianos. Les pregunto cuando se han dado estos casos y me comentan que durante periodos en los que Carmen no ha podido cuidarlo.

“Eso cuando ella ha tenido que irse a operar que estuvo hace dos años...cuando tenía la pierna así de rota del año pasao. También cuando se fue de vacaciones...” –aclara Pedro.-

La primera residencia en la que estuvo está ubicada en un pueblo cercano. Decidieron hacer uso de ella por proximidad y porque se la recomendó una prima suya.

“Esta (residencia) de Las Viñas también está a un paso, ya ves y...porque está una prima mía allí trabajando me dijo -Vente pa´allá que te va a gustar.- Yo, claro, allí casi era un crío...Bueno había un voluntario joven, que estaba el hombre que se le iba la chimenea.⁹³ Por allí no veía más que tontos por aquí y tontos por allí, y los peores los tenían en un departamento, aislaos de los demás, o sea que está... Pero allí comíamos y a mí me gustaba ver el parte⁹⁴, como aquí...y allí en unos salones divinos, una comodidad y allí estaban luego todos... dormidos. Si no dormidos, adormilados. Tenías de ochenta, noventa, ciento...o sea que...el que es un poco joven allí...termina por trastornarse...”

La segunda residencia en la que vivió Pedro estaba algo más de cuarenta y cinco minutos. Ambos cuentan cómo fueron los cuidados en esta otra residencia.

⁹³ En alusión a un enfermo mental.

⁹⁴ En alusión al telediario, noticias informativas televisadas.

“En mayo estuve quince días en Montelaguna. Ellos se fueron de vacaciones quince días. Es un hotel. Estuve muy a gusto y muy bien, me atendieron muy bien, luego a mi me duchaban y eso y madre mía en to’el día para nada con la sirvienta que estaba por allí y ella me lo pasaba además de bien. [...]...me duchaban, me mandaban a desayunar y ya no quería saber más en todo el día. Si quería orinar...me subía, eran dos pisos, abajo donde comía y luego arriba, me subía por el ascensor y yo orinaba. [...] Pero allí yo ya ves un crío...menos mal que había allí dos o tres personas con ochenta y cinco años y con buena inteligencia y pasaba buenos ratos. Estuve quince días, porque si estoy más días me canso...” Carmen asiente y añade *“Di que se cansa... Fueron Arturo, mi hermano y su mujer dos o tres veces a verle en esos quince días.”*

Pedro habla de algunas de las personas que conoció en la residencia de ancianos, en concreto de un matrimonio.

“Allí dejé un matrimonio de Segovia. Comía con ellos y todo...y luego les he llamao por teléfono porque la mujer estaba...en fin estaba mal, estaba en este plan y yo sabia que estaba mal de la cadera, estaba rota. Se había caído por las escaleras. El matrimonio estaba allí el matrimonio, los dos juntos y eso...Ernesto y Lucía ella me parece que se llamaba... Él es que estaba...o sea había tenido una hija de percance, pero ella la pobre tiene Parkinson. No tienen hijos ni nada, y entonces un señor que ha marchao mu bien y tien capital, dice pos oye aquí hasta que la Belinda...pos voy a estar aquí con ella. (Después) nos iremos a Segovia, a lo mejor, si encontramos a una persona que nos atienda, pues no sé yo lo que hay...”

Pedro narra una situación en la que un matrimonio mayor sin red doméstico-familiar decide institucionalizarse en una residencia de ancianos ante la imposibilidad de mantener su autocuidado y autoatención.

Carmen constata algo que yo ya sé: las residencias en las que ha estado Pedro son privadas⁹⁵. *“Ahí pagamos nosotros. Pagamos con antelación siempre, las dos veces*

⁹⁵ Carmen y Pedro hablan de los precios de las residencias de ancianos en las que Pedro ha estado en un par de ocasiones.
[Carmen]- *Eran cincuenta euros más.*

que ha estao. Pagamos y pagamos dieciséis días porque yo tenía que irme a hacer una revisión del médico y en cuanto que supo que había venido dice...anda y si vais a Segovia por qué no os venís por aquí a por mí (risas). ¡Ay madre! y está deseando venirse y eso que estuvo muy bien, desde luego... Qué gimnasios, qué saunas, qué salones, que todo... porque en Las Viñas... y le costó más o menos, eh?"

En ocasiones surgen conversaciones entre ambos que dejan entrever tensiones en cuanto a la toma de decisiones de los procesos de autocuidado de Pedro que se llevan a cabo dentro del ámbito doméstico-familiar, con Carmen como cuidadora principal.

[Carmen]-*"Claro, es que me voy a volver a ir de vacaciones... se va a quedar aquí solo..."*

[Pedro]-*"Entiende, si me quedo son quince días..."*

[Carmen]-*"Dice que se va a quedar aquí...Tendrá que venir alguna⁹⁶...el no se accede a nadie, no te creas que se accede a nadie él, na más que a mi hermano, el que va al campo, y a mí para la cosa del servicio."*

Carmen nos pregunta si queremos merendar, como un formalismo, y se marcha a la cocina. Vuelve presta con una gran bandeja: leche caliente, tostadas, café, azúcar, mantequilla, tazas, cubiertos y servilletas. A Pedro le sirve la leche y le unta con una tostada con mantequilla. Ella, una vez más, está cuidando a su hermano.

[Pedro]- *Cincuenta euros, sí.*

[Carmen]- *Y estuviste dieciséis días y en el otro catorce porque más o menos te salió...*

[Pedro]-*Por eso te digo... por diez mil pesetas cada día. Luego tuve la suerte de estar solo, no tenía compañía si quiera...*

[Carmen]- *Bien claro, por eso te cuesta tanto...*

[Pedro]-*Todos los días te duchan, todos los días te preparan, si te tienen te afeitan, en fin eh...mu bien, a lo mejor llevas más tiempo por lo mismo..., también yo era una persona que me dominaban como querían. A mucha gente mayor me contaron que había que sacarles a pasear...*

[Carmen]- *Los que no tienen cabeza los pobres...*

[Pedro]- *Uno de cada lao a darlos un paseo a unos a otros.*

⁹⁶ En alusión a que vaya alguna persona a cuidarle, Carmen habla de "alguna" utilizando el género femenino.

Me dirijo a Pedro *“Y, Pedro, eh...en casa...quién le echa una mano, para...el tema de comidas y demás...”* *“Esta, la que se encarga... esta es la que se encarga, esta es la que se encarga. La ayuda que necesito es ella.”* Esta, ella, es Carmen, y él describe muy bien su papel de cuidadora *“La ayuda que necesito es ella.”*

Ella es quien le levanta al baño, ella es quien le ha bañado en la cama durante el tiempo que ha permanecido inmovilizado en la cama en casa, ella es quien le viste, ella es quien cocina, ella es quien le acuesta, ella es quien va al médico...

“Soy yo la que voy al médico...o digo al médico que venga para mi hermano el inválido. [...] Soy yo la que voy con el otro (hermano), le acompaño...A veces tiene tapones en los oídos y eso, y va alguna vez. Tuvo también esa famosa culebrilla, ese herpes...”

Carmen es la *mujer de la casa*. Se ocupa de todas las labores del hogar. Es además la encargada de cuidar a Pedro. Ella cuenta como tiempo atrás Pedro *“todavía se manejaba él un poquito, aunque cuando estaba malo y se operaba y eso... yo llevo desde... treinta y ocho años... siempre que estaba malo, atendiéndole. Incluso embarazada de mis hijos, yo estuve en Madrid todo un mes cuando las operaciones de los pies...”*

Su marido y ella se cambiaron de casa *“para atenderle. Es que mi hermano antes estaba en el Bar...estaba todavía que se manejaba él un poquito, aunque cuando estaba malo y se operaba y eso... yo llevo desde... treinta y ocho años... siempre que estaba malo, atendiéndole. Incluso embarazada de mis hijos, yo estaba en Madrid todo un mes cuando las operaciones de los pies...con él, pero nada. Entonces ya, cuando se cayó, se cayó bien malo la última vez. Entonces para mí era un jaleo de subir a mi casa (que mi casa la tengo arriba, en la ermita) y para allá, y para acá, y era mucho. Y entonces ahí era mucho el estar, y como ellos tenían esta casita aquí sin estrenar, ya llevamos aquí cinco años...Cinco años va a hacer, en noviembre va a hacer cinco años...pero es mucha pena, la nuestra (en alusión a la casa) la tenemos cerrada.”*

Pedro y Carmen entablan una vez más conversación en torno a este tema:

[Carmen]-*Tampoco quieres que me vaya (ríe). Yo me voy a ir en mayo este año...*

[Pedro]- *Subes y bajas.*

[Carmen]- *¿Y tú te crees que está bien eso subir y bajar cuarenta veces?*

[Pedro]- *¿No te vas de paseo?*

[Carmen]- *Sí.*

[Pedro]- *¡Así andas! (ríe) ¡Así andas!*

[Carmen]- *Dos casas abiertas no pueden ser majete, son mataderos...estoy yo más muerta que parece...ya, ya he envejecido también (ríe).*

[Pedro]- *Eres joven todavía.*

[Carmen]- *Ya, eso te crees tú. Si que va ya no soy activa ni na, ya no vale una pa'na...lo que ha sido. Sí y lo único es que es eso que también los años...*

[Pedro]- *Para todos pasan...*

[Carmen]- *Lo sé.*

(Vuelven a dirigirse a mí.)

[Pedro]- *Es que ha andado también con los jodíos huesos de los cojones.*

[Carmen]- *Los huesos, mal, sí.*

[Pedro]- *Los huesos que la están dando guerra, pero si no, no...*

[Carmen]- *Peso mucho y los huesos pesando, pues no...*

[Pedro]- *Se resienten un poco más.*

Las dolencias de Carmen aparecieron ya en la conversación que mantuve con ella y con su marido Gabino, al preguntarla cómo se organiza para cuidar a Pedro.

"Me apaño bien. Con mucho trabajo. Yo ya estoy un poco hecha cisco, no creas: tengo en este hombro derecho un tendón desgarrado, me he hecho dos hernias de disco también y, pfff, ahora en noviembre voy a empezar la rehabilitación también, que he estado poco tiempo..."

-"Cada vez está peor."-comenta Gabino.-

"Hmm, ya es que puedo menos.-contesta Carmen.- Pero es porque he currelado mucho: cuando he sido joven, me he cargado con él a los hombros, y ahora pues las cosas salen. Otro hermano que tenemos casado, el de Evangelina, el alcalde, ese. Pues ése es el que más, él y yo. Nosotros, cuando le han operado, como hemos ido a un hospital privado,

pues le costaba muchísimo, luego hemos tenido que estar yendo todos los días a curarle a Madrid... le llevaba Arturo. Le llevaban, le curaban y nos lo traíamos. Y esas veces pues no preveíamos cogerle una silla; hala, Arturo de una mano, en el cuello de uno y otro del otro. Como él no se tenía con las muletas, porque ha estado dos veces andando con muletas, muletas axilares, pero... así es."

Carmen también ha sido usuaria del servicio de rehabilitación del hospital.

[Carmen]- *"Sí, tengo que ir a Segovia... estuve tres semanas yendo en julio, que me dieron a las tres de la tarde –cuidado, en julio a las tres de la tarde...¡Qué horror! Menos mal que me llevaba mi marido, si no fijate qué horarios de autobús. Tenía que estar allí todo el día. No hubiera ido, claro. Fíjate. Sale el autobús a las ocho de la mañana o a las diez y media."*

[Gabino]- *Luego vuelve a salir de aquí a las cuatro menos cuarto, pero a esa hora...*

[Carmen]- *Ya no llegaba, claro. Ahora, desde luego, ya estoy un poco... si me van a dar más, pues ya estoy con que me den otro rato. Yo prefiero un horario de por la mañana, pronto. Que dejo a mi hermano en la cama, me lleva mi marido... lo que pasa es que en un invierno también mi marido no tiene necesidad de levantarse pronto, y así pues le tengo que levantar –pero es muy bonito dejarle en la cama...*

[Gabino]- *Qué cosas tienes.*

[Carmen]- *Ya lo sé.*

[Gabino]- *Por mí no hay pega.*

[Carmen]- *Ya lo sé, ya lo sé, pero te quiero decir que me fastidia. Cuando hace bueno, pues no te importa, porque te vas a dar un paseo, barres el corral, barres la puerta o lo que sea, ya sabes tú, en los pueblos se hacen más cosas); pero en un invierno, ¿qué haces? Yo esta mañana, eso está ahí desde esta mañana, cuando me puse el desayuno, me he levantado a las ocho y ya no se veía, pues ahí he estado ojeando hojas de una cosa, de otra y todos esos líos. Pero que si no, en este tiempo pues ya no haces..."*

Carmen, cuidadora principal de su hermano, organiza su casa, en la que viven cuatro personas de forma habitual, recibe las visitas de sus dos hijos y sus familias, sus nueras y sus nietos, de los que habla con amor. Es una mujer activa

que participa en la vida social de su pueblo. Pero estas mujeres fuertes que se hacen cargo, en gran parte como rol asociado de ser cuidadoras de todos también tienen sus malestares, sus padecimientos, sus altibajos. Gran parte del estado de bienestar y del sistema sanitario se sustenta en esta mujer, y en muchas otras.

8.4. JUANA Y EUGENIO

Me encamino hacia la casa de Juana y Eugenio, ubicada en una de las plazas del pueblo. Hay un par de niños jugando en la calle. Busco los nombres en los buzones y confirmo que se trata de su casa. He hablado otras veces con ellos pero en otros lugares, no en su casa. Afortunadamente sí están escritos los nombres en el buzón. En ocasiones esto no es así, de hecho en ocasiones algunas casas no tienen buzón.

Llamo al timbre y me abre la puerta Eugenio. Su mujer está recogiendo un patio cubierto que tienen al lado de la cocina. Me saluda también y nos sentamos los tres alrededor de la mesa camilla, en el cuarto de estar, donde está la televisión. Esta habitación no tiene ventanas, por eso aunque es de día está iluminada con luz artificial.

Juana me ofrece algo para beber y para comer, una *coca-cola light* y un bollo. Comenzamos a hablar de ellos. Me cuentan que viven solos en el pueblo. Que sus tres hijos viven fuera, un hijo y una hija en otros pueblos, y su otra hija en una ciudad, Guadalajara. Comentan que a veces ellos van a visitar a sus hijos, muy de vez en cuando, y que sobre todo, durante el verano, sus nietos pasan con ellos alguna semana.

Les pregunto si podríamos charlar sobre cómo andan de salud y comienzan a relatarme sus dolencias y diagnósticos. En ese momento me acuerdo de las *totalgias* a las que se refería una de mis informantes, una médica. Las dolencias que tienen las personas mayores a las que todo les pasa. Juana, más dicharachera que Eugenio, comienza a explicarme.

“Pues éste tiene hernia y no se opera, dice que no se opera. Yo no le animo, eh, yo no le animo, porque las operaciones son cosas personales. ¿Y si luego le va mal? La tiene a la altura de la ingle. Y anda que no lleva años...”

“Por lo menos veinte años.”- comenta Eugenio. “Hay días que me molesta, pero vamos, me molesta más el braguero que la hernia. Como luego no hago nada, si ahora ya...”

“Y tiene artrosis.” –continúa Juana.

“Y no me molesta mucho. En los años que llevo hay días que se me pone más... pero vamos, que por lo general no. Pero a mí no me han llegado a operar de nada. Eso sí, tuve una angina de pecho. Eso me dijeron, vamos... Me dio aquí en el pueblo. Estaba hablando con mis hermanos, se me puso así el dolor, dije, -Qué dolor se me ha puesto así- y llamé a mis hermanos, que estaban cavando en el huerto, y yo allí de pie, -joder, si esto...-, me vine a casa y ya no pude más, digo -joder, que esto aprieta-, tenía ganas de devolver. Y nada más. Fuimos a Pintos⁹⁷, y allí me dijeron -No se corra mucha prisa, pero esto es o angina de pecho o infarto.-“

Juana, que mientras habla Eugenio está asintiendo con la cabeza dice excitada.

“Le dijeron que no corría prisa.”

“Y nos fuimos a Segovia –continúa Eugenio- y allí sí, dijeron que era angina de pecho. Y a los ocho o diez días me mandaron al Clínico⁹⁸ a hacer el cateterismo. Pero a mí no me han puesto nada.” Juana expresa que prefiere no tener que marcharse a otras provincias para ser atendida, ya que es mejor para ella y para su familia, para sus hijos. *“Yo lo que no quiero es que me tenga que salir a operar ni a Valladolid ni a Madrid. Yo quisiera que me operaran en Segovia, porque para mí es mucho mejor, para mi hija mayor, para todos, mejor.”* Comenzamos a hablar así de las veces que han tenido que trasladarse a otros lugares para ser atendidos, en concreto Juana, que narra al mismo tiempo sus *“totalgias”*.

“A mí me hicieron ir a Valladolid...Y a Salamanca por los huesos. Me han operado de las manos para que no se me quedaran así.... Me muestra sus atrofiadas manos. Ya hace diecisiete años lo menos. Me operaron en el noventa y dos o así, que se casó Pedrito, que tenía la mano derecha... izquierda vendada en la boda, en el noventa y dos. Pero mira, tengo eso, tengo toda la cadera ladeada, la columna la tengo deformada, me recetó la dermatóloga una faja ortopédica, pero como me dan los ataques de ansiedad dice que no

⁹⁷ Pueblo donde está ubicado el centro de guardia que les corresponde.

⁹⁸ En alusión al Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

me la ponga; pero yo tengo una de éstas que se meten por la cabeza. Apretada, apretada, no, tengo que tener una muy flojita y así, chica, voy sujetándome. Pero eso no me hace nada... Es que voy como si fuera vencida... Me dicen -Señora, ¿pero cómo puede usted aguantar eso?-. El verano pasado lo pasé de mal con unas varillas que tiene... luego tiene unos cruces así... pero me duele igual con una que con otra, no ves que viene deformada desde arriba... tengo dos pulsaciones arriba y luego abajo la tengo ladeada y estira para la izquierda. Y la pierna que mejor era, fue la que me dio el chasquido; y ésta, que la tengo más deformada, la derecha... con el bastón, entre el mareo y lo otro, con el bastón."

Les pregunto por qué tuvieron que ir a otras provincias.

"Según ellos porque no había aparatos." –responde Eugenio. "Que no hay aparatos.- repite Juana.

Seguimos hablando y Juana comenta que tras la operación estuvo tiempo haciendo rehabilitación, esta vez en el hospital de Segovia.

"Hice rehabilitación para el cuerpo. Era ponerme calor, porque como yo tenía el mareo y en el agua no me podía meter. Les dije -Tengan cuidado, que yo me mareo.-... Me dieron unos rayos láser, una vez nada más, eh, y a mí no me hizo nada, chica. Lo que noté mucho fue la parafina esa, o eso que metes las manos... en fin, eso, es con lo que noté un poco fuerza en las manos. Pero hace ya no sé cuántos años, y no he ido más porque si me mandan para las manos es ir y venir y no adelanto nada."

Con ese ir y venir Juana se refiere a que han de acudir a rehabilitación, en ocasiones de forma diaria, al hospital de Segovia. Como ella, otros informantes con los que hablé me comentaron que habían dejado de ir a rehabilitación porque *"Era un trastorno ir."*, algunos de ellos específicamente se quejaban de los horarios.

Eugenio sigue cogiendo el coche para ir hasta Segovia con dos únicos objetivos, ir al hospital o bien ir a la compra. Siempre dice aparcar el coche en la entrada de Segovia. No conduce por la ciudad. Le pregunto que cuánto tarda en llegar a Segovia. *¿De aquí a Segovia? Bueno, depende. "Tres cuartos de hora."*-responde

Juana. *“¡Qué va!”-refuta Eugenio- La gente joven y eso en veinte minutos, veinticinco. Yo no, yo tardo más. Yo nunca he corrido a más de ochenta, noventa, con que ahora de cada vez menos. Y cada vez cojo el coche menos. Cuantas menos veces lo cojo, peor.” “Se pone luego nervioso –añade Juana.- Fíjate las veces que ha ido a por mi Rosa, que ha echado cuatro paseos, que era jardinero, venía a comer, se iba, se venía... pues hija, desde que lo ha dejado...”*

Para acudir a rehabilitación la administración pone a disposición de los usuarios un servicio denominado transporte colectivo.

Además del transporte colectivo desde la administración se “indemniza” a las personas que se desplazan en su coche particular. Eugenio habla de que sí solicitaron una ayuda, para ellos insuficiente, que se facilita para aquellas personas que se trasladan en su coche.

“Pagan... nada, porque es un coche y dos personas, mi mujer y yo, una persona conduciendo... nos dieron ¿Cuánto?, veintidós euros o no sé cuánto, igual que a Salamanca, veintidós euros nos dieron. Que hay quien dice que lo dejan bien, no, no, porque después que te hacen ir a Salamanca y te haces un gasto porque tiene que ir un coche, tiene que ir otra persona y eso...Que lo hagan en Segovia o si no que pongan una ambulancia. Si en Segovia no hay aparatos, no hay eso, y no somos nosotros los que lo solicitamos, pues que pongan una ambulancia.”“¡Y a Salamanca –continúa Juana- fuimos, ir y venir! Nos trajo mi hija pequeña... la Mari, él y yo en el coche, porque teníamos a las tres de la tarde. Allí comimos y luego no nos tocó hasta no sé qué hora. No pudimos coger el primer coche, tuvimos que coger el de las nueve, chaparreando que estaba, tuvo que venir Angelito a traernos aquí, que no pasaba el coche a la residencia... ¿Tú sabes las peripecias que pasamos?” “Nos dijeron que pusiéramos una reclamación diciendo eso –prosigue Eugenio- ¿Y qué vamos a hacer con una reclamación? Lo primero que no sabemos a lo mejor ni hacerla.”

La población mayor se enfrenta en ocasiones a la burocratización del sistema sanitario. Son las personas más jóvenes de su entorno, como sus hijos o nietos,

vecinos en ocasiones, quienes se ocupan de cumplimentar los diferentes tipos de documentos.

Comenzamos a hablar de cuales son los servicios sanitarios de los que disponen en el pueblo.

“Mayormente, la médica viene los lunes, los miércoles y los viernes.-dice Eugenio- Mira qué pronto se va. A las once y media se ha ido ya. A las once y media estaba ya tomando café en el bar, con que fijate. Y la practicante viene los lunes y los miércoles. O sea que muy mal. En los pueblos muy mal.” “Muy mal.” – comparte Juana.- Prosiguen hablando de la atención sanitaria que se les presta en el pueblo.

“Si estás malo y tienes fiebre, que no puedes levantarte porque tienes fiebre, pues te tienes que levantar para ir a la médica, porque dice que no tienes derecho a venir a visitar a un enfermo.-afirma Eugenio-. A casa, dice que no tienes derecho a venir a visitar a un enfermo; que se levante y despacio vaya.”

“Yo, que me caía un día –continúa Juana-, me recetó una cosa para la cabeza, tonopán⁹⁹ o no sé qué, para los nervios, chica, yo no me levanté, yo no me podía levantar, y vino y dije -Es que yo no me puedo levantar, Clara, yo no me puedo levantar”. Y me dijo -¡Es que no tenemos derecho, es que no...!-, ¿Entonces cómo vamos a ir?- La dije yo...”

Otro de los servicios que está a la disposición de la población que vive en este, y otros pueblos, es el centro de guardia, un punto de atención continuada. Comenzamos a hablar de las situaciones en las que han tenido que desplazarse al punto de atención continuada para ser atendidos. El matrimonio comenta la suerte que tienen los vecinos del pueblo donde está ubicado el centro de guardia, y al mismo tiempo la dificultad que supone para ellos el desplazarse cuando es Eugenio, que es quien conduce, el que se encuentra mal. En estos casos la pareja se apoya en su red social para salvar las distancias y poder acudir a los servicios sanitarios.

⁹⁹ Nombre comercial de un medicamento.

“Pintos tiene el ése (en alusión al centro de guardia), que se pone cualquier cosa de noche y no tienen que...aunque no tengan coche...están allí. Es lo que yo digo... Pero mira qué suerte, para un pueblo pequeño, poner el centro allí. Decían que es que aquí el alcalde no se había movido, pero claro, si es cosa...”-Juana.-

“A Pintos dicen que vayamos... Si enfermo yo, va él, pero ahora que es él...yo no tengo carné. Porque estaba aquí mi hermano¹⁰⁰... estando mi hermano, pues bien, pero mi hermano está el tiempo de verano, luego se va a su Madrid, y aquí nos quedamos Melé y Pelé.”- comenta Juana.- “Aquí –Eugenio se refiere a la calle donde viven-ninguno más conduce...Bueno, Álvaro...pero está por las noches. Por el día está trabajando.”

Juana continúa hablando del centro de guardia e inconscientemente resume en algo menos de tres líneas tres importantes problemáticas.

“Hasta las tres no hay nadie de guardia en Pintos, que nos lo quieren quitar, vamos a ver si tenemos que ir al centro de salud...Para ir al centro de salud nos vamos a Segovia, a la residencia¹⁰¹.”

La primera, que el horario del centro de guardia comprende de las tres de la tarde a las ocho de la mañana del día siguiente, con lo que si se necesita atención sanitaria en la mañana que no coincida con las horas en la que los médicos pasan consulta en los consultorio locales la población se encuentra en una situación de desprotección, o así al menos es cómo lo expresan. Ante este tipo de situaciones se aconseja localizar al médico del pueblo llamando al centro de salud desde donde se genera un *aviso*. La segunda problemática, que emergió también en otras conversaciones informales y entrevistas mantenidas con otras personas, es el rumor de que *“les quieren quitar el centro de guardia”*, algo que valorarían como una gran pérdida. En tercer lugar, la situación que se plantea cuando el centro de referencia se encuentra próximo a un hospital. Hay

¹⁰⁰ El hermano del que habla Juana no vive en el pueblo, ya que su residencia habitual está en Madrid. Él forma parte de su red informal.

¹⁰¹ Nombran el hospital como *residencia*.

personas que en estos casos no utilizan las urgencias de atención primaria, sino que directamente acuden a las urgencias del hospital dada la proximidad y una mayor capacidad de recursos para la resolución de los problemas de salud. En este sentido, en cuanto a lo que plantea Juana, Eugenio expresa su punto de vista acerca de que hay dolencias que se atienden en las urgencias del hospital y en el centro de guardia que no son urgencias.

“Pero es que en la residencia vas de urgencias y hay muchas cosas que no son urgencias. Ahora, si no hay más remedio... Pero vamos, que yo pienso que hay cosas que se van a Pintos que no son urgencias, pienso yo, vamos.”

Juana retoma de nuevo el problema de su tensión, de la ansiedad, de los nervios, aludiendo a que ella en muchas ocasiones no ha utilizado las urgencias de atención primaria aunque desde su punto de vista sí debería de haber ido porque se encontraba realmente mal.

“Anda que yo, con la tensión, las veces que no he ido, porque se me pone aquí, con la ansiedad, un ahogo, chica, y un dolor que no sé si es del corazón...”

En este punto cabe destacar una situación que tuvo lugar en el desarrollo de este estudio de caso relacionada con la utilización de los servicios de urgencia tanto de atención primaria como de urgencias hospitalarias que recogí en mi diario de campo: *Paso a saludar un momento a Juana y Eugenio por cortesía, y encuentro a Eugenio intranquilo en la puerta de la casa. Me comentan que se van a Pintos pero que están esperando a su nieto que está en el pueblo. Juana está, según expresa ella, con un ataque de ansiedad. Me ofrezco a llevarlos a Pintos, al centro de guardia. Eugenio de primeras me dice que no es necesario; pero están preocupados por su nieto, ya que no tiene llave de la casa. Le digo que se quede él en casa y yo llevo a Juana. Aceptan y nos disponemos a marchar a Pintos. Allí nos recibe un médico al que Juana comenta no haber visto nunca. Yo tampoco le conozco, ni le he visto ningún día por el centro de salud. Le comenta lo que le sucede, y empieza a sacar medicación de una bolsa de plástico. Tiene bastante medicación para la depresión, para los nervios como dice ella.*

El médico es paciente y la escucha; la va haciendo preguntas. Yo pienso que se estará quedando alucinado, ya que no conoce a la paciente y no tiene su historial.

La ausculta, la toma la tensión, la cual tiene alta, y la empieza a dar recomendaciones.

La sugiere cambiar de medicación para la hipertensión arterial. La entrega las recetas y la dice que comience esa misma noche la nueva pauta. Juana comenta que no hay farmacia para comprar la medicación disponible; el pueblo donde está el centro de guardia carece de farmacia de guardia. El médico lee un cartel donde dice que el sábado, en un pueblo que dista unos diez kilómetros, abre la farmacia por la mañana; se deberán desplazar a este pueblo pues.

Juana le comenta que será mejor que la apunte todo lo que la ha dicho porque no sabe si se enterará mucho de las cosas. El médico busca el formulario adecuado para hacer el informe de urgencias pero no lo encuentra. Escribe en una hoja y pone su sello. Se le ve un poco perdido en el centro de guardias. Hay veinticinco médicos que rotan allí. Les tocará hacer una guardia como mucho cada dos meses allí. Juana dice que la médico del pueblo la va a “echar los perros” por haber ido al centro de guardia después de haber ido por la mañana a la consulta. La preguntaré si fue a la médico y la entregó el informe.

Llamo al día siguiente por teléfono a Juana para preguntarla cómo sigue. Me cuenta que la tuvo que llevar Eugenio a urgencias por la noche, a la residencia, es decir, al hospital general. Llamaron a su hijo, que vive en otro pueblo ubicado a unos nueve kilómetros de Segovia. Decidieron no pasar por el centro de guardia porque estaba el mismo médico, y tampoco fueron al centro de salud. Me comenta que también irá el lunes a la médico del pueblo. No quisieron decírselo a su hija Rosa porque se marchaba de vacaciones. Juana manifiesta que se preocupa mucho cuando viajan, que es muy negativa, que se pone peor cuando llega el invierno, que están solos, etc. Dice que siempre la recomiendan que salga, que haga más vida social, pero dice que no la apetece. (Diario de campo, 6 de julio de 2009).

Este puede ser uno de los ejemplos en los que algunos profesionales sanitarios se basan para hablar de la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por parte de la población mayor. Una hiperfrecuentación fomentada según los

profesionales sanitarios por la falta de ocupación en algunos casos. Es por esto que pregunto a Juana y a Eugenio a qué dedican su tiempo, a qué dedican su día a día, cómo es su rutina diaria. Salen a relucir los juegos de cartas, porque muchas personas mayores que residen en los pueblos, los hombres en los bares, y cada vez más las mujeres también que tradicionalmente tendían más a jugar en los domicilios particulares, dedican parte de su tiempo de ocio a estos juegos.¹⁰² *“A mi no me gusta jugar a las cartas –explica Eugenio.- Que si yo tengo, que si yo deajo... Y centro de jubilados había, pero se ha deshecho. Ahora quieren volver otra vez a ver si le organizan...”*

Pasear es también una de las ocupaciones más socorridas en el medio rural. La gente considera el paseo¹⁰³ como algo saludable, algo que es muy recomendado por los médicos. Eugenio sale solo a pasear *“Solo, solo, se va solo, va solo, va solo, coge el cindín... y yo no le sigo, yo voy eso...Él va a su paso y yo no puedo seguirle, claro, voy más esforzada, me quedo más atrás, porque yo voy con miedo no sea que no pise bien y dé un traspies o cualquier cosa.”* Más que nada por el azúcar.-añade Eugenio.” *“Por el azúcar, aunque tampoco lo tenía alto, tenía ciento cinco.”* *“El otro día, sin andar, tenía menos que cuando andaba.”* *“Cuando viene de andar pasa lo que con la tensión, vienes más agitado y te da más. Es que anda mucho, mucho, es que éste anda mucho, mucho.”* *“ Y ya ando menos -añade Eugenio-, he llegado a andar hasta siete kilómetros. Ahora ando una hora.”* *“Se sienta un poquito, está descansando un poco, y luego ya se viene y luego por la tarde damos una vuelta por aquí...Sobre las nueve o así, cuando ya cae el sol damos una vuelta, porque a mí el andar me va muy mal, porque me trastorna... porque yo las gafas son de largo y las tengo que tener para*

¹⁰² Otros juegos de mesa como el dominó, y de calle como puedan ser la calva, la tanga, la petanca y los bolos (femeninos) son típicos.

¹⁰³ Los caminos y también tramos de carreteras son utilizados por los paseantes. En ocasiones son grupos de madrugadoras mujeres, o mujeres que salen a pasear en solitario, en ocasiones grupos de hombres u hombres que pasean también en solitario, o parejas, matrimonios que salen a pasear. Entre semana pasean más las amas de casa y los y las jubilados, los fines de semana también es fácil encontrar a gente más joven, sobre todo cuando llegan los periodos estivales y el buen tiempo.

corto y para largo, porque si me las quito es que no veo. Le digo a la Mari cuando viene - Oye, si hay telarañas míramelas-, porque yo ya no alcanzo a ver."

Otra de las ocupaciones de la gente mayor se encuentra ligada a la actividad de la parroquia. Juana comenta que ella *"antes iba todos los días a misa. Hay misa todos los días a las once. Y luego, maja, la de los domingos a la una y media. Pero ahora con el calor chica, a mí me molesta mucho. El cura tiene cuatro pueblos. Es un cura mayor que nosotros. Y tiene buenos mareos." "Es muy quejica." -afirma Eugenio. También tiene artrosis, se mareá mucho. Y tiene sintrom¹⁰⁴."*

Juana enlaza esta conversación con otra situación, con otro problema de salud que a Eugenio se le presentó hace tan sólo unos días¹⁰⁵.

"El cura tiene sintrom, sí. Fíjate éste si llega a tener sintrom, con la sangre que echó, chica. ¡Uy, madre mía! Yo a las cuatro de la mañana ese día es que no le veía... se levantó, se estuvo lavando y se sonó. Dice que al sonarse, que si sería al sonarse...No se dio ningún golpe... Y se puso un tapón con agua oxigenada... y yo, como me quedé en la cama, cuando vino le dije -¿Qué te ha pasado?" y dice -Pues que he empezado a echar sangre, chica, y no dejo, no dejo, no dejo...- Madre mía, así estuvimos toda la mañana. Ya por la tarde le digo -Chico, esto no puede ser, hay que ir a Pintos.- Y se le taponó un poco. Dice [en alusión al personal médico del centro de guardia] -Pues ahora mismo le ha dejado de sangrar, pero si vuelve, vuelve usted aquí-. Como era poco lo que echaba, pues no fuimos, pero a las cuatro de la mañana le digo a mi primo -Déjame el móvil por si acaso te tengo que llamar.- Y nada, chica, toallas y toallas... ya echaba hasta cuajarones por la boca. Sí, yo decía -¡Lo que tiene de corazón, a ver si le va a dar algo! -. Yo me puse de unos nervios que llevaba la tensión...tenía diecinueve con no sé cuántos,

¹⁰⁴ *"Sintrom, éste como no toma... pero han mandado una ambulancia. Los del sintrom van a la médica de aquí, el día que tienen que ir, y solicitan ya la ambulancia para que vengán a por ellos y los trae, a los del sintrom que no tienen quién los lleve, no tienen hijos y no tienen... Pero la médica de aquí se pone frenética... -Con lo que cuesta una ambulancia para ir a una cosa de éstas.- Dice que es mucho gasto, entonces ¿qué tenemos que hacer?"*

¹⁰⁵ *"Sale a las ocho...Ahora tampoco se pasea y dice que va a empezar ya... fijate, a pesar de que ha perdido sangre ha cogido medio kilo. Yo peso cincuenta y ocho, peso cincuenta y ocho...Eusebio pesa setenta y ocho y medio, y ha engordado medio kilo."*

pero era de los mismos nervios. Y ya habíamos ido el día antes con él y se la taponaron, y luego el lunes se lo quitaron, y el miércoles fue cuando tuvimos que ir con la urgencia y se la quemaron, pero al quemársela se conoce que se le debió abrir por otro lado. Ya le dieron el alta, y venía mi nuera y mi hijo por el camino, y dijeron -Pues esperarnos, que ya os veamos. Pero hasta se le puso el ojo de amoratado, si todavía lo tiene...Y ese lado lo tiene hinchado. Le dolía toda la cabeza, digo -Se le vuelve a repetir el infarto¹⁰⁶.-, yo asustada. Ayer ocho días. Al movérselo con la pinza, como estaba pegado el tapón a eso, empezó a sangrar otra vez. Dijo la médico de aquí -Espere así un poco y ya le tomamos la tensión-que tenía diecinueve con no sé cuántos, de los nervios que llevaba, del miedo que le daba que al quitarle el tapón...Le tomaron la tensión. ¡Con tres aparatos y ninguno era igual! De la tensión, ninguno era igual. Uno daba trece, otro daba quince, éste, el de ponerme en la muñeca, pero que tampoco da siempre igual...Yo se lo pongo y hay veces que marca más, hay veces que marca menos."

El control de la tensión arterial, asociada a la prevención del riesgo cardiovascular¹⁰⁷, es popularmente conocido y reconocido como una "medida de salud". Al hablar de problemáticas de salud y enfermedad con la gente de estos pueblos, y sobre todo con la gente mayor, en gran parte de los casos salía a relucir "el tener tensión", así como también "el tener azúcar."¹⁰⁸

Juana y Eugenio tienen un tensiómetro en casa, uno de muñeca, como comentaba Juana, y ellos mismos se miden la tensión arterial cada mes. *Esto me lo compré en la calle San Francisco, en la farmacia ésa que hay, pues chica [ininteligible] que me costó...Porque como yo tenía tanta tensión, pues me dijeron -Se tiene usted que controlar.- Eugenio afirma que "Eso es un come-cocos. Esto es una aproximación." "Es una aproximación -continúa Juana-, y ésta (en alusión a la médico del pueblo) me ha dicho que es lo que va mejor, pero no me la estoy tomando a todas*

¹⁰⁶ Nombra como infarto el episodio de angina de pecho que Eugenio tuvo.

¹⁰⁷ Es una de las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

¹⁰⁸ Como se nombra popularmente el tener diabetes.

horas, porque si estoy agitada o estoy eso pues me sube más, y si estás tranquila y eso, pues eso.”

Juana comenta que recomendaron a Eugenio que la tensión arterial no pasara de los dieciséis con nueve *“Que se la tomara por la noche, y si tenía esa tensión le diera¹⁰⁹ media pastilla de lo que toma, esto que toma de la tensión. Y le quitaron lo de la coagulación de la sangre.”*

Juana se encamina a una habitación ubicada en frente de la sala de estar mientras continúa hablando con nosotros. De un cajón saca una bolsa de plástico. Trae la bolsa de plástico, la esparce el contenido sobre la mesa camilla. *“¡Toma todo esto! Tú te crees que... mira, ése es el parche, esto es lo que tomaba, que se lo han quitado ahora... El masdil éste... Éste es el que le quitaron y le han puesto el adiro, que era más flojo. Y luego toma esto para la tensión, que yo lo tengo en rosa, porque... Y luego toma esto para el ácido úrico, que es nuevo, esto es de otra manera que la que tengo, no sé si será igual, tengo aquí la caja...”* Eugenio me mira y me dice *“Tengo de todo.”*

“A misa mayor no vamos –continúa Juana-, porque hace mucho calor y no sea que con el calor le vuelva otra vez, porque dice que le duele así, así le duele. Le dijeron que se pusiera vahos, dice “se da usted algún vaho”, pero no quiere, porque dice “a ve si me lo ablando y empiezo a echar”. Y se da con un poquito de vaselina, que le dijeron, y así sigue, pero tiene esto de aquí un poquito inflamado, sí, sigue con ello inflamado. Ya son ocho días desde que se lo hicieron, y es también como la Rosa, no se puede estar quieto, no podría nada más que andar para allá: se iba a las ocho, a las siete, ocho menos cuarto, al paseo, luego venía, luego tiene una huerta, iba a la huerta, venía, luego se iba otra vez... hasta las dos no venía ningún día a comer, vamos, a casa.”

Juana continúa hablando de su botiquín doméstico, de las dudas que a veces la surgen sobre los medicamentos y de las medicaciones que ambos toman o no en

¹⁰⁹ Juana es quien se encarga de manejar las medicaciones es Juana, tanto las suyas, como las de su marido.

función de lo que los médicos les pautan, o en función de su parecer. *“...y le digo a la de la farmacia -Chica, que esto no es igual, que no es esto lo que toma. -Es lo mismo-, dice -Sí, es igual es igual, nada más que es la caja diferente. Para la tensión yo tomo ésta, que ahora la tengo rosa pero que es igual, y tomo lexatin de una o cinco y yo me tomo la mía para el estómago, quita, quita...Éste no toma nada para el estómago, pero yo sí.”*

La acumulación de medicamentos que se discute en ocasiones que hace la población jubilada que tiene acceso a la medicación gratuita aparece en el discurso de Juana como forma de previsión ante diferentes circunstancias, como forma de provisión.

“Cuando se acaba una caja [suena el contenido de una caja de medicamentos] voy a por otra, yo no me quedo...sin ninguna, por lo que pueda pasar. Hay mujeres que dicen -¡ah, me he quedado sin medicamentos, ay, madre mía!-, digo -pero bueno, ¿cómo aguardáis, sabiendo...?-.” Eugenio prosigue “Esta vecina de aquí se queda sin pastillas, tiene que andar buscando pastillas...-” -¡Pero es que las pastillas no las puede comprar!- exclama Juana.- ¡Yo no, yo no! Igual con la comida: yo lo aprendí con la señora que estuve, que ella sacaba una cosa y metía otra; yo, cuando tengo la última botella de aceite, le encargo a la Rosa que me las iba a comprar, “tráeme una de esto y una de lo otro”, y la Mari me trae la compra, le digo cuando eso y me trae. Y yo nunca me quedo, tengo que perder la cabeza y dios quiera que no la pierda, y la tengo muy mala, pero yo, ahora mismo, de éstas tengo esta que he sacado y otra, que no sabía que tenía. Pero yo miro todos mis medicamentos y los miro de cuando en cuando la caducidad, y llevo mi orden; y todo escrito, eh, para saber cada uno el nombre y lo que toma cada uno, porque hoy podemos hablar, ¿pero si nos quedamos sin habla, cómo saben quién es el que toma una cosa y quién el que toma la otra? Mira, ¿ves? Y aquí en este hay veces que pongo -Eugenio-padre-, porque como el hijo se llama como el padre, digo -Quita, no sea que algún día se lo tome.- Yo, hasta ahora, gracias a dios, lo llevo todo escrito, todo, todo, todo, todo. Todos los medicamentos, donde tengo las cartillas, donde tengo el testamento, donde tengo las escrituras de la casa, todo lo del ayuntamiento, todo, en carpetas, todo lo tengo

escrito, para que no se rompan la cabeza. Lo tengo dicho -Aquí tengo las carpetas de las cosas, lo abrí y aquí.- Yo tengo una de mi Seguro, puesto a sus nombres, lo del seguro del coche... yo todo lo llevo escrito, hasta ahora, dios quiera que, ya te digo, no me... pero yo, decir -Voy en casa de la vecina, que me dé una ristra de ajos o un ajo-, yo nada, antes de que se me acabe yo tengo."

Juana prosigue comentando por qué la gusta tener siempre medicación de reserva.

"O que tengas que ir a un sitio y ya te tienes que llevar tus medicamentos. Yo tengo una tableta de cada cosa, tres o cuatro parches, por si nos tenemos que quedar como la noche ésa en casa de la Rosa. ¿Y si de repente nos tenemos que quedar tres o cuatro noches? Pues yo ya llevo adhesivo para eso, lo cambio de cuando en cuando, porque como tienen caducidad hasta los diez o nueve o eso, pero los voy cambiando y eso, y yo, mis medicamentos, donde voy yo van. No llevo las cajas, los meto en una bolsa de plástico y llevo una tableta de cada cosa. Y si tengo para siete días, para siete días. Ahora, si ya te tienes que desplazar a otro sitio, pues ya... Cuando vamos a la casa de la Mari yo me llevo la farmacia entera; ésa sí que me llevo la caja. Yo me llevo la caja entera, cuando voy a Guadalajara me llevo la caja, porque vas por una semana, pero como no sabes lo que puede pasar... Dice mi yerno "¡pero si aquí hay farmacias y aquí hay de todo!", [digo] "quita, quita, quita, ya me lo llevo"; que veo que se me acaban, pues voy al centro que tengan allí a orilla y que me recete. Y llevo lo de la tensión, la cartilla... yo eso no se me olvida, lo puedes tener seguro, que no... llevo, cuando me voy a Guadalajara, me llevo los papeles del uno y del otro en un sobre, que lo tengo todo escrito, y allí, por si nos pasa algo, si tenemos que ir...que lo sepan, claro. Hago fotocopias y doy la original a la médica y yo me quedo con la fotocopia." "Las fotocopias nos las hacen en el ayuntamiento -informa Eugenio." "No nos llevan nada. Y ahora, de esto que ha pasado, pues me dijeron -con esta carta puede usted pasarse por Pintos-, y entonces yo he hecho fotocopias, he dejado los originales a la médica, pero con las mismas fotocopias me voy al otro lado, como que ha estado esos días en... y así lo vamos haciendo, hija, es que tenemos que mentalizarnos, porque es que no teniendo..."

Continuando con la conversación que está teniendo lugar en relación a las medicaciones que toman, Juana retoma el último problema de salud de Eugenio. Es interesante cómo en una sola locución nombra las urgencias de atención primaria, la consulta médica a la que acuden en el consultorio local del pueblo y la consulta del cardiólogo, especialista ubicada en el hospital.

“...y ahora le dije a la médica -bueno, ¿y entonces ahora le quitas esta pastilla? citas ésta, porque tuvimos que ir a Pintos”, y me dijo el médico que estaba de guardia -Se lo consulta a su médica. Ella le dijo -No, tómate de esto ahora, que es más flojo para que no eso.” Al cardiólogo le preguntamos a ver si hacía el mismo efecto ésta que ésta para la cosa de la coagulación. Yo me parece que esto a lo mejor es más activo...es mas fuerte para que no se le coagule. Éste es de trescientos, pero se las toma todas por la mañana, eh, todo, todo, todo se lo toma por la mañana.”

Juana se muestra preocupada y se pregunta además si ella padecerá en carnes propias las dolencias de su marido, al tiempo que sigue narrando otros abatares relacionados con malestares físicos. *“Pero ya digo, como tiene lo del corazón, chica, uy, qué miedo me da, porque yo no sé si tendré el corazón o lo tendré... a mí me hicieron de vesícula y me dijeron que no tenía nada, porque como me daban esos ataques... me hicieron de tripa, me hicieron de eso, dice -Que te mande la médica una esa.- Me metieron las gomas¹¹⁰... gracias a que la Sacristana... se iba a ir de vacaciones lejos e iba a tardar, dice -No te las puedo meter-. La pregunto quién es la Sacristana. Me responde que es “la del estómago” Es una médica, una especialista. La mujer prosigue con el relato “Dice -No te las puedo meter, porque yo me tengo que ir.-, que era a últimos de abril, y digo -Ay madre, pues hija, otra vez que vine hace diez años, maja, no me las pudieron meter, una rubia pequeña que había. Y me dice -¡Pero bueno, mujer!-, digo -¡Que no, que no! yo quiero que me las meta usted.- dice -Bueno, ¿y cómo se lo hago?”, digo -Ay, haga usted un esfuerzo, por dios, a ver si me las puede meter, que yo tengo aquí cincuenta antibióticos que me tomo para la pierna, maja.- Me jodieron*

¹¹⁰ Cómo se nombra coloquialmente una prueba diagnóstica llamada *gastroscopia*.

el estómago pero bien, unos ardores... También, me sacaron un tornillo, se me juntó todo, guapa. ¡Seis kilos he perdido en un año! Y ya digo -Ay, madre mía, qué va a ser esto.- Con que me dijo, -Bueno, ¿Sabes lo que vamos a hacer...?-. Al otro día, que era fiesta, el uno de mayo, dice -Vas a venir. Con que te quedes toda la mañana en ayunas, hasta la una, y te las voy a dejar metidas.- Chica, qué maravilla. ¡Más bien me las metió! Muy bien, con cuatro enfermeras, estupendo. Dice -Pero bueno, le voy a dar ahora los resultados- que es a lo que te voy- dice -De lo que tiene, no tiene usted nada, sólo un poquito de gastritis, pero es crónica- y hace treinta años que me las metieron, que yo llevé el papel hace tres años, que es de lo que se fiaban, que me las metieron en Madrid, en el Ramón y Cajal, que trabajaban mis hermanos, y dice -Esto viene de entonces, pero no tiene usted ni úlcera ni nada.-", y por eso me escocía un poquito el estómago. Tomaba yo un medicamento y me la quitaron, y me pusieron otro. Me dijo que me llamarían para darme un papel que yo la tenía que dar a la médica pero todavía no me han llamado con el resultado...Para dárselo a la médica con el historial que tenemos aquí, con lo que a mí me había dicho esa señora; ella me lo explicó, pero yo se lo he explicado a la médica, pero ella no tiene ningún papel mío. A mí no me han llamado, ni para lo uno ni para lo otro ni para nada. Y dice Clara -Haz una reclamación-, digo -¿Ahora me voy a poner yo a hacer una reclamación, que está toda la gente en vacaciones?-, que sea lo que dios quiera, chica. Ya me llamarán, y si no pues con lo que tengo, le dije, pues ya... Y yo el antiinflamatorio, yo, tomando antiinflamatorio, me va bien para... pero claro, me da miedo...por el estómago, me da miedo, porque si me hago una úlcera... malo es por fuera, pero cuidado por dentro tener que hacer. "

Juana, a través de esta situación, ejemplifica como en ocasiones se establecen estrategias desde los servicios sanitarios para poder atender a la población. Por otro lado como el usuario o paciente es el nexo de comunicación entre atención especializada y atención primaria.

A lo largo de nuestras conversaciones Juana y Eugenio sacan a relucir el apoyo que suponen los hijos, sobre todo cuando viven cerca. "Gracias a Rosa, que

cuando cae Rosa con la jaqueca¹¹¹, que...es peor que la mía, es mucho peor que la mía. La mía era más leve. Yo, se me pasó antes; será porque Rosa tiene los chicos, también los tenía yo, claro, y se pone muy nerviosa, y... pero a Rosa no le sube la tensión, fijate, nada más le ha subido una vez. Ella tiene que meterse en la cama como yo, pero es que rabiosa, rabiosa, rabiosa... se hizo las pruebas de corazón y ahora tiene que ir a hacerse otra que creía que era un electro...para la cabeza, y no sé qué otra cosa, porque fijate qué... anda, que es la que tenemos que nos eche una mano, la otra está en Guadalajara, pufff..., el otro en el otro pueblo...Si yo tuviera a Rosa en el mismo pueblo... porque parece que no, pero es un alivio. Así que, chica, ése es el plan que tenemos aquí en este pueblo, mal, está mal, pero es que aquí quedamos los imprescindibles, que no podemos hacer nada. Porque es que ya los que hay... uno porque no conduce, otro porque no está el hijo, y la mayoría están los hijos fuera, porque aquí no hay trabajo..."

Les pregunto a qué se dedica la gente que vive en el pueblo. Eugenio me dice que antes había más ganado. *"Ahora no hay más que uno que tiene vacas y tres o cuatro piaras de ovejas. Y muy pocos ya se dedican al campo. Somos todos jubilados. Hay mucho jubilado...Las tierras las vienen haciendo casi ellos, ¿no ves que son muy pocas las que tienen? Se han jubilado, pero tienen sus tractores y las hacen ellos. Fuera de tres o cuatro que tienen un poco más de tierras, los demás nada."*

Juana retoma el tema acerca de las ayudas que se establecen a través de las redes sociales. *"Aquí el que tiene un hijo casado que vive aquí le ha tocado la lotería, directamente. Porque tienen trabajo, les pasa algo, si no es él es ella, que tiene carné, y los pueden llevar; pero los que no tenemos a nadie, ni trabajos ni hijos ni... yo no tengo a nadie. La prima que tengo está inválida¹¹² como yo, peor que yo, tiene ochenta años. ¿Quién me va a ayudar? Nadie, yo no tengo... mis hermanas viven en Madrid, mi hermano viene porque tiene aquí la casa, que se quedó con la de mi padre, y viene aquí*

¹¹¹ Rosa me comenta que lo último que está probando para la jaqueca es la acupuntura. La trata un osteópata en Segovia. (Nota de campo, junio de 2009)

¹¹² Juana realiza todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), lo que no se corresponde con su autodefinición de "inválida."

en el verano, se traen aquí el perro para que los chicos, que tiene una hija en Madrid casada, pero también vive en Madrid, y allí en Madrid está su hija allí, aunque esté retirada, pero vive allí, es lo que yo te digo que... lo mismo que la Mari, que está sola en Guadalajara, vamos a ver, dice que no tiene chicos porque no sabe qué va a hacer con ellos, no se atreven. ¡Es que tienen que trabajar los dos! Tienen unas hipotecas, tienen que trabajar, macha. Muy poco jornal que les pagan... Y si tiene un chico tiene que meterlo en la guardería a los cuatro mese. Y si coge una chica, la tiene que pagar. ¿Cómo vamos nosotros? Nosotros vamos una semana pero ¡Estamos buenos nosotros para cuidar chicos y dar biberones y hacer cosas, si yo no alcanzo a ver! Yo no... Y éste todavía ve algo más, pero yo...no puede ser. Yo no sé cómo dicen que algunas tienen muchas ayudas, hija, a nosotros no nos han ayudado nunca, nada, nada, lo que hemos tenido que hacer lo hemos tenido que pagar, de una jubilación pequeña, eh, que Eugenio no llega a los cien euros... digo, a las cien mil pesetas, y yo no llevo nada, yo no tengo nada, porque anda que... dicen que las hermanitas de los pobres, digo -dicen que lo han subido- y entonces yo dije -no, señora, nosotros no lo podemos subir-, dice -porque somos de los que no tienen dinero-, dije -uy, entonces a mí me viene bien, porque como soy de las que no tengo nada- y dice -¡bueno, pues hay una cola...!-, digo -pues váyame apuntando, por si acaso-; si fuera como el seguro, que lo fueras pagando todos los meses, poquito a poco, y sabías que tenías una plaza ahí, pero como eso no lo puedes hacer. Y ya te digo, chica, que esto está muy perdido. Y esto de los médicos va con un atraso... ¡Bueno, bueno, bueno! Yo lo veo muy mal, muy mal para los viejos. A mí me despidió una doctora... todas me van despidiendo porque no tengo arreglo. Digo -Bueno, tendré que volver ahora- y me dicen -¿Para qué quiere usted volver, si lo que tiene usted no es de operación?- No me dan nada,... ¡Nada, nada, nada para los huesos, chica!

¿Ni que rece ni nada? –La pregunté yo bromeando. En ese momento Juana y yo nos reímos muchísimo.

“Cuando hicieron una novena, una monja de no sé qué, me dio una reliquia, un rosario. Yo el rosario en la vida lo he rezado, yo sola es que me canso del rosario...A las monjas¹¹³ de los pobres de la caridad les digo “Id haciéndome plaza, hijas, que yo no tengo ni jubilación”.

Hablamos de las residencias de ancianos. Ellos piensan que no tendrán acceso a ninguna por lo que saben de los altos costes. *“Una residencia de ancianos, pero anda, que no cobrarán. Ahí en el pueblo de al lado la hay.” – Juana.- “Hay muchas ya.” –Eugenio.- “Ya, hay muchas, pero todas de ciento cincuenta todos los meses. Dime tú a mí dónde voy yo...Pues, ya te digo, dicen que estaban vacunando esa inyección, digo -Si nos vacunan y morimos felices, hala, dejamos a los hijos libres por lo menos de cargas.-”* Le pregunto sobre si en el pueblo hay gente mayor cuidada por otras personas, externas a la familia, a las redes sociales, que continúen viviendo en sus casas, como otra posibilidad frente a ser institucionalizado en una residencia de ancianos, o frente a marcharse del pueblo a vivir con sus hijos u otros familiares. Me dicen que sí. *“Hay una chica ahí abajo, en una muy rica que tiene muchas... hay una chiquita tres horas, pero no por la Seguridad Social, eh. Es privado, la han asegurado ellos, vamos, que eso, pero es privada... Aquí por la Seguridad Social no hay ninguna, no. Sí que la habían solicitado, pero no...No, no hay ninguna. No sé si no se las han concedido o no...”*

A lo largo de la lectura de este estudio de caso se puede entrever como es la situación de un matrimonio mayor que vive solo en un pueblo en relación a sus procesos asistenciales, al mismo tiempo que se dibujan sus dinámicas, sus rutinas, sus días.

Para cerrar este estudio, dejemos que sean Juana y Eugenio quienes hagan una reflexión propia final.

¹¹³ En alusión a las Hermanitas de los Pobres que han abierto una residencia de ancianos en Segovia capital.

[Juana]- *Aquí los pueblos quedamos los viejos, inválidos y sin..." "Y muy mal." "Muy mal atendidos. Y si nos quitaran el centro de Pintos estaríamos aviaos.*

[Eugenio]- *En los pueblos estamos muy mal.*

[Juana]- *Estamos muy mal.*

[Eugenio]- *Muy mal, muy mal.*

[Juana]- *Quedamos ya los viejos...Así que, hija, esto es la vida que tenemos. Y hay que estar con un control, que en lo que no pierdas la cabeza y te puedas valer, bien, pero en el momento que pierdas la cabeza o no te puedas valer... ¡Qué papeleta!*

8.5. ANTONINA

Los procesos asistenciales relacionados con personas con demencia son complejos. Estas personas, en la mayor parte de los casos de edad avanzada, ya no pueden ocuparse de sí mismas. Antonina, una mujer que años atrás vivía sola en su casa, pero que poco a poco empezó a caminar hacia el *no recuerdo*. Los protagonistas de casos de demencia no pueden narrar sus propias vivencias, sus propios padecimientos. Es por esto por lo que recurro a las personas que ahora deciden por ellos, a aquellas personas que se hacen cargo de su bienestar, para que me hablen de estos procesos asistenciales. Mercedes, una de los tres hijos de Antonina, es quien nos habla de cómo empezaron a darse cuenta de que su madre *ya no se valía*.

“Nos dimos cuenta, por ejemplo, que cada día la apetecía menos hacerse la comida, o se la veía que se liaba más cuando la hacía, ya no quería ir a misa, cuando ella habitualmente iba todos los días a misa...”

El control social, presente en los pueblos, vivido por las gentes que allí viven en ocasiones como algo negativo, posibilita que además de la red doméstica-familiar, sean las redes informales quienes detecten cambios de comportamiento relacionados con las fases tempranas de la demencia, como son la pérdida de memoria, los cambios en el estado de ánimo injustificados, y los cambios en las rutinas, tan acentuadas en los mayores, o comportamientos que se salen de la norma.¹¹⁴ Así es como en muchas ocasiones se detectan los

¹¹⁴ Paz, la tendera, me ha contado que una de sus vecinas, de edad avanzada, últimamente tira cosas al contenedor. Ella las recoge, y cuando llega el marido de su vecina del huerto se las da. Hay veces que su vecina se quiere marchar de casa -A su casa-, a la que fue la casa de sus padres, que ahora ya ni existe. La cierran la puerta de su casa para que no se vaya. (Nota de campo, 26 de agosto de 2009)

La matrona me habla, en relación a la sexualidad, del caso de una señora de 70 años que acudió a su consulta con una úlcera vaginal. La exploró, y ella le explicó que su marido llevaba una temporada que se encontraba muy excitado, y que ella últimamente dormía en el sofá, porque así que se metía en la cama, y su marido la sentía, no había manera de quitarse de encima. Ante esa situación ella no podía hacer nada, porque había sido educada para satisfacer a su marido, y no era quien para podían su sexualidad, no era quien para decir que no. Al poco tiempo la matrona supo que el marido de esta señora había debutado con una demencia. La sobre-excitación era uno de los primeros síntomas. (Nota de campo, septiembre de 2009)

principios de demencia en la población mayor. El control social ejercido por las redes informales puede ser de mayor importancia cuando la persona que está empezando a manifestar una posible demencia vive sola, sin familiares que puedan observar alteraciones en sus rutinas. El autocuidado y la autoatención desaparecen poco a poco y se han de articular otros procesos de cuidado. Mercedes prosigue su relato explicando cómo empezaron a asumir responsabilidades relacionadas con el cuidado de su madre.

“Mi hermana iba y venía, la llevaba cosas, la hacía la compra, muchas veces la hacía la comida y se la llevaba, y otras veces intentaba que fuera a su casa.”

La aparición de la demencia es paulatina, por ello también lo es la pérdida de facultades de las personas. Es por ello que en las redes doméstico-familiares de estas personas se han de ir tomando decisiones cuando se van dando uno u otro tipo de situaciones. En el caso de Antonina, sus hijos consultaron con la médica del pueblo, quien derivó a Antonina al geriatra del hospital para que valorara la demencia e hiciera un diagnóstico firme. Pero, al margen del modelo biomédico de atención a las demencias, los hijos de Antonina tuvieron que pensar cómo gestionar el cuidado diario de su madre. Ya que, como cuenta Mercedes, *“nos planteamos que no se la podía dejar sola. Esa situación es dura, porque tienes que tomar muchas decisiones. Yo propuse a mis hermanos que ellos la tuvieran entre los dos, y yo los fines de semana, en las vacaciones o cosas de estas, ya que yo no vivo en el pueblo, pero mi hermano y mi cuñada dijeron que no. A mí eso me sentó fatal. Te lo cuento porque no deja de ser un problema que le pasa a la gente. Yo no sabía cómo hacerlo...”*

Varios casos como el de Antonia se sucedieron durante el trabajo de campo. Ante este tipo de situaciones las estrategias seguidas por las redes doméstico-familiares eran *grosso modo* tres. La primera, institucionalizar a la persona con demencia en una residencia para mayores. Como segunda opción se daba el que, principalmente, los hijos desarrollaran una estrategia de cuidado

estableciendo turnos temporales, no asumiendo a veces todos los hijos el rol de cuidadores. Y finalmente, la tercera opción suponía mantener a la persona demenciada en su domicilio, para lo que se contrataba, con carácter de interna, a una cuidadora¹¹⁵, apoyando su trabajo desde la red doméstico-familiar.

“Finalmente llegamos a un acuerdo, coger a una persona, y mientras encontrábamos a esa persona, cuidarla nosotros, mis hermanos entre semana y yo los fines de semana. Esos fines de semana me los pasé enteros con ella, y la verdad es que, es duro, por ver cómo se va deteriorando y porque tú te quedas sin un espacio para ti.”

Al cuidado de Antonina se sumó como tarea para su red doméstico-familiar la búsqueda de una cuidadora. Para tal búsqueda utilizaron la ayuda de redes informales, buscando la ayuda de una mujer polaca que trabajaba como cuidadora de una mujer mayor del pueblo.

“Fuimos a hablar con esta... Luz Marina, la cuidadora de la Flora. Dijo que conocía a una persona. Decidimos esperar a esta mujer para que viniera con contrato legal, y tal.”

Durante el tiempo que esperaron la llegada de la cuidadora, Antonina estuvo, a meses, a cargo de sus hijos.

“Una noche que estaba en casa de mi hermana, -cuenta Mercedes- como ya no estaba bien, pues se levantó, para ir al servicio. Entonces se cayó. Se rompió... ¡Yo que sé lo que se rompió! Mi cuñado las llevó al hospital. Los días que estuvimos ingresados se terminó de demenciar total, pero total.”

Llama la atención cómo Mercedes expresa como *estuvimos ingresados* el tiempo que pasó su madre en el hospital. Es con esta narrativa posterior cuando se comprende la interiorización del ingreso de Antonina.

“En el hospital se aprovechan, como una costumbre, les viene bien el que se quede un familiar, pero es que hay gente que no tiene familiares, entonces se aprovechan de la

¹¹⁵ Las cuidadoras contratadas a las que conocí durante el trabajo de campo eran en la mayor parte de los casos de origen extranjero. Mujeres latinoamericanas, pero también búlgaras, rumanas, polacas o marroquíes. Las mujeres contratadas como internas a las que conocí, es decir que convivían con las personas dependientes, fueron siempre de origen extranjero.

gente que está siempre con sus familiares. No la dejamos sola ni una noche. Tal vez nosotros seamos excesivamente protectores."

El sistema de cuidados hospitalarios asume el que los enfermos tengan un soporte doméstico-familiar y en algunos casos los propios autocuidados que los enfermos ingresados pueden dispensarse.

Mercedes comenta que *"el recuerdo que tengo del hospital no es bueno. Que luego después había enfermeras que se comportaban maravillosamente, y majas y tal, pero en conjunto...Hubo una médica a la que me dirigí por el nombre, y ella me dijo que para mí, ella era la doctora no sé qué...No la contesté, porque la educación que nos han dado nuestros padres aquí, en el pueblo, es mucho mejor que la que dan ahora en los colegios de pago... El comportamiento con los ancianos no me gustó nada. Que puedes poner muchas quejas...pero tenían que tener muchísimas más, pero muchas más."*

Cuando dieron el alta hospitalaria a Antonina, su cuidadora, Graciela, ya había llegado. Mercedes recuerda cómo adaptaron la casa familiar, la casa de sus padres para poder cuidar a su madre allí. Aparecen al mismo tiempo nuevos objetos, una cama articulada y una silla de ruedas, entre otras cosas, que facilitaban el cuidado diario.

"Mi madre ya se quedó en la cama. Nos dejaron una cama en el hospital con esto, como se llama... las barreras. Además compramos la silla de ruedas más estrecha que había, e hicimos obra en casa para poderla sacar en la silla de ruedas al corral. Ella estaba fenomenal allí. También hicimos el cuarto de baño, en el baño quitamos la bañera y pusimos una ducha. Ah, y una rampa de madera para poder salir a la calle."

La pregunto si en algún momento el personal médico o de enfermería del pueblo acudió a ver a su madre, pensando en que Antonina entraba a formar parte de la *población diana* del *Servicio de Atención Domiciliaria a pacientes inmovilizados*.

"En cuanto volvimos al pueblo la doctora ésta, Eugenia, majísima, fue la que vino y le dio diversas medicaciones para que estuviera más tranquila...hasta que dio con la

medicación. La doctora iba a verla de vez en cuando y luego iba cuando se la llamaba. A mí me parecía una mujer bastante profesional y cariñosa además."

Hablamos de Graciela, la cuidadora que finalmente llegó de Latinoamérica para cuidar a su madre. Mercedes cree *"que es una buena cosa lo de tener a una persona que se la cuide en su casa, siempre y cuando, claro, cuando esté alguien pendiente. Graciela a mi madre la daba de comer, la cuidaba... pero a la hora de limpiarla quien la limpiábamos, quien la cambiábamos el pañal, porque claro, mi madre no controlaba, éramos nosotras. Por la mañana se la levantaba y Graciela nos ayudaba para moverla. Después íbamos también por la noche para acostarla. Ella tenía libres los domingos."*

Como explicaba antes Mercedes, la implicación de la red doméstica-familiar fue fundamental para poder cuidar a Antonina en su propio hogar. En sus discursos sobre el cuidado de su madre Mercedes habla de su hermana y de su cuñada. La pregunto directamente por la implicación de su hermano en el cuidado de su madre. *"Mi hermano iba a verla pero, por ejemplo, no la lavaba."* Reflexionamos las dos en voz alta sobre si *cuidar* está asociado al hecho de ser mujer, y Mercedes me explica a qué se debió que las cosas fueran así en el caso de su madre.

"Nosotras, a mi hermano, en ningún momento le exigimos nada porque teníamos a mi cuñada, y era más fácil y más rápido que con él, que no tiene habilidades para cuidar. Es como un intercambio de mi hermano con mi cuñada. Mi cuñada tiene el rol de estar en la casa con las cosas colaterales, como por ejemplo mi madre, y el otro asume que él hace las cosas fuera de casa...Pero cualquier hombre lo puede hacer, es un aprendizaje. Por ejemplo, tengo una amiga que tiene a su suegro en casa, y mi amiga a su suegro no le lava, le lava su marido, que es su hijo. Es una evolución. Otra cosa es, que yo lo he oído, que hay madres que se resisten a que su hijo, varón, la lave o al revés, por esto del pudor que tiene esta gente de ochenta y tanto años. A lo mejor la gente de setenta ya tiene otro chip."

Mercedes prosigue hablando de cómo su hermana, su cuñada y ella gestionaban día a día los cuidados de Antonina, y de cómo, en cuanto a la

cuidadora que contrataron, *“en el aspecto ese de cuidado te tienes que adaptar tú a ella, más que ella a ti porque la que está ahí es tu madre...Realmente no cubre... para que cubriera los aspectos materiales necesitarías a dos personas cuando una persona está en cama.”*

Pregunto a Mercedes por qué decidieron buscar a una cuidadora de origen extranjero. *“Por la cuestión económica nuestra y de ellas, y porque además una mujer española nunca va a querer trabajar como interna.”*

Mercedes reflexiona sobre la toma de decisiones que realizaron ella y sus hermanos, e indirectamente sus cuñados, como parejas de sus hermanos. *“Yo pienso que fue lo mejor que hicimos. Yo creo que si a mi madre en vez de tenerla en casa, la hubiéramos llevado a una residencia de ancianos no había durado nada. Eso es lo que me parece a mí.”*

Como en otros estudios de caso, aparecen las residencias de ancianos.¹¹⁶

Mercedes me habla de su percepción de estos lugares pensados para la atención de las personas mayores, de cómo ella ha conocido a gente y ha tenido familiares próximos que han estado o están en residencias de ancianos.

“Para mí, las residencias son como un aparcamiento que además, acelera que te vayas. Los que no están lelos se acaban volviendo lelos. ¿Es que eso no se puede estudiar? Porque, la verdad, yo cada vez que pienso que tenga que llegar a una residencia de esas, se me ponen los pelos como escarpas. Otra cosa es que sea por una razón transitoria pero por lo demás...”

¹¹⁶ *Estos días he estado escuchando en el pueblo que han dado el alta hospitalaria a Isidoro, un vecino que llevaba tiempo ingresado. No ha regresado al pueblo porque sus hijos han decidido llevarle a una residencia de ancianos. Esta decisión se ha debido a que ya no puede estar solo en su casa. Comentan las gentes que se ha demenciado en el hospital. Me encuentro con uno de sus hijos, que está de paso por el pueblo, y me dice con cara de resignación que las residencias de ancianos siguen sin ser la mejor opción, pero sí la más económica, ya que una persona sola no podría cuidar a su padre. Se necesitarían bien dos personas, bien que además de la persona que estuviera contratada, hubiera alguien de la familia que estuviera pendiente, y ellos no pueden hacerse cargo porque ninguno vive en el pueblo. Me termina contando que su padre en la residencia no está bien, que habla poco con el resto de las personas que todavía pueden comunicarse, y que además éstos están rodeados de gente que está totalmente perdida ya, que les tienen a todos juntos. (Diario de campo, 18 de octubre de 2009).*

Antonina fue recuperando movilidad tras su caída. Un día la encontraron levantada. Estuvo una temporada más alerta de las cosas que pasaban a su alrededor, disfrutando de paseos por las calles del pueblo, gracias a que su cuidadora y sus familiares empujaban su silla de ruedas. Meses después tuvo un derrame cerebral. Mercedes recuerda, con rostro serio, como Antonina *“se quedó como una muñeca rota.”* Sus últimas semanas en casa, la médico y la enfermera del pueblo acudían a su casa juntas, *“cuando ellas creían conveniente, y cuando se les avisaba, siempre.”* Uno de esos días la médico dijo a la familia que la llevaran al hospital. Cinco días después Antonina falleció.

8.6. NICASIA

Oigo hablar de Nicasia a su nieta, Arantza a quien pregunto si podría acercarme algún día a conocerla. Arantza me facilita el teléfono de su madre, de Marisol. Me comenta que es mejor que hable con ella. Marisol y yo finalmente quedamos en que me acercaré a ver a Nicasia un sábado que ella también esté en el pueblo.

Recorro una vez más el camino hacia esos pueblos. Es un día soleado. El campo está muy verde. Me oriento bien para llegar a la casa que me indicaron. Aparco el coche en la misma calle donde se encuentra la casa y me dirijo hacia la puerta. Llamo con el llamador de metal, y aparece una mujer de unos cincuenta años a abrirme la puerta. Es la hija de Nicasia. Me dice que pase, nos saludamos y me lleva hasta una salita. Nicasia está esperando sentada en esa habitación que está cerca de la entrada de la casa al resguardo de una mesa camilla. El mobiliario de la habitación está compuesto por unas sillas, un pequeño sofá y una televisión. La habitación tiene una ventana que da a la calle, con vistas a la iglesia.¹¹⁷ Una reja y una persiana de madera verde visten la ventana. Una de las paredes de la habitación está sustituida por una cortina, y dentro la habitación se amplía. Es una alcoba. La casa es una casa antigua que ha sufrido ya alguna remodelación. Tiene un gran portal y un hermoso patio.

Las comento de nuevo para qué estoy allí, y las pido permiso para poner la grabadora. Nicasia está algo sorda, por eso su hija y yo alzamos la voz al hablar. Cuando su hija, presente por momentos, me quiere comentar algo lo hace en voz baja para que su madre no lo oiga. Es así como ella me va facilitando información. Su hija nos deja solas.

¹¹⁷ *Marisol insta a Nicasia a que me cuente cómo cada vez que día a luz había tenido que tapar con una tela esa ventana hasta que pasaran los primeros cuarenta días tras el parto, ya que se veía la iglesia. Hasta entonces tampoco podían ir a la iglesia. (Nota de campo, 28 de septiembre de 2009)*

Empezamos a hablar y Nicasia me dice sonriendo que tiene ochenta y seis años. Ella ha vivido toda su vida en ese pueblo.

“Sí, sí, sí., siempre, siempre. Aquí nací y aquí me casé y aquí me he quedado, ¿sabes? Ahora me voy los inviernos con éstas, un poco con cada una; tengo otra hija en Salamanca. Estoy hasta marzo, me voy en noviembre y estoy hasta marzo.”

Cuando la gente se hace mayor, cuando poco a poco desaparece la gente con la que han vivido en su hogar, es una práctica común el que sus hijos o familiares se hagan cargo de ellos. En algunas ocasiones esto se materializa decidiendo que pasen los inviernos, la época más duras desde el punto de vista climatológico y de relaciones sociales, en sus casas, en la mayor parte de los casos, ubicadas en ciudades.

“En el pueblo los inviernos son tristes, muy tristes, porque no se ve un alma pasar. Ahora todavía hay alguno forastero, pero de aquí en adelante, cuando empieza a hacer frío, pues nada. Ahora viene una muchacha así como tú, joven. El otro día acudimos cuatro personas, nada, poquísimos, porque es que no quedan más que personas mayores, y como es para los mayores, pues eso. Viene para la memoria¹¹⁸, que ya nos falla bastante, a ver.”

Comenta que quedan cuatro¹¹⁹ mayores como ella en el pueblo, entre ellas su cuñada de noventa y dos años que dice que va tirando, que siempre está en tratamiento médico.

“Unas veces mejor, otras veces peor, pero vamos tirandillo.”

Nicasia es la primera de todo del barrio en levantarse.¹²⁰

“Mira qué ganas tendré de hacer, pero ya no puedo parar. Esta mañana, desde las tres y media, me levanto, abro esta ventana, pero sin subir la persiana, y así veo amanecer todos los días, todos los días veo amanecer y ya no me puedo dormir ni tranquilizarme.”

¹¹⁸ Actividad promovida por la Diputación Provincial de Segovia.

¹¹⁹ Expresión coloquial para referirse a que hay poca gente.

¹²⁰ Es curioso que en pueblos de menos de 500 habitantes como es el caso se hable de barrios, pero es así. El pueblo está dividido en diferentes barrios, compuestos por varias calles.

Después de comer a lo mejor me echo aquí una cabezadita si me gusta la novela que sigo, que es la única que veo y creo que no la voy a terminar, porque me salen todos los días personajes nuevos, y digo “pero bueno, ¿dónde está el primero?”. Nos reímos.

Durante sus días de soledad en casa, nos habla de la televisión como entretenimiento y como paliativo a la soledad. Si bien por los discursos de Nicasia y por los de otras personas de su edad cabría preguntarse si la oferta televisiva está pensada para la gente más mayor.

“¿Sabes lo que me pasa con la tele? Por la noche me cansa a horrores, porque no veo más que partidos, que yo no entiendo ni jota, veo cosas que no las tendría que ver porque me da vergüenza hasta verlas, y cojo y la quito, así me pasa. Cansa mucho la tele ya, y luego ¡si no se ven más que pelotas y balones! y yo no entiendo ni una patata de eso, pues a ver, no me gusta. Me molesta últimamente. La quito y ya está... o la pongo bajita porque así veo a gente y es una compañía, claro, porque durante el día si me falta la tele digo “ves, me falta una cosa”, aunque no la mire, pero siento el runrún y parece que tengo gente. Así vamos tirando.”

Nicasia el resto del año vive sola en el pueblo. Me cuenta a qué dedica su tiempo de soledad.

“Estoy sola, sí, pero me salgo de paseo un poco por la carretera, una carretera que va de aquí a Barriolafuente, y por la ermita¹²¹ también vamos, o sea...Así nos lo pasamos, hija, esta es nuestra vida... Ahora de paseo, como lo recomiendan para todas las enfermedades el paseo, pues hala, de paseo...Mi marido paseaba mucho últimamente y se murió de repente en la cama, ¡y anda que no se ha dado paseos! Ya cuando nos jubilamos, claro, antes no podíamos salir de casa nada de nada. Pero hija, así, sin estar malo algo tendría para morir de repente.”

Nicasia, vestida aún de luto, recuerda a su marido en sus narrativas. Su nieta Arantza me habla de que su abuelo era un hombre muy activo, con una salud

¹²¹ Para más información acerca de estos lugares de culto ver Tardío & de Miguel (1989).

de hierro, que nunca fue al médico, y que un día se murió de repente en la cama, sin que su abuela se enterara, lo que agudizó la tristeza de Nicasia.

“Con esta vecina he salido muchos días de paseo, pero ahora ya ella también tiene azúcar y, claro, tiene que [ininteligible] más que yo y es más joven, diez años menos que yo. Y fijate, anda que no se... ¡buhhh!, no se nota, se nota un año y dos años, cuanto y más diez, y todas, pues a ver, son más jóvenes que yo, todas, diez años, once y así.

[Marisol] *“Sí, mi madre también ha salido con las vecinas, con una vecina ha salido a pasear pues hasta ahora prácticamente, lo que pasa es que ya tienen otro ritmo, porque es más joven la vecina...”*

Habla de ocupaciones que tuvo en un tiempo pasado.

“Yo hasta ahora me he entretenido en coser y por ahí, pero ya no, ya no me puedo fijar mucho, pero hemos cosido mucho, hemos bordado también, lo que hacíamos antiguamente; ahora no se cose ni se hacen labores ni se hace nada.”

Al preguntarla cómo se encuentra me responde que se entretiene porque tiene una casa enorme. El mantener su casa limpia, una característica del autocuidado, la ocupa gran parte del tiempo.

“¿Yo? Pues bien. Me entretengo, porque tengo una casa enorme [ríe]; si la quieres ver te asustas, porque es enorme, ya antigua, vieja, la hemos reformado... nosotros cuando nos casamos la reformamos un poco, pero da quehacer a una mujer. Mis hijas cuando vienen digo “hija”, como ya no me alcanzo ni me atrevo a subir una escalera como lo he hecho antiguamente, digo pues hija, si veis polvo o telarañas por ahí, las quitáis, porque yo ya no me atrevo a subir a la escalera; y con la escoba, como tienen los palos largos, llego, alcanzo. Yo [ríe], perdona, llego ya poco, cada vez menos, porque cada vez soy más baja, a ver, ya no llego a los sitios que llegaba antes, digo -Dios mío, ¡sí estoy perdiendo para abajo!-. Así me pasa, hija. Pero tengo una casa para entretenerse la gente, a ver, yo así me entretengo, no paro en todo el día, y después me voy de paseo y así me entretengo mucho.

Como otro modo de entretenerse dedica el tiempo de las tardes a hacer sopas de letras.

“¿Sabes lo que hago? [da un golpe] Letras, sopas de letras. ¡Tengo una colección de cuadernos! Si te los enseño, bueno. Y es lo que hago, así me entretengo.”

Nicasia, está bastante sorda.

“A ver, si estoy sorda, que no me quiero poner un aparato porque aquí se lo han puesto varias así y resulta que no hacen más que estar con la mano al aparato y a una se le cae [réimos], a otro que era del tiempo de mi marido se le quitó dentro, menuda operación que le tuvieron que hacer. Digo “yo a mis años ya ponerme esas... nada”.

Sus hijas la han comprado un teléfono inalámbrico adaptado para personas mayores, muy sencillo, para facilitar en la medida de lo posible la comunicación con ella.

“Yo tengo un teléfono... ¿cómo se llama? Inalámbrico, y bueno, dicen -para que te lo lleves-, porque tenemos un patio muy grande, bueno, es interminable esta casa, dice -para que te lo lleves en el bolsillo, no sea que te vayas a caer-, porque hace poco tiempo me tiró una gata que tengo, se me atravesó y me tiró, y yo digo -se me ha roto la cadera o una pierna, ¿cómo me levanto y a quién llamo yo?-. Si hubiera llevado el otro teléfono que tenemos inalámbrico... pero no me acuerdo, me pongo a lo mío, me enredo y no me acuerdo de que me puedo caer, mira, como me pasó con la gata, a ver.”

Las caídas son uno de los temores de la gente mayor y de sus hijos en la distancia. Una caída a esas edades puede suponer toda una cascada de despropósitos.

Su hija no piensa que el teléfono sea la panacea, incluso lo define como problemático, y no sabe hasta que punto puede confiar en que vaya a ser útil en algún momento.

“Es un problema, porque tiene dos teclas: en una de ellas llama a mi hermana y en otra me llama a mí; entonces yo, claro, estoy en casa y tengo que tener siempre el teléfono conmigo, ya como costumbre, no sea que me vaya a llamar y, bueno, es un problema, pero bueno, por si alguna vez le pasa y se lo quiere llevar...”

La tecnología hace acto de presencia en la conversación. La tecnología intenta paliar el hecho de que haya gente de avanzada edad, vulnerable, sola en casa.

La hija de Nicasia me habla en una de las ocasiones sobre el servicio de tele-asistencia: *“Queríamos que se pusiera la tele-asistencia, pero ella no quiere porque como tienes que dar el nombre de un vecino dice que va a molestar a todas horas, porque a veces que si te apoyas, que si conocía un caso en que les despertaban a las dos de la mañana y...”*

Nicasia también me comenta en una de las ocasiones el tema de la tele-asistencia.

“Una mujer que tenía la tele-asistencia aquí en el pueblo traía a la gente en movimiento, porque se daba a lo mejor con la mesa o con la camilla o se agachaba con un golpe, y digo -yo no quiero esas músicas-; y ahora que tengo el otro (haciendo alusión al teléfono inalámbrico), unos días me acuerdo y otros no me acuerdo, pero me voy derecha, derecha a lo que tengo que hacer y no me acuerdo de que me pueda caer. Además tienen que estar mis hijas también con el aparato constantemente... Y yo, a estas edades, estará de parte el que nos caigamos o... yo, si me muero por la noche estando sola, pues no se entera nadie, pero siempre tengo aquí el teléfono por si eso. Pero mira, ayer o anteayer se conoce que se acabó la pila del otro, ¡me dio un susto!, lo tengo en la mesita de noche, venga a tocar, digo “¡Dios mío! ¿Quién me llamará?” ¿Y qué voy a hacer yo?”

[Marisol] *“Hay que acostumbrarse. Le decimos, claro, como no nos tiene que llamar no nos llama, que nos llame una vez a la semana porque si no, claro, se le olvida.” “Se me olvida.”-asiente Nicasia.- Continúa hablando del otro teléfono, del teléfono normal. Comenta las bondades y los defectos de uno y otro aparato.*

“Anda, claro, pero lo malo es que yo la puedo llamar a ella y ellas inmediatamente llamar a una vecina, pero no teniendo más que su número pues no puedo si me caigo en el patio llamar a una vecina, y en cambio con el otro sí, sí, si me llevo el inalámbrico... porque abulta más el otro. ¿Dónde voy yo con ese cencerro? A cualquier parte que me voy...”

Nicasia dice que puede pedir ayuda a alguna vecina si la sucede algo. La pregunto que cuantos vecinos tiene. *“Tengo dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete... siete, y luego los que vienen los fines de semana, otra allá en la esquina, ocho.”* Dice

que con ella habla todo el mundo, pero que la gente se está haciendo *muy particular*. *“Se meten en sus tareas, en sus cosas, y a ver, no siendo por la tarde, que también se salen de paseo, pues a ver.”*

La pregunto si cuando se encuentra mal acude al médico. Ella me cuenta que el médico viene lunes, miércoles y viernes, y la enfermera viene, o la ATS, viene los viernes, los martes y nada más. El médico viene tres días a la semana y la ATS viene dos. Nicasia dice ir a la consulta del ATS.

“Tengo dos hermanas, una se murió diabética, y tengo otra que también es, y yo no lo tengo pero por miedo me lo controlo y voy todos los meses al ATS y allí me controla, me hace la prueba del azúcar, y allí me lo controlo, hija; y así voy tirandillo, o sea, que no me molesta para nada.”

La pregunto si toma alguna pastilla. Me sorprende el manejo que tiene con los nombres de los medicamentos y con los principios activos.

“Tomo media pastilla de daonil para el azúcar, en prevención; tomo para la tensión higrótona... ¿y qué otra tomo? Ah, para el colesterol, que me hago análisis también todos los años en Segovia, y resulta que el colesterol lo tengo un poquito subido, no tiene ninguna importancia, me han dado los resultados, pero tomo también una pastilla de simvastatina para el colesterol. Así es que todo eso.”

La pregunto si no queda con otras señoras del pueblo para jugar, por ejemplo, a las cartas, una de las actividades de ocio más cotidianas entre las mujeres mayores. Marisol me dice que hay un grupillo pero que *“la verdad es que en otros pueblos sí que la gente se reúne más.”*

Nicasia recuerda que tiempo atrás sí se juntaban, pero eran más jóvenes. *“Íbamos al bar, allí, a jugar a la baraja, sí, anda que no han estado años jugando ésas, pero yo no, yo ya al quedarme sola no...”*

Nicasia nombra como quedarse sola el enviudar, y recuerda cómo pasaba el tiempo, tras jubilarse su marido, acompañada por él, y las actividades que él también, durante ese periodo de jubilación realizaba.

“Antes jugaba con mi marido a la brisca¹²² por la tarde, pero a mi marido le gustaba mucho leer y echábamos una partida y se cansaba, dice “mira, yo ya...”, y se cogía su libro, que alguno se ha leído...Le gustaba leer muchísimo y pasear, después de jubilarnos¹²³, claro. Y a él le gustaba salir, pero sólo salía los domingos un rato al bar con los amigos, pero luego ya por la tarde... venía loco por la mañana, ya se tenía que tomar una pastilla, una aspirina, porque venía loco de la taberna, dice -yo no sé ni cómo se entienden éstos- No era de taberna...Tenía una comparsa que él llamaba -los de la botella- y se juntaban muchos después de misa, los domingos, pero luego ya no salía más.”

Para Nicasia, ahora *“Lo malo es que se hacen los días interminables, que no sabes qué hacer... yo, coser me cuesta ya trabajo, que si no también me entretenía. Ahora me lío con las sopas de letras y ahí me entretengo. Ni aunque tenga revistas ni nada, no me llaman la atención, las doy un vistazo, pero nada.”*

Nicasia tenía un cáncer de mama desde hacía algo más de ocho años. El pasado invierno, cuando estaba con una de sus hijas, en Madrid, enfermó. En dos semanas murió. Volvió a su pueblo a descansar.

¹²² La brisca es un juego de cartas muy popular en la zona, junto a otros como el tute y el mus. A la brisca suelen jugar más las mujeres, mientras que el mus, por ejemplo, es un juego más de hombres.

¹²³ Las mujeres mayores hablan de la jubilación de sus maridos como propias, utilizando la expresión *“Nos jubilamos.”*

9a. CONCLUSIONES

Esta etnografía, una *Medical Anthropology at home*, trata de comprender mejor y profundizar en el conocimiento de los procesos asistenciales de las gentes y de la atención primaria en el medio rural de la provincia de Segovia. A través de los capítulos de este texto usted ha recorrido diversos espacios, al tiempo que se ha ido encontrando con diferentes actores sociales, quienes han expuesto sus percepciones y vivencias en torno a los procesos asistenciales y la atención sanitaria en el ámbito rural. Esta investigación se caracteriza por ser una etnografía multisituada. En este último apartado que titulo *conclusiones*, desarrollo una reflexión final en torno a los principales hallazgos de este estudio.

En la base de la Antropología Social está la preocupación por los contextos. La consideración de éstos es lo que permite dar significado a formas de pensar, a formas de actuar, a formas de relacionarse, a jerarquías y valores. La *primera conclusión* de esta investigación es cómo el *método etnográfico* ha sido útil para abordar el contexto rural, dando así respuesta al objeto de estudio de este trabajo, pese a la complejidad del diseño.

La *segunda conclusión* es la importancia central del *autocuidado* y la *autoatención*, tanto personal, como a través de la red doméstico-familiar y las redes informales en la vida cotidiana de las personas que viven en el medio rural segoviano. Ambos han sido pilares fundamentales para el mantenimiento de la salud y la búsqueda de recursos para evitar o paliar malestares, dolencias, enfermedad, así como para dar respuesta y continuidad a la *asistencia médica profesional*. Los estudios de caso recogidos en este trabajo son ejemplo de ello. Sin embargo, los profesionales sanitarios *no perciben el papel central* que tienen el *autocuidado* y la *autoatención*, expresándolo, en ocasiones, mediante términos tales como la *sobredemanda* de la población, su dependencia del sistema sanitario, su falta de autonomía en el cuidado y la búsqueda continúa de *atención médica profesional* que realizan. Esto revela que, en este contexto específico, “medio rural segoviano”, los sanitarios conocen *solo parcialmente* los problemas de salud/enfermedad y *cómo se resuelven* en el ámbito doméstico-familiar. La falta de reconocimiento del valor del mal llamado *cuidado lego* suele ser explicada por su deslegitimación por parte del modelo biomédico, a pesar

de medio siglo de debate sobre dicho tema por parte de las Ciencias Sociales. Frente a esa percepción de los profesionales, en los *estudios de caso* se pone de relieve cómo la atención integral de salud y la continuidad de cuidados no es sustentada por las instituciones (Comelles, 1993), sino que precisa del individuo y de sus redes sociales, que son los que desarrollan las labores de *autocuidado* y *autoatención*. Pese a la retórica del abordaje holístico de la salud de las personas y las poblaciones en alusión al *modelo biopsicosocial* que es clave en las definiciones de atención primaria y cuidados paliativos, los discursos y las prácticas de los profesionales sanitarios siguen atrapados en el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1978).

Como *tercera conclusión* exponer cómo *autocuidado* y *autoatención* plantean en este estudio una cuestión relacionada con la equidad. Las cargas diferenciales del *cuidado lego* entre hombres y mujeres, generan desigualdades de género (García-Calvente, *et al.*, 2004a). Son las mujeres, principalmente, quienes asumen el trabajo reproductivo ampliamente estudiado por la Antropología Feminista (Beltrán & Maquieira, 2001; del Valle, 2002), desempeñando los cuidados dentro de la red doméstico-familiar y propiciando el desarrollo de redes informales (Valderrama *et al.*, 2010). El estudio *Diagnóstico de la igualdad de género en el mundo rural* (MARM, 2011), pone de manifiesto que en el ámbito rural se mantienen valores tradicionales sobre los roles de género, afirmando también que son las mujeres quienes desempeñan, fundamentalmente, el trabajo reproductivo. La carencia de servicios sociosanitarios, agudiza el que las mujeres asuman los roles de cuidadoras, ocupándose de las personas dependientes de su entorno (García-Calvente, *MM. et al.*, 2004a; 2004b). Es importante señalar cómo se considera a estas mujeres oficialmente desocupadas, estadísticamente inactivas, es decir, en situación de improductividad. Al mismo tiempo, son estereotipadas por el sistema sanitario como hiperfrecuentadoras, dado que son ellas quienes acuden a las consultas para solucionar problemas relacionadas con sus familiares y allegados, además

de demandar asistencia por malestares relacionados en parte con su sobrecarga laboral (García-Calvente, *et al.*, 2004a). El control social, característico de los pueblos, y la falta de recursos asistenciales propicia más aún que sean las mujeres quienes asuman los cuidados de la población dependiente. Es así como el trabajo doméstico sigue siendo una responsabilidad eminentemente femenina, a pesar del aumento de la participación de los hombres (Larrañaga, 2006) quienes cada vez más asumen roles de cuidado que históricamente han estado vinculados a *lo femenino*, como pueda ser la higiene doméstica y personal, siendo este hecho algo reciente y vinculado a la intimidad del hogar. Si bien, es importante señalar cómo en esta etnografía aparece una forma *masculina* de colaborar con los cuidados, a través de la cual los hombres asumen tareas como la conducción o la movilización de población dependiente. Es destacable cómo en una u otra medida todas las personas que componen una red doméstico-familiar participan de la experiencia colectiva de la enfermedad formando ésta parte de su vida cotidiana.

Tanto la distribución de la responsabilidad de cuidar entre hombres y mujeres, como entre familia y estado, constituye un debate crucial de salud pública (García-Calvente, *et al.*, 2004a). Modelos teóricos provenientes de la Antropología Médica, como el *sistema de la atención a la salud en las sociedades actuales* (Haro, 2000) tenido en cuenta en este trabajo, mantienen que *autocuidado* y *autoatención* son centrales para el cuidado de la salud. Frente a éstos, el modelo biomédico, incorporado (*embodied*) por los profesionales sanitarios de esta etnografía, no termina de reconocer el papel central del *autocuidado* y la *autoatención*, estereotipando en ocasiones a la población de demandante y pasiva frente a sus problemas de salud. De producirse un cambio de modelo en el que *autocuidado* y *autoatención* se pensaran por el sistema de salud como fundamentales, se propiciaría el que se pasara de un modelo *monológico* a un modelo *dialógico* de intervención (Martínez, 2008). Esto propiciaría un aumento de la efectividad de las intervenciones, una mejora de los resultados en salud, y

probablemente una reducción de los costes sanitarios. Buen ejemplo de ello son acciones puntuales, destinadas sobre todo a enfermos crónicos o a tratamientos farmacológicos prolongados en el tiempo, que han incorporado *el autocuidado* (OMS, 2003). Además de lo anterior, se dignificaría a la población, enfermos y cuidadores, dado que serían reconocidos como actores activos.

Una vez es superada la *autoatención* como solución a los problemas relacionados con la salud, comienza una búsqueda de otro tipo de recursos, ayudas y remedios. Como *cuarta conclusión*, en esta etnografía se ha visto cómo la opción principal de la población es la búsqueda de *atención médica profesional*. En este sentido, la atención primaria se suele comportar como la puerta de acceso al sistema sanitario que utilizan los usuarios (Martín & Cano, 2003). Teniendo en cuenta la definición de atención primaria encontramos que en estos pueblos cumple funciones asistenciales, si bien en menor medida de prevención y de promoción de la salud, trabajando escasamente a nivel comunitario como contempla la definición de atención primaria.

En quinto lugar concluir que la nombrada búsqueda de *atención médica profesional* en el ámbito rural esta condicionada por las *distancias* y por la *disponibilidad de recursos* humanos y materiales. Respecto al acceso a los consultorios locales el trabajo nos permite afirmar que existen dificultades de accesibilidad a esta *atención médica profesional* debidas a la falta de consultas en horario de tarde. Esto supone una barrera práctica de acceso para la población adulta laboralmente activa, o bien estudiantes, con especial relevancia para aquellas personas que trabajan y/o estudian fuera de los pueblos donde residen. Este es un aspecto que deja verse tanto por el uso que hace esta población del consultorio, ante problemas agudos, como en las ausencias percibidas por los profesionales sanitarios en las consultas preventivas. La utilización de las urgencias de primaria, a modo de consulta de tarde, supone otro ejemplo de lo anteriormente planteado. Esta denominada *hiperfrecuentación* de las urgencias de atención primaria, percibida por médicos y enfermeros, es descrita por ellos

en parte como una consecuencia de la falta de accesibilidad a los consultorios locales en horario de mañana. Es en horario de mañana cuando también se dispensan servicios sanitarios y administrativos en los centros de salud rurales. Para salvar las distancias desde los pueblos en los que no están ubicados hasta cada centro de salud de referencia la población mayoritariamente utiliza la red doméstico-familiar o redes informales, dada la falta de transportes públicos disponibles.

Por otro lado, las *distancias* suponen para los profesionales sanitarios un impedimento para dispensar una atención sanitaria de calidad a la población rural. Este problema tiene en la falta de recursos humanos y/o asistenciales adaptados a la realidad rural, una de sus principales causas, siendo la atención a dispensar ante una urgencia vital uno de los ejemplos más significativos.

Así también, la lejanía al hospital, dado que el actual modelo sanitario es hospitalocéntrico, ha sido percibida como un problema a lo largo de esta etnografía por diferentes actores sociales. Las *distancias* fueron percibidas como una barrera de acceso y utilización de los servicios hospitalarios para la población. Es por eso que los médicos de atención primaria intentan resolver el mayor número posible de situaciones en consultorios locales y puntos de atención continuada, para evitar derivar a la población a atención especializada, al hospital.

Como *sexta conclusión*, en relación al acceso a los servicios hospitalarios, podemos afirmar que en el ámbito rural segoviano los medios de transporte públicos y el llamado transporte colectivo no están adaptados a los requerimientos de una población enferma. Esto hace que, sobre todo cuando los enfermos están debilitados, no sean funcionales, no sean apropiados. Como se ha visto ejemplificado en varios estudios de caso, el transporte se asume como *autocuidado* y *autoatención* por parte de la red doméstico-familiar o las redes informales con la finalidad de preservar la calidad de vida de los enfermos que requieren *asistencia médica profesional especializada*. Como hemos visto en alguno

de estos estudios esta asunción provocó cambios en los modos de trabajo de la red doméstico-familiar y en menor medida de las redes informales, o bien, los traslados fueron asumidos por los propios enfermos.

La *séptima conclusión*, en relación a la unidad de cuidados paliativos, destaca una mayor delegación de los cuidados paliativos por parte de la unidad a atención primaria rural. Dicha delegación aumenta según lo hacen las distancias. Esto indica una menor presencia de esta unidad, y por tanto de los servicios que presta en las áreas rurales, siendo ésta más acusada en las áreas rurales que se encuentran más alejadas del lugar físico donde se emplaza la sede de la unidad, el hospital de Segovia. Dicha situación pone de relieve una vez más la falta de adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades de la población que reside en el medio rural.

La *octava conclusión* es la emergencia en esta investigación de problemas de coordinación y dificultades de comunicación entre profesionales sanitarios, población, e indirectamente gestores sanitarios. Tal y como afirmaban Kleinman *et al.* (1978) la investigación clínica es más una investigación social que una ciencia biológica, ya que estos estudios suelen acabar concluyendo y enfatizando la importancia de la comunicación en las relaciones de la atención a la salud, así como poniendo de relieve los conflictos y las negociaciones que se dan entre los diferentes agentes de la llamada realidad clínica. En este trabajo aparecen las percepciones de diferentes profesionales sanitarios en cuanto a la falta de coordinación, en un primer lugar, ejemplificada por el escaso funcionamiento de la unidad básica asistencial en atención primaria rural, pasando por los discursos que giran en torno a que el equipo de atención primaria en realidad no es tal, dado que los diferentes profesionales desarrollan su actividad asistencial en solitario.

Entre atención primaria y especializada, incluyendo la unidad de cuidados paliativos, se observa una falta de comunicación bidireccional. De nuevo al igual que en la comunicación entre los profesionales sanitarios y usuarios,

prima el modelo *monológico*, existiendo la necesidad de generar un *modelo dialógico* de intervención. El mejorar la coordinación asistencial, así como la comunicación entre los diferentes actores que intervienen en los procesos asistenciales favorecería la llamada continuidad de cuidados (Lapena, 2011).

Como *novena conclusión*, subrayar *la soledad* percibida por diferentes actores sociales de esta etnografía como uno de los hallazgos de este trabajo. Una soledad, propiciada por el aislamiento, las distancias, la falta de servicios, el envejecimiento poblacional y la despoblación del ámbito rural. Soledad a la que me enfrenté como antropóloga durante la realización del trabajo de campo. Durante las estancias en el campo entendí bien la percepción de soledad de la que, por ejemplo, los profesionales sanitarios me hablaban. Es también la soledad de la población la que en ocasiones, según éstos, genera un aumento de la demanda asistencial en los consultorios locales por parte de los mayores. Esta demanda que se produce en mayor medida cuando existe una desestructuración de la red doméstico-familiar y de las redes informales, también se relaciona con la falta de recursos sociosanitarios. Esta soledad, acompañada por el fallo de la autonomía personal, origina que las personas mayores tengan grandes dificultades para continuar viviendo en sus casas, en sus pueblos. Ante esta situación, las estrategias de la población, no excluyentes, que se han mostrado en esta etnografía han sido la institucionalización de estas personas en una residencia de ancianos, la contratación de cuidadores o el peregrinaje de estos mayores por las casas de sus hijos y en menor medida familiares cercanos.

A modo de *décima conclusión* es importante señalar, siguiendo el *sistema de la atención a la salud en las sociedades actuales* (Haro, 2000), que en esta etnografía la *atención alternativa* tiene una presencia casi simbólica. Por otro lado, como *undécima conclusión* destacar la ausencia en esta investigación, tanto contextual como percibida por los actores sociales, de la *autoayuda* y la *autogestión*. Cabe así

señalar cómo el modelo planteado por Haro (2000) se ve simplificado en el contexto de estudio donde se desarrolla este trabajo.

A modo de reflexión final, expresar que las poblaciones que viven en el contexto rural de este estudio, además de sustentar desigualdades de otro tipo como puedan ser las relacionadas con el género, sufren desigualdades de tipo geográfico. Es por ello fundamental adaptar los servicios sociales y sanitarios a las realidades de estas áreas rurales, que cuentan con una población dispersa y envejecida. Se hace así necesario el dar apoyo a las personas, grupos doméstico-familiares y redes informales que soportan el *autocuidado* y la *autoatención*, potenciando un funcionamiento óptimo de la atención primaria, expresión de la *atención médica profesional* en lo rural. Se ha de tener muy en cuenta que el desarrollo sostenible del medio rural se encuentra estrechamente ligado a la sostenibilidad social del medio rural.

9b. CONCLUSIONS

This ethnography, a *medical Anthropology at home*, tries to better understand and study in depth people's knowledge on the processes of healthcare assistance and primary care in the rural area of the province of Segovia. Throughout the different chapters of this text, you have covered different settings, at the same time as you have come across different social actors who have brought forward their perceptions and experiences regarding healthcare processes and primary care in the rural setting. This research is characterized by being a multi-situated ethnography. In this last chapter entitled *conclusions*, I have carried out a final reflection on the main findings of this study.

The concern over contexts is at the base of social Anthropology. It is the consideration of these that allows giving meaning to the ways of thinking, the ways of acting, the ways of mixing, hierarchies and values. The *first conclusion* of this research is how the ethnographic methodology has been useful in approaching the rural context, thus providing an answer to the aim of this study, despite the complexity of its design.

The *second conclusion* is the crucial importance of *self-care* and *self-attention*, both on a personal level, as well as through the domestic-family network and informal networks, in daily life of people who live in the rural setting in Segovia. Both have been essential pillars for the maintenance of health and the search for resources in order to avoid or alleviate discomfort, pain, disease, as well as to provide an answer and continuity to *professional medical healthcare attention*. The case studies gathered in this work are an example of this. However, the health professionals *do not perceive the central role* they play in *self-care* and *self-attention*, expressing it, at times through criteria such as the excess demand of the population, their dependence on the health system, their lack of autonomy in their care and their continuous search for the *professional medical care* they provide. This reveals that, in this specific context, "Segovia's rural setting", health professionals *only partially* know about the health/disease problems and *how they are resolved* in the domestic-family setting. The lack of recognition of the value of the incorrectly called *lay care* is usually explained by its loss of legitimacy by the biomedical model, despite half a century of debate

on the subject by the Social Sciences. Faced with this perception of the professionals, in the *case studies*, it is highlighted that comprehensive health care and continuity of care is not supported by the institutions (Comelles, 1993), but requires the commitment of the individual and his/her social networks, who are the ones carrying out the tasks of *self-care* and *self-attention*. Despite the rhetoric of the holistic approach to the health of people and populations, the alleged *biopsychosocial model* key in the definitions of primary care and palliative care, the discourses, and practices of healthcare professionals continue to be trapped in the hegemonic medical model (Menéndez, 1978).

As a *third conclusion*, I present how *self-care* and *self-attention* brought up in this study raise a question related to equity. The differential burden of *lay care* between men and women generate gender inequalities. On the one hand, how the differential burdens of *lay care* between men and women generate gender inequalities (García-Calvente, *et al.*, 2004a). It is, mainly, women who assume the reproductive work studied at great length by Feminist Anthropology (Beltrán & Maquieira, 2001; del Valle, 2002), carrying out the tasks of providing care within the domestic-family network and fostering the development of informal networks (Valderrama *et al.*, 2010). The study *Diagnosis of gender equality in the rural world* (MARM, 2011), highlights that in the rural setting, the traditional values on gender roles remains, stating also that it is women who mainly carry out the reproductive tasks. The lack of social and health services exacerbates the caring roles women must assume, taking care of the dependent people that surround them (García-Calvente, *et al.*, 2004a;2004b). It is important to point out the fact that these women are officially considered unoccupied, statistically inactive, that is, in an unproductive situation. At the same time, they are stereotyped as excessive users of the health care system, given that they are the ones to attend the medical consultations in order to solve the problems that affect their family members and close relatives, as well as demanding help for their own health-related disorders, partly due to their

excessive work load (García-Calvente, *et al.*, 2004a). The social control, typical of villages, and the lack of resources for healthcare favour even more that women assume the care of the dependent population. This is why domestic work continues to be eminently a feminine responsibility, despite the increase in the participation of men (Larrañaga, *et al.*, 2006) who increasingly adopt care roles that have historically been linked to *the feminine*, such as domestic and personal hygiene. This is a recent fact and is linked to the intimacy of the home. However, it is important to point out how in this ethnography a *masculine* way of collaborating in care appears, where men carry out tasks such as driving and mobilizing the dependent population. It is remarkable how in one or another way, all the people who make up a domestic-family network participate in the collective experience of the disease, which is included as a part of their daily routine.

The distribution of the responsibility of caring, be it between men and women, as well as family and state, constitute a crucial public health debate (García-Calvente, *et al.*, 2004a). Theoretical models from medical Anthropology, such as the *system of health care in modern society* (Haro, 2000), taken into account in this work, state that *self-care* and *self-attention* are pivotal for the care of one's health. As opposed to these, the biomedical model, embodied by health professionals in this ethnography, does not completely recognize the central role of *self-care* and *self-attention*, stereotyping the population, on occasions, as demanding and passive in facing their health problems. If there was a change in the model where *self-care* and *self-attention* were thought of by the health system as being essential, this would foster changing from a *monologic model* to a *dialogic model* of intervention (Martínez, 2008). This in turn would favour an increase in the effectiveness of interventions, an improvement in health results, and probably a reduction in healthcare costs. A good example of this are specific actions, intended especially for chronic patients or prolonged pharmacological treatments, that have incorporated *self-care* (OMS, 2003). In addition to what has

just been mentioned, the population would be dignified, patients and carers, given that they would be recognized as active actors.

Once *self-care* has been overcome as a solution to health related problems, a search for other type of resources, aids and remedies can begin. As a *fourth conclusion*, in this ethnography we have seen how the main option of the population is the search for *professional medical care*. In this sense, primary care usually acts as *the* entry door to the health system the users use (Martín-Zurro, 2003). Keeping in mind the definition of primary care, we find that in these villages it fulfils healthcare attention functions, though to a lesser degree the functions of prevention and promotion of health, working scarcely at the community level as the definition of primary care foresees.

As a *fifth conclusion*, we should mention that the so-called search for *professional medical care* in the rural setting is determined by the *distances* and by the *availability of human and material resources*. Regarding access to local surgeries, this work allows us to state that there are accessibility difficulties in this *professional medical healthcare* due to the absence of consultations in the afternoon. This causes a practical access barrier for the adult population who is actively employed, or students, particularly relevant for those people who work and/or study outside the villages where they reside. This is an aspect that can be seen both by the use this population makes of the consulting room, when faced with acute problems, as well as the absences perceived by the health professionals in their preventive consultations. The use of the emergency service of primary care, as an afternoon consultation, is another example of what was previously raised. This so-called *overuse* of the emergency service of primary care, perceived by doctors and nurses, is described by them in part as a consequence of the lack of accessibility to local surgeries in the morning. It is in the morning when healthcare and administrative services are provided in rural healthcare centres. To cover the distance between the villages that do not have these centres and each reference healthcare centre, the population uses mainly

the domestic-family network or informal networks, due to the lack of public transport availability.

On the other hand, for the health professionals, the *distances* imply an obstacle for providing quality healthcare to the rural population. One of the main causes of this problem is the lack of human and/or healthcare assistance resources adapted to the rural reality, with the provision of care when faced with a life threatening emergency being one of the most significant examples.

In this way, hospital remoteness, given the current hospital-centred healthcare model, has been perceived as a problem throughout this ethnography by different social actors. The *distances* were perceived as a barrier to the access and use of hospital services by the population. This is why primary care doctors try to resolve the greatest number of situations in local surgeries and points for continued care, to avoid transferring the population to specialised care at the hospital.

As a *sixth conclusion*, regarding access to hospital services, we can assert that in the rural setting of Segovia, the means of transport and the so-called collective transport are not adapted to the requirements of an ill population. This means that, especially when patients are weak, they are not functional, they are not appropriate. As exemplified in various case studies, the transport is assumed as *self-care* and *self-attention* by the domestic-family network or the informal networks with the aim of preserving the quality of life of patients who require *specialised professional medical healthcare*. As we have seen in some of these studies, this assumption has led to changes in the way the domestic-family network and, to a lesser degree, the informal networks work, or the transfers were undertaken by patients themselves.

The *seventh conclusion*, regarding the palliative care unit, highlights the greater delegation of palliative care from this unit to rural primary care. This delegation is perceived by the healthcare professionals of this unit to increase as do the distances. This shows a smaller presence of this unit, and thus of the services it

provides, in rural areas, being more pronounced in the rural areas which are further away from the physical place where this unit's headquarters are located, the hospital of Segovia. Once again, this situation emphasizes the lack of adaptation of healthcare services to the needs of the population which resides in a rural area.

The *eighth conclusion* is the appearance in this research of coordination and communication difficulties among healthcare professionals, population and, indirectly, healthcare managers. As Kleinman *et al.* (1978) stated, clinical research is more a social research than a biological science, as these studies end up concluding and emphasizing the importance of communication in the relations in health assistance, as well as highlighting the conflicts and negotiations that arise among the different agents of the so-called clinical reality. In this work, the perceptions of different healthcare professionals are brought up regarding the absence of coordination, in the first place exemplified by the limited operation of the basic assistance unit in rural primary care, going through the discourses around the fact that the primary care team is really not such, given that the different professionals carry out their healthcare assistance activity single-handedly.

A lack of bi-directional communication is observed between primary and specialised care, including the unit of palliative care. Once again, the same as occurred in the communication between healthcare professionals and users, the *monologic* model prevails, and there is a need to generate the *dialogic model* of intervention. The improvement in healthcare assistance coordination, as well as in communication amongst the different actors involved in healthcare assistance processes would favour the so-called continuity of care (Lapena, 2011).

As a *ninth conclusion*, the *loneliness* perceived by different social actors of this ethnography must be underlined as one of the findings of this work. A loneliness favoured by the isolation, distances, lack of services, population

ageing and depopulation of the rural setting. Loneliness I faced as an anthropologist while I was carrying out the field work. During the field stays I understood the perception of loneliness that, for example, health professionals talked to me about. It is also the loneliness of the population that at times, according to these, causes an increase in the demand for healthcare assistance in local surgeries by the elderly population. This demand that arises to a greater degree when the domestic-family network or informal networks are badly structured, is also related to the lack of social services and health resources. This loneliness, accompanied with a failure of personal autonomy, leads to elderly people having great difficulties to continue living in their homes, in their village. Faced with this situation, the non-exclusive strategies of the population presented in this ethnography are the institutionalisation of these individuals in a residential home for the elderly, the hiring of carers, or the pilgrimage of these old people through the homes of their children and, to a lesser degree, those of their close relatives.

As a *tenth conclusion* it is important to point out, following the *system for health care in modern societies* (Haro, 2000), that in this ethnography *alternative care* has an almost symbolic presence. On the other hand, as an *eleventh conclusion*, the absence of *self-help* and *self-management* in this research, both in setting the context as well as the perceptions of the social actors must be emphasized. Thus it is appropriate to point out how the model proposed by Haro (2000) is simplified in the context of the study where this work is carried out.

As a final thought, I would like to point out that the population that lives in the rural context of this study, as well as suffering inequalities of other nature such as those that can be related to gender, suffer inequalities of a geographic type. This is why it is essential to adapt social and health services to the realities of these rural areas that have a scattered and ageing population. It is thus necessary to provide support to the people, domestic-family groups and

informal networks that have the burden of *self-care* and *self-attention*, favouring an optimal functioning of primary care, an expression of the *professional medical care* in rural settings. It must be strongly taken into account that sustainable development of the rural setting is tightly linked to social sustainability in the rural setting.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACEVES, J. (1971), *Cambio social en un pueblo de España*. Barcelona: Barral Ediciones.
- AKERLIND I. & HÖRNQUIST, J.O. (1992), Loneliness and alcohol abuse: a review of evidences of interplay. *Social Science & Medicine*, 34:405-414.
- ALAMEDA, A. & PAZOS, A. (2009), Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública* 83:863-875.
- ALONSO, R. GALÁN, B., GARCÍA, L., et al. GRUPO DE TRABAJO EN MEDICINA RURAL SEMFYC. (1999), *El medio rural: una visión mirando al futuro*. Documento semFYC nº 11. Barcelona: semFYC.
- ALONSO, R. (2000), El medio rural: una revisión mirando al futuro. *Atención Primaria*.26:101-107.
- ALLUÉ, M. (2009), *La piel curtida*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- ALLUÉ, X. (1997), *Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*. Tesis de Doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- ALLUÉ, X. (1999), *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*. Zaragoza: Mira Editorial.
- AM-REVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA (2001), Monográfico "Medical Anthropology and Anthropology", Nº 11-12. Perugia: Editoria Riviste.
- ARGUEDAS, J.M. (1968), *Las comunidades campesinas en España y en el Perú*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.
- ARNHOLD, A. G. C. (1981), *Conditions of existence in a Castilian village: An ethnography in historical and national context*. Winnipeg: University of Manitoba.
- ARZALUZ, S. (2005), La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad* 17(32):107-144.
- AUGÉ, M. (2007), *El oficio de antropólogo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- AUGÉ, M. (2005), *Qué es la Antropología*. Madrid :Editorial Paidós.
- BEHAR, R. (1986), *Santa María del Monte. The presence of the past in a Spanish village*. Princeton: Princeton University Press.
- BELTRÁN & MAQUIEIRA, V. (eds.) (2001), *Feminismos: Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.

- BERNARD, H.R. (2002), *Research Methods in Anthropology. Qualitative and quantitative approach*. Oxford: AltaMira Press.
- BLASCO, T. (2011), *Dimensiones sociales de la tuberculosis en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Una mirada cualitativa*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Pontificia de Salamanca.
- BLASCO, T. & OTERO, L. (2008), Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (I). *Nure Investigación* 5(33): [Revista en Internet] Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_332622008133517.pdf.
- BLÁZQUEZ, M.I. (2010), *Nosotras parimos ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?* Málaga: Universidad de Málaga.
- BOCYL (1987), BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN nº 60/1987, del 5 de mayo de 1987. Disponible en <http://bocyl.jcyl.es/boletines/1987/05/05/pdf/BOCYL-B-05051987.pdf>
- BOCYL (2007), BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN nº12/2007. *II Plan contra la Violencia de Género en Castilla y León (2007-2011)*. Decreto 2/2007, del 12 de enero. Disponible en http://www.jcyl.es/web/jcyl/Mujer/es/Plantilla100Detalle/1239801317008/_/1237540648330/Redaccion
- BOE (1985), BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO nº 166/1985, *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal*. Disponible en http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1985-14138
- BOE (2010), BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO nº 55/2010, *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
- BOIXAREU, R.M. (2008), *Sistemas de salud y niveles de atención sanitaria. De la Antropología filosófica a la Antropología de la salud*. Barcelona: Editorial Herder.
- BOURDIEU, P. (1999), *La miseria del mundo*. Madrid, Akal.
- BORDA, A., SANZ, B., OTERO, L., BLASCO, T., GARCÍA-GÓMEZ, F.J. & DE ANDRÉS, F. (2011), Tiempo de viaje y participación en el cribado de cáncer de mama en una región de alta dispersión poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2):151-156.
- BRANDES, S. (1975), *Migration, kinship and community: Tradition and transition in a Spanish village*. Nueva York. Academic.
- CASCO, J. (2001), Las topografías médicas. Revisión y cronología. *Asclepio*-Vol. LIII-1.

- COMELLES, J.M. (1985), Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Jano* 655: 71-83.
- COMELLES, J.M. (1993), La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública* 3:169-192.
- COMELLES, J.M. (1994), "El papel del sistema de salud en la configuración de la demanda de servicios", en *El usuario como determinante de la oferta de servicios sanitarios*. Madrid: Dirección General de Planificación, Formación e investigación. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.
- COMELLES, J.M. (1997), De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. Disponible en <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>.
- COMELLES, J.M. (2000), "The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective." *Culture, Medicine and Psychiatry* 24:41-75.
- COMELLES, J.M. (2007), "Migraciones, vulnerabilidad y la crisis del modelo de atención primaria en España", en Esteban, M.L. *Introducción a la Antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao: Asociación Defensa Salud Pública País Vasco.
- COMELLES, J.M. & MARTÍNEZ, A. (1993), *Enfermedad, Sociedad y Cultura*. Madrid: Eudema.
- COMELLES, J.M.; PERDIGUERO, E. & MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2007), "Topographies, folklore and medical Anthropology in Spain", en SAILLANT, F. y GENEST, S. (eds.) *Medical Anthropology. Regional Perspective and Shared Concerns*. Malden Oxford & Victoria: Blackwell Publishing, 103-122.
- COMELLES, J.M.; ALLUÉ, X.; BERNAL, M.; FERNÁNDEZ-RUFETE, J. & MASCARELLA, L. (comps.) (2010), *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- COLEMAN, J.S. (1990), *Foundations of social theory*, Cambridge: Belknap Press.
- CHERRY, S. (2005), "Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe." BARONA, J.L. & CHERRY, S. *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València.
- DAHLEGREN, L.; EMMELIN, M. & WINKVIST, A. (2007), *Qualitative Methodology for International Public Health*. Umeå: Umeå University.
- DAVIS, E.M. (2008), Risky Business: medical discourse, breast cancer, and narrative. *Qualitative Health Research* 18: 65-76.
- DE MIGUEL, J.M. (1976), *La reforma sanitaria en España*. Madrid: Cambio 16.
- DE MIGUEL, J.M. (1979), *La sociedad enferma. Las bases sociales de la política sanitaria española*. Madrid: Akal.

- DE MIGUEL, J.M. (1984), *La amorosa dictadura*. Barcelona: Anagrama.
- DEL VALLE, T. (coord.) (2002), *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea Ediciones.
- DEVILLARD M.J. (1988), "Una categoría cuestionada y cuestionable: el pueblo." en DÍAZ-VIANA, L. *Aproximación antropológica a Castilla y León*. Barcelona: Editorial Antropos, 47-64.
- DURSTON, J. (2000), *¿Qué es el capital social comunitario?*, serie Políticas sociales, Nº 38 (LC/L.1400-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- ESTEVA-FABREGAT, C. (1978), *Cultura, Sociedad y Personalidad*. Barcelona, Promoció cultural S.A./Anthropos.
- ESTEBAN, M.L.; COMELLES, J.M. & DíEZ-MINTEGUI, C. (eds.) (2010), *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra Edicions.
- FAINZANG, S. & HAXAIRE, C. (2011), *Of Bodies and Symptoms Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- FASSIN, D. (2000), *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*. París: Note de recherche 1, Centre de Recherche sur les Enjeux contemporaines en Santé Publique.
- FRAGUA, M.S. (2002), *Antropología Médica de la Villa de Coca (Segovia)*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/0/D0010101.pdf>
- FREEMAN, S.T. (1965), *Dimensions of change in a Castilian village*. Massachusetts: Harvard University Press.
- FUNCAS (2006), FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS CONFEDERADAS, *Balance económico de Segovia 2000-2005, según la Fundación de las Cajas de Ahorros Confederadas*. Disponible en [http://www.cajasegovia.es/observatorio/ESTUDIOS/Economia%20en%20genera l/inf42.htm](http://www.cajasegovia.es/observatorio/ESTUDIOS/Economia%20en%20general/inf42.htm)
- GARCÍA, M. & SAN MARTIN, R. (comps.) (1986), *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza.
- GARCÍA-ARMESTO, S., ABADÍA-TAIRA, M.B., DURÁN, A., HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. & BERNAL-DELGADO, E. (2010), Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4):1-295.
- GARCÍA-CALVENTE, M.M. (2004a), El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, (Supl.1):132-139.
- GARCÍA-CALVENTE, M.M. (2004b), El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, (Supl.2):83-92.

- GARROTE, J.M. (2001), *Cien años de medicina en Segovia*. Segovia: Colegio oficial de médicos de Segovia.
- GRSCyL-SACYL (2008), GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN-SACYL. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Disponible en http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?locale=es_ES&idContent=569338
- GRSCyL-SACYL (2009), GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN-SACYL. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios-primaria>
- GETINO, M.R. (2009), *La espera. El proceso de morir en el mundo de los cuidados paliativos*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8428/Tesis.pdf?sequence=1>
- GÉRVAS J., PÉREZ-FERNÁNDEZ M., PALOMO-COBOS L., & PASTOR-SÁNCHEZ R. (2005), *Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.equipoceca.org/organizacion-de-servicios/veinte-anos-de-reforma-de-la-atencion-primaria-en-espana-valoracion-para-un-aprendizaje-por-aciertoerror/>
- GLASER, B. G. y STRAUSS, A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- GOFFMAN, E. (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Doubleday.
- GOOD, B. (2003), *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- GOODE, W. & HATT, P. (1976), *Métodos de investigación social*. México: Trillas.
- GONZÁLEZ, M.T. & MOYANO, E. (2007), "Sociología rural", en PÉREZ-YRUELA, M. (comp.) *La sociología en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 107-141.
- GONZÁLEZ- ECHEVARRÍA, A. (1995), "Etnografía y método científico", en AGUIRRE, A. (ed.) *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Madrid: Boixareu Universitaria/Marcombo, 49-72.
- GOL, J., JAÉN, J., MARCOS, J.A., ET AL. (1980), *El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario*. Barcelona: Fontanella.
- GRAHAM, H. (1984), *Women, health and the family*. Brighton: Harvester Press.

- GUASCH, O. (1997), *Observación participante*. Cuadernos Metodológicos nº 20. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. (2001), *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- HARO, J. A. (2000), "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en PERDIGUERO, E. & COMELLES, J.M. (comps.), *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 101-161.
- IBÁÑEZ, J. (1986), "Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas", en: GARCÍA-FERRANDO, M., IBÁÑEZ, J. & ALVIRA, F. (comps.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, 49-83.
- IBÁÑEZ, J. (1994), *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*. Madrid: Siglo XXI.
- INE (2001), INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Censo de población y viviendas 2001. Disponible en: http://www.ine.es/censo_accesible/es/listatablas.jsp?table=tablas/provincial/40/NP16.html
- INE (2010), INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Padrón municipal. Explotación, estadística y nomenclátor*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>
- INE (2011), INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2011*. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p450&file=inebase>
- JCyL (2007), JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. *Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León*. Valladolid: Dirección General de Planificación y Ordenación. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/organizacion/ordenacion-sistema-sanitario/guia-ordenacion-sanitaria-castilla-leon-2007>
- JCyL (2008), JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. *III Plan de Salud de Castilla y León (2008-2012)*. Valladolid: Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon>
- JOSEPH, A.E. & CLOUTIER-FISHER, D. (2005), "Ageing in rural communities. Vulnerable people in vulnerable places", en ANDREWS, G.J. & PHILLIPS, D.R. *Ageing and place. Perspectives, policy, practice*. Abingdon-New York: Routledge, 133-146.
- KAFKA, F. (2009), *Un médico rural y otros relatos pequeños*. Madrid: Impedimenta.

- KAVANAGH, W. (1994), *Villagers of the Sierra de Gredos*. Oxford: Berg.
- KENNY, M. (1962), *A Spanish tapestry: Town and country in Castile*. Bloomington: Indiana University.
- KLEINMAN, A. (1988), *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- KLEINMAN, A. (1995), *Writing at the margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. London: University of California Press.
- KLEINMAN A. EISENBERG, L., & GOOD, B. (1978), Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88:251-258.
- KING, R. & STRACHAN, A. (1978), Sicilian Agro-Towns. *Erdkunde*, 32. 110-123.
- LAPENA, C. (2011), *Paradoxes de la continuïtat assistencial entre l'hospital i els centres d'atenció primària*. Tesina Màster Oficial en Antropologia i Etnografia. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- LASALA, A. (2003), *Curarse en salud. Las medicinas como sistemas transaccionales*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Disponible en <http://www.tdx.cat/TDX-0322106-090419>
- LARRAÑAGA, M.I. (2006), La aportación de la familia a los cuidados informales. *OSASUNAZ. Cuadernos de ciencias Médicas*. Eusko Ikaskuntza, 7:9-18.
- LARREA, C. (1994), *Los miasmas: Antropología histórica de un concepto médico*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- LÓPEZ-DOBLAS, J. (2005), *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- MARTÍN, A. & CANO, J.F. (2003), *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier España, S.A.
- MARTÍNEZ, A. (2008), *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial.
- MARTORELL, M. A., COMELLES, J.M. & BERNAL, M. (comps.) (2010) *Antropología y enfermería: campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- MENÉNDEZ, E. L. (1978), "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en BASAGLIA, F. ET AL. (eds.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México: Editorial Nueva Imagen, 11-53.
- MENÉNDEZ, E.L. (1992), "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la Antropología Médica" en, Mercado, F. (ed.), *Familia, Salud y Sociedad*. México:

Universidad de Guadalajara-CIESAS-Colegio de Sonora/Instituto de Salud Pública, 131-162.

MENÉNDEZ, E. L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

MENÉNDEZ, E. L. (2005), Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14:33-69.

MEÑACA, A. (2007), *Antropología, salud y migraciones. Procesos de autocuidado en familias migrantes ecuatorianas*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. *Pendiente de publicación*.

MEÑACA, A., EVANS, N., ANDREW, EVW. ET AL., (2011), End-of-life care across Southern Europe: a critical review of cultural similarities and differences between Italy, Spain and Portugal. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* (Epub ahead of print). Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21741855>

MARM (2011), MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y MEDIO RURAL Y MARINO

Diagnóstico de la igualdad de género en el medio rural. Madrid: Ministerio de Medio Ambiente y medio rural y marino. Disponible en: http://www.marm.es/es/desarrollorural/temas/igualdad_genero_y_des_sostenible/diagnostico/

MSC (1985), MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria*. Colección Atención Primaria de Salud I. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MTIN (2011), *Anuario estadístico de Inmigración 2009*. Observatorio permanente de la inmigración. Secretaría de estado de emigración e inmigración. Disponible en: <http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionEstadistica/Anuarios/Anuario2009.html>

MORO, L. (2004a), Antropología aplicada a la sanidad rural en Castilla y León. *El Filandar*, 15: 69-74.

MORO, L. (2004b), Trabajo de campo en el medio rural castellanoleonés: análisis de un modelo sanitario. *Trabajo social y salud*, 49:197-214.

MORO, L. (2002), *Aportaciones socioculturales al análisis de la sanidad en el medio rural castellano-leonés*, en Actas del VI Congreso de Antropología Aplicada. Granada: Universidad de Granada. 126-142.

MORO, L. (2000), "Enfermedad y cultura: del médico de pueblo al centro de salud", en CABALLERO, D. MÉNDEZ, M. T. & PASTOR, J. (eds.), *La mirada psicosociológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- MUNÉ, F. (1995), *La interacción social. Teorías y ámbitos*. Barcelona: PPU.
- NAVARRO, R. (1899), *Topografía médica, estadística demográfico-sanitaria y plan de saneamiento de la Villa de Coca*. Memoria presentada en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía. (Biblioteca Municipal de Segovia).
- OCAÑA-RIOLA, R. & SÁNCHEZ-CANTALEJO, C. (2005), Rurality index for small areas in Spain. *Social Indicators Research*, Volume 73, Number 2: 247-266.
- OCDE (1994), ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS. *Creating rural indicators for shaping territorial policy*. Paris: OCDE.
- OMS (1948), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud*. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS (1978), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Serie Salud para todos 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2003), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- OSORIO, R.M. (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México DF: CIESAS-INHA-INI.
- PARDO, F. (1895), *Topografía médica de Carrascal del Río (Segovia)*. Valladolid : Jorge Montero.
- PENEFF, J. (1992), *L'Hôpital en urgente. Étude par observation participante*. Paris: Métailié.
- PEREIRA, D., FERNÁNDEZ-SUCH, F., OCÓN, B. & MÁRQUEZ, O. (2004), *Las zonas rurales en España. Un diagnóstico desde la perspectiva de las desigualdades territoriales y los cambios sociales y económicos*. Madrid : Cáritas Española.
- PRATS, L. (1996), *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*. Barcelona: Altafulla, 1996.
- PERDIGUERO, E. & COMELLES, J.M. (coord.) (2000), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- PRIETO-FLORES, M.E. (2010), Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Ageing and Health* 23(1):177-194.

- REGIDOR, E., SANZ, B., PASCUAL, C., ET AL. (2009), La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria* 23 (Supl 1):4-11.
- ROCA I GIRONA, J. (2010), "Las etnografías de orientación temática", en PUJADAS, J., COMAS, D. & ROCA, J. *Etnografía*. Barcelona: Editorial UOC, 255-265.
- ROCA, A., CANDENTY, M., GORRETO, L. & LLOBERA, J. (2008), Los maletines domiciliarios de los médicos de familia. *Atención Primaria* 40 (7):373-4.
- SANZ-BARBERO, B., OTERO, L., & BLASCO, T. (2011), The Effect of Distance on the Use of Emergency Hospital Services in a Spanish Region With High Population Dispersion: A Multilevel Analysis. *Medical Care*. (Published Ahead-of-Print.)
- SONTAG, S. (1978), *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*. Madrid: Editorial Taurus.
- SPRADLEY, J.P. (1980), *Participant observation*. Orlando: Harcourt.
- STOCKING, G. W. (1993), "La magia del etnógrafo. El trabajo de campo en la Antropología británica desde Tylor a Malinowski", en Velasco, H. M., García F.J. & Díaz de Rada, A. (eds.), *Lecturas de Antropología para educadores. El ámbito de la Antropología de la educación y de la etnografía escolar*. Madrid: Trotta, 43-94.
- STRONG, K., TRICKETT, P. TITULAER, I. & BHATIA, K. (1998), *Health in rural and remote Australia*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- TARDÍO, T. & DE MIGUEL, C.F. (1988), "La devoción popular y sus centros. Ermitas y santuarios de la provincia de Segovia (según D. Pascual Madoz)", en DÍAZ-VIANA, L. (coord.) *Aproximación antropológica a Castilla y León*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- TAYLOR, S. & BOGDAN, R. (1987), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- TRINIDAD, T.; CARRERO, V. & SORIANO, R. M. (2006), *Teoría fundamentada "Grounded Theory": la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Cuadernos Metodológicos nº 37. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- URIBE, J.M. (1992), *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- VALDERRAMA, M. J., LARRAÑAGA, M.I., MARTÍN, U. & ARREGI, B. (2010), "Cuidados informales y desigualdades de género: mirando a Bizkaia" en ESTEBAN, M.L., COMELLES, J.M. & DÍEZ-MINTEGUI, C. *Antropología, Género, Salud y Atención*. Barcelona. Edicions Bellaterra: 299-317.

- VALLES, M. S. (2002), *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos metodológicos nº 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- VAN DER GEEST, R. (2011), *Mejor dejarlo tranquilo. Vivir con un familiar psiquiátrico en Nicaragua*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- VELASCO, P. (1870), *Topografía médico-botánica de la Sierra de Ayllón*. Manuscrito. Real Academia de Medicina de Barcelona.
- VERGARA, E. (1890), *Topografía médica de Sepúlveda*. Sepúlveda. (Biblioteca Nacional de España).
- YIN, R. (2009), *Case Study Research. Design and Methods*. Applied Social Research Methods Series. Volumen 5. Thousand Oaks, CA : SAGE.
- WHO (1990), World Health Organization Expert Committee. *Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee*. Technical Report Series: 804. Ginebra: WHO.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

ANEXOS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CAMPOS DE SOLEDAD. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROCESOS ASISTENCIALES EN PUEBLOS DE SEGOVIA

Laura Otero Garcia

DL:T. 277-2012

Anexo 1.

Guión de observación.

- Describir escenarios donde se realiza la observación: consultorios locales, CG/PAC.
- Describir cómo es el acceso a los escenarios por parte de los diferentes actores sociales: cómo llegan las personas al consultorio local, cómo llegan al CG/PAC, cómo llegan a la consulta de la matrona, de quien van acompañados, si es que van acompañados.
- Recoger las conversaciones que los actores sociales mantienen prestando especial atención a:
 - La transmisión de información en relación a los procesos asistenciales.
 - La toma de decisiones en relación a procesos asistenciales.
 - Lenguaje, conceptos y localismos utilizados (formas de nombrar y definir).
 - Lo que hacen: (las conductas y comportamientos).
 - Interconexión entre los profesionales sanitarios y la población.

Anexo 2.

Entrevista profesionales sanitarios de atención primaria (AP). Bloques temáticos fundamentales.

- Organización de atención primaria en el medio rural y trabajo que desarrollan los profesionales de atención primaria.
 - Características de la atención primaria en el medio rural.
 - Organización del trabajo en los consultorios locales (consulta médica y de enfermería) y centros de salud (consulta de la matrona.)
 - Organización del trabajo en los puntos de atención continuada (personal médico y de enfermería.)
 - Coordinación con otros servicios asistenciales y derivaciones a atención especializada.
- Acceso/demanda de los servicios que presta atención primaria (estudiados).
 - Acceso a la consulta (médica/de enfermería/ de la matrona.)
 - Demanda de la consulta (médica/de enfermería/ de la matrona.)
 - Acceso a los puntos de atención continuada.
 - Demanda de los puntos de atención continuada.
- Caracterización de los usuarios que acuden a los consultorios locales / Puntos de Atención Continuada.
 - Caracterización de los usuarios que acuden a los consultorios locales (sexo/género, edad, ocupación, patologías/padecimientos asociados)
 - Caracterización de los usuarios que acuden a los consultorios locales (sexo/género, edad, ocupación, patologías/padecimientos asociados)
- Necesidades percibidas por los profesionales sanitarios de atención primaria para desarrollar su trabajo en el ámbito rural.

Entrevista profesionales sanitarios de cuidados paliativos. Bloques temáticos fundamentales.

- Organización de unidad de cuidados paliativos.
 - Organización del trabajo de la unidad de cuidados paliativos.
 - Coordinación con otros servicios asistenciales.
 - Características de la unidad de cuidados paliativos para prestar atención en el medio rural.
- Acceso/demanda de los servicios que presta unidad de cuidados paliativos.
 - Acceso de los usuarios a la unidad de cuidados paliativos.
 - Demandas de los usuarios a la unidad de cuidados paliativos.
 - Coordinación con otros servicios asistenciales relacionada con el acceso/demanda de la unidad de cuidados paliativos.
- Caracterización de los usuarios que son atendidos por la unidad de cuidados paliativos.
 - Caracterización de los usuarios que utilizan la unidad de cuidados paliativos (sexo/género, edad, patología/padecimiento).
- Necesidades percibidas por los profesionales sanitarios de atención primaria para desarrollar su trabajo en la unidad de cuidados paliativos.

Entrevista población. Bloques temáticos fundamentales.

- **Autoatención.**
 - Autoatención (autocuidado/automedicación.)
 - Toma de decisiones en el ámbito doméstico en cuanto a los procesos asistenciales.
 - Gestión de patologías/padecimientos en el ámbito doméstico.
 - Rol de la red doméstico-familiar.
 - Rol de las redes informales.
 - Perspectiva de género.
 - Búsqueda de atención fuera del ámbito doméstico.
- **Acceso/demanda de servicios sanitarios.**
 - Acceso a la consulta (médica/de enfermería/ de la matrona.)
 - Demanda de la consulta (médica/de enfermería/ de la matrona.)
 - Acceso a los Puntos de Atención Continuada.
 - Demanda de los Puntos de Atención Continuada.
 - Acceso/demanda de Atención Especializada.
 - Acceso/demanda de atención alternativa/ autoayuda-autogestión.

Anexo 3.

Estudio de caso (teoría).

Existen diferentes interpretaciones en torno a lo que debería considerarse un estudio de caso. Una primera definición habla de que el estudio de caso consiste en una [...] “multifacética investigación a fondo de un simple fenómeno social por medio de métodos cualitativos de investigación. El estudio se realiza minuciosamente y a menudo se basa en varias fuentes de análisis. El fenómeno social analizado puede ser una organización, puede ser un rol, puede ser una ciudad o puede ser un grupo de personas. El estudio de caso suele considerarse como instancia de un fenómeno, como una parte de un amplio grupo de instancia paralelas.” (Feagin, *et al.*, 1991:2)

Esta primera definición podría calificarse de general, dado que deja de lado algunos de los componentes del caso. Unido a esto, el categorizar el estudio de caso *multifacético* abre la posibilidad de varias interpretaciones. Además, sólo contempla la utilización de métodos cualitativos, a diferencia de las concepciones de otros autores, quienes incluyen la encuesta en el estudio de caso. Una definición más categórica es la de Young (1939:273) para quien un estudio de caso es [...] “un dato que describe cualquier fase o el proceso de la vida entera de una unidad en sus diversas interrelaciones dentro de su escenario cultural –ya sea que esa unidad sea una persona, una familia, un grupo social, una institución social, una comunidad o una nación-. Cuando la unidad de estudio es una comunidad, sus instituciones sociales y sus miembros se convierten en las sustituciones del caso o factores del mismo, porque se está estudiando la significación o el efecto de cada uno dependiendo de sus relaciones con los otros factores dentro de la unidad total.”

Young, además de señalar algunos de los principios mencionados en la primera definición, incorpora también un elemento muy importante, la unidad de análisis como el eje en torno al cual girará la investigación.

Autores actuales como Yin (2009) mantienen que el estudio de caso como una estrategia de investigación, una forma de organizar datos sociales sin perder el carácter unitario del objeto social que se está estudiando. Así [...] “el método del estudio de caso no es una técnica particular para conseguir datos (como en la entrevista), si no una manera de organizar éstos con base en alguna unidad escogida, como puede ser la historia del individuo, la historia del grupo o algún proceso social delimitado. Se pueden emplear todas las técnicas que utilice otro modo de organización: entrevistas intensivas, cuestionario, historias personales, documentos, informes de casos hechos por otras personas, cartas, etc. La conservación del carácter unitario del caso viene ayudada por la amplitud de los datos reunidos y los niveles de casos que se añaden, por el empleo de índices y topologías y por el hincapié que se hace de la interacción dentro de una dimensión del tiempo.” (Goode & Hatt, 1976:415).

En relación a cuando puede considerarse adecuado utilizar el estudio de caso en el diseño de una investigación, resulta útil el planteamiento de Yin (2009) en torno a esta cuestión.

- Las preguntas que el investigador responda con el estudio de caso han de ser el cómo y el porqué de los eventos contemporáneos.
- El investigador ha de tener en cuenta que no ha de controlar los eventos que está investigando, es decir, no es posible experimentar.

A estas especificaciones Arzaluz (2005:114) añade dos más: “El objetivo es hacer una investigación profunda sobre un determinado proceso, conservando la visión total del fenómeno, y no ha de existir la intención de establecer una generalización en el sentido estadístico del término.”

Diseño de los estudios de caso.

Se diseñaron los estudios de caso siguiendo la propuesta de Yin (2009). Este autor establece la diferencia entre cuatro tipos de diseños. El utilizado en esta investigación fue un diseño de caso sencillo e incrustado, que comprendía

diferentes unidades de análisis. Desde el punto de vista de otro autor, Stake (1994) el caso elegido se puede nombrar como estudio instrumental, ya que los estudios de caso estudiados son casos particulares que son examinados para proveer ideas en torno a un problema o refinar una teoría. El caso tiene un interés secundario, desempeña un papel de apoyo, facilitando el entendimiento de algún problema.

Si bien es cierto que el diseño de los casos están orientados para realizar un análisis posterior de casos simples, como son llamados por Yin (2009) o instrumentales como son clasificados por Stake (1994), existe un objetivo de análisis trasversal, lo que este autor denomina, estudio de caso colectivo, ya que se estudian un número de casos coyunturales para examinar fenómenos, población o condiciones generales. Así “el estudio de muestras amplias y aleatorias de casos no es pues necesariamente el método más práctico. En realidad [...] la selección de casos críticos puede ser una aproximación más fructífera.” (Hammersley & Atkinson, 2001:58)

En este trabajo se optó por la elección de casos críticos como ya se explicó en el apartado *estudios de caso* en el capítulo 2, dedicado a la metodología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Anexo 3).

- ARZALUZ, S. (2005), La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y Sociedad*, 17 (32):107-144.
- FEAGIN, J.R., ORUM, A.M. & SJOBER, G. (eds.) (1991), *A case for the case study*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- GOODE, W. & HATT, P. (1976), *Métodos de investigación social*. México: Trillas.
- HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. (2001), *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- STAKE, R. (1994), "Case studies", en Denzwhytein, N.K. & Lincoln, Y. (eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 236-245.
- YIN, R. (2009), *Case study research. Desing and methods*. Applied Social Research Methods Series. Volumen 5. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- YOUNG, P.V. (1939), *Scientific social survey and rResearch. An introduction to the background, content, methods, and analysis of social studies*. New York: Prentice Hall.

Anexo 4.

Open Code 3.4. Una herramienta informática *made in Suecia*.

El porqué del desarrollo de esta herramienta parte de la necesidad de disponer de software de acceso libre¹²⁴ para la realización de análisis de datos cualitativos debido a que en esta universidad se potencia la formación de profesionales de otros países, considerados países con menos recursos, y debían facilitar a sus alumnos herramientas que pudieran seguir utilizando en sus trabajos en sus países de origen.

Las principales características del programa son:

- Importar textos desde programas de procesado de textos (por ejemplo, Word.)
- Escribir *memos*.
- Encontrar palabras en el texto.
- Asignar códigos a segmentos del texto.
- Crear y manejar categorías.
- Buscar por códigos y por categorías.
- Imprimir los resultados desde cualquiera de las funciones anteriormente descritas.

¹²⁴ Accesible en <http://www.phmed.umu.se/english/divisions/epidemiology/research/open-code/>

Anexo 5.

Correo electrónico de Guadalupe. Médica de familia residente (Segovia).

De: Guadalupe [Guadalupe-residente@correo.com]

Para: Laura Otero García

Asunto: Percepción AP residente

Hola Laura:

Siento haber tardado en escribirte sobre lo de mi percepción de atención primaria. No ha sido fácil después de conocer al Dr. Gervas y su enfoque de la Medicina de atención primaria, llegar y adaptarme a Segovia. No ha sido fácil.

Me tocó de adjunta una médico internista, con lo cual comprenderás que poca atención primaria estoy aprendiendo. Es una buena médica, pero como internista, ninguna actividad preventiva o promocional. Cero registro en historia clínica, sea en ordenador o papel registro, cero. En fin, con ella he estado los primeros seis meses. Nada que decir de mi enfermera, una encantadora persona que ayuda mucho en la consulta y sabe bien lo que tiene que hacer. De ella aprendí mucho, creo que más que de mi tutora.

Me llama la atención el mal uso de recursos que hacen, la facilidad que se tiene para tirar una gasa o para usarla para limpiar una mesa. Cómo se puede tirar una sonda *foley* o una máscara de nebulizaciones por que le enfermera se equivocó en el número. Al basurero.

Otra cosa es que las ambulancias parecen taxis,... llevan a los abuelitos de aquí para allá, muchas veces cuando los hijos podrían hacerlo. El ingreso en residencias, otro problema dependiendo que cual de ellas sean, los abuelitos están mejor o peor cuidados.

No me gusta el verano. Acuden pacientes de Madrid acompañados de "hijos de mes" es decir, del mes de vacaciones que pasan con los padres, y que les ven una y otra cosa mal y que quieren que se les solucione todo en una visita a urgencias. Otros pacientes vienen sin un papel de referencia de Madrid, y claro no saben ni la medicación que toman.

Los siguientes seis meses he rotado en medicina interna en el hospital. Es muy interesante y se aprende mucho. Las guardias de urgencias en el hospital son cinco cada mes. Lo bueno de todo es el sistema de información. La analítica y los rayos equis que siempre están disponibles en todos los ordenadores. El ambiente médico también es bueno, aunque algunos necesitemos manos y cerebro para dar un alta y otros necesiten un TAC para lo mismo, en fin... otro sobre-uso de recursos sin ninguna guía médica, esa es otra cosa que me llama sobre manera la atención.

Que más te digo,... me gusta mi especialidad. Se aprende lo que se necesita para atender a la mayoría de pacientes. Es irónico que del hospital dicen: -Esto lo manda el MAP (médico de atención primaria)-

con mala gana, y subestimando la apreciación diagnóstica (los "super-especialistas hospitalarios.") Sin embargo a la hora del alta, se lavan un poco las manos y dicen: -Esto que le haga seguimiento su MAP- Conclusión, siempre el paciente vuelve a la atención primaria. Está mal regulado el sistema de transferencia de información por que dependiendo del adjunto se le da o no un informe de consulta al paciente dirigido a su MAP, en el alta hospitalaria, siempre se envía un informe al MAP.

Bueno Laurita, mi bicho de gestión sigue en pie, este hospital con todo el recurso humano y material que tiene, sería una maravilla, pero no se hace mucho por ello, aunque me consta que la gerencia tiene empeño. Ah, hecho de menos el investigar, las sesiones clínicas, etc. Cosas que aquí se hacen cada seis meses.

Espero te sirva, son todas las cosas que veo. Creo que estoy sesgada a lo crítico y a lo que falta por mejorar. No me quejo de lo que hago ni de donde estoy. Al inicio me entristecía y me planteé varias veces dejar esto, pero ahora he aprendido a sacar todo adelante, miro a un lado cuando tiran el material o lo usan de forma inadecuada y sigo, pensando que, estoy aquí para aprender y no para meterme a reclamar algo que ya tiene asumido como normal. Los adjuntos, individualmente, son estupendos, unos mejores que otros pero la mayoría con ganas de compartir lo que saben, y todo esto me servirá en el futuro, sin duda.

Del área rural no sé nada. Acabo de empezar mi tercer año. Esto es lo que me dijeron: se rota un mes en un centro de salud de la zona rural, esto cuando somos residentes de tercer año. Cuando somos residentes del último año, ósea cuarto, hacemos guardias en un centro de salud rural que está ubicado en Segovia capital, así que, es lo único que hacemos.

Cuídate mucho,

Guadalupe