

Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona

Resumen

La ciudad de Barcelona debe afrontar en los próximos años un reto mayúsculo: la atención a domicilio de las personas mayores. Actualmente el 23% de la población de la ciudad es mayor de 65 años, 345.000 personas aproximadamente, 400.000 en 2030. El Servicio de Atención a domicilio (SAD en adelante), en este contexto, es estratégico, y crítico, dado el déficit de centros residenciales¹ y la voluntad de la mayor parte de la población que prefiere envejecer y permanecer en su casa. Para acometer este reto de forma sostenible Barcelona ha desarrollado una visión, un concepto; las superislas² sociales. Esta experiencia se articula sobre dos ideas centrales:

- realizar un cambio en la organización del servicio y del trabajo, que consiste en promover una organización territorial del servicio basada en el trabajo en equipo, y
- configurar las superislas (territorios de proximidad) como unidades territoriales de comunidad, relación, sostenibilidad de la atención a las personas mayores, donde tejer una red social y comunitaria

El trabajo de las profesionales del SAD en las superislas adquiere más valor, adquiere visibilidad, permite desarrollar nuevas funciones y una carrera profesional en un entorno de corresponsabilidad con otros profesionales de los servicios sociales, y por supuesto con los mayores. En definitiva humanizar las profesiones del SAD, humanizar el cuidado a las personas a pesar de la compleja gestión que supone un servicio de esta dimensión.

Palabras clave

Capacitación. Trabajo en equipo. Comunidad. Territorio. Servicios de proximidad. Cuidados. Humanizar.

Home care superisles: training and development of family workers of the SAD of the city of Barcelona

Abstract

The city of Barcelona must face a major challenge in the coming years: home care for the elderly. Currently, 23% of the population of the city is over 65, approximately 345,000 people, 400,000 in 2030. The Home Care Service (SAD onwards), in this context, is strategic and critical, due to the deficit of residential centers and the will of most of the population that prefers to grow old and stay at home. To tackle this challenge in a sustainable way, Barcelona has developed a vision, a concept: the Social superisles. This experience is articulated on two central ideas:

- make a change in the organization of the service and work, which consists in promoting a territorial organization of the service based on teamwork, and
- configure the super-isles (proximity territories) as territorial units of community, relationship, sustainability of care for the elderly, where to weave a social and community network.

The work of the professionals of the SAD in the superisles acquires more value, acquires visibility, allows to develop new functions and a professional career in an environment of co-responsibility with others social services professionals, and of course with the elderly. In short, humanize professions of the SAD, humanize the care of people despite the complex management that involves service of this dimension.

Keywords

Training. Teamwork. Community. Territory. Proximity Services. Care. Humanize.

Autora/Author

Marta Juan Serra

Economista. Responsable del Proyecto, Dirección de Innovación Social, Área de Derechos Sociales, Ayuntamiento de Barcelona
mjuans@bcn.cat

RECIBIDO: **04.10.19** | REVISADO: **09.10.19** | ACEPTADO: **29.11.19** | PUBLICADO: **26.12.19**

Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona

Introducción

¿De dónde partimos?

La cartera de servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona define el SAD como un conjunto organizado y coordinado de acciones que se realizan básicamente en el hogar de la persona y/o familia, dirigidas a proporcionar atención personal, ayuda en el hogar y soporte social a aquellas personas y/o familias con dificultades de desarrollo o integración social o falta de autonomía personal.

En Barcelona, durante los últimos diez años, el SAD ha crecido exponencialmente debido a la entrada en vigor de la Ley de la dependencia. En la actualidad, el Instituto de Servicios Sociales de Barcelona (IMSS) presta 4.500.000 horas anuales de servicio a cerca de 24.000 personas a través de sus proveedores del servicio. El IMSS contrata mediante licitación de servicios a empresas y entidades sociales con experiencia en atención domiciliaria. La ciudad se divide en cuatro grandes zonas de servicio que son licitadas en lotes. El objeto del contrato son las horas de servicio de atención personal y mantenimiento del hogar. El 2018 el coste del SAD ascendió a 83,5 millones de Euros.

Las empresas proveedoras ocupan aproximadamente a unos 4.000 profesionales, trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza, más unos 1.000 profesionales adicionales que cubren las bajas y rotaciones. Más del 90% de las profesionales son mujeres.

La ocupación generada en este sector, en Barcelona como en la gran mayoría de las ciudades, se caracteriza por un nivel de precariedad laboral elevado. Son varios los motivos. Por un lado la

concentración de servicios en las franjas horarias de mañana produce puntas horarias de servicio, que se convierten irrefutablemente en jornadas a tiempo parcial. El volumen de servicios también es irregular a lo largo de la semana. Por todo ello resulta imposible planificar jornadas laborales completas para la mayoría de las profesionales. Un 71% de la ocupación generada por el SAD de Barcelona es ocupación a tiempo parcial. Por otro lado el convenio laboral sectorial vigente en Catalunya³ establece unos niveles salariales bajos: 950 Euros al mes la jornada completa para las trabajadoras familiares y 900 Euros para las auxiliares de limpieza. La combinación de ambos factores hace que los sueldos más frecuentes entre las profesionales estén entre los 600 y los 800 Euros, absolutamente insuficientes para sobrevivir en Barcelona.

Para analizar, y llegar a conocer realmente, el trabajo de las profesionales del SAD es además necesario profundizar en la vivencia de las profesionales que acuden a domicilios con personas en situaciones muy diversas y necesitadas. Es necesario entender “lo que se encuentran” para poder comprender su vivencia, y sus necesidades de capacitación y de soporte. En 2017 llevamos a cabo una investigación etnográfica del trabajo de SAD⁴: los investigadores observaron durante la realización de los servicios la vivencia, la experiencia, del servicio que tenían tanto las profesionales como las personas usuarias. El hecho de trabajar en un domicilio, “en casa de”, confiere al servicio características particulares, o aspectos muy significativos para el desempeño de las tareas. Entre ellos mucha intimidad con la persona usuaria, distintos lugares de trabajo para el profesional, dinámicas distintas en cada hogar, y un trabajo diverso, y menos pautado que en una residencia, por ejemplo. Esta especificidad les obliga a desarrollar habili-

Home care superisles: training and development of family workers of the SAD of the city of Barcelona

dades y competencias emocionales relacionadas con poner límites a las demandas de las personas usuarias y familiares, y distancia emocional (desconectar de situaciones de mucha vulnerabilidad), ser flexibles, y desarrollar un alto grado de empatía.

La observación también describió un continuum de complejidad:

- desde servicios de complejidad baja que son más rutinarios y previsibles, donde se atiende a personas usuarias con una buena salud mental, que agradecen el servicio, que mantienen una relación de afinidad con el profesional,

- hasta servicios de alta o muy alta complejidad, que son estresantes, imprevisibles, donde coexiste la enfermedad mental, la agresividad, la no receptividad del servicio, la soledad extrema, situaciones imprevistas que el profesional afronta en solitario “cuando abre la puerta” del domicilio.

Estos distintos grados de complejidad de los servicios no son tenidos en cuenta en la tarificación del servicio, y tampoco se trasladan a la retribución salarial. Es pues especialmente penosa la circunstancia que se produce a veces, cuando algunos profesionales concentran los casos de mayor complejidad.

Por lo general los observadores del estudio detectaban una elevada satisfacción de las profesionales de trabajar en el SAD asociada a su función social, y a la relación con las personas usuarias, a los aprendizajes constantes. Destacaban como aspectos negativos el estrés que producen los “hogares complicados”, las tensiones con las personas usuarias por abusos de confianza, la evaluación incorrecta de los usuarios, la impotencia y tristeza que determinadas

situaciones vitales, y también algunas condiciones laborales como el acceso a la formación.

Parece lógico, en este contexto, suponer que las dificultades / complejidades del trabajo familiar y los elementos de precariedad laboral pueden estar alimentando un elevado absentismo laboral, la rotación de las profesionales⁵, y las dificultades de reclutamiento del sector. El impacto de la situación laboral en el servicio es negativo e importante; la espiral de sustituciones de personal empeora la calidad del servicio, puesto que implica pérdida de información y despersonalización del servicio, y alimenta la falta de capacitación de los recursos humanos y el desarrollo de la profesión, anclada en una situación compleja y precaria.

¿Cómo se organiza el servicio?

Los equipos de trabajo social de los Centros de Servicios Sociales determinan en la prescripción del servicio la intensidad del servicio (número de horas de servicio). Los proveedores, en base a

notas

¹ Hay actualmente 13.000 plazas y una lista de espera de 6.000.

² El término superislas (superilles en catalán) es un neologismo, un término adoptado para denominar un nuevo concepto. Proviene de isla (en una población, edificio o conjunto de casas contiguas separadas de otras por calles, plazas, etc), y significa grupo de islas.

³ Conveni col·lectiu d'àmbit català del sector de l'atenció domiciliària de Catalunya per als anys 2015-2018 (codi conveni núm. 79001525011999) declarat en ultractivitat, aplicable (DOGC de 19 de març de 2015).

⁴ GESOP, Gabinet d'Estudis Socials i Opinió Pública, S. L. “El SAD i el canvi en el model de provisió del servei. Investigació qualitativa. Informe de resultats” Desembre 2017.

⁵ Nos referimos a la salida de profesionales hacia otros sectores de actividad cuando la actividad económica experimenta un ciclo de crecimiento.

Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona

está prescripción organizan el SAD. Su sistemática se caracteriza por la asignación de servicios⁶ y por la asignación a cada persona usuaria de un único profesional referente, que intenta mantenerse pero que a lo largo del año, en algún momento, siempre tiene que ser substituido temporalmente por vacaciones, para asistir a formaciones, y en otras ocasiones por causa de bajas laborales, o permisos. El desarrollo del servicio se basa en una lista de tareas que el trabajador familiar⁷ tiene que ejecutar en el tiempo de duración del servicio, siempre dentro de los horarios establecidos.

Estas normas de funcionamiento pueden en parte estar limitando la calidad del servicio; las substituciones de profesionales suponen una pérdida de calidad, y la poca flexibilidad del servicio en horarios y en tareas penaliza la personalización del servicio.

Ciertamente el reto de atender a una población mayor creciente a domicilio es complejo, y atenderla mediante un modelo de atención centrado en la calidad es mucho más exigente. El modelo actual “dispensador de horas deservicio” muestra limitaciones evidentes que ponen en evidencia la necesidad de un nuevo paradigma de servicio, de trabajo, de cuidado de nuestros mayores.

1. La inspiración

1.1.- Los fundamentos

El SAD es un servicio de cuidado a personas, prestado por profesionales del cuidado: es un servicio intensivo en capital humano, ¡intensísimo! Para garantizar una atención de calidad es imprescindible poner en valor este factor humano, es necesario contemplar en su complejidad a cada persona mayor como una persona única, con sus

dificultades personales y sus capacidades para hacerles frente, envuelta en sus circunstancias familiares y sociales. Así mismo es necesario contemplar a las personas que cuidan, las trabajadoras familiares. Debemos apoyar, respaldar, ayudar a las profesionales del SAD, procurarles un entorno profesionalizado y humanizado de trabajo, porque ellos son los pilares del sistema de atención a las personas, son los que convierten las tareas en acciones y los protocolos en palabras, quienes se comunican, alentan y apoyan a personas necesitadas de soporte y de ayuda.

Nuestra propuesta se basa en la asunción de que solamente si conseguimos mejorar el trabajo de las trabajadoras familiares mejoraremos el servicio de atención a domicilio. Necesitábamos pues encontrar un nuevo modelo organizativo que respondiera a esta premisa.

1.2.- Inspirándonos en Buurtzorg

Al inicio de nuestras pesquisas, una de nuestras fuentes de inspiración fue Buurtzorg⁸, una organización holandesa que presta atención sanitaria a domicilio. Buurtzorg ha desarrollado un modelo de gestión basado en la atención centrada en la persona y en equipos de profesionales que atienden a los pacientes residentes en una zona. Este modelo de gestión la ha convertido en la prestadora de servicio preferida, y escogida, por la mayor parte de las personas usuarias, y también en la organización preferida por las profesionales sanitarias de atención a domicilio.

En su modelo de atención y organización las profesionales de atención directa desempeñan un papel central y estratégico; sus márgenes de decisión relativos a la atención a las personas son muy elevados, trabajan en equipo y toman

Home care superisles: training and development of family workers of the SAD of the city of Barcelona

decisiones relativas a la atención pero también a la gestión. La organización se estructura en equipos independientes de máximo doce enfermeras que se responsabilizan de todos los aspectos del cuidado de 50-60 pacientes, su gestión se soporta en sistemas de información que permiten planificar y hacer el seguimiento de los servicios. Los equipos tienen a su disposición “coaches” (asesores de desarrollo) que les ayudan en la resolución de problemas o conflictos, y les capacitan para afrontar solos estas situaciones cuando se repitan.

El backoffice de esta organización es muy reducido y se ocupa básicamente de aspectos administrativos, encontrándose la toma de decisiones muy distribuida en toda la organización. El objetivo de esta estructura es crear equipos autogestionados de enfermeras que prestan atención médica domiciliaria pero también soporte personal. Se ocupan también de conseguir la sostenibilidad de la comunidad de atención, mantener o recuperar la autonomía de los pacientes, formar a las familias y los pacientes en las autocuras, crear una red de recursos en cada vecindario, y fortalecer la profesión.

Buurtzorg ha conseguido que su servicio pivote sobre la calidad de la atención, no sobre el tiempo de atención, sobre las relaciones entre profesionales y pacientes, con la escucha como vector central. Cuando las enfermeras de Buurtzorg acuden a un nuevo domicilio, lo primero que hacen es tomar el té con su paciente, conocerle, a él o ella, de forma singular; sus preocupaciones, sus miedos, pero también sus hobbies, sus relaciones personales, sus motivaciones. Es a través de la escucha que consiguen conocer sus necesidades más íntimas y ayudarles a mantener una vida que les pueda satisfacer.

Es evidente que Buurtzorg tiene un marco sistémico totalmente distinto al nuestro (en Holanda existe un sistema de mutualidad según el cual el beneficiario escoge el prestador del servicio) y que existen elementos estructurales del mercado de trabajo muy distintos (salarios, tipología de contratos laborales y convenios), pero también es cierto que las necesidades básicas de las personas usuarias y de las profesionales de SAD⁹ son las mismas en Ámsterdam que en Barcelona, pues ambas son organizaciones de cuidados a domicilio.

Buurtzorg nos proporcionó inspiración para adaptar su modelo organizativo; ¿por qué no podemos nosotros conseguir un servicio de atención a domicilio de calidad para las personas mayores, mediante una organización que apodere a sus profesionales, les cuide, les convierta en miembros de un equipo que organiza, atiende y gestiona?.

1.3.- ¿Y el territorio qué papel juega?

Otro elemento que emergió en este periodo de reflexión fue el territorio, el espacio físico de la ciudad física. En el SAD tradicional podríamos decir que el territorio juega un papel irrelevante; si bien las empresas intentan asignar a las profesionales servicios de domicilios próximos entre sí, la propia dinámica de horarios, de gestión de plantillas, de personas usuarias, hace que este factor termine

notas

⁶ Cada persona usuaria tiene establecidos unos días y horarios de servicio que se repiten semana tras semana.

⁷ Se trata de auxiliares de ayuda a domicilio por equiparación terminológica con el resto de CCAA

⁸ Su página WEB es: <https://www.buurtzorgnederland.com/>

⁹ Se utilizan ambos términos para facilitar la comprensión terminológica.

Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona

por ser irrelevante. Las profesionales no están asignadas a un vecindario, no mantienen una relación continua entre ellas, no se pueden dar apoyo desde la proximidad física, no conocen ni se apoyan en recursos de proximidad del domicilio de la persona usuaria. Igualmente las personas usuarias no se conocen entre ellas, no conocen más que a las profesionales que les atienden, y no existe ningún vínculo entre su profesional referente y su vecindario, no se genera una red de apoyo entorno al servicio.

Al analizar la situación geográfica de los domicilios con personas usuarias del SAD en la ciudad de Barcelona se observa una elevada densidad de estos domicilios en los barrios más envejecidos y/o en los más densamente poblados. En los barrios de mayor densidad de población y mayor envejecimiento, pueden vivir más de 20 personas usuarias.

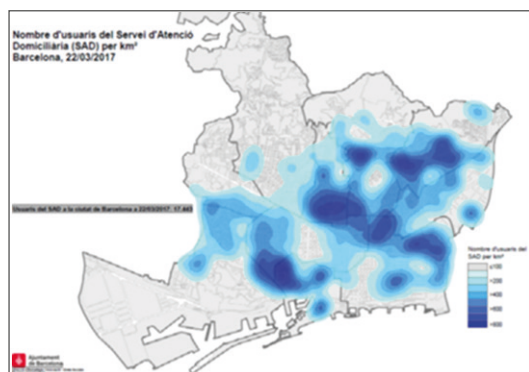


IMAGEN 1. Mapa de densidad de personas usuarias del SAD en Barcelona.

Esta concentración no está siendo aprovechada en el modelo de gestión actual del servicio, hecho que comporta que se asuman costes de desplazamiento relevantes, y que se ignoren sinergias que podrían producirse en un territorio de proximidad. Si existe una red comunitaria de relaciones en este vecindario el SAD actúa al margen de la misma; ni la aprovecha ni la potencia.

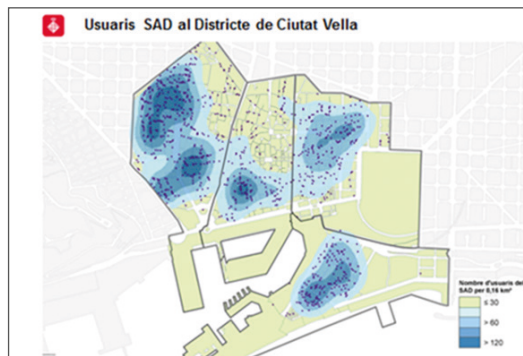


IMAGEN 2. Mapa de densidad de personas usuarias del SAD en el Distrito de Ciutat Vella, y ubicación de personas usuarias.

Sin duda el análisis territorial, los mapas, aporta una nueva dimensión al servicio. ¿Cómo podemos aprovechar la proximidad entre domicilios? ¿Cómo podemos mejorar la atención de las personas usuarias que viven en una misma manzana, vecindario, superisla? ¿Qué aporta esta dimensión a la gestión del servicio? ¿Y a las profesionales? ¿Y a las personas usuarias?

En paralelo al análisis del SAD, un grupo de profesionales municipales de los ámbitos de vivienda, servicios sociales, urbanismo, participación, y transversalidad de género estaban trabajando propuestas de políticas para dar respuesta a los retos de vivienda y envejecimiento. Este grupo valoró que las superislas de servicios eran una de las propuestas a priorizar, puesto que la superisla es un ámbito de actuación intermedio entre el domicilio y el barrio, que puede aprovechar la proximidad y las economías de escala en la provisión de servicios.

2. Las superislas de atención a domicilio

2.1.- La propuesta

De las ideas estudiadas y compartidas en nuestra organización en la fase de gestación nace la

Home care superisles: training and development of family workers of the SAD of the city of Barcelona

posibilidad de llevar a cabo unos proyectos piloto para desarrollar y probar un nuevo modelo de SAD para la ciudad de Barcelona. El modelo persigue como objetivos la mejora de la calidad del servicio, la mejora del trabajo (un trabajo que aporte más valor, que mejore las condiciones laborales) y un modelo que haga sostenible la atención a domicilio.

En diciembre de 2017 arrancamos los proyectos piloto de SAD en cuatro barrios de la ciudad¹⁰. Los pilotos consisten en crear y poner en marcha equipos de trabajadores de atención directa de SAD que sean responsables de la atención de las personas usuarias residentes en una superisla, garantizando su atención personalizada, compatibilizando la atención con jornadas laborales largas o completas y horarios laborales estables, y desarrollando capacidades de trabajo en equipo, de planificación, de seguimiento de personas usuarias, es decir desarrollando una profesión que incorpore más valor, y que permita reducir ciertas cargas intrínsecas al trabajo del cuidado como la soledad y las cargas físicas y emocionales. Los equipos oscilan entre 10 y 15 profesionales.

Así pues, ¿qué es una superisla? Una superisla es un territorio de proximidad, físicamente definido por un conjunto de manzanas del entramado urbano (una superisla del SAD puede aglutinar una superficie del tamaño de entre 3 y 6 manzanas típicas del Distrito del Eixample de Barcelona, aproximadamente). En la superisla la movilidad es fácil, todo está cercano, no existen barreras arquitectónicas en su interior. La superisla tiene una dimensión razonable / abarcable para las personas mayores, que suelen moverse (si pueden) en un radio de 300 metros alrededor de su domicilio. También tienen una dimensión razonable para los equipos de SAD, que pueden trasladarse entre domicilios en despla-

mientos cortos (desde cambiar de domicilio dentro de una escalera de vecinos hasta caminar 5 o 10 minutos entre edificios).



IMAGEN 3. Folleto de presentación de un equipo de SAD de una superisla que recibe la persona usuaria.

La superisla es un territorio de proximidad, un vecindario, es la unidad territorial conceptualizada para desarrollar el SAD de proximidad. En cada superisla un equipo presta aproximadamente unas 1.400-1.800 horas /mensuales de servicio, y atiende a 60 - 80 personas usuarias. La variable fundamental para definir territorialmente estas su-

notas

¹⁰ La Marina del Prat en el Distrito de Sants Montjuïc, Poblenou en el Distrito de Sant Martí, Vilapicina i la Torre Llobeta en el Distrito de Nou Barris, i Sant Antoni en el Distrito del Eixample.

Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona

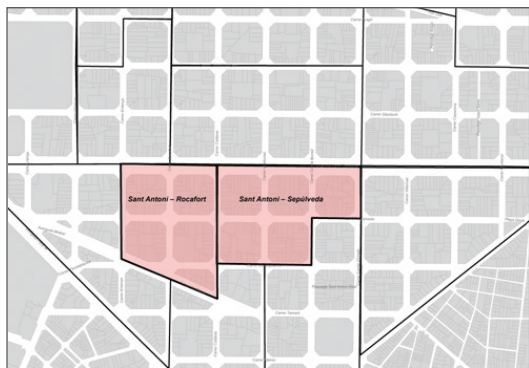


IMAGEN 4. Mapa de las superislas del barrio de Sant Antoni; en rosa las 2 superislas de los pilotos, y delimitaciones de otras futuras superislas.

perislas son las horas de SAD mensuales que se concentran en el territorio¹¹, y es en base a las horas de servicio de esa superisla que se dimensiona el equipo, integrado por profesionales de atención personal y también de ayuda al hogar (suelen ser 1 o 2).

Los cambios más significativos en la atención que se producen en el SAD organizado en superislas son los siguientes:

- El referente del servicio de que disponen las personas usuarias es el equipo, en lugar de un único profesional. Así se reduce la dependencia de un único profesional, y se elimina “la sustitución”. El equipo tiene que garantizar la personalización del servicio, la continuidad, y la proximidad en la atención. Ello supone que las profesionales comparten domicilios, sobre todo los domicilios más complejos o de mayor intensidad de servicio, y se distribuyen cargas de trabajo, físicas pero también emocionales.
- Las jornadas de trabajo de los miembros de los equipos son superiores a las 30 horas semanales, muy por encima de la media del

sector. Esto necesariamente comporta reducción de las puntas horarias de los servicios, ya sea redistribuyendo el servicio a lo largo de la semana o del día. El reto de los equipos consiste en reducir las puntas horarias consiguiendo horarios de servicios más estables y compatibles con jornadas laborales más largas, y al mismo tiempo garantizar una atención personalizada. El reto comporta un conocimiento detallado y continuo de las necesidades de las personas usuarias, y capacidades de autorganización y de comunicación dentro de los equipos.

- Los equipos asumen tareas de replanificación de servicios, de tratamiento de casos por parte del equipo, usan sistema de información nuevos para ellos, resuelven diariamente incidencias en contacto con los usuarios. Las profesionales asumen nuevas funciones y pueden emprenderlas con éxito porque simultáneamente se genera un proceso de capacitación, asumen más responsabilidad y apoderamiento para ser proactivas. En algunos aspectos, y de forma progresiva, los equipos se autogestionan. El reconocimiento tanto dentro de su organización como por parte de la persona usuaria y de su entorno aparece como consecuencia de su nuevo papel y de la visibilidad que adquieren como grupo en un territorio.

Los proyectos pilotos, en sí, nos han permitido describir e implantar una nueva organización del servicio y del trabajo, implicar a los proveedores del servicio en la prueba, contar con su contribución y la de las profesionales, aprender a construir equipos de SAD, y superislas. Los cuatro barrios de la ciudad donde se han realizado los pilotos son socioeconómicamente diversos, y nos van a permitir contrastar si se

Home care superislas: training and development of family workers of the SAD of the city of Barcelona

producen diferencias significativas entre ellos en este nuevo modelo de atención, aunque a fecha de hoy todo parece indicar que no.

2.2.- El desarrollo de los proyectos pilotos

Los pilotos se han desarrollado en fases sucesivas; desde la fase de preparación de junio a diciembre de 2017, en la que en colaboración con los proveedores del servicio se seleccionan a las profesionales y las superislas y se trabaja con nuestros Centros de Servicios Sociales¹², hasta la fase de arranque, en diciembre de 2017, cuando las personas usuarias del SAD de las cuatro superislas pasan a ser atendidas por los equipos de referencia.

La fase de arranque es crítica porque en ella se producen en paralelo dos procesos de gran relevancia: la construcción del equipo y la toma de control de los servicios por parte del mismo. Por un lado los miembros del equipo se conocen, establecen relaciones, resuelven las primeras incidencias, se dan los primeros casos de soporte mutuo. Las profesionales comprueban cual es el impacto del trabajo en equipo en su día a día, y también los beneficios de trabajar en una superisla. También, claro está, los cambios de rol que deben adoptar, la mayor responsabilidad y proactividad que se espera de ellos. Por otra parte, en esta fase, los miembros de los equipos conocen los servicios y las personas usuarias de la superisla; comparten las planificaciones e intentan eliminar las puntas horarias¹³. Paulatinamente los equipos van conociendo a las personas usuarias de la superisla, sus necesidades, y van compartiendo los casos más complejos o de mayor intensidad de servicio (más horas de servicio), para ver cómo pueden mejorar el servicio y cómo reducir las cargas que en el mode-

lo general recaen en una sola trabajadora. Por ejemplo, el equipo permite distribuir las horas de servicio de las personas usuarias con problemas de movilidad, con obesidad mórbida, con mayor dependencia, entre diversos profesionales. Es un proceso dirigido a compartir cargas de trabajo que requiere de la implicación de las profesionales. En las reuniones de equipo se visualiza este trabajo y estas decisiones compartidas.

Superada la fase de arranque, se inicia un periodo de normal funcionamiento y mejora del nuevo modelo, durante el que se realiza la operación del servicio de forma normalizada en equipos y superislas. Se trata de una fase de ajuste y consolidación del aprendizaje del trabajo en equipo. Si no se producen muchas incorporaciones de personas usuarias, o situaciones muy penosas o muy cambiantes, el equipo empieza a promover las relación entre personas usuarias de la superisla, y con el Centro de Servicios Socia-

notas

¹¹ Las restricciones a considerar en la definición de las superislas son: el territorio de la superisla debe de pertenecer al territorio de un único Centro de Servicios Sociales, y de una única Área Básica de Salud. Son criterios relacionados con la prescripción del servicio, el seguimiento de personas usuarias y la voluntad de coordinación del SAD con los servicios de salud.

¹² En la fase de preparación se forma a los equipos y se prepara la comunicación a las personas usuarias del nuevo modelo de atención (se les comunica que en lugar del referente serán atendidos por un equipo de profesionales de proximidad, que garantizará la continuidad de la atención, con quien pueden comunicarse por teléfono durante el horario normal de servicio).

¹³ Por ejemplo, para reducir las puntas de servicios de 9h a 12h, pueden proponer hacer las higienes personales en esta franja horaria, pero dejar otras tareas para la tarde o para el día siguiente, aumentando la frecuencia de paso por el domicilio y manteniendo el plan de trabajo y la intensidad del servicio. También pueden realizar servicios muy cortos, de media hora o menos, para hacer un acompañamiento o para poner unas medias compresivas.

Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona

les se buscan dinámicas comunitarias. Distintos agentes del vecindario visualizan el trabajo del equipo de SAD y empiezan a “ocurrir cosas”: las personas usuarias se encuentran en la calle con otras trabajadoras del equipo que acompañan a otras personas usuarias y establecen conversaciones, en el Centro de Atención Primaria de Salud reconocen a las trabajadoras familiares que recurrentemente acompañan a distintas personas usuarias y se las trata como profesionales del cuidado, los porteros o vecinos establecen una relación con los equipos e informan de las actividades o situaciones de las personas mayores,... empiezan a emerger las relaciones informales que se establecen en los territorios de proximidad como un factor intangible de un valor precioso para el cuidado y la calidad de vida de las personas usuarias y las condiciones de trabajo de las profesionales.

En diciembre de 2018, cuando las primeras cuatro superislas llevaban casi un año en marcha, se ampliaron los pilotos; en cada uno de los cuatro barrios se puso en marcha otro equipo / superisla de SAD. Se trata de superislas contiguas físicamente a las primeras. Las segundas superislas han permitido replicar la experiencia y mejorarla, aprovechando el aprendizaje adquirido, reduciendo costes, acelerando el despliegue, caminando sobre seguro. Se produce un efecto muy positivo entre equipos de superislas contiguas, los primeros dan soporte a los segundos en su fase de arranque, dan seguridad a los compañeros/as en los momentos de mayor incertidumbre y transmiten el conocimiento adquirido

Las ocho superislas de SAD que hay actualmente en funcionamiento en 4 barrios de la ciudad cuentan ya con más de 530 personas usuarias y más de 90 profesionales.

2.3.- Evaluando la experiencia

La evaluación de este nuevo modelo de atención a domicilio se conceptualiza en función de sus objetivos (mejora de la calidad del servicio, mejora del trabajo, y sostenibilidad) y está siendo abordado paulatinamente con distintos estudios e instrumentos.

En diciembre de 2018 se llevó a cabo el “Estudio de percepción del servicio”, realizado por la Fundación Acreditación Desarrollo Asistencial (FADA) al año de funcionamiento de las primeras superislas. Se trata de una primera y acotada evaluación de la percepción del servicio por parte de las personas usuarias para valorar si la tendencia de los pilotos era positiva, y para identificar nuevos atributos de calidad del servicio. Las personas usuarias de los pilotos se mostraron muy satisfechas con el servicio. Se identifican como atributos de calidad del SAD los siguientes: la proximidad del equipo (el 100% dice recibir un trato amable y cariñoso, sentirse escuchado/a), la confianza en las profesionales, el soporte en la toma de decisiones (el 86,1%, consideraba que había alguna persona del equipo que le daba confianza como para pedir ayuda), la atención prestada por las profesionales (el 97,5% destaca los conocimientos que tienen para prestar la atención de manera adecuada), la continuidad de la atención (el 100% de las personas entrevistadas considera que los diferentes profesionales del equipo están bien coordinados), el cumplimiento del servicio (se realizan las tareas acordadas, se conocen las tareas, y las preferencias de atención de la persona usuaria), el cumplimiento del tiempo asignado (la percepción de la realización de las horas pautadas es de un 100%). En relación a los ajustes del servicio (referido a horarios) la valoración es muy positiva: el 92,3% percibe que participa en el establecimiento de

Home care superisles: training and development of family workers of the SAD of the city of Barcelona

días y horarios de atención, la consideración de las necesidades del cuidador obtiene un 74,3%. Si bien se trata de un estudio limitado, puesto que no dispone de grupo de control, el resultado marca una tendencia positiva e ayuda a identificar algunos atributos de calidad a potenciar o seguir explorando.

También se está llevando a cabo el estudio de “Impacto del cambio organizativo en la salud y el bienestar de las profesionales de los pilotos del SAD”, por parte del Servicio de Salud Laboral de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Este estudio analizará la evolución de la salud laboral en el modelo general y de superislas a la largo de un año. El objetivo es conocer si la salud laboral de los equipos de SAD cambia de forma significativa en relación a la del trabajo tradicional de SAD.

Terminada la fase de innovación, está previsto estudiar la sostenibilidad económica y social del nuevo modelo. Comprobar si se producen mejoras de productividad en el trabajo, estudiar si el valor del servicio ha aumentado, identificar externalidades, en resumen valorar si este modelo de atención a domicilio nos sitúa mejor frente al reto planteado: la atención a domicilio de las personas mayores.

Por último comentar que en el transcurso de los próximos meses se publicará el estudio “Creando comunidad desde lo público: el caso de las “superislas sociales” del Ayuntamiento de Barcelona”¹⁴. Algunas de las reflexiones que hemos compartido desde el análisis sociológico y la visión comunitaria en el marco de este estudio indican que el nuevo modelo aporta profesionalización al trabajo familiar: el trabajo en equipo, en la superisla, las nuevas funciones, todo ello hace emerger la profesión y da un estatus distinto al profesional,

que interactúa con el entorno, es proactivo, y tiene capacidad de decisión.

2.4.- La valoración de nuestros profesionales

En el proceso de transformación emprendido es fundamental la valoración de nuestros profesionales ¿Cómo valoran nuestros profesionales sociales, nuestros Centros de Servicios Sociales, las superislas del SAD? ¿Qué aporta el modelo al cuidado de nuestros mayores? El hecho de agrupar los domicilios que disponen del SAD en superislas visibiliza la proximidad y facilita, no sólo del conocimiento mutuo entre las personas mayores, sino también su posible inclusión en la vida de la comunidad, en el barrio al que pertenecen: así pueden participar de actividades en los casales, a través de las entidades del barrio, etc... Aspiramos a que el SAD en superislas se proyecte como un recurso que aspire a combatir el aislamiento y la soledad, que padecen gran parte de las personas mayores que viven en Barcelona, como en tantas otras grandes ciudades. Que las trabajadoras familiares se integren en equipos facilita su cualificación, el conocimiento entre ellas, el compartir experiencias... rompe el aislamiento o soledad en el que habitualmente desarrollan su trabajo en diversos domicilios de diferentes calles de un mismo barrio sin contacto entre ellas. El enriquecimiento, personal y profesional, que resulta de este compartir, revierte en la atención a domicilio de las personas mayores.

Las superislas facilitan el retorno a la comunidad, y ponen el cuidado y el factor humano en el centro del modelo: se trata de personas pro-

notas

¹⁴ Realizado por el Centro de Estudios Sociológicos sobre la Vida cotidiana y el Trabajo, del Instituto de Ciencias del Trabajo de la Universitat Autònoma de Barcelona, Profesora Sra. Sara Moreno-Colom.

Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona

fesionales que se cuidan entre ellas mediante la pertenencia a un equipo de trabajo, para cuidar a personas mayores que viven próximas, para facilitar la conexión entre ellas y la comunidad en la que viven. Las relaciones sociales, la red que se teje, es el mejor instrumento para luchar contra una soledad creciente y corrosiva para la salud de las personas.

3. Futuro y retos pendientes

Los pilotos de SAD son muy pequeños en términos relativos, aunque son relevantes por su aportación a la situación general del cuidado y de la profesión. La innovación llevada a cabo es disruptiva, rompe con la lógica de la organización del servicio de la última década, la organización del trabajo “no cuadra” en los principios del convenio laboral vigente, el SAD en superislas desplaza el punto de gravedad del servicio poniendo la profesión en el centro.

¡Los retos pendientes son muchos! y no menores. Destacaremos aquí, y genéricamente, las líneas de trabajo a desarrollar como oportunidades en el futuro:

1. El nuevo modelo permite otra forma de relación del SAD con los servicios sociales, otro seguimiento de las personas usuarias, más continuo, más rico, más próximo al acompañamiento y a la flexibilidad en la atención que al control administrativo.
2. En segundo lugar deberemos seguir explorando las bondades y debilidades del trabajo en equipo, conseguir que otros profesionales se puedan sumar a este nuevo modelo a través de la comunicación y la formación. ¿Están todos los profesionales del SAD dispuestos y preparados para iniciar el camino? ¿qué acciones pueden facilitararlo?
3. El despliegue y éxito a futuro del modelo dependerá también de que se eliminen o reduzcan ciertas barreras actuales, como la adaptación del convenio laboral a las nuevas formas organizativas.
4. ¿Podemos, partiendo de la organización del SAD y la superisla, coordinar o integrar distintos servicios domiciliarios para mejorar el cuidado de nuestros mayores? Todo apunta que es una línea de trabajo fundamental para lograr una mayor sostenibilidad económica del cuidado, dado que debemos evitar duplicidades y aprovechar economías. ¿Estamos como administración y desde las entidades y empresas preparados para acometer este reto?
5. En fases posteriores del proyecto el SAD en superislas debería abordar / permitir un enfoque más socioeducativo del cuidado de larga duración, y aprovechar / generar sinergias e interacciones con otros proyectos y servicios comunitarios, como los comidas en compañía, el proyecto Radars, y Vincles.
6. Las superislas de SAD, los pilotos a fecha de hoy, no resuelven la dificultad de gestión que supone el dinamismo del servicio; las altas, bajas temporales y definitivas de personas usuarias, producen unas oscilaciones en el volumen del servicio con impacto en la organización del trabajo, que los equipos no pueden amortiguar. Debemos seguir explorando nuevos mecanismos de ajuste.
7. Ni hemos mencionado, a pesar de su importancia, la necesaria coordinación del SAD con

Home care superisles: training and development of family workers of the SAD of the city of Barcelona

el sistema sanitario. Estamos desarrollando una prueba en una de las superislas de coordinación sociosanitaria que está resultando muy enriquecedora y que vamos a replicar en el futuro.

La organización del SAD en superislas tiene la bondad de mostrar que la mejora del servicio y de la profesionalización del sector van de la mano, y que solo con la corresponsabilidad de todos los implicados es posible un cambio de modelo.

Vistos los retos y la diversidad de agentes, a futuro será fundamental potenciar un círculo virtuoso: mejorar la profesión para mejorar el servicio, mejorar el servicio para cuidar mejor a nuestros mayores, cuidar mejor y corresponsabilizar a la comunidad, corresponsabilizar del cuidado y prestigiar la profesión.

4. Agradecimientos

Quisiera agradecer a todos quienes personalmente han participado de la experiencia por sus aportaciones, su implicación y su energía, y especialmente a María Pilar Minguillon Arribas, Directora del Centro de Servicios Sociales de Sant Antoni, que ha colaborado en la redacción de este artículo.

Esperamos desde esta humilde contribución dar oxígeno a la profesión y al cuidado de nuestros mayores.

BIBLIOGRAFÍA

Astrid Vermeer and Ben Wenting "Self-management. How does it work." RBI Reed Business Information, Amsterdam, 2016.

Estratègia sobre cambio demográfico y envejecimiento : una ciudad para todos los ciclos de vida 2018-2030 : Medida de gobierno, Ayuntamiento de Barcelona, julio de 2018 <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/innovacion-social/envejecimiento-y-salud>

