

Mejora en la atención a domicilio dotando de contenido organizado las visitas domiciliarias

Fco. Javier de Miguel Marqués

Coordinador del Servicio de Atención a Domicilio en la Mancomunidad de Servicios Sociales de la Zona de Allo

Resumen

El envejecimiento de la población exigirá un aumento de los servicios de atención domiciliaria. Analizar su estructura y función preguntando a las personas atendidas por sus demandas y necesidades, por su situación, nos permitirá plantear el desarrollo futuro de la atención social que prestamos. Para lograr esos datos proponemos aprovechar las visitas domiciliarias organizando su contenido, extrayendo la información necesaria que nos permita marcar las líneas para adaptarnos a la realidad de nuestros usuarios y usuarias.

Palabras claves

Investigación-acción, atención y visita domiciliaria en zona rural, satisfacción (participación), atención sociosanitaria, continuo de cuidados.

Abstract

An aging population will require an increase in home care services. By analyzing structure and function, asking those attended by the services about their demands and needs and about their situation, we will be better able to consider and outline the future social services we provide. To gather the information we require, we propose maximizing the opportunity of home visits to organize their content and gain the necessary information in such a way that we can then draw up action plans which adapt to the reality of our users.

Keywords

Action research, care and home visits in rural areas, participation satisfaction, geriatric care, continuous care.

1.- INTRODUCCIÓN

Como afirma Viscarret (2007; 11-27): “los problemas son cada vez más complejos, presentan múltiples caras y posibles soluciones...”, siendo “posible inducir la teoría desde la práctica y la observación”. Esto invita a impulsar la mejora en la intervención en servicios sociales que requieren un marco idóneo facilitador de reflexión y análisis, de producción teórica desde la experiencia, huyendo de “prácticas mecánicas, asistencialistas, repetitivas y acríticas” (González-Saibene, 2014). Esto, además, ayudará a descubrir elementos que contribuyan a una mayor calidad de vida de las personas que atendemos desde nuestros servicios.

El compromiso y la responsabilidad con nuestra profesión anima, además de desarrollar bien nuestro trabajo, a aplicar recursos y analizarlos en una cultura de cambio desarrollativo, a partir de la intervención, descubrir pequeñas modificaciones tendentes a la mejora, al aumento de la eficacia en la intervención. Los cuestionarios utilizados en el estudio descrito fueron elaborados a partir de documentación de la profesora Morgenstern (2002; 16), quien señala que “una evaluación supone la aplicación de procedimientos sistemáticos de recogida de información y análisis”. Es aquí donde cobra todo su sentido el título del presente artículo: mejorar la atención a domicilio dotando de contenido organizado las visitas domiciliarias.

Este trabajo es una investigación, o más bien, un estudio basado en el análisis de la problemática que aborda a partir de sus actores y actrices principales. En concreto, en la atención a la tercera edad dentro de un servicio de atención a domicilio –en adelante SAD-. Encaja en el concepto de intervención profesional, al ser una propuesta de sistematización y desarrollo de una experiencia profesional con la visita domiciliaria como instrumento para generar conocimiento.

Asumimos el compromiso con la calidad y la acción social, situando a la ciudadanía en el foco de atención de nuestro servicio, siendo sus necesidades y expectativas el objeto de nuestro compromiso. Pérez Serrano (2004; 6) resume perfectamente la idea de este trabajo: “todos los que actúan sobre la realidad social sienten en algún momento la necesidad de mejorar sus instrumentos de trabajo, de identificar mejor los problemas que enfrentan, así como las necesidades que la sociedad, la organización, o los individuos plantean”.

A partir de la presentación de una propuesta de organización del SAD, nos centramos en una estructuración de las visitas domiciliarias, dotándoles de un contenido extra que no requiere más tiempo de dedicación, sino ligeros cambios que permiten extraer, desde el contacto directo en el entorno, interesante información para conseguir un servicio flexible y adaptado a la realidad dinámica.

2.- PRESENTACIÓN DEL TEMA

La Mancomunidad de SSB de la Zona de Allo se creó a finales de 1992. Se compone de 12 entidades locales (Allo, Arellano, Arróniz, Dicastillo, Lerín, Barbarin, Luquin, Villamayor de Monjardín y Distrito de Igúzquiza -municipio compuesto integrado por: Igúzquiza, La-beaga, Urbiola y Ázqueta-). Tiene una extensión de 287,9 km², lo que supone un 2,8 % del total del territorio foral, aunque somos la doceava mancomunidad de servicios sociales con mayor dispersión geográfica de Navarra de un total de 44 entidades.

Los principales datos demográficos según el padrón municipal (datos a 1-1-2013), indican

que nuestra mancomunidad tiene un total de 5.396 habitantes con una densidad de población de 18,7 hb/Km², muy por debajo de la media de Navarra que se sitúa por encima de 60 hb/Km². De ellos, 2.813 personas son varones y 2.583 mujeres. El índice de envejecimiento supera el 28 % (Fuente: INE -Instituto de Estadística de Navarra-).

La plantilla del Servicio Social de Base de la Zona de Allo, donde se circunscribe el estudio, se compone de: Educadora Social, Animadora Sociocultural, Administrativa, dos Trabajadoras Sociales, siete Trabajadoras Familiares (además de contrataciones puntuales en función de la demanda). Contamos con el apoyo de personas en proceso de incorporación sociolaboral que refuerzan y apoyan la plantilla, fundamentalmente, en tareas de limpieza. Actualmente son tres a través del programa de Empleo Social Protegido.

Como demuestran los datos señalados, nos situamos en una zona rural muy dispersa, y una alta tasa de envejecimiento. Destacar que las personas mayores de 80 años suponen el 13 % de la población total. Es representativo, y será necesario tener en cuenta, que más del 50 % del total de nuestra población tiene más de 50 años, siendo la media de edad de 49 años (Fuente: INE -Instituto de Estadística de Navarra-). La tasa de crecimiento es de - 2,55 por lo que a futuro quizá no tengamos relevo para cuidar de las personas mayores que, previsiblemente, vivirán en la Mancomunidad. Con esta realidad actual es necesario ocuparse de la mejora en la organización y desarrollo del SAD, en el horizonte es probable que las limitaciones de autovalimiento afecten cada vez a más personas. Por lo tanto, la atención a la tercera edad aparece como una cuestión prioritaria, siendo el SAD una importante prestación social de ámbito local y basada en la proximidad, cuya mejora y calidad debe ser constante.

El autor Schirmarmache (2004; 69-195), en relación al creciente aumento de la población mayor de 65 años recuerda: *“el envejecimiento es un triunfo, el privilegio de no haber muerto antes”*. Señala que es preciso redefinir, o recuperar, el concepto de envejecimiento como uno de los logros a los que está llamado el ser humano. El mismo autor apunta que con estas cifras de población los *“mayores podrían influir sobre los mercados y las opiniones, y transformarlos hasta una edad muy avanzada”*. En esta reflexión podemos apreciar este sector de población como un recurso, no sólo susceptible de ser atendido, generador de *“cargas”*, sino como un grupo de consumo y presión. En servicios sociales apreciamos el valor de llegar a la vejez y de la contribución que nuestros mayores pueden seguir haciendo. La calidad humana, la experiencia de las personas que atendemos y el tesón que demuestran, no sólo los hace dignos merecedores de ser atendidos, sino que convierte en un honor la posibilidad de hacerlo. Citando a la profesora Sarrate (2006; 126-127): *“la fragilidad física no debe considerarse, ni implica, un sinónimo de fragilidad moral”*. Reducir la esperanza de vida, como indica la misma autora, al peyorativo concepto de *“edadismo”*, que describe a las personas únicamente por su edad, supone cerrar los ojos al gran abanico de posibilidades que presentan nuestros mayores.

Siguiendo con el hilo argumental, añadiremos que el desarrollo del espacio sociosanitario en Navarra recoge la idea del continuo de cuidados, dentro de la atención formal entre distintos servicios y niveles, garantizando una óptima recuperación desde la salida del domicilio/hospitalización/alta/derivación a residencia y/o vuelta al domicilio. En atención primaria de salud, no cuentan con auxiliares de clínica, siendo los servicios sociales quienes asumimos esa parte. Así, además de la tercera edad, se convierten en potenciales personas susceptibles de atención, cualquiera que esté en un proceso de recuperación o

tratamiento de la salud (optimización de alta hospitalaria, enfermedad crónica, pacientes pluripatológicos, etc). Por otra parte, dentro del mismo plan se recoge como objetivo el apoyo a las personas cuidadoras mediante la información, formación, asesoramiento, apoyo técnico o servicios de respiro, una cuestión que venimos desarrollando cada vez con mayor demanda (Plan Sociosanitario de Navarra; 6-42).

La Ley Foral de Servicios Sociales de Navarra (L.F. 15/2006) incluye el SAD dentro de las prestaciones mínimas garantizadas, de implantación obligatoria en todos los Servicios Sociales de Base (atención primaria), siendo además de competencia municipal, como debe corresponder a una prestación cimentada en la cercanía, señalado en su artículo 5 relativo a los principios rectores, punto e. Haciendo referencia en el apartado g, a la atención personalizada e integral para descubrir y cubrir las necesidades de esas personas usuarias. Este es un aspecto básico si queremos mejorar su calidad de vida mediante la atención directa a los beneficiarios/as, e indirecta a familiares, especialmente a las y los cuidadoras/es.

El SAD está dirigido hacia el conjunto de la población que cuenta con limitaciones para la cobertura de las necesidades básicas en su medio habitual. Ofrece la prestación de una serie de servicios, debidamente valorados y supervisados, de carácter individual, pudiendo ser de carácter temporal o permanente en función de cada situación, procurando la mejor integración de la persona en su entorno, el incremento de su autonomía funcional y la mejora de su calidad de vida.

Este servicio se basa en un profundo conocimiento de la realidad, tanto objetiva como subjetiva, de la situación que viven las personas que atendemos diariamente en su entorno. Partimos y aprovechamos el contacto directo, la proximidad, la cercanía. Es fundamental conocer sus expectativas, exigencias y sus necesidades en constante evolución. Son imprescindibles valores como trabajo, esfuerzo, responsabilidad y compromiso en la atención; calidez en el contacto directo, y objetividad en los seguimientos. En definitiva, evaluar periódicamente el servicio que prestamos, tratando de detectar elementos que permitan la adaptación a la realidad dinámica, contribuyendo a la mejora continua de la atención prestada.

El SAD se encuadra dentro de la atención primaria, como un servicio de apoyo integral a las personas usuarias y a quienes se encargan de su cuidado. Se realiza a través de prestaciones que abarcan todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, permitiendo el mantenimiento en su entorno con un mínimo de calidad de vida que nosotros defendemos en torno a nueve dimensiones: Dinamismos Vitales, Salud, Autonomía /Dependencia, Convivencia y Familia, Relaciones Sociales, Vivienda y Entorno, Economía, Provisión de Cuidados y Persona Cuidadora, un concepto adaptado a los servicios de atención domiciliaria inspirados en el concepto de calidad de vida de Verdugo Alonso, Gómez Sánchez, y Arias Martínez (2009). Nuestro objeto es alcanzar el máximo grado de bienestar (físico y emocional), trabajando su desarrollo personal, en el sentido de ir ejercitando habilidades que le permitan alcanzar el mayor grado posible de autonomía, la mejora de sus relaciones, el acceso pleno a sus derechos reconocidos como ciudadanos y específicamente en el acceso a las prestaciones tanto del sistema de servicios sociales como de otros sistemas de protección social (seguridad social, salud, etc.).

Por otra parte, la Ley Foral de Servicios Sociales en su artículo, 6 apartado e, relativo a los derechos de las personas destinatarias, establece la participación en la toma de decisiones, cuestión relacionada con la autonomía, sobre el proceso de intervención social y la

elección de prestaciones entre las opciones que les sean presentadas por las Administraciones Públicas. La labor informativa es aquí una cuestión fundamental, desde el Servicio Social de Base y desde el propio SAD, deberemos conocer la necesidad tratando, a través de ella, de llegar a cubrir la demanda y si es posible sus expectativas. En esta última idea se destila la importancia del diagnóstico, parafraseando a Mary Richmond: *“los dos objetivos del diagnóstico social –primero, realizar una definición lo más exacta posible de la dificultad, y segundo, garantizar que a partir de esta definición pueda realizarse una acción eficaz y continua...”* (Richmond, 2008; 271); una cuestión que debemos introducir en nuestra práctica cotidiana, sobre todo en los casos de atención crónica –como suele ser la atención domiciliaria-, para estar atentos, descubrir las necesidades y adaptar el servicio en un intento de cubrirlas.

Dentro de la amplitud que abarca el SAD tanto en los aspectos de atención, como de gestión (de personal y administración), nos hemos decidido por presentar una iniciativa de fácil implantación en otros servicios: incluyendo cuestionarios en las entrevistas de seguimiento con las personas atendidas. Resultando sencillo realizarlas en las periódicas visitas domiciliarias que efectuamos.

Los servicios sociales estamos evolucionando, pese a la actual coyuntura económica, en tres cuestiones fundamentales:

1. Creciente interés por nuestro desarrollo profesional, con un paulatino aumento de la investigación en la acción social y por concretar el objeto del trabajo social.
2. Abandono paulatino de la prestación de servicios en función de su disponibilidad (casi superada la caridad), hacia el reconocimiento de derechos subjetivos.
3. Cambio de orientación desde ser, prácticamente en exclusiva a sectores más desfavorecidos, hasta la actual universalización. La tendencia es hacia la participación en la toma de decisiones de las y los usuarios/as, hacia la diversificación de las formas de atención, hacia la flexibilización. Es en este proceso donde la evaluación del funcionamiento de los servicios es un paso fundamental para la mejora continua, que desarrolle y permita la adaptación a esta tendencia.

En este sentido, numerosos son los autores y profesionales en el ámbito de la intervención social que proponemos iniciar una espiral autorreflexiva sobre nuestro desempeño en el trabajo diario, desde la acción-reflexión, la intervención-evaluación, mediante el contacto directo con la ciudadanía, las entrevistas, cuestionarios, observaciones u otros. Cavilando en tanto actuamos sobre una situación concreta, el escenario real de nuestro trabajo. Desde el positivismo, buscando las causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos del individuo (Pérez Serrano, 1990, 18-80), pero teniéndolos en cuenta. Comparando los casos para tratar de descubrir estructuras y procesos comunes, qué tienen de similar, en qué se parecen; sin olvidar las diferencias que convierten cada caso en una situación única, con semejanzas que podemos extraer de procesos inductivos. Combinando la lógica afectiva con el análisis racional, planificando para mejorar. Aunando eficacia y eficiencia, cantidad y calidad, calidad con calidez, en ese complejo y, todavía, poco conocido mundo de la intervención social.

Tratar de mejorar en nuestro trabajo, implica preocupación e interés por buscar nuevas actividades en este proceso cambio adaptativo a las nuevas situaciones en todos los niveles de los servicios sociales y en concreto del SAD –intervención social, gestión de personal

y gestión administrativa-, facilitando alcanzar mayores cotas de atención y mejores resultados. Pérez de Guzmán (2006; 26) señala que “*el objeto de todo servicio social es la persona, y en torno a ella, a su satisfacción, a la búsqueda del disfrute de cada momento, de su felicidad, debemos dirigir nuestro trabajo*”. Por lo tanto nos enfocaremos, no sólo a la atención social, también hacia la satisfacción, a cubrir las expectativas y demandas, más allá de la simple necesidad de las personas atendidas. Para ello son necesarias evaluación y/o autoevaluación, motivación de grupo y personal, vocación de servicio, responsabilidad en y con el trabajo diario. Es este un gran dilema: atención de la necesidad o a la demanda, con una sencilla respuesta: de la necesidad a tratar de cubrir la demanda. Buscando el razonable equilibrio en lo limitado de los recursos, haciendo uso de la necesaria priorización.

En este intento de adaptación surge una importante dificultad: ¿cómo valoramos un servicio? Objetivamente podemos coincidir en que cumplimos las actividades acordadas en la ordenanza que regula el SAD (B.O.N, nº 35 de 21 de febrero de 2011, artículo 8): levantamos de la cama, realizamos aseos, alimentación, limpieza del domicilio, cambiamos sábanas, pañales, vestimos, etc. Cuestiones objetivas, sencillamente verificables. Sin embargo, nuestra inquietud es descubrir cómo lo hacemos y el grado de satisfacción de las personas atendidas, si cumplimos sus expectativas, comparándolas con el servicio que recibe y orientando los resultados en ese sentido. También es fundamental atender a la satisfacción de las trabajadoras familiares, la importancia de su participación e implicación en la toma de decisiones y diseño de las intervenciones, una trabajadora motivada y comprometida es la base imprescindible para ofrecer un servicio de calidad. Además son ellas quienes conocen, de primera mano y diariamente, la realidad.

La satisfacción de las personas atendidas pasa, no sólo por conocer sus deseos y expectativas, sino por trabajar para su cumplimiento, dedicando los esfuerzos necesarios para ello. Siendo conscientes de que esos deseos y expectativas son dinámicos, modificándose en función de numerosas variables –salud, apoyos familiares y/o de vecinos, dependencia, situación económica, etc.- y que exigen por ello un constante seguimiento realizado en la atención directa de las trabajadoras familiares y las visitas domiciliarias efectuadas por el trabajador social. Esto permite en palabras de Matute, Aragón y Gil (1998; 98) “*revisar la aproximación teórica a las necesidades sociales*”, desde nuestra propia práctica y priorizar líneas de intervención y/o propuestas de desarrollo del servicio.

Este proceso de mejora requiere la aplicación de métodos de evaluación cualitativa y cuantitativa, con la implicación de todos/as los/as participantes. Siendo necesario dedicar un espacio a la reflexión acerca de nuestra práctica profesional, estudiar, analizar, investigar nuestra labor cotidiana, examinar nuestro trabajo. Se trata de responder a un problema eminentemente práctico: qué debemos atender y cómo, desde un SAD de una zona rural, teniendo en cuenta tanto a la población diana, a sus familiares, a las y los profesionales que intervenimos.

En cualquier proceso de mejora es imprescindible saber de dónde partimos, qué tenemos, y qué necesitan nuestros usuarios y usuarias. Es esencial definir qué intervenciones realizamos y si éstas responden a sus demandas y necesidades para, a posteriori, poder evaluar si cumplimos sus expectativas, valorando su grado de satisfacción. Pretendemos conocer la situación, partiendo de la investigación-acción participativa que encaja perfectamente en nuestras funciones y podemos incluir sencillamente dentro de nuestra rutina laboral.

Deseamos contribuir al desarrollo de buenas prácticas en intervención social. Aparece la necesidad de valorar nuestras intervenciones. Conscientes de que una evaluación completa debería ser de tipo externo. La limitación de los recursos económicos obliga a realizarla de manera interna, con dos periodos bien diferenciados:

1. Entre el 2005 y el 2010: donde nos planteamos la necesidad de evaluar el SAD para optimizar un recurso con gran demanda y atender la mayor parte posible. Una cuestión puramente organizativa, relativa a eficacia y eficiencia, a aspectos cuantitativos. Es a partir de 2006 cuando iniciamos la realización, dentro de las visitas domiciliarias, de cuestionarios anuales con los ítems descritos más adelante, donde nos preocupa el grado de satisfacción de nuestros/as clientes.

2. A partir de 2011, atendiendo a los resultados obtenidos y los datos detectados, razonablemente buenos de años anteriores, nos obligan a cuestionar su veracidad e introducimos un modelo de validación cualitativa basado en la doble triangulación; temporal: realizando la cuestionarios en diferentes periodos (primavera, otoño e invierno) y además por diferentes implicados: clientes, Trabajador Social y Trabajadoras Familiares.

Como ya hemos señalado, el SAD es un complejo programa que engloba diferentes aspectos: atención a la **ciudadanía** –atención social-, gestión de **personal**– cumplimiento de horarios y tareas, tiempo de descanso, formación, optimización de la atención directa, etc- y gestión **administrativa** –valoración económica para copago, control de tasas, facturaciones, etc.-. Desde el año 2003 se detecta un progresivo aumento de la demanda, recordar que en el ámbito de atención de la Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de la Zona de Allo tenemos un porcentaje de personas mayores de 65 años que prácticamente alcanza el 30 %, incluso en un periodo de crisis económica, continúa el creciente incremento. Es necesario lograr el máximo desarrollo del SAD, y el mayor grado posible de eficacia y eficiencia. En este sentido nos planteamos lo siguiente:

Como objetivo general:

- Reflexionar sobre la atención prestada, mediante el seguimiento y análisis de los datos obtenidos a través de las visitas domiciliarias.

Objetivos específicos:

- Comprobar completa realización del trabajo, contrastar atenciones.
- Verificar tiempos de atención directa adecuados a compromiso.
- Conocer grado de satisfacción de los usuarios/as.
- Detectar calidad de atención: se cumplen las demandas, trato dado.
- Verificar suficiencia de la atención prestada
- Comprobar prestación en horario deseado.

Relacionado con esto Molleda (2007; 143) afirma que *“la teorización en la que debemos involucrarnos ... , es un quehacer permanente dentro de nuestra tarea cotidiana que crea un saber propio individual y compartido como saber subjetivado ... para adquirir ese saber no es suficiente la práctica, no es suficiente la reflexión sobre la práctica, hay que estudiar y pensar de forma autónoma, es necesario crear categorías teóricas y relaciones entre ellas que produzcan hipótesis nuevas para enfrentarnos a la tarea de intervenir socialmente”*. A partir de esta reflexión surge una cuestión importante que se ha detectado a lo largo de este

estudio, es la necesidad de protocolizar procesos. En un primer momento teniendo claro qué tenemos y qué debemos tener (misión y visión). Como equipo del SAD, elaboramos al menos dos procedimientos al año, la elección la marca la propia dinámica laboral. Ante una dificultad consensuamos la manera de proceder. Durante seis meses dedicamos al menos 4,5 horas –espacios que se generan por ausencias de usuarios/as: citas médicas, ingresos de urgencia, etc.-, una hora y media para tres trabajadoras familiares, por separado y en diferentes momentos. Después comparamos cada propuesta extrayendo los aspectos comunes -subjetividad comparada-, discutiendo la propuesta final en reunión de equipo –alrededor de 30 minutos más-.

En el proceso de atención e intervención social en el SAD se plantean cuatro momentos:

1. Inicio: primer contacto, solicitud de atención y petición de documentación –económica y médica-.
2. Valoración: donde se incluye visita domiciliaria -aspectos sociales- y contacto con cuidadoras/es principales y/o guardadoras/es de hecho, firma de compromisos, aceptación de condiciones. En este momento es preciso organizar la lista de espera en función de los criterios anteriormente señalados –económica, médica y social-, priorizando los casos según necesidad.
3. Inicio de la atención directa, la trabajadora familiar comienza a ir al domicilio.
4. Seguimientos mediante visitas domiciliarias como base de la autoevaluación, reuniones de equipo semanales y planteamiento de proyectos de intervención en función de las necesidades detectadas que no responden a las orientaciones.

La evaluación periódica del SAD, iniciada en 2006, además de datos puramente administrativos, arroja detalles en aspectos fundamentales y su evolución, lo que permite orientar nuestra intervención:

1. **Perfil** de las personas atendidas: y **características** de su **entorno**:
 - a. Sexo, edad, estado civil; localidad de residencia y grado de dependencia.
 - b. Conservación vivienda: buena, regular o mala
 - c. Estado de los clientes: físico, psíquico, pulcritud y vestuario.
 - d. Valorar si cubren sus necesidades: con recursos propios; grado de colaboración de los clientes y de la familia.
2. **Tareas realizadas** y tipo de atenciones:
 - a. Carácter básico: limpieza doméstica, cama, cuidado ropa, compras.
 - b. Cuidado y atención personal: usuario encamado, higiene personal, control medicación, seguimiento citas médicas, acompañamientos.
 - c. Carácter complementario: compañía, dialogo y comunicación, y realización de gestiones.
3. Grado de **satisfacción**:
 - a. Días de atención prestados por semana: preguntamos si son suficientes y si los recibe los días deseados.
 - b. Horario: ¿le atendemos pronto, bien o tarde?

- c. Tiempo de servicio: ¿estamos en su casa el tiempo establecido, el que le cobramos?
- d. Satisfacción: ¿en general se considera: descontento, contento o muy contento?
- e. Desarrollo: ¿echa de menos algún servicio, cuál?, ¿quiere atención por la tarde y/o el fin de semana?
- f. Trato del personal del SAD: ¿el trato que recibe es: bueno, regular o malo?
- g. Atención: ¿atendemos sus demandas: mucho, regular o nada?
- h. Observaciones: preguntamos si quiere añadir algo más

Por último, la metodología utilizada incluye la elaboración de dos cuestionarios diferentes. El primero de ellos, más completo, incluye datos objetivos como: edad, sexo, grado de dependencia. El segundo, para la encuesta anónima y la pasada por las trabajadoras familiares es más breve, recoge cuestiones subjetivas (los puntos dos y tres, señalados).

En 2011 introdujimos como método de validación cualitativa una doble triangulación: preguntar lo mismo diferentes figuras (trabajadoras familiares, anónima y trabajador social) en diferentes espacios temporales. Sin embargo, no se apreciaron diferencias significativas entre los resultados que arrojaban los cuestionarios pasados por las trabajadoras familiares y por el trabajador social. Podemos concluir que las respuestas eran similares para el personal del SAD, optando por valorar las anónimas y las realizadas por el Trabajador Social dentro de las visitas domiciliarias.

Realizamos un total de 446 cuestionarios en los años señalados, 187 de ellos anónimos. Valorando 10.004 respuestas, sobre 41 ítems, citados anteriormente.

3.- DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DEL TEMA

Antes de entrar en materia, es preciso aclarar que todos los gráficos presentados en este trabajo son de elaboración propia, a partir de datos recogidos en las visitas domiciliarias y otros extraídos de la memoria anual técnico-económica.

Actualmente desde el SAD acudimos semanalmente a 48 domicilios, cifra variable. El perfil de las personas atendidas es: mujer casada de 81 años con un estado físico regular o malo y buena salud psíquica, pulcra y con un vestuario normal. Solventa sus necesidades con recursos propios, colaboradora con el SAD y con escaso apoyo familiar. La atención que demanda es de tareas domésticas, en menor medida de apoyo psicosocial, atenciones personales y, por último de apoyo técnico. Vive en una vivienda con una adaptación regular o mala a sus necesidades, pero limpia y bien conservada. Se considera satisfecha con la atención, bien tratada por el personal del SAD y, en general, atendida en sus demandas. Los datos de los que deriva este perfil se presentan y explican a continuación.

El SAD, de titularidad pública, es un programa de obligada implantación en los Servicios Sociales de Base de Navarra. Atendemos a personas con limitaciones para realizar tareas básicas de la vida diaria e instrumentales en su medio habitual.

Nuestro objetivo es favorecer la permanencia en el domicilio, trabajando otros aspectos como potenciar capacidades, habilidades personales y familiares, hábitos de vida saludables, coordinar actuaciones con la red sociosanitaria –centros de salud, hospitales y

residencias- o potenciar la colaboración de redes de apoyo informal –familia, vecinos, etc.-. Este objetivo la convierte en una importante prestación según las tasas de envejecimiento de nuestra zona de intervención.

A partir del año 2006, después de la publicación de la Ley 39/06 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se produce un **significativo aumento** de la demanda de personal para atender a personas dependientes. El SAD, desde entonces, ha vivido un auténtico despegue. Las horas de atención se han incrementado en un 59 %. Los ingresos por tasas han aumentado en más de un 330 %, y de plantilla pasamos de seis, a siete Trabajadoras Familiares, junto con el refuerzo del programa de Empleo Social Protegido, además de la contratación de un profesional exclusivo para ese programa. Los ingresos desde el 2006, antes de la aplicación de la ley 39/06, hasta el 2014, con el cobro integro de la atención a personas en situación de dependencia se han multiplicado por 8 (817 %).

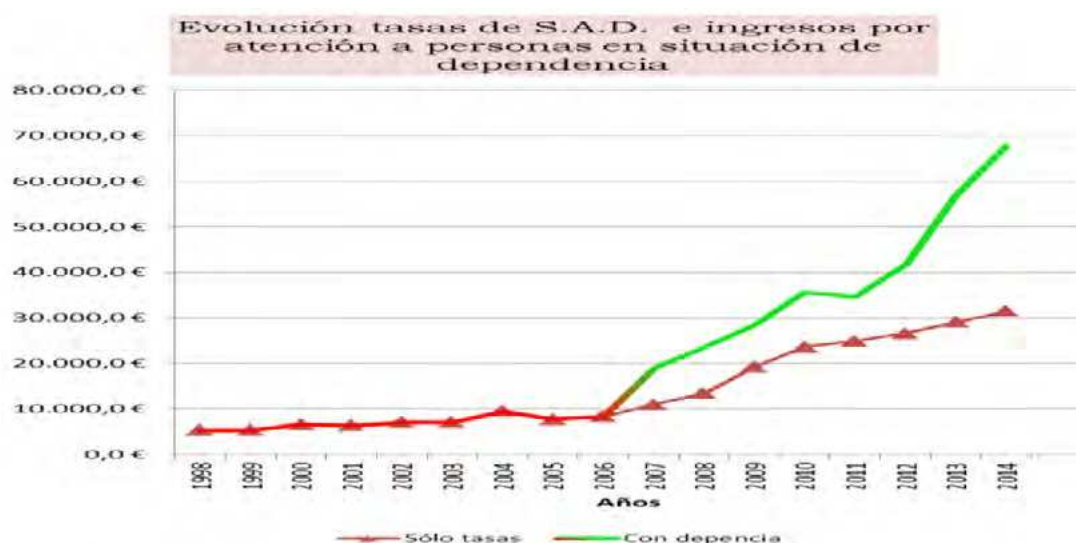


Gráfico1, p: 43. Fuente: elaboración propia, a partir de la memoria económica de nuestra entidad.

Hubiera sido interesante comparar los datos de gastos en personal, probablemente relativizarían estos resultados haciéndolos menos espectaculares. Pese a haberlo intentando en numerosas ocasiones, hasta el momento no lo hemos conseguido. Lo impide el complicado sistema de gestión presupuestaria, que diferencia entre: plantilla orgánica, eventuales interinos, eventuales, contratados temporales, de todo el personal en su conjunto, no diferenciado por programas. Esto impide aportar el dato.

Centrándonos en el sondeo realizado a través de los cuestionarios pasados en las visitas domiciliarias, para conocer el perfil de nuestros/as usuarias/os, así como su grado de satisfacción y demandas. Pasamos tres cuestionarios al año. Uno de ellos las trabajadoras familiares, otro el trabajador social y el último es anónimo, rellenado por cada usuario/a. Probablemente sea éste último el que mida, en realidad, el grado de satisfacción.

4.1.- Datos generales del SAD

En relación a la **edad**, durante los años estudiados, la media se sitúa entre los **81** y algo más de 83, con una tendencia a la atención de personas más jóvenes. Cuestión, de mo-

mento poco significativa, a la espera de evolución los próximos años. Esta disminución de la edad contrasta con el envejecimiento de la población, puede tener lógica ya que, como hemos señalado, los mayores de 50 años en 2013 superaban el 50 % de la población total en los municipios que integran la Mancomunidad y la atención sociosanitaria se realiza a personas de menos edad. Sobre el sexo de nuestros usuarios/as, en general predominan las **mujeres** aunque por escasa diferencia.

En el **estado civil**, el colectivo más importante de atención son las personas **casadas**. Cuestión lógica, en un mismo domicilio damos atención directa a dos personas que constan como usuarias beneficiarias.

En relación al **estado de las personas atendidas**, valoramos tres aspectos:

1. **Físico:** su estado de salud, siendo buena si no refiere problemas significativos. Regular, cuando señala problemas de salud. Mala cuando se observa o está diagnosticada una patología, minusvalía superior al 33 % (si la persona lo indica) o reconocido en situación de dependencia (verificado desde el servicio).
2. **Psíquico:** siendo regular cuando refiere problemas como tristeza, dificultades para dormir o despistes importantes. Considerada mala con un diagnóstico de enfermedad mental, deterioro cognitivo o neuronal.
3. **Pulcritud:** limpieza de la ropa, según las manchas que tenga. Entre 1 y 3 pulcritud regular y más de 3 consideramos sucio.
4. **Vestuario:** si es adecuado. Es regular cuando la talla no corresponde, cuello y puños desgastados, pequeñas roturas en ropa o calzado o desgaste moderado; Ropa inadecuada para la temporada, cuando cumple 1 o dos. Consideramos malo cuando la ropa está en mal estado muy deteriorada y/o con varios rotos o descosidos y cumple más de 2 de lo señalado.

Salvo en el estado de salud físico donde aparecen los indicadores con salud mala o regular, a lo largo de los años estudiados, en el resto son buenas noticias en la mayoría de los casos atendidos por el SAD.

El artículo dos de la Ordenanza reguladora del SAD (BON 35 de 21-2-2011) establece entre los principios en los que se basa nuestra intervención, la promoción de la autonomía, favoreciendo la participación en las **actividades de la vida diaria**, el desenvolvimiento en su entorno familiar y en la vida de su comunidad, en los diferentes ámbitos. **Favoreciendo la toma de decisiones** personales acerca de cómo vivir y elegir sobre sus propias preferencias. El artículo tres concreta entre las características del SAD su carácter **preventivo**, tratando de evitar o limitar situaciones de deterioro de las capacidades personales y la pérdida de apoyos y relaciones sociales, así como la institucionalización innecesaria, salvo que de esta forma se **garantice una mayor calidad de vida**; y como **estimulador** e incentivador, facilitando la **satisfacción de las necesidades** de la persona usuaria **potenciando sus capacidades**, haciéndole agente de su propio cambio y potenciando la participación de su familia. Por último, entre nuestros objetivos tenemos el de lograr la optimización de las destrezas, capacidades y habilidades personales y familiares que permitan el máximo grado de autonomía, potenciando hábitos de vida saludables, aumentando la seguridad y autoestima personal; mejorando el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad, potenciando y fortaleciendo la mayor colaboración de las redes naturales de apoyo, especialmente de la

familia, con los apoyos necesarios a las personas cuidadoras.

Cubrir necesidades personales. Depende, entre otras cosas, de tres cuestiones:

1. Solventar necesidades con recursos propios: se observa una polarización con similitud entre los que no lo hacen en absoluto, requiriendo el apoyo de la familia –en algunos casos vecinos- y del SAD para solventarlas; y los que no tienen dificultad en este aspecto.
2. Colaboración en el cuidado de miembros vulnerables –con limitaciones de autovalimiento o dependencia- y en tareas domésticas, dentro del grupo conviviente. Este indicador ha aumentado desde el 2012 en algo más de un 30 % de aumento en el grado de colaboración.
3. Grado de colaboración de la familia, en relación a 2012 el dato ha mejorado. Sin embargo, casi la mitad de las personas que atendemos sienten que la familia colabora regular o poco.

La **cartera de servicios** del SAD queda recogida en el artículo 8 de la ordenanza señalada y se divide en:

1. Actuaciones de apoyo y **atención personal**: higiene personal, vestir/desvestir, movilidad básica –levantar, acostar,...-, actuaciones sociosanitarias –cambios posturales, supervisión pauta médica, recogida de recetas, observación, aplicación dispositivos para incontinencia, cambio de apósitos, etc-.
2. Actuaciones de apoyo **doméstico**: relacionadas con la alimentación, cuidado de ropa y calzado, limpieza y mantenimiento vivienda, control y seguimiento de estado general de la casa, etc.
3. Actuaciones básicas de apoyo **psicosocial**: se realizan dentro de un proceso de relación de ayuda, dirigidas a facilitar la superación de situaciones que se plantean en el ámbito personal, familiar y/o social, favoreciendo que las personas atendidas se sientan valoradas y miembros de la red social:
 - a. Actuaciones **psicosocioeducativas**. Actividades y tareas que, desde una perspectiva y estrategia educativa, van dirigidas a promover y fomentar la adquisición, recuperación, aprendizaje y manejo de destrezas, conductas y habilidades básicas, para potenciar al máximo la autonomía de la persona usuaria y su entorno; apoyo emocional ante situaciones vitales (soledad/aislamiento, dependencia/pérdida facultades, salud o autonomía, duelo, ...); fomento de la autoestima; educación en hábitos de vida y desarrollo de hábitos y habilidades para el fomento del autocuidado y autonomía personal; adquisición y desarrollo de habilidades para la prevención y modificación de conductas y situaciones de riesgo en el domicilio; orientación y entrenamiento en el manejo de ayudas técnicas; organización doméstica; potenciar la realización de actividades de ocupación del tiempo fomentando una conducta activa (aficiones); orientación para promover estilos de relación para una adecuada convivencia (habilidades sociales, asertividad...); identificación de conductas y situaciones de riesgo e información y orientación para su modificación.
 - b. Actuaciones de **apoyo a la familia** y/o personas cuidadoras: apoyo emocional a cuidadores; orientación, asesoramiento y seguimiento de aspectos relaciona-

dos con la atención y el cuidado de la persona atendida; facilitar pautas y habilidades para el cuidado y atención, y adaptación a las nuevas realidades que se vayan presentando; informar y orientar sobre ayudas técnicas, recursos y sobre otras alternativas de apoyo; orientar en pautas, habilidades y actitudes para el autocuidado y para prevenir situaciones de estrés y sobrecarga; fomentar actitudes positivas, de entendimiento, participación y comunicación.

4. Actuaciones de **apoyo técnico y otros recursos de atención**: las encaminadas a apoyar la adecuación del domicilio a las necesidades de la persona usuaria, y la transición a otro tipo de situaciones vitales que supongan un cambio o salida del domicilio habitual.

Evaluar los puntos 3 y 4, resulta muy complicado al ser cuestiones puntuales, que se trabajan con alta intensidad en periodos relativamente cortos de tiempo (alrededor de tres meses) dentro del continuo de atención. Además son situaciones sobre las que, habitualmente, debemos sensibilizar a las personas atendidas y sus familiares y no las consideran como un servicio propiamente ofertado. Sin embargo, son actuaciones fundamentales, planificadas y desarrolladas como equipo de trabajo desde el SAD. Su consecución garantiza mejores cotas de calidad de vida, tanto como las recogidas en el punto 1 y 2.

Las actuaciones realizadas desde el SAD se han valorado tomando las cinco actividades más demandadas por las personas atendidas y por las trabajadoras familiares, se citan por orden de importancia. Mediante cuestionario con todas las actividades pasado en los 30 domicilios que aceptaron y sobre 32 domicilios a las trabajadoras familiares:

1. Actuaciones de apoyo y atención personal. **Más demandadas por usuarios/as**: higiene personal, higiene y cuidado de pies y manos, observación de la salud, hidratación y supervisión de la piel y cuidado del cabello. **Más realizadas por las trabajadoras familiares**: apoyo en la realización de actividades de recuperación, mantenimiento y mejora de la capacidad física y motora; y de las capacidades cognitivas; supervisar vestido y calzado, observación de la salud, supervisión de la adecuada toma de medicación.
2. Actuaciones de apoyo doméstico. Más demandadas por **usuarios/as**: barrer, quitar el polvo, Limpiar cristales, limpieza de baño, limpiar cristales y limpieza de baño. Más realizadas por las **trabajadoras familiares**: barrer, quitar el polvo, limpiar cristales, fregar suelos y limpieza de baño.
3. Actuaciones básicas de apoyo psicosocial. Más demandadas por **usuarios/as**: apoyo emocional ante situaciones vitales, fomento de la autoestima, hábitos y habilidades para el autocuidado y la autonomía, potenciación de actitudes positivas y educación en hábitos de vida saludables. Más realizadas por las **trabajadoras familiares**: educación en hábitos de vida saludables, potenciación de actitudes positivas, apoyo y fomento de la autoestima, apoyo emocional ante situaciones vitales y hábitos y habilidades para el autocuidado y la autonomía personal.
4. Actuaciones de apoyo técnico y otros recursos de atención. Más demandadas por **usuarios/as**: información y orientación sobre ayudas técnicas, y sobre recursos complementarios de apoyo en el domicilio, orientación en la reorganización del domicilio, información y orientación sobre necesidades de reorganización y adaptación del domicilio e información sobre recursos alternativos al domicilio. Más realizadas por

las **trabajadoras familiares**: información y orientación sobre hábitos y necesidades de adaptación de vivienda, informar sobre recursos complementarios de apoyo en el domicilio, información y orientación sobre ayudas técnicas, orientación y apoyo en la reorganización y adaptación del domicilio e información sobre recursos alternativos a la permanencia en el domicilio.



Gráfico 8, p: 46. Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidas en las visitas domiciliarias realizadas.

Sobre las características de la **vivienda**. valoramos:

1. **Conservación** de la vivienda: es regular cuando cumple al menos una de las siguiente cuestiones relacionadas con estado general: ventanas y/o puertas con corrientes de aire o que no cierren bien, desconchados en la pared, roturas apreciables, humedades, averías sin arreglar desde hace más de 2 meses, o vivienda antigua sin apenas reformas. Es mala si cumple dos o más cuestiones de las citadas y/o tiene averías sin arreglar desde hace más de 2 meses.
2. La **limpieza** de la vivienda es considerada como regular cuando observamos al menos dos de las siguientes cuestiones: polvo, telarañas, desperdicios en el suelo, cristales sucios, mesa o armarios de cocina sucios, etc. Siendo mala cuando se cumplen tres o más.
3. **Equipamiento** de la vivienda: lo consideramos bueno cuando hay ausencia de barreras arquitectónicas y está dotada de todas las comodidades: calefacción, baño adaptado, posee las ayudas técnicas necesarias. Es regular cuando existen barreras arquitectónicas: escaleras, baño sin adaptar, sin calefacción, cuando cumple uno de estos requisitos. Es mala si cumple dos o más, o uno de ellos que compromete la salud de la persona atendida; tanto en la limitación de su cuidado como por el riesgo de accidentes, por la dificultad que entraña superarlas, o cuando la compra de ayudas técnicas no garantiza la adecuada calidad de vida, de atención o la familia es reticente a la compra.

Salvo en equipamiento de vivienda, que es regular o malo, probablemente debido a que puede exigir un desembolso importante y es preciso tener en cuenta que, en general, trabajamos en viviendas rurales tradicionales de cierta antigüedad con dificultades para su adaptación, especialmente por encontrarse en primeros pisos sobre bajeras sin ascensor. La limpieza y conservación los datos son razonablemente buenos.

Sin llegar a las conclusiones, el equipamiento de la vivienda también lo consideramos bueno si se adapta a las necesidades del usuario/a, cuando pueden superar la falta de equipamiento fácilmente y sin riesgo.

La **actividad más realizada** desde el SAD, es la limpieza doméstica, prácticamente en la totalidad de los domicilios atendidos, con valores similares a lo largo de los años. La higiene personal la realizamos en el 50 % de los domicilios, con un ligero aumento sobre años anteriores. La atención a usuarios/as encamados ha tenido un significativo aumento que se estabiliza en torno a los 10 casos.

Cuestiones como control y seguimiento de medicación se ha duplicado desde 2012, sin embargo no se superan los 8 casos donde lo realizamos. El seguimiento de citas médicas, la realización de gestiones, la compra o los acompañamientos, todavía son puramente testimoniales.

Para medir el grado de **satisfacción** de las personas atendidas, la primera batería de preguntas se refiere a la suficiencia de la atención, al horario, a si estamos en su domicilio el tiempo establecido, y si en general se consideran insatisfechos/satisfechos o muy satisfechos. En 2011 un 22 % de los casos atendidos afirmaban que las horas de atención semanal no eran suficientes, en 2015 esta cifra ha disminuido a 12 %. La mayoría de los domicilios consideran que estamos el tiempo establecido, aunque varía significativamente entre la anónima y la realizada desde el equipo del SAD, donde entre 3 y 11 personas respectivamente piensan que no se cumple el horario. Para subsanar esta cuestión estamos trabajando en desarrollar un procedimiento de atención que incluye señalar el reloj de la persona atendida y decir la hora de entrada y salida al llegar, volviendo a señalarlo al irnos e indicando la hora de estancia –procedimiento de atención a domicilio-. En el cuestionario anónimo, todas las personas que han contestado indican que se cumple el horario desde 2012.

Sobre las horas de atención, si vamos pronto, tarde o bien. El cuestionario realizado indica valores similares entre los datos de las visitas domiciliarias y el formulario anónimo, en la inmensa mayoría el horario está bien.

A la pregunta de si echa de menos algún servicio que consideren necesario y/o que mejore la atención que reciben, refieren: acompañamientos y traslados médicos, más horas de atención, limpiar estancias que no se usan, o **atención por las tardes**. La cuestión de esta atención, y la de los festivos, o incluso noches, es un desarrollo natural de un servicio sociosanitario, donde va en aumento la demanda en personas en situación de dependencia (no tanto en casos, pero sí en horas como señalamos más adelante, pasando de menos de 2.000 a casi 3.000 horas de atención y con un previsible aumento de otras 700 horas entre 2015 y 2016 con el acceso a prestaciones de las personas reconocidas con dependencia moderada) y donde formamos parte del **continuo de cuidados**. Sin embargo, se produce un ajuste secundario a través de la atención privada, por personas con escasa formación –aunque con experiencia-, en los espacios que no llegamos a atender –tardes, noches y festivos-, que sólo es demandada en tres de los 43 casos entrevistados en 2015.

Sobre el grado de **satisfacción general**. En la encuesta anónima, el caso que señala insatisfacción es anecdótico (1 caso, salvo en 2011, dos casos), sin especificar porqué. En la persona atendida tres casos manifestaron sentirse insatisfecho; uno de ellos manifiesta, literalmente, que “se van dos minutos antes” y desea que durante un mes sea atendido por la misma trabajadora familiar, cuestión fácil de cumplir durante todo el año –salvo vacaciones, bajas y permisos-. Otro de ellos demanda que siempre vaya la misma –cuestión imposible por lo anteriormente señalado y los ajustes de calendario imprescindible para cuadrar jornadas laborales, etc.- y realizar limpieza en todas las estancias de la casa. El último caso se queja de que unas aprovechan el tiempo y limpian más que otras.

Otros dos aspectos donde valoramos el grado de satisfacción son: el **trato recibido por el personal y la atención a sus demandas**. El cuestionario pasado en entrevista personal arroja los siguientes datos:



Fuente: elaboración propia a partir de datos recogidos en las visitas domiciliarias

Sin embargo, el cuestionario anónimo, aunque arroja datos aceptables, si bien repunta entre 2 y 3 casos que el trato recibido es regular y no bueno. La atención de las demandas es más significativo, ya que 6 y 10 casos señalan sus demandas las atendemos regular, en lugar de mucho. Dos casos en 2015 indican que no las atendemos nada, pero no apunta detalles. Para tratar de subsanarlo, dentro de la atención directa en el domicilio, las trabajadoras preguntan a los y las usuarias si necesitan algo más, o tienen alguna preferencia –incluido en el procedimiento de atención a domicilio-.

En relación a la **confianza en el personal** de atención la mayor parte de las personas atendidas confían en nosotras y no han echado en falta nada. Sin embargo, tres usuarios/as han informado sobre la desaparición de: aceite, comida, y en un caso señala que le han faltado joyas, dinero y ropa, acusando –la misma persona- a 4 trabajadoras familiares diferentes en distintos momentos y para las diferentes cosas supuestamente sustraídas, algunas de ellas ni la habían atendido durante el periodo de falta de esos objetos. En todos los casos se les ha animado a poner una reclamación en el servicio, y/o denuncia ante la policía, sin llegar a efectuarse ninguna de las dos.

En la encuesta anónima. los datos son mejores. Curiosamente pese a haber echado en

falta algo, la gran mayoría manifiestan confiar en el personal de atención.

Dentro del equipo de atención del SAD, vemos la necesidad, con un carácter de imprescindibilidad, de tener un servicio de préstamo de **ayudas técnicas** (grúas, andadores, sillas de ruedas, camas articuladas, sillas de baño giratorias, u otras). Para ello es necesario disponer de un local amplio que permita su almacenamiento y limpieza. También sería necesaria dotación presupuestaria. Sin embargo, las personas atendidas no manifiestan, en su mayoría, esta necesidad ya que la relacionan con su uso y necesidad personal.

En relación a las horas de atención recibidas, la mayoría manifiestan que son suficientes salvo en 6 y 9 casos, según la anónima y conocida respectivamente. El equipo del SAD también detecta la necesidad de más horas de atención en 8 domicilios.

Las personas atendidas en situación de dependencia, están por encima del 30 % sin observarse una tendencia clara de aumento, sino más bien de mantenimiento –

El número de personas dependientes atendidas va disminuyendo desde 2013, aunque se aprecia cambio de tendencia progresivo. Por el contrario, el número de horas prestadas a personas dependientes ha ido en aumento. A partir del 1 de julio de 2015, se reconoce el derecho a las prestaciones del sistema a las personas reconocidas como dependientes moderadas, lo que puede suponer un aumento en las horas de atención a dependientes en torno a las 700 anuales, como ya hemos señalado. Esto situaría la atención a este colectivo por encima del 50 % de las horas prestadas.



Fuente: elaboración propia con datos recogidos en la memoria técnica

La atención a las personas dependientes el SAD es una prestación garantizada, relacionada con el derecho subjetivo, con carácter obligatorio. Por otra parte, es necesaria y prioritaria. Además su pago es asumido entre usuario/a y Gobierno de Navarra, y la Mancomunidad únicamente debe adelantar el gasto.

4.- CONCLUSIONES Y APORTACIONES INNOVADORAS

El presente estudio nace para presentar los resultados de organizar y estructurar el contenido y la recogida de información en el trabajo diario, aprovechando el espacio que ofrecen las visitas domiciliarias para seguimiento de los casos. Hasta ahora efectuábamos una visita domiciliaria trimestral, alrededor de 150 visitas anuales. La meta para el 2016 es realizar visitas bimensuales, aumentándolas hasta 350. Esto ofrecerá, sin duda, cercanía y contacto más directo para abordar diferentes aspectos que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas atendidas, priorizando los casos más complicados y dando soporte mutuo entre la atención de las trabajadoras familiares y la intervención del trabajador social, complementándolas para que converjan. Fortaleciendo las decisiones de equipo y con propuesta negociada a las diferentes familias objeto de cuidado. Cuestión que incluimos en

nuestra práctica cotidiana, sobre todo en los casos de atención crónica –como suele ser la atención domiciliaria-, para estar atentos, descubrir las necesidades y adaptar el servicio en un intento de cubrirlas.

Es curioso verificar como pequeños cambios, que no suponen más trabajo sino una forma de hacer diferente, permiten aumentar las posibilidades de mejora. Para ilustrarlo a partir del refrán “*piensa mal...*” ¿y si pensamos mejor?: no se trata de pensar (trabajar) más, sino de pensar (trabajar) mejor. Resulta edificante y muy útil, repasar los resultados y reflexionar sobre ellos. Esto ayuda a profundizar en el análisis del servicio pudiendo descubrir nuevos caminos y alternativas en diferentes aspectos o situaciones que no avanzan. Podría parecer que exige un esfuerzo extra, los compañeros y compañeras nos quejamos de falta de tiempo, de exceso de carga de trabajo. Todos tenemos 24 horas al día, normalmente ocupadas (familia, trabajo, formación, lectura, temas de “logística”, ocio, etc.), en esta vorágine es posible plantear de otra manera: dentro de nuestra práctica diaria, ¿cuánto tiempo le puedo dedicar en un determinado espacio temporal? Si no es posible una hora a la semana, quizá lo sea al mes, o al trimestre, se trata de planificarlo y asumir el compromiso.

Una de las conclusiones es la necesidad de **integrar** dentro de la propia práctica social la cuestión de administración del SAD. Incorporando la gestión presupuestaria (gastos e ingresos), cuyo equilibrio va a permitir delimitar el desarrollo de nuestro servicio, las posibilidades que tenemos a partir de los recursos económicos que generamos. Así nuestras demandas, basadas en necesidades y demandas que parten de la evidencia detectada en nuestro trabajo diaria, pueden verse legitimadas y reforzadas.

Por otra parte, el mayor valor de nuestro servicio es, sin ninguna duda, el capital humano. Conseguir un equipo de trabajo estable, comprometido y motivado, convierte cualquier actividad laboral en camino de mejora, garantía de buenos resultados. Alcanzarlo no es tarea fácil. La clave puede estar relacionada con el liderazgo, entendiendo al líder o líderes, como personas que **siguen** a sus compañeras, atentas a sus necesidades e inquietudes, con un carácter de reciprocidad. Valores como reconocimiento, humildad, compañerismo, solidaridad, flexibilidad y adaptación, toman una relevancia fundamental.

Organizar todo esto en torno a la intervención social es una empresa realmente compleja, que de momento estamos tratando de conseguir. Para ello hemos desarrollado una herramienta que recoge todo lo relacionado con la **acción social y la gestión económica y de personal** (jornadas laborales, flexibilidad, etc.):

- Proyectos de intervención: que incluye su intensidad (alta/moderada/baja), fecha de inicio y final, diagnóstico, objetivos, tareas y actividades (con fechas de realización, responsable de cada una y si se ha realizado o no), valoración de la ejecución, evaluación de proceso y final. Son intervenciones desarrolladas en periodos de tiempo concretos para tratar de conseguir, normalmente, uno o dos objetivos. Los casos incluyen varios proyectos de intervención a lo largo de los años, en función de las necesidades detectadas.
- Valoración social, recoge aspectos: económicos, vivienda, convivencia, provisión de cuidados –formales e informales-, características de la cuidadora o cuidador principal, valoración de enfermería y accesibilidad.
- Ficha: recoge datos personales de la unidad de convivencia. La atención solicitada y el total de atención, junto a la concedida y el horario. Incluye un total de 31 tareas:

seis de atención personal, once de apoyo doméstico, siete de apoyo psicosocial, dos de apoyo sociocomunitario, otras dos de apoyo a la familia y tres de apoyo técnico. Las estancias de la casa a realizar y un resumen de la valoración médica y social. Este documento es un acuerdo firmado entre las partes sobre el compromiso adquirido.

- Calendario de atenciones (hojas de cálculo vinculadas, son un total de trece libros de Excel y 86 hojas de cálculo): con cada trabajadora familiar, por días y horas en cada domicilio. Recoge el tiempo de trabajo diario y semanal, además de las horas de atención directa que se suman en una hoja de cálculo mensual y automáticamente ofrece la facturación mensual. Como elemento de mejora podríamos incluir la facturación anual, sumando cada uno de los datos mensuales. Esta misma hoja recoge la jornada laboral mensual que se suma en un cálculo de la anual, al objeto de no sobrepasar las jornadas.

Entre 2015 y 2016, el equipo del SAD hemos acordado **revisar nuestra ordenanza** reguladora y elevar al órgano competente una propuesta modificada. En el apartado de la cartera de servicios, es necesario realizar un análisis en profundidad que incluya a las personas atendidas, **ponderando las actividades** propuestas. Esto gira en torno a la hipótesis de **priorizar las atenciones personales** sobre el resto. La manera de trabajar la ordenanza es dedicando diez minutos semanales a su lectura y discusión y, al menos una sesión de trabajo conjunto de 1:30. Esto puede parecer poco tiempo, pero en 18 meses supone dedicar 16:30 horas de trabajo de un mínimo de 7 personas, ampliable en función de la necesidad.

Los diferentes cuestionarios se realizaban en función de las posibilidades del servicio, según nos venía bien. Sin embargo, podría resultar más interesante entregar el cuestionario de satisfacción anónimo en primer lugar. Al obtener los resultados, pasarlo el trabajador social, haciendo prospección sobre los aspectos sensibles que afloran en los datos anónimos. Sería necesario, como método de validación cualitativa que las trabajadoras familiares lo siguieran realizando, al entregar el anónimo. Esta cuestión sirve para que las personas atendidas se familiaricen con las preguntas. La organización a partir de 2016 será: realización de cuestionario por parte de las trabajadoras familiares y entrega de la anónima, elaboración de los datos y realización por parte del trabajador social. Probablemente ayude a aclarar las quejas que se producen, directamente con las personas atendidas.

Una vez analizados los datos, en especial los del perfil de las personas atendidas, echamos en falta:

- Valorar el porcentaje de discapacidad, además del grado de dependencia, al ser una situación que influye en la capacidad de autovalimiento. Íntimamente relacionado con la permanencia en el domicilio y el equipamiento de la vivienda habitual a las necesidades de la persona atendida, donde detectamos una adaptación regular o mala.
- Incluir datos económicos de las unidades familiares, contribuyendo a una valoración más completa y actualizada del **perfil socioeconómico**. Así la organización cronológica de los cuestionarios sería: el primer semestre: inicialmente pasarlo las trabajadoras familiares que entregan la anónima. El segundo semestre, ya con las nuevas declaraciones de IRPF, solicitando una copia de la última declaración de renta en la visita domiciliaria del trabajador social, donde pasamos el último cuestionario. Esto tiene un sesgo ya que algunos productos financieros no incluyen el capital mobiliario total. Sería necesario solicitar también saldos de los bancos o cajas, donde posean cuen-

tas, actualizados a 31 de mayo del año en el que se realice el cuestionario. La media de edad de las personas atendidas supera los 80 años, esta tarea puede resultarles complicada y no hay garantías de que los datos sean completos. Sería posible vincular la actualización de tasas a estos datos anuales, buscando un método que combine comodidad y eficacia con resultados ajustados a la realidad. Las entidades locales, de momento no tenemos acceso a datos de hacienda, si los funcionarios de la comunidad autónoma. Resulta aceptable probar durante dos años esta propuesta y comparar los datos obtenidos, con la valoraciones económicas iniciales del SAD, incluyendo la comparativa con datos exclusivos del IRPF, añadiendo o no los saldos bancarios actualizados. Una vez realizado el análisis, efectuar una propuesta que podría incluir la modificación de las tasas.

Otra de las propuestas de mejora gira en torno a recoger los gastos anuales en personal específico del SAD, kilometraje, etc. Esto permitiría descubrir la eficiencia del servicio y el aumento ponderado del incremento en los ingresos del SAD.

Por último, en relación al grado de colaboración de la familia, se aprecia una discrepancia entre la idea de los cuidadoras/es principales (familiares) y lo que sienten los y las usuarias del SAD. Detectamos, implícitamente, cierto sentimiento de soledad, de “desatención”, una cuestión subjetiva. Nos surge la duda de si es algo a trabajar específicamente, con más intensidad que hasta ahora, o incluir un instrumento de valoración más objetiva. Una posibilidad de mejora para medir a futuro este ítem sería incluir el test de Apgar (nivel de funcionalidad familiar: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf) y comparar resultados, contrastándolos con las personas cuidadoras y atendidas.

Como conclusión y resumen de esta propuesta, destacar la importancia de preocuparse y ocuparse por el trabajo que realizamos desde la perspectiva de las personas que atendemos, gracias a las cuales podemos desarrollarlo.

5.- BIBLIOGRAFÍA:

- Datos demográficos: http://www.navarra.es/home_es/Navarra/Asi+es+Navarra/Geografia+y+poblacion/El+territorio+y+sus+gentes.htm
- INE. Instituto de Estadística de Navarra: <http://www.navarra.es/AppsExt/GN.InstitutoEstadistica.Web/InformacionEstadistica.aspx?R=1&E=3883>
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10855#Ar.5>
- Ley 39/06, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- González-Saibene, A. (2014). El mito del “Objeto” en trabajo Social1. REFLEXIÓN TEÓRICA EN TS. , RUMBOS TS. Escuela De Trabajo Social. Facultad De Ciencias Sociales. Universidad Central De Chile, Año IX. (Nº 10), 10-37.
- Matute, S., Aragón, R. y Gil-Lacruz, M. (1998), “Aproximación Teórica al Estudio de las Necesidades Sociales y la participación comunitaria”. Proyecto social: Revista de relaciones laborales, Nº 6, págs. 97-104.

- Molleda Fernández, Esperanza. (2007), “¿Por qué decimos que «no podemos hacer intervención social»?”. Cuadernos de Trabajo Social, nº 20. Universidad Complutense de Madrid. Pp 139-155.
- Morgenstein Lucila Finkel, Sara. “Materiales para la evaluación de los Servicios Sociales”. Textos de Educación Permanente, programa de enseñanza abierta. Madrid. Edita: UNED, 2002. 186 pp.
- Ordenanza Reguladora del Servicio de Atención a Domicilio. Boletín Oficial de Navarra, N.º 35 de 21 de febrero de 2011: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2011/35/Anuncio-64/
- Plan Foral Sociosanitario de Navarra: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+foral+de+atencion+sociosanitaria/
- Pérez de Guzmán Puya, M^a Victoria. –coordinadora- (2006): Organización y Gestión. Agentes al servicio de los mayores. Madrid: Editorial Universitas S.A. 227 pp.
- Pérez Serrano, Gloria, “INVESTIGACIÓN-ACCIÓN. Aplicaciones al campo social y educativo”. Madrid. Dykinson. 1990. 284 pp
- Pérez Serrano, Gloria. “Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II- técnicas y análisis de datos”. Prólogo de Marco Antonio R. Rías. Colección: Aula Abierta. 4^a ed. Madrid. Editorial La Muralla S.A. 2004. 198 pp.
- Richmond, Mary E. “Diagnóstico Social”. Prólogo de la autora. Colección Trabajo Social. 2^a Ed. Madrid. Edita Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.2008. 640 pp.
- Viscarret Garro, Juan Jesús. (2007), “Modelos y métodos de intervención en trabajo social”. Madrid. Alianza Editorial, S.A. 324 pp.
- Sarrate Capdevila, M.^a Luisa. –coordinadora- (2006), “Atención a las personas mayores. Intervención práctica”. Madrid. Universitas, S.A. 288 pp.
- Schirmarmmacher, Frank. (2004), “EL COMLOT DE MATUSALEN”. Madrid. Santillana Ediciones. 256 pp.
- Verdugo Alonso, Miguel Ángel; Gómez Sánchez, Laura Elisabet; Arias Martínez, Benito (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Salamanca, 1^a edición.