

EL PROGRAMA DEL ANCIANO EN LENIZ.

UNA MUESTRA DE PLANIFICACIÓN A NIVEL LOCAL

En el Centro de Salud Valle de Léniz empezamos hace un año la elaboración del programa del anciano con objeto de coordinar los esfuerzos que, desde el centro de salud a nivel sanitario y desde los Ayuntamientos a nivel social, se estaban realizando. Un elemento original e importante de este programa lo ha constituido la participación de los propios ancianos, a través del Consejo de Salud, en la definición de sus problemas propios y de la forma de resolverlos.

Aunque éramos conscientes de que los recursos con que contábamos no eran suficientes para poner en marcha un auténtico programa integral de atención a la tercera edad, nos pareció que ser rigurosos con el método de planificación nos iba a permitir alcanzar dos objetivos: mejorar la utilización de los servicios que ya estaban funcionando, por un lado, y detectar cuáles eran las necesidades no cubiertas y qué servicios se requerirían para satisfacerlas del modo más adecuado, por el otro.

En este artículo se va a hablar repetidamente de lo social, de lo sanitario y de los problemas sociosanitarios. No hemos hecho una definición rigurosa de cada término porque nos parece evidente que hay que abarcar conjuntamente los dos campos, al margen de que los recursos tengan una dependencia administrativa y financiera totalmente diferente.

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

1.1. Características demográficas

En nuestro ámbito geográfico la población mayor de sesenta y cinco años asciende a 890 personas (1), lo que representa el 8,5% del total; esta proporción, baja en relación a otros países y a otras zonas de Euskadi, oscila sensiblemente de uno a otro municipio como efecto de los saldos migratorios recibidos en la década de los sesenta.

— Aretxabaleta,	7,8%
— Eskoriatza,	9,3%
— Gatzaga,	13,2%

La distribución por sexos y grupos de edad muestra unas características similares a las de otras zonas: hay más mujeres ancianas que hombres, 485 frente a 405, y además el número de mujeres mayores de ochenta años, 82, es casi el doble que el de varones, 42.

Merece la pena destacar al importante colectivo de viudas (53% de las mujeres mayores de 65 años) frente al de viudos (18%) ya que se trata de un colectivo de riesgo en razón de su exposición al aislamiento

1.2. Servicios sociales para ancianos en el Valle de Léniz

La oferta de servicios es homogénea en los tres municipios, aunque en Gatzaga no se disponga de todos

- Hogar del jubilado En Aretxabaleta funciona desde hace años y en Eskonatzza está en fase de construcción, está financiado por Ayuntamiento y Diputación
- Servicio de Ayuda Domiciliaria Diputación aporta 36 ptas por habitante y mes
- Servicio de Asistencia Social Está financiado por los propios Ayuntamientos
- Residencia de Ancianos En Eskonatzza existe desde hace años y en Aretxabaleta se inaugura este año, ambas se destinan a ancianos válidos El mantenimiento corre a cargo del Ayuntamiento, los usuarios y la Diputación que da una subvención de 10 000,-ptas por anciano

1.3. Servicios Sanitarios

La asistencia sanitaria al anciano es la misma que se da a toda la población Los médicos atienden en domicilio y en el consultorio, pero no existe un programa de exámenes de salud ni de seguimiento del anciano Los practicantes se limitan a la administración de tratamientos, realización de curas y toma de tensiones en respuesta a la demanda que el colectivo de ancianos genera En Léniz el funcionamiento en equipo de médicos ATS, y Asistente Social municipal, ha permitido realizar una atención a domicilio intensa y coordinada en algunos casos Por otro lado se realiza la campaña de vacunación antigripal con una cobertura del 65% de los mayores de 65 años

2 PROBLEMAS Y NECESIDADES DEL ANCIANO

Como se señalaba anteriormente, analizar los problemas de salud de los ancianos desde una perspectiva integral exige un doble enfoque social y sanitario En el gráfico 1 presentamos una clasificación de la población anciana en función de sus necesidades en la escala social para lo que se ha utilizado el eje de la X y en la escala sanitaria utilizando el eje de las Y

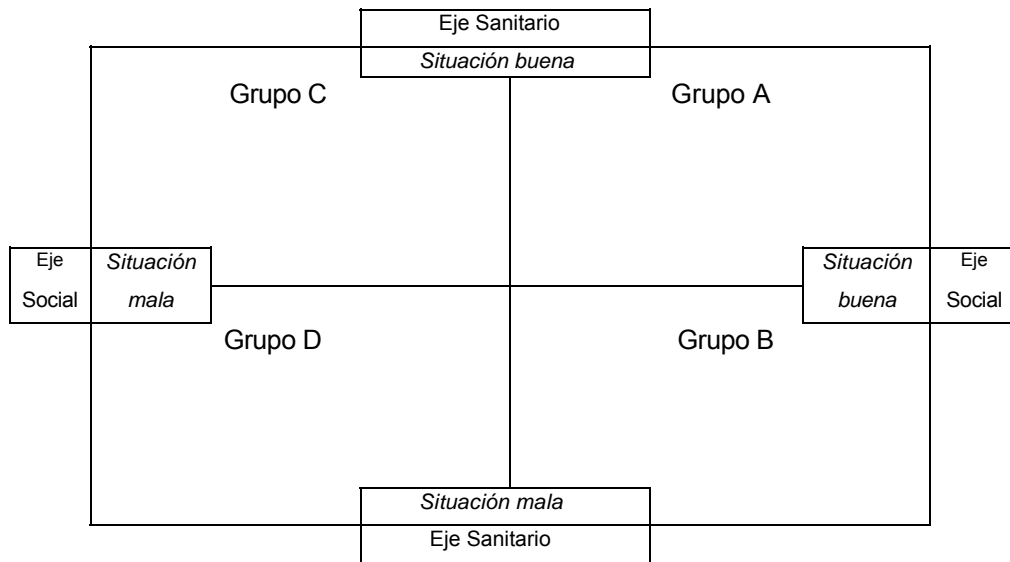


Gráfico 1 Clasificación de la población anciana según su situación socio-sanitaria

En el gráfico 1 aparecen definidos cuatro grupos

Grupo A: Situaciones sanitaria y social buenas

Grupo B: Situación sanitaria mala y social buena. Está compuesto por ancianos con problemas de salud cuyas necesidades sociales están cubiertas por el entorno inmediato.

Grupo C: Situación sanitaria buena y social mala. Se trata de aquellos ancianos que sin tener problemas de salud graves presentan limitaciones de su autonomía funcional no cubiertas por el entorno inmediato. Entrarían en este grupo personas muy ancianas que viven solas pero que se conservan en buen estado.

Grupo D: Situaciones sanitaria y social malas. Es evidente que este grupo es el candidato a la institucionalización.

Esta clasificación es esquemática y simplista pero nos permite delimitar grupos que aunque no son enteramente homogéneos comparten sus necesidades en gran medida. Estas necesidades de salud se traducirán posteriormente en necesidades de servicios que a su vez habrá que dimensionar en términos de necesidades de recursos tal como se indica en el gráfico 2.

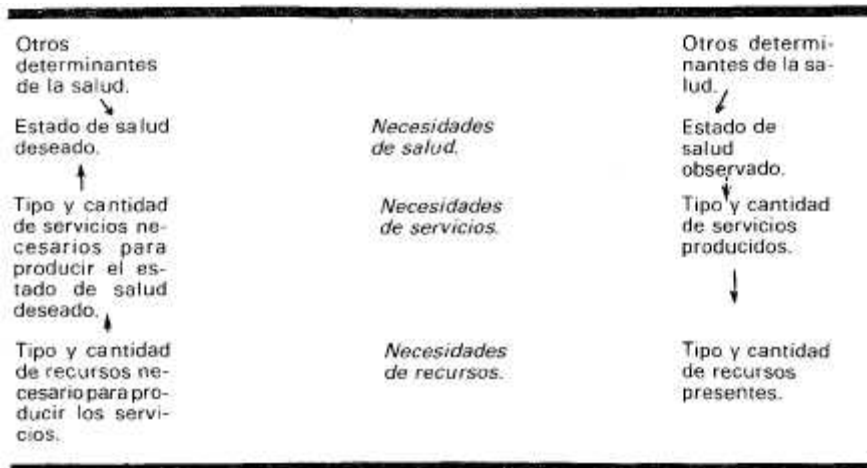


Gráfico 2. El proceso de planificación basado en las necesidades. De Donavedian modificado por R. Pinault (2) (3).

Una reflexión importante que surge es que la población anciana no es homogénea y que en ese grupo de edad existe un colectivo (el grupo A) que no requiere servicios específicos distintos de los que se dirigen a la población en general. Revisando la literatura (4, 5, 6) se puede indicar de un modo aproximado los porcentajes que supone cada grupo:

Grupo A: 70-75%
Grupo B: 5-10 %
Grupo C: 10%
Grupo D: 10%

Resulta evidente que estas cifras están extraídas de trabajos realizados en contextos muy diferentes al nuestro tanto por su estructura social como por la red socio-sanitaria que atiende estos problemas. No está de más recordar la diferente interpretación que términos similares tienen en los diferentes países. En este sentido valoramos que es importante disponer de información propia a fin de conocer las necesidades de nuestros ancianos. Por este motivo hemos iniciado la

realización de una encuesta socio-sanitaria dirigida a conocer las necesidades de los ancianos del Valle de Léniz.

Con la encuesta intentamos valorar la situación de cada anciano en base a unas variables que a nivel social son:

A. Grado socialización del individuo:

1. Participación en las relaciones familiares.
2. Participación en las relaciones sociales.
3. Tiempo de residencia en el Valle de Léniz.

B. Estatus socio-económico:

1. Nivel de instrucción.
2. Ocupación anterior a la jubilación.
3. Nivel de ingresos.
4. Vivienda.

En la encuesta sanitaria nos interesa básicamente conocer las repercusiones funcionales que han tenido las diferentes enfermedades en cada anciano. Así, más que recoger una lista de acontecimientos clínicos, evaluamos las capacidades funcionales siguientes:

1. **Sensoriales:** vista y oído
2. **Mentales:** orientación, memoria, comportamiento y capacidad de análisis y adaptación
3. **Motrices:** equilibrio, movimientos y marcha
4. **Para una vida autónoma:** capacidad para preparar los alimentos, alimentarse, vestirse, vigilar sus necesidades naturales, seguir las prescripciones medicamentosas, mantener el hogar y vigilar por su propia seguridad.

3 OBJETIVOS

Objetivos Generales

- 1 Establecimiento de las necesidades socio-sanitarias de los ancianos del Valle de Léniz
- 2 Mejorar la calidad de vida y la autonomía de los ancianos
- 3 Motivar al personal sanitario, instituciones y a los propios ancianos a implicarse en los problemas de la tercera edad

El primer objetivo se justifica por el análisis de las necesidades de salud realizado en la fase precedente. Disponemos de pocos estudios sobre necesidades de los ancianos realizados en nuestro medio y los que conocemos están ubicados en países muy diferentes al nuestro.

El segundo objetivo no es original (7) y se apoya en los nuevos enfoques que tratan de

introducir indicadores positivos de salud como la esperanza de vida en buena salud (8). No nos interesa tanto alargar años a nuestros ancianos como mejorar su calidad de vida y la capacidad de valerse por sí mismos.

Por último, el programa del anciano que estamos iniciando va a ser ejecutado por un equipo de salud y un equipo de bienestar social que parten con una experiencia limitada en el manejo de estos problemas. Tenemos que conseguir que los problemas de la tercera edad sean valorados por la población en general y los profesionales y políticos en particular como una responsabilidad social evitando concepciones fatalistas que justifiquen el no plantearse el tema desde una perspectiva global.

4 ACTIVIDADES

En el proceso de planificación basado en las necesidades (gráficos 1 y 2) hemos definido cuatro grupos de necesidades homogéneas que se corresponden con cuatro servicios o actividades dirigidos a responder a esas necesidades. En la tabla 1 señalamos cuáles son esos servicios. Para el grupo A (caracterizado por una situación social y sanitaria buena) estamos pensando en el examen de salud. El grupo B (situación sanitaria mala y social buena) requiere los cuidados de enfermería a domicilio. El grupo C (situación sanitaria buena y social mala) ve cubiertas sus necesidades con la ayuda doméstica a domicilio. Por último, el grupo D (situaciones social y sanitaria malas) es el candidato a la institucionalización, lógicamente, en unidades de no válidos.

GRUPO	SITUACIÓN SANITARIA	SITUACIÓN SOCIAL	SERVICIO REQUERIDO
A	Buena	Buena	Examen de salud
B	Mala	Buena	Cuidados de enfermería a domicilio
C	Buena	Mala	Ayuda doméstica a domicilio
D	Mala	Mala	Institucionalización

Tabla 1 Servicio requerido en función de las necesidades específicas de cada grupo de ancianos

La atención a los ancianos no se completa con esos cuatro servicios y en nuestro programa está diseñado teniendo en cuenta otras actividades. Sin embargo, pensamos que esos cuatro servicios son la base para responder específicamente a las características que definen los diferentes grupos.

Actividades de un programa integral de atención al anciano a nivel local:

1. Examen de salud.
2. Cuidados de enfermería a domicilio.
3. Ayuda doméstica a domicilio.
4. Institucionalización.
5. Hogar del Jubilado.
6. Rehabilitación ligera.
7. Educación sanitaria.
8. Actividad física.
9. Vacunaciones.
10. Consultas de crónicos.
11. Modificaciones en las viviendas de los ancianos.

En este artículo vamos a comentar únicamente la ayuda doméstica a domicilio y la institucionalización ya que son las dos actividades sociales más importantes por su presupuesto y por su extensión a la mayoría de los municipios, aunque en la tabla 2 se especifican la distribución de responsabilidades entre los diferentes intervinientes según las actividades.

4.1. Ayuda doméstica a domicilio

La ayuda doméstica a domicilio se define por la prestación de un conjunto de servicios que se ofrecen en el lugar de residencia del usuario, cubriendo parte del conjunto de sus necesidades sociales y personales. Tiene un interés especial ya que ha supuesto el eje a partir del cual se han creado departamentos de Servicios Sociales en muchos ayuntamientos de pequeño y mediano tamaño.

El responsable de la organización del servicio es el Asistente Social que se encarga de:

- Recogida de la demanda.
- Indicación de la pertinencia del servicio.
- Establecimiento de las necesidades.
- Supervisión del trabajo de las Auxiliares Familiares.

Las actividades que se realizan son las siguientes:

- Limpieza del domicilio.
- Higiene personal.
- Realización de encargos (compras, gestiones, ...).
- Limpieza y planchado de ropa.
- Preparación de comidas.
- Ayuda en los desplazamientos.
- Compañía.

Sin entrar en más detalles generales, vamos a indicar las normas de atención, cobertura y rendimiento que se han aplicado en nuestra zona.

Normas de atención: se atienden 20 casos distribuidos de la siguiente forma: 15 ancianos, 3 minusválidos y 2 casos de salud mental. La edad media de los ancianos es 77,5 años.

Normas de cobertura: los 15 ancianos representan el 1,6% de la población mayor de 65 años. Aplicándoles la escala de incapacidad de Guttman resulta que la mitad están por encima del nivel 7. Este consiste en no poder desvestirse sin ayuda y es el límite de invalidez propuesto para entrar en servicio en el documento de la Diputación de Gipuzkoa sobre Ayuda doméstica.

Normas de rendimiento: cada anciano recibe un promedio de 2,5 horas por día. Las Auxiliares Familiares tienen una dedicación de 3,5 horas por día.

Analizando estos indicadores podemos observar que el actual servicio de ayuda doméstica no responde a las necesidades del colectivo C, caracterizado por una situación sanitaria buena y social mala. Se dirige a un grupo de ancianos mucho más deteriorado y que por tanto exige más horas de dedicación. Su actual funcionamiento no sirve para prevenir el ingreso en una residencia sino para sustituirlo. Los datos son muy claros comparándolos no sólo con standards europeos sino incluso con los que se refieren a servicios tan cercanos como Vitoria en que el tiempo medio por mes es de 20 horas en que cada Auxiliar Familiar atiende 8,8 ancianos (8).

4.2. Institucionalización (Residencias de ancianos)

En la fase de definición de necesidades señalaba que los ancianos con una situación social y sanitaria deficiente eran el colectivo al que iba destinado el servicio residencia de

Intervinientes						
	MEDICO	ENFERMERIA	ASIST SOCIAL	AUX FAMILIAR	AYUNTAMIENTO	DIPUTACION
Actividad						
Examen de Salud	++	+++				
Cuidados de Enfermeria a domicilio	++	+++	+			
Ayuda domestica a domicilio	+	+	+++	+++	+++	++
Institucionalizacion	+	+	+++		+++	++
Hogar del Jubilado		+	++		+++	++
Rehabilitacion ligera	+	++	+		+	++
Educacion sanitaria	++	++	+	+	+	
Actividad fisica					+++	
Vacunaciones	++	++				
Consultas de cronicos	++	+++				
Modificaciones en las viviendas			++		++	++
Personal actual	4	2	1			

Tabla 2 Distribución de responsabilidades entre los diferentes intervinientes en función de las actividades

ancianos La residencia es vista como un servicio de alto coste al que se requiere cuando no se puede mantener al anciano en el domicilio a pesar de utilizar toda una serie de servicios complementarios como la ayuda doméstica, la rehabilitación ligera, el hogar del jubilado, etc A pesar de ellos puede ocurrir que algunos ancianos válidos prefieran vivir en una residencia ya que evitan la soledad, se sienten más protegidos y dejan de suponer una carga para su familia Así surge otro grupo de ancianos que requiere la institucionalización Consecuentemente en la comarca necesitamos plazas de residencia para inválidos y para válidos

En nuestro medio las residencias están destinadas exclusivamente para válidos Por otro lado, la falta de servicios complementarios, como los señalados anteriormente, nace que exista una gran demanda de plazas de residencia entre los ancianos válidos como forma de garantizarse el apoyo social sea cual sea la evolución de su vida De esta forma, este colectivo proporciona soporte social a decisiones que determinan el mantenimiento de una red de atención que no se adecúa a las necesidades de la población anciana Si comparamos el colectivo atendido por la ayuda a domicilio, observamos la

gran paradoja de que los recursos de alto coste (Residencias) se destinan a ancianos con pocas necesidades (válidos), mientras que los servicios que requieren recursos ligeros (Atención doméstica a domicilio) atienden a los ancianos con un alto grado de invalidez Estos deben permanecer en sus domicilios por no cumplir los requisitos exigidos para ingresar en las residencias

En la práctica, aunque las residencias son diseñadas para válidos pronto se convierten en mixtas, ya que cuando algún anciano sufre alguna enfermedad y su nivel de autonomía disminuye, no puede ser trasladado a una residencia de inválidos porque no existe o porque las pocas plazas están saturadas

5 RECURSOS

La falta de datos propios ha impedido cuantificar los objetivos en el capítulo correspondiente Este déficit condiciona que no podamos señalar los servicios requeridos para cubrir las necesidades detectadas y por tanto que no sea posible especificar de una forma matemática los recursos que necesitamos para poner en marcha el programa El criterio que hemos utilizado ha sido compa-

rar el personal actual en el centro de salud con el que le correspondería según los índices de personal de las Unidades Básicas de Salud (U.B.S.). La diferencia entre ambas situaciones es tan amplia que nos parece suficiente alcanzar esos índices. Por otro lado, es importante resaltar que el programa del

anciano ocupa parte del tiempo de un personal que es polivalente dentro del Centro de Salud. En ese sentido no se puede plantear de un modo aislado las necesidades de personal en función de programas por grupos de edad, ya que eso significaría crear redes de atención superpuestas.

<i>Personal</i>	<i>Plantilla actual</i>	<i>Plantilla según criterios de las U.B.S.</i>	<i>Diferencia de Plantilla</i>
MEDICO	4	5	1
A. T. S.	2	10	8
ASISTENTE SOCIAL	1	2	1

Tabla 3. Necesidades de Personal según índices de las U.B.S.

Resulta llamativo el desfase en el número de A.T.S. Hay que aclarar que un elemento clave en la reforma de la atención primaria es la potenciación de los equipos de enfermería. No solamente aumentando en número sino también mejorando en cualificación profesional y exigiendo mayores responsabilidades como los exámenes de salud, las consultas de crónicos, los cuidados de enfermería a domicilio, etc. De esta forma la unidad de enfermería del Centro de Salud se convierte en el eje de la atención sanitaria al anciano.

El servicio de ayuda doméstica a domicilio se financia con 36 pesetas/habitante/mes y cubre el 1,6% de los ancianos. Si queremos alcanzar el 2,5% resultan 56 pesetas/habitante/mes.

En los equipos de las U.B.S. se incluye un Asistente Social. Su labor resulta compleja, ya que debe integrarse en dos grupos de trabajo. Por un lado en el equipo de Salud y por otro en el equipo de Bienestar Social municipal. En cualquier caso es una figura clave para dar coherencia al programa del anciano y evitar que las diferentes dependencias administrativas supongan una planificación heterogénea.

6. EVALUACIÓN

La evaluación consiste en establecer un juicio sobre un programa o sobre una parte del

mismo basándose en criterios y normas (9). Puede ser utilizada con tres fines:

1. Ayudar a la planificación y elaboración del programa.
2. Suministrar información para la mejora, modificación o en general la gestión del programa.
3. Determinar los resultados y el impacto del programa.

Nosotros vamos a evaluar fundamentalmente las actividades y los recursos, es decir, queremos mejorar la gestión de nuestro programa. El motivo está en el déficit de recursos que aunque no lo hayamos cuantificado por una insuficiente definición de las normas (standards) generales nos parece claro. El juicio al que queremos llegar es a conocer de acuerdo con el gráfico 2 el tipo y cantidad de los recursos necesarios para producir los servicios necesarios para alcanzar el estado de salud deseado para la población mayor de 65 años. Es importante avanzar en la definición de esas normas y esa es una tarea que se debe realizar fundamentalmente a un nivel superior al local.

Javier Mar
Eduardo Gárate