

La necesidad de Cuidados Enfermeros en las PERSONAS MAYORES en la Atención Domiciliaria

El presente estudio ha sido realizado por acuerdo de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa, dando cumplimiento a una de las líneas de trabajo de su Plan Estratégico: "La investigación, sobre la necesidad de Cuidados en los Mayores", que es llevado a cabo por la Comisión de Investigación del C.E.G.

Ha sido realizado por:

*C. Inmaculada Sánchez Martín (Vicepresidenta)
Montserrat Larren Vallejo (Com. Investigación)
Jesús Rubio Pilarte (Com. Investigación)
Eva Gallego Diego (Com. Investigación)
Concepción Fernández Olmeda (Com. Investigación)
Silvia Torremocha Zapiráin (Com. Investigación)*

Bajo la dirección de:

Idoia Romo Diez (Investigadora social)

Gipuzkoako Erazaintzan Diplomatuaren Kolegio Oficiala
Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Guipúzcoa

Donostia-San Sebastián, 2001-2002

Índice:

Presentación	3
Introducción	4
Capítulo 1: Marco teórico	5
Capítulo 2: EL CUIDADO : ESENCIA DE LA PROFESION DE ENFERMERIA y necesidad de los mayores y su entorno en la actualidad.....	20
CAPITULO 3: NORMATIVAS SANITARIAS Y PROFESIONALES	31
LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE EUSKADI.....	48
Capítulo 4: HISTORIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN GIPUZKOA	61
SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.....	64
LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN.....	76
EL SISTEMA SAKONTZEN DE VALORACION DE DEPENDENCIA	80
Capítulo 5: Diseño de investigación.....	89
Primer diseño de investigación: Grupos de discusión	89
Objetivo:.....	89
Diseño:	89
Muestra:.....	89
Variables:.....	90
Procedimiento:.....	90
Análisis de la información de los grupos de discusión:	90
2º diseño de investigación: Entrevistas	100
Diseño:	100
Muestra:.....	100
Variables:.....	100
Procedimiento:.....	101
RESULTADOS Y DISCUSIÓN de las entrevistas en profundidad:.....	101
CONCLUSIONES.....	131
Bibliografía.....	139
Anexo 1: GUIÓN PARA ENTREVISTAS A INFORMANTES	148

Presentación

El progresivo envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida han supuesto sin duda, un incremento progresivo del porcentaje de personas mayores en relación a la población total de nuestro ámbito social, siendo en 1998, un 16,8% los > de 65 años y se prevé un 20,7% de > de 65 años para el 2010 en la C.A.P.V. (EUSTAT) . Ello, siendo sin duda un signo de progreso, ha puesto de manifiesto un reto que la sociedad debe afrontar sin demora, y que está constituyendo una demanda social en aumento: dar respuesta a las necesidades de atención y cuidados que requieren las personas mayores dependientes que sufren trastornos de su capacidad funcional y/o cognitiva, en un entorno social en el que cada vez más disminuye el índice del “*potencial cuidador femenino*” habiendo pasado de 2,8 en 1960 a 1,28 en 1998 (INE-Observatorio de personas mayores).

El Colegio de Enfermería de Gipuzkoa, siendo consciente de que las personas mayores son el sector de población que más cuidados necesita, ha querido pulsar la situación por medio de este estudio que pretende por un lado, recoger el sentir de los profesionales de Enfermería de Gipuzkoa, y por otro la revisión del escenario que presentan las políticas de salud y sociales para los mayores, y las líneas estratégicas que se han articulado para su desarrollo, tanto en materia de atención sanitaria como de los servicios sociales a los mayores, incorporando también a este documento y a modo de resumen: las competencias, directrices y retos de la Profesión Enfermera en esta materia.

Nuestro propósito es, en primer lugar, poner de manifiesto qué es lo que los Profesionales de Enfermería piensan al respecto, cual es su vivencia profesional sobre este tema, cómo creen que se cubren las necesidades de salud de los mayores en sus domicilios, por quién se cubren y qué necesita el profesional de enfermería para dar y ofrecer unos cuidados de calidad, adaptados a los mayores en su medio y contando con la realidad social que les rodea. El segundo propósito es detectar la carencia de profesionales enfermeros que actuarían como “enlace” entre la ayuda a los mayores ofrecida por los servicios sociales y los llamados “cuidadores domésticos o informales”, ofreciéndoles la formación y tutoría necesarias para una prestación de cuidados a los mayores dependientes en su domicilio, que integre la cobertura de todas las necesidades de su vida diaria, (alimentación, higiene, vestido,... hasta la movilidad, la comunicación y la compañía), de su red socio-familiar y de apoyo.

La JUNTA del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa.

Introducción

Con este estudio, se pretende conocer y analizar cual es la opinión y actitud de las enfermeras sobre las necesidades actuales de las personas mayores en la atención domiciliaria. Además, los resultados del presente estudio servirán para la confección de una herramienta de medida, que se utilizará en un estudio cuantitativo para cuantificar las necesidades de cuidados, tal y como las perciben las personas mayores y sus familias en el área de Gipúzkoa.

El presente trabajo está estructurado en seis capítulos. En el primer capítulo, se realiza la revisión bibliográfica sobre la situación actual de los mayores y las áreas donde actualmente más trabajan la enfermeras dentro de la atención domiciliaria a mayores y a sus familias. En el segundo capítulo, se revisa el término cuidar sobre la base teórica de la profesión de la enfermería y su vinculación en el trabajo con mayores. En el tercer capítulo, se hace una revisión sobre las normativas sanitarias y profesionales, destacando aquello que más interesa por su alcance y centrándolo en lo relativo al cuidado de los mayores: Políticas del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, el derecho a la salud, accesibilidad, oferta a servicios del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza, aspectos éticos y de calidad de los mismos, ejercicio profesional y cuidados. En el cuarto capítulo, se recoge la historia de los Servicios Sociales en Guipúzcoa. En el quinto capítulo, se recogen los dos estudios de diseño cualitativo de corte transversal que se ha llevado a cabo mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad a personal de enfermería vinculadas al trabajo con mayores en el Territorio Histórico de Guipúzcoa. En el sexto capítulo, aparecen las conclusiones a partir de los datos obtenidos y su relación con lo que aporta la literatura referente. Además, se añaden las limitaciones que presenta el estudio, lo que éste aporta a la línea de investigación que se ha seguido y las posibles recomendaciones para estudios futuros.

Finalmente, este documento se cierra con las referencias bibliográficas que se han citado y un anexo, que aporta el guión de la entrevista en profundidad que se ha empleado en esta investigación.

Capítulo 1: Marco teórico

El desarrollo socio económico, la mejoría de las condiciones sanitarias junto a otros factores están facilitado, actualmente, un aumento de la esperanza de vida, produciéndose así el envejecimiento de la población (Segura *et all*, 2000; 1998).

En la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) la esperanza de vida está situada en 74,2 años en varones y 82,4 años para las mujeres (Eustat, 1999). Según datos de 2001 de Guipúzcoa, un 17,3% son mayores de 65 años, siendo la mayoría mujeres, se observa paulatinamente un envejecimiento del envejecimiento es decir, el 42,6% son mayores de 75 años. En un 32,2% de los hogares de Guipúzcoa vive al menos 1 persona con 65 años o más.

En la población mayor de 65 años de la CAV existe una prevalencia de incapacidad funcional del 27,4% (Eustat, 1999). Actualmente en Guipúzcoa existe un 17% de personas mayores con distintos grados de discapacidad, un 2,4% se consideran como totalmente dependientes, un 3,1% como muy dependientes y un 11,5% con problemas de autonomía. Como dato reseñable decir que en Guipúzcoa actualmente viven 5.200 personas con Alzheimer.

Este aumento de la población anciana trae consigo un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, tanto físicas como psíquicas (Palomo y Gervas, 2000; García Bermejo *et all*, 1997; Alamo *et all*, 1999; Espinosa, Benítez del Rosario, Pascual y Duque, 2000), y en consecuencia un aumento en el número de pacientes dependientes y confinados en el domicilio (Segura *et all*, 2000; 1988; Espinosa, Benítez del Rosario, Pascual y Duque, 2000) Esta población desea permanecer en sus domicilios, de hecho el 95% de las personas mayores de 65 años de Guipúzcoa residen en sus domicilios, ya que este es su entorno habitual y la que mejor calidad de vida le presta (Espinosa, Benítez del Rosario, Pascual y Duque, 2000). Se estima que la prevalencia de ancianos que necesitan atención crónica domiciliaria en España es en un 3-5,9% (Palomo y Gervas, 2000).

Situados en nuestra realidad, es de señalar el resultado recogido por la encuesta de Salut de Barcelona, en la que se señala que un 20% de los pacientes mayores de 65 años presentaban algún tipo de limitación en las actividades de la vida diaria (Segura *et*

all, 2000; 1998). Por otra parte también se ha estudiado que las pacientes seniles son más propensos a tener caídas, debido a una menor capacidad de respuesta ante cualquier percance (Segura *et al*, 2000).

Son la pluripatología (Alamo *et al*, 1999) y la polimedicación las características que se van repitiendo en diversos estudios respecto a la situación del paciente atendido en su domicilio (García Bermejo *et al*, 1997). Concretamente un estudio que medía los problemas y necesidades de salud de un área dentro de la CAV señalaba el grupo de patología cardiovascular como la patología más destacada de la muestra seleccionada. Otros aspectos a señalar son la dificultad en el mantenimiento de la higiene, déficit sensorial e incontinencia urinaria. Utilizaban la autopercepción de la salud como un indicador de la demanda de servicios sanitarios, siendo el resultado “peor autopercepción de la salud en los que tenían mayor incapacidad física y consumían mayor número de medicamentos”(García Bermejo *et al*, 1997) Son los cuidados paliativos otro objetivo de la atención a domicilio (Marco y Abad, 2000), atender a pacientes en fase terminal en su domicilio, mejorando su calidad de vida por medio del control del sufrimiento (Benitez de Rosario, *et al*, 1997).

Este aumento en la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población también se refleja en el ámbito sanitario, donde se ha comprobado que una de cada dos personas que acuden a la consulta del médico de familia tienen más de 65 años. En el ámbito de la Atención Domiciliaria, el 45% de las visitas no urgentes y el 23% de las urgentes son demandadas por este colectivo. La calidad de vida de los ancianos se basa en gran medida en la asistencia sanitaria, la educación sanitaria y el counselling (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003). Dentro del colectivo de personas mayores, los mayores “consumidores” de asistencia médica domiciliaria son los mayores de 85 años, en su inmensa mayoría mujeres y por lo tanto con pocos recursos económicos.

Las personas con procesos crónicos que reciben esta atención domiciliaria vienen definidas en diversos estudios como, aquellas con enfermedad subaguda, crónica o en situación terminal, con incapacidad física y/o psíquica y/o falta de apoyo sociofamiliar, que les impide recibir esta atención en un lugar que no sea su domicilio (García Bermejo *et al*, 1997; Marco y Abad, 2000).

Aunque la mayoría de la bibliografía sobre la atención a domicilio está relacionada con el anciano, esta no se considera únicamente una actividad dirigida a los ancianos. Independientemente de la edad de las personas, tanto el nivel de incapacidad, el deterioro del estado de salud, la presencia de enfermedades debilitantes, y el aislamiento social entre otros tantos aspectos, pueden ser factores determinantes a la hora de decidir que una persona necesita este servicio (García Bermejo *et all*, 1997; Espinosa, Benítez del Rosario, Pascual y Duque, 2000).

La atención a domicilio se define como la asistencia metódica y sistemática dirigida a la persona enferma y su familia o cuidador principal en el domicilio, con el objetivo de resolver los problemas de salud que puedan tener. Se valora a la persona como un todo biopsicosocial. Se considera un proceso de atención continuado, longitudinal, integral y multidisciplinario, en el que se realizan funciones tanto sanitarias como sociales (García Bermejo *et all*, 1997; Alamo *et all*, 1999; Marco y Abad, 2000; Servicio Vasco de Salud, 1995; Martín y Cano, 1994). Pretende mantener al paciente en su entorno, evitando institucionalizaciones y la consecuente desintegración de los lazos entre el individuo y su medio (García Bermejo *et all*, 1997).

En la bibliografía, la Atención domiciliaria también es definida como el conjunto de actividades de carácter sociosanitario y de ámbito comunitario, que se realizan en el domicilio del paciente con la finalidad de identificar, valorar y dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del individuo o la familia, potenciando su autonomía y mejorando la calidad de vida (Contel y González, 1997). Este tipo de atención reporta entre otras, la posibilidad de conocer el entorno cultural y económico del paciente y su familia, conocimiento que puede ayudarnos a entender los problemas de salud (Caja y López 1995; Martín Zurro y Cano Pérez 1994). Tal como viene señalando la definición anterior, es necesaria la colaboración y coordinación de los servicios sanitarios y los servicios sociales para el aseguramiento de una atención a domicilio de calidad (García Bermejo *et all*, 1997; Contel y González, 1997). La atención a domicilio, se contempla como un proceso de valoración/planificación/acción/evaluación conjunta de las necesidades de estos pacientes (García Bermejo *et all*, 1997). Esta relación entre ambos campos (sanitario y social) facilita el que las personas dependientes puedan quedarse en sus domicilios, en la comunidad (Propuesta para desarrollar la atención domiciliaria, 1999). La persona mayor con pérdida de su autonomía funcional necesita la intervención de un equipo

multidisciplinar de profesionales sociosanitarios (Rodríguez *et al*, 1998; Contel y González, 1997).

En el estudio observacional retrospectivo que realizó De Francisco Casado (1997) con una muestra de 165 personas que recibían visitas domiciliarias de enfermería, la media de edad era de 84 años, de los cuales el 76.4% eran mujeres, y los principales motivos por los que necesitaban asistencia domiciliaria eran: movilidad disminuida (38.05%), edad avanzada (25.66%), y alteraciones en la integridad de la piel (8.85%). Las actividades más frecuentes realizadas por la enfermera fueron: seguimiento del problema (20.49%), valoración inicial (10.8%), cura de herida (9.05%), educación sanitaria sobre hábitos alimenticios (7.7%), estímulo de la actividad física (7.5%) y vacunas antigripales. Entre las menos frecuentes, encontramos ejercicios de relajación, consejos sobre hábitos tóxicos, automedicación, y ejercicios de memoria.

En otro estudio descriptivo realizado por Torres Alegre (1996), los resultados fueron similares, con una muestra de 24 personas captados por el Programa de Visita Domiciliaria, la media de edad era de 81 años, de los cuales el 83.3% eran mujeres, y los principales motivos de la demanda eran: déficit de autocuidado para las actividades de la vida diaria (21.25%), deterioro de la movilidad física (18.75%) y déficit para el mantenimiento de la integridad cutánea (15%). Entre los problemas detectados, se encuentran: lesiones frecuentes, incumplimiento terapéutico, poca ayuda social y familiar, dieta inadecuada, y falta de higiene. Así mismo se refleja en el estudio que los cuidados de enfermería consistieron en actividades de educación sanitaria, toma de tensión arterial (21.87%), vacunas antitetánicas y antigripales, movilizaciones frecuentes (6.25%) y control de glucemia (4.68%).

Refrendando estos estudios, aparecen en la bibliografía consultada, otros cuatro estudios que se reafirman en los mismos resultados (Martínez Marcos 1998; Segura *et al* 1997; García Bermejo *et al* 1997; Hernando *et al.* 1992). Las medias de edad oscilaban entre los 78-84 años de edad, con un claro predominio del sexo femenino y estado social de viudedad. Los principales motivos de la visita domiciliaria de la enfermera coincidían en la dificultad del desplazamiento debido a la incapacidad física y a los déficit sensoriales. Las listas de las patologías más frecuentes estaban encabezadas por la hipertensión arterial, mientras que entre los diagnósticos de Enfermería predominan el riesgo de lesión y el déficit de autocuidado para el

mantenimiento de la integridad cutánea. En cuanto al papel de las enfermeras, consistió fundamentalmente en el seguimiento del plan de cuidados, la toma de tensión arterial, cuidados de la piel, y educación en alimentación y ejercicio.

Basándonos en estos estudios, el tipo de paciente que va a requerir atención domiciliaria enfermera, es sin duda el denominado “*anciano de alto riesgo*”, aquella persona mayor que cumpla alguno de los criterios siguientes: edad muy avanzada (mayor de 80 años), tener poca movilidad, sufrir de alguna patología crónica invalidante, hospitalización reciente, vivir solo o viudez reciente, o estar en una situación de pobreza (Benitez del Rosario y De Armas 1996; González y Salgado 1992). Es decir, la persona mayor que se caracteriza por encontrarse en una situación de salud inestable, con riesgo de un deterioro importante e incluso institucionalización.

En cuanto a la atención enfermera, recordando lo anteriormente dicho sobre las variables de la atención domiciliaria, se ha de concretar al hablar de la atención domiciliaria a personas mayores. Por lo tanto, los cuidados de Enfermería han de ir encaminados a contribuir a que el anciano mantenga su máximo nivel de autonomía, tenga una buena calidad de vida y/o en su caso, una muerte digna, manteniéndose en su hogar si así lo desea, en unas condiciones de bienestar y seguridad adecuadas.

Para lograr este propósito, la enfermera domiciliaria aplica cuidados con el fin de mantener al máximo la autonomía de la persona, brindar apoyo a las personas y sus familias para desarrollar habilidades que les permitan la adaptación a las nuevas situaciones; atender a las personas durante sus procesos de enfermedad agudos o crónicos, ayudar en su rehabilitación, y prevenir las posibles complicaciones del proceso de envejecimiento, detectar precozmente los problemas de salud o evitar su evolución hacia la cronicidad (Bonafont 1997; Caja y López 1995; Antón 1989).

Hay que hacer especial mención a las actividades preventivas en la vejez por parte de las enfermeras, ya que se encuentran en una posición privilegiada para ayudar a las personas ancianas a conseguir un mayor nivel de bienestar. Su especial dedicación y la actividad que desempeñan, les permite pasar más tiempo con los pacientes, por lo que son las que mejor conocen sus necesidades y las que antes detectan las situaciones de riesgo (Sarrillé y Pérez 1995; Martín Zurro y Cano 1994).

En este sentido, en el Programa de Actividades Preventivas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1991) se recomienda: *“la aplicación de estas medidas preventivas será responsabilidad de todo el equipo de atención primaria, pero es deseable que sean los profesionales de enfermería los protagonistas de dicha aplicación. Para ellos se deberá facilitar dicha tarea con la infraestructura necesaria, siempre que sea factible”*. De hecho, los programas de actividades preventivas y de promoción de la salud requieren, para su correcto desarrollo, la colaboración de todos los componentes del equipo de Atención Primaria.

Llegados a este punto es preciso definir lo que se entiende por prevención. Según el último glosario de Promoción de la Salud publicado por la OMS en 1998, *“la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgos identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”*.

Como recogen Sarrillé y Pérez (1995) y Niño y Prieto (1992) en sus artículos, y Guillen Llera (1992) en su conferencia sobre “La prevención y la enfermedad en las personas mayores”, las enfermeras deben hacer hincapié en:

- Una alimentación adecuada.
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco.
- Cuidados higiénicos.
- Promocionar la realización de actividades: físicas, mentales, recreativas, culturales y sociales. De esta forma se evita la marginación del anciano y se logra su plena integración social y familiar. Al mismo tiempo, se favorece la recuperación de la autoestima.
- Prevención de accidentes, en la vivienda o en el entorno: prevención de las caídas (barras de sujeción, alfombras antideslizantes), detector de humos, automedicación, vacunación....

- Fomentar el autocuidado del anciano y enseñar a la familia del anciano para lograr un mejor cuidado de este.
- Recuperación y rehabilitación del anciano enfermo.

En cuanto al desarrollo de actividades preventivas en las visitas domiciliarias se refiere, éste es un área que genera gran discusión. En 1997, Brown realizó un análisis de los estudios publicados, que mostraba resultados contradictorios y poco concluyentes en referencia a la relación coste/efectividad, volumen de problemas detectados y la posibilidad de realizar posteriormente una intervención adecuada en ellos.

Algunos ejemplos de aquellos estudios son los dos estudios experimentales realizados por Hendriksen *et all* (1984) y Vetter *et all* (1984) que evidenciaron la utilidad de las actividades preventivas en la atención enfermera domiciliaria a las personas mayores. Tras las visitas periódicas, los grupos experimentales redujeron los ingresos en los hospitales y la mortalidad, frente a los grupos control. Sin embargo, hay un estudio que aporta ideas contradictorias sobre la eficacia de estas actividades en las visitas domiciliarias a ancianos. Se trata del estudio experimental llevado a cabo por Van Rossum *et all* en 1993, con una muestra de 580 personas entre 75-84 años; 292 para el grupo experimental al que se realizaron 4 visitas anuales durante un periodo de tres años, y 288 para el grupo control al que no se le realizó ninguna visita. Los resultados fueron que las visitas no tuvieron ningún efecto sobre la salud de los usuarios, excepto en aquellos cuya salud inicialmente se consideró muy pobre.

En nuestro país, algunos autores proponen la sistematización de programas de visitas preventivas entre segmentos de población mayor de 75-80 años para identificar pacientes que requieren algún tipo de intervención o seguimiento en el domicilios (semFYC 1997).

Aunque se ha hablado de los cuidados enfermeros a las personas mayores en los domicilios, no hay que dejar pasar por alto la opinión que tenga al respecto la enfermera, ya que bien de forma consciente o inconsciente, afectará de forma directa a los cuidados que reciba el cliente. En los últimos años, es cada vez más frecuente oír en los foros donde se tratan temas de geriatría y gerontología el término *ageismo* o discriminación por la edad (Cobas *et all* 1998; Butler 1969, citado por Montoro 1995), en parte consecuencia de la benevolencia y paternalismo que ha caracterizado a los

servicios sanitarios de las últimas cuatro décadas, y en parte por vivir en una sociedad industrializada donde lo que prima es lo joven y bello.

Por ejemplo, los resultados del estudio descriptivo transversal llevado a cabo por Cobas *et all* (1998) para conocer si existían actitudes ageistas de un colectivo enfermero de Atención Primaria, reflejaron que las enfermeras no rechazaban a los ancianos, si no que movidas por la pena y la compasión que les suscitaban, intentaban protegerlos.

De los diversos estudios consultados sobre las actitudes de la población hacia las personas mayores, podemos concluir en que los resultados son variados, confusos y contradictorios. Según se traduce de la encuesta “Los Mayores” realizada por el Centro de Investigaciones de la Realidad Social en mayo de 1995, los calificativos van desde la desconsideración (lentos, tristes, pasivos, torpes, enfermos e inútiles) hasta el ensalzamiento (sabios, serenos e inteligentes), aunque predomina la visión negativa (Abellán García 1996).

En el estudio de Villar (1996) sobre las actitudes hacia el envejecimiento en el que se pasó un cuestionario compuesto por 18 ítems en forma de adjetivos bipolares a una muestra de 82 personas (44 mujeres y 38 hombres) cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 56 años, los resultados obtenidos fueron que las personas de mayor edad tenían actitudes más positivas hacia el envejecimiento que las más jóvenes.

Centrándonos en los profesionales de enfermería, el estudio de Flores y Nicolás (1995), en el que se pasó un cuestionario para conocer las actitudes y motivación de las enfermeras por la atención a los ancianos a una muestra de 133 enfermeras que trabajan en hospitales, refleja que cuanto menor es el número de años de ejercicio profesional, y menor la edad de la enfermera, mayor es la motivación y las actitudes positivas hacia el cuidado del anciano. Concluyendo en que el perfil de la enfermera con mejor actitud y motivación hacia la atención de los ancianos es aquella que tiene entre 1-4 años de ejercicio profesional, con una edad entre 21-25 años.

Diversos estudios han señalado la importancia de valorar aparte del paciente a su entorno familiar (Segura *et all*, 2000; Contel y González, 1997; Segura *et all*, 1998), ya

que al presentar enfermedades incapacitantes y alteraciones en su estado mental dependen de la familia (Palomo y Gervas, 2000) del amigo y del equipo de atención primaria (Propuesta para desarrollar la atención domiciliaria, 1999) para su cuidado. La familia debe de considerarse también como receptor de los cuidados para prevenir que se convierta en “paciente oculto” (Contel y González, 1997; Segura *et all*, 1998), ya que el cuidar a personas enfermas altera la dinámica de la familia y repercute sobre las relaciones interpersonales de sus miembros (Segura *et all*, 1998).

El cuidado de la familia es un recurso vital para la sociedad. Son diversos los miembros de la familia quienes proporcionan los cuidados a los enfermos, pero la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse equitativamente entre sus miembros. Aquel sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado se considera “cuidador principal” siendo la mujer en general la que asume dicho rol. Las necesidades del cuidador principal varían según el estado de salud de la persona cuidada, pero depende especialmente de la capacidad de aceptación del rol de cuidador. Muy frecuentemente las personas que cuidan familiares mayores tienden a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades de éstos y a emplear la mayor parte de su tiempo en atenderles, sin reparar en sus propias necesidades. Algunos cuidadores han necesitado tomar algún fármaco (ansiolítico, antidepresivo y/o inductores del sueño) por distintas alteraciones surgidas por el cuidado de la persona.

El cuidado continuo de una persona puede resultar agotador, el 75% de los familiares perciben carga por dicho cuidado. La carga del cuidador ha sido definida como los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que sufren los miembros de una familia que cuidan a un enfermo. La carga que siente el cuidador viene muy influenciada por las estrategias de afrontamiento al problema que tiene éste y los recursos que tiene a su disposición. Los modos de afrontamiento se han definido como estrategias que los individuos utilizan para manejarse ante los sucesos estresantes específicos.

Existen diversos autores que han estudiado las necesidades de los cuidadores, obteniendo resultados que corroboran lo que hasta ahora venimos exponiendo:

Mateo *et all* (2000), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, mediante cuestionario que se pasó a nivel domiciliario a 72 cuidadores de personas con enfermedades neurodegenerativas, con el fin de identificar la existencia de necesidades

de cuidado en el hogar. Concluyeron que la salud del cuidador se afecta a nivel físico y psicológico y origina en los cuidadores problemas con: a) el uso de su tiempo y para compatibilizar actividades, b) Relaciones sociales (vida social) y c) Situación económica (gastos extras) y de relación con la persona a la que cuida.

Por su parte, Roca *et al.* (2000), realizaron un estudio observacional de tipo transversal a 227 cuidadores informales, basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (ICUB 97), para medir el impacto de cuidar en los cuidadores. A la luz de los resultados concluyeron, que un mayor grado de dependencia de la persona asistida conlleva un mayor grado de repercusiones sobre el nivel de salud del cuidador y un mayor número de las tareas de cuidado que el cuidador debe realizar. También halló que los cuidadores presentaban frecuentemente dolor de espalda, cansancio, disminución del tiempo de ocio, insomnio, ansiedad y alteraciones de la vida familiar.

Puig, Hernández-Monsalve y Gervás (1992), realizaron un estudio cualitativo sobre la repercusión familiar que existe al cuidar enfermos recluidos en los domicilios, con una muestra de 10 cuidadores. Los resultados fueron los siguientes: el cuidador era un familiar directo, que solo en uno de los casos era varón, en el 60% de los casos el cuidador presentaba una disfunción familiar, 70% repercusión social y 50% morbilidad psíquica (consumían analgésicos el 80%). Tras realizar este estudio concluyen que conlleva una grave carga social y psicológica y que el cuidado recae básicamente en la mujer-hija.

Guimaraes de Andrade y Partezani (1999), realizaron un estudio con 5 cuidadores familiares de ancianos que habían sufrido un ACV, mediante una estrategia cualitativa de investigación con el fin de detectar las necesidades relacionadas con ser cuidador de un anciano con ACV y obtuvieron los siguientes resultados: a) Las alteraciones socio-económicas: aislamiento social, impedimento de trabajar fuera del hogar, disminución de la renta, conflicto familiar, migración, pérdida de los bienes. b) Desgaste físico y emocional del cuidador: aumento de la presión arterial, envejecimiento, pérdida de la paciencia, cansancio, angustia, irritabilidad y privación del descanso, y c) Las limitaciones del cuidador en el proceso del cuidado familiar limitan la calidad del cuidado (recursos financieros, falta de orientación y falta de ayuda).

Otros autores mencionan además de estos temas, la importancia del apoyo social que se ha definido por Sundberg como “un patrón duradero, de lazos continuos o

intermitentes, que juega un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo”. El apoyo social se puede recibir de dos maneras, apoyo informal, realizado por familiares, vecinos, amigos u organizaciones altruistas de voluntarios y apoyo formal, que es el proporcionado por los profesionales de la salud. El cuidador demanda mayor ayuda formal, institucional y refleja que el soporte social de familiares, amigos, etc. no es tan importante. Esto se puede deber a que la ayuda institucional ofrezca un contexto más clarificador y de mayor protección al cuidador.

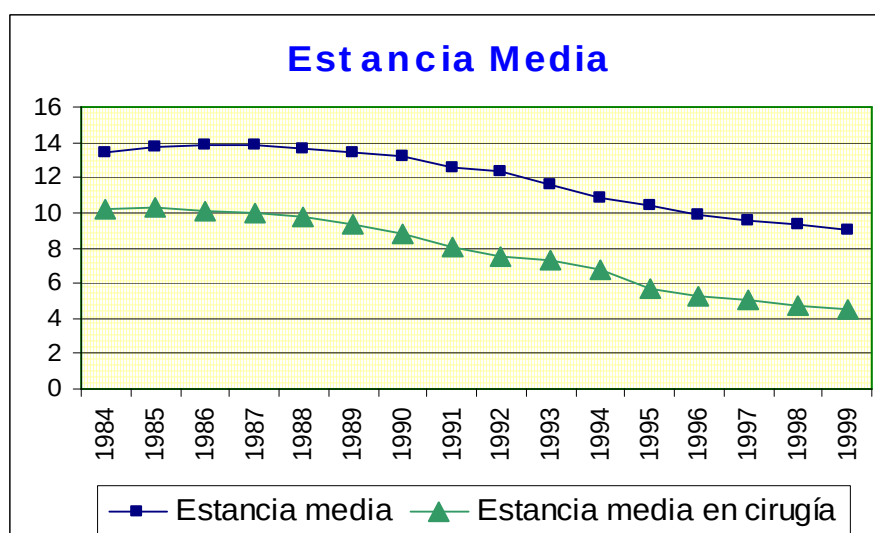
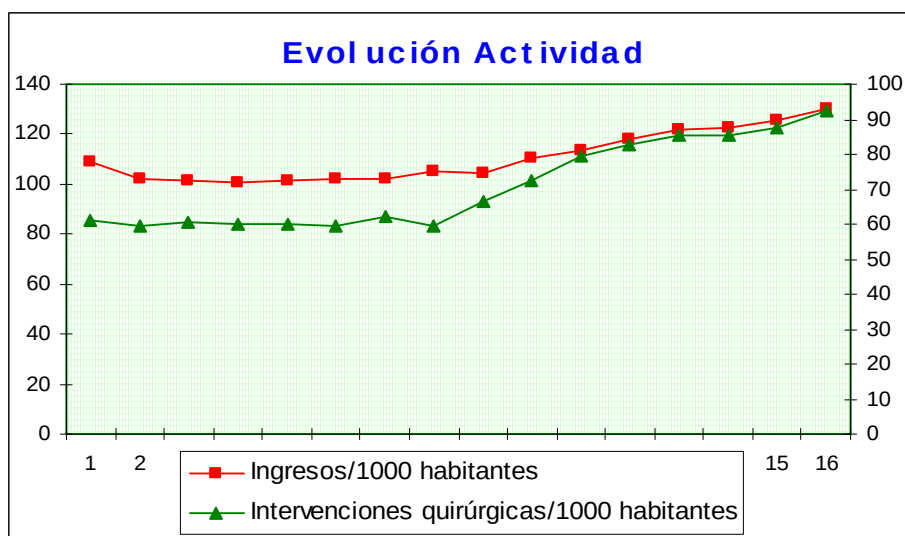
El cuidador necesita apoyo e información, es decir que se trabaje con él. El ser cuidador no está definido por el enfermo a quien cuida, sino por la actividad que supone ser cuidador en general (Aramburu, Izquierdo y Romo, 2001).

El sistema de salud formal tiene que considerar a los sistemas y cuidadores informales como parte de sus recursos, valorar sus aportaciones, recoger sus necesidades y diseñar acciones en su planificación, para que las aportaciones de los cuidadores informales se realicen con satisfacción para quienes las reciben, para los que las ofrecen y para el sistema formal. Habrá por tanto que trabajar en el desarrollo de las aportaciones más eficientes para los cuidadores informales, y que quedarían circunscritas fundamentalmente a actividades de educación, formación, apoyo y asesoramiento, así como la planificación de los cuidados con el cuidador informal y el receptor de cuidados, etc (Castanedo Pfeiffer, 2001).

A todo esto se une el hecho de que cada vez las estancias son más cortas en los hospitales, los recursos institucionales de ayuda domiciliaria necesarios para poder mantener a los mayores en sus domicilios son limitados (Propuesta para desarrollar la atención domiciliaria, 1999), y esto hace que muchos pacientes tengan que irse a sus domicilios con alto grado de dependencia y con muchas necesidades alteradas (Ubeda, Roca y García, 1998).

Esta circunstancia puede apreciarse claramente en los dos siguientes gráficos, realizados a partir de los datos estadísticos sobre los principales indicadores del sector hospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca del EUSTAT. El incremento de la actividad quirúrgica resulta evidente, así como el descenso de la estancia media hospitalaria, especialmente la relacionada con procesos quirúrgicos. Esta circunstancia

implica la transferencia de los procesos de recuperación al domicilio, y consecuentemente, un incremento de la necesidad de cuidados domiciliarios.



Gráficos 1 y 2.- Datos obtenidos de la Tabla de principales indicadores hospitalarios del EUSTAT para el periodo 1984 - 1999.- *Elaboración propia*

El entorno fuerza a trasladar a los ancianos a casa de familiares o a residencias geriátricas cuando aumenta su nivel de dependencia. Este desarraigo de sus casas se fundamenta en la falta de ayuda domiciliaria formal. Por otra parte, la reducción del tamaño de los núcleos familiares, la disminución del grupo de población 15-65 años y la integración de la mujer en el ámbito laboral, reducen el apoyo informal que favorece el

cuidado de la salud (García bermejo *et all*, 1997; Alamo *et all*, 1999). Todos estos cambios en la estructura familiar, hace que el modelo de atención a domicilio basado en “la familia”, no sea sostenible en el tiempo. Es esencial la búsqueda de nuevos modelos de atención con mayor equilibrio entre los cuidados formales e informales (Espinosa, Benítez del Rosario, Pascual y Duque, 2000).

Siguiendo esta línea, Contel Segura en un estudio reciente, invita a adoptar modelos de atención compartida, conocidos en el mundo anglosajón como “shared care” y en los Países Bajos “transmural care”. Este modelo pretende diseñar servicios sanitarios, también con componente social, a medida de las necesidades del paciente y la familia, en el caso de la atención domiciliaria, sobre la base de una responsabilidad compartida entre las instituciones existentes en el sistema sanitario y social (Contel y Segura, 2000) Según el estudio donde da a conocer la experiencia de Quebec respecto a servicios sociosanitarios, es el profesional con perfil enfermero o trabajador social quien adopta las funciones de: a) evaluar las necesidades de servicios de larga duración y planificar el tratamiento; b) organizar y coordinar los servicios; c) mantener una estrecha relación con el resto del equipo durante el periodo de seguimiento del caso y d) reevaluar periódicamente el estado del anciano y monitorizar la calidad de los servicios (Rodríguez *et all*, 1998). Valoran la importancia de la existencia de un programa de atención domiciliaria eficiente que facilite un seguimiento del paciente y la familia, y un registro donde se recoja la evolución del paciente y las actividades/cuidados que se realizan en el domicilio (Segura *et all*, 2000).

Los esfuerzos en enfermería deben dirigirse allí donde se decidan las políticas y estrategias de actuación y en todas aquellas parcelas en las que las decisiones que se adopten tengan repercusión directa o indirecta sobre las prestaciones de los cuidados (Martínez Riere, 1999).

Para dar respuesta a las necesidades socio-sanitarias que se plantean en la actualidad con los mayores, en cada país se ha adoptado un Modelo de Atención a Domicilio. Países como Dinamarca, Bélgica, Reino Unido y Países Bajos presentan servicios específicos de atención a domicilio, poco coordinados, y con mayores niveles de cobertura y calidad de servicio que en nuestro país. Estos servicios dependen de entidades públicas (municipales o estatales) o privadas (mutuas, aseguradoras, ONGs,

etc.) y están financiados conjuntamente por la administración regional o municipal y estatal, excepto un pequeño porcentaje que debe de pagar el usuario. También el Sistema Nacional de Salud dispone y presta este servicio, en él participan los profesionales de atención primaria, enfermera comunitaria, auxiliares domiciliarios, médicos de familia y trabajador social.

En Estados Unidos los cuidados a domicilio se realizan a través de diversas agencias de salud: oficiales, privadas, combinadas, hospitalarias etc. Aunque sean parecidos en cuanto a criterios y estándares para la certificación, la organización y administración de cada uno es diferente. Legalmente el médico certifica el plan de tratamiento para el paciente y la enfermera comunitaria es la responsable de la supervisión de las actividades y de las ayudas domiciliarias no profesionales. Trabajan centrados en un plan individualizado para cada paciente y familia, coordinando a médico, enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social.

En Canadá, es el centro local de servicios comunitarios quien planifica, coordina y canaliza la atención domiciliaria sociosanitaria. El acceso a este servicio se realiza a través de la medicina privada o desde el hospital; se cubre los servicios básicos (higiene, fisioterapia...) y servicios especiales a domicilio para aquellos casos que necesitan recursos tecnológicos (hemodiálisis, oxigenoterapia, nutrición parenteral, etc.).

Dentro de estos modelos internacionales mencionados son tres elementos los que caracterizan la atención domiciliaria:

- La organización del modelo sanitario y el financiador (sistema privado y sistema público: sistema público (España, Holanda, Reino Unido y algunas zonas de Canadá o Australia) y concertada con el sector privado (Francia, Alemania y zonas de EEUU o Canadá).
- El proveedor de la atención (modelo hospitalocéntrico: unidades de hospitalización a domicilio; modelo mixto: primaria a través de enfermera de distrito y especializada a través de unidades de atención domiciliaria; y el basado en atención primaria: unidades de atención familiar).
- La población a quien va dirigido (redes de atención domiciliaria “específica”: Equipos de Asistencia Geriátrica Domiciliaria y Unidades de Cuidados Paliativos).

El modelo de atención domiciliaria presente en el Estado se caracteriza en cuatro ámbitos distintos:

- Centrado en la Atención primaria, en la que el grupo de personas atendidas son los pacientes ancianos y oncológicos en fase terminal y áreas rurales y zonas suburbanas deprimidas.
- Centrado en oncológicos y sida terminal. En esta atención participa tanto especializada como primaria.
- Centrado en pacientes geriátricos. En esta atención participa tanto especializada como primaria, existen los equipos de asistencia geriátrica domiciliaria.
- “Concertada”. Realizada por organizaciones privadas o algunas ONGs, fundaciones, asociaciones, etc. (Espinosa, Benítez del Rosario, Pascual y Duque, 2000).

Una revisión de las políticas de atención a domicilio identificó unas líneas comunes de actuación en los distintos países de la Unión Europea, independientemente del modelo sanitario que sigue cada uno:

- Desarrollo de diversas alternativas domiciliarias, frente a la institucionalización.
- Responsabilizar a los gobiernos locales y municipios de la responsabilidad de la protección de la salud, con el fin de unir mejora la atención sanitaria y social, acercando más estos servicios a las personas que en realidad lo necesiten.
- Desarrollar técnicas de “managed care” para adecuar la oferta de servicios a las necesidades específicas.
- Incentivar a los proveedores (Propuesta para desarrollar la atención domiciliaria, 1999).

Como resumen de lo expuesto hasta ahora se puede decir que la edad cada vez es más alta en la población, que la esperanza de vida ha mejorado junto a la calidad de vida, pero que a la vez incorporamos en el proceso de madurez situaciones nuevas a las cuales es necesario darles una respuesta. Así en los distintos trabajos consultados aparecen las causas de enfermedad más importantes según avanza la edad de las personas, como son las circulatorias y las reumáticas, pero también aparece la familia (que ha ido modificándose en su esquema), como demandante de cuidados y de información para entender los procesos, para aplicar correctamente los cuidados y para prevenir problemas potenciales que aparecen por la carga de trabajo que representa ser cuidador informal.

Capítulo 2: EL CUIDADO : ESENCIA DE LA PROFESION DE ENFERMERIA y necesidad de los mayores y su entorno en la actualidad

La realidad social marca las necesidades sociosanitarias y por tanto las áreas de trabajo enfermero. Estas áreas han estado centradas en la asistencia hospitalaria y en la asistencia primaria, y basadas fundamentalmente en dar y potenciar cuidados tanto a nivel individual como familiar y comunitario. El marco teórico de la profesión ha ido avanzando y cogiendo fuerza potenciando así la facilidad de trabajar de forma sistematizada mediante un modelo planificado y consensuado en mayor o menor medida por todos los profesionales enfermeros.

Esta situación profesional tiene ahora un nuevo reto, que es aplicar los cuidados a las necesidades de los mayores y contribuir así de una forma clara y eficaz a la calidad de atención de cuidados y a la mejora en la Calidad de Vida de los mayores en particular y de la sociedad en general.

Entender la evolución de la profesión es un paso previo para ver de que manera se puede unir la actual visión enfermera con las necesidades a cubrir en la atención domiciliaria a los mayores en la sociedad actual, y por tanto para entender cual es el campo de acción donde el profesional enfermero entra de lleno junto a otros profesionales marcando un área de trabajo concreto y específico de la profesión.

Así, prestar cuidados, al igual que educar, es una actividad que se detecta desde los orígenes de la Historia ya que probablemente pertenezcan ambos, a la más genuina condición del hombre como individuo que piensa y siente. Cuidar, en un sentido genérico, y según queda definido en el diccionario se refiere a aquellos actos de asistencia, de soporte, de ayuda, a individuos o grupos de individuos con necesidades para mejorar sus condiciones de vida. Es también un fenómeno universal que se expresa con acciones y éstas son diferentes según las distintas culturas, y según las percepciones, experiencias y significados, tanto por parte de quienes reciben , como por

quienes dan ese cuidado. La enfermera ha estado siempre presente en estas acciones y ha ido desarrollando su hacer “el cuidado”, a través de la historia, como lo han hecho otras profesiones (Hernández Martín, F., y cols. 1997)

Durante mucho tiempo se ha entendido la actividad enfermera (conocimientos, técnicas y prácticas) como auxiliar, subsidiaria y secundaria de la actividad médica de curar. Más recientemente se tiene conciencia de que la enfermería ha ido creando su propio cuerpo de conocimientos, en función de las demandas sociales y culturales, consolidando y construyendo su disciplina cuyo objetivo es dar soluciones específicas y eficaces a los cuidados, desarrollando funciones y actividades que son complementarias y que estando muy interrelacionadas con otras disciplinas, tiene identidad propia y resultados diferenciados a los que pueden aportar otros profesionales (Vila Blasco, B., y cols. 1997). Por tanto, hoy, la enfermería puede dar razón de su evolución, sin perder de vista la originalidad de su esencia: “el cuidado”.

Tras los esfuerzos por conocer las leyes que regulaban la salud y la enfermedad para la conservación de la vida (principal inquietud el hombre), y garantizadas éstas por el saber médico (F. Ducharme 1998) en cuanto ese saber va cumpliendo su objetivo: garantizar la vida en cuanto a "cantidad de vida", aparece otra inquietud en la sociedad de carácter cualitativo "calidad de vida", y esta inquietud cualitativa sí que la garantiza el cuidado. Y es aquí, precisamente, donde la enfermería ha estado siempre presente con la idea de que la eficacia de esta acción no está en la destreza de la técnica sino en todo aquello que de arte tiene la enfermería (Hernández Martín F. y cols. 1997).

Al valorar los principales aspectos de esta calidad de cuidados en un terreno independiente de la práctica médica, enfermería comienza a realizar reflexiones utilizando para ello la ciencia médica, las ciencias sociales, y la Psicología, y es precisamente la definición de la OMS, sobre la salud "*... como máximo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad...*" lo que marca el giro que abre un campo de posibilidades donde las grandes corrientes de pensamiento teórico de esta disciplina explican el por qué, de sus acciones y cómo éstas actúan para proporcionar mayor calidad en el cuidado. Ya no solo se trata de conservar la vida (misión principal del quehacer médico), sino también dar calidad de vida (misión principal del quehacer

enfermero) lo que la sociedad comienza a demandar (Hernández Martín, F. y cols. 1997).

Muchas han sido las aportaciones que se han venido realizando en el modo de concebir “el cuidado enfermero”. Tras los escritos de F. Nigthingale (1859), primera enfermera en dar a conocer públicamente su concepción del cuidado: “...*poner al hombre en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.*”, y a partir de la segunda mitad del pasado siglo, las enfermeras interesadas en delimitar el campo de la disciplina profesional intentan precisar dicho campo a través de la investigación y la práctica en un terreno independiente y separado de la práctica médica. A partir de sus experiencias e inspiradas en las teorías de la época, sobre todo las norteamericanas (a las que se les ha dado en llamar enfermeras teóricas), delimitan el campo de cuidados enfermeros, colocando en el centro, como lo hizo F. Nigthingale, a la persona, el entorno, la salud y el cuidado, y es a partir de aquí, cuando emergen los modelos que hoy conocemos. Además de la enfermedad, del malestar, de los síntomas, de los diagnósticos médicos y sus manifestaciones, se encuentra la persona, y el cuidado enfermero exige interesarse en primer lugar en esa persona y no en la enfermedad como hasta entonces había ocurrido. La enfermera “hace” con la persona y no “para” la persona. Y es así como el cuidado está centrado en el mantenimiento o la recuperación de la independencia de la persona y en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera el conocimiento, la voluntad o la fuerza para realizarlas, definición esta dada por V. Henderson en su concepción de cuidados, siendo una de las primeras en describirlo después de los conocidos escritos de F. Nigthingale.

Tras V. Henderson., numerosas enfermeras teóricas han desarrollado y precisado modelos conceptuales que concretan el objetivo de la disciplina enfermera y que permite definir la función autónoma o independiente de la enfermera, respecto a la función dependiente de la profesión médica, permitiendo, así guiar la práctica profesional en cualquiera de sus ámbitos: asistencial, docente e investigadora.

La atención asistencial que otorga cuidados es el pilar de la función profesional de Enfermería y aquí se abre una amplia gama de posibilidades de actuación tanto para

el mayor sano o enfermo como para la familia. Estas actuaciones se realizan a diferentes niveles asistenciales:

- Desde la Enfermería comunitaria, con cuidados tanto en el domicilio, como desde el Centro de Salud y dirigidos unas veces a los mayores y otras al familiar o cuidador.
- Desde la Institucionalización, cuando diferentes razones motivan dificultades en el entorno familiar y requiere este tipo de recurso de cuidado.

Las intervenciones van a ser diferentes según la evolución de los mayores, y dependiendo de las necesidades valoradas tanto en la familia como en los ancianos. Si por necesidad entendemos todo aquello que el hombre satisface por sí mismo para mantener una relación positiva con su realidad interior y exterior por medio de actuaciones adecuadas. En muchas ocasiones, cuando nos centramos en la población de mayores vemos que la situación de los mismos conlleva la incapacidad de una o varias de estas necesidades básicas, es decir, existe una pérdida progresiva de la capacidad en el autocuidado, con especial incidencia en aquellas necesidades que implican las A.V.D. (Actividades de la vida diaria).

Aplicando el modelo de V. Henderson (el más utilizado en nuestro medio), en el que se recogen datos en función de las 14 necesidades fundamentales de sus pacientes y teniendo en cuenta su filosofía, la actividad de la enfermera consiste en ayudar al mayor sano o enfermo a satisfacer sus necesidades, tras la interpretación de datos que le permite identificar los problemas relativos a la “independencia del beneficiario en la satisfacción de sus necesidades fundamentales”. Permite también identificar las fuentes de dificultad (falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos) y que en el caso del anciano viene determinada por el deterioro intelectual (lo que V.H. denomina falta de conocimientos), por la alteración psicomotriz o limitaciones funcionales (es lo que V.H. refiere como falta de habilidades, o fuerza) o de origen volitivo (a lo que V.H. denomina falta de voluntad o deseo de hacerlo) (Luis Rodrigo, M.T. y cols 1998).

En el caso del cuidador principal, el enfermero va a estar orientado a completar o ayudar en la falta de fuerza, conocimientos o voluntad del cuidador, ya que en muchos casos éste se convierte en principal protagonista y habrá de ser valorado conociendo sus

limitaciones, deseos y aptitudes, pues su colaboración garantiza en numerosos casos la consecución del plan de cuidados.

La valoración del cuidador requiere un tratamiento especial, en el que tendremos en cuenta una serie de aspectos tales como su edad, estado de salud, sus actitudes, su capacidad de afrontamiento de situaciones difíciles, la sobrecarga percibida, el nivel de tolerancia, la información y comprensión de la enfermedad o limitación del mayor al que cuida, los recursos que dispone (implicación del resto de familiares, amigos..) a nivel social, actividades que realiza,...etc. Al establecer esta relación de cuidado con el cuidador principal, enfermería interviene principalmente en .

- Información sobre el proceso de salud-enfermedad, limitaciones, complicaciones y estrategias de afrontamiento.
- Adiestramiento y educación sanitaria, sobre todo enseñar al cuidador habilidades técnicas para cuidar la alimentación, el aseo e higiene, movilizaciones, prevención de accidentes , asegurar el sueño – reposo y en general todo aquello que ayude a llevar a cabo el plan de cuidados para satisfacer la A.V.D. del mayor o anciano al que se cuida.
- Apoyo emocional al cuidador, unas veces escuchando, u organizando encuentros sociales que le sirvan de apoyo y ayuda al cuidador, y otras planificando y coordinando con otros profesionales servicios de ayuda y respiro a los mismos.

El objetivo en el cuidado de enfermería va a ser, por tanto: valorar, diagnosticar y tratar, con un enfoque enfermero, las necesidades individuales de los mayores, cuyas áreas alteradas (física, psíquicas y sociales), así como las de su familiar o cuidador principal (Rodríguez Ponce, C. y Cols., 1998), que son susceptibles de intervención en cualquiera de las fases del proceso evolutivo del envejecimiento y de las necesidades de estos mayores. Para ello es importante seguir un marco teórico (modelo, en este caso el de V. Henderson) y trabajar con la herramienta adecuada, que en enfermería viene determinada por la utilización del P.A.E. (proceso de atención enfermería) y que consta

de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas (Luis Rodrigo, M.T. y cols 1998):

1. Valoración: recogida de datos objetivos y subjetivos.
2. Diagnostico: formulación de un juicio o conclusión de la situación.
3. Planificación: identificación de los objetivos y de las intervenciones.
4. Ejecución: puesta en práctica del plan de intervención.
5. Evaluación: determinación de la eficacia de la intervención .

La valoración de enfermería requiere de ésta una buena formación clínica y conocimientos de la vejez, la salud y la enfermedad física, mental y las interacciones bio-psico-sociales, además de una serie de habilidades en la entrevista (comunicación verbal y no verbal, favorecer entorno, nivel de comprensión del paciente y familia, detección de temas molestos, .. actitud flexible y abierta), así como una buena capacidad de observación (aspecto físico del paciente y familia, características del entorno en el que vive, reacciones emocionales, comportamientos...), la capacidad de ordenar y registrar la información recibida y observada formulando un juicio o conclusión sobre la situación, así como la consiguiente puesta en común con el resto del equipo de los objetivos a alcanzar con los recursos que contamos.

Tras la interpretación de los datos e información recogida sobre los problemas y recursos de que disponen tanto el anciano o mayor como el cuidador, identificamos dos tipos de áreas de actuación:

- a) Problemas de colaboración (P.C.), susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales. Son problemas de salud, reales o potenciales, en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y de control prescritas por otro profesional (generalmente médico). Esas actuaciones están relacionadas con la patología, con la aplicación de tratamiento, con el control de la respuesta a ese tratamiento y con el control de la situación patológica.

- b) Diagnósticos de enfermería (DxE.), constituyen juicios sobre situaciones de necesidades de cuidados que la enfermera identifica, valida y trata con un abordaje independiente.

En la planificación de cuidados hay que establecer una serie de prioridades, marcar objetivos razonables, gestionar bien los recursos disponibles con asesoramiento y ayuda de otros profesionales si fuera necesario, y determinar las intervenciones y actividades sin perder de vista la implicación del cuidador, de sus dificultades, limitaciones, grado de responsabilidad, ..., así como la evolución de las necesidades de los mayores, de su grado de salud-enfermedad..., valorando el tipo de intervención: reforzar, reemplazar, añadir, completar, sustituir...

Posteriormente se llevará a cabo una evaluación del grado de cumplimiento y satisfacción de estos cuidados. La evaluación ha de ser continua, como parte integral de la relación terapéutica entre enfermera y cuidador y/o paciente. (Luis Rodrigo, M.T. y col., 1.998) 1.998).

Trabajar con el PAE y elegir un modelo, ya sea el de V. Henderson (valoración a través de las 14 necesidades), el de D. Oren (modelo basado en el autocuidado), o cualquier otro, permite explicar la función y la teoría del cuidado, una comunicación más clara y concreta entre los profesionales de enfermería, establecer planes de cuidados y fomentar la investigación de mencionados cuidados; y, permite, también, una forma de expresión en el equipo de salud, dando una visión más completa y explícita del servicio de los profesionales de enfermería.

Y si bien es cierto, que hace 25 años, desde que se dio la incorporación de los estudios de enfermería a la Universidad, no parece que hayan sido suficientes para incorporar estos conocimientos a la práctica diaria (Fernández Fdez, M.L. y cols 1998), no deja de ser menos cierto que se están produciendo importantes cambios en la profesión de enfermería, debido precisamente a las variables sociales y epidemiológicas (aumento de la longevidad, la cronicidad de algunas patologías, la cada vez mayor, responsabilidad de los cuidados respecto a la salud y la enfermedad...), que conducen, sin duda, a una mayor demanda de cuidados y autocuidados, sobre todo en gerontogeriatría (M.Larren Vallejo y cols 1998/99).

García Hernández, M. (2001) recoge algunas recomendaciones y directrices de la Unión Europea que reseñamos a continuación:

- ✓ Las personas mayores son individuos con unas características, cualidades y necesidades propias...y con derecho a vivir su vida del modo mas satisfactorio y positivo posible.
- ✓ Las personas mayores tiene derecho a ser atendidos por enfermeros cualificados que les suministren los cuidados de enfermería necesarios donde quiera que vivan y que les garanticen un trato respetuoso y digno hasta el final de sus vidas.
- ✓ Los servicios de enfermería deberían estar disponibles para todas las personas mayores a fin de conseguir los objetivos de fomento y mantenimiento de la salud, prevención de las enfermedades, rehabilitación,.. y todo ello en el marco de las necesidades de cada paciente/cliente.
- ✓ La atención de enfermería a personas mayores debería partir del principio de que estas personas en esta fase de su vida tienen necesidades especificas, siendo conscientes ellos mismos de algunas aunque no de otras, caso en el que requerirán ayuda para identificarlas. Los servicios de enfermería deben ser capaces de dar respuesta a todas estas situaciones.
- ✓ Las personas mayores tienen numerosas preocupaciones: físicamente, sienten que su poder y fuerzas disminuyen; psicológicamente, son conscientes de que se les asigna un estatus social inferior; emocionalmente, a menudo se sienten aislados e inseguros. Hay que trabajar con ellos estas cuestiones, intentando reducir sus preocupaciones, ayudándoles a estar activos y a sentirse útil en su entorno.
- ✓ El apoyo a las personas mayores deben ser dispensados por enfermeros que conozcan a fondo la problemática del envejecimiento, que se interesen

realmente por las personas mayores y sus familiares y que estén cualificados para trabajar con ellos.

Por tanto las enfermeras tienen la responsabilidad de suministrar y fomentar la mejor atención posible a este segmento de la población, además de realizar intervenciones en la familia y en la comunidad a la que pertenece.

Una de las actuaciones tendentes a propiciar una mejora en la atención a los ancianos es la inclusión del servicio de prevención y detección de problemas y necesidades, objetivo este que viene reflejado en casi todos los planes gerontológicos. Esta inclusión del servicio de prevención en la Cartera de Servicios para la Atención Primaria del Insalud en 1996, además de desarrollar experiencias de coordinación con los Servicios Sociales, e incluirlas como objetivo de los contratos programa tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria, formaban parte, entre otras, de algunas de las actuaciones previstas en el convenio de colaboración suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y los Servicios Sociales para la atención Socio-Sanitaria a las personas mayores (1993).

En el mencionado documento de colaboración, se considera también muy importante la integración de estrategias de formación al conjunto de profesionales tanto de los servicios sociales como sanitarios para llevar a cabo el desarrollo de estos programas de servicios. Los contenidos de este proceso formativo atenderían no solo a la actualización en el campo de la Geriátría y la Gerontología a nivel de pre y postgrado, sino también al desarrollo de habilidades para trabajar en equipos interdisciplinares, grupos de ayuda mutua y cuidadores,... y para fomentar el autocuidado y la autonomía de los mayores. Esta formación constituye la clave para conseguir un cambio de actitud de todos los profesionales que trabajan en estos contextos, así como de las propias instituciones (Documento del Insalud).

Además de incorporar un enfoque de cuidados orientado a la prevención, ayuda o recuperación de la independencia para satisfacer las necesidades básicas y síndromes geriátricos E.Gonzalo Jiménez (Gerokomos 2001) propone mirar a países con sistemas de bienestar más avanzados donde los servicios formales están mas involucrados en el

cuidado y donde la familia desempeña un papel de apoyo más afectivo y de intermediación con los sectores de servicios. Algunas de las medidas que menciona para reorientar los servicios hacia la atención domiciliaria son:

- ✓ Desarrollo de un enfoque de atención familiar.
- ✓ Considerar a la cuidadora/or informal como cliente de los servicios.
- ✓ Incrementar el nivel tecnológico de ayudas técnicas, dispositivos para la adaptación de la vivienda, tecnologías sanitarias...
- ✓ Incorporación de un sistema de valoración integral estandarizado y la gestión de casos como procedimiento de coordinación.
- ✓ Aumentar la intensidad de cuidados en discapacitados. Aunque la cobertura sea alta, las horas de atención, por lo general, son escasas.
- ✓ Realizar Screening de riesgos.
- ✓ Mejorar la cobertura e intensidad de los servicios de ayuda domiciliaria.
- ✓ Realizar integración entre la enfermera y la ayuda domiciliaria
- ✓ Mejorar la calidad del alta hospitalaria.

Para realizar adecuados cuidados en el domicilio llevando a cabo estas u otras medidas que garanticen la cobertura de las necesidades de los mayores en sus domicilios es importante realizar valoraciones de los problemas percibidos, así como la movilización de los recursos de la comunidad, y todo ello en un marco de colaboración de los distintos miembros del equipo

Por tanto, la intervención de enfermería en el cuidado a los mayores constituye una pieza clave que en su función independiente gestione los recursos disponibles para llevar a cabo el cuidado, coordinándose con los distintos profesionales del equipo multidisciplinar (geriatra, asistente social, psicólogo, ...), ya que además de ser una experta en el cuidado, tiene una formación globalizada de la persona (el ser humano es dinámico y complejo, con aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, ..., inserto en un entorno con el que se halla en constante interacción) y ello le permite detectar las necesidades de las mismas en todos los niveles de cuidados. (M. Larren Vallejo y cols. 1998/99).

CAPITULO 3: NORMATIVAS SANITARIAS Y PROFESIONALES

En este capítulo se recopilan los aspectos de las diferentes normativas que inciden en los aspectos que se abordan en este estudio, por entender que es el marco normativo y legal y sus correspondientes desarrollos, los que vertebran la política de la atención socio-sanitaria y profesional y que asimismo diseñan las rutas de las actuaciones institucionales y de los profesionales en general. Este apartado recoge todo aquello que hace referencia a las normas legales y profesionales relativas a los cuidados necesarios en las personas mayores, la forma en que estos se cubren, los aspectos relativos al ejercicio profesional, a la formación y capacitación de enfermería, y a los principios y valores que deben de guiar la práctica profesional en cualquiera de sus ámbitos de actuación.

Es importante para los profesionales de enfermería, conocer qué elementos normativos delimitan y amparan no solo el ejercicio profesional desde el punto de vista legal, sino que sirven en muchos casos de ruta y directorio para la actuación bajo principios éticos y de buena práctica. El conocimiento de ellos debe ser una constante para cualquier profesional que desee trabajar con buena práctica.

Para ello se describe en este capítulo desde lo general a lo particular, en materia de normativa sanitaria, centrando de manera especial en la Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.) que es donde se sitúa este trabajo y por tanto el escenario profesional.

1. SISTEMA DE SALUD Y LEY GENERAL DE SANIDAD.

Los fines que pretende el Sistema Nacional de Salud, están basados en:

- La equidad de acceso a los servicios básicos.
- La orientación de la atención a los usuarios y a las necesidades locales.
- La protección de las enfermedades y la promoción de la salud.
- La mejora continua de la calidad y la eficacia asistencial.

- La utilización de los recursos existentes, de la forma más eficaz posible.

El incremento de los costes y las expectativas de los ciudadanos exigen planteamientos de mejora de la calidad acompañados de medidas de eficiencia ante la cada vez menor capacidad financiera del sistema, lo que viene obligando a la implementación de medidas racionalizadoras.

Sin embargo, la concepción constitucional de la salud como un bien básico y un derecho fundamental hace pensar que no deberán ser recortadas las prestaciones en materia de salud. Lo recogido en los artículos 43 y 49 de la Constitución, sirve como una de las razones, entre otras, para abordar la reforma sanitaria, que desemboca en la Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley da respuesta al requerimiento constitucional de satisfacer **el derecho a la protección de la salud** (título preliminar), y a las prestaciones sanitarias a los ciudadanos españoles y extranjeros residentes en el territorio español. Así mismo, ordena la integración de los establecimientos sanitarios gestionados hasta entonces por las Corporaciones Locales, en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Esta Ley tiene la condición de "*Norma Básica*" y es de aplicación obligada en todo el territorio del Estado, exceptuando algunos artículos (31, letras b) y c, y del 57 al 69), dejando que las Comunidades Autónomas puedan dictar normas que la desarrollen y complementen, en función de las competencias que tengan atribuidas en los respectivos Estatutos de Autonomía.

El capítulo I, trata del **Sistema de salud y los principios generales**. En el artículo tres de este capítulo, contempla la Ley tres premisas:

1. La orientación de los medios y actuaciones del sistema sanitario, a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades.
2. Las prestaciones se realizarán en condiciones de igualdad, extensiva a toda la población.
3. Superar, mediante la política sanitaria que se establezca, los desequilibrios sociales y territoriales.

En el artículo seis (apartado 4) del mismo capítulo, plantea que las Administraciones Públicas Sanitarias, deben estar orientadas a "*garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud*"

El Capítulo II de esta Ley, contempla las **actuaciones sanitarias del sistema de salud**, y en su artículo dieciocho desarrolla las actuaciones de las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud. A continuación se destacan algunas de ellas:

- *Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.*
- *La atención primaria integral de la salud, incluyendo además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.*
- *La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.*
- *Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo,/....*
- *La vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.*
- *La promoción y mejora de la salud mental.*
- *La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.*
- *El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.*

Los valores sobre los que está construido el Sistema Nacional de Salud, los recoge esta Ley, y son::

- ❖ La Universalidad
- ❖ La Equidad
- ❖ La Solidaridad

2. OSASUNA ZAINDUZ

Un cuarto valor, se añade en el documento de la Reforma Sanitaria Vasca, OSASUNA ZAINDUZ (“cuidando la salud”) de 1993, que es:

❖ La Calidad

OSASUNA ZAINDUZ, o la Reforma Sanitaria vasca, se realiza a partir del compromiso parlamentario del 2 de abril de 1992, donde se encarga la realización de un análisis en profundidad sobre la sanidad vasca, y se elabore un plan donde se recoja:

1. *"Los grandes objetivos de salud"*
2. *" Un diagnóstico de la situación sanitaria actual, en la Comunidad Autónoma del País Vasco".*
3. *"Las líneas estratégicas generales del sistema sanitario, que permitan cumplir los grandes objetivos de salud".*

Esto culmina con el documento "OSASUNA ZAINDUZ, Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca", que es aprobado por el Pleno del Parlamento Vasco el 23 de junio de 1993.

En ese periodo, también se realizó la Encuesta de Salud de Euskadi (1992). En ella destaca, entre otras cosas y para el tema que nos ocupa, que *"el 12% de la población sufre una incapacidad permanente para realizar con normalidad sus tareas habituales"*.

Considera que en los próximos años habrá que prestar atención a las *"enfermedades psicogerítricas"*, al considerar importante el número de ciudadanos afectados en ese momento (un 6,5% de la población mayor de 85 años, en 1992).

Dentro de las enfermedades psicogerítricas, confieren relevancia a la Demencia Senil, al ser la más frecuente y la que más demanda de servicios exige: *"Se estima que el nº de casos de demencia senil moderada y grave en personas mayores de 60 años, aumentará en un 69% en la década de los 90"*). También se le da importancia al aumento de enfermedades reumáticas que sufrirán los mayores de 65 años, que superará el 25%.

La encuesta aporta una serie de datos demográficos y hace una previsión de lo que sucederá en el año 2000:

	AÑO 1990	PROYECCIÓN 2000
ESPERANZA DE VIDA	81 años en mujeres 73 años en varones	83 años en mujeres 74.5 años en varones
POBLACIÓN > DE 65 AÑOS	12,5% de población	18,5 % de la población
POBLACIÓN > DE 85 AÑOS	1% de la población	2,3% de la población

Fuente: encuesta de Salud de Euskadi-1992.

Dado el envejecimiento previsible, la encuesta estima que aumentará de forma progresiva el gasto de los recursos sanitarios, pudiendo llegar en el 2000 a que el 60% del gasto sanitario total sea consumido por los mayores de 65 años.

Debido a esto, se prevé la necesidad de ampliar los servicios específicos para la *"tercera edad"*, con hospitales de día, servicios domiciliarios y tratamientos psicogerítricos, desarrollando programas de rehabilitación y refuerzos de Enfermería Comunitaria para su abordaje, lo que exigiría una adecuación de los recursos y modelos de asistencia existentes, para cubrir las nuevas necesidades de salud en personas mayores.

La Resolución segunda de OSASUNA ZAINDUZ, recogió la necesidad de elaborar un plan, que fijara el marco de la política sanitaria para Euskadi. Este compromiso se hizo efectivo con otro documento PLAN DE SALUD, como *"instrumento de dirección, y evaluación del Sistema Vasco de Salud"*.

3. PLAN DE SALUD DE LA CAPV

Este Plan de salud está recogido en el documento del Plan de Salud de 1994-2001 que modifica algunos aspectos en el siguiente Plan de Salud 2002-2010, por lo que se citaran aspectos de los dos: del de 1994 con lo que se pretendía abordar hasta ahora y del nuevo Plan, con lo que se ha proyectado hasta el 2010.

El Plan de Salud de 1994, se conforma en dos bloques, con diferentes áreas prioritarias:

♦ PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS:

Define 10 problemas prioritarios, de los que se destacan en este documento los que tienen que ver o pueden afectar a los mayores:

1. **Cáncer** (Atención a terminales. Cuidados paliativos)
2. **Enfermedades cardiovasculares y ACVA**
3. **Salud Mental** (Gerontopsiquiatría)
4. **Enfermedades infecciosas** (Gripe, Higiene personal y ambiental,...)
5. **Diabetes Mellitus** (complicaciones en mayores, factores de riesgo, educación diabetológica, valoración estado nutricional,...)
6. **Dolor, malestar y discapacidad** (enfermedades neurológicas, osteoarticulares, artropatías, osteoporosis, fracturas, manejo del dolor, orientación para la correcta movilización, tratamiento de incontinencias y problemas de eliminación, eliminación de barreras, discapacidades sensoriales,...).

♦ LA ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

El Plan de Salud recoge el propósito del Gobierno Vasco, y lo explicita en: "*Añadir años a la vida y vida a los años, logrando para la CAPV la máxima mejora en el estado de salud que permita la situación social y económica de la Comunidad Autónoma y los conocimientos científicos y técnicos del momento*".

Para lograrlo, plantea como básica la coordinación entre los sectores de forma que favorezcan el desarrollo del Plan de Salud.

Plantea la reorientación de los servicios de salud, proponiendo cambios en la dinámica y estructura del Servicio Vasco de Salud, fijando la meta del Departamento de Sanidad en este asunto: "*Trabajando con otros Departamentos e Instituciones, mejorar el estado de salud y lograr para los ciudadanos las mayores cotas de autonomía y capacidad de actuación sobre su propia salud*".

Y añade que para lograrlo, será necesario conseguir un amplio consenso así como la implicación de los profesionales sanitarios y no sanitarios de la red del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

El Plan de Salud de 1994 en su Capítulo 2, trata de la importancia que confiere el mismo a la evolución demográfica y la repercusión que tendrá en la demanda de servicios, dedicando especial atención a la COBERTURA SOCIOSANITARIA.

Incide en la creciente demanda de plazas residenciales, para ciudadanos que necesitan de asistencia sanitaria, de la necesidad cada vez mayor de centros de día y de la demanda de ayuda domiciliaria, en personas mayores que viven solas. No se le escapa la

realidad existente de la deficiencia de plazas en residencias asistidas para no válidos, por lo que plantea una *"mayor coordinación en el conjunto de los servicios sociosanitarios, para afrontar las necesidades futuras"*.

El Plan de Salud 2002-2010.

Este nuevo Plan de Salud ha sido presentado recientemente por el Sr. Consejero de Sanidad y editado en Junio de 2002. Hace una evaluación del anterior Plan de Salud y plantea nuevos objetivos de salud para la CAPV, a abordar en ocho años.

Para la definición de los objetivos que recoge el nuevo Plan de Salud, se han tenido en cuenta, entre otras cuestiones, la Política de Salud (Salud 21) definida por la Oficina Regional Europea de la OMS.

Está estructurado en cinco capítulos, y persigue dos grandes Metas:

1. *"Mejorar la salud de la población, aumentando la duración de la vida y el número de años de vida saludable"*.
2. *"Mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales de salud"*.

El P.S., dedica el capítulo I a describir el propósito que persigue este nuevo Plan. En él, enumera los factores que afectan a la salud y fija los objetivos principales del Plan de Salud-2002 definiendo 6 áreas prioritarias:

1. Estilos de vida
2. Desigualdades sociales en salud
3. Enfermedades no transmisibles
4. Enfermedades transmisibles
5. Grupos de atención especial
6. Entorno medioambiental, laboral y escolar.

Entre los grupos de atención especial se incluye la Tercera Edad. Este capítulo destaca la elaboración conjunta de un Plan Socio-Sanitario, en el que participan conjuntamente

los departamentos de Bienestar Social de las tres Diputaciones Forales, y los Departamentos de Vivienda y Asuntos Sociales con el Departamento de Sanidad.

En el Capítulo II, se hace una evaluación del Plan de Salud 1994-2000, tanto de los objetivos como de las líneas de actuación en él fijadas. Destaca el escaso conocimiento por los profesionales sanitarios del Plan de Salud.

El capítulo III, al análisis de la situación actual respecto de los aspectos demográficos y los comportamientos en salud, el estado de salud, la morbi-mortalidad, la salud percibida, los servicios sanitarios, los programas de salud pública y la oferta de programas intersectoriales; dedica su primero a una introducción que coloca la salud como “prioridad en las políticas públicas”.

Queremos destacar dos aspectos de este capítulo, que nos merecen especial atención para este estudio:

- En su punto 2.1. analiza la esperanza de vida al nacer, como un indicador global de la población, y que en la CAPV está en aumento progresivo: ha pasado de 75,4 años en 1998 a 77,7 años en 1990 en varones, y de 83,0 a 84,8 en mujeres, para el mismo periodo.
- En su punto 2.6 recoge la salud percibida por la población, siendo esta percepción de peor salud en los hombres que en las mujeres. La opinión sobre la capacidad funcional también es peor en los hombres (*“riesgo de padecer incapacidad: 22% menor en las mujeres”*).

En su capítulo IV, que trata las Áreas prioritarias (ya enumeradas en el capítulo I), destacamos lo que recoge en el punto 2, dedicado a las Desigualdades Sociales en Salud.

Considera como inequidades las condiciones de clase social y socio-económicas de vida que impiden el acceso a servicios de salud o lo hacen inadecuado, recayendo esta situación en los grupos más desfavorecidos tanto por cuestiones de género, de vivienda o sociales.

Reseña la importancia de las políticas de salud de la Región Europea respecto a favorecer la equidad, como uno de los valores que sustentan los 21 objetivos en materia

de salud, contenidos en el documento “*Política de Salud para Todos para el siglo XXI*” (Salud 21).

Pone de manifiesto en el punto 2.1.1 que el nivel de salud percibida y la probabilidad de incapacidad está en relación directa con las disponibilidades económicas, lo que indica que las clases menos favorecidas económica y socialmente tendrán más merma su salud o más probabilidades de perderla.

Como objetivos y estrategias de intervención que el Plan de Salud marca para el año 2010 están:

OBJETIVOS:

- *Disminuir las diferencias sociales en el consumo de tabaco en un 25% (Situación actual: 43%).*
- *Disminuir las diferencias sociales en proporción de personas obesas >de 16 años en un 25% (Situación actual: 223%).*
- *Disminuir las diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años en un 25%. (Situación actual:39%).*
- *Disminuir las diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años en un 25% (Situación actual: 45%).*

Para ello propone este Plan de Salud unas Estrategias de Intervención, que resumimos o detallamos en función del aspecto del que trata en relación a nuestro tema de estudio:

1. *Monitorización de las desigualdades en salud, tanto a nivel de la CAPV como a nivel local.*
2. *Actuación intersectorial:*
 - 2.1. *Diseño y evaluación de las políticas públicas sectoriales en términos de impacto sobre las desigualdades sociales en salud.*
 - 2.2. *Impulsos de espacios de colaboración y coordinación entre los distintos Departamentos, Ayuntamientos, Instituciones y Agentes Sociales con intervención directa o indirecta, en el área de la salud, tendentes específicamente a reducir las desigualdades sociales en la misma.*

3. *Desarrollo de políticas dirigidas a mejorar la salud y a reducir las desigualdades sociales de las mujeres en edad fértil, las mujeres embarazadas y la primera infancia, con el objetivo básico de que las desigualdades no se hereden.*
4. *Desarrollo de políticas de promoción de estilos de vida saludables, especialmente en lo relativo a los factores que muestran un gradiente social en su prevalencia o en sus consecuencias.*
5. *Promoción del principio de equidad en la provisión de los cuidados de salud (igual tratamiento a igual necesidad) en todas las políticas y programas desarrollados por el Sistema Sanitario de Euskadi, entre las distintas áreas geográficas.*
 - 5.1. *Identificación y modificación de los factores determinantes de la inequidad en el acceso a los servicios de la atención especializada.*
 - 5.2. *Orientación específica de los programas de prevención y promoción de la salud hacia los grupos más desfavorecidos.*
- 5.3. *Consideración de las desigualdades sociales en la atención sanitaria como un aspecto crucial en la valoración y mejora de la calidad de los cuidados de salud.*

En el Capítulo 4, dedica un espacio a “Salud mental y tercera edad” (punto 3.5.3.) y en él destaca el incremento de un 25% de atención a personas mayores de 65 años, siendo la enfermedad depresiva la mayor causa de ingreso psiquiátrico entre la población anciana, con una prevalencia entre el 10% y el 30% en función del ámbito estudiado.

Destaca la demencia como un grave problema socio-sanitario que va en aumento, pero de difícil intervención y que plantea ser abordado en un futuro por el Plan Socio-Sanitario de Euskadi.

Para abordar los problemas de salud mental en los mayores, el Plan de Salud establece unas Estrategias de Intervención, con *actuaciones a nivel individual (1-2-3)* y otras *actuaciones intersectoriales (4-5-6-7 y 8)*, que transcribimos a continuación:

1. *Se debe insistir en la importancia de la detección precoz de la patología psiquiátrica.*

2. *Se debe desarrollar un protocolo de detección de la ideación suicida y pautas de actuación en el ámbito de la atención primaria.*
3. *Se debe incrementar la coordinación de los servicios de neurología y psiquiatría para establecer con mayor rapidez y precisión el diagnóstico etiológico de las demencias seniles, e iniciar su tratamiento, cuando ello sea posible.*
4. *Se deben establecer en el ámbito del espacio socio-sanitario, programas de colaboración con los cuidadores, básicamente los familiares, para retrasar la institucionalización de estos pacientes, así como establecer programas de apoyo a los cuidadores que permitan una mejora de su calidad de vida.*
5. *Se debe dar continuidad a las mesas socio-sanitarias como foros comunes de discusión, hasta que desarrolle el Plan Socio-Sanitario de Euskadi, actualmente en elaboración.*
6. *Es necesario analizar la situación de los pacientes ancianos con ingresos muy prolongados en hospitales psiquiátricos, para valorar su posible traslado a residencias de tercera edad.*
7. *Se debe impulsar el desarrollo de estructuras intermedias de rehabilitación y alternativas a la hospitalización.*
8. *Se deben potenciar las ayudas a domicilio para mejorar su calidad de vida y prevenir así el suicidio en este grupo de edad.*

Por último destacar, que el apartado 5.3 del Capítulo IV se dedica a la Tercera edad. Contiene el análisis de la evolución poblacional de la C.A.P.V. desde 1998, con proyección hasta el 2010, realizado por el EUSTAT. Destaca el incremento de los mayores de 65 años, que habrán pasado de ser un 16,85 % de la población total en 1998 a un 20,7% en el 2010, lo que da una idea del envejecimiento y de la mayor demanda de servicios que será necesario prever para atender a este colectivo. Para ello plantea cuatro OBJETIVOS:

- *Aumentar la esperanza de vida a 65 años en los varones en un 10% (Situación actual: 16,1%).*
- *Aumentar la esperanza de vida a 65 años en las mujeres en un 10% (Situación actual: 21,4%).*
- *Aumentar la esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años en los varones, en un 10% (Situación actual: 11,3%).*
- *Aumentar la esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años en las mujeres, en un 10% (Situación actual: 13,1%).*

Para abordar estos objetivos, el Plan de Salud establece unas Estrategias de Intervención (tanto a nivel individual como a nivel intersectorial), que detallamos a continuación:

Actuaciones a nivel individual

1. *En las residencias geriátricas deben tener como objetivo prioritario la promoción de la autonomía y autoestima de todos los ingresados.*
2. *Se debe priorizar la disponibilidad para estas personas de ciertos recursos técnicos, que han demostrado su eficiencia para mantenerles con un elevado nivel de autonomía y actividad: por ejemplo, para mejorar la capacidad auditiva, la movilidad (prótesis de cadera), la vista, la capacidad para masticar (dentaduras), etc.*
3. *Se deben implantar políticas de ayudas para que las personas mayores que deseen permanecer en su hogar puedan adaptar el domicilio a sus necesidades. La asistencia socio-sanitaria a domicilio debe contribuir a que los ancianos mantengan su autonomía.*
4. *Las personas mayores padecen con frecuencia múltiples enfermedades y están poli-medicados. Se deben establecer los mecanismos para garantizar que no se les prescriban fármacos innecesarios, duplicados o contraindicados, y el adecuado control de los efectos indeseables. Se deben establecer estrategias para garantizar en lo posible el adecuado cumplimiento de los tratamientos prescritos.*
5. *En los programas de formación en atención primaria de salud se debe potenciar el conocimiento de la problemática de las personas mayores, además de estar orientados hacia el objetivo principal de incrementar su autonomía.*

A nivel intersectorial

6. *La calidad de vida de las personas mayores y sus familias se puede mejorar mediante una adecuación de la atención global a las necesidades de estos colectivos, que debe llegar a todos los ancianos de la comunidad. Un elemento clave de esta intervención es la atención socio-sanitaria de las personas mayores y de su entorno.*
7. *Debe establecerse una buena coordinación de los servicios sanitarios y sociales de la comunidad para que, en la medida de lo posible, se proporcione asistencia sanitaria a las personas en su entorno doméstico, lo que significa que los centros hospitalarios sólo serán utilizados cuando ello sea realmente necesario.*
8. *Se deben fomentar estrategias de participación de las personas mayores en las actividades sociales y de la comunidad, para mejorar su autoestima y la calidad de vida.*
9. *En consonancia con el punto anterior, el entorno físico debe permitir a las personas mayores participar en las redes sociales y relacionarse de forma cotidiana con otros individuos. La salud de los mayores puede mejorar si la planificación urbanística, la señalización y los sistemas de transporte se diseñan teniéndoles en cuenta como usuarios potenciales.*
10. *Las políticas sociales deben tener como objetivo mantener la autonomía de las personas mayores y fomentar la solidaridad entre las generaciones. Se deben establecer políticas que garanticen los recursos adecuados para que las personas mayores puedan cubrir los costes de los bienes básicos.*

LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA

En junio de 1997, se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, y en enero de 1998 se configura Osakidetza como Ente Público de Derecho privado, con el fin de lograr mayores cotas de eficiencia en su gestión. Tras la aprobación de sus estatutos sociales, Osakidetza elabora su primer Plan Estratégico, donde marca las líneas estratégicas de actuación, para dar respuesta, entre otras, a las necesidades planteadas en el Plan de Salud.

4. PLAN ESTRATÉGICO DE OSAKIDETZA

Osakidetza en su PLAN ESTRATÉGICO, adopta cinco valores corporativos:

1. Servicio al cliente; 2. Profesionalidad; 3. Identificación con Osakidetza y sus centros; 4. Competitividad y resultados; y 5. Cooperación.

Son los dos primeros los que para el presente estudio, tienen más relevancia:

4.1. Servicio al Cliente: “ *Proporcionar al cliente/paciente un Servicio de asistencia sanitaria integrado, de calidad, personalizado y ágil, que responda sus necesidades de salud.*”

En el desarrollo de este objetivo, Osakidetza marca una serie de “objetivos específicos”, siendo alguno de ellos:

- Globalizar el proceso del paciente priorizando su continuidad. En él insta a definir líneas de actuación para evitar la fragmentación en la continuidad de asistencia entre los diferentes niveles asistenciales, siendo una de esas líneas: *“la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles (primaria, hospitales, nivel socio-sanitario), etc.”*
- Mejorar la atención al paciente. Planteándola en tres líneas, que versan sobre la mejora en la calidad hostelera y de las instalaciones de los centros, en la promoción de Comités de Bioética y en *“Mejorar la información y comunicación con el cliente en una triple vertiente:*
 - *Información sobre oferta de servicios.*
 - Información clínica sobre el proceso tanto oral como escrita, potenciando su progresiva protocolización, sobre todo en áreas críticas y propiciando el desarrollo del consentimiento informado.
 - *Protección de la confidencialidad de la información referida a los pacientes.*
- Avanzar en la definición del espacio socio-sanitario. Osakidetza se fija diversas líneas de actuación para el desarrollo de:
 - programas de cooperación entre las diferentes administraciones del ámbito social y sanitario, en orden a *“articular respuestas integradas a las crecientes necesidades socio-sanitarias”.*
 - Diferentes modalidades asistenciales que faciliten la permanencia del paciente en su medio, adaptándose a la demanda de necesidades de tipo socio-sanitario. Aquí plantea el *“desarrollo de los programas de atención domiciliaria,...”.*

2. Implicación de las personas: *“Conseguir que el colectivo humano que conforma Osakidetza desarrolle sus propias competencias y capacidades, se identifique con la filosofía y objetivos de Osakidetza como organización y con los de sus respectivos*

centros, y alcance un nivel de satisfacción que motive de manera positiva sus actuaciones y comportamientos”.

Este objetivo estratégico, se desarrolla en varios objetivos específicos, de los que nos merece destacar, por venir al caso, los siguientes:

- *Realizar una gestión integrada de las competencias y de los recursos.* Osakidetza se fija como objetivo la adecuación de plantillas a las “*necesidades futuras*” para adelantarse a las necesidades venideras, y disponer de una adecuación de recursos a las mismas: “*Planificación de recursos humanos*”.
- *Establecer un plan de formación continua para todo el ente.* Aquí, Osakidetza plantea la formación como un elemento de gestión, entre otros fines. Trata, con la formación, de adecuar los conocimientos de los profesionales de la red a las diferentes necesidades y requerimientos de habilidades para el desempeño profesional.

Osakidetza implanta la filosofía del Modelo Europeo de gestión de la Calidad Total EFQM (European Foundation for Quality Management) como eje vertebrador de la gestión en su organización: “ *Gestionar las diferentes organizaciones que conforman el ente Osakidetza bajo un modelo basado en la Filosofía y en los sistemas de la calidad total e introducir la mejora continua como garantía de eficacia y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios*”.

Para lograrlo, plantea, entre otros objetivos específicos, los siguientes:

- *Sistematizar los métodos de garantía y mejora continua de calidad en todos los centros y servicios/equipos de Osakidetza*”. Lo plantea para abordarlo con diferentes planes de actuación entre los que destaca la Evaluación sistemática y autoevaluación como herramienta de mejora de la práctica asistencial. Plantea la medición de la satisfacción del usuario como un elemento de evaluación de resultados del proceso asistencial y propone la “*identificación y gestión de procesos asistenciales clave en los diferentes niveles*”. Esta cuestión es de gran

interés, si consideramos que el proceso clave de la actuación del profesional de enfermería es el “proceso de cuidar”, por lo que debería realizarse una identificación /definición del proceso más importante de este colectivo profesional para los diferentes ámbitos donde desarrolla su función y en los diferentes procesos: agudos, crónicos, hospitalarios, en consultorio y en domicilio, siendo ésta no solo una necesidad, sino un derecho contemplado en la legislación.

El ANEXO I del Plan estratégico, traza unas líneas de actuación en los diferentes ámbitos de la asistencia sanitaria, pero interesa en este estudio los relativos a la Atención Primaria, por cuanto son el marco donde se realizan la mayor parte de las prestaciones de cuidados a los mayores en su domicilio. A ese respecto contempla lo que llama “*Desarrollo de los Procesos de Enfermería*” y en este apartado asigna a enfermería, la función de ser “los agentes principales del impulso de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”. En el mismo apartado contempla “la atención domiciliaria para pacientes crónicos, convalecientes, terminales y con problemas socio-sanitarios”, como otra de las funciones clave a desarrollar por los profesionales de Enfermería.

Completando esta serie de cometidos asignados a enfermería está la Continuidad de Cuidados de pacientes que, tras el alta hospitalaria, seguirán para complementar y completar el proceso asistencial por el que en su día ingresó cada paciente.

5. DERECHO A LA ASISTENCIA Y OTRAS PRESTACIONES:

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, ordena las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

En el punto 2º de su artículo 2, indica que las prestaciones “*serán realizadas, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, por los profesionales y servicios de la atención primaria y por los de las especialidades.....*”

Interesa destacar el contenido de la disposición adicional segunda, que trata sobre la posible incorporación de nuevas prestaciones sanitarias con cargo a los organismos públicos del S.N.S, Seguridad Social u otros fondos, mediante unos determinados

requisitos y publicadas mediante Real Decreto, en su caso, que se darían teniendo en cuenta *“su eficacia, eficiencia, seguridad y utilidad terapéutica, las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales”*.

Y es también destacable, y relacionado con este estudio, el contenido de la disposición adicional cuarta del mismo Real Decreto, que dice así:

“La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales”.

En el anexo I del mismo Real Decreto hay un apartado (el dos) sobre Atención Primaria, que merece especial atención por su contenido, en cuanto al ámbito de prestaciones y contenido, que es de aplicación a los mayores.

Determina que la atención primaria con carácter general comprenderá, entre otras prestaciones:

- “ a) La asistencia sanitaria en las consultas, servicios y centros de salud.*
- b) La asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo.*
- c) La indicación, prescripción, y la realización, en su caso, por el médico de atención primaria, de las pruebas y medios diagnósticos básicos.*
- d) las actividades, programadas por los servicios de salud, en materia de educación sanitaria, vacunaciones, exámenes de salud y otras actividades o medidas programadas para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación.*
- e) La administración de tratamientos parenterales y curas de cirugía menor.*
- f) Las demás atenciones, prestaciones, y servicios que se señalan o concretan a continuación.*

El apartado 3º dedicado a la atención al adulto y anciano, dice lo siguiente:

Además de lo ya indicado con carácter general, la atención primaria a los mayores de catorce años comprenderá:

- a) Las vacunaciones recomendadas en los programas de los servicios de salud.*

- b) *La detección de factores de riesgo, cuando existan medidas de eficacia comprobada para eliminarlos o reducirlos.*
- c) *La educación, la atención y asistencias sanitarias a enfermos en procesos crónicos.*
- d) *La atención a los problemas específicos de salud, durante la tercera edad, conforme a lo previsto en el artículo 50 de la Constitución.*
- e) *La atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.*

Sigue el Decreto especificando las prestaciones de la asistencia especializada y de urgencia, así como el acceso a las mismas, y en el apartado 44 habla de las "Prestaciones complementarias" como elementos adicionales pero necesarios para que la asistencia pueda llevarse a cabo de forma completa y adecuada. Como tales, enumera: las prestaciones ortoprotésicas, el transporte sanitario, la dietoterapia y la oxigenoterapia a domicilio. Entre las prestaciones ortoprotésicas incluye las prótesis fijas y su renovación, las permanentes o temporales y su renovación y los vehículos para inválidos, por indicación realizada por los médicos especialistas en función del grado de invalidez y lo indicado en el catálogo de prestaciones ortoprotésicas autorizado.

LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE EUSKADI

En la Comunidad Vasca las prestaciones reguladas en la **Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi**, más conocida como L.O.S. En ella se adquieren los compromisos de los poderes públicos vascos para con la ciudadanía respecto al desarrollo y aplicación del derecho de protección y el cuidado de la salud. Tiene como objeto *"la ordenación sanitaria de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a través de la delimitación general de las actuaciones que permitan hacer efectivo en su ámbito territorial el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud y mediante la regulación de las estructuras que configuran el sistema sanitario de Euskadi"*.

La Ley, parte de considerar el concepto salud *"como bien jurídico con una amplia dimensión multidisciplinar y al que se otorga una protección legal singular, facilitadora de medios y no de resultados..."*. Reconoce a la salud un marco

institucional en toda la Comunidad Autónoma de Euskadi, identificando la actuación propia de la sanidad como el *“ámbito reducido técnicamente a las tradicionales modalidades de la asistencia médico-sanitaria: promoción, prevención, curación y rehabilitación.”* Considera que no siempre es necesaria una respuesta sanitaria a un problema de salud, dada la evolución de los tiempos y la demanda imperante en las sociedades desarrolladas, e insiste en que la salud debe ser un compromiso de los poderes públicos y de los ciudadanos aludiendo a la responsabilidad individual de éstos últimos en su salud.

Hace hincapié en la garantía de los derechos que derivan de la protección de la salud, como:

- Respeto a la intimidad y dignidad de la persona
- La práctica del consentimiento debidamente informado, con el reconocimiento de la capacidad de elección del servicio sanitario, por el ciudadano.

Determina una mayor orientación del sistema al ciudadano y marca la separación de funciones en la gestión pública de la gestión de la prestación de servicios sanitarios, de manera que se procure un equilibrio entre las necesidades sociales y los recursos presupuestarios disponibles, señalando como fuente de objetivos para la salud el resultado de la Encuesta de Salud de Euskadi.

Considera el derecho a la protección de la salud como un derecho universal de aplicación en el territorio de Euskadi, *“para todas las personas residentes, así como para las transeúntes, en la forma y condiciones previstas en la legislación general, en los convenios de colaboración e internacionales que resulten de aplicación y en los términos establecidos en los apartados siguientes”*.

Garantiza las prestaciones individuales tal y como estén ordenadas en el sistema nacional de salud, aunque en el apdo. 4 del art.4 deja la posibilidad al Gobierno Vasco para ampliar las prestaciones en su ámbito de competencia territorial, así como su forma de financiación.

El último bloque de esta ley, articula los preceptos por los que se configura el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y se articulan las líneas maestras para el desarrollo de la provisión de servicios sanitarios a través de las organizaciones propias.

El art.17 contenido en el capítulo cuarto, regula la provisión de los servicios sanitarios necesarios y los que se darán con los medios de titularidad pública a través de un instrumento (El Contrato Programa) que, con naturaleza jurídica, concretará las prestaciones de servicios entre la organizaciones y el Departamento, como entidad financiadora, en el que figurará unos determinados extremos en cuanto a volumen de actividad, calidad que deben tener los servicios sanitarios prestados, cobertura económica prevista, auditorías que se vayan a realizar y responsabilidades entre las partes.

6. DERECHOS Y DEBERES

La relación del ciudadano con el Sistema de Salud, ha sido hasta hace poco una relación de ausencia de autonomía. El ciudadano quería garantías de asistencia cuando la necesitase, pero no participaba en su problema de salud: “Dejaba en otras manos” la solución a sus problemas y las decisiones sobre los mismos. En este sentido, y aunque existía promulgada una “Carta de derechos y deberes” apenas si se empleaban bien los mismos y los cauces que la misma brindaba.

En la Comunidad Autónoma Vasca, existe una **“carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza”**, aprobada mediante Decreto 175/1989 de 18 de julio. En ella se desarrolla el contenido de los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad, y se toma en cuenta la Resolución del Parlamento Europeo de 13 de mayo de 1956, respecto de los derechos del niño hospitalizado y se contemplan para los servicios dirigidos a la mujer, unos derechos específicos.

Llama la atención que los derechos del anciano, en cuanto que grupo de riesgo, no se les haya dado un tratamiento específico, contemplándoles con los del adulto (mayor de 14 años para el sistema sanitario).

En cualquier caso se puede destacar de ese Decreto, respecto del adulto, dos apartados donde se plasma el derecho:

- a) *A ser atendidos con el máximo respeto, con corrección y comprensión y de forma individual y personalizada”.*
- b) *“A poner la red de servicios adecuada a las necesidades sanitarias de la población a la que preste cobertura, con accesibilidad, efectividad y eficiente uso de los recursos sanitarios públicos, y con mecanismos profesionales de garantía de calidad asistencial”.*

La aparición de los Comités de Bioética, precedidos de las “Comisiones Promotoras”, donde se confiere al ciudadano su capacidad para la toma de decisiones informadas y donde los profesionales tienen cada vez más en cuenta la voz del usuario, ha supuesto un avance en cuando a la madurez ciudadana del ejercicio de unos derechos, donde se pueda dar una corresponsabilidad en el proceso de asistencia, entre el ciudadano y el profesional sanitario.

Aún hay sectores de población en los que esta práctica no está instaurada, o si lo está es poco significativa. El sector al que hacemos referencia es el de los mayores, que unas veces por considerarles incapaces, otras porque ya hace tiempo que ha dejado de decidir sobre su vida, u otras porque no se les informa ni por la familia ni por los profesionales, no tienen oportunidad de hacer uso de su derecho de autonomía, considerado como uno de los principios de la bioética.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, contempla en su capítulo segundo, art.10, cómo se va a garantizar el desarrollo y aplicación de todos los derechos y deberes tanto de carácter instrumental como complementario que se deriven de la regulación legal del derecho a la protección de la salud.

7. EL EJERCICIO PROFESIONAL

Diferentes normativas han venido regulado aspectos relativos a la profesión y al ejercicio profesional de enfermería. A continuación se citan las que se consideran más significativas:

- Decreto 17 de Noviembre de 1960, núm.2319/60 (Mº Gob; B.O.E. 17 dic.). Sobre "Competencia Profesional".
- Directiva 77/453/CEE sobre coordinación de las disposiciones legales reglamentarias y administrativas, relativas a las "Actividades de los Enfermeros responsables de Cuidados Generales".
- Resolución Nº 32/89, de 14 de julio, del Consejo General de Enfermería por el que se aprueban las Normas Deontológicas que ordenan el ejercicio de la Profesión de Enfermería.
- Reales Decretos 1466/1990, de 26 de octubre, y 1267/1994, de 10 de junio. Establecen el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería, y las directrices generales propias de los Planes de Estudios conducentes a su obtención.
- Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería, del Consejo General, y de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería.

EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Las Normas Deontológicas, están estructuradas en capítulos destinados a tratar el comportamiento y los valores que deben regir el ejercicio profesional en cualquiera de sus ámbitos donde éste se ejerza y que sirve de ayuda a los profesionales de enfermería, para *“fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomen”*.

En el Código Deontológico se encuentran incardinados tres grandes grupos, que se corresponden con las diferentes obligaciones morales:

1. LA ENFERMERA/O Y EL SER HUMANO.
2. LA ENFERMERA/O Y LA SOCIEDAD.
3. LA ENFERMERA/O Y EL EJERCICIO PROFESIONAL.

Las disposiciones del Código Deontológico, obligan a todos los enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuere la modalidad de su ejercicio(libre, en la sanidad pública, privada, etc).

El Capítulo VIII, se destaca por cuanto hace referencia a,

“LA ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MÁS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ, COMO CONTRIBUCIÓN ÉTICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD”:

Art. 43. Las enfermeras/os deben prestar atención de salud, tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizarle un mejoramiento de la calidad de vida.

Art. 44. En el ámbito de su competencia profesional, la enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Art. 45. Las enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud permanente y humana. Esa atención será integral e incluirá, entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Art. 46. La enfermera/o debe influir en sus programas de educación, la atención integral de enfermería al anciano.

Por su parte la Unión Europea, para dar impulso al reto que supone dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos, cada vez más crecientes, declara en su *estudio "Prioridades para la Acción en Salud Pública en la Unión Europea"*, que la calidad de la atención debe pasar por considerar varios aspectos considerados fundamentales:

- *Calidad en la educación de los profesionales de la salud.*

- Calidad en la práctica profesional, basada en la evidencia científica y en estándares y criterios de calidad.
- Establecimiento de sistemas de acreditación: Definiendo criterios y estándares de calidad en los Servicios de Salud, que permitan su comparación y su acreditación.
- Desarrollo de la Investigación: mediante estudios en los resultados de la intervención de los profesionales de salud, para definir indicadores y criterios de calidad en la atención de salud.

La Organización Colegial y con ella la profesión de enfermería, está comprometida en estos objetivos de la Unión Europea, siendo un buen ejemplo de este compromiso, la creación del ISECS (Instituto Superior de Acreditación para el Desarrollo de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud) presentado por el Consejo General de Enfermería en Madrid, el 25 de enero de 2000. Uno de los proyectos que está realizando y liderando este Instituto, en colaboración con los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Educación y Cultura, y con otras Organizaciones Profesionales Internacionales, es el N.I.P.E. (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería). En este proyecto participan enfermeros de algunos Colegios Profesionales de las diferentes autonomías, entre los que está representado el Colegio de Enfermería de Gipuzkoa.

Con motivo de la celebración del 75 aniversario de la Escuela Nacional de Sanidad celebrada en Madrid el 9 de Diciembre de 1999, se trató la “Contribución de la enfermería a la Salud Pública” en una conferencia que fue impartida por el Presidente del Consejo General de Enfermería en una mesa redonda que trataba “El Papel de las Profesiones Sanitarias en la Salud Pública”. En la misma hacía mención al evidente aumento de la contribución a la salud, que los profesionales enfermeros estaban realizando y con ello al aumento de la calidad de vida, haciendo también mención expresa a cómo los organismos internacionales y entre ellos la O.M.S. y la Unión Europea consideran que *“la enfermería seguirá siendo uno de los ejes sobre los que se apoyen las nuevas reformas de los sistemas de salud, .../... que el profesional se prepare más y mejor para el papel que el sistema de salud y la sociedad les demanda para las próximas décadas del siglo XXI”*.

El conferenciante continuó su exposición insistiendo en que la OMS señala como tendencias para el tercer milenio, que los profesionales de enfermería *“darán cada vez más, una mayor cobertura de atención de salud en la sociedad a grupos de personas/pacientes, económicamente débiles, socialmente marginados, grupos de diferentes culturas, personas con problemas crónicos y terminales. Por lo tanto ejercerán con mayor autonomía y se espera que actúen como líderes del cuidado de atención primaria, asignándoseles un papel prioritario centrado en la unidad de la familia como unidad social básica para promover y mantener la salud ”*

Insiste el mismo, en señalar la transformación que el profesional de enfermería deberá de hacer en su ejercicio profesional para, buscando formas innovadoras, dar cobertura a todas las necesidades del sistema de salud que se presenten, y que tendrá que adaptar con mecanismos de formación y desarrollo profesional.

PRINCIPIOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Con fecha 9 de noviembre del pasado año, ha sido publicado el Real Decreto 1231/2001, que recoge los Estatutos Generales de la Organización Colegial, del Consejo General y de la Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería.

Como aspectos más relevantes, en lo que a este estudio se refiere, caben destacar:

El Art. 5, recoge la **Habilitación Profesional** para los enfermeros/as que estén inscritos en el Colegio Oficial de Enfermería del ámbito territorial correspondiente, y que cumplan la legislación profesional vigente, y no se encuentren suspendidos, separados o inhabilitados por resolución corporativa o judicial, situación que se acreditará por el órgano correspondiente.

En el Art. 53 de este R.D., se sientan las bases de actuación y del futuro desarrollo de la enfermería en nuestro país. Este Título III hace referencia a las competencias del profesional de enfermería en el ámbito donde ejerza su actividad profesional. Define la **MISIÓN de Enfermería**:

- *“...prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.*

- *Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana...”*
- *“...el enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorar y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna.*

El Art. 52, regula el **ejercicio profesional** en dos puntos, recogiendo actividades que para su desempeño será necesaria la colegiación. Las actividades que recoge lo realiza a título enunciativo, recogiendo algunas, como:...” *el desarrollo de funciones asistenciales, investigadoras, de gestión y de docencia, para cuya práctica, conjunta o separada, en cualquier ámbito o forma jurídica pública o privada de prestación de servicios profesionales en que se lleven a cabo...*” El punto 2, del mismo artículo, confiere a los enfermeros/as **atribuciones y facultades para el ejercicio profesional**, una vez cumplidos los requisitos exigidos en el ordenamiento jurídico aplicable y en los estatutos de este R.D.

El Art. 54 de esta normativa se refiere a los **cuidados de enfermería** , y dice así:

1. *Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional , y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.*

2. *Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.*
3. *Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades , en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción o restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.*

El artículo 56 ordena la **actividad profesional** hacia la excelencia de la práctica profesional.

CAPACITACIÓN PROFESIONAL

La Unión Europea , entre sus indicaciones a través de los documentos “*Community Action Program in Health Promotion 1998*” y en “ *Information Education and Training 1998*” y la O.M.S. en “*Health Care in Transition, 1998*”, señalan que es prioritario preparar enfermeros especialistas “*muy cualificados para la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública, la atención domiciliaria y la atención a grupos de riesgo y a los ancianos*”, entre otros estando destacada también esta acción comunitaria por el Tratado de Mastricht que la define como una de sus estrategias. También la O.M.S., en el documento *Salud 21 (1998)*” contempla la urgente necesidad de preparar “*enfermeras de familia que trabaje en equipo con el médico de familia y aúnen sus competencias para obtener mejores resultados en la salud de la población*”.

8. LOS CUIDADOS EN LOS MAYORES

La II ASAMBLEA DE NACIONES UNIDAS SOBRE ENVEJECIMIENTO, celebrada recientemente (los días 11 y 12 de abril de 2002) en Madrid, ha concluido con la aprobación de un Plan de Acción Internacional que propone una serie de "líneas

generales de actuación" para las próximas décadas, a realizar por los gobiernos nacionales y agencias internacionales. De todas ellas, recogemos las publicadas por la prensa (Diario Vasco del 13 de abril de 2002),:

- ⇒ Garantizar la salud física y mental, así como el bienestar social, como derechos irrenunciables de los mayores.
- ⇒ Desarrollo de políticas de prevención sanitaria y promoción de hábitos de vida sana.
- ⇒ Formación de sectores profesionales especializados en la atención de los ancianos.
- ⇒ Activar la participación de los mayores en todas las áreas de la sociedad, en ámbitos de voluntariado, de autoayuda e intercambios intergeneracionales.
- ⇒ Facilitar la jubilación flexible para aquellos mayores que puedan y deseen trabajar más allá de la edad de retiro.
- ⇒ Acceso a una educación y formación continuadas en igualdad de condiciones al resto de los sectores de población.
- ⇒ Políticas de alivio a la pobreza en las áreas rurales y reducción a la mitad para el 2015 de los ancianos en extrema pobreza.
- ⇒ Proporcionar acceso a la protección social a los mayores en situaciones más precarias.
- ⇒ Garantizar la viabilidad de los sistemas de seguridad social y pensiones.
- ⇒ Extremar la asistencia a los mayores en situaciones de conflicto armado y "ocupación extranjera".
- ⇒ Incluir a los ancianos en los planes de reconstrucción de sus comunidades en situaciones de desastre.
- ⇒ Asistencia a los mayores ante situaciones familiares derivadas del contagio del SIDA.
- ⇒ Ayuda a las familias como proveedoras principales de cuidados a los ancianos.
- ⇒ Combate contra el abandono, abuso, o la violencia en los ancianos.
- ⇒ Estímulo a las imágenes positivas en torno a la vejez.
- ⇒ Reconocimiento público a la contribución social, económica y cultural de los mayores.

- ⇒ Promover la cooperación internacional como complemento a las políticas nacionales a favor de la población de más edad.
- ⇒ El sistema de Naciones Unidas se compromete a efectuar un seguimiento de las políticas y recomendaciones del Plan de Acción.

Como se puede observar, hay un buen número de acciones que se relacionan directamente con la salud o los aspectos socio-sanitarios.

Uno de los aspectos positivos destacados en esta Asamblea, ha sido el dar participación directa a los mayores en la solución a los problemas del envejecimiento, aprovechando su experiencia y conocimientos, y no ser meros espectadores de lo que "otros" han decidido para ellos convirtiéndolos en "sujetos pasivos". Este cambio en el papel que deben jugar los mayores en la sociedad para los años venideros, plantea un nuevo reto a la enfermería en cuanto agente de salud, que deberá realizar sus intervenciones protegiendo y defendiendo que se cumplan estas propuestas, que no dudamos deberían recogerse como "*Derechos de los Mayores*".

No es casual que a lo largo de estos meses estemos presenciando movimientos y declaraciones de Asociaciones diversas en favor de las personas mayores. El Consejo de Personas Mayores de Gipuzkoa, conjuntamente con Gisartekintza (Departamento de los Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa), han elaborado un MANIFIESTO A FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES que han sido publicados en diferentes medios, y que se estructuran en:

⇒ LOS PRINCIPIOS:

- Principio de no discriminación negativa en razón de la edad.
- Principio de ciudadanía
- Principio de solidaridad intergeneracional.

⇒ DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES:

- Derecho a la dignidad
- Derecho a la independencia
- Derecho a la participación
- Derecho a la realización personal

- Derecho al conocimiento y a la defensa de sus derechos.

⇒ NUEVAS FORMAS DE PENSAR, DE HACER Y DE COMUNICAR:

- Recomendaciones al discurso público
- Recomendaciones en el ámbito educativo
- Recomendaciones en el ámbito laboral.
- Recomendaciones en el ámbito de los servicios sociales
- Recomendaciones a los medios de comunicación
- Recomendaciones en el ámbito familiar

Capítulo 4: HISTORIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN GIPUZKOA

A comienzos de los años ochenta, hace unos de veinte años, el panorama que ofrecían los servicios sociales guipuzcoanos puede resumirse con los siguientes datos:

- Los servicios sociales de la Diputación estaban integrados por un Negociado de Beneficiencia en el que trabajaban un jefe y cuatro administrativos y una Oficina del Plan Asistencial, con un director y una secretaria.
- El Ayuntamiento de San Sebastián acababa de contratar a su primer asistente social.
- Existían 32 residencias, de carácter fundamentalmente municipal que ofrecían alrededor de dos mil plazas principalmente destinadas a personas ancianas con bajos recursos económicos.
- Había dos centros residenciales para personas con deficiencias mentales con un total de 31 plazas y 16 talleres protegidos con unas 650 plazas ocupacionales y de empleo.
- La intervención de Diputación en el ámbito de los menores se ceñía al mantenimiento del Hogar Materno-Infantil de Fraisoro y a la gestión de adopciones.
- En el ámbito de la marginación y la pobreza los Ayuntamientos se limitaban a mantener sus padrones de beneficencia que, básicamente, permitían el acceso a prestaciones sanitarias y, discrecionalmente, a pequeñas ayudas económicas puntuales.

Los servicios sociales estaban escasamente desarrollados y muy fragmentados desde múltiples perspectivas: Difícilmente podía hablarse de ellos en términos de sistema integrado de protección. El inicio del cambio se produce en 1979, tras la aprobación del Estatuto de Autonomía, que supone la futura transferencia a la CAPV de las competencias exclusivas y plenas en materia de servicios sociales. En el año 1982 se producen tres acontecimientos importantes:

- Aprobación de las Leyes de Servicios Sociales de la CAPV.
- Aprobación de la Ley de Integración Social de las personas con Minusvalía del Estado (LISMI).

- Se pone en funcionamiento el Plan de Emergencia Social de la Diputación de Gipuzkoa, que resulta ser el germen de la actual red primaria de atención y del programa de atención domiciliaria, que además intenta proporcionar una salida a mujeres necesitadas de recursos económicos.

La asunción de competencias y responsabilidades por parte de los Ayuntamientos y, especialmente de la Diputación, fue bastante rápida. La Ley de Territorios Históricos, con el paso de esta institución en 1983 de Corporación Pública a Gobierno y la inmediata creación dentro de la misma de un Departamento específico de Servicios Sociales, contribuyeron especialmente.

Hasta 1988, la evolución seguida por los servicios sociales de este Territorio puede resumirse de la siguiente forma:

- Traspaso de la mayor parte de las competencias con repercusiones financieras del Gobierno Vasco a las Diputaciones.
- Mantenimiento de los servicios del INSERSO progresivamente coordinados con los de Diputación.
- Desarrollo de los servicios sociales municipales, red de atención primaria y ayuda a domicilio.
- Fortalecimiento de las entidades sin fin de lucro que trabajan en este ámbito al amparo de un sistema de financiación más próximo y generoso.
- Ampliación de competencias en materia de protección de menores y de la mujer.

A partir de 1988, la estructura del INSERSO se integra en Diputación, mejorándose la vertebración del sistema, y un año más tarde se pone en marcha el Plan de Lucha contra la Pobreza que, además de sus importantísimos efectos directos, provoca un reforzamiento sustancial de los servicios sociales de base.

De ahí y hasta la aprobación de la nueva Ley de Servicios Sociales del 96, se produce un proceso de crecimiento fuerte y continuado de los servicios sociales, sin grandes acontecimientos, excepto el **Plan Gerontológico de Euskadi** de 12 de mayo de 1994, cuya finalidad se puede sintetizar en esta frase: “las actuaciones dirigidas a las personas mayores deberán fomentar, prioritariamente, su permanencia en el entorno familiar, procediendo al internamiento en servicios sociales residenciales, y concretamente en residencias, en aquellos casos en que existe una severa discapacidad de las personas usuarias”.

Para el año 2003, según las previsiones que maneja Gizartekintza, habrá en Gipuzkoa más de 110.000 personas mayores de 65 años, de las que unas 17.000 tendrán algún tipo de discapacidad y más de 5.000 padecerán alzheimer. El número de personas mayores que viven solas se ha duplicado en breve espacio de tiempo, y de este grupo, el 82% son mujeres. Actualmente, las comarcas de Donostialdea y Bidasoa agrupan al 56% de los mayores de 65 años. Actualmente hablamos de esperanza de vida al nacer, pero deberemos matizar este indicador, para pasar a hablar de esperanza de vida libre de incapacidad.

LEY 5/1996 DE 18 DE OCTUBRE DE SERVICIOS SOCIALES (BOPV nº 218 - 12/11/1999)

- Sustituye a la anterior, la Ley 1/1982.
- En el **Título I** se establecen las disposiciones generales, su objeto, que es la promoción y la garantía del derecho de toda ciudadanía a los servicios sociales. También se recogen los principios generales por los que se regirá el sistema de servicios sociales (responsabilidad; solidaridad; igualdad; universalidad; prevención; integración y normalización; participación de la sociedad; planificación; coordinación y cooperación; descentralización; atención personalizada).
- El **Título II** aborda la organización del sistema de servicios sociales, diferenciando servicios sociales especializados y los servicios de base.

SERVICIOS SOCIALES DE BASE: Es la unidad básica, polivalente y multidisciplinar.

- * Informar, orientar y valorar a la población sobre derechos y recursos sociales.
- * Prestar servicios de ayuda o apoyo en el domicilio.
- * Desarrollar programas de integración social y prevención de la marginalidad.
- * Sensibilizar sobre las necesidades sociales y fomentar la participación social.
- * Gestionar la participación social en el desarrollo de la vida de la comunidad.
- * Elaborar información con criterios de homogeneización, coordinación y sistematización.
- * Participar en la planificación y racionalización de los servicios sociales.

SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

- * Gestionar centros y servicios para colectivos específicos.
- * Proporcionar prestaciones técnicas, no sanitarias, a las personas que lo necesiten.
- * Promover medidas de reinserción social
- * El acceso a los servicios sociales especializados se hará a través de los servicios sociales de base.
- En el **Título III** se delimitan las competencias, especialmente entre los Ayuntamientos y las Diputaciones.
 - * **Parlamento Vasco y Gobierno Vasco:** función legislativa y normativa, y además planificación e investigación.
 - * **Las Diputaciones** creación y gestión de los servicios sociales especializados; autorización, homologación, inspección y sanción de los privados; planificación.
 - * **Ayuntamientos:** todos deberán disponer de servicio social de base.
- El **Título IV** recoge los mecanismos de participación ciudadana, a través de la participación en diferentes Consejos de Bienestar Social.
- El **Título V** permite la participación de instituciones privadas en la prestación de servicios sociales, al articular mecanismos de autorización, homologación, concertación e inspección.
- El **Título VI** trata sobre la financiación del sistema de servicios sociales.
- El **Título VII** recoge las infracciones y sanciones.

DECRETO 41/1998 DE 10 DE MARZO SOBRE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA LA TERCERA EDAD (BOPV nº 66 - 7/4/1998).

En este Decreto están recogidas las regulaciones administrativas de autorización, registro, homologación, e inspección. Establece los principios generales de los servicios sociales residenciales para la tercera edad, especificando derechos y deberes de los usuarios. También se recogen los requisitos materiales y funcionales de las residencias.

- **Artículo 2. Clasificación de los servicios residenciales.**

***Apartamentos tutelados:** conjunto de viviendas autónomas y unipersonales y/o de pareja, que cuentan con servicios colectivos, de uso facultativo, y que dan alojamiento a personas mayores con una situación psico-física y social que no precisa de recursos de mayor intensidad.

***Vivienda comunitaria:** unidad de convivencia con un máximo de 14 plazas, destinadas a personas mayores que posean cierto nivel de autovalidamiento y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar.

***Residencia:** centro de convivencia con capacidad superior a 14 plazas, destinado a servir de vivienda permanente y común, en el que se presta una atención integral y continua a las personas mayores. Estará dotada necesariamente de los medios materiales suficientes para la atención de discapacidades de alto grado.

- **Anexo II. Requisitos materiales y funcionales específicos para las residencias. Especificación Técnica nº 10. Personal.**

Para establecer la proporción o ratio personal/residentes, se considerará:

1.- Como numerador, el número total de horas trabajadas por el personal, con independencia de sus características laborales (fijo, eventual, o sustituto; dedicación completa o parcial, contraprestación de servicios profesionales...) dividido por las horas anuales que establezca el convenio laboral que sea de aplicación, o en su defecto, el Estatuto de los Trabajadores.

2.- Como denominador, el número de plazas ocupadas de la residencia.

3.- La proporción o ratio personal/residentes mínima será la siguiente:

- 0,25 para las plazas residenciales de personas que se valen por sí mismas (en adelante válidos).
- 0,45 para las plazas residenciales de personas que no se valen por sí mismas (en adelante asistidos).
- La proporción de personal de atención directa DUE/ATS y de personal cuidador, deberá superar el 65% de la plantilla total.

En las residencias con plazas asistidas existirá un servicio de enfermería (ATS o DUE) que garantizará el desempeño de las funciones que son de su competencia.

Con carácter específico, las residencias con capacidad total entre 15 y 29 residentes deberán tener como mínimo, el personal que se indica en el cuadro siguiente:

Nº Residentes	Res. sólo para válidos	Res. sólo para asistidos
15 – 19	5	9
20 – 24	7	11
25 – 29	9	13

Con independencia de la capacidad de la residencia, en el supuesto de que ésta dispusiera a la vez de plazas de válidos y plazas de asistidos, la Administración competente, teniendo en cuenta la proporción residentes válidos / residentes asistidos, determinará el número mínimo de personal exigible.

DECRETO FORAL 121/1999 DE 21 DE DICIEMBRE POR EL QUE SE APRUEBA LA NORMATIVA DE CREACIÓN DEL CONSEJO DE PERSONAS MAYORES EN EL TERRITORIO HISTÓRICO DE GIPUZKOA (BOG nº 248 29/12/1999).

El Consejo de las personas mayores es una de las estructuras que se crean para garantizar la participación de los ciudadanos en los servicios sociales recogida en la Ley 5/96.

- **Artículo 1.2.** El Consejo de las personas mayores del Territorio Histórico de Gipuzkoa, es un órgano colegiado de carácter consultivo adscrito al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación foral de Gipuzkoa que deberá contribuir al diseño, puesta en marcha y seguimiento de la política social relacionada con las personas mayores.
- **Composición:** Presidente (el Diputado Foral de Gizartekintza), Vicepresidente (quien designe el Presidente),
 - * Seis vocales en representación de las Asociaciones de Personas mayores de Gipuzkoa de ámbito territorial y comarcal.
 - * Cuatro vocales en representación de las Instituciones dedicadas a la atención integral de las Personas mayores.
 - * Dos vocales en representación de la Asociación de Municipios Vascos.
 - * Un vocal en representación de Osakidetza
 - * Tres vocales de entre personas o asociaciones, por su dedicación o actividad en el ámbito de las personas mayores.
 - * Dos vocales en representación de los sindicatos mayoritarios de Gipuzkoa.

* Un vocal en representación de Zahartza - Sociedad Vasca de Geriátrica y Gerontología.

* Dos vocales en representación de los directores de centros residenciales para personas mayores.

* Dos miembros de Gizartekintza.

y como secretaria la Secretaria Técnica de Gizartekintza.

DECRETO 202/2000 DE 17 DE OCTUBRE SOBRE LOS CENTROS DE DÍA PARA LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES (BOPV nº 214 8/11/2000).

Recoge las condiciones de calidad y funcionales necesarias para la implantación de los centros de día destinados a personas mayores dependientes , para garantizar el correcto ejercicio de los derechos de las personas usuarias de los mismos.

Art. 1.2.- A los efectos del presente Decreto, se considerará centro de día para personas mayores dependientes, cualquiera que sea su denominación o titularidad, todo establecimiento que ofrezca un programa de atención diurna individualizada a 5 ó más personas mayores de 60 años que necesitan ayuda de otras para la realización de sus actividades de la vida cotidiana, así como aquellas que por circunstancias personales y sociales puedan equipararse a las del mencionado colectivo, en un espacio e instalaciones destinados a tal fin, con un personal y unos programas de actuación propios.

Art.3.- Objetivos

3.1.- Objetivo general: favorecer la existencia de condiciones adecuadas de vida entre las personas mayores dependientes y sus familiares, procurando el mayor nivel posible de autonomía y de calidad de vida para ambas partes.

3.2.- Objetivos específicos:

a) Posibilitar la permanencia de la persona mayor dependiente en su entorno habitual.

b) Atender a las necesidades de las personas usuarias mediante el desarrollo de los programas adecuados para conseguir el máximo nivel de autonomía posible.

c) Ofrecer a las familias de las personas usuarias el debido apoyo y asesoramiento para que puedan seguir manteniéndolas en su medio, e

informarles de las pautas necesarias para la realización de las labores de cuidado.

Los centros de día, tienen que cumplimentar los siguientes requisitos materiales y funcionales:

- 1.- Ubicación.- ... “En todo caso, se emplazará en zona no aislada, salubre, no especialmente ruidosa ni peligrosa para la integridad física de las personas usuarias y con alrededores bien iluminados. Además contará con jardines o espacios exteriores amplios para el paseo o, en su defecto, fácil accesibilidad a plazas o jardines públicos.
- 2.- Distribución espacial: zona de recepción y guardarropía; espacio principal; baños y aseos para personas usuarias; zona de actividades profesionales; zona de comedor.
- 3.- Instalaciones: contra incendios; eléctrica, calefacción; iluminación y ventilación, mobiliario; decoración; ascensores; teléfono.
- 4.- Aspectos reglamentarios, administrativos y económicos.
- 5.- Prestaciones. Obligatorias (atención personal básica; readaptación para las actividades de la vida diaria; dinamización socio-cultural; restauración; atención familiar) y opcionales (transporte; servicio de enfermería; servicio médico; servicio de asistencia social; podología; lavandería; peluquería; atención en fines de semana y festivos;...)
- 6.- Régimen de atención: atención global o atención parcial.
- 7.- Horario de atención: con carácter general, se establecerá los días laborables, entre las ocho y las veinte horas, con una duración mínima de seis horas diarias.
- 8.- Personal: La tasa o ratio mínimo entre personal de atención directa y las personas usuarias del centro de día deberá ser el siguiente:
 - Ratio 1/6 de personal de atención directa con respecto a las personas usuarias mayores de 60 años que convivan con familiares y presenten una dificultad de grado medio o alto para la realización de actividades de la vida diaria, ya sea por razones físicas o psíquicas (un profesional de atención directa por cada 6 personas usuarias).
 - Ratio de 1/9 de personal de atención directa con respecto a las personas usuarias, mayores de 60 años que viviendo solas o con familiares, y presentando un nivel ligero de discapacidad para las

actividades de la vida diaria, básicas y/o instrumentales, se encuentren en riesgo previsible de deterioro por razones diversas: edad avanzada, desamparo social o enfermedad (un profesional de atención directa por cada 9 personas usuarias).

- Ratio de 1/5 de personal de atención directa con respecto a las personas mayores diagnosticadas de demencia (un profesional por cada 5 personas usuarias).

9.- Programación

- Programas de atención directa individualizada asignando a cada persona usuaria un trabajador de referencia.
- Protocolos de actuación del personal
- Reuniones periódicas, como mínimo, de periodicidad mensual
- Manual de buena práctica, propio o asimilado a disposición del personal.

DECRETO FORAL 4/2001 DE 30 DE ENERO POR EL QUE SE ORDENA EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES EN EL TERRITORIO HISTÓRICO DE GIPUZKOA (BOG nº 31 13/2/2001).

Recoge los acuerdos suscritos entre Gizartekintza – Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa y la Comisión Territorial de Gipuzkoa de Eudel – Asociación de Municipios Vascos, para una nueva ordenación de los servicios sociales, aclarando y definiendo competencias asistenciales.

En este Decreto Foral se recoge que Gizartekintza se hará cargo de los siguientes programas prestaciones y servicios:

1.- Programas comunitarios.

2.- Prestaciones económicas

3.- Personas mayores

- Centros de día para personas mayores con discapacidad
- Vacaciones para personas mayores con discapacidad
- Estancias en centros residenciales para personas mayores dependientes.
- Unidades de valoración de la dependencia en personas mayores

4.- Personas con discapacidad

5.- Infancia y juventud en situación de desprotección.

También se recoge la existencia de otros programas compartidos:

- Programas para la inserción en el mundo laboral
- Equipos comarcales de apoyo a los servicios sociales de base
- Acogimiento familiar para personas mayores
- Alojamientos de estudiantes con personas mayores
- Centros sociales
- Programas de apoyo a familias con personas dependientes

Los programas, prestaciones y servicios de responsabilidad municipal son los siguientes:

1.- Programas comunitarios

2.- Programas y servicios para personas mayores

- Acogimiento familiar para personas mayores
- Alojamiento de estudiantes con personas mayores
- Ayuda a domicilio
- Hogares y centros sociales
- Programas de apoyo a familias con personas dependientes
- Alojamientos comunitarios para personas mayores autónomas y viviendas tuteladas
- Telealarma

DECRETO 155/2001 DE 30 DE JULIO DE DETERMINACIÓN DE FUNCIONES EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES (BOPV nº 165 27/8/2001).

Es un decreto complementario a la Ley 5/1996 para determinar las competencias en materia de Servicios Sociales que corresponden a cada una de las administraciones públicas.

• **Artículo 2.-** Funciones de Gobierno Vasco.

* Prestación de renta básica

* Prestación de ayudas de emergencia social

- Expedición y renovación de los carnets de familia numerosa

- **Artículo 3.-** Funciones de las Diputaciones Forales.

- 1.- Centros y servicios destinados a colectivos específicos

- 1.1.- centros y servicios destinados a personas mayores

- Valoración de la dependencia: El órgano competente en cada Diputación Foral valorará el nivel de autonomía de la persona (mayor o discapacitada) solicitante del recurso social correspondiente, mediante la aplicación de instrumentos técnicos validados al efecto.. Esa valoración de la dependencia, unida al informe social elaborado por el servicio social de base, servirá para determinar cuáles son los servicios y/o prestaciones más adecuadas para responder a sus necesidades, si las personas solicitantes cumplen los requisitos de acceso a determinados servicios y, en su caso, el orden de prioridad que debe respetarse en dicho acceso.

- * Programa de ocio y tiempo libre para personas mayores dependientes: Estos programas tienen por objetivo mejorar su calidad de vida, retrasar el deterioro de su situación personal, su estado de salud y su situación socio-familiar, y favorecer su permanencia en su entorno habitual.

- * Centros de día

- * Estancias temporales.

- * Residencias para personas mayores dependientes.

- * Acogimiento familiar.

- 1.2.- Centros y servicios destinados a personas con discapacidad.

- * Valoración de la dependencia

- * Programas de apoyo a la movilidad

- * Programas de ocio y tiempo libre para personas con discapacidad

- * Centros ocupacionales

- * Centros de Día

- * Programa de acogimiento familiar

- * Servicios residenciales

- 1.3.- Centros y servicios destinados a la infancia en situación de desprotección.

- 1.4.- Centros y servicios destinados a otros colectivos en situación de vulnerabilidad.

- 2.- Prestaciones técnicas
- 3.- Medidas de inserción social
- 4.- Otras prestaciones.

- **Artículo 4.-** Funciones de los Ayuntamientos.

- 1.- Programas y servicios correspondientes a los servicios sociales de base.

- 1.1.- Ser centros de información, valoración y orientación.

- 1.2.- Prestar servicios de convivencia mediante actuaciones de ayuda en el propio domicilio de la persona interesada

- * Se entenderá por servicio de asistencia domiciliaria, la realización, en el domicilio de la persona usuaria de tareas de atención doméstica, de cuidado personal o de educación familiar y/o doméstica, que mejoren la calidad de vida en el hogar....e) Servir como elemento de detección de situaciones de necesidad que pudieran requerir la intervención de otros servicios.

- * Servicio de teleasistencia

- 1.3.- Programas destinados a facilitar la integración social de personas, familias y grupos.

- 1.4.- Sensibilización sobre las necesidades sociales existentes.

- 1.5.- Gestionar la tramitación de las prestaciones que les correspondan.

- 1.6.- Elaborar información con criterios de homogeneización, coordinación y sistematización

- 1.7.- Detectar las necesidades en su ámbito territorial y las anomalías

- 1.8.- Alojamiento alternativo

- 2.- Programas y servicios enmarcados en el artículo 12,2 de la Ley 5/96 de servicios sociales.

- 2.1.- Servicio de acogimiento de urgencia (obligatorio para los municipios de más de 20.000 habitantes).

- 2.2.- Centros destinados a favorecer la convivencia.

- **Disposiciones adicionales**

- 1ª .- Destinada a recoger iniciativas innovadoras futuras.

- 2ª.- Delegación o encomienda.- Con el fin de mejorar la eficacia de la gestión pública y la atención a las personas usuarias de los servicios sociales, las Administraciones Públicas competentes podrán delegarse o encomendarse la

prestación o gestión de sus servicios de conformidad con los instrumentos previstos en el ordenamiento jurídico.

Dentro del repertorio legislativo relacionado con los servicios sociales, se deben mencionar también, el Decreto 40/1998 de 10 de marzo (BOPV nº 63 de 2 de abril de 1998) por el que se regula la autorización, registro, homologación e inserción de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco; la Ley 20/1997 de 4 de diciembre (BOPV nº 246 de 24 de diciembre de 1997) para la promoción de la accesibilidad; y el Decreto 68/2000 de 11 de abril (BOPV nº 110 de 12 de junio de 2000) por el que se aprueban las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación.

PLAN GERONTOLÓGICO DE GIPUZKOA.

La prevalencia de la incapacidad para los mayores de 65 años ha disminuido un 30% en 5 años, un 6% más que para el conjunto de la población. Sin embargo, si se realiza el análisis por géneros, la reducción la prevalencia de la incapacidad en las mujeres de más de 65 años es de un 26%, sólo ligeramente mejor que la media de la población. Por el contrario, la reducción experimentada por el mismo grupo de edad para los hombres es de un 32%, 8 puntos porcentuales por encima de la media.

La explicación de esta circunstancia puede darse en base a dos circunstancias: las mejoras en las condiciones laborales, con mayores cuotas de seguridad que se fueron produciendo y han ido incidiendo positivamente en las nuevas cohortes y por otro lado, el fenómeno de las jubilaciones anticipadas, que repercute notablemente en la calidad de vida de los trabajadores justo antes de llegar a los 65 años.

En la evolución de los niveles de dependencia en Gipuzkoa, se aprecia más nítidamente el descenso de las personas dependientes y muy dependientes, con un ligero aumento de las que necesitan ayuda. Esta tendencia, que parece diferente a la del resto de los territorios, puede tener su origen en la orientación específica de Gizartekintza

hacia la discapacidad, lo que lleva a los demandantes de ayuda a realizar la valoración de discapacidad para poder recibir los servicios necesarios.

A esto hay que añadir la metodología empleada para la valoración, que supone una categorización mucho más afinada, que se emplea para la distribución y priorización en el uso de los recursos asistenciales.

No hay un baremo unitario para valorar la dependencia, pero conceptualmente se considera a una persona como dependiente cuando tiene graves carencias para desenvolverse en la vida cotidiana, es decir, para realizar las actividades de cuidado personal, las domésticas, o relacionarse con el exterior. Esta dependencia suele clasificarse en tres niveles: leve, grave y muy grave.

Para Alan Walker, profesor de Política Social de la Universidad de Sheffield y Director del Observatorio Europeo para las personas mayores, el modelo que propone implica un pacto social entre familia y gobierno. Las familias no quedan a sus propios recursos, ni los servicios públicos asumen la plena responsabilidad de la asistencia a las personas mayores. Si no se producen cambios, para el año 2020 la cuarta parte de la población de la Unión Europea será mayor de 60 años. Sus prestaciones sociales están en manos de los políticos que en los diez próximos años decidirán como va a ser ese futuro. La propuesta en Gipuzkoa del Plan Gerontológico 2000 – 2003 parece claramente marcada por esta filosofía.

Divide esta primera parte en tres apartados, primero estudiando los problemas de las personas mayores de 65 años, para después analizar la red de asistencia, natural y pública.

El análisis del problema, reflejando las tendencias demográficas de la población de Gipuzkoa, conforma el primer paso. El envejecimiento se caracteriza por una distribución geográfica proporcional a la distribución geográfica de la población, con ligeras variaciones. El mayor número son mujeres (60%) incrementándose sustancialmente a medida que aumenta la edad. Para los 85 años, las mujeres constituyen casi las tres cuartas partes de su grupo de edad. Más del 95% viven en domicilios particulares. También, de las personas que viven en establecimientos asistenciales, las mujeres forman el grupo más numeroso, cuya proporción también aumenta con la edad.

El número de personas mayores que viven solas ha crecido de forma que su número se ha duplicado en los últimos 15 años, aunque todavía no se llegue a los niveles de otros países europeos. Reseñable que el 82% de las mismas son mujeres, concentrándose en el corredor Donostia - Irún. Aunque son autónomas, constituyen un grupo de riesgo que debe requerir atención especial.

Establece la discapacidad como elemento central de la actuación desde los servicios sociales. Actualmente se estima que para las personas mayores, el 2,4% presentan graves discapacidades, el 3,1% gran dependencia y el 11,5 problemas de autonomía.

Desde el punto de vista económico, pese a las mejoras conseguidas, la pobreza o la ausencia de bienestar es mucho más elevada en los hogares de personas mayores de 65 años, que en el resto. La situación económica empeora al aumentar la edad, y muy especialmente para las mujeres. El colectivo de mujeres viudas, de edad avanzada y que viven solas, es el que mayor grado de pobreza tiene y mayor ausencia de bienestar concentra.

La vivienda, constituye otro problema específico, con dos problemas esenciales: la existencia de barreras que limitan la movilidad de los discapacitados y los riesgos que suponen algunos de los elementos habituales, especialmente los baños. Otros tipos de carencias, carencia de sistemas de calefacción, humedades,...,añaden nuevos obstáculos a las personas mayores.

La red natural está integrada en sentido amplio, por familiares y cuidadores desinteresados, así como los cuidadores o asistentes contratados por el propio entorno. Es la red que mayor cobertura presta, pero sólo se ha comenzado a trabajar en la coordinación de esta red y la pública recientemente, fundamentalmente por la insuficiencia de la red de servicios sociales de base, prestando servicios y aportando recursos, que pueden llegar en algunos casos, a ser entre 3 y 30 veces superiores a los de la intervención pública.

Esta red atiende a las tres cuartas partes de los varones mayores de 65 años, frente al 44% de las mujeres. El 90% de los cuidadores son mujeres, fundamentalmente por razones de tipo cultural y social. El impacto psicológico que supone la atención de personas mayores, aumenta cuanto mayor es la edad y el grado de dependencia.

En la red pública convergen tres sistemas asistenciales: el sanitario, el relacionado con las pensiones y el que aborda el tema de la discapacidad. La cobertura del conjunto es desigual con importantes diferencias entre grupos.

OBJETIVOS:

1. Mantener y fomentar la solidaridad y la cohesión social, evitando el alejamiento intergeneracional, de lucha contra los estereotipos y las discriminaciones.
2. Favorecer la integración social de las personas mayores
3. Fomentar el mantenimiento de la autonomía
4. Mantener y potenciar la corresponsabilidad en la atención, apoyando a las redes naturales y fomentando el voluntariado.
5. Favorecer la permanencia en el medio habitual el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles.
6. Garantizar a las personas que no pueden ya permanecer en sus domicilios una alternativa residencial de calidad.
7. Promover el abordaje integral de las necesidades.
8. Garantizar el respeto y la defensa de los derechos de las personas mayores
9. Racionalizar, rentabilizar y redistribuir los gastos de atención.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN

El Plan Gerontológico se articula en **dos líneas estratégicas básicas**. La primera y más importante, dedicada a la **permanencia en el medio habitual** y la segunda que se centra en las **alternativas a la vivienda habitual**. La primera línea estratégica se desdobra en dos, una dedicada a la integración en la comunidad y la otra en la permanencia en el domicilio.

Se articulan dos tipos de acciones, unas encaminadas a la actuación normativa y otras hacia la organización y coordinación.

1.- MANTENIMIENTO EN EL MEDIO: ESTRATEGIAS DE INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD.

El avance de la edad conlleva un descenso paulatino de sus actividades sociales. Las medidas a tomar, se encaminan a fomentar la solidaridad y la integración social de estas personas. Para ello propone la creación de un equipo técnico suprasectorial, que coordine las actividades. También cuenta con el incremento de la participación de los ayuntamientos y de asociaciones

- 1.1.-Lucha contra la discriminación, refuerzo de la solidaridad y la cohesión social
- 1.2.- Adaptación de los recursos comunitarios generales a las características y requerimientos de las personas con especiales dificultades de acceso.
- 1.3.- Incremento de la participación social de las personas mayores y del aprovechamiento de sus recursos humanos.
- 1.4.- Adecuación de las medidas adoptadas por las administraciones públicas en relación a los recursos específicos que operan en el área de la integración social.

2.- MANTENIMIENTO EN EL MEDIO: ESTRATEGIA DE PERMANENCIA EN EL DOMICILIO.

En esta línea estratégica se concentran diversos programas de intervención individual, destinados a que las personas mayores permanezcan el mayor tiempo posible en su entorno próximo. Esto supone una implicación directa de los servicios sociales de base.

2.1- Refuerzo de los servicios sociales de base.

2.2.- Apoyo a la red natural de atención.

2.3.- Mejora de las condiciones materiales de vida

2.4.- Atención a domicilio.

- *Adecuación y ampliación de la cobertura de la atención domiciliaria, atenuando las diferencias entre zonas.*
- *Aumento de la cobertura de teleasistencia y sistemas complementarios.*
- *Consolidar el programa de alojamiento de estudiantes y personas mayores.*
- *Normalizar la atención domiciliaria y homologar las empresas de servicios de ayuda a domicilio.*

- Regular la formación de los trabajadores de ayuda a domicilio.
- Aumentar los mecanismos de información, verbal y escrita, y la detección de casos.
- Individualizar la asistencia , mediante la implicación de los usuarios y de los cuidadores
- Seguimiento de la ayuda a domicilio y potenciación de su papel como detector de nuevos problemas.
- Flexibilizar el servicio para que se pueda adecuar mejor a la demanda (frecuentes altas, bajas, fin de semana, nocturna...)
- Complementar la asistencia domiciliaria con otros servicios: comidas, lavado de ropa, transporte,...
- Aumentar las redes de soporte telefónico y teleasistencia.
- Promoción para la formación de cooperativas de servicios, para estos yacimientos de empleo, y regular sus condiciones de trabajo.
- Incrementar el servicio de asistencia domiciliaria aproximadamente el 50% para llegar a las 5258 personas atendidas en el año 2003, aumentando las intervenciones preventivas de baja intensidad (supervisión y apoyos puntuales) y aumento de la intensidad de la intervención en personas con problemas graves.

2.5.- Atención fuera del domicilio.

- Ampliar los servicios de atención diurna extrahospitalaria, en centros de día, centros gerontológicos o centros especializados.
- Ampliar la gama de modalidades de atención, según grados de discapacidad.
- Facilitar las normas de funcionamiento de forma que las necesidades de los ancianos y las de sus cuidadores puedan ser compatibilizadas.
- Informar sobre todos los recursos existentes y formas de acceso a los mismos.
- Realizar un desarrollo equilibrado de los recursos.

3.- ESTRATEGIA DE ALTERNATIVAS AL DOMICILIO.

Se fundamenta en dos grandes líneas, una centrada en los servicios residenciales, mejorando los ya existentes, facilitando la apertura de otros nuevos, y la otra, todavía incipiente, basada en los pisos y apartamentos tutelados.

También se incluirían dos programas experimentales que ya se desarrollan: las unidades de convivencia social (UCAS) y los alojamientos polivalentes..

3.1.- Servicios residenciales.

- *Orientar la demanda a personas con un nivel de discapacidad determinado, e incapaces de vivir en su domicilio habitual de forma aceptable, incluso disponiendo de otros recursos alternativos.*
- *Reestructurar la red residencial, creando una red unificada de centros públicos y privados.*
- *Potenciar la creación de nuevas plazas residenciales, y realizar las trasformaciones precisas de las existentes, según lo determinado por este plan.*
- *Regular mediante una norma específica los derechos de acceso, la valoración y baremación, requisitos de los centros y coste para los usuarios.*
- *Estructurar formalmente las estancias temporales, las demandas de urgencia y fin de semana,...*
- *Crear un servicio de asesoramiento legal para los usuarios, externo gratuito y garantista.*
- *Puesta en marcha de experiencias piloto tendentes a desinstitucionalizar a personas con niveles determinados de autonomía.*
- *Crear un equipo de trabajo, dentro de Gizartekintza, para la homologación e inspección de centros, diseño y apoyo en la remodelación de centros, asesoramiento en materia de gestión, valoración de sistemas de evaluación...*
- *Dinamización de la convivencia dentro de las residencias, mediante nuevos programas de actividades...*
- *Creación de módulos psicogeriátricos en colaboración de los servicios de Salud Mental de Osakidetza.*
- *Creación y/o conversión de 1137 nuevas plazas para personas mayores dependientes para el año 2003*

3.2.- Viviendas comunitarias, apartamentos tutelados, y acogimiento familiar.

ORDEN FORAL 809/1997 DE 15/12/1997 POR LA QUE SE APRUEBA LA “ESCALA SAKONTZEN” PARA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE PERSONAS MAYORES. (BOG nº 1- 2/1/1998)

EL SISTEMA SAKONTZEN DE VALORACION DE DEPENDENCIA

Los instrumentos empleados para la valoración de la dependencia se han ido desarrollando y perfeccionando a lo largo del tiempo, diferenciándose varios modelos, que se pueden sintetizar del siguiente modo:

- **Índice de Katz.** También conocido por ADL (Activity Daily Life) es usado en varios centros asistenciales de diversos países Europeos, en algunos centros de EE.UU. e incluso, actualmente, se está utilizando en la Bélgica francófona como determinador de dependencias para los programas de atención domiciliaria y su financiación. Se basa principalmente en aspectos de la autonomía personal en la vida cotidiana como: Vestirse, Bañarse, Asearse, la Alimentación, el Desplazarse y la Continencia. Con estos datos se elaboran unas agrupaciones que determinan el nivel de dependencia.
- **Kuntzmann,** de Strasbourg. Es un instrumento bastante utilizado en la zona noreste de Francia y que se usa principalmente para valoraciones de dependencia como instrumento para la determinación de objetivos asistenciales. Consta de 17 ítems con una escala del 1 al 5, que una vez valorados por el equipo pueden representarse en una gráfica horizontal, Así, pueden marcarse la situación actual y los objetivos posibles en cada uno de los ítems.
- **C.I.C.RA :**Es el instrumento que se usa en el Cantón de Ginebra en Suiza para determinar el nivel de dependencia de las personas que residen en instituciones, ya sean residencias asistidas u hospitales de larga estancia, con el fin de determinar las tarifas de financiación. Consta de 13 ítems con una escala del 1 al 5. Con ellos posteriormente se pueden determinar cuatro niveles de dependencia de acuerdo con el número de puntos procedentes de la suma de los resultados de cada ítem. Entre los 13 ítems, uno hace una valoración sobre medicamentos utilizados y otro sobre cuidados preventivos.

- **R.A.I.** (Resource Assesement Instrument) Podríamos decir que corresponde al CMBD usado en EEUU para la determinación de recursos asistenciales y su financiación, y como sistema de información del sector de centros residenciales y hospitales de crónicos. Consta de varios bloques referentes a la identificación del usuario, la situación social, los diagnósticos clínicos y un CMBD relacionado con la dependencia de la persona, con escalas diferenciadas para cada ítem, que posteriormente, mediante un sistema informatizado, se explotan estadísticamente. También aparece un bloque de información referente a algunos apartados de tratamiento como medicamentos, cuidados preventivos, cuidados de la piel y otros tratamientos.
- **GERONTE.** Este instrumento se utiliza principalmente en el norte de Francia (ha sido desarrollado en la Universidad de Lyon) y también en algunas zonas de Bélgica. Se utiliza indistintamente tanto para la valoración de niveles de dependencia, como para la determinación de recursos institucionales y domiciliarios, como también para la evaluación y planificación de objetivos asistenciales. Consta de 23 ítems con una escala de tres grados que se representan por los colores blanco, gris y negro, que posteriormente se reflejan coloreando una figura esquemática de forma humanoide. Ello permite comparar la evolución del usuario visualizando las distintas figuras resultantes de cada valoración.
- **I.R.S.A** (Institute de Recherche Social Apliquée) de Montpellier. Muy usado en el centro y sur de Francia, en algunas zonas de la Bélgica francófona y en España. En nuestro país, concretamente, se aplica en varios centros de Cataluña quienes, conjuntamente con el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC), están realizando una adaptación del mismo como instrumento de trabajo para los equipos y su posterior conexión con el CIDDM (ICIDH). Consta de 24 ítems con una escala del 1 al 5, de los que 12 son físicos y 12 psíquicos. Pueden representarse en sendos círculos formando una gráfica que se conoce coloquialmente por la "Margarita de IRSA". En la adaptación que realiza el CHC se complementa con un registro de las Actividades de la Vida Diaria que refleja su estado mediante un código de colores.

Por último se debe mencionar que se ha realizado una revisión del CIDDM (ICIDH). Se ha escogido especialmente el apartado de las Minusvalías, que

permiten describir de una forma sencilla, codificada y consensuada internacionalmente la situación de dependencia de la persona.

El Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa - GIZARTEKINTZA- ha venido utilizando desde el año 1.990, para la valoración de la dependencia de las personas que solicitan una prestación social, o el ingreso en un recurso de alojamiento dependiente de los Servicios Sociales (Residencias Mixtas y Asistidas, Centros de Atención Diurna, Viviendas Tuteladas, Familias de Acogida, Programa "Sendian" de apoyo a las familias con personas dependientes, etc.), el **Índice de Kuntzmann**, escala ampliamente conocida y utilizada durante años, sobre todo en el Estado Francés, hasta que nuestros vecinos transfronterizos lo sustituyeron por el sistema AGGIR (Autonomie Gerontologique Groupes Iso Ressources), que sigue la misma filosofía que el modelo GDR utilizado en el sistema sanitario.

El Sistema Sakontzen, más que una Escala de Valoración de Dependencia, es un sistema o conjunto de datos de diferentes tipos:

- Administrativos (Datos personales, etc.)
- De dependencia (Kuntzmann evolucionado).
- Diagnósticos (Médicos, de enfermería, tratamientos, etc.).
- Situación cognitiva (Test de Lobo).

Como producto final de la valoración, se obtienen tres parámetros categorizados:

- **Resolución: de APTO o NO APTO** para la Red de Alojamientos dependientes de los Servicios Sociales.
- **Puntuación: entre 0 y 10**, que servirá para **orientar al cliente al recurso idóneo** y constituirá un elemento importante para su ubicación en la **lista de espera**.
- **Clasificación: en uno de los 3 niveles** (AUTONOMO, DEPENDIENTE 0 GRAN DEPENDIENTE) de consumo de isorrecursos que servirá para adecuar la Financiación Foral. (Tendencia a clasificación bipolar: autónomo – dependiente)

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE VALORACION SAKONTZEN

En la elección del modelo, también se han tenido en consideración, tanto los objetivos marcados, como los no deseados. En el caso de Gizartekintza, no se trata

solo de definir grupos de isorrecursos para adecuar la Financiación Foral, sino que también nos marcamos otros objetivos que son de gran importancia para movernos en el espacio sociosanitario y para definir -en cada caso- la institución y el recurso concreto que precisa el cliente. **No precisando -sin embargo- la obtención de datos para establecer "Planes de cuidados individuales", etc.**

Esto tiene relación con las funciones encomendadas a Gizartekintza (Valoración, Concertación, Financiación, Inspección ...) y con la estructura administrativa de las Residencias de Gipuzkoa y de los Centros de Atención Diurna , pero que su gestión directa no depende de este departamento. Cada centro es autónomo para utilizar los instrumentos de valoración que deseen, lo mismo que para establecer sus modelos de atención y llevar a cabo sus Planes Individuales de Cuidados.

Los objetivos específicos de la escala de valoración son los siguientes:

1.- Adecuar las aportaciones económicas de gizartekintza al nivel de dependencia del cliente

AUTONOMO (0, 1, 2, y 3)	Financiación 21.000pts*(1998)
-------------------------	-------------------------------

DEPENDIENTE (4 y 5)	Financiación 63.000pts*(1998)
---------------------	-------------------------------

GRAN DEPENDIENTE (6,7,8,9 y 10)	Financiación 107.000pts*(1998)
---------------------------------	--------------------------------

2.- Ordenar la lista de espera.

3.- Orientación del caso al recurso idóneo.

4.- Permitir al centro que va a recibir el nuevo cliente contar con datos de interés para su ubicación. Los datos (médicos, de enfermería, AVD etc.) resultan de gran interés para decidir el lugar y cuidados que debe recibir, pero que no pueden, por si solos, establecer un Plan de Cuidados, siendo cada centro, con su propios instrumentos de valoración y planificación quien lo realice.

5. - Obtención de datos validos para la planificación

ESTRUCTURA DE LA ESCALA SAKONTZEN.

HOJA 1.- "Datos personales y administrativos".

HOJA 2.- Escala de Kuntzmann modificada

(A= autónomo; B = precisa ayuda para algunas cosas o vigilancia; C= precisa más ayuda)

1.- CUIDADOS PERSONALES

- Alimentación (A;B;C)
- Higiene(A;B;C)
- Vestido (A;B;C)

2.- CUIDADOS DE SALUD

- Médicos (A;B;C)
- Enfermería (A;B;C)
- Rehabilitación (A;B;C)

3.- DESPLAZAMIENTO / MOVILIDAD (0, 1 ,2)

4.- CONTROL DE ESFINTERES (0, 1 ,2)

5.- DEPENDENCIA PSIQUICA (0, 1 ,2)

- **Anexo.- Instrucciones de cumplimentación.** *“La escala está basada en cinco variables, que puntuarán cada una de 0 a 2 puntos. El intervalo resultante final de la puntuación estará entre 0 y 10 puntos. Con este intervalo y entre las puntuaciones que se determinen, los servicios médicos de la Diputación fijarán el grado de incapacidad del beneficiario”.*

HOJA 3.- "Hoja de informaciones adicionales".

- Diagnósticos clínicos con sus códigos (CIE 9 Abreviado).
- Tratamientos farmacológicos.
- Cuidados de enfermería.
- Sonda uretral
- Sonda nasogástrica
- Colostomía
- Aspiraciones
- Oxigenoterapia

- Úlceras / Curas
- Otros
- Dependencia Psíquica.
- Test de Lobo
- Otros Test
- Agresividad
- Gritos continuos
- Otras alteraciones
 - Información para delimitar necesidades de cuidados/ ubicación
 - Demencia
 - Demencia + deterioro cognitivo grave
 - Asocial
 - Alcoholismo
 - Patología invalidante de la marcha
 - Silla de ruedas
 - Riesgo de fugas
 - Riego de autolisis
 - Síndrome de encamamiento
 - Déficit sensorial grave

HOJA 4.- Descripción de los items

Ofrece información específica sobre las 27 diferentes posibilidades que ofrecen los diferentes ítems y sus niveles de discapacidad, de la HOJA 2 "Escala de Kuntzman modificada".

HOJA 5.- "Mini examen cognoscitivo: Test de Lobo"

- Puntuación máxima posible:35puntos.
- El ítem V "Dependencia Psíquica" se define:
 - 0 = (MMS = + 25 PTOS/35)
 - 1 = (MMS = 20-25 PTOS/35)
 - 2 = (MMS = MENOS DE 20 PTOS/35)

HOJA6.- Conclusiones y resolución de la valoración.

- Conclusiones (texto libre).
- **Apto** para la red.
- **Calificación** (autónomo, dependiente, gran dependiente).
- **Puntuación Total**.
- No apto provisional.
- Motivo de la denegación.
- Recurso alternativo recomendado.
- No apto definitivo.
- Motivo de la denegación.
- Recurso alternativo recomendado.
- Fecha y firma del evaluador.

EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.

Las solicitudes de valoración se producen por parte de los Servicios Sociales de Base, y se dirigen a los médicos de los Centros Sociales de Gizartekintza. Los Centros Sociales tienen una distribución comarcal: Servicios Centrales de Gizartekintza ; Donostia (Amara) ; Donostia (Idiaquez); Irún; Errenteria; Zumaia; Eibar; Tolosa; Legazpi ; Bergara).

La valoración para las personas autónomas se realiza en su Centro Social de referencia. Las personas con alguna dependencia, reciben en su domicilio la visita del evaluador. Las personas hospitalizadas son valoradas por un médico de Gizartekintza en el Hospital. También se realizan las valoraciones en los centros residenciales cuando se ha modificado el nivel de dependencia de un residente.

Sin embargo, conviene destacar un detalle: la determinación de los grados de incapacidad – válido, dependiente y muy dependiente -, no está regulada de forma estable, ya que no aparece ninguna referencia en la Orden Foral que regula este procedimiento. Por tanto, se hace de forma convencional, según lo recogido anteriormente. Pero podría modificarse en función de determinados intereses o en función de la demanda, para dirigirla hacia unos servicios u otros.

CONSIDERACIONES SOBRE EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES.

Tras la lectura de todas las referencias descritas, puede apreciarse que la diferencia de competencias entre las tres administraciones implicadas, Gobierno Vasco, Diputación y Ayuntamientos, se mantiene, aunque tiende a reducirse a raíz del Decreto Foral 4/2001 y del Decreto 155/2001.

De esta diferenciación competencial puede apreciarse una clara división institucional. Las Diputaciones se harán cargo de todas las personas dependientes y los Ayuntamientos de las personas no dependientes. Esto supone un claro avance, que supondrá, a partir de la entrada en vigor del Decreto 155/2001, es decir, pasado el periodo de carencia de 2 años establecido, la desaparición de las desigualdades existentes en la actualidad en la asistencia de las personas dependientes.

Además, las estrategias establecidas en el Plan Gerontológico están encaminadas a facilitar la permanencia del anciano en su entorno, reservando la solución residencial para las personas con mayor dependencia, para los que los cuidados domiciliarios resultan inviables o insuficientes.

Sin embargo, estas estrategias presentan algunas sombras. Si para la atención de los pacientes dependientes, en el plano residencial prácticamente no existen dudas sobre el sistema, los mecanismos de apoyo en el domicilio. La atención domiciliaria parece no tener el mismo desarrollo ni la misma capacidad de respuesta. La asistencia domiciliaria habitualmente no se presta los fines de semana y los festivos, cuestión que supone un claro inconveniente. Además es notoria la escasez de recursos técnicos para la prestación de cuidados a nivel domiciliario.

Por otra parte, en todos los textos citados, se puede apreciar que los ancianos son sujetos pasivos. Son simplemente los receptores de la acción, la población diana. No puede olvidarse la importancia del auto cuidado, entendido como la responsabilidad de mantener la propia salud, mediante controles preventivos en el sistema sanitario, estilos de vida saludables, manteniendo actividades sociales, ejercitando la mente,... es decir, realizando todas aquellas acciones que puedan reducir o retrasar la incapacidad. Esto implica la participación directa de los ancianos, que deben ser conscientes de su responsabilidad en el tema de la incapacidad

Otro aspecto que resulta destacable es que toda la atención se centra en el anciano, dejando al margen a la red de cuidadores. Como hemos visto en el marco teórico, la atención domiciliaria debe abarcar tanto al anciano como al resto de integrantes de la red de soporte natural, es decir, los componentes de la familia, o en un sentido más amplio, de la unidad de convivencia.

Y por último, hay una última laguna, quizá la más destacable desde la perspectiva enfermera. No existen medidas destinadas a la promoción de la salud, la prevención y detección precoz de los problemas, originado por el espíritu dominante en todas las disposiciones mencionadas: únicamente la cobertura de necesidades. Sería deseable, que durante el periodo de transición antes mencionado, algunas de estas carencias tuvieran una respuesta adecuada.

Capítulo 5: Diseño de investigación

Para ver mas claramente el objetivo que persigue este trabajo, que es conocer la realidad de las necesidades de los cuidados enfermeros a personas mayores en la atención domiciliaria se ha procedido a la metodología cualitativa.

Un primer estudio, se ha llevado a cabo mediante dos grupos de discusión formados por enfermeras implicadas en distintas realidades de atención a personas mayores de Guipúzcoa y un segundo estudio ha sido mediante entrevistas semi estructuradas con enfermeras que trabajan en niveles asistenciales, en gestión, en docencia y que están muy motivadas por la mejora en el trato a las personas mayores .

Primer diseño de investigación: Grupos de discusión

Objetivo:

Recoger la percepción de las enfermeras sobre las necesidades de cuidados de enfermería de las personas mayores atendidas en su domicilio en la actualidad del Territorio Histórico de Guipúzcoa .

Diseño:

El diseño seleccionado para la consecución de este objetivo es un diseño cualitativo de corte transversal basado en dos grupos de discusión.

Muestra:

Se han llevado a cabo dos grupos de discusión que han estado formados por diferentes enfermeras que representan la población potencial de enfermería que en estos momentos trabaja en Gipuzkoa en temas relacionados con mayores. El número total de participantes que han completado esta muestra ha sido 12 personas, cuyo perfil profesional se desarrolla tanto en atención primaria, en geriátricos, en gestión, hospital y docencia.

Variables:

- Necesidades básicas en los mayores para necesitar A.D.
- Delegación de tareas en otros: cuidadores informales familiares, auxiliares domiciliarios
- Formación de las personas dedicadas a la atención domiciliaria
- Educación Sanitaria como realidad en el trabajo domiciliario
- Problemas más importantes que aparecen
 - Planificar y evaluar
 - Intrusismo
 - Tiempo
- Programas de ancianos
- Otras cuestiones

Procedimiento:

La selección de los profesionales que participarán en este estudio se ha realizado a través de personas consideradas claves en enfermería geronto-geriátrica del Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Guipúzcoa/ Gipuzkoako Erazaintzan Diplomatuen Kolegio Oficiala (CEG).

Los dos grupos de discusión se han realizado en las instalaciones del CEG.

Análisis de la información de los grupos de discusión:

Al analizar el discurso de los dos grupos de discusión formados por enfermeras de Gipuzkoa aparece la atención domiciliaria como algo que se realiza a demanda de la población y habitualmente está relacionada con alguna estancia hospitalaria que requiere cuidados al alta o con personas que tienen dificultad por procesos crónicos y que requieren de alguna técnica de difícil realización por parte de otros bien sea familiares o personal financiado por la propia familia del mayor.

También aparece como idea general la poca dedicación que se emplea en la atención domiciliaria y los inconvenientes que esto tiene ya que hay mucha dispersión geográfica en algunos lugares de Guipúzcoa.

Estas cuestiones que aparecen sobre la atención domiciliaria son sobre población general, por lo que no aparece la idea de mayores como población diana de trabajo.

Además de estas cuestiones generales aparecen otras muy significativas que se van a ir exponiendo mas detalladamente a continuación:

- **Las necesidades básicas de las persona mayores.**

Según diversas opiniones, serían las necesidades básicas de alimentación, vivienda, entendiéndola también como entorno familiar y social, y la necesidad de seguridad. Luego aparte todas las que puedan venir derivadas de su estado de salud:

“... yo veía dos necesidades claras en el anciano ¿no?. Una serian las necesidades básicas que tendría por ejemplo de alimentación y vivienda y ahí se vería pues lo que es el entorno social y familiar y la convivencia que es muy necesaria para ellos. Y luego también vería una importante que es la necesidad de seguridad. Yo creo que básicamente esas dos en los ancianos. Luego aparte todas las que puedan venir derivadas de su estado de salud y así. Pero básicamente yo centraría en estas dos”.

La Enfermería siempre se ha visto y encontrado más cómoda en todos los aspectos relacionados con la enfermedad en su abordaje individual y ha eludido las necesidades relacionadas con todo lo social y los temas relacionados con la seguridad. Esto sigue pasando en las nuevas generaciones de enfermeras, que además parten de su máxima que es trabajar en el sistema sanitario más institucionalizado:

“Entonces yo lo que sí me he dado cuenta es que esa parte de la enfermería, que yo la denomino “enfermería social” no sé si está bien yo la denomino así porque entiendo que es una parte de la enfermería que no tiene nada que ver con el programa de hipertensión, en la que el paciente, en este caso el anciano, va donde la enfermera porque tiene un problema con la salud, que es lo que tú decías, que muchas veces lo que hacen es eludir ese lado, y sin embargo tienen otros problemas sociales. Pues por ejemplo: un señor está solo y entonces busca un inmigrante o cualquiera, o está con su mujer y luego tiene dificultades a la hora de cocinarle,... Entonces, quien le enseña a ese señor a cocinar, o sea , toda esa parte social es la que realmente la enfermería no la trabaja y entonces yo ahí me he encontrado con que cada vez hablo en determinados contextos en determinados foros, me encuentro un poco con que no entienden, o sea, como si yo estuviera planteando algo muy extraño. Porque la enfermería yo creo que se ha asociado siempre desde el lado de la enfermedad, es decir, la enfermera tiene que estar con el paciente cuando está enfermo. Si no está enfermo o si no tiene una necesidad de salud, parece que,..., corresponde más a la asistente social. Yo por ejemplo le oí decir a una compañera: “¡Ah! yo si voy a una casa” me acuerdo en un contexto en una cena me contó y entonces ella me decía: “le detecté que le tenía que ir a hacer una cura, pero en cuanto me di cuenta del problema que tenía le llamé a la asistente social”. Me

entiendes lo que te quiero decir, o sea, y ese lado de la enfermería parece que no es nuestro”.

En cuanto a las necesidades hay un aspecto muy importante que destacan algunos de los integrantes de los grupos y es la necesidad percibida en los mayores de sentir seguridad y no sentir soledad.

“quieren a alguien de noche, algunos sienten miedo, se han caído y lo que quieren es no estar solos”.

- **Falta de tiempo para dar una atención domiciliaria de cobertura integral viéndose obligadas a “dejar” parte de los cuidados.**

Desde la Atención Primaria las enfermeras atienden a demandas que reciben ya sea vía médico o avisos no planificados, por lo que el tiempo de las visitas a domicilio dependiendo del número de avisos, se reduce casi exclusivamente a hacer curas, no pudiendo cubrir íntegramente los cuidados de los ancianos, es decir, ver como vive, qué ánimo tiene, cuales son las pautas alimenticias, etc., lo que les obliga a “dejar” en familiares, cuidadores, parte de los cuidados, previsiblemente” enfermeros, y en asistentes sociales los problemas que consideran más de tipo social:

“...el rato que tenemos para hacer los domicilios, pues es una hora igual con cada una y te puedes encontrar con dos o tres domicilios, entonces justo te da tiempo a ir, ver la cura, hacer no se qué y delegar, porque tampoco puedes ir todos los días, entonces el problema es tiempo, ya sabemos que hay que ver cómo vive, qué ánimo tiene, qué es lo que está comiendo, hacer un poco el completo, pero no te da tiempo,..., es que además tampoco puedes decir, mira hoy no tengo ninguno, pero como te puede salir a demanda,..., entonces no das abasto, entonces tienes que delegar continuamente en la familia o en una cuidadora o en quien sea.”

Todo esto, les hace plantearse distintas cuestiones como por ejemplo: qué se puede o que no se puede delegar, en quién se puede delegar y cómo hacerlo:

“...en quién delegas, porque a lo mejor no está cualificada o ves una inmigrante que acaba de llegar,..., por lo menos si tiene estudios o no los tiene o se supone que puede garantizar...Yo lo que veo que ahí faltaría un poco una especie de supervisión o de control de todos los cuidados”.

- **Las funciones de planificación, coordinación y supervisión de los cuidados que reciben las personas mayores en los domicilios deberían de ser llevadas a cabo por las enfermeras. Así como la formación y el apoyo a los cuidadores informales.**

Entienden que cada vez más las personas mayores van a tender a permanecer en sus domicilios hasta que sus niveles de dependencia sean muy altos y entonces probablemente sea cuando ingresen en residencias, por lo que consideran que la

Atención Primaria va tener que atender muchos mas casos, por lo que probablemente vaya a haber personas intermedias entre las enfermeras y los ancianos, para poder cubrir todos los domicilios, en muchos casos serán familiares o personas contratadas poco cualificadas para llevar a cabo los cuidados que precisan los ancianos sin que les supongan unos costes muy elevados dado sus condiciones económicas. O en otros casos, serán tutelados por los Ayuntamientos o la Diputación, estas instituciones suelen tener contratas de gente con o sin estudios de FP1 que van a los domicilios a realizar diferentes tipos de tareas como, limpiarles las casas, hacer las compras, y también realizan diferentes tipos de cuidados a los ancianos, esta gente está supervisada por asistentes sociales, en general municipales. Aquí aparece el tema de la falta de la figura de las enfermeras en cuanto a coordinar, supervisar y planificar los cuidados, lo que permitiría ofrecer una mayor calidad en los cuidados que se prestan al anciano:

“Supongo que la enfermería primaria va a tener que atender muchos más casos porque van a llegar a las residencias en el último término, es decir cuando ya estén muy pochitos, o por lo menos cuando tengan un nivel de dependencia muy grande, ahí va a haber intermedios,..., quería decir si esos intermedios se van a poder solventar con, digamos buenamente, con mano de obra no cualificada, con personas que al abuelo no le suponga mucho dinero dado sus pensiones ,o va a tener que ser tutelado ¿por quien? Probablemente como decía... por los Ayuntamientos por la Diputación y lo poquito que conozco, ..., pero sí sé que por ejemplo en el Ayuntamiento nuestro hay unos grupos, hay unas contratas, no sé si tienen estudios o no los tienen, pero creo que en principio son gente con FP1 y gente que no lo tiene, entonces estas personas si que van a los domicilios y están supervisadas por la asistencia social. ... Ahí como que me falta la figura de la enfermera”

Así como, dar educación sanitaria y apoyo tanto a la familia como los diferentes tipos de cuidadores, dotándoles de herramientas que harán que ellos y los ancianos se sientan más seguros con los cuidados que están ofreciendo y los que están recibiendo en sus domicilios, sobre todo cuando los ancianos empiezan a tener algún deterioro cognitivo:

“Qué pasa en la segunda fase, porque están todos muy asustados. Entonces yo creo que en la comunidad personas que tienen padres que tienen gente mayor alrededor, a nosotros nos parece todo obvio, pero os dais cuenta que cualquier persona que no es de la profesión se asusta ante pensar, pues por ejemplo, el otro día, una conocida mía está super agobiada porque su padre le han diagnosticado una demencia vascular y bueno pues es un deterioro cognitivo y de momento no es serio, pero y tal y cual, bueno, ella lo está llevando muy mal; y lo está llevando muy mal, porque ella entiende de otras cosas y de esto no entiende nada. Le apuraba, me llamó por teléfono porque su padre un día no se quería levantar y dice: si hoy no se quiere levantar, ¿ya se me queda en la cama? Pues no, no le dejes que se quede en la cama, levántale porque si tú no observas que tiene ni fiebre ni nada.., banales, cosas banales que la gente de la calle no tiene ni idea”. “Deberíamos estar presentes, no se

como..., para educar a ese colectivo que también está ahí y no puedes hacer nada porque deje de estar,..., debería estar la enfermera tal vez para enseñarle a toda esa gente para que luego no se cometan errores en medicaciones o errores en la alimentación o de otro tipo,...La enfermera podría evaluar, programar , planificar,..., si la enfermera está ahí planificando o evaluando al señor cuidador, me da igual que sea emigrante o que sea un voluntario,..., pero debería de estar la enfermera para enseñar, planificar”

Comentan que en las residencias, el tema de coordinación y planificación está más claro que en el ámbito de la asistencia domiciliaria donde se difuminan un poco estas responsabilidades:

“...¿quién puede coordinar?, o ¿quién puede supervisar esos cuidados? ¿pueden ser hechos al buen tuntún?, la familia, a la familia tu no le puedes pedir... así como a la residencia de ancianos pides y se exige normalmente que haya profesionales, y está claro que enfermería dirige, está claro entre comillas ¿no? pero debería estar claro que enfermería dirige el equipo de auxiliares enfermeras, yo creo que en los domicilios eso se difumina mucho, pues porque están las familias, hay que educar a las familias , faltaría ese trabajo de contacto más con los cuidadores directos del que lava el que le da de comer. Me parece que ahí falta un poco...”

- **Uno de los temas que más ideas encontradas suscitó ha sido que las enfermeras deberían evaluar si el mayor tiene capacidad para cuidarse a sí mismo, o en su defecto el entorno es suficientemente válido para estas tareas. En su defecto ayudar a decidir quien puede cuidarle, así como que técnicas se pueden delegar sin que esto suponga un riesgo para la salud del anciano.**

Parte de las integrantes del grupo que defendían esta cuestión aludían al hecho de tener una enfermera las 24 horas del día es económicamente inviable para un anciano:

“Sí, a mí me parece que ha habido en ese sentido, como en todo, en la enfermería han evolucionado las técnicas y desde luego, lo que son el tipo de las decisiones y quien se tiene que cuidar, y quien le tiene que cuidar a uno, y todo esto, por lo que, sí, también hemos evolucionado, pues en el tema de las tareas delegadas, y una cuestión era la de las insulinas, y yo lo que estás diciendo, el bolígrafo cargadito, y tú, la enfermera lo que tiene que hacer es poner ese bolígrafito en el número que le corresponde, el clecsane ----- y todas esas vienen ya también puestas, y tal, ¿no?... entonces, hay técnicas que no tienen ningún riesgo y el señor que se pone la insulina a sí mismo, porque no se lo va a poner a su padre, o el clesane en este caso . Otra cosa es que tenga recursos alrededor y te lo hagan. Y en ese sentido decía lo de tipificar cuales son las funciones, o las tareas, o las labores de enfermería que se deben y se pueden hacer en un domicilio, y claro, eso va unido a una

gran formación, tanto del individuo, como de la familia o el familiar más allegado, o el cuidador porque así podremos dar una atención y un cuidado correcto. Pero no vayamos a pensar que somos superwoman para darlo, todos los enfermeros y enfermeras, este cuidado, porque además es caro, ... Claro al que viene del medio sanitario esto le parece que es intrusismo puro y duro pero en el medio de atención primaria, en centros gerontológicos, en centros de día, donde la enfermera hace planes de prevención, hace vacunaciones, hace orientación pero no está allí todas las mañanas a las ocho para poner la insulina”.

Otras consideran que no se debe delegar tipos de cuidados como por ejemplo poner insulina, etc., pues lo consideran un intrusismo que propicia la tendencia a que cualquiera cuide a los ancianos, no creen que se pueda admitir que porque salga caro, o no haya dinero para estos temas, se tenga a un anciano mal atendido, con una señora que no tenga conocimientos, o con una escasa atención por parte de las/os enfermeras/os de Atención Primaria:

“...A mí me parece,..., que hay un riesgo claro de intrusismo,..., que se está tendiendo a que cualquiera cuide a los abuelos. Entonces a mí me parece que tiene que haber un control, no puede ser que por que salga muy caro o porque los organismos oficiales..., no haya dinero, entonces ¡pues hala! Ten un abuelito solo con un turno, pues como decías tú, pues una señora que no tiene ni idea de lo que, o si la tiene, pero que tiene una gran voluntad “.

- **La educación sanitaria es considerada como un campo urgente en la comunidad y que puede ser desempeñado por las enfermeras.**

Se habla de la educación sanitaria a las familias y de los cuidadores:

“Yo creo que ese campo es un campo amplísimo y que creo que se agradecería a la comunidad que hubiera algún tipo de organización que se dedicara no sé a través de que instituciones”.

- **Se constata un cambio en el tema de los cuidados a las personas mayores: existen otros organismos, públicos y privados, que ofrecen sus servicios a los ancianos en situación de necesidad. Las opiniones de los asistentes a los grupos van desde quienes consideran que la enfermería debe formar parte de dichos servicios, hasta quienes lo consideran intrusismo por parte de otras disciplinas en lo que se considera que es campo de la Enfermería**

Por un lado están la Diputación y los Ayuntamientos, que se ocupan de la asistencia social y no cuentan con enfermeras/os para realizar las valoraciones de los cuidados de los ancianos a nivel domiciliario, ni para realizar la valoración geriátrica en lo referente a los cuidados de las personas dependientes o semidependientes antes de ser acogidos en las residencias:

”A nivel de municipio no hay una enfermera que vaya a una casa,..., para valorar los cuidados” “...Diputación no cuenta, nunca ha

habido,..., en el plan gerontológico no hay enfermeras, nunca ha habido, que yo conozca en los últimos años”.

En el primero de los casos, dichas tareas son realizadas por los Asistentes Sociales, que según los participantes en los grupos de discusión, no poseen la formación para valorar lo que las enfermeras consideran más importante, como por ejemplo, necesidades básicas de alimentación, higiene, movilidad, el sueño, o los tipos de trastorno, la piel, etc. En el segundo de los casos, son los médicos, los que se encargan de evaluar a los ancianos, aparte de lo puramente médico, de los cuidados propios de Enfermería:

“Primero es la trabajadora social de los municipios quien llega a los domicilios y valora lo que sabe valorar,..., y algunas cosas de lo que son cuidados llega,..., pero a muchas cosas no llega...La valoración geriátrica que se hace a las personas dependientes o semidependientes para ir a residencias, lo pasa la Diputación como método clínico o un método de valoración de perfilar a los abuelos...y esto lo hace un médico. Un médico que recoge toda una parrilla de cuidados de lo que son hitos de cuidados, más luego aparte de lo que es médico,... Pero toda la parrilla de lo que son cuidados de enfermería lo pasa un médico.”

Surge también el tema de crear equipos de trabajo en atención domiciliaria multidisciplinares:

“...sobre todo si se dieran en equipos, equipos de atención domiciliaria y que estuviera un médico...”

Por otro lado, el intrusismo puede estar potenciado, según los participantes en los grupos de discusión, desde la propia Enfermería. Tradicionalmente las enfermeras se han involucrado más en los ámbitos puramente sanitarios y particularmente hospitalarios y han delegado los ámbitos más sociales, siendo estos adoptados por otro tipo de disciplinas e incluso por gente considerada sin formación en el campo sociosanitario:

“...pienso que no hemos estado allí, pienso que no podemos echarle la culpa siempre a los demás, hemos priorizado el tema sanitario...”.
”Enfermería sanitaria, enfermería hospitalaria y el campo social no nos ha interesado y ahora parece que nos está interesando, y la Diputación es social entonces, ¿y quienes están?, pues los trabajadores sociales, los médicos,... Eso es la realidad”.

Por el momento es la familia habitualmente la que se hace cargo, pero en la familia se están produciendo muchos cambios, cada vez más aparecen ancianos que viven solos. Las redes familiares se están dispersando y aparecerán nuevas redes de soporte que van a ir cubriendo las necesidades sociosanitarias de estas personas, y ahí la Enfermería tiene mucho que aportar. Hoy en día empiezan a

aparecer empresas de cuidado a domicilio creadas por agrupaciones de gente que se encuentran en paro y sin mucha formación en éstos temas, pero que ofrecen unos servicios más o menos integrales que es lo que se empieza a demandar, y a las enfermeras parece no interesarles o quizás por no tener una visión de empresa se están quedando un poco aparte de todo este tipo de asistencia:

“Existe cierta obcecación por centrarnos exclusivamente en el aspecto del cuidado sanitario, pero la gente demanda cuidados sanitarios, pero también demanda el tema de la comida, la limpieza de la ropa, que a lo mejor no tiene porqué hacerlo la enfermera directamente, a lo mejor resulta que tiene que concertarlo con un empresa de alimentación o con una empresa de limpieza industrial o etc., etc. Pero cuando alguien intenta concertar servicios lo intenta hacer de una manera integral. La gente busca una empresa integral, no treinta y siete contratos. Y ese concepto de visión de empresa faltaba de entrada”. “Sin embargo las empresas de cuidado a domicilio, otra de las cosas que está empezando a pasar, es que empiezan a organizarlas auxiliares, celadores, o personas sin más ... El origen de la asistencia domiciliaria era un poco la incorporación sobre todo de mujeres, concretamente en el Ayuntamiento de Donosti, para que empezaran a tener una serie de ingresos. Hay una serie de iniciativas para que se empiecen a agrupar, y tal, y prestaran servicios más o menos integrales, pero es que uno de los problemas básicos para el problema de enfermería es que sólo se ofertan, pues, cuidados. El hacer una valoración, el cuidarle no sé qué ... Pero la gente busca también la comida ¿no?”.

- **Temas relacionados con la formación de los profesionales enfermeros. Se considera que hay poca motivación de las estudiantes de enfermería hacia el trabajo con mayores.**

En los planes de estudios no enseñan el otro lado de la enfermería relacionado con la salud, con los temas más sociales. Cada vez más el ámbito social va creciendo y el sector sanitario se va restringiendo a la acción puntual concentrada en el tiempo y en el espacio que supone el hospital, dejando la rehabilitación, recuperación y la planificación al ámbito social.

Se considera que las prácticas en geriatría deberían de ser obligatorias como lo son, el pasar por quirófano, UVI, etc:

“Está un poco desprestigiado, es un poco mi idea, no nos han educado..., ni siquiera culturalmente tampoco y parece que está un poco separado..., es que es un viejo, no es un paciente ¿no? poco a poco se va entrando pero todavía queda mucho camino..., bueno en enfermería hay una asignatura que es geriatría, no sé si lo suficiente, para empezar, que las prácticas tuvieran que ser obligatorias lo mismo que son pasar por quirófano, pasar por la U.V.I., que pasaran por algún centro gerontológico o que se viera la geriatría. Y luego en las escuelas, sí algún hecho muy puntual se está dando, porque conozco algún diplomado en enfermería que está yendo, en las escuelas, lo mismo que

se habla de sexo, se habla de la ética, de la no sé qué, habría que ir ahora a hablar de la vejez”.

Se observa también la necesidad de que desde las Escuelas de Enfermería se explique a los futuros profesionales, cual es la realidad del mercado laboral y que la Sanidad Pública no puede dar cabida a todos, pero que hay más opciones como la enfermería social o comunitaria:

“Hay dos cosas, sobre el tema de las nuevas generaciones,..., su máxima en este momento es trabajar en el sistema sanitario. El resto no existe y no se les dice nada, o sea, ni se les cuenta como está el mercado laboral en este momento y su única opción pese a que hay gente que les pueda contar o que ha vivido el primer año en el que la incorporación al mundo laboral se ha retrasado prácticamente el primer año y no trabaja nadie, menos de un diez por ciento; en torno al cuatro por ciento. Siguen pensando que su sitio es el sistema sanitario”.

Se hace alusión a las carencias de formación que tienen las enfermeras en el campo de la asistencia a las personas mayores:

“Porque yo creo que muchas veces también las enfermeras no sabemos ni por donde nos da el aire con relación a los mayores”

- Finalmente, se observa, según una parte de los participantes en los grupos de discusión, la **necesidad de llevar adelante**, por medio de la Atención Primaria, los **Programas de Ancianos**, para poder estandarizar los cuidados de todas las personas mayores de 65 años a través de protocolos de visitas, lo que permitiría tener un mayor conocimiento de su estado y de esta forma planificar mejor la prevención:

“Desde la atención primaria se debería de cubrir toda la prevención, deberíamos visitarles o tener a todos los mayores de 65 años, que son los que entran en el programa del anciano”, “Y otra de las cosas, hablando sobre las opciones de enfermería en este asunto, sería normalizar, del mismo modo que se han normalizado y a todo el mundo le parece normal, que en un niño hagan una revisión, cada tres, cada seis,...,que se empiece a normalizar que un anciano las haga exactamente igual”.

- **Otras cuestiones importantes a destacar es que hay personas dentro de los propios grupos de discusión que desconocen la realidad existente del trabajo que se desarrolla con mayores, no saben como se está trabajando en el Territorio Histórico y les llama la atención algunas de las cuestiones que escuchan de compañeros suyos.**

Discusión:

El objetivo de llevar a cabo dos grupos de discusión era determinar la percepción que distintos profesionales de enfermería tiene sobre la atención domiciliaria en los mayores.

Llama la atención que algunas personas que trabajan dentro del ámbito del mayor desconozcan partes de la realidad de la asistencia domiciliaria actual en Guipúzcoa e incluso hablen desde su realidad personal por que es la que mejor conocen según ellas mismas.

En general el discurso está basado en que la atención domiciliaria es buena, debe de ser realizada con rigor y con seguimiento y evaluación pero la realidad es bien distinta y se encuadra en dificultades. Por un lado, las dificultades de tiempo, hay poco tiempo para dedicar. Después la forma de decidir la atención domiciliaria que es desde la demanda del propio usuario o del médico o en muchos casos por continuidad de cuidados hospitalarios (las estancias cada vez son menores en los hospitales y por tanto las curas y las técnicas son la mayor necesidad, no anclada solo en mayores sino en población general).

La discusión entre los asistentes también se centra en como no hay tiempo hay que delegar. Esta expresión está mal empleada ya que delegar significa al menos evaluar y dejar en manos de otros siendo supervisada la tarea. En este caso si la tarea no se explora, no se investiga, no se detecta es una tarea en manos de alguien novato o lego en la materia con mas o menos sentido común.

- Los grupos constatan la existencia de necesidades de cuidados claras y apremiantes en el colectivo de personas mayores que viven en sus domicilios y que requieren asistencia domiciliaria.
- Se observa que el colectivo enfermero tiene, desde dentro de la profesión, dos obstáculos principales para hacerse cargo de este tipo de asistencia: por una parte una excesiva visión “médica” de los cuidados que hace que no se detecten ni atiendan los aspectos psicosociales, y que se prefiera el trabajo dentro de la institución , y por otra parte un cierto desprestigio de lo relacionado con la atención a las personas mayores en su entorno.
- La atención domiciliaria a las personas mayores se enfrenta a una serie de dificultades, como son: falta de tiempo suficiente, ausencia de planes de cuidados protocolizados, falta de coordinación con otros entes proveedores de cuidados.
- La realidad social hace que el colectivo de enfermería tenga que plantearse la necesidad de trabajar con otros profesionales (asistentes sociales, trabajadores de ayuda a domicilio,...) tanto de entorno público como del privado.
- La familia se sigue considerando como el principal proveedor de cuidados del anciano con necesidad de cuidados. Se considera fundamental el llevar a cabo también con ella planes de educación para la salud. En este punto surge un punto polémico: hasta qué punto delegar funciones de cuidados enfermeros en los cuidadores y no caer en problemas de intrusismo.

2º diseño de investigación: Entrevistas

Objetivo:

Evaluar las necesidades de cuidados de enfermería de las personas mayores atendidas en Domicilio a través de la percepción de las enfermeras que estén trabajando actualmente en este contexto y con alto nivel de motivación en la búsqueda de nuevas formas de trabajo.

Diseño:

El diseño seleccionado para este estudio de los objetivos es un diseño cualitativo de corte transversal y basado en entrevistas en profundidad.

Muestra:

Las entrevistas llevadas a cabo han sido 22. El perfil de las personas entrevistadas recoge los distintos puestos que actualmente pueden representar a las enfermeras que actúan con personas mayores, ya sean de atención primaria, de geriátricos, gestión, hospital, docencia y a nivel político.

Variables:

1.-LAS NECESIDADES EN LAS PERSONAS MAYORES

- 1.1. Cobertura de las necesidades (mas y menos cubiertas).
- 1.2. Dependencia y autonomía

2.- ESPACIO SOCIO-SANITARIO

- 2.1. Cobertura Familiar.
- 2.2. Cobertura Sanitaria.
- 2.3. Cobertura Social.

3.- LOS CUIDADOS AL MAYOR EN EL DOMICILIO

- 3.1. Cuidados a personas mayores con deterioro cognitivo
- 3.2. Cuidados a personas mayores en situación terminal

4.- ASPECTOS RELATIVOS A LA PROFESIÓN

4.1. Formación en enfermería: necesaria y demandada. Implicación y responsabilidad de los profesionales.

4.2. Educación para la Salud

Procedimiento:

La selección de los profesionales que participarán en este estudio se ha realizado a través de personas consideradas claves en enfermería geronto-geriátrica del Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa.

Las entrevistas se han llevado a cabo, en general, en el lugar de trabajo de las personas entrevistadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN de las entrevistas en profundidad:

La “Atención Domiciliaria” de las personas mayores es un modelo de asistencia complejo, con facetas y actores muy diferentes, y en el que las áreas de competencia y actuación de todos ellos se entremezclan, ofreciendo una imagen difusa.

Desde una perspectiva enfermera, se han diferenciado cuatro aspectos significativos. En primer lugar todo lo relacionado con las necesidades que presentan las personas mayores. En segundo lugar, la actuación de las instituciones que trabajan en este campo. En tercer lugar, la prestación de cuidados no profesionales, y de profesionales, generales y/o especializados. Y por último, el análisis de los aspectos relacionados con la profesión de Enfermería.

1.- LAS NECESIDADES EN LAS PERSONAS MAYORES.

1.1. Cobertura de las Necesidades:

En primer lugar, destaca la **carencia de un modelo enfermero teórico adaptado a esta actividad**. La contradicción que supone, desde una perspectiva más amplia, integrar en la Atención Domiciliaria tanto a la persona mayor como a su entorno, con la valoración de las necesidades desde una perspectiva personal, reflejan claramente este aspecto.

“...con la familia hay que trabajar mucho..., sufren mucho, necesitan mucho apoyo, necesitan de muchas ayudas de soporte psicológico, de facilitarles medios, de que no se encuentran solos, de que puedan recurrir que sepan que estamos ahí...”

“...la familia desde luego, necesita no solo información sino drenaje y respiro”.

“...se trabajan los cuidados que nos presenta el modelo sanitario, desaparece la persona ante el problema médico”

“Entonces yo creo que todas son importantes, aunque las más importantes podemos decir que si las necesidades fisiológicas no están cubiertas, es muy difícil que necesidades de otro orden como pueden ser las de comunicación se puedan satisfacer”.

Esta misma contradicción se refleja en la bibliografía revisada, pese a que en todos los casos se define la Atención Domiciliaria como *“la asistencia metódica y sistemática dirigida a la persona enferma y su familia o cuidador principal ...”*. Por ejemplo, en *“De la teoría a la práctica”* (Luis et al, 1998), los diferentes formatos de valoración que aparecen (pags 129 – 176) sólo recogen las necesidades del paciente, ignorando las de la familia/cuidador. Y sin embargo, la familia debería considerarse como un grupo que también debe recibir cuidados (Contel y González, 1997; Segura et al, 1998). La mayoría de los casos versan sobre las necesidades/cuidados de un paciente; o por el contrario están centrados en la figura del cuidador (Puig, Hernández-Monsalve y Gervás, 1992); (Guimaraes de Andrade y Partezani 1999); (Roca et al. 2000); (Mateo et al. 2000). Sólo uno de los casos (Rodríguez et al, 1998) se establece una valoración de paciente y cuidador principal, es decir, **la valoración de dos personas**, no la situación del entramado sociofamiliar.

Una de las personas entrevistadas percibe esta circunstancia, planteando su relevancia .

“trabajar y formarse en los diferentes modelos -...autocuidados, ayuda, suplencia...- ya que esto influye en los objetivos, en como actúa cada profesional”.

Por tanto, se puede afirmar que es necesario el trabajo sobre modelos teóricos que se adapten a las particularidades de la Atención Domiciliaria.

Consecuentemente, la percepción sobre las necesidades se centra en la persona mayor, enferma o dependiente. Prácticamente todas las entrevistas dejan de manifiesto que el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson es la referencia básica.

Respecto al grado de cobertura de dichas necesidades, hay unanimidad en algunas respuestas y una amplia contradicción en otras, incluso para un mismo interlocutor.

- **Las necesidades de relación y comunicación**

Son una de las que mayor grado de acuerdo presenta. Sin lugar a la duda, hay unanimidad en afirmar que es la necesidad menos cubierta.

“Como necesidades menos cubiertas, relación comunicación y seguridad. No tienen en general donde depositar sus emociones y sentimientos”.

“Los aspectos de relación y comunicación son los menos cubiertos”.

“Falta cubrir el tema emocional, todo el tema del acompañamiento (terapia ocupacional), enseñar como ocupar el tiempo, recuperar

aficiones, hábitos que tenía. Todo esto se trabaja en los centros sociales pero se podría trabajar también en las casas. Cubrir las necesidades de relación y comunicación. La compañía, los paseos, hablar con ese mayor, son temas que no se contemplan”.

“Todos los aspectos de compañía, de relación y comunicación, son necesidades que habría que plantearse cubrir. Habría que realizar tal vez terapias ocupacionales para y con ello, recuperar hábitos y algunas costumbres..etc. y motivarles de alguna manera”

También se detectan las causas que originan esta carencia, asociadas a la falta de tiempo; a que la comunicación y relación son consideradas de segundo nivel – menos importantes -; a la falta de formación de las enfermera en esta materia y a que, tradicionalmente, esta cuestión era asumida por el entorno cercano, familia, cuidadores formales e informales... .

“Hacemos atención curativa-paliativa. Y además, que no nos sobra tiempo”.

“En general nosotras vamos, curamos y nos vamos, porque además tampoco queda demasiado tiempo para otra cosa”

“Las necesidades del paciente se contemplan desde un punto de vista de necesidades de deterioro, no se contemplan desde otras necesidades básicas, como puede ser la relación, las necesidades de ... básicas , como serían la alimentación y no sé qué y no sé cuánto. No se contemplan. No se contempla, vamos a decir de una forma real, las necesidades que podría pautar enfermería, deberían ir adjuntas a ese baremo que hacen ellos, es decir, que se olvidan....”.

“Un problema importante que queda descubierto es la comunicación, que muchas veces queda definido por la relación que tienen con el cuidador principal, a veces llegan a perder su identidad,... aquí el profesional necesita también formación y habilidades para estas cuestiones”.

“La relación y comunicación y las de seguridad parece que se van mejorando o se palia con la introducción de personas, ya sean cuidadores formales.. no formales, personas pagadas para ello”.

- **La necesidad de seguridad**

Otra de las necesidades, sobre la que hay acuerdo, y que también presenta déficits, es la de seguridad, especialmente en las personas mayores que viven solas, grupo en crecimiento y compuesto fundamentalmente por mujeres (Eustat 1999; 2000 y 2001).

“Que los problemas también surgen por la noche, y la gente no sabe a quien recurrir”.

“El de seguridad, normalmente lo tienen muy poco cubierto...”.

“Y en ese abandono se siente solo. Tenemos cantidad de casos de gente que se ha caído y no se ha podido levantar. Y en este momento incluso tenemos problemas con gente que tiene esa cuidadora que viene al domicilio la hora o dos horas y no tiene a nadie más el resto del día, y hasta que esa cuidadora no vuelva al día siguiente, que igual se lo encuentra en el suelo, no tiene a nadie”.

- **La necesidad de movilidad**

La movilidad es otra de las necesidades que menos controversia genera, y que se considera deficitaria. Hay dos aspectos que destacan especialmente:

- el problema de las barreras arquitectónicas.
- y que es un cuidado que asumen mayoritariamente los cuidadores informales, bien sea la familia o personas de ayuda domiciliaria.

“La movilidad es un problema ya que depende también de las barreras arquitectónicas y de materias para ayudas técnicas en los domicilios”.

“Existen barreras arquitectónicas y para el traslado cama-silla, los cuidadores se dejan la espalda” .

“El mayor problema está en la movilidad motivado muchas veces por las barreras arquitectónicas y los problemas de las viviendas y las de seguridad también están relacionadas con estas dificultades, el cuidador aprende a cuidar con estas limitaciones y dificultades a veces a costa de sus esfuerzos físicos.

“Muchas veces el cuidador no tiene ni la capacidad de mover solo a su familiar, entonces, en ese sentido si que hay veces que quedan no cubiertas muchas necesidades”.

“La movilidad pues con la misma, porque el cuidador a veces, no tiene la capacidad de mover ni los medios ni tal ¿no? Con demasiada frecuencia, las casas no reúnen las condiciones idóneas, adecuadas, para que gente de una cierta edad, gente de unas ciertas ya incapacidades o deficiencias, puedan desenvolverse, pues, de forma adecuada. Y eso en algunos casos, por ejemplo, me viene a la cabeza la falta de ascensor, en algunos pisos en algunas casas, supone el comienzo del aislamiento de las personas; entonces ese es un problema muy serio”.

Los problemas estructurales en las viviendas son uno de los grandes obstáculos para la movilidad, de difícil solución. Las ayudas para realizar reformas son escasas y son competencia de los Departamentos de Vivienda de las diferentes Instituciones, fundamentalmente del Gobierno Vasco, a través de Etxebide. Para la rehabilitación o adecuación se conceden dos tipos de ayudas (en internet www.euskadi.net/etxebide) :

- **Préstamos** al tipo de interés del Convenio Financiero. Estos préstamos se conceden por un plazo de 5 años (personal o por 15 años (hipotecario).
- **Subvenciones** a fondo perdido que se calculan como un tanto por ciento del presupuesto protegible de las obras de rehabilitación. La cantidad a percibir se gradúa en función del tipo de obra, de la zona y de los ingresos. Su techo máximo se sitúa en 4.507,59 € (750.000,-Ptas.).

En estas condiciones, las opciones para realizar adecuaciones en la vivienda son muy limitadas, estando condicionadas a los recursos económicos propios del núcleo familiar.

Las ayudas para reducir las barreras arquitectónicas externas, como por ejemplo la colocación de ascensores,... también entrarían en el mismo plan destinado a la rehabilitación de domicilios, y en las mismas condiciones.

Las actuaciones para la promoción de la accesibilidad en espacios públicos están reguladas a través de la Ley 20/97 y del Decreto Foral 62/2001, de limitado alcance por razones presupuestarias.

El segundo aspecto, *la movilidad es una cuestión que realizan los cuidadores informales*, enlaza con una de las causas apuntadas anteriormente: la falta de tiempo de las enfermeras para la Atención Domiciliaria. Hay que añadir dos matizaciones que tienen cierta importancia. En primer lugar, se repite el incumplimiento de los requisitos que definen la Atención Domiciliaria: la metodicidad y la sistematicidad. Al quedar la movilidad en manos de la familia o de los cuidadores, dejan de estar planificados y carecen de método.

“La asistencia domiciliaria. a través de empresas contratadas cubre casi todos los aspectos relativos a la higiene, la movilidad y la limpieza. La enfermera de A.P. va si hay que realizar curas o cosas puntuales”.

En segundo lugar, la necesidad de formar a los cuidadores informales para que realicen los actividades relacionadas con la movilidad : *“el cuidador aprende a cuidar”.*

“Hay que indicarles la importancia que tiene, cómo manejar a esas personas, si tienen alguna minusvalía, cómo levantarlas, cómo asearlas, como ... en fin, todas estas cuestiones creo que hay que trabajar y que hay que enseñar”.

Por esa circunstancia , es decir, porque se supone que van ser otras personas las que se van ocupar de la movilidad, y ante la falta de tiempo, hay algunas enfermeras que pueden considerar que esta necesidad está cubierta.

Un último aspecto, que también resulta destacable sobre la movilidad, es la deficiencia de elementos de apoyo a la movilidad, bastones, sillas, elementos de deambulaci3n, grúas...

“Faltan elementos ortoprotésicos en domicilios para generar más movilidad”.

“Aunque se tiende cada vez más a usar materiales para mejorar la habitabilidad de las viviendas, barras en los pasillos, etc, se colocan demasiado tarde, cuando ya no queda otro remedio”.

Además, se evidencia un desconocimiento general sobre todos los recursos a los que se puede acceder para mejorar la movilidad, entre otras cosas, porque están dispersos, cada uno tiene sus propios mecanismos de acceso y condiciones diferentes...

“Las enfermeras deberían estar mas preparadas en todo lo referente al campo social para orientar y canalizar todas estas cuestiones sociales, para valorar e ir estableciendo el plan de cuidados. Hay mas Asistentes Sociales interesados por temas de cuidados relacionados con enfermería, que enfermeras

interesadas por las cuestiones sociales “...he visto pocas iniciativas de este tipo...” Las enfermeras tienen poco conocimiento e información de cómo funcionan los Servicios Sociales, como acceder a ellos, donde se sitúan, que implican... como se canalizan....etc.”.

- **La necesidad de eliminación**

La eliminación es otra de las necesidades sobre la hay cierto consenso al considerarse como suficientemente cubierta.

“Los problemas relativos a la eliminación es un aspecto controlado”.

“La eliminación también se controla, siempre se le pregunta como van sus deposiciones o como va la orina, si viene tal... eso sí”.

“La higiene, la alimentación, la eliminación y el sueño suelen estar más o menos cubiertas”.

Sin embargo, pese a que la incontinencia urinaria es uno de los problemas más frecuentes en la Atención Domiciliaria (García Bermejo et All, 1997), se vuelve a considerar como un problema controlado. Es evidente que la aparición de dispositivos técnicos que ayudan a controlar la incontinencia, especialmente los pañales para adultos, supusieron un gran avance para el cuidado de este problema, pero nuevamente se puede observar que los cuidados directos relacionados con la eliminación son proporcionados por cuidadores informales.

Es más, tal como hemos visto, dado el carácter puntual de la actividad de enfermería en los domicilios, el papel de la enfermera se circunscribe a la supervisión o control, pero no a la planificación, volviendo a quedar patente la ausencia de la sistematización y metodicidad de la Atención Domiciliaria.

“Se trabaja a demanda. No se va al domicilio si no hay una patología”.

“Por lo que veo, hasta los cuidadores hacen curas y solo va la enfermera cuando el problema es más complicado y depende más de la implicación personal que de la organización del centro de salud y de los TS”.

Sólo en el caso de que haya que proporcionar cuidados técnicos específicos, es decir , cuando existe una patología, por ejemplo en el caso de que haya una sonda urinaria, hay un seguimiento organizado.

“La educación de los esfínteres, es un problema que hay que trabajar, se colocan los pañales con mucha facilidad y esto además es un gasto”.

No hay ninguna duda de que las acciones de prevención y de educación para la salud quedan en un lejano segundo plano, más como un deseo que como una realidad.

Por tanto, bajo la afirmación del supuesto control, se esconde un problema sin resolver completamente, y que genera otros problemas, tanto para la integridad de la piel, como para la higiene. Es evidente que la falta de tiempo de las enfermeras es una de las causas fundamentales de esta problemática.

- **Necesidad de integridad de la piel**

Mantener la integridad de la piel es otra de las necesidades que tampoco suscita grandes divergencias. Es otra necesidad que es cubierta directamente por el sistema de cuidado informal, aunque en este caso, la participación profesional de enfermería es mayor.

“La movilidad y las erosiones de piel ... y los cambios de pañal, hay que combinara necesidades reales con la cobertura familiar “.

“¿La piel y mucosas? También, es muy nuestro. La movilidad es muy nuestra, incluso decir a la familia que por favor, hagan cambios posturales”.

Sin embargo, vuelven a repetirse las mismas cuestiones que han ido apareciendo en todos los casos anteriores.

En el caso de que la integridad de la piel se haya perdido y hayan aparecido úlceras por presión, es evidente que se realiza un seguimiento más exhaustivo y hay una implicación más directa en el cuidado, por parte del personal de Enfermería. Sin embargo, la carencia de tiempo y la economía de recursos, hace que esa actividad se delegue, en muchos casos, a los cuidadores informales.

“P.- Las cuidadoras de ayuda domiciliaria, en cuestiones de aseo personal u otro tipo de cuidados, pues, de la piel, de higiene, de movilidad, ¿suelen hacer algo o no?.

R.- Sí, si, hacen pero siempre controladas por las enfermeras del ambulatorio, es decir, el ambulatorio, por si hay problemas de escaras (ya sabes que van a hacer sus curas y entonces se ponen en contacto con las chicas de ayuda domiciliaria), que incluso hasta les delegan curas a las de ayuda domiciliaria”.

“A veces las enfermeras delegan las curas en la A.D.S., y es impresionante, porque muchas veces no están preparadas”.

Esta misma cuestión, referida especialmente a las curas aparecía también en los grupos de discusión:

“...entonces justo te da tiempo a ir, ver la cura, hacer no se qué y delegar”.

“...en quien delegas, porque a lo mejor no está cualificada...”

En esa acción de delegación, si existe una controversia, centrada en la diferenciación del cuidador informal entre familiar y asalariado.

“Los profesionales actúan desde sus propias limitaciones y desde su propia capacidad de entrega. Cada cual hace lo que le dicta su conciencia”.

“Lo que se trata es (por lo menos desde mi punto de vista), de hacer lo que hemos hecho siempre, educar a la familia para que sea lo más autónoma posible: yo te enseño a hacer todo para que no dependas de mí. Y no estamos haciendo una dejación de nuestras funciones sino que estamos, yo pienso que, realizando labores de trabajo, dando la posibilidad de que la familia pueda ser más autónoma”.

Mientras que la delegación en familiares no supone tantas diferencias, y es entendida como una medida encaminada hacia el autocuidado dentro del grupo, aunque esta acepción suponga otros matices; si es en personal contratado, cuidadores o auxiliares, genera mayor rechazo, puesto que es entendido como una forma de intrusismo.

“Lo que se estamos preparando a nivel domiciliario es a la auxiliar en estos momentos, y estamos haciendo que las auxiliares aprendan a hacer curas, y es la auxiliar la que se pone en comunicación con el centro de salud, y la enfermera le instruye. Esto se está dando y es intrusismo”.

Pero en el tema de la integridad de la piel, queda al margen la parte más importante: la prevención. Es decir, todas aquellas medidas destinadas a preservar su integridad. Y nuevamente, es una función en manos del sistema informal.

“Falta tiempo para la prevención, quizás es lo que menos se trabaja desde la A.P., ya que la atención asistencial, la demanda puntual, es lo prioritario, y es lo que realmente se trabaja”.

Es decir, las labores de prevención para conservar la integridad de la piel, esenciales en ancianos con reducida movilidad quedan en manos del sistema informal, que tiene que desenvolverse en condiciones precarias y con unos conocimientos escasos o nulos en la materia.

En la frase *“incluso decir a la familia que por favor, hagan cambios posturales”* subyace otro de los caballos de batalla: la carencia de la planificación de los cuidados.

Resulta especialmente significativo que en ninguna de las entrevistas se haga referencia a los medios técnicos de soporte para facilitar la integridad de la piel: superficies especiales para el manejo de la presión, cojines especiales, protecciones, ...

repitiéndose la misma circunstancia que se daba con los medios técnicos de ayuda a la movilidad.

El modelo sanitario en el que está inmersa la asistencia domiciliaria influye claramente en esta circunstancia. Por una parte, se desconocen los recursos y/o los mecanismos para acceder a los mismos, y por otra, la utilización de medios técnicos en los domicilios escapa a nuestro esquema mental, acostumbrado a la utilización de los mismos en el ámbito hospitalario.

- **Necesidades de higiene**

Unida a la integridad de la piel, está la higiene, que es una de las cuestiones que más controversia desata. Y también es un aspecto en el que se repiten todos los determinantes citados hasta ahora.

Las diferencias de opinión son evidentes, pero lo más curioso es que en una misma entrevista pueda darse la contradicción de plantear que está cubierta y, más adelante, al entrar en más detalles afirmar justamente todo lo contrario. Pero, en general, hay quienes consideran que está bajo control, y que no supone ningún problema.

“La higiene está muy bien, o sea se controla mucho, porque eso lo tenemos como muy ..., un puntal muy importante”.

“La alimentación, la eliminación, la higiene en muchos casos está muy bien hecha”.

“Las cuestiones de la higiene están, yo creo que suficientemente resueltas, y también la alimentación”.

“La higiene en general se lleva muy bien”.

Sin embargo, hay un amplio grupo que opina justamente lo contrario.

“La higiene también habría que trabajarla mas, además va muy ligada a los problemas de incontinencia, cuando hay sondas el tipo de higiene genital a realizar...los problemas y la higiene bucal, es un campo muy sugerente, que si bien en las instituciones plantea problemas, pues en los domicilios más”.

“En las familias desestructuradas, hace falta mas tiempo, mas recursos y a veces en esta situación la higiene brilla por su ausencia”.

Especialmente cuando se trata de personas que viven solas.

“Y una persona que vive en soledad, se abandona y tras el abandono qué es lo primero que dejas?. El aseo, la alimentación. Y de ahí viene lo otro en cadena”.

“Relación y comunicación, higiene, cuando están solos pues hay un montón de cosas que las van dejando porque creen que no son tan necesarias. La higiene para mi es una de las cosas que de mayor se olvida bueno, no les parece que sudan ni que huelan, tampoco tienen tanta necesidad, o les da miedo lavarse

o hacerlo solos, a parte de que la ropa no la lavan a diario, pero más que la ropa la piel,...”.

“El anciano, por ser anciano, necesita cuidados a todos los niveles. A nivel social porque es una persona que está normalmente sola y deja de hacer sus quehaceres de la casa y los personales. Se abandona”.

Además se plantea otra cuestión, relacionada con la definición de higiene, considerando, además, que el concepto de higiene varía con la cultura.

“En cuanto a la higiene, a una persona válida que ves que no va bien aseado, le puedes decir de forma muy sutil y tampoco puedes intervenir más allá porque le puedes ofender, tenemos que ser respetuosos, te puede gustar o no como vaya pero no podemos pasar más”.

Si en las instituciones cerradas, bien sean residencias o en los propios hospitales, las normas de funcionamiento de los mismos permiten una intervención más concreta, al existir un estándar determinado, en los domicilios no ocurre lo mismo. El domicilio es el espacio particular de esa persona, y salvo que su situación origine un problema de salud pública, caso poco frecuente, dispone de libertad para establecer su propio modelo de higiene.

Hay que añadir que, incluso aunque la higiene corporal fuera excelente, ducha diaria, cepillado dental al menos una vez al día,...; queda un segundo aspecto asociado: la ropa, y en la higiene de la ropa entran muchos más factores, entre ellos los económicos.

Como en todas las anteriores, también es una necesidad que es cubierta por la familia o cuidadores, cuando no es realizada por la propia persona mayor.

“El cuidador puede asumir la mayor parte de las actividades que van encaminadas a lo que es la higiene, el vestido, la movilización, y muchas cosas que, bien enseñadas, el cuidador informal o formal puede ejecutarlas ¿no?”.

“Enfermería (desde la A.P.) se implica poco en estas cuestiones porque va mas a cosas puntuales, enseña como lavarle, como moverse, que tiene que comer..., y educa un poquito a la familia”.

No hay ninguna duda, en que es la familia quien presta los cuidados, en el mejor de los casos, tras la instrucción de los profesionales de enfermería, pero también queda patente que esta acción escapa a la sistematización de los cuidados, porque aunque se realice a la perfección, incumple uno de los requisitos básicos del Proceso de Atención de Enfermería: el registro.

Por tanto, la afirmación de que la higiene está suficientemente cubierta aparenta ser una afirmación carente de fundamentación, motivada por la suposición de que las actividades no técnico-sanitarias relacionadas con las necesidades básicas, en manos del sistema informal, están suficientemente cubiertas. Esta afirmación coincide con las argumentaciones expuestas en el marco teórico, en el que se decía que el mantenimiento

de la higiene era uno de los aspectos que más dificultades ocasionaba (garcía Bermejo et al, 1999).

Necesidad de alimentación

Algo similar a lo que ocurre con la higiene ocurre con la alimentación. Inevitablemente se repite todo lo anteriormente citado.

Contradicciones a parte, está el grupo que afirma que es una necesidad que está cubierta.

“En alimentación no creo que haya muchas necesidades por cubrir”.

“Alimentación, nutrición piel y mucosas, como son las que se valoran desde la asistencia social, están bastante bien cubiertas”.

Y también están quienes opinan todo lo contrario.

“Hay problemas de desnutrición .”

“La alimentación es un problema que no se aborda bien, ya que es muy difícil cambiar hábitos y además la familia cuando da de comer pone muchos afectos en el plato, y tener en cuenta esto supone dar alternativas y abrir otros espacios de trabajo”.

En cualquier caso, en esta apartado sí aparecen aportaciones especialmente interesantes, que profundizan sobre el estado del problema, derivadas de una participación más intensa en el cuidado.

En primer lugar, se destaca el problema de las personas que viven solas.

“Si estás solo te alimentas mal, si estás solo tienes una mala higiene. /.../ Tu no puedes estar en casa solo y enfermo, porque no eres capaz de dar respuesta a todas las necesidades que vas generando”.

Profundizando sobre esta misma cuestión, se añaden los problemas económicos que dificultan la alimentación y la nutrición. Si el periodo de la jubilación supone una reducción de los ingresos del núcleo familiar, en el caso de las familias monoparentales formadas por mujeres mayores, en claro ascenso, esta situación se agrava. Conviene recordar, que en caso de viudedad, a la pérdida de poder adquisitivo ya mencionado, hay que sumar una reducción de la pensión en un 60%, si antes no había cotizado a la seguridad social más de 15 años, colocando a muchas de esas mujeres mayores en el umbral de la pobreza.

“El tema concreto es cuando las personas mayores están solas, o el matrimonio está solo y no se pueden valer por sí solos; tienen dificultad en el suministro, tienen dificultad en lo que es la preparación de la alimentación, y comienzan o tienen problemas de tipo económico: empiezan a restringir...Hay un

déficit de aporte de la alimentación necesaria para su estado, y para... no solamente su estado de salud, sino para, incluso para responder a cuestiones de tratamientos de crónicos, de morfologías específicas”.

Se puntualiza sobre la cuestión de la alimentación y la nutrición en los enfermos terminales, abogando por una humanización de los cuidados.

“Alimentación y nutrición en estadios terminales es una de las necesidades más importantes, no para cubrirlas sino para desmitificarlas. Que no comas no supone que te vayas a morir. Todo lo demás, pues es una manifestación de la propia evolución de la enfermedad la gente sigue empeñada. Parece ser que comer y la vida van juntos, ¿no? y no es así, y comer... que coman mucho, no te va a cambiar el pronóstico de vida ¿no? y encima vas a estar machacando al enfermo”.

Como en el resto de necesidades, el cuidado efectivo, la preparación de los menús, de las comidas, su administración... queda en manos del sistema informal.

“...por ejemplo en la nutrición... muchas veces desconoce la asistencia domiciliaria como tienen que preparar la comida y cocinarla y puedes encontrarte con que están cocinando con grasa y sal y es un hipertenso”.

La participación de Enfermería, se reduce a impartir nociones sobre alimentación a familia y cuidadores, y nuevamente el problema del tiempo disponible es la principal causa esgrimida para explicar esta actuación.

“Alimentación y nutrición, la verdad es que, el aspecto alimentario de la persona que vas a cuidar a veces, no te paras a darle así muchas pautas, puesto que vas mucho más al caso concreto, a lo concreto que estás tratando, a la úlcera, a la tensión, a hacer la glucosa y la verdad es que a la alimentación muchas veces no se le hace excesivo caso,..., pero hace falta tiempo para eso, y no creo que el tiempo está demasiado poco contemplado en los domicilios, cuando andamos con las agendas como las estamos teniendo”.

La evidencia de que este tipo de actuaciones dista mucho de la actuación planificada y organizada que se supone que debe regir la asistencia domiciliaria no deja lugar a la duda.

Pero hay un dato significativo más: sólo se tiene información sobre quienes reciben o demandan cuidados, quedando fuera del cómputo todas aquellas personas que no acceden al sistema.

“En el campo de la alimentación y nutrición se hacen controles a los hipertensos y diabéticos que van al C. de S. o al C. de D., pero hay mucha gente que ni va al C. de S, ni al C. de D., y vaya Ud. a saber como están”.

“Si está sola no va a demandar cuidados. En ese momento

se escapa lo que es atención primaria, porque ella no solicita, y de la atención social, normalmente las mujeres no están acostumbradas a pedir. Entonces está silenciado. El problema mayoritariamente está ahí”.

Así pues, cuando se habla sobre necesidades se hace con la referencia del “universo conocido”, quedando al margen el resto. Esta circunstancia pone de manifiesto la inexistencia de una evaluación y seguimiento de todas las personas mayores, la inexistencia de una política de prevención.

“El problema nos ha desbordado ya. El problema está ahí, lo que pasa es que no llega a nosotros, más que, nos lo encontramos cuando están realmente ya deterioradas una serie de necesidades, de funciones; precisamente porque no se han cubierto unas necesidades que se podían haber resuelto de una manera nada costosa; nada costosa en medios, solamente en....”

Es una nueva confirmación de que la actuación de Enfermería está centrada en la demanda asistencial, especialmente sobre la realización de técnicas derivadas de problemas de salud, es decir, de los llamados “cuidados derivados”.

“La alimentación, las curas y los controles de enfermedades crónicas son las mas cubiertas, pero hace falta mas tiempo para valorar muchos aspectos relativos a ellas”.

- **Necesidad de sueño**

El sueño y el descanso pasan casi desapercibidos, siendo escasa la referencia a este tema.

“Es decir, si yo tengo no se, si he dormido tan mal que no me puedo ni mover de la cama, pues bueno lo que quiero es que me quiten el dolor, luego podría hablar de no tener comunicación, ...”.

“Hay muchos problemas de sueño en los ancianos, de soledad aunque estén acompañados, de relación y comunicación”.

Nuevamente, se pueden apreciar las mismas cuestiones que aparecían en todas las necesidades anteriores. El sueño y el descanso de la persona mayor es una actividad que normalmente se hace bajo la tutela de cuidadores informales, o en el caso de las personas mayores que viven solas, sin ninguna otra compañía.

Manteniendo la trayectoria, los cuidados que se prestan no son planificados, ni organizados, ni mucho menos registrados. El que no se participe directamente en el cuidado, y la ausencia de un método riguroso, hacen que esa necesidad sea minusvalorada. La aportación de Enfermería se suele dirigir, en estos casos, a recomendaciones generales a los miembros del sistema informal, o a la propia persona

anciana, si vive sólo, y a la cumplimentación de tratamientos farmacológicos para facilitar el descanso.

Esto hace que, como en el caso de la movilización, la seguridad, la integridad de la piel,..., también se queden en el tintero las condiciones ambientales en las que se desarrolla en descanso, y las que recogen los medios de apoyo técnico que se podrían emplear para facilitar el descanso.

Tampoco se habla de la necesidad de descanso de los cuidadores, cuestión que enlaza con el primer argumento esgrimido, la utilización de un modelo teórico que valora las necesidades individuales, aunque sí se hace referencia al agotamiento del cuidador principal.

“El entorno familiar normalmente se vuelca en el anciano que pueda tener en casa, pero a veces, la carga que supone, desborda físicamente y psicológicamente al cuidador, entonces en muchos casos hay que hacer una cobertura por parte nuestra y por parte de los servicios sociales”.

Se reconoce que en el caso de deterioro cognitivo, especialmente con ancianos con Alzheimer, el cansancio y la falta de descanso del cuidador es aún mayor.

“Los cuidadores de pacientes con Alzheimer llegan a agotarse más que el paciente y en ocasiones no piden ayuda porque asumen que esto les corresponde”.

Pero, si para el anciano objeto de la atención, los cuidados relacionados con el sueño y el descanso eran escasos, para los componentes del sistema informal son aún menores, aunque comienzan a articularse algunas vías de solución (estancias de respiro, vacaciones,...) que funcionan siempre a través de la vía de la demanda de los propios afectados, y que son gestionados desde los servicios sociales.

- **Necesidad de respiración**

Hay un último grupo de necesidades que merece la pena destacar, y lo constituyen todas las que no aparecen citadas. En ocasiones, tan importante como lo que se dice, es todo aquello que se omite, y este es uno de esos casos.

En ninguna de las entrevistas se habla de la respiración, o de mantener la temperatura corporal, y sin embargo la respiración, por ejemplo, tiene una gran repercusión sobre el resto de necesidades. Una persona con dificultades para respirar, tiene limitada su movilidad, puede afectar a sus hábitos de eliminación, puede reducir su capacidad de comunicación y afectar a su autoestima, entre otros.

Esto refuerza y confirma que la actuación de Enfermería en la Atención Domiciliaria no es organizada ni sistemática, en definitiva, que no se ajusta a la metodología que exige el propio Proceso de Atención de Enfermería.

Afortunadamente, en algunas entrevistas aparecen enfermeras que ya han apreciado esta circunstancia y, sobre todo, su importancia y trascendencia.

“No se utiliza el método científico, por lo que se corre el riesgo de que otros profesionales asuman parcelas de actuación enfermera”.

“Estamos haciendo un montón de trabajos que no se están registrando”.

“Siempre que no se trabaje con metodología y no se valore y no se marquen objetivos claros y no se gestionen bien los cuidados, se escaparan muchas necesidades”.

El otro gran condicionante es el tiempo, demasiado escaso.

“Las situaciones de carencia de cuidados se dan por falta de tiempo y de conocimientos”

Por tanto, se puede afirmar, que a la necesidad de un trabajo planificado y organizado, hay que añadir una formación complementaria, y un mayor número de horas de atención de Enfermería, que sólo pueden conseguirse a través de la incorporación de nuevas enfermeras, tanto desde los servicios sanitarios, como desde los servicios sociales.

1.2.-. DEPENDENCIA Y AUTONOMIA

En este apartado, los resultados de las entrevistas analizadas, al hablar en términos de dependencia y no dependencia o grado de autonomía de los mayores en el domicilio, ofrecen la percepción que de ella tienen los profesionales consultados . En dicha percepción aparecen opiniones compartidas y otras diferentes que intentamos resumir a continuación.

- **Queda claro que la vejez genera dependencia** y que en estas situaciones ...”...*algunos buscan ayuda desde los Servicios Sociales y otros requieren institucionalización...*”, sobre todo cuando ...”*la familia o allegados ya no pueden hacerse cargo de esa persona por el nivel de dependencia que precisa...*”. Se hace también referencia al “cuidado del cuidador”, y algún profesional comenta que la red social (amigos, familia...vecinos..etc.), podría tener mayor repercusión pero que a veces la propia familia o allegados limita este recurso como forma de proteger al paciente o mayor de la realidad de su deterioro o enfermedad.
- Para algunos la mayoría de **los cuidados domiciliarios que se prestan desde la A.P. responden a problemas puntuales**, y son a demanda, pero “...*luego descubres cuando llegas al domicilio que hay muchos mas problemas ...*” y “... *cada vez las estancias hospitalarias son mas cortas...*”, lo que conlleva más cuidados y más dependencia , a pesar de que como comentan otros “... *se cubre bastante bien y se da asistencia a las personas encamadas y discapacitadas en el domicilio..*”,
- “ **Hacen falta más enfermeras**”, comenta la casi totalidad de los encuestados ya que, una rotura de cadera (por ejemplo) o cualquier otra

situación “...es capaz de bloquear completamente a un anciano y pasar de ser autónomo a dependiente, incluso puede demenciarse a partir de esta nueva situación..” ,“...queda todavía una labor muy grande por hacer...”

“... habría que estudiar caso por caso y hacer intervenciones según el nivel de dependencia..”

- Aludiendo a **la dificultad de acceso** a aquellos mayores que no acuden al Centro de Salud y que cuando lo hacen tienen ya un cierto grado de dependencia: “ Se podría trabajar mas la prevención e ir instaurando mecanismos de apoyo, salvar barreras arquitectónicas, facilitar elementos mecánicos para la movilidad, desarrollar una buena A.P. con **buenos programas preventivos para que el anciano llegara al deterioro mas tarde** o con más autonomía y durante más tiempo... “.. la demanda de cuidados sería mas tardía y diferente...” y aquí la Educación Sanitaria constituye una herramienta para trabajar el deterioro y el grado de dependencia.
- Para algunos **el grado de autonomía** o el nivel de dependencia de cuidados del mayor propicia o evita **el ingreso** de éste **en una residencia** o la institucionalización. Los profesionales que realizan su trabajo desde el contexto de la gerontología afirman que en la actualidad la mayoría de las personas mayores que ingresan en una institución llegan con gran nivel de dependencia y de cuidados, “...presentan grandes deterioros físico y psíquicos...”. Sin embargo antes, lo que motivaba el ingreso eran mas los problemas sociales: ancianos que vivían solos, sin familia o sin hijos, que vivían en casas con dificultades de habitabilidad o de barreras arquitectónicas....etc.

Varios profesionales del contexto gerontológico comentan que las **valoraciones** en estos momentos las realizan las **instancias médicas y sociales**, a través de un instrumento denominado Sakontzen, y según este informe se adecua el recurso: S.D. (ayuda domiciliaria), C.D. (centro de día), C.R. (centro residencial).. “...afina bastante para delimitar qué personas necesitan ayuda para la actividades de la vida diaria (A.V.D.)...”, “... recoge diferente información, entre ella datos médicos y de enfermería pero desde un apartado en el que se valoran solo los cuidados técnicos de nuestra función de enfermería (curas, inyectables, sondajes...etc), ...sin embargo, los cuidados de enfermería son mas amplios y engloba todos aquellos cuidados que realizan los familiares y cuidadores o auxiliares todo...”.”. **La enfermera no está presente para medir y valorar la dependencia en los cuidados**, ni entra en este tipo de valoraciones de necesidades y “...se está comprobando que va mal...”, sobre todo a nivel institucional donde el ratio de atención de cuidados está medido en función del grado de dependencia, y se dan situaciones en las que la persona ha sido valorada con una determinada puntuación y delimita unos cuidados y atención que no se corresponden con la realidad, ”...es el caso por ejemplo de una persona con una demencia tipo Alzheimer que en los primeros estadios presenta un nivel de atención y cuidados de enfermería diferente de otros estadios mas

avanzados de la enfermedad, sin embargo el nivel de cuidado y vigilancia a pesar de que pueda comer y vestirse sola es muy grande...”, otro profesional dice *“... a veces volvemos a pasar la escala al residente que ingresa, porque suelen estar realizadas con la fecha de la solicitud y a veces han pasado meses y su situación ha cambiado...”*

2.- ESPACIO SOCIO-SANITARIO

2.1. COBERTURA FAMILIAR

Tras la lectura detallada de las entrevistas, en cuanto a la cobertura familiar, los informantes resaltan:

- La labor **fundamental de la familia** a la hora de proporcionar cuidados, tanto por ser la inmensa mayoría los que los reciben en el domicilio: “Sólo el 2’8 de los mayores está institucionalizados y el resto está en sus casas”, como por constituir un elemento clave a la hora de cubrir el **aspecto afectivo**. Así mismo, se reseña la influencia del nivel económico y socio-cultural de las familias en los cuidados. Al hilo de esto, una entrevistada señala: *“Creo que a mayor nivel cultural, mejores cuidados reciben y cuanto mayor capacidad afectiva, sea cual sea el nivel cultural...”*.
- Hay **prácticamente unanimidad a la hora de describir la figura del cuidador principal: mujer, ama de casa, hija, nuera**, aunque cada vez son más los hombres que se incorporan a esta tarea. En el caso de parejas, matrimonios que viven solos, se cuidan entre sí. *“Casi el 100% de los cuidadores son mujeres, ya sean del entorno familiar, contratadas o de instituciones sociales”*. Así mismo se mencionan los cambios sociales, como la incorporación laboral de la mujer, que dificultan esta labor y la aparición de la figura del **inmigrante** que soluciona su problema laboral y de vivienda, solventando a su vez el del mayor en cuanto a cuidados y compañía.
- Se hace referencia a la **carga que el cuidado del mayor supone para la familia**. *“... a veces, la carga que supone, desborda físicamente y psicológicamente al cuidador, entonces en muchos casos hay que hacer una cobertura por parte nuestra y por parte de los servicios sociales para poder ayudar a esos cuidadores, porque al final caen ellos mismos en una situación muy difícil, e incluso angustiosa para ellos, y se sienten culpabilizados porque no pueden asumir el reto que eso supone ¿no?”*.
- En general **se valora muy positivamente el trabajo que hace el entorno familiar en los mayores**, pero dadas las condiciones socioeconómicas, los cambios de rol en la mujer y el número de familias compuestas a su vez por personas mayores, preocupa la cobertura de estas personas y se entiende que hay que plantear estrategias y programas donde participe enfermería para su abordaje, contando con los recursos existentes en el entorno y aportando los recursos necesarios, pero de forma integral, valorando las necesidades sociales y las sanitarias para incidir en ellas en la forma que exija el resultado de una

evaluación periódica y personalizada de las personas afectadas, de su situación y de la evolución de su proceso de deterioro o recuperación de autonomía. “En un domicilio hay que valorar todos los elementos que hay: familia, espacio..., no solo el anciano”. “La Ayuda Social, al no depender del Centro de Salud, es un recurso mal utilizado ya que muchas veces la enfermera utilizaría este recurso de otra manera, o a otras horas, o con otra intensidad...”

2.2. COBERTURA SANITARIA

La únicas enfermeras que llegan a los domicilios son las que provienen del Centro de Salud, pero “...allí donde haya una persona mayor dependiente tiene que llegar una enfermera...” que cubra sus necesidades de dependencia, que valore, identifique y ponga en marcha el plan de cuidados delegando funciones a los familiares, cuidadores o auxiliares que estén en ese domicilio o gestionando otros recursos en el equipo que atiende a ese mayor.

- Hay un sentir mayoritario en el **desaprovechamiento de la enfermera como profesional cualificado para la detección de necesidades en domicilio**, su valoración y la detección de recursos necesarios, la planificación de los cuidados y los recursos y su supervisión y evaluación posterior. “La enfermera, aparte de hacer una asistencia directa, podría hacer una labor de prevención, valorar, vigilar coordinar...” . “Enfermería es el personal fundamental para educar, tratar, delegar y luego vigilar”.). “Los cuidados domiciliarios a los mayores presentan un campo que la enfermera tiene que explotar, pero no como dadora sino como gestora y supervisora de los cuidados, coordinando todas las necesidades y gestionando todos los recursos”, (M. “La enfermera sería la pieza clave para organizar todo lo que hay alrededor del domicilio, en función de lo que está viendo, y de lo que está pasando...”). Se reivindica el ocupar un espacio entendido como propio y para el que hay capacidad profesional, ganar cuotas de reconocimiento social: “La implicación de la enfermera en cuidados a domicilio a los mayores es escasa y poco estructurada, tanto la dirección de los cuidados como la derivación a servicios médicos y sociales”.

“Tendríamos que tener más capacidad de decisión, pero a niveles más altos. Aunque eres tu quien detecta, tiene que ser el médico el que les llame, no puede ser la enfermera la que valore el llamarlos (a los servicios sociales)”. “Debería integrarse un equipo de Auxiliares de enfermería que trabajen con la enfermera, no se si desde los Servicios Sociales o desde Osakidetza.” “Una enfermera podría controlar en una zona de referencia a unas diez personas . Un equipo de enfermería dedicado al cuidado domiciliario, organizaría todo el cuidado...”

- De la misma forma, **existe preocupación por la dejación de funciones profesionales**: “Sería interesante poner una figura de enfermería que controlara toda la Asistencia Domiciliaria Social, pero creo que por parte de la enfermería este lado de la atención domiciliaria se ha dejado mucho” “Estamos haciendo que las auxiliares aprendan a hacer curas. Hay una enfermera responsable que está en el Centro de Salud, .../... y es la auxiliar

(domiciliaria) la que muchas veces se pone en comunicación con esa enfermera y la enfermera le instruye de cómo lo tiene que hacer”.. “En situaciones de terminales, dejamos carencias de cuidados, por falta de conocimientos y de tiempo”. “Enfermería tiene que definir y defender bien el campo de actuación propio que es el del cuidado. Tiene por tanto que planificar cuidados como valor propio.”. “Enfermería ha dejado mucho los temas de educación y prevención” (M-4). “El trabajar las valoraciones y las planificaciones, podría ser una línea de trabajo, pero tendrían que cambiarse también algunas formas y algunas filosofías de trabajo. Habría que trabajar más en equipo.”.

- **Hay coincidencia en apreciar que hay dificultades en la detección de necesidades en personas mayores**, y sobre todo en demencias con deterioro cognitivo. “Las situaciones de carencia de cuidados se dan por falta de tiempo y de conocimientos” . Se plantea la necesidad de formación específica en esos campos y la inclusión de enfermeras especialistas en la materia, dentro de los Equipos de A.P. “Hace falta más formación en el tema de las demencias y el deterioro cognitivo para diferenciar síntomas y conductas (alucinaciones, depresión, ansiedad, agitación,... y poder dar respuestas.”. “Hay desconocimiento del profesional en el tema de las demencias. No se trata de dar pastillas y gotas, el personal tiene que reciclarse y casi especializarse”. “...no se si hay formación en cuanto a psicogeriatría. Se precisa más formación para poder enseñar al cuidador y diferenciar algunos comportamientos, pero es difícil el tema del deterioro cognitivo...”.

2.3.COBERTURA SOCIAL

- Se resalta el hecho de que los **cuidadores que proporcionan los servicios sociales, a veces desconocen y tienen poca práctica en aspectos importantes para el cuidado del anciano**, “pero dentro de los cuidados básicos que es para lo que van..., pues.... pequeñas cositas que se dan cuando tienes a una persona mayor... por ejemplo en la nutrición... muchas veces desconoce la asistencia domiciliaria como tienen que preparar la comida y cocinarla y puedes encontrarte con que están cocinando con grasa y sal y es un hipertenso pero claro eso sí, tienen todas el título de auxiliar de geriatría, que normalmente les exigen en todas esas cooperativas o empresas que las contrata y gestionan la atención domiciliaria en los ayuntamientos, pero yo las veo con poca práctica, con desconocimiento de muchas cosas elementales, por ejemplo... el tema de la movilidad...”.
- **Se cree que la asistencia que dan los servicios sociales no es suficiente**, “...la atención domiciliaria que se presta en estos momentos, no es que sea mala, pero solo cubre aspectos higiénicos y labores domésticas y las hacen cada vez mas auxiliares de enfermería y el resto de las horas, como ya hemos dicho antes, esta la familia: los hijos....la mujer, pero en concreto en Donosti hay un porcentaje muy alto de personas mayores que viven solas,

entonces, tú puedes prestar un máximo, que según el pliego de condiciones de atención domiciliaria. son un máximo de 3h/día, y mínimo 15h/semanales, pero esto para unos puede ser suficiente, pero para otros no, y la ayuda ¿a quien va destinada en estos momentos?. Bueno, pues a personas que de alguna manera tienen esas dificultades para la A.V.D., pero como solo cubre la higiene, las cuatro labores domésticas y poco más, el resto del día ¿qué pasa con esa persona mayor?, los hijos tienen sus casas y no siempre se pueden hacer cargo de ellos, así que el resto del día están solos, y el paso siguiente es el centro de día y el centro de día también requiere un nivel de dependencia para poder acceder a ello, todo el mundo tampoco quiere ir al centro de día”, “El anciano, por ser anciano, necesita cuidados a todos los niveles. A nivel social porque es una persona que está normalmente sola y deja de hacer sus quehaceres de la casa y los personales. Se abandona. Y en ese abandono se siente solo. Tenemos cantidad de casos de gente que se ha caído y no se ha podido levantar. Y en este momento incluso tenemos problemas con gente que tiene esa cuidadora que viene al domicilio la hora o dos horas y no tiene a nadie más el resto del día, y hasta que esa cuidadora no vuelva al día siguiente, que igual se lo encuentra en el suelo, no tiene a nadie”.

- Respecto de la educación para la ayuda domiciliaria social, algunos plantean la **realización de programas con intervención de enfermería para el adiestramiento de los cuidadores**, pero sin desligarse después de su **seguimiento**, una vez instaurados los planes de cuidados. “Enfermería podría detectar, derivar y/o canalizar las necesidades social y sanitariamente, apoyando a la familia, educando, ayudando e informando en todo momento.” , “Somos las que durante varios meses hemos acudido al domicilio, conocemos toda la problemática, (.../...) somos las que estamos tratando con la familia, enseñando a los cuidadores, cuidando nosotras mismas durante varios meses...). “La enfermera, aparte de hacer una asistencia directa, podría hacer una labor de prevención, valorar, vigilar coordinar...”. “Enfermería es el personal fundamental para educar, tratar, delegar y luego vigilar”.
- Alguno de los informantes mantiene que con los recursos existentes, se podría **organizar mejor este tipo de ayudas y coberturas, mediante otras formas organizativas**, que algunos incluso las apuntan:
 - Poder derivar o hacer consultas interdisciplinarias directamente
 - Poner en marcha medidas preventivas antes de que se instauren las discapacidades
 - Educación a la familia y al cuidador de A.D.S.
 - Incorporar auxiliares de enfermería, formando equipos de trabajo y coordinados por enfermeras, como responsable de los planes de cuidados y su seguimiento y evaluación posterior.
 - Contar con programas desde los ayuntamientos que valoren las necesidades e integren las actuaciones (tanto sociales como sanitaria y de apoyo familiar o del entorno), para un mejor reparto y aprovechamiento de recursos.
 - Disponer de “Respiros” para las familias o cuidadores principales pudiendo internan temporalmente mientras ellos descansan...

- Tener en cuenta al familiar o cuidador informal directo, que muchas veces se convierte en un segundo foco de necesidad de cuidados,

“ La enfermera tiene herramientas conceptuales para poder llevar a cabo los cuidados domiciliarios, pero desde Atención Primaria falta tiempo y una organización diferente desde los centros de Salud”.

- Por otro lado, respecto de las institucionalización de personas mayores, hay una idea generalizada de **que las escalas utilizadas para valorar a las personas que solicitan ingresar** en las mismas, tienen **carencias** ya que contemplan de forma parcial las necesidades básicas de la persona, apoyándose más en aspectos que determinan “*persona válida*” o “*persona no válida*” por si misma. Por supuesto que en general se entiende esta valoración como excesivamente “*economicista*”, e incluso llegan a decir que “*En los centros estos de pacientes geriátricos, mientras eres válido pues tienes más puntos para entrar. A medida que vas necesitando más cuidados se van cerrando las puertas*” “*Los grandes inválidos necesitan muchos cuidados y mucha gente...*” “*Supongo que todo está medido desde el punto de vista economicista*”.
- Otros profesionales entrevistados plantean como necesaria la **creación de espacios y actividades que puedan mantener conectado a la persona mayor a su entorno social**, aún cuando estén limitados sus desplazamientos o se encuentre internado en alguna institución. Ese aspecto mejoraría en unos casos y en otros recuperaría la incomunicación que mantienen algunas personas cuando no pueden desplazarse. Proponen establecer redes de apoyo para este fin, y entienden que a veces una valoración de enfermería respecto de la “*necesidad de relación-comunicación*” pone de manifiesto que esta necesidad no se está cubriendo y podría evitar ciertos estados depresivos o de otro tipo, que una vez instaurados es más costoso en tiempo y en recursos tratar de resolver.
- En algunas entrevistas, **se valora que la enfermera debería estar en las instituciones que implanten programas de tipo socio-sanitario**. También entienden que desde A.P. se podría atender de otra forma y se echa en falta el conocimiento en el funcionamiento y la coordinación con los servicios sociales de forma que haya más implicación. “*La enfermera debe realizar una oferta profesional para asumir los cuidados socio-sanitarios así como la coordinación con otros niveles de diferentes profesionales*”. “*Las enfermeras tienen poco conocimiento e información de cómo funcionan los Servicios Sociales, cómo acceder a ellos, dónde se sitúan, qué implican,... cómo se canaliza...etc..*”. Se detectan deficiencias para contar con otros profesionales y tratar a los mayores de forma más integrada, contemplando todas las necesidades y poniendo en funcionamiento medidas de atención, cuidados y preventivas, que ayudarían a resolver muchos problemas. “*Lo social no puede separarse de lo sanitario. Las instituciones tienen que trabajar mucho en este campo. Tienen que estar abiertas a trabajar conjuntamente lo social y lo sanitario*”.
- Respecto de la ayuda que dan los servicios sociales, cuando se trata de acondicionamientos en domicilios, manifiestan que deberían poder realizar directamente un informe de situación y ayudas necesarias para el mayor, y no

tener que hacerlo a través de otros profesionales. **Piensen que la respuesta llega tarde y las discapacidades están muy avanzadas.** Debería hacerse más prevención, y disminuiría en parte el gasto en recursos. *“Si se acude a los domicilios, se detectan problemas antes de su instauración”.*

- En **general se consideran escasos los recursos dedicados a la atención de los mayores discapacitados**, y se piensa que en el futuro deben aumentarse, ya que el envejecimiento va a repercutir en una mayor necesidad de personal cuidador, que requerirá de más profesionales que lideren los cuidados y su seguimiento. Hay quien piensa que faltan ya enfermeras para estos centros de mayores no válidos. *“Las instituciones hacen poco, pues dedican poco personal y poco tiempo al tema...”.*
- En las entrevistas **destaca la diferencia que se observa en los abordajes del espacio socio-sanitario** *“...por un lado están los servicios sociales que los cogen Diputación y Ayuntamientos, y por otro lado, los servicios de salud, básicamente recogido por Osakidetza. Deberían estar más integrados....Estaría muy bien que hubiera más coordinación”* *“La Asistente Social manda la ayuda domiciliaria según los criterios que ella valora, pero ella no es especialista en cuidados...”.* También preocupa la poca presencia de Enfermería en los ámbitos de decisión y planificación de las prestaciones del ámbito Socio-Sanitario. *“En Diputación está la Comisión de Bienestar Social, está el Colegio de Trabajo Social, el Diputado y más gente, pero enfermería no entra para nada”.* En las poblaciones rurales parece que se está abordando mejor y hay poblaciones donde la coordinación es bastante buena. Sin embargo esa forma contrasta con la de las ciudades y poblaciones más urbanas donde hay menor coordinación y la situación es más compleja de abordar. *“ Hay poca implicación de Servicios Sociales y Centros de Salud.”*
- Otro aspecto que se destaca es la **cualificación, dirección y coordinación de los trabajadores de Atención Domiciliaria Social**, personas contratadas por los Departamentos Sociales de Instituciones, para dar cobertura de aseo y labores domésticas (limpieza, comida...) en los domicilios. **Existen diferencias en la preparación y en cómo se evalúan estos profesionales:** *“ ...las coordinadoras me piden ayuda a la hora de examinar y valorar la cualificación de ese personal que van a coger, porque son personal del Ayuntamiento, claro...”.* *“...Falta formación en estas personas que hacen labores de Atención Domiciliaria Social...”.* *“Se les hace contrato, desde empresas privadas concertadas por los Ayuntamientos, como personal de limpieza...”* . *“ Al trabajar la Trabajadora Social por un lado y la Enfermera por otro, hay un desconocimiento de lo que ambas partes realizan”.* .
- **La necesidad de valorar conjuntamente el entorno del mayor discapacitado**, aparece tanto en la bibliografía consultada en el M.T. como en la opiniones de los profesionales entrevistados, así como considerar a la familia como un posible “paciente oculto”, al que habrá que dispensar cuidados tras la valoración oportuna. (Cuidar al cuidador: consejos, descanso, pautas...). La percepción de mayores recursos de apoyo formal social y sanitario en domicilio es coincidente (M.T.4,8), ya que a menudo los

cuidadores informales también son mayores y el envejecimiento de la población al que se incorpora una prevalencia de incapacidad funcional de un 27,4%, incide en una mayor necesidad de los mismos.

- Esta situación se está manifestando por la política (buena por otro lado) de mantener al mayor en su entorno lo más posible. Los enfermeros que trabajan en domicilios ponen de manifiesto la **tardanza con que llegan recursos materiales de tipo ortésico** (muletas, camas, barandillas,...) por seguir unos circuitos largos y alejados del problema potencial que se vuelve real al no poderse prevenir a tiempo, lo que comporta un mayor consumo de recursos a posteriori, que según dicen los enfermeros entrevistados, podría haberse retrasado su aparición. A veces cursando, por caídas, con ingresos en instituciones.

Esta situación, constatada en el M.T.(3), debería prevenirse con programas consensuados entre profesionales y bien coordinados, con capacidad de valorar y decidir los recursos necesarios en función de cada situación y con un seguimiento, tal y como lo demandan los enfermeros entrevistados. En definitiva hacer un mejor aprovechamiento de los recursos. Para ello es necesario crear programas de intervención socio-sanitaria, donde como se recoge en el MT, exista un equilibrio entre los cuidados formales e informales.

3. LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS AL MAYOR EN EL DOMICILIO

3.1. CUIDADOS PROFESIONALES A PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

Lo que se desprende de las entrevistas en relación con el deterioro cognitivo y de forma casi unánime, es lo siguiente:

- **Falta de formación** en psicogeriatría
- **Necesidad de espacios de tiempo más amplios y un equipo multidisciplinar**, con ayuda de psicólogos y psiquiatras para abordar estas situaciones.
- En la práctica la atención enfermera que se presta tiene que ver sobre todo con la **administración de fármacos** siendo, la familia, y otras disciplinas profesionales, los que se encargan del resto de atenciones que requieren éste tipo de enfermos.
- Sobre estas **familias**, y con mención especial para las situaciones con pacientes aquejados de **Alzheimer**, casi la totalidad de los entrevistados hace hincapié en el **agotamiento físico y psíquico** que soportan, que necesita **apoyo, conocimientos de la enfermedad y de los cuidados que ha de dispensar**, saber qué recursos tiene a su alcance, y hay quien afirma que el sistema establecido no les ayuda lo suficiente y han de recurrir a **asociaciones**, cuya labor resalta.

Algunas de las frases que se citan y al hilo de lo comentado:

“Aquí no hay prácticamente actuación enfermera, en todo caso se limita más a controlar la medicación que pone el médico..., que tomen bien las gotas y todo eso..., y del resto parece que se encargan más los Servicios Sociales y la familia que carga con todo el peso, y este campo parece que lo están cogiendo otros profesionales..., creo que este tema es desconocido para muchas enfermeras”. “Crea mucho sufrimiento en la familia, el que no te reconozca la persona a la que estás cuidando, el que no puedas tener una relación, hablar con ella, el expresar sentimientos, es muy duro, porque a lo mejor te estás volcando mucho sin recibir nada, ni la más mínima sonrisa, ni agradecimiento y esto cansa mucho. Eres una persona desconocida para el que estás cuidando”, “...ya no estamos hablando de una persona que puede tomar decisiones, sino que otros tienen que velar por su seguridad, ya que él no puede”.

3.2.-CUIDADOS PROFESIONALES EN PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN TERMINAL.

En cuanto a los cuidados a pacientes en situaciones terminales, del análisis de las entrevistas se desprende que:

- En los procesos de muerte continúa la tendencia a la **institucionalización**. La mayoría coincide en resaltar que es debido al miedo y la **angustia** que representa la muerte en el entorno del moribundo, porque no se les ha educado en estos procesos de despedida y existen **miedos no resueltos**.
- Los informantes valoran la **importancia del confort existencial y emocional**, pero del contenido de las entrevistas se desprende que las atenciones enfermeras van sobre todo dirigidas al confort físico: **curas, analgesia** y otros cuidados asistenciales y también al apoyo e información a las familias.
- Hay quien señala **que el profesional de enfermería es el más cercano e involucrado, pero no siempre el mejor preparado ni el adecuado para dar respuesta a todas las necesidades que se generan en torno a este tema**. También se alude a la gran labor que en este campo realizan los equipos de Cuidados Paliativos, que cubren además un vacío que existía sobre todo en el medio rural, y los de Lucha contra el Cáncer a nivel domiciliario, y en este sentido hay quien plantea que desde la Atención Primaria, debería ofrecerse una atención abierta las 24 horas para los pacientes en proceso de muerte.

En relación a lo expuesto, algunas frases de los enfermeros encuestados:

Por la experiencia que yo tengo, pues muy pocos..., pocos mueren en sus domicilios, la mayoría de las personas mayores mueren en los centros residenciales, o en los hospitales..., pues porque las familias no saben..., y se agobian..., no quieren que se les muera en casa porque no saben como tratarlo y cuidarlo..., en general no quieren..., en cuanto hay una dificultad se les institucionaliza, porque no se les ha enseñado ese proceso de la muerte y los cuidados que hay que tener..., y luego están los miedos...”, ,

“...si hay una información y formación al cuidador informal, o sea a la familia...y sobre todo si sabe que tiene un equipo de referencia, al que puede acudir en cualquier momento, y que no están solos..., estamos hablando de ese

caso hipotético, en el que la atención domiciliaria estuviera presente una enfermera, o un equipo..., pues, en ese caso y si fuera así, sobre todo, se ahorrarían muchos recursos económicos, y no solo eso, sino que la persona muere en su casa, en su entorno, con sus hijos, hermanos, vecino, amigos..., en su medio, en su comunidad, donde ha vivido siempre y no en una institución donde nadie le conoce”.

“...Pues que conozcan bien qué es una situación terminal. Qué se puede hacer en estos casos, y que asuman bien que no tenemos elementos médicos para curar sino que todo va a ser en plan de procurar confort”. “... Cuando uno no acepta que se va a morir, siempre busca soluciones de curación y busca soluciones de curación fuera del domicilio”. “... Cuando aceptas que te vas a morir o la familia acepta que no hay soluciones médicas para la curación, pues se puede plantear qué es lo mejor para este enfermo: el domicilio, el hospital, un centro de larga, media, estancia..., lo que sea. Pero primero hay que tener también información. Primero el enfermo y luego la familia”.

“...La familia desde luego, necesita no solo información sino drenaje y respiro”

“...Me parece que hacen un trabajo fantástico, es otro tipo de ayuda que hay, que es la asistencia que hay del equipo de cuidados paliativos, que me parece que funciona fenomenal, que es una maravilla, y todo el que los ha utilizado está encantado, y a mí me parece que el equipo de cuidados paliativos es formidable”.

“...El servicio domiciliario del hospital tiene una cobertura de veinticuatro horas, pues igual en este momento hay que plantearse que en atención primaria, no como se hace ahora, como tal, sino que igual tenemos que dar un servicio de veinticuatro horas planteándonos esas necesidades. Lo que pasa que tampoco tenemos un estudio claro de qué necesidades son realmente..., enfermería tiene muy poco registro, muy poca investigación en ese sentido, y podemos hablar, entre comillas, de la experiencia personal”.

4.- ASPECTOS RELATIVOS A LA PROFESION DE ENFERMERIA

4.1 FORMACIÓN EN ENFERMERIA: NECESARIA Y DEMANDADA. IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.

Tras el análisis de las entrevistas realizadas, en los resultados obtenidos en cuanto a las necesidades de cuidados de los mayores en el domicilio, se detecta falta de formación e implicación de las enfermeras para llevar a cabo dichos cuidados. Los aspectos mas relevantes a los que se hace referencia son los siguientes:

- **Las enfermeras al acabar la diplomatura no están lo suficientemente formadas, se les prepara para impartir cuidados fundamentalmente de**

aspecto físico, pero luego en función del contexto en el que se den resultan más o menos eficaces. Algunos comentan haciendo alusión a este aspecto: “...se trabajan los cuidados que nos presenta el modelo sanitario, desaparece la persona ante el problema médico”, otro profesional menciona “creo que enfermería no hace los esfuerzos suficientes, se sigue trabajando mucho la técnica, y se podría hacer mucho desde la docencia y desde las escuelas..”, otras mencionan “... la enfermera tendría que ser una experta o con formación de postgrado, ya que la diplomatura es insuficiente porque maneja técnicas-sanitarias y algunos conceptos integrales que son insuficientes para abordar determinadas situaciones...”.

- Continuando en esta línea se comenta que la enfermera **debería estar más preparada en el campo social para orientar y canalizar todas las cuestiones sociales**, valorar e ir estableciendo el plan de cuidados, respecto a esto alguna menciona “.. las enfermeras tienen poco conocimiento de cómo funcionan los Servicios Sociales, como acceder a ellos, que implican, donde están situados, hay más Trabajadoras Sociales interesadas por los cuidados de enfermería, que enfermeras interesadas por las cuestiones sociales ...” y alguno más añade “.. hay que formarse trabajar más este tipo de conocimiento para trabajar de forma conjunta y multidisciplinar...”.

Desde la A.P. se **atiende a demanda** y según protocolos consensuados en algunos centros de trabajo con horarios poco flexibles y mucha demanda que impide una buena organización, así como buenos seguimientos de los cuidados. No se evalúa y se atiende solo la demanda puntual que casi siempre queda relegada a curas, inyectables..., no se va al domicilio si no es porque hay una patología, y las situaciones de carencia de cuidados se dan por falta de tiempo y de conocimientos. Algunos hacen reflexiones a la implicación de la enfermera en los cuidados domiciliarios apuntando que ésta es escasa, para otros sin embargo la enfermera no trabaja todo lo que podría dar porque en muchos casos el sistema no se lo permite, algunos hacen referencia a los tiempos, otros a que debería de existir un equipo de auxiliares para delegar cuidados y alguno más añade que desde la A.P. “...se debería de trabajar y formarse más en la prevención y la educación para la salud...”.

- Enfermería tiene **que definir y defender bien su ámbito propio** que es el **de los cuidados**. Hay que **trabajar mucho en el tema de la planificación de los cuidados** que por otra parte constituye nuestro propio valor, “...hacer buenas valoraciones y planificaciones podría ser una línea de trabajo pero seria necesario cambiar algunas formas y filosofías y aprender mas a trabajar en equipo...”, esta es una cuestión que preocupa a más de uno ya que aseguran que en domicilio y desde la A.P., muchas veces te ves sola frente a las dificultades que se plantean. En algunos casos los entrevistados hacen referencia a las reminiscencias que la mayoría de las enfermeras que trabajan en A.P., tienen del modelo institucional en el que han ejercido su labor durante muchos años.
- **No se recoge bien la información ni se registran todos los cuidados**, “...habría que trabajar más el método científico”, dice alguno, o trabajar y formarse en los diferentes modelos “...autocuidados, ayuda, suplencia...” ya que ésto influye en los objetivos, en como actúa cada profesional, porque para unos enseñar es lo mas adecuado, pero para otros entraña dificultades..”. **Hay muy poca investigación en este sentido**, podemos hablar mucho de la experiencia

profesional, pero si no se registran bien nuestras actuaciones, se corre el riesgo de que otros profesionales asuman parcelas de actuación de enfermería, afirman otros profesionales.

- Los aspectos más relevantes, y en el que casi la totalidad de los entrevistados están de acuerdo, en cuanto a **necesidades de formación** hacen alusión a los déficit **en comunicación** tanto con el paciente como con la familia, a los **cuidados terminales** que, a pesar de llevarse a cabo se hacen desde nuestras propias limitaciones, y a las **demencias y deterioros cognitivos** donde la actuación de enfermería se limita a controlar los tratamientos farmacológicos. Algunos profesionales apuntan la **necesidad de formación en psicogeriatría** que permita las habilidades suficientes para tratar de enseñar y apoyar a la familia en determinadas conductas y comportamientos a seguir en estos casos, así como aprender a diferenciar síntomas y conductas (alucinaciones, depresión, ansiedad, agitación...etc) y poder dar respuestas efectivas, porque como se dice en una de las entrevistas “ .. *no se trata solo de dar pastillas y gotas, el personal de enfermería en este tema tiene que reciclarse y casi especializarse..*”.
- Se percibe la necesidad **de formación de enfermeras geriátricas o especialistas** en estos cuidados ya que el trabajo con los ancianos dicen algunos “...*es duro*”, pues implica entre otras cuestiones cambiar el concepto y la filosofía a la que algunos aluden de “Cuidar por Curar”, hay que conocer la filosofía geriátrica para poder prestar unos cuidados adecuados. Algunos de los profesionales entrevistados que llevan a cabo su trabajo desde contextos geriátricos apuntan que **la enfermera no esta muy concienciada en este tema, la dibujan desmotivada y poco implicada** ya que el tipo de cuidado y atención es muy diferente del que se percibe desde el contexto hospitalario pues como dice una entrevistada “... *aquí hay una importante labor de gestión, de responsabilidad, de toma de decisiones y de instrucción al personal que tienes..*”. Hablan también de la formación que hay que dar a las auxiliares de enfermería y cuidadoras que van a los domicilios y hablan algunos de **que la docencia a estas auxiliares. podría constituir otro campo de actuación de enfermería**. Se percibe que las necesidades estarían mejor cubiertas si existiera una figura de enfermería geriátrica que visitara y valorara a los mayores en el domicilio para coordinar después estas necesidades con los diferentes profesionales que conformaran el equipo socio-sanitario.

4.2 EDUCACION PARA LA SALUD

Después del estudio de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería en lo referente a la Educación Sanitaria (E.S), se desprende la importancia que desde este colectivo se da a todo lo relacionado con la promoción y prevención en materias de salud, no sólo con el paciente sino con su entorno, pero así mismo también se detecta una falta de desarrollo de este recurso. Los aspectos más significativos que se aprecian tras el análisis de las entrevistas en cuanto a Educación Sanitaria, son los que se mencionan a continuación:

- El personal de enfermería valora la E.S. como una **herramienta básica para retrasar el nivel de dependencia** y la importancia de desarrollarla cuanto antes para llegar a la vejez con un mayor calidad de vida..Así, una enfermera comenta: *“yo te enseño a hacer para que no dependas de mí”* De esta forma, se da un mayor grado de autonomía al receptor o receptores de esta Educación en materia de salud y un mayor grado de colaboración con el equipo sanitario.
- Se resalta a través de las entrevistas, que esta E.S. debe ir **dirigida al paciente y a su entorno**, bien sea familia, cuidadores informales o red de apoyo social, favoreciendo así, como se ha apuntado anteriormente, la independencia, la colaboración con el equipo sanitario e incluso, como apunta una enfermera *“En la E.S podríamos valernos de charlas de apoyo a la familia, no sólo para conocer más algunos cuidados, sino para drenar la tensión que supone cuidar a un mayor dependiente”*. Otro enfermero destaca: *“Es importante integrar a la familia en los cuidados y autocuidados ya que ellos cubren muy bien los aspectos emocionales y afectivos”*. También hay quien dice: *“Hay que educar al cuidador, no sólo en función de que cuide al paciente, sino para que se cuide a sí mismo: posturas, etc...”* A través del conocimiento correcto de los cuidados por parte del mayor y/o de sus cuidadores, se pueden asumir la mayor parte de las actividades, sobre todo las relacionadas con la higiene, movilización, alimentación, sin que esto suponga intrusismo, ni dejación de nuestras funciones. Sobre este particular hay quien apunta: *“Se trata de educar a la familia para que sea lo más autónoma posible, y no estamos haciendo una dejación de nuestras funciones, sino que estamos realizando una labor de trabajo”*.
- **La enfermería como el profesional mejor capacitado para llevar a cabo la Educación Sanitaria.** A este respecto se señala: *“El desarrollo de este recurso tiene que venir de la mano de enfermería, valorando y planificando, con objetivos claros y concretos, para dar respuesta antes de que el problema se cree”*. También se señala: *“La intervención de la enfermera es fundamental en E.S, sería la protagonista, porque estamos hablando de la figura de la enfermera como persona de referencia y coordinador de esta ayuda domiciliaria que aparte de tener un conocimiento exhaustivo de cada mayor en su domicilio, con establecimiento de objetivos y planes de cuidados, podría trabajar con las cuidadoras, auxiliares y con la familia, por supuesto”*. **Hay también quien piensa que la enfermería está poco implicada en tareas de E.S porque está más en la demanda que en la prevención.**
- **Los temas referentes a la salud en los cuales más E.S se desarrolla, según la opinión de los entrevistados, tienen que ver con la alimentación, higiene y movilidad.** Referente a esto encontramos: *“Se educa sobre todo en temas puntuales, enseña cómo lavarse, cómo moverse, qué tiene que comer...”*. *“Se educa en lo que se conoce: aspectos de alimentación, enfermos crónicos: diabetes e hipertensión, movilizaciones y cambios posturales...”* **En cambio, hay un gran vacío en cuanto a E.S en temas relacionados con la relación y la comunicación.** Así hay quien apunta: *“En temas de relación y comunicación la enfermera debería tener un cuerpo*

teórico más elaborado”, *haciendo mención a la falta de formación en cuanto a esta materia. También se dice: “Habría que educar en la comunicación, enseñar a tocar /.../ reciclar ciertos aspectos comunicativos”, aludiendo que la educación surge como idea personal, en función de lo que cada uno piensa que necesita el otro. Aquí es importante reseñar las diferentes formas que tiene de trabajar la enfermería en cuanto a modelos se refiere y que también se menciona en las entrevistas (autocuidados, ayuda suplencia...)*

- En cuanto a los **principales obstáculos** con los que se encuentra el desempeño de la Educación Sanitaria se desprende de las entrevistas que son, por una parte una **atención demasiado centrada en lo asistencial** en detrimento de lo preventivo y educativo. En referencia a esto, podemos encontrar: “Vas a encontrarte con el problema (cura, inyectable),”. Aquí, además se alude a **la falta de tiempo**: “Falta tiempo para la prevención, quizás es lo que menos se trabaja desde la A.P, ya que la atención asistencial, la demanda puntual es lo prioritario y lo que realmente se trabaja” *En la siguiente frase se reseña el orden lógico de las diferentes actuaciones.* “Básicamente estamos actuando a demanda. No estamos haciendo Educación para la Salud y este sería el primer paso para no estar todo el tiempo curando”. Se hace mención también por diferentes entrevistados a **la falta de herramientas necesarias para la puesta en marcha de las labores preventivas y de educación**, y en este sentido hay quien destaca la falta de **estudios poblacionales**, la falta de **protocolos y programas**. También hay quien generaliza y reseña **la falta de recursos materiales y humanos**, así como la falta de tiempo antes ya eludida. También un entrevistado piensa que no es una acción muy cara, la de educación para la salud y que se deberían empezar a hacer programas conjuntos para que la gente mayor pueda acceder a unos conocimientos, apoyo o ayuda que necesita.
- Como otros obstáculos se ven **la dificultad que entraña cambiar hábitos**, más marcada en las personas de edad y la relación en el tiempo necesaria para que el profesional de enfermería intente modificar cierto tipo de hábitos. También se alude a que la sociedad desea ver efectos a corto plazo.
- Respecto de la educación para los que prestan la ayuda domiciliaria social, algunos plantean la realización de **programas con intervención de enfermería para el adiestramiento de los cuidadores**, pero sin desligarse después de su seguimiento, una vez instaurados los planes de cuidados. “Enfermería podría detectar, derivar y/o canalizar las necesidades social y sanitariamente, apoyando a la familia, educando, ayudando e informando en todo momento.” “Somos las que durante varios meses hemos acudido al domicilio, conocemos toda la problemática, (.../...) somos las que estamos tratando con la familia, enseñando a los cuidadores, cuidando nosotras mismas durante varios meses...”. “La enfermera, aparte de hacer una asistencia directa, podría hacer una labor de prevención, valorar, vigilar coordinar...”. “Enfermería es el personal fundamental para educar, tratar, delegar y luego vigilar”.

A modo de resumen, esta frase de una enfermera entrevistada. *“Queda por hacer mucha Educación sanitaria, tanto a pacientes como a familiares, en todos los ámbitos...Estamos dedicando demasiado tiempo a la atención curativa y paliativa y muy poco a la E.S”.*

CONCLUSIONES

“El anciano ya no es aquel que transmite sabiduría y sensatez, se ve más como una carga, como un parásito social que, simplemente, consume servicios”.

Esta afirmación descansa sobre la base de un estereotipo que se pretende superar. Hasta hace poco, los temas relacionados con la asistencia a personas mayores, no eran objeto de atención. Ocasionalmente, la noticia surgía por los MAYORES que eran abandonados por sus familiares. Sin embargo, las personas mayores no son un elemento pasivo de la sociedad aunque esto a veces solo parece claro cuando se habla de consumo o de política....

La cuestión de la atención a las personas mayores traspasa los límites del entorno familiar y se convierte en un problema social. El descenso de la natalidad, la reducción de forma sustancial del tamaño de las familias, la mayor y necesaria formación de la mujer, que se incorpora plenamente al mercado laboral, así como unos valores centrados en la libertad de elección, la responsabilidad compartida en función de género, y la autosatisfacción, son los elementos que van a conformar la exigencia de nuevo panorama asistencial. En este nuevo horizonte, el cuidado de las personas con problemas de dependencia en el entorno familiar y social va a requerir de ofertas sociales que ya se dispensan en otros lugares de la Unión Europea como son los países nórdicos y que va a requerir de dinamismo por parte de las instituciones y creatividad para afrontar estas nuevas necesidades ciudadanas que no se pueden basar en “la Caja negra de la familia” (El País, sábado 22 de febrero del 2003).

El envejecimiento de la población significa que el peso de los mayores crece en el conjunto de la sociedad. Este crecimiento viene provocado, tanto por el alargamiento de la vida –por la mayor longevidad de las generaciones–, como por la escasa natalidad que contribuye a que los grupos de menores y jóvenes sean cada vez más exigüos. Todos los países de la Unión Europea participan de este envejecimiento que hace que cambien las necesidades. Unas necesidades que viene de la mano de nuevas formas de vida y de nuevas definiciones socio-sanitarias en las cuales se recoge la vejez como

diversidad donde hablaríamos de vejez normal, de vejez patológica y de vejez con éxito, también llamada vejez competente, satisfactoria o activa (Fernández- Ballesteros, 2002).

En el año 2020, si se mantienen las actuales tendencias, los mayores de 65 años representarán más del 20% del total de la población, frente al 14% de 1990 y el 17% actual. La esperanza de vida al nacer, en los países avanzados, era de unos 50 años a comienzos de siglo, de unos 80 años actualmente y podría alcanzar los 90 años en el primer cuarto de siglo. Rolando Lee, demógrafo de la Universidad de California, ha estimado que por cada año de esperanza de vida que se aumente, será preciso que el PIB crezca un 1%.

Con esta situación de partida, se podrían agrupar las siguientes conclusiones, atendiendo a las diferentes áreas de abordaje.

En el marco teórico se definía la atención a domicilio como la asistencia metódica y sistemática dirigida a la persona enferma y su familia o cuidador principal en el domicilio, con el objetivo de resolver los problemas de salud reales o potenciales que puedan tener. Se valora a la persona como un todo biopsicosocial. Se considera un proceso de atención continuado, longitudinal, integral y multidisciplinario, en el que se realizan funciones tanto sanitarias como sociales (García Bermejo *et all*, 1997; Alamo *et all*, 1999; Marco y Abad, 2000; Servicio Vasco de Salud, 1995; Martín y Cano, 1994). Pretende mantener al paciente en su entorno, evitando institucionalizaciones y la consecuente desintegración de los lazos entre el individuo y su medio (García Bermejo *et all*, 1997).

Según esta definición en el trabajo de campo llevado a cabo con enfermeras profesionales de Guipúzcoa ha quedado de manifiesto que hoy por hoy no se lleva a cabo como tal esta atención domiciliaria: se atiende a los mayores principalmente cuando hay técnicas que realizar y cuando hay demandas que proviene de ingresos hospitalarios, pero no es sistemática, ni metódica, ni integral. Tampoco se trabaja según el modelo de Calidad Total que recoge García Bermejo, proceso de valoración/planificación/acción/evaluación La explicación de esto se basa en aspectos como la falta de tiempo, el costo de los desplazamientos a los domicilios, la falta de registros enfermeros en este aspecto, falta de recursos humanos y falta de presupuestos específicos para programas de mayores. Además y asociada a esta idea está la falta de

trabajo en prevención, en la detección inicial del comienzo de un proceso de dificultad funcional, y la escasa dedicación a la educación sanitaria y a la atención a la comunidad. El Ayuntamiento de Donosita, por ejemplo, sí realiza escuelas de padres para parejas que tienen hijos, para saber educarlos, pero no hay muchas institución hoy por hoy que lleven a la práctica programas comunitarios en el Territorio Histórico de Guipúzcoa que ofrezca a las familias espacios para compartir experiencias, emociones e informaciones sobre los mayores, liderados por enfermeras como profesionales de cuidados y manejadoras de técnicas relacionadas con la educación sanitaria. De hecho, las enfermeras entrevistadas dicen sentirse capacitadas para formar a cuidadores informales, que es uno de los objetivos en el campo de la prevención al ciudadano.

Según las entrevistas y confirmado por el marco teórico, el tipo de paciente que va a requerir atención domiciliaria de la enfermera, es sin duda el denominado “*anciano de alto riesgo*”, o “*anciano frágil*”, es decir, aquella persona mayor que cumpla alguno de los criterios siguientes: edad muy avanzada (mayor de 80 años), tener poca movilidad, sufrir de alguna patología crónica invalidante, hospitalización reciente, vivir solo o de reciente viudedad, o estar en una situación de pobreza (Benitez del Rosario y De Armas 1996; González y Salgado 1992). Es decir, la persona mayor que se caracteriza por encontrarse en una situación de salud inestable, con riesgo de un deterioro importante e incluso institucionalización, o con un cambio importante en el ciclo vital de la familia donde se encuentra esa persona mayor.

Así, y en cuanto a la atención enfermera, los cuidados han de ir encaminados a contribuir a que el anciano mantenga su máximo nivel de autonomía, y que, al igual que su entorno familiar, tenga una buena calidad de vida. A esto hay que añadir una atención especial en el último momento, asegurando una muerte digna, procurando ofertar el propio hogar si así lo desea tanto el mayor como su familia y articulando unas condiciones de bienestar y seguridad adecuadas, para lo que es totalmente necesario el manejo del dolor, el estar presente y la información tanto sobre el proceso como sobre la gestión de las emociones y, en su momento, los trámites administrativos necesarios cuando la muerte llega. En este punto es necesario destacar la baja atención que según las enfermeras entrevistadas se dispensa en la actualidad a los pacientes terminales mayores y a sus familias. Las variables que explican esta circunstancia van desde una baja formación de las propias enfermeras, en palabras de algunas de ellas “no se trabaja en las escuelas este aspecto ya que están mas orientadas al ámbito hospitalario y a las

técnicas que a la atención a la familia y a la orientación en los procesos”. De aquí se desprende la necesidad de formación en intervenciones de enfermería que recoge Arranz et al. (2003) en su libro sobre “Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos”.

En cuanto a las actividades preventivas en la vejez por parte de las enfermeras, la idea que ha aparecido en las entrevistas es que se encuentran en una posición privilegiada para ayudar a las personas ancianas y sus familias a conseguir un mayor nivel de bienestar. El pasar más tiempo con los pacientes hace que puedan ser las que mejor conocen sus necesidades y las que antes detectan las situaciones de riesgo, esta idea también aparece en el marco teórico de la mano de Sarrillé y Pérez (1995); Martín Zurro y Cano (1994). Sin embargo, las personas entrevistadas han comentado que la disponibilidad de dedicación en estas áreas y la dificultad de medir económicamente en el corto plazo estas intervenciones, hace que no se dediquen recursos económicos suficientes y que la motivación de las propias enfermeras para estas áreas de trabajo sea baja, ya que no hay refuerzo ni institucional ni social sobre la importancia de estas actividades y lo que se consigue con ellas. Por otro lado y asociado a estas dificultades se menciona que en atención primaria se trabaja a demanda de lo que llega, no hay tiempo para involucrarse en planificar otras cuestiones ya que la demanda es alta y lo suficientemente absorbente en estos momentos para que no se desarrollen más campos de actuación.

También en este aspecto se menciona en las entrevistas que hay deficiencias formativas y que las organizaciones (sanitarias o socio-sanitarias) no estimulan la formación que sobre el papel defienden estas ideas, pero en la práctica, el día a día marca los ritmos y hay incluso dificultad para investigar y para formarse. Relativo a la formación se descubre el bajo o inexistente conocimiento enfermero en temas relativos a las demencias y las áreas de psicogeriatría. Por otro lado, tampoco se aprecia en las entrevistas un deseo enorme de ampliar los conocimientos en cuidados de mayores si no va asociado a una oferta pública de empleo. Es difícil que aparezcan ideas innovadoras y de hecho no han aparecido como tal en las entrevistas.

De estas claves se desprende la necesidad de involucrar a las instituciones tanto en dedicar partidas presupuestarias como en liderar proyectos innovadores de atención a personas mayores que no se cubren actualmente (el presupuesto social en España es el menor de toda la Unión Europea). Sería conveniente elaborar protocolos de trabajo preventivo y asistencial en estas áreas y validarlos con años de trabajo, trabajar con

rigor aplicando el método científico (PAE proceso de atención enfermera) y adoptando un Modelo de Calidad Total, como el elegido por el Servicio Vasco de Salud – Osakidetza teniendo en cuenta los requerimientos de los clientes y de calidad.

Además, se requiere un espíritu más creativo e innovador por parte de enfermería, asumiendo riesgos y demostrando que no solo el cuidado es suyo como profesión y filosofía de conocimiento sino probándolo desde el trabajo de campo. La búsqueda de un espacio de trabajo está diagnosticado; falta demostrar que se puede colaborar en la mejora de salud, en lo que se describe como la búsqueda de la vejez con éxito o también llamada vejez competente, satisfactoria o activa. Para poder trabajar de lleno y con entusiasmo falta modificar creencias actuales de enfermería, creencias actuales sobre los mayores; ya que está demostrado que las personas a cualquier edad, tienen una serie de concepciones en torno a la vejez que, sean correctas o falsas, van a influir en las expectativas y comportamientos que se van a tener con las personas mayores, e incluso, en cómo envejecerá uno mismo (Fernández-Ballesteros, 2003). Este es un área de trabajo en el cual las enfermeras pueden participar activamente, ayudando a eliminar falsas concepciones y estereotipos sobre la vejez y el envejecimiento.

Fries, autor básico en los conocimientos esenciales del buen envejecer, señala cómo existen cambios inmodificables que la edad produce en el organismo: la elasticidad cutánea, el cabello cano, la vista cansada, pero en cambio existen muchos problemas que creemos son debidos a la edad y que sin embargo pueden ser modificados realizando intervenciones adecuadas y que este autor agrupa en cuatro áreas que parecen ser decisivas para envejecer bien: como mantener una buena salud y autonomía funcional, mantener un alto funcionamiento cognitivo, mantener un alto funcionamiento físico y mantener un alto compromiso con la vida.

Entonces ¿existen áreas de intervención de los enfermeros?, ¿será económicamente rentable trabajar en ellos?, ¿es suficientemente atractivo el reto para moverse y demostrar que se puede conseguir algo que ahora parece impensable y es que se impliquen las instituciones?, ¿es posible crear acciones atractivas para que los presupuestos municipales dediquen parte de los mismos a potenciar estas acciones?, ¿caben las enfermeras en estos proyectos?. A todas estas preguntas y mas que se pueden formular la respuesta es “hay que intentarlo, merece la pena”.

Según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, la comunicación y la relación son las necesidades que los profesionales de enfermería consideran más

desatendidas en los mayores, seguida por la movilidad. Sobre el resto de necesidades existe la falsa percepción de que pueden estar cubiertas, puesto que al suponer que son atendidas desde el sistema informal, son consideradas como cubiertas.

También se evidencia una carencia en los medios técnicos de soporte para la prestación de cuidados, originada por desconocimiento de los mismos, las dificultades administrativas y económicas para conseguirlos, y la idea interiorizada de que son los centros asistenciales, hospitales y residencias, los lugares en los que se concentran los recursos tecnológicos.

Por último, queda patente que la actuación de enfermería está centrada en la actuación puntual, generada por la demanda, centrada en cuidados técnicos-asistenciales ante un problema de salud y en el consejo sanitario unidireccional o advertencia, más que en educación para la salud.

En lo que se refiere a las perspectivas del nuevo documento desde donde se enmarcan las Políticas de Salud para Euskadi (Plan de Salud 2002-2010), las estrategias y los objetivos que plantea este nuevo Plan de salud pretenden repercutir de forma notoria en la mejora de la salud de los ciudadanos y ciudadanas de la CAV, por lo que puede suponer, y así lo destaca, *acortar la inequidad y reducir la discapacidad* en los mayores de 65 años, planteando unas mejoras que harán factible a los mayores, vivir esos años en su domicilio o entorno familiar, a ser posible.

Es, sin embargo, una responsabilidad social y sanitaria que los recursos y programas que se desarrollen para llevarlos adelante, cuenten con la incorporación de profesionales enfermeros capacitados en el cuidado, la prevención y reeducación en salud de las personas mayores, así como de sus familiares cuidadores, por entender que es éste, el profesional que la sociedad ha puesto para valorar, planificar y llevar a cabo la realización y gestión de los cuidados, la prevención y la educación sanitaria acorde a las necesidades y a las discapacidades de los pacientes y/o de sus cuidadores. En este sentido se pueden incorporar programas que ya se emplean en ámbitos como la educación, la escuela de padres, etc, donde un profesional lleva a cabo programas concretos de educación al cuidador, a la comunidad, a las asociaciones de la comunidad, etc y todos ellos con su evaluación de resultados y planteamientos de mejora continua.

Sería un error desde un punto de vista comunitario y social, dejar en buenas intenciones algunas estrategias de este plan. Los aspectos que deja para ser abordados en el futuro el Plan Socio-sanitario de Euskadi, se deben realizar para bien de la comunidad y contando con las Instituciones que sean competentes en esta materia. Los Colegios Profesionales como instituciones que representan a la profesión y a los profesionales de enfermería, tiene que participar en la misma. Es deseable que el futuro Plan Socio-sanitario sepa integrar las necesidades sociales, sanitarias y de otra índole y generar los recursos que permitan soportar las ayudas necesarias para conseguir que los domicilios o lugares donde vivan las personas mayores estén libres de peligros, evitando barreras y mejorando las condiciones ambientales (ruido, ambiente, temperatura,...).

Que se pueda disponer de ayudas que permitan a los mayores realizar las funciones más básicas como alimentarse, relacionarse, sentirse seguros, descansar sin riesgos, etcétera. En definitiva que permita dar años a la vida y vida a los años (Conferencia de Alma Ata, O.M.S.).

Finalmente, y como objetivo segundo de este estudio, estaba el planteamiento del estudio cuantitativo. Así las áreas a explorar vendrían marcadas por lo que autores como Sarrillé y Pérez (1995) y Niño y Prieto (1992) en sus artículos, y Guillen Llera (1992) en su conferencia sobre “La prevención y la enfermedad en las personas mayores”, recogen:

- Sexo, edad, lugar de vivienda
- Estudios
- Convivencia
- Alimentación.
- Consumo de alcohol, tabaco y medicación no controlada.
- Cuidados higiénicos.
- Promoción de la realización de actividades: físicas, mentales, recreativas, culturales y sociales. De esta forma se evita la marginación del anciano y se logra su plena integración social y familiar. Al mismo tiempo, se favorece la recuperación de la autoestima.

- Prevención de accidentes, en la vivienda o en el entorno: prevención de las caídas (barras de sujeción, alfombras antideslizantes), detector de humos, automedicación, vacunación....
- Fomentar el autocuidado del anciano y enseñar a la familia del anciano para lograr un mejor cuidado de este.
- Recuperación y rehabilitación del anciano enfermo
- Con respecto a la familia: a) Las alteraciones socio-económicas: aislamiento social, impedimento de trabajar fuera del hogar, disminución de la renta, conflicto familiar, migración, pérdida de los bienes. b) Desgaste físico y emocional del cuidador: aumento de la presión arterial, envejecimiento, pérdida de la paciencia, cansancio, angustia, irritabilidad y privación del descanso, y c) Las limitaciones del cuidador en el proceso del cuidado familiar limitan la calidad del cuidado (recursos financieros, falta de orientación y falta de ayuda).

Bibliografía

- 1 Aguirre Franco, J.A.- “El nuevo jubilado”. El Diario Vasco, 3 de febrero de 2000. Opinión, pag. 22.
- 2 Aguirre, M.- “Entrevista. Alain Touraine: estamos saliendo del neoliberalismo”. El Semanal. 4 de octubre de 1998. Pags. 30 – 35.
- 3 Alemán Páez, Francisco.- "Consecuencias de la flexibilidad y la desregulación en la configuración del mercado de trabajo y en la ordenación de las relaciones laborales". II Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid 1997.
- 4 Alonso, C. “Espías de la realidad donostiarra. Grupos de mujeres colaboran con el Ayuntamiento para intentar corregir las deficiencias urbanas de San Sebastián”. El Mundo del País Vasco, 17 de enero de 1999. Pag. 16. Vivir aquí.
- 5 Andrade, M.- “Intermediarios de las organizaciones no lucrativas. Entre el sector público y el privado surge el tercer sector, que engloba a asociaciones y fundaciones y genera el 7% del PIB”. El País, 7 de noviembre de 1999. Negocios, pag. 66.
- 6 Ara, L.- “La experiencia y la sabiduría”. El Diario Vasco, 6 de Diciembre de 1997. Opinión, pag. 30.
- 7 Argos, L.- “Debate sobre la asistencia sanitaria. El precio de la sanidad para todos. Cinco expertos analizan las carencias en el Sistema de Salud que las listas de espera han destapado”. El País, 28 de mayo de 2000. Sociedad. Pags. 30 y 31.
- 8 Arranz, P; Barbero, JJ, Barreto, P. Bayés R. (2003) “Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos”. Ariel Ciencias Médicas.
- 9 Astudillo, W.; Arrieta, C.- “Familia y solidaridad en la fase terminal”.El Diario Vasco, 15 de diciembre de 1999. Opinión, pag. 28.
- 10 Azumendi,E.- “Los partido no logran un acuerdo sobre la fórmula para igualar los servicios sociales en las tres provincias.”. El País, 23 de octubre de 1999. País Vasco, pag.4.
- 11 Bandrés Unanue, L.- “Jubilación con júbilo”. El Diario Vasco, 6 de diciembre de 1997. Opinión, pag. 30.
- 12 Bandrés Unanue, L.- “Vejez y dependencia”. El Diario Vasco, 31 de agosto de 1997. Opinión, pag. 24.
- 13 Barrio, B.- “El trabajo doméstico de las amas de casa tendría un valor de más de 135.000pts al mes”. El Diario Vasco, 3 de mayo de 2000. Economía, pags. 40 y 41.
- 14 Barrio, B.- “Jesús Loza, Viceconsejero de Asuntos Sociales: igualar la ayuda social al salario mínimo desincentiva el trabajo”. El Diario Vasco, 19 de octubre de 1997. País Vasco, pag. 16.
- 15 Bazo, M.T.- “Los trabajadores mayores”. El Diario Vasco, 23 de octubre de 1999. Opinión, pag. 36.
- 16 Bazo, M.T.- “Vejez y servicios sociales”. El Diario Vasco, 22 de octubre de 1997. Opinión, pag. 24.
- 17 Beck, U.- “¿Qué es la globalización”. Ed. Paidós estado y sociedad. Barcelona 1998.
- 18 Beck, U.- “La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad”. Ed. Paidós Básica. Barcelona 1998.
- 19 Benitez de Rosario M. A. et all, 1999, Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. Atención Primaria Vol 23 Num 4.

- 20 Berraondo Zabalegui, I; et alts.- “Plan de Salud”. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1994.
- 21 Bofill, A., Dumenjó, R.M.; Segura, I.- “Las mujeres y la ciudad. Manual de recomendaciones para una concepción del entorno habitado desde el punto de vista del género”. Fundació Maria Aurèlia Capmany. Barcelona 1998
- 22 Borja, J.; Castells, M.- “Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información”. Ed. Taurus. Madrid 1997.
- 23 Bruguera y Bach, I.- “Ocho millones de votos”. El Diario Vasco, 23 de octubre de 1999. Opinión, pag. 36.
- 24 Cachón Rodríguez, Lorenzo.- “Los nuevos yacimientos de empleo”. Temas para el debate Nº 15. 1996.
- 25 Cachón Rodríguez, Lorenzo.- “Los nuevos yacimientos de empleo”. Temas para el debate
- 26 Caines, E.; CostasE.; Freire, JM.- “Reformas sanitarias y equidad”. Fundación Argentaria. Editorial Visor. Madrid 1997.
- 27 Cañas, G.- “Vecinos con toda una vida auestas. María Fernández Amago vive en una residencia pública junto a otros 600 ancianos cuya media de edad supera los 85 años”. El País, 4 de marzo de 2000. España, pags. 34 y 35.
- 28 Castells, M.- “ La era de la información. Economía sociedad y cultura. Vol. 1- La sociedad red. Vol.2- El poder de la identidad; Vol.3- Fin de Milenio”. Alianza Editorial. Madrid 1998.
- 29 Cockburn, Cynthia.- “Maquinaria de dominación: mujeres, hombres y know – how”
- 30 COMISIÓN EUROPEA.- “ Marco de actuación para el desarrollo urbano sostenible en la Unión Europea”. Ed. Unión Europea. Política Regional y Cohesión. Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo1999
- 31 COMISIÓN EUROPEA.-“ La Europa de las ciudades. Actuaciones comunitarias en el medio urbano”.Ed. unión Europea. Política Regional y Cohesión. Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo 1998.
- 32 Consumer.- “Residencias de ancianos. Algunas deben mejorar pero la mayoría están bien”. Revista nº 30, febrero 2000. Edita Grupo Eroski.
- 33 Contel J.C. y González M., 1997, Instrumento de valoración multidimensional en atención a domicilio. Cuadernos de Gestión Vol 3 num 3.
- 34 Contel Segura J.C. 2000 La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Atención Primaria 25;8:22-28.
- 35 De Francisco, M.A. 1997. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmovilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. *Atención Primaria* 19 (3): 110-116.
- 36 De Miguel, E.- “Elogio sincero al ama de casa”. El Mundo, 21 de junio de 1998. Crónica, pag. 6.
- 37 Del Valle, T.- “Andamios para una nueva ciudad. Lecturas desde la antropología”.Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer. Madrid 1997. Borreguero, C.; et als.- “La mujer española: de la tradición a la modernidad (1960 – 1980). Barcelona . 1989
- 38 Domínguez Alcón, C.- “Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez”. Revista Index, nº 23, 1998. Pags. 15 – 21.
- 39 Donati, P.- “Manual de Sociología de la salud”. Editorial Díaz Santos. Madrid 1994.
- 40 DV.- “La atención a los ancianos se regirá por normas comunes en todas las residencias”. El Diario Vasco, 18 de marzo de 1999. País Vasco, pag. 13.
- 41 DV.- “La Diputación potenciará el crecimiento de plazas residenciales en la comarca del Bidasoa”. El Diario Vasco, 20 de mayo de 2000.

- 42 Echeverría, J.- “Los Señores del Aire: Telépolis y el Tercer Entorno”. Editorial Destino. Madrid. 1999.
- 43 El País.-“El 71% de las residencias de ancianos tiene lista de espera”. El País, 12 de febrero de 2000. País Vasco, pag. 3.
- 44 Espinosa Almendro J.M., Benitez del Rosario M.A, Pascual López L Duque Valencia. 2000 Modelos de organización de la atención domiciliaria de Atención Primaria. SemFYC, Barcelona
- 45 Estefanía, J.- “Contra el pensamiento único”. Editorial Taurus. Madrid 1998.
- 46 Estefanía,J.- “La Segunda revolución capitalista. La financiación de la economía y la acumulación de crisis caracterizan el nuevo espíritu del sistema imperante”. El País, 5 de marzo de 2000. Domingo. Pags. 10 y 11.
- 47 Esturo, S.- “La administración debe asumir en todos los casos la atención a la tercera edad”. El Diario Vasco, 3 de julio de 1999. País Vasco, pag. 9.
- 48 Eustat 1999. Indicadores demográficos: demografía y hábitos sociales. Disponible en URL: <http://www.eustat.es>
- 49 EUSTAT.- “Movimiento natural de la población (MNP) 1995”. Edita Institutio Vasco de Estadística. Vitoria 1996.
- 50 EUSTAT.- “Principales resultados de la estadística de población y viviendas 1996”. Edita Instituto Vasco de Estadística. Vitoria 1999.
- 51 Fernandez Ballesteros, R. (2002). “Vivir con Vitalidad. Envejecer bien, Que es y como lograrlo” Editorial Pirámide; Madrid.
- 52 Ferrer, I.- “Los británicos buscan abuelas. N proyecto del Gobierno brinda pensionistas voluntarias a los niños que apenas contactan con personas mayores”. El País. 5 de diciembre de 1999. Sociedad, pag. 32.
- 53 Friel McGowin, D.- “Vivir en el laberinto. Un viaje personal a través de la encrucijada del Alzheimer”. Alba Editorial. Barcelona 1994.
- 54 Fukuyama, F.- “La gran ruptura. Naturaleza humana y reconstrucción del orden social”. Ediciones B. Barcelona 2000.
- 55 Garcia Bermejo S., et all, 1999, Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Atención Primaria Vol 20. Num. 5.
- 56 García Calabuig, M.A.; et alts.- “Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Análisis descriptivos 1991 – 1996”. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 2000.
- 57 García, M.- “Más de 16.000 mayores de 55 años quieren iniciar estudios universitarios”. El Diario Vasco, 9 de diciembre de 1999. País Vasco, pag. 10.
- 58 García, M.- “Matía ofrece a los residentes calidad y una renovación total de infraestructuras. Jose Antonio Agirre Franco, Director General de Matia Fundazioa”. El Diario Vasco, 13 de julio de 1999. País Vasco, pag. 6.
- 59 García, M.- “Matía, primera entidad sociosanitaria de Euskadi que logra certificación de calidad”. El Diario Vasco, 11 de noviembre de 1999. País Vasco, pag. 10.
- 60 García, Mario; DV.- "Osakidetza justifica la fusión de las urgencias pediátricas de Donostialdea por eficacia". El Diario Vasco, 17 de Enero de 1998.Sección País Vasco pag. 9.
- 61 García, Mario; DV.- "Osakidetza justifica la fusión de las urgencias pediátricas de Donostialdea por eficacia". El Diario Vasco, 17 de enero de 1998. Sección País Vasco pag. 9..
- 62 Giner, S. – “España. Política y Sociedad”. Editorial Espasa Calpe. Madrid 1990

- 63 Gizartekintza/Dpto de Servicios Sociales.-“ Plan Gerontológico de Gipuzkoa 2000-2003. Bizitzen lagundu (Borrador)”. Edita Diputación Foral de Gipuzkoa. Donostia 1999.
- 64 González de Galdeano, L. “Informe de Salud Pública 1998”. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria 2000.
- 65 Gorz, André.- "Metamorfosis del trabajo". Editorial Sistema. Madrid 1991.
- 66 Griffiths, S; et alts.- “Predicciones”. Editorial Taurus. Madrid. 2000.
- 67 Hernández, L.- "Txostena / Memoria 1996".- Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Bilbao 1997.
- 68 Hernández, L. “Contrato de Gestión Clínica”. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1996.
- 69 Hernández, L. “Gestión clínica”. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1997.
- 70 Hernández, L. “Memoria Osakidetza 1996”. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1997.
- 71 Hernández, L. “Memoria Osakidetza 1997”. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1998
- 72 Hernández, L.- “Plan estratégico Osakidetza – Servicio Vasco de Salud 1998 - 2002”. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1998.
- 73 Huelves, E. – “Visiones del Milenio. Manuel Castells. La solidaridad es más necesaria que nunca”. El País, 19 de julio de 1998. Domingo. Pags.- 6 y 7.
- 74 Informe Siadeco. “Situación y opinión de las mujeres en Donostia – San Sebastián”. Instituto Municipal de la Mujer. 1990.
- 75 INGURUAK, Nº 22.- Diciembre de 1998. Asociación Vasca de Sociología; Universidad del País Vasco y Universidad de Deusto.
- 76 Iriarte, E.P.- “Más ancianos, más gasto. 265.000 mayores viven solos o con la familia, pero la demanda de plazas residenciales se desborda”. El Mundo, 17 de mayo de 1995. Euskadi, pags. 16 y 17.
- 77 J.M. Segura Nogueira et al. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidados principales. Atención Primaria Vol 21 Num 7 30 de abril 1998
- 78 Jauregui Ansola, C.- “Cuidar a los ancianos”. El Diario Vasco 28 de mayo de 2000. Opinión – Cartas al director”. Pag. 36
- 79 Leturia Arrázola, F.J.; Yanguas Lezaun, J.J., et alts.- “Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI”. Edita Gizartekintza. Diputación Foral de Gipuzkoa. Donostia 1999.
- 80 Ley 8/1997 de 26 de Ordenación sanitaria de Euskadi. B.O.P.V Nº 138 de 21 de Julio de 1997.
- 81 Lombraña, V.- “ Inés Alberdi”.- El Estilo de El Mundo, 31 de octubre de 1999. Protagonistas, pags. 6 y 7.
- 82 López Alabaina, R.- et alts.- “Enfermedad de Alzheimer y demencias afines. Necesidades detectadas”. Departamento de Justicia Trabajo y Seguridad Social. Gobierno Vasco. Vitoria, 1999.
- 83 López Peláez, Antonio.- "Los procesos de robotización y sus impactos sociales". II Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid 1997
- 84 M.C. Alamo Martell et al. Apoyo social funional percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en lso medios rural y urbano. Atención Primaria Vol 24 Num1 15 de junio 1999
- 85 M.P. Marco Martinez y J.M. Abad Díez. Atención domiciliaria de enfermería en un servicio especial de urgencias: características de la población atendida. Atención Primaria Vol 25. Num 4 15 de marzo 2000

- 86 Mañez, J.A.- “Jose María López Piñero: el Estado del Bienestar es la gran conquista moral de este siglo”. *El País*. 29 de abril de 2000. Babelia – Ciencia. Pág. 15.
- 87 Martí Font, J.M.- “Richard Sennett, Sociólogo: este nuevo capitalismo perjudica especialmente a la gente de en medio”.
- 88 Martín A y Cano JF. 1994. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Mosby-Doyma:39-41
- 89 Meaurio, J.- “En buenas manos”. *El Diario Vasco*, 13 de marzo de 2000. País Vasco, pag. 35.
- 90 Micklethwait, J.; Wooldridge, A.- “ La hora de los gurús. Visionarios y nuevos profetas de la gestión empresarial”. Editorial Alianza Actualidad. Madrid 1998.
- 91 Morgenstern, Sara.- “El reparto del trabajo y el reparto de la educación”. VVAA.
- 92 Mouzelis, Nicos P.- “Organización y burocracia”. Ediciones Península. Barcelona 1991.
- 93 Muñoz, J.- “La familia, del revés”. *El Diario Vasco*, 2 de mayo de 1999. Panorama, pags. 10 y 11.
- 94 Navarro, V. – Neoliberalismo y Estado del bienestar”. Editorial Ariel Sociedad Económica. Barcelona 1997.
- 95 O.M.- “El Psiquiátrico de Mondragón inaugura dos nuevas unidades geriátricas”. *El Diario Vasco*, 5 de marzo de 2000. País Vasco, pag. 7.
- 96 Ortega, A.- “Entrevista. Sir Anthony Giddens. Director de la London School of Economics: la Tercera Vía es la izquierda del centro”. *El País*, 25 de julio de 1999. Domingo. Pags 8 y 9.
- 97 Ortiz de Guinea, O.- “M^a Ángeles Campos, Socióloga – Trabajadora Social: Cada lustro hay que responder a un nuevo problema social”. *El Diario Vasco*, 6 de noviembre de 1997. País Vasco pag. 15.
- 98 Ortiz y LLargués, D.-“ Las regiones económicas óptimas”. *La Vanguardia*, lunes 22 de febrero de 1999. Sec. Opinión. Pág. 26.
- 99 Ortiz, O.M.; Gallego, A.- “2025 ¿Una España de ancianos?. *El Mundo*, 25 de abril de 1999. Crónica, pag. 7.
- 100 Otegui, J.M.; García, M. Et alts. – Gipuzkoa siglo XXI: la hora de la tercera edad”. *El Diario Vasco*, 16 de noviembre de 1998. Mesa Redonda, pags. 23, 24 y 25.
- 101 Palomo L. y Gervas J., 2000, Mortalidad a los 2 años en pacientes crónicos confinados en el domicilio. *Atención Primaria*. Vol 25 Num 3.
- 102 Pascual, I.R.- “Trabajar para los abuelos, la opción más joven”. *El Mundo*, 5 de julio de 1988. Su Dinero – empleo, pag. 19.
- 103 Pérez – Díaz, V.; Chuliá, E.; Alvarez – Miranda, B.- “Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación”. Editorial Fundación Argentaria – Visor SA. Madrid 1998.
- 104 Pérez, C.- “La atención a la tercera edad supondrá un gasto de más de setecientos millones”. *El Diario Vasco*, 18 de febrero de 2000. San Sebastián, pag.19.
- 105 Pérez, C.- “Bienestar Social destinará 765 millones a mejorar la atención a la tercera edad”. *El Diario Vasco*, 21 de diciembre de 1999. San Sebastián, pag. 15.
- 106 Pérez, Cristina.- “La Atención social se extenderá a los barrios con la apertura de siete centros”. *El Diario Vasco*, 23 de mayo de 2000. San Sebastián, pag. 15.
- 107 Picó, J.- “Teorías sobre el Estado del Bienestar”. Editorial Siglo XXI. Madrid. 1999.
- 108 Propuesta para desarrollar la atención domiciliaria, 1999, *Atención Primaria* Vol 23. Num 4.

- 109Ramirez, A.- “Así son las españolas”. La Revista –El Mundo, 7 de marzo de 1999.Pags. 7 – 11.
- 110Regidor,E.; Gutierrez-Fisac, J.L.; Rodriguez, E.- “Diferencias y desigualdades de salud en España”. Editorial Díaz Santos. Madrid 1994.
- 111Rego,P.; Olmedo, I.- “España, año 2050. Habrá hospitales sólo para ancianos, se multiplicarán las enfermedades mentales, tres de cada 10 españoles serán inmigrantes y el 80% del trabajo se realizará en la propia casa”. El Mundo, 26 de marzo de 2000. Crónica, pags 10 y 11.
- 112Requeijo, J.- “España en deuda. 1975 - 1995”. Editorial Mc Graw Hill. Madrid 1998.
- 113Rincón, I.- “La Diputación apuesta por la atención a la tercera edad como creadora de empleo”. El Diario Vasco, 4 de julio de 1998. País Vasco, pag. 8.
- 114Rodríguez R. et all, 1998, Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Quebec:la experiencia SIPA. Atención Primaria Vol 21. Num 6.
- 115Rodriguez, J.a.; De Miguel, J.M.- “Salud y poder”. Editorial CIS – Siglo XXI. Madrid 1990.
- 116Romero, A.- “Voces del Milenio: Alistair Darling. Lo peor que puedes hacer con un parado es mantenerle el subsidio”. El Mundo, 28 de mayo de 2000. Opinión. Pags 8 y 9.
- 117Romero, A.- “Voces del Milenio: Edgar Morin: con la globalización estamos asistiendo al nacimiento de una nueva civilización”. El Mundo, 30 de enero de 2000. Opinión. Pags. 8 y 9.
- 118Romero, A.- “Voces del Milenio: Manuel Castells: la globalización hace que los Estados no tengan capacidad de ordeno y mando”. El Mundo, 10 de octubre de 1999. Opinión. Pags. 8 y 9.
- 119Ruano, J.P.- “Un descanso merecido”. El Diario Vasco, 30 de Julio de 1999. País Vasco, pags. 8 y 9.
- 120Rubines, P.- “Protagonistas. “Ángeles Durán”. Estilo Suplemento dominical de El Mundo. Nº 35, de 28 de mayo de 2000. Pags. 4 y 5.
- 121Salazar, C.- “La calidad de vida de las familias vascas ha mejorado notablemente en cinco años”. El Diario Vasco, 22 de diciembre de 1999. País Vasco, pag.14.
- 122Sánchez Bayle, M.- “Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España”. Editorial Los Libros de la Catarata. Madrid. 1999.
- 123Segura Nogueira J. M., et all, 2000, Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimientos. Atención Primaria Vol 25. Num. 5.
- 124Segura, F. – “Fraisoro en Zizurkil se reconvierte en residencia para ancianos inválidos”. El Diario Vasco, 14 de abril de 2000. País Vasco, pag. 8.
- 125Segura, F. “La Eurociudad Vasca”.El Diario Vasco, domingo 23 de febrero de 1997. Pag. 8.
- 126Segura, F. – “Las plazas para ancianos en centros de día se duplicarán en cuatro años, aunque hay vacantes”. El Diario Vasco, 28 de marzo de 2000. País Vasco, pags. 2 y 3.
- 127Segura, F.- “Gipuzkoa necesita 2.800 plazas en residencias para dar respuesta al rápido envejecimiento”. El Diario Vasco, 27 de abril de 1999. País Vasco, pags 2 y 3.
- 128Segura, F.- “Gizartekintza prevé que 5.258 ancianos tengan ayuda a domicilio en el 2.003”. El Diario Vasco, 26 de noviembre de 1999. País Vasco, pag. 14.

- 129Segura, F.- “Grupos privados se interesan por la construcción de residencias de ancianos en Donostialdea y Bidasoa”. El Diario Vasco, 6 de abril de 2000. País Vasco, pags. 2 y 3.
- 130Segura, F.- “La Diputación afirma que es casi imposible que se abran residencias clandestinas en Gipuzkoa”. El Diario Vasco, 25 de septiembre de 1999.
- 131Segura, F.- “La Diputación incentivará las residencias privadas de ancianos”. El Diario Vasco, 17 de enero de 1999. País Vasco, pag. 16.
- 132Segura, F.- “Responder al acelerado envejecimiento de Gipuzkoa obliga a invertir 32.000 millones”. El Diario Vasco, 11 de febrero de 2000. País Vasco, pag. 2 y 3.
- 133Selmes, J.; Selmes M.A.- “Vivir con la enfermedad de alzheimer” . Editorial Meditor. Madrid 1990.
- 134Setién, M.L.- “Indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco”. Editorial CIS – Siglo XXI. Madrid 1993.
- 135Sotelo, I.- “La verdadera revolución del siglo XX”. El País, 29 de julio de 1999. Opinión, pág. 11.
- 136Sotillo, M.- “La gente debe permanecer más años en el mercado laboral. Alan Walker. Director del Observatorio Europeo para personas mayores”. El Diario Vasco, 11 de octubre de 1997. País Vasco, pag. 14.
- 137Temes, J.L.; Gil, J.- “Sistema Nacional de Salud” Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid 1997.
- 138Tezanos, J.F., et als.- “Tendencias de futuro en la sociedad española. Primer foro sobre tendencias sociales”. Editorial Sistema. Madrid 1997.
- 139Tezanos, J.F.; et alts.- “Tecnología y sociedad en el nuevo siglo. Segundo foro sobre tendencias sociales”. Editorial Sistema. Madrid 1998.
- 140Tezanos, J.F.; et alts.- “Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales”. Editorial Sistema. Madrid 1999.
- 141Tezanos, J.F.; López Peláez, A.; et alts.- “Ciencia, tecnología y sociedad”. Editorial Sistema. Madrid 1997.
- 142Tezanos, José Félix; Díaz, José Antonio; Sánchez Morales, M^a Rosario; López, Antonio.- "Estudio Delphi sobre tendencias científico - tecnológicas en España, 1997". Fundación Sistema.
- 143Torrallba I Roselló, F.- “Antropología del cuidar”. Institut Borja de Bioètica. Fundación Mapfre Medicina. Madrid 1998.
- 144Touraine, A. – “La tercera vía, mitos y realidades. Un acierto publicitario”. El País, 28 de mayo de 2000. Opinión. Pag. 17.
- 145Ubeda B.I., Roca R.M. y García V.L. 1998 Presente y futuro de los cuidados informales. Enfermería Clínica. 8(3): 116-121
- 146Urroz, A.- “En la gente mayor cambia la calidad del sueño, más que la cantidad. Amagoia Murumendaraz. Gerontólogo”. El Diario Vasco, 28 de junio de 1999. País Vasco, pags. 14. Y 15”
- 147Urroz, A.- “Hacen falta más ayudas para las personas dependientes. Gregorio Rodríguez Abrero, sociólogo”. El Diario Vasco, 21 de octubre de 1997. País Vasco, pag. 16
- 148Urroz, A.- “Una veintena de profesionales elaboran una guía para las personas mayores”. El Diario Vasco, 11 de noviembre de 1997. País Vasco, pag. 16.
- 149Urrutia, I.- “Gizartekintza ofertará 1.100 nuevas plazas residenciales para personas dependientes”. El Diario Vasco, viernes 5 de noviembre de 1999.
- 150Varios.- “ Osasuna Zainduz. Estrategias de cambio para la sanidad vasca”.. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1993.

- 151Varios.- “Anuario de la salud la medicina y la sanidad 1997”. Edita Grupo Prisa. Madrid 1998.
- 152Varios.- “Anuario de la salud, la medicina y la sanidad 1996”. Edita Grupo Prisa. Madrid 1997.
- 153 Varios.- “Decreto Foral 121 / 1999 de 21 de diciembre por el que se aprueba la normativa de creación del Consejo de Personas Mayores en el Territorio Histórico de Gipuzkoa”. Boletín Oficial de Gipuzkoa nº 248, de 29 de diciembre de 1999.
- 154Varios. -“Jornadas Técnicas. Alternativas a la hospitalización. Experiencias en formas asistenciales alternativas a la hospitalización tradicional.” Hernández, L. “Memoria Osakidetza 1997”. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1994.
- 155Varios.- “La salud a través de los medios de comunicación. Síntesis del encuentro internacional de Madrid”. Fundación BBV. Madrid 1998.
- 156Varios.- Ley 5/1966 de 18 de octubre, de servicios sociales BOPV nº 218, 12 de noviembre de 1996.
- 157Varios.-"Osasuna Zainduz. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca. Presentación del Consejero de Sanidad al Pleno del Parlamento Vasco del 23/6/93. Resolución en relación con Osasuna Zainduz estrategias para el cambio para la Sanidad Vasca". Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria 1993
- 158Varios.-“Arquitectura hospitalaria: adecuación de las estructuras hospitalarias a las nuevas formas asistenciales”. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1994
- 159Verdú, V.; et alts.- “21 pistas para el XXI y 21 respuestas a las preguntas del nuevo siglo”. El País, 2 de enero de 2000. Domingo. Pags. 1 – 24.
- 160Villar, F.- “Memoria Osakidetza 1998. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Departameto de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1999.
- 161Villasevil, J. -“Cuidadoras”.- El País, 4 de diciembre de 1999. Opinión, pag. 15.
- 162Zabala, J.M.- "A los 20/barra". El Diario Vasco, 12 de Enero de 1998. Sección Opinión pag. 17.
- 163 Zabala, J.M.- "A los 20/barra. El Diario Vasco, 12 de Enero de 1998. ". Cartas al Director. Sección Opinión pag. 17.
- 164Zabaleta Areta, G.- “Radiografía de las desigualdades sociales”. El Diario Vasco, 22 de noviembre de 1999. Opinión, pag. 26

OTRAS FUENTES CONSULTADAS:

1. CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES. Editado : Instituto Nacional de la Salud Secretaría General en Madrid .(Diciembre 1995).
2. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA. Editado por Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. Ma. 1998.
3. DISPOSICIÓN GENERAL DEL PAIS VASCO. BOLETIN Num.1989149. Decreto 175/1989 de 18 de Julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza.
4. EL ANCIANO QUE VIVE EN COMUNIDAD. Libreto del programa de Formación Continuada en Enfermería de Osakidetza. Dirección General . Docente Javier

- Soldevilla Agreda. Enfermero. Profesor de Geriatria de la Escuela de Enfermería de la Rioja.
5. GEROKOMOS. REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA. Edita: Editorial Garsi S.A. Lo. 1990.
 6. GUIA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS. Editada por el Equipo Consultor de Cuidados Paliativos del Hospital Donostia. SS –267/01.
 7. LA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA A LA SALUD PÚBLICA. 75 Aniversario de la Escuela Nacional de sanidad. Mesa Redonda: “*El papel de los profesionales sanitarios en la salud Pública*” . Madrid 9 de diciembre 1990.
 8. LEY GENERAL DE SANIDAD. Ley 14/1986, de 14 de abril, General de Sanidad .BOE NÚM. 102.
 9. OSASUNA ZAINDUZ (Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca). Edita : Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (Octubre 1993).
 10. PLAN DE SALUD 1994. Editado : Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (Octubre 1994).
 11. PLAN ESTRATÉGICO OSAKIDETZA- SERVICIO VASCO DE SALUD 1998-2002. Editado por: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza (Mayo 1998).
 12. POLÍTICAS DE SALUD PARA EUSKADI. Plan de Salud 2002-2010. Eusko Jaularitza-Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Junio-2002.
 13. PUBLICACIÓN de las 1ª Jornadas de Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria .Universidad Complutense Madrid 7 de mayo 1990.
 14. REAL DECRETO 1575/1993 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. BOE Num . 238, de 10 de septiembre por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria.
 15. REAL DECRETO 63/1995 DE 20 DE ENERO. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. BOE Num. 35. (Sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud).
 16. RESOLUCIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS A/RES/54/262 de 16 de Junio de 2000, sobre “*Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*”, aprobada en la 97ª. sesión plenaria de 25 de mayo de 2000.
 17. VEJEZ, DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. Situación actual y perspectivas de futuro, David Casado Martín y Guillem López i Casasnovas. Edit. Fundación “La Caixa” 2001.
 18. www.enfermundi.com: EL DERECHO A SER CUIDADO. Juan Antonio Astorga. Presidente del Colegio de enfermería de Malaga.
 19. www.enfermundi.com: MENSAJE DE RECONOCIMIENTO A LA ENFERMERÍA. José Luis Sampederro. Escritor.
 20. www.enfermundi.com: LA ESPECIALIDAD DE LA ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA: “*Situación en los Países Europeos y punto de vista del Consejo General de Enfermería*”.
 21. www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm “*Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad*”. Sección de la Tecnología de Información, Departamento de Información Pública. Naciones Unidas 2001.

Anexo 1: GUIÓN PARA ENTREVISTAS A INFORMANTES

Búsqueda de aspectos generales (SOBRE CUIDADOS NO PROFESIONALES):

- **Desde tu experiencia, ¿cómo ves la cobertura de cuidados que presta el entorno familiar a las personas mayores, en su domicilio?**

En los cuidados que presta el entorno familiar:

- ¿quién presta los cuidados?
 - ¿cómo se está trabajando?
 - ¿cómo habría que trabajar?
 - ¿qué te parece que queda por hacer?
-
- **¿Crees que hay personas mayores con necesidad de cuidados en su domicilio, que no quedan cubiertos por nadie?**
- (Si contesta afirmativamente)
- ¿cuáles?
 - ¿cómo se podría detectar su necesidad?
-
- **¿Crees que se podría prevenir la necesidad de cuidados en estas personas?**
- ¿cómo?
 - ¿cuándo sería oportuno actuar?
 - ¿quién crees que debería actuar?
 - ¿en qué tipo de necesidades?
-
- **Búsqueda de aspectos específicos (SOBRE CUIDADOS PROFESIONALES):**

Que opinas de la implicación enfermera actualmente en el tema de cuidados a mayores en los domicilios o en la comunidad a la cual pertenecen

- ¿Hacemos los esfuerzos necesarios?
- ¿Qué mas se puede hacer?, ¿cómo hacerlo?
- ¿Qué crees que podemos aportar las enfermeras?

En general, se habla de la Educación sanitaria como medio para evitar riesgos de salud y para retrasar la aparición de necesidad de cuidados enfermeros específicos.

- ¿qué opinas de esto?
- ¿cómo puede intervenir enfermeras en este tema?, ¿en qué cuestiones?, ¿desde que organismos?.....
- Con quien o quienes tenemos que actuar?, ¿Cómo podemos ayudar a la familia que no puedan otros profesionales?.....

- **En situaciones terminales (NO ONCOLÓGICAS), ¿qué tipo de cuidados enfermeros crees que se dan con más frecuencia en domicilio?**
 - ¿cuáles crees que quedan por cubrir?
 - ¿por qué crees que no están cubiertas?
 - ¿cómo y por quién crees que se podrían cubrir?
 - Si hay cuidadores informales o domésticos, crees que los cuidados que prestan, son adecuados?. ¿por qué?

- **En demencias con deterioro cognitivo, ¿cómo crees actúa el profesional enfermero (EN DOMICILIO)?**
 - ¿cómo crees que debería de actuar?
 - ¿qué habría que valorar en un paciente en esa situación?
 - ¿crees que hay cuidados que se deberían dispensar y no se dan?
 - (solo si es afirmativo) ¿cuáles?
 - ¿por qué crees que no se dan estos cuidados?

- **Conoces valoraciones sobre necesidades de pacientes mayores que han sido realizadas por otros profesionales no enfermeros, tales como: médicos, psicólogos, trabajadores sociales?**

(Solo si es afirmativo)

 - ¿qué opinas de ellas?
 - ¿crees que faltan necesidades por detectar y que requieren de cuidados enfermeros?
 - (si es afirmativo) ¿cuáles?

 - ¿piensas que una enfermera detecta mejor las necesidades de cuidados?
 - (si es afirmativo) ¿por qué?

- **A modo de reconsideración sobre necesidades concretas de cuidados enfermeros, no cubiertos en pacientes mayores (EN DOMICILIO).**
 - Concreta, según tu opinión, si la necesidad de cuidados que tienen los mayores en su domicilio te parece que están relacionados con problemas que afectan a:
 - o ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN
 - o ELIMINACIÓN

- o HIGIENE
- o PIEL / MUCOSAS
- o MOVILIDAD
- o REPOSO / SUEÑO
- o DE RELACIÓN / COMUNICACIÓN
- o DE SEGURIDAD
- o OTROS:

- **¿Crees que la enfermera profesional podría detectar otras necesidades no asistenciales (SOCIALES, DE LIMPIEZA DE HOGAR, DE SERVICIO DE COCINA, DE NECESIDAD DE COMPAÑÍA,...), y que podría ayudar a canalizarlas o gestionarlas?**
 - (si afirmativo) ¿cómo?
 - ¿crees que resolvería otros problemas existentes y no cubiertos o escasamente?
- **Desde tu experiencia, como ves la necesidad de enfermeras en el cuidado a mayores en los domicilios actualmente?**

