



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/380.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Historia de la transformación de una residencia de mayores relatada por su primer enfermero director**

Autores Adoración *Muñoz Tapia*

Centro/institución Diputación Provincial de Granada

Ciudad/país Granada, España

Dirección e-mail dorimunoztapia@gmail.com

RESUMEN

El protagonismo de los cuidados de enfermería en las residencias de mayores, ha sido históricamente contemplado bajo el marco referente del Estado y la iglesia. En sus orígenes cualquier tipo de acción social se basaba en la Caridad, abordada por entidades religiosas. En una segunda etapa, era financiada con fondos públicos y privados dando lugar a lo que conocemos por Beneficencia. La figura de las Diputaciones Provinciales nace con el fin de coordinar la asistencia en residencias, centros asistenciales y centros de rehabilitación, entre otros. La Diputación, en sus orígenes, trabaja como entidad pública prescindiendo de la titulación profesional de sus trabajadores. Este hecho pone de manifiesto el tipo de cuidados que se realizaban y la calidad de los mismos. En este contexto histórico nos planteamos el objetivo de nuestro estudio que es la transformación de la figura enfermera, así como la evolución de los cuidados que se dispensan, en una residencia de mayores que se inicia bajo el prisma de la Beneficencia y va cambiando su realidad hasta ser en la actualidad una residencia pública.

Para abordar este estudio se optó por realizar una investigación cualitativa, de carácter descriptivo exploratorio, basada en la entrevista en profundidad. Para ello se seleccionó a Emilio, que nos descubre a través de su relato: la evolución de los cuidados enfermeros desde una atención basada en las necesidades más básicas, a una enfermería de calidad dotada de recursos materiales y humanos adecuados. Así como la evolución histórica de una institución geriátrica, que iniciándose con una tipología concreta de usuarios, en la actualidad se acoge al modelo asistencial de una residencia pública.

Palabras clave: Beneficencia/ Enfermería/ Mayores/ Residencia.

ABSTRACT Story of the transformation of a nursing home told by its first head nurse

The prominence about health care in nursing home has been, historically, considered under the frame of state and church. Originally any social action was based in charity, presented by religious entities. In a second phase it was financed by public and private funds that give way to what is known as charity. The figure of county councils was created with the purpose of coordinate de assistance in nursing homes, welfare establishment and rehabilitation centre, among others. The council, originally, works as a public entity, regardless academic degree. This fact evidenced the kind the care measures being made and quality of them.

In this historic context we consider the objective of our study which is about the transformation of nurse figure, as well as the evolution of the cares given in a nursing home, which starts under the point of view of charity and it is changing its reality just to be now in a public nursing home. To deal with this study we chose to make a qualitative investigation, in a descriptive exploratory nature, based on a deep interview. To do this Emilio was chosen, who discover us through his relate: the evolution of nursing cares from an assistance based in most basic needs, to a quality nursing supplied of suitable material and human resources. As well as historic evolution in a nursing home, which starting with a specific typology of users, currently embraces the healthcare model of a public nursing home.

Key-words: Charity/ Nursing/ Older/ Nursing Home.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El protagonismo de los cuidados de enfermería en las residencias de mayores, ha sido históricamente contemplado bajo el marco referente del Estado y la iglesia. En sus orígenes cualquier tipo de acción social se basaba en la Caridad, abordada por entidades religiosas.¹ En una segunda etapa, era financiada con fondos públicos y privados dando lugar a lo que conocemos por Beneficencia. La Asistencia social, se conforma como tal en el siglo XIX, apareciendo un sistema público organizado, tanto de servicios como de Instituciones Sociales.² En este marco se establecen las bases jurídicas y políticas para su desarrollo en las diferentes Comunidades Autónomas.³

Los Servicios Sociales Especializados responden a situaciones de marginación, discriminación y pobreza. Van dirigidos, por tanto, a grupos de población que presentan una problemática específica bien por su edad (mayores), o situación de marginalidad. La figura de las Diputaciones Provinciales nace con el fin de coordinar la asistencia en residencias, centros asistenciales y centros de rehabilitación, entre otros. La primera mención recogida sobre las funciones de los practicantes, el cuerpo médico y las religiosas aparecen en el reglamento general para los Servicios de beneficencia de 1930.⁴

En este contexto histórico nos planteamos el objetivo de nuestro estudio que es la transformación de la figura enfermera, así como la evolución de los cuidados que se dispensan, en una residencia de mayores que se inicia bajo el prisma de le Beneficencia y va cambiando su realidad hasta ser en la actualidad una residencia pública.

Para abordar el objetivo se opta por un tipo de estudio que pertenece a la investigación cualitativa de carácter descriptivo, como es el relato biográfico, siguiendo la propuesta de Amezcua y Hueso.⁵

Se incluyó al participante mediante muestreo por conveniencia. La elección vino condicionada por su larga experiencia como trabajador en la residencia desde hace 33 años, si como por el interés mostrado por este tipo de estudios, su privilegiada memoria y su intensa curiosidad por la historia. En los días previos a la entrevista tuvimos varios encuentros con nuestro informante para plantear los principales objetivos del trabajo, recogiendo en un cuaderno de campo, apreciaciones y pequeños detalles que el informante transmitió antes de comenzar la misma.

La información se recogió mediante una entrevista en profundidad el 14 de julio del 2014. Su duración fue de tres horas, realizándose en el domicilio del informante, Emilio, de 51 años de edad. La entrevista transcurrió en un ambiente de tranquilidad y confianza; nuestro informante se mostró relajado e ilusionado. Se necesitaron pocas intervenciones para exponer los objetivos del trabajo, gracias a la predisposición del informante y a los previos encuentros antes de la entrevista. La vasta extensión de la entrevista vino motivada por la cantidad de nombres propios y lugares concretos que detalla nuestro informante, posiblemente por compartir con el entrevistador muchos años de trabajo en común. Esto enlenteció el relato. A través de la observación participante se recogió en un diario de campo las apreciaciones relevantes; sirviendo a posterior para elaborar el relato biográfico

Nuestro informante dio su aprobación tanto a la transcripción literal como a la construcción del relato, firmando un consentimiento informado previo a la realización de la entrevista. Para preservar la confidencialidad se usaron nombres ficticios en la construcción del estudio.

Los datos fueron transcritos literalmente y sometidos a un análisis de datos cualitativos según los pasos de Taylor y Bodgan⁶ y Pujadas Muñoz.⁷ Se elaboraron categorías a partir de los temas identificados en el texto biográfico, siguiendo la propuesta de Amezcua y Montoro⁸ a la hora de establecer las categorías temáticas. Surgen así las principales categorías como son: evolución del rol enfermero en la residencia, tipología de enfermos, organización asistencial, distribución de la residencia, trabajo del personal religioso y finalmente, la experiencia y preocupaciones del informante como director del centro.

A la hora de redactar y estructurar el relato biográfico nos servimos del trabajo realizado por Martín, Gálvez y Amezcua,⁹ en los que se identifican claramente los pasos a seguir para la construcción de dicho relato.

La Diputación, en sus orígenes, trabaja como entidad pública prescindiendo de la titulación profesional de sus trabajadores. Este hecho pone de manifiesto el tipo de cuidados que se realizaban y la calidad de los mismos.

La dirección de los cuidados, llevada a cabo por el personal religioso, que en su mayoría tampoco tenían ninguna titulación profesional, era enfocada bajo el prisma de la caridad. La labor del personal religioso, que vivía en comunidad en la residencia, era muy valorada por sus capacidades organizativas: se encargaban meticulosamente de la ropa, supervisaban el trabajo y los cuidados básicos

Donde realmente se aprecian los cambios y transformaciones en la vida de la residencia, es en el cuidado directo a los usuarios. La labor de enfermería se limitaba a algunas técnicas concretas de inyectables y curas, el resto se basaba en la higiene y la comida. Estos cuidados centrados en atender necesidades básicas del usuario dan lugar a la derivación de los mismos al Hospital San Juan de Dios ante cualquier problema de enfermedad grave. Con el tiempo entra personal cualificado, desaparece la Comunidad

de religiosas, y comienza la dotación de recursos materiales y humanos. Esto hace que los cuidados de enfermería progresen en una línea identificada hacia el concepto de geriatría.

Respecto a la tipología de usuarios que ingresaban en la época de la Beneficencia, aproximadamente unos trescientos, en su mayoría eran personas válidas (con autonomía) para desarrollar sus cuidados básicos. Su problema era la pobreza, pero no la dependencia o la enfermedad. En la actualidad la residencia tiene concedidas unas 100 plazas y no existe ni un solo ingreso bajo la tipología de usuario válido. La residencia queda definida como asistida en su totalidad: los ingresos son personas con elevado nivel de dependencia, importantes enfermedades crónicas- agudas y pacientes terminales.

La residencia se distribuye en cuatro plantas, siendo la primera denominada “enfermería” donde se atendían a los usuarios que padecían algún problema de salud. Había una exhaustiva separación entre hombres y mujeres, sólo se respetaba la unión cuando ingresaban matrimonios. Existían habitaciones donde convivían hasta seis usuarios. En la actualidad las plantas quedan definidas por el tipo de patologías y el nivel de dependencia de los usuarios, no existiendo habitaciones con más de dos residentes.

Emilio nos muestra, a través de su relato, el paralelismo entre los cambios que se producen en la residencia y los producidos en su vida laboral desde que entra a trabajar en ella: su preocupación por el futuro de la residencia le lleva a sumir el puesto de director de la misma. Esto pone de manifiesto el liderazgo de la enfermería en labores de gestión, ya que esta labor era desempeñada por el profesional médico de la residencia a lo largo de su historia. Diputación con el paso de los años ha ido cerrando todas las instituciones sanitarias que tenía, quedando en la actualidad tan solo los Centros Sociales.

A modo de conclusión destacamos que el objetivo planteado en la realización del relato cumple las expectativas de vivir en primera persona las transformaciones de la enfermería en una residencia de mayores, que, nacida bajo el prisma de la Beneficencia transforma su realidad hasta ser en la actualidad una residencia pública dotada de instalaciones y personal adecuados.

Bibliografía

1. Alemán Bracho, M. Una perspectiva de los servicios sociales en España En Alternativas: cuadernos de Trabajo Social. Alicante, 1993; 2: 195-205.
2. Sániger Martínez N. “Logros, deficiencias y retos de las políticas sociales en Andalucía”. En: Centro de Estudios Andaluces. Derechos Sociales y Políticas Públicas. Sevilla, 2007.
3. Constitución Española. Capítulo III, artículo 148. Madrid, 1978.
4. Diputación Provincial de Granada. Reglamento provincial para los Servicios de Beneficencia. Capítulo VI, 9-10 Granada, 1930.

5. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 2004; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>. [Consultado el 22.08.14]
6. Taylor SJ. Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1998; 31-132.
7. Pujadas Muñoz JJ. El Método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: CIS, 1992
8. Amezcua M. Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria, 2009; 6. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>; [Consultado el 2.9.14].
9. Martín Muñoz B. Gálvez González M. Amezcua M. Cómo estructurar y redactar un Relato Biográfico para publicación. Index Enferm [revista en la Internet]. 2013 Jun [Consultado 12.9.14]; 22(1-2): 83-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100018>.

Relato biográfico

Enfermería

La figura de la enfermera no existía en la residencia cuando entré a trabajar en agosto del año 1981. Los primeros enfermeros fueron los A.T.S. y la figura de diplomados como tal, no existió hasta 5 años después de empezar a trabajar yo como sanitario. Había un practicante y un médico que venían por la mañana un rato y otro por la tarde. Pasaban consulta: ponían dos o tres inyecciones y luego se iban al bar a echarse unos cubatas. Las monjas decían que ellas eran enfermeras, pero diplomada en enfermería sólo teníamos una. Las curas las hacía el practicante cuando venía y la medicación la daban dos sanitarias que podían tener título, pero seguramente de técnico de auxiliar. Ellas preparaban un carrillo y llevaban un listado de los residentes, pero la medicación la daban directamente las monjas en los comedores.

Los primeros enfermeros que entraron, como diplomados o funcionarios fueron solo dos en unas oposiciones del año 1987. Hasta ese momento no hay cambios sustanciales. Siguen las monjas pero contrataban, de vez en cuando, a enfermeras diplomadas para hacer el trabajo de enfermería porque empezó a haber más curas y ya la medicación se preparaba en los pastilleros. Se organiza el tema de los turnos y se contratan médicos becarios por la noche. En las oposiciones de enfermería del año 1991 entraron casi todas las enfermeras que hay ahora, más un jefe de personal, también enfermero, y el trabajo asistencial cambió por completo.



Emilio cuando comienza a trabajar sus 18 años
despacho de Director

Emilio en la actualidad, en su

Tipología de usuarios

Beneficencia

Cuando entré en la residencia había casi trescientos usuarios con una separación entre los que eran pensionistas [supuestamente pagaban más] y los que eran de beneficencia. Los de beneficencia, la mayoría, cobraban del fondo nacional unas ocho mil pesetas ya que aún no existían las pensiones no contributivas. Eran gente que venía recogida de los pueblos. Para que no se mezclaran los pensionistas con el resto, había un grupito aparte, que incluso comía en otro comedor. Nuestro hospital de referencia era el de San Juan de Dios y allí iba el que estaba enfermo. Nuestros ingresos eran parecidos a los de una residencia de personas válidas [bajo nivel de dependencia] o de enfermos muy crónicos.

Transición en los ingresos

La transición respecto al tipo de usuarios que ingresaba ha sido muy lenta. Ahora en la residencia todos son muy dependientes, pero entonces, prácticamente eran todos muy válidos, excepto la planta de enfermería. El primer cambio se hizo cuando comienzan a ingresar usuarios demenciados y otro tipo de patologías que se agruparon en la tercera planta denominándolas “semiasitidas”. Las enfermería ha sido lo único que se ha mantenido como están hoy. Ahora los ingresos son urgencias sociales, ingresos temporales; después de unos meses la Junta de Andalucía los traslada a una residencia definitiva con las que tiene plazas concertadas. La Junta de Andalucía no concierta ingresos definitivos. Creo que necesitamos gente sin cuidadores, que se están demenciando, y que necesitan estar en una institución. A lo mejor hay alguna abuela por ahí que se le está cayendo la casa... Yo se lo dije a las trabajadoras sociales, porque muchas veces no les llega bien la información.

Antes había un protocolo “el preingreso” que existe y está escrito. A la persona se le citaba dos días antes del ingreso y venía con su familia. Era gente que venía a quedarse. Ahora no existe el preingreso. Supuestamente todos los ingresos que traen los trabajadores sociales te traen el informe de la policía municipal, o el informe de alta del hospital, pero no habiendo trato con la familia o con el cuidador principal, pues lo que tienes es papeles. Se ha perdido mucha información que recogíamos con el protocolo de ingreso y que era básica para planificar después los cuidados.

Organización de la residencia

Distribución de la residencia

Las habitaciones eran de 6 personas, y no había habitaciones individuales, tenías 30 y 30 en cada ala. Y por supuesto mujeres y hombres separados. Había un baño grande para todos con tres cabinas y unos bancos centrales, y allí nos poníamos a bañar. Luego había unos huecos cerrados con puerta para los inodoros. Te ponías a bañar abuelos, y la monja te sacaba la muda con la ropa. Se bañaba una vez en semana. Había que ir de cacería a por ellos a los salones. Había algunos que no se querían bañar y tenía que buscarlos pero para eso mandábamos a la monja que tenía carácter. Muchos no tenían la costumbre ni habían tenido agua corriente en su vida. En la Enfermería, estaban las urgencias, que tenían seis camas y todos los que se ponían malos los metías allí.

Los matrimonios dormían en las cruzadas que eran habitaciones con dos camas [de las plantas de abajo, que no ocupaban la comunidad de monjas]. En los comedores había ciento y pico abuelos en cada uno con mesas de cuatro, hombres y mujeres separados. Luego tuvieron que abrir un agujero en la parte del sótano, esa fue la ampliación. En el comedor de hombres había 4 o 5 matrimonios.

Trabajadores

Yo trabajaba todo el tiempo en el turno de noche, a veces también de tardes. Estábamos dos hombres para toda la residencia y dos mujeres. Al médico tenías que llamarlo a su casa, a través de la centralita, que estaba en el Hogar Infantil [el orfanato de Diputación] y venía si había algo...

Cuando yo entré hice el de 16 hombres, mujeres había dos más 18, de todas formas todos eran residentes mucho más válidos. Decían, "han contratado a un niño"[se refiere a él, siempre le han dicho el niño].

El director era un médico, pero la figura que mandaba era el Administrador que era un funcionario de carrera. Y el diputado/a, solo venía de visita. Era una entidad religiosa y de beneficencia y el peso asistencial no lo tenía nadie.... En su origen creo que lo montaron como un servicio que tuviera Geriátrica, y llevado por un catedrático de la universidad. Los catedráticos entonces, jefes de departamento de la Facultad de Medicina de Granada, eran de lo más prestigioso de España y aquí se le mojaba la oreja a algunas cátedras de Madrid y Barcelona.

Con la Reforma Psiquiátrica que empezó en el año 86 el hospital de la Virgen que era de Diputación [Psiquiátrico] se cerró. Y la gente que está trabajando allí, vinieron a trabajar a la residencia.



Organización Asistencial

La consulta médica era a las cinco de la tarde. Había todos los días mucha gente para ver, a pesar de que eran usurarios válidos. La demanda asistencial de los que estaban mal era muy poca, porque sólo estaban en las enfermerías, junto con los demenciados. En esa planta no tenías puertas cerradas, tenías que estar pendiente porque se escapaban.

Teníamos muchos abuelos en los carros rojos [sillas de ruedas con el inodoro incorporado] Todo el día cagando y meando directamente en el carro. Los baños se hacían por la tarde. Los que amanecían meados y cagados, esos iban todos al baño y por la noche también.

Por la noche los medios que teníamos eran un desastre, las camas eran lo peor. No teníamos ropa, un abuelo se meaba, y entonces no existían los pañales. Los primeros llegaron en los años 80, y no eran de prescripción, los pagaba la residencia.

Para acostar al abuelo, tanto en invierno como en verano, le ponías una camisa de verano porque era de algodón. Después tenías que montar la cama: ponías una entremetida, una sábana, encima un hule de goma y después ponías otra entremetida. Entonces los abuelos se meaban y salían los meados por todos lados. Se cambiaba a las doce: levantabas al abuelo dormido y lo cambiabas entero.

La lavandería la teníamos en el sótano: no existían las sacas de plástico para echar la ropa sucia, la echabas en fundas de colchones, llenábamos tres o cuatro así, hasta aquí [señala con el brazo por encima de su cabeza sentado]. Luego los volvíamos a cambiar a todos a las 6 de la mañana, se le hacían dos cambios en la noche... Oías a meados desde que entrabas por la portería.

Luego, el primer progreso serio en cuanto a medidas de incontinencia, fueron los pañales. Primero fue *las lanillas*, eso era un tejido de Bayer... y eso lo descubrimos nosotros. Le poníamos el mismo hule de plástico, debajo la entremetida de toalla que empapa, y encima el *borreguito*. Así el abuelo estaba más seco.

Y en cuanto a la mierda, era lavar y ya está, con agua y jabón y hemos terminado. Cada uno tenía su palangana, y su esponja, no teníamos guantes. Si tú querías guantes te los traías de tu casa, de aquellos de lavar los platos. Existía una grúa, que no se utilizaba nunca. Se hacía todo a peso, gordos, flacos, siempre a pulso, para levantarlos y acostarlos.

En el turno de noche también teníamos que vigilar el resto de las plantas: te encontrabas a los tíos fumando en la cama porque no estaba prohibido... “Hombre, no fumes en la habitación, que le molesta a éste...” También los borrachos, el uno con un *lobazo*, el otro con diarrea, con el culo al aire por el pasillo. También bajaba una monja por la noche, que se quedaba de imaginaria. Era la que te cogía el teléfono, porque cuando teníamos un *follón* no teníamos ni salida de teléfono a la calle.

Cuando alguien se moría llamabas a la monja. Ellas tenían siempre preparado un traje primoroso para ponérselo. Nosotros amortajábamos, claro: lo lavabas, lo peinabas, lo vestías.

Respecto a los sueros apenas se ponían, y los que eran imprescindibles se ponían con *palometillas*. Había unos sueros que se ponían de forma subcutánea en la barriga y en las piernas y eran como unas ampollas de cristal que se impulsaban con algún gas. Fisiológicamente se iba absorbiendo el suero. Aparecían unos bultos enormes...



Las monjas

Las monjas no eran ni auxiliares ni enfermeras. Ellas controlaban la ropa para que viniera limpia, que tuviera el abuelo sus cosas ordenadas y en condiciones. Entonces la ropa la compraba el centro [la residencia]. El que tenía medios se traía la suya. La ropa se reciclaba, la mentalidad de las monjas era el armario y la llave, todo controlado y mejor organizado.

Tenían su limpiadora que era funcionaria de la Diputación. El turno se lo ponía el jefe de personal. Que tocaba una muy *curiosica* se ponían las monjas muy contentas. Que le caía otra más *espesilla*, pues les gustaba menos. Cuando las monjas dejan el tema de los roperos fue un desastre. Las monjas pueden tener defectos, ya que son muy cabezonas y quieren mandar mucho... Pero luego, sin embargo, a la hora de llevar ciertas cosas, te las llevan muy bien.

Ellas eran hijas de la caridad y dormían y vivían en la cuarta planta. Tenían su propio comedor, una capilla y su cocinera particular. Se fueron todas a la vez el 1 de mayo de 1990. Les habían ofrecido tener una vinculación laboral con la Diputación como trabajadoras, pero no vivir allí. Pero en aquellos años se estaban haciendo una residencia en la Zubia [pueblo de Granada] y como no les interesó el tema se fueron todas a la vez.

La dirección

Comienzo como Director

Durante ocho meses no tuvimos director en la residencia. Una tarde habíamos vuelto de las vacaciones, y me dice un médico:” Emilio, me han propuesto la dirección, pero yo quiero que tú vayas conmigo”. Y yo le digo: “pues mira, ni tú ni yo estamos para estos follones. Yo no quiero responsabilidad ni calentamientos de cabeza y además ganar menos dinero. Conociendo esta Empresa que se vayan buscando otro”, esa fue mi respuesta. Y él [se refiere al médico] insistía. “Pero Emilio, que tenemos que evitar que cierren esto, que tenemos que ponernos, que esto no tiene remedio. ¿Qué te parece mi idea, proponer una subdirección, una jefatura de Sección para ti? Yo como director y tu subdirector”.

Ya estábamos viendo la situación [baja la voz]... teníamos solo 80 abuelos, y no ingresaba nadie. La gente diciendo “que vamos a cerrar”. Y Digo yo “vayamos a pollas que...” Y claro, yo no conocía a la nueva corporación [Nueva Diputada] Y el médico va y me dice: “Emilio, ¿qué te parece que empieces tú de director y yo me incorporo más tarde?” [Risas]... Y pasa un tiempo y le digo:” ¿cuándo vamos a hacer el cambio?” Y dice “no, Emilio, tú vas a seguir de director, que estás muy bien” [se ríe]...

Futuro de la Residencia

Respecto a la residencia, creo que tenías que preguntarle a alguien que hubiera estado trabajando aquí pero que llevara años sin venir. Porque tú vas haciendo cosas, pero hay muchas cosas que se te quedan ahí... Ahora me preocupa muchísimo el nivel asistencial, de gestión y organización.

El asunto de registrarlo todo, pero no es por justificar el trabajo. Es que tenemos medios y recursos suficientes como para poder llevar eso y llevarlo de una manera razonable y bien. Me preocupa muchísimo la actitud del personal asistencial de la casa... Porque veo una falta de celo, de motivación o de no querer hacer nada, de ir a lo sencillo. Nos llega gente con ganas [se refiere a trabajadores nuevos] y se las quitan. A mí eso me parece muy preocupante... Nos perdemos mucho en los números, no en la calidad. Nos paramos en que son cantidades, como si aquí fuéramos sacos de almendras que estamos cargando y descargando, y no nos paramos en la calidad.

Yo veía gente que le había visto las orejas al lobo, pero se han relajado y el lobo está ahí. Ahora mismo me preocupa también mucho como trabajador, ya que la ley tiene que cumplir la norma. La regla de gasto y no podemos ser deficitarios para poder seguir siendo Servicios Sociales que gestione Diputación. Francamente teníamos que ser más rentables, y esa rentabilidad tiene que ser demostrada. Quizás con una buena trabajadora a lo mejor puedo hacer el trabajo de tres malas. Y que luego hay otra cosa, [baja la voz] que estamos muy bien pagados. Tenemos una jornada laboral de siete horas que la podemos llenar de contenido y no lo hacemos. Y es que, la verdad, es que no sé cómo se pondera eso, cómo se puede hacer...

Vocabulario

- Semiasistidas: nivel de dependencia intermedio, a lo mejor no pueden andar y utilizan silla de ruedas pero pueden comer solas.
- Lobazo: borrachera.
- Palometillas: vías de perfusión utilizadas de forma subcutánea.