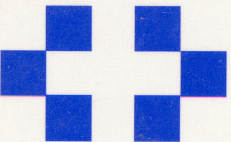


SERIE

Análisis de *R*ecursos *S*anitarios



Servicio
Canario de Salud

*R*ecursos Socio-Sanitarios
para los Ancianos en Canarias



Recursos Socio-Sanitarios para los Ancianos en Canarias

Domingo de Guzmán Pérez Hernández

...	...
...	...
...	204.483
...	204.485

Edita: Servicio Canario de Salud
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
del Gobierno de Canarias

Coordinación: Imaco 89

Realización: Daute Diseño

Foto portada: Andrés Solana

Impresión: San Nicolás, S.A.

Depósito Legal: G.C. - 188 - 1995

I.S.B.N. 84 - 606 - 2270 - 3

Equipo Investigador:

Director:

Domingo de Guzmán Pérez Hernández

Doctor en Medicina. Diplomado en Geriatría. Profesor Asociado de la Universidad de Las Palmas. Hospital Insular de Lanzarote.

Coordinadora de equipo en Tenerife:

Carmen Ortiz Martín

Licenciada en Medicina. Técnica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Canarias.

Coordinador de equipo en Gran Canaria:

Sinforiano Rodríguez Moreno

Doctor en Medicina. Diplomado en Geriatría. Hospital San Martín.

Investigadores en Gran Canaria:

Carmen Dolores Acosta Morales

Licenciada en Medicina. Diplomada en Geriatría. Residencia Médica Asistida.

Angel Julio Santana Santana

Licenciado en Medicina. Diplomado en Geriatría. Centro de Salud de Guía.

Basilio Javier Anía Lafuente

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Hospital N. S. del Pino.

José María Saavedra Rodríguez

Licenciado en Medicina. Diplomado en Geriatría. Hospital El Sabinal.

José Luis Suárez Almenara

Licenciado en Medicina. Diplomado en Geriatría. Residencia Mixta de Taliarte.

Leoncia Guerra Hernández

Licenciada en Medicina. Residencia Mixta de Taliarte.

Investigadores en Tenerife:

Ricardo Artilés Pérez

Doctor en Medicina. Centro de Salud de Los Gladiolos.

Lilia Patrica Morales Rodríguez

Doctora en Medicina. Hospital Febles Campos.

María de los Angeles Arbona Illada

Licenciada en Medicina. Hospital Santísima Trinidad.

José Manuel Zero lo López

Doctor en Medicina. Hospital N.S. de los Dolores.

Amparo Serrano Sánchez

Licenciada en Medicina. Ambulatorio de Taco.

Ana Camacho Rodríguez

Licenciada en Medicina. Clínica La Colina.

Teresa Aparicio Hernández Lastras

Licenciada en Medicina. Clínica San Juan de Dios.

Investigador en La Palma:

Miguel Socorro Monzón

Licenciado en Medicina. Diplomado en Geriátría. Hospital N. S. de los Dolores.

Investigadora en Lanzarote:

Elisa Corujo Rodríguez

Doctora en Medicina. Diplomada en Geriátría. Hospital Insular de Lanzarote.

Investigador en Fuerteventura:

Carlos Prieto Quintana

Licenciado en Medicina. Centro de Salud de Gran Tarajal.

Asesores técnicos:

Rosa María Mesa García

Diplomada en Trabajo Social. Hospital Insular de Lanzarote.

Lourdes Luzardo Betancor

Diplomada en Trabajo Social. Departamento de Servicios Sociales. Cabildo Insular de Lanzarote.

Miguel Angel Martín Rosa

Licenciado en Sociología y Ciencias Políticas. Cabildo Insular de Lanzarote.

Este estudio se ha llevado a cabo con la ayuda de una Beca de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias.



Índice

Presentación	9
Introducción	13
Justificación y objetivos	19
Material y métodos	25
Resultados	39
1.- Ayuda a domicilio	41
2.- Centros de día, hogares y clubes	52
3.- Residencias y otros alojamientos para ancianos	62
4.- Programas para el anciano desde atención primaria	83
5.- Recursos de hospitalización	96
Discusión	115
Conclusiones	137
Bibliografía	143
Anexo 1	151
Anexo 2	159



Presentación

Canarias no ha sido ajena a los cambios que han experimentado las sociedades occidentales en las últimas décadas. El progresivo descenso de la natalidad y de la mortalidad infantil así como el incremento de la esperanza de vida, ligados a los avances sociales y científicos, han dado lugar a un progresivo envejecimiento de la población. Estos cambios demográficos, junto con la aparición de nuevos problemas de salud entre la población, hacen necesario una reorientación de los servicios sanitarios hacia las nuevas demandas de los ciudadanos.

En el caso de las personas mayores, una política moderna requiere esfuerzos de integración de los servicios sociales y sanitarios con el fin de favorecer la permanencia en su medio a estas personas en las mejores condiciones posibles, dar una asistencia digna y un alojamiento a aquellos que lo necesiten, así como proporcionar unos cuidados progresivos de salud que prevengan la incapacidad y el deterioro funcional.

Una importante preocupación de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales es el establecimiento de una política orientada a mejorar la atención y la salud de las personas mayores con el fin de conseguir el objetivo de una mayor esperanza de vida libre de incapacidad y enfermedad. En esta línea, el presente trabajo aporta información básica sobre la situación actual de los recursos sociales y sanitarios disponibles para los ancianos en Canarias. Junto con otros estudios, nos permitirá un conocimiento cercano de nuestra realidad asistencial en este campo, contribuyendo así a planificar e implementar unos servicios que la población demanda y exige cada vez de mayor calidad.

Román Rodríguez Rodríguez
Director General de Asistencia Sanitaria



Introducción

La población de las sociedades industrializadas del área de países que forman la OCDE, es ya la más envejecida que se haya conocido en la Historia. El número de ancianos crecerá aún más cuando, a principios del próximo siglo, comiencen a serlo los individuos nacidos en la posguerra mundial a través del fenómeno conocido como “baby-boom”. El ritmo de envejecimiento se está acelerando y dicha organización prevé que el número de los mayores de 64 años, que ascendían a 46 millones en 1950 y 91 millones en 1980, puedan alcanzar los 131 millones en el 2010 y 189 millones en el 2040 (1) (2).

España sigue la misma pauta, ya que los dos millones de ancianos de 1950 se transformaron en 4 millones en 1980 y se espera una cifra de 6 para el año 2000 y 9 millones para el 2040. En el año 2000, el 15% de la población española tendrá más de 65 años, es decir, por cada 100 personas entre 15 y 64 años habrá 23 ancianos en ese momento y el número de los mayores de 80 años (envejecimiento del envejecimiento), se duplicará alcanzando los dos millones de personas.(3).

Aunque no conocemos proyecciones a medio y largo plazo sobre el incremento de población envejecida en la Comunidad Autónoma de Canarias, no somos ajenos a este fenómeno general y baste como dato, que Canarias ha pasado de tener un índice de envejecimiento del 8,5% en 1986, al 9,5% en 1991 (4). Además, si nuestra natalidad sigue un curso decreciente generalizado como el que mantiene ahora, nuestro envejecimiento será más rápido que el experimentado por los países más desarrollados, tal y como prevé la OMS para los países con menor grado de desarrollo (5).

Las consecuencias médicas, económicas y sociales de estos cambios en las sociedades del presente y del futuro próximo, son de una importancia tal que existe unanimidad en que su estudio y búsqueda de soluciones no debe ser demorada.

Son diversos los factores que han influido en este cambio demográfico, pero pueden citarse como más relevantes el descenso de la natalidad, el descenso de la mortalidad, especialmente la infantil, y el consecuente aumento de la esperanza de vida, a lo que ha contribuido decisivamente el desarrollo científico-técnico, la lucha de la mujer por sus derechos, su creciente incorporación al mundo del trabajo y la generalización de los métodos anticonceptivos. Tampoco son ajenos a este fenómeno factores externos como las migraciones.

El descenso de la natalidad ha sido especialmente notable en los últimos 20 años en España (6) y esta reducción, aunque menor, también se ha registrado en Canarias donde hemos visto que las tasas brutas de natalidad se han reducido a la mitad en los últimos 20 años. También la mortalidad general ha experimentado una drástica reducción en dicho periodo, aunque en Canarias el ritmo haya sido un poco más lento (7) (8).

En cuanto al aumento de la esperanza de vida, como consecuencia de los anteriores fenómenos, hemos pasado de los 34,7 años en 1900 a los más de 75 actuales, y lo mismo ha ocurrido con la esperanza de vida a los 50 años, que pasó de 18.2 años en 1900, a los casi 30 actuales. (9) (10).

Por otra parte, los fenómenos migratorios son en gran parte responsables de los diferentes índices de envejecimiento que podemos encontrar en Canarias, no sólo entre unas islas y otras sino entre las diferentes comarcas de una isla determinada. El trasvase de personas jóvenes acelera el proceso de envejecimiento de las zonas de procedencia.

En general, puede afirmarse que en Canarias el envejecimiento es mayor en las islas occidentales (entre el 18,7% de El Hierro, 15,5% de La Gomera y el 14,2% de La Palma) con respecto a las centrales (9,8% de Tenerife y 8,9% de Gran Canaria) y en éstas mayor que en las orientales (7,4% de Lanzarote y 6,6% de Fuerteventura). Del mismo modo, las comarcas rurales presentan un índice de envejecimiento mayor que las capitalinas y que las costeras de desarrollo reciente. (4) (11). Gráfico 1.

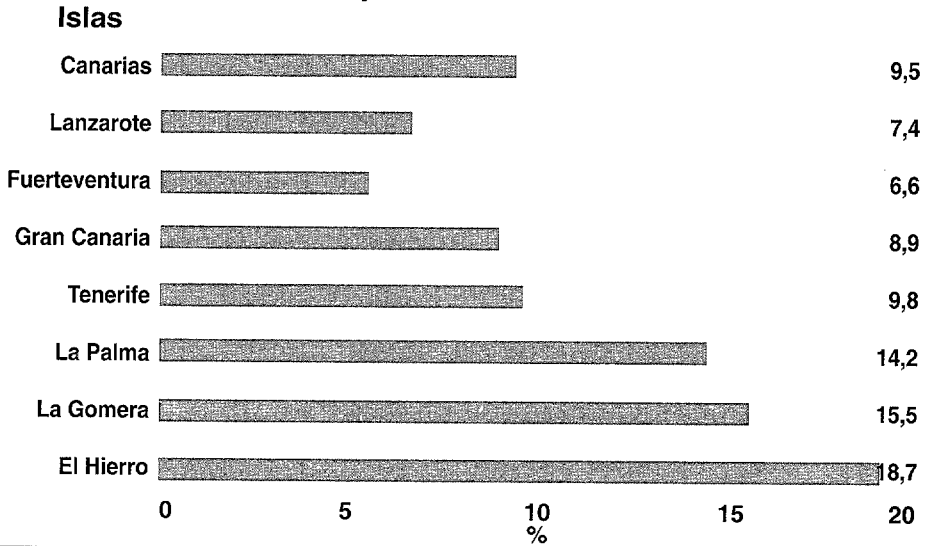
Aunque en líneas generales nuestro índice de envejecimiento está por debajo de la media española, no debemos despreocuparnos, pues como señala la OMS (5): "... a pesar de que los países en vías de desarrollo tengan otras necesidades apremiantes, sería imprudente demorar el examen detenido de estos problemas, pues si bien no son muy ostensibles todavía, es inevitable que surjan en el futuro, por lo que conviene empezar a prepararse desde ahora para hacerles frente".

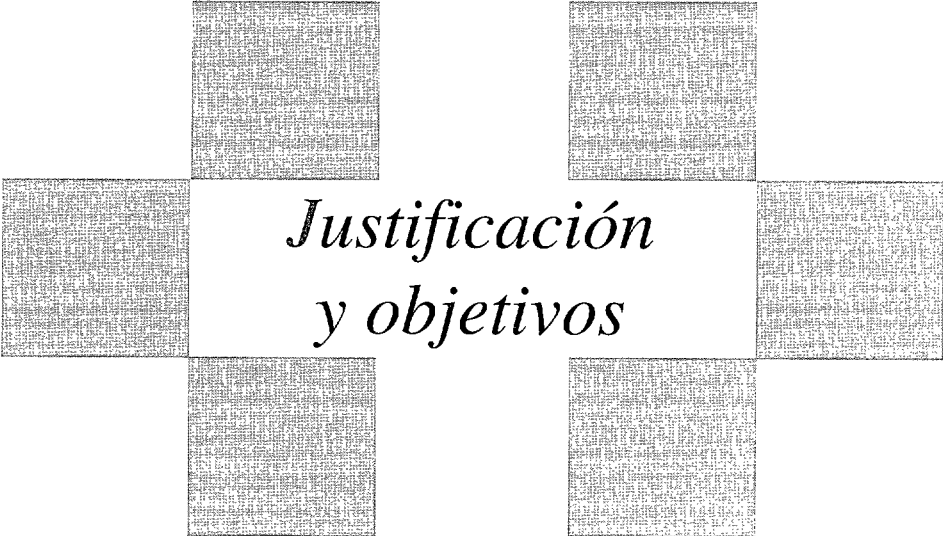
Por otro lado, los cambios introducidos por la urbanización acelerada, la terciarización de la economía, (al pasar de eminentemente agrícola a dependiente del sector servicios) así como el paso de una economía de subsistencia a otra de mercado (12), han dado lugar en la sociedad canaria a rápidos cambios en la forma y la organización de las familias que hace que muchos ancianos vean derrumbado el apoyo del que disfrutaban en el pasado y tengan que afrontar nuevos problemas ajenos a sus tradiciones culturales y sociales.

Estamos, pues, ante un hecho incuestionable: cada vez es mayor el envejecimiento de las poblaciones, el número de personas muy ancianas y el porcentaje creciente de mujeres sobre el total de los ancianos. En Canarias los mayores de 75 años representan el 41,28% del total de la población anciana y las mujeres el 57,48% de dicho grupo(4).

Gráfico 1

Índice de envejecimiento de la población canaria





*Justificación
y objetivos*

La Asamblea Mundial del Envejecimiento reunida en Viena en 1982 recomienda la estimulación de la investigación sobre los aspectos sociales, económicos y sanitarios del envejecimiento para lograr el uso eficiente de los recursos, el mejoramiento de las medidas sociales y sanitarias además de la prevención del deterioro funcional, la invalidez, la enfermedad y los problemas relacionados con la edad, así como la coordinación de los servicios necesarios para la atención a los ancianos (13).

Si bien no se puede identificar vejez con enfermedad (un viejo no es un enfermo) lo cierto es que en las personas mayores aumenta la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades, siendo su grado de autonomía y su bienestar físico y psíquico, limitados progresivamente, lo que incide de forma directa en el incremento de demanda de servicios sociales y sanitarios (14).

La llamada "tercera edad" la componen grupos distintos de personas en situaciones diferentes y con necesidades diferentes. Los hay que son capaces de una vida independiente y activa, pueden aún aportar muchas cosas a la comunidad y sus preocupaciones se centran en el nivel de sus pensiones y en la organización del tiempo y actividades de ocio. Un segundo grupo lo constituyen aquellos que necesitan la ayuda de sus familiares o allegados para llevar a cabo actividades de la vida diaria por que no pueden salir solos de sus casas o tienen dificultades para usar el transporte. Por último, un tercer grupo lo constituyen personas muy mayores con algún problema incapacitante y que requieren para subsistir dignamente de mucha ayuda de los demás: de su familia si la tiene y puede proporcionársela o de los recursos sanitarios y sociales de su comunidad.

Las personas que han llegado a la vejez son, pues, un sector heterogéneo. Sus aspiraciones y necesidades son diferentes y necesitan también de una oferta diferenciada de ayuda, pero como señala Perlado (9) a diferencia de la población adulta más joven, este grupo de personas es más vulnerable, no siempre expresan la necesidad de ayuda y no ejercen una presión organizada sobre el resto de la comunidad para demandar esa ayuda. Son estos rasgos los que más los identifican ante los servicios asistenciales de la comunidad.

Sólo si se comprenden cuales son las necesidades de los ancianos, se podrán adoptar las medidas orientadas a solucionar sus problemas. Las necesidades de los ancianos enfermos son claras. Unas son de orden médico: presentación especial de la enfermedad aguda, pluripatología, alta incidencia de invalidez y problemas de asistencia al enfermo crónico. Otras son de orden social: adaptación al medio en que viven y soporte comunitario.

Pero ambos problemas son interdependientes, de modo que en el caso de los ancianos no se pueden separar artificialmente sus problemas médicos y las

implicaciones sociales de dichos problemas. Sólo con la integración de todos los recursos sanitarios y sociales de una comunidad determinada se puede conseguir una asistencia geriátrica eficaz. (15).

Este planteamiento, de sentido común, no siempre ha sido bien comprendido y desafortunadamente sigue siendo así en muchos casos. Uno de los problemas de la asistencia a los ancianos es la ya tradicional descoordinación entre los servicios sanitarios y sociales, superada en la práctica por el esfuerzo y dedicación de muchos trabajadores sociales y sanitarios, que intentan día a día que exista dicha coordinación. Este esfuerzo se ve entorpecido por la inexistencia de un marco teórico y legal que la facilite. Sólo muy recientemente, en 1993, las autoridades se han hecho eco de este problema (16) (17).

La OMS (5) considera que los objetivos de cualquier política de asistencia a los ancianos deben ser:

- Mantenerlos en sus propios domicilios con independencia, comodidad y bienestar. Cuando las posibilidades de vida independiente comiencen a disminuir, se les deberá asistir por todos los medios necesarios durante el mayor tiempo posible.

- Ofrecer un nuevo alojamiento a los que por razones de edad, de invalidez, por no tener un hogar adecuado, o por otras circunstancias, necesiten asistencia y atención.

- Dispensar asistencia hospitalaria a los que, por razón de una afección física o mental, necesitan un examen médico completo, tratamiento, rehabilitación, asistencia médica o de enfermería a largo plazo.

Parece fundamental lograr, mediante la investigación o información básica que pueda ser utilizada para identificar problemas, el establecimiento de prioridades y llevar a cabo programas de intervención, así como instrumentar las bases para la planificación de servicios asistenciales para los ancianos.


Es necesario conocer si los servicios que recibe este sector en una comunidad determinada responden a sus necesidades, si están distribuidos adecuadamente, si están suficientemente desarrollados y si existe la necesaria coordinación médico-social.

Nos planteamos como objetivo en el presente trabajo llevar a cabo un estudio que nos permita conocer cómo están organizados y distribuidos los recursos sociosanitarios para los ancianos en Canarias, su nivel de coordinación, con qué medios materiales y humanos cuentan, a qué población atienden y qué servicios prestan, centrándolo en cinco grandes áreas:

- 1.- La ayuda a domicilio.
- 2.- Los centros de día, hogares y clubes.
- 3.- Las instituciones, fundamentalmente las residencias para ancianos y otros alojamientos.
- 4.- Los recursos más específicamente sanitarios: programas para el anciano desde Atención Primaria.
- 5.- Los recursos de hospitalización: Unidades o Servicios de Geriátrica hospitalarios, Hospitales de Día Geriátricos y Unidades o Centros de Cuidados Continuos o de Larga Estancia.

Estos cinco grupos de recursos constituyen niveles de atención diferente para situaciones diferentes en las que se puede encontrar la población anciana. Nunca deben ser incompatibles entre sí, sino complementarios. En una comunidad con una buena asistencia geriátrica deben estar todos adecuadamente desarrollados, distribuidos y coordinados.

Los resultados de este estudio permitirían a las autoridades la disposición de una información que puede resultar útil a la hora de planificar, redistribuir e implementar los servicios asistenciales para nuestros ancianos.



*Material y
métodos*

Equipo Investigador

El diseño del trabajo y la recogida de datos fueron realizados por un equipo investigador compuesto por diecinueve profesionales vinculados a la labor asistencial y de gestión en áreas directamente relacionadas con los ancianos en todas las islas. Un miembro del equipo ejerció como director o investigador principal mientras que otros dos actuaron como coordinadores de equipo en Tenerife y Gran Canaria dado que, al ser las islas más pobladas, el proceso de recogida de datos se mostraba más laborioso. El resto del equipo estaba formado por un investigador en La Palma, siete en Tenerife, cinco en Gran Canaria, dos en Lanzarote, y uno en Fuerteventura. Los datos de La Gomera y El Hierro fueron recabados por el equipo de Gran Canaria. El equipo contó además con la colaboración técnica en el diseño de los cuestionarios y en la explotación informática y estadística de dos trabajadores sociales y un sociólogo.

Encuesta

Se diseñó un cuestionario específico para cada área de servicio (anexo 2). Los datos fueron recogidos entre el 1 de noviembre de 1993 y el 15 de febrero de 1994 mediante una entrevista personal entre un miembro del equipo investigador y el responsable del servicio a estudiar.

Se cumplimentaron un total de 270 cuestionarios correspondientes a otros tantos servicios.

Ayuda a domicilio

Muestra

Para el estudio de la ayuda a domicilio se recabaron datos de todas las entidades que la proveen en Canarias. El grueso de la ayuda es distribuida por los ayuntamientos mediante un Plan Concertado con el Gobierno de Canarias que recibe fondos del Ministerio de Asuntos Sociales, o mediante subvención de la Comunidad Autónoma. Los ayuntamientos organizan, distribuyen y gestionan la ayuda y ésta es canalizada por sus departamentos de servicios sociales. Otras entidades como la organizaciones no gubernamentales Cáritas y Cruz Roja también proveen una ayuda a domicilio que se centra fundamentalmente en las áreas urbanas de las dos capitales canarias.

Recabamos datos de 75 municipios canarios (anexo 1) que cuentan con Ayuda a Domicilio y del Cabildo del Hierro que gestiona la ayuda a domicilio para los dos municipios de la isla. Del total de 86 municipios de Canarias, San Mateo y Valsequillo en Gran Canaria, San Miguel de Abona y Puerto de la Cruz en

Tenerife y San Bartolomé en Lanzarote, no contaban con Ayuda a Domicilio en el momento de realización del estudio.

No pudieron obtenerse datos, porque rehusaron participar en el estudio, los municipios de Arrecife en Lanzarote, Agulo y Alajeró en la Gomera.

Además obtuvimos datos de los servicios de Ayuda a Domicilio Complementaria, Comida sobre Ruedas y Teleasistencia que suministra la Dirección Provincial de Servicios Sociales de la Cruz Roja en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria y de la Ayuda a Domicilio de la Asociación Social Femenina, del Centro de Cáritas de la Isleta y de la ONCE, también en dicha ciudad. En Santa Cruz de Tenerife, valoramos la Ayuda a Domicilio Complementaria de la Dirección Provincial de Servicios Sociales de Cruz Roja y la de Cáritas Diocesana.

Cuestionario

Para el estudio de la Ayuda a Domicilio, se recabaron datos mediante un cuestionario que constaba de los siguientes ítems:

- Ficha de Encabezamiento. En ella donde se recogía: nombre del organismo que distribuye la ayuda, pertenencia al ámbito municipal, Cruz Roja, Iglesia, Voluntariado u otros.

- Vinculación laboral del personal del Servicio de Ayuda a Domicilio, si es propio o concertado con alguna entidad privada o cooperativa.

- Financiación de la ayuda: si es propia, mediante el Plan Concertado o mediante subvención del Gobierno de Canarias.

- Tipo de ayuda que se presta: tareas domésticas, acompañamiento, actividades básicas de la vida diaria: aseo, baño, deambulación, continencia, alimentación; y actividades instrumentales de la vida diaria: salida fuera del domicilio, cobro de la pensión, compra, retirada y administración de medicamentos, etc.

- Características profesionales del personal que lleva a cabo la ayuda: si se trata de personal entrenado, de auxiliares de enfermería u otro tipo de personal.

- Frecuencia de la ayuda: número de ancianos que son atendidos diariamente, tres veces por semana, dos veces por semana, una vez por semana y otras frecuencias.

- Población atendida: número de ancianos atendidos en el último año, número total de servicios en el último año, área de servicio, población de más de 65 años

del área atendida, número de solicitudes en el último año, número de casos nuevos atendidos en el último año.

- Ratio personal / anciano atendido

- Criterios de inclusión en el programa: vivir solo, mayor de 65 años, pensionista por gran invalidez, descarga familiar, vivir con cónyuge mayor o enfermo, estar incapacitado, demencia, vivienda aislada o en malas condiciones, escasos recursos económicos.

- Existencia o no de lista de espera y número de ancianos en dicha lista.

Centros de día, hogares y clubes

Muestra

Para el estudio de este tipo de recursos se valoraron un total de 77 centros de día, hogares y clubes de todas las islas. Aunque representan un volumen importante de centros y podría decirse que son la práctica totalidad, la dispersión, diversidad y difícil localización de algunos de los existentes, especialmente pequeños clubes dependientes de parroquias o ligados a asociaciones de vecinos, ha imposibilitado incluirlos a todos.

Recabamos datos de un total de 77 centros de día, hogares y clubes, de los que 24 corresponden a Gran Canaria, 47 a Tenerife, 1 a La Palma, 1 a Lanzarote, 3 a Fuerteventura, 1 a la Gomera y ninguno al Hierro.

Cuestionario

Para el estudio de los centros de día, hogares y clubes, los datos se recogieron a través de un cuestionario elaborado para tal fin que constaba de:

- Ficha de encabezamiento con denominación, dirección y teléfono.

- Número de socios con que cuenta.

- Institución a la que pertenecen o dependencia patrimonial, especificando si pertenece al Ayuntamiento, Comunidad Autónoma, privados, Iglesia, voluntariado, Cruz Roja u otros.

- Financiación de los centros. Se preguntó, con posibilidad de responder a varias opciones, si la financiación era privada, era aportada por la Iglesia, por socios, o si la financiación era a través de fondos públicos a cargo de los ayunta-

mientos, del Gobierno de Canarias a través de subvenciones o del plan concertado, o si ésta dependía de los cabildos u otros organismos.

- Obligaciones económicas de los usuarios. Si aportaban una cuota estipulada, si era gratuito o si las aportaciones económicas de los usuarios eran según sus posibilidades.

- Servicios concertados, si contaban o no con ellos y de qué tipo eran.

- Características, número y dedicación del personal que presta sus servicios en los centros. Concretamente se preguntaba si contaban a tiempo completo o parcial con médicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, celadores, psicólogos, servicio técnico, monitores de tiempo libre, gestores, voluntariado, personal de hostelería y personal de recepción.

- Actividades que realizan. Si organizaban actividades de ocio, terapia ocupacional, trabajo individual de casos, información y orientación, actividades educativas, salidas al exterior, rehabilitación, actividades deportivas, animación comunitaria, comedor y ayuda a domicilio.

- Régimen de funcionamiento. Concretamente, se preguntó sobre horario de apertura y número de días a la semana de funcionamiento.

- Superficie total del centro.

- Características de los baños: tipo de piezas con que cuentan los centros y sistemas de ayuda.

- Facilidades arquitectónicas. Se preguntó si los centros contaban con suelo antideslizante, rampas, alarmas, pasamanos, apertura especial de puertas, ascensores y anchura de huecos de más de 80 cm.

- Servicios generales con que cuentan: comedor, biblioteca, gimnasio, lavandería, peluquería, cafetería, sala de televisión, sala de estar y transporte.

Residencias y otros alojamientos

Muestra

Para la inclusión en el estudio, se eligieron las residencias de ancianos que figuran en la Guía de Servicios Sociales (18) que fue actualizada con un listado facilitado por el Gabinete Técnico de Planificación de la Dirección General de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias.

De este listado se excluyeron instituciones que figuran como hospitales en el Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo (19) y que se incluyen en la sección correspondiente de este estudio. También se excluyeron instituciones que al visitarlas encontramos que cumplían funciones relacionadas con otras áreas como toxicomanías, mujer, jóvenes, disminuidos psíquicos y otras, ajenas por tanto al uso exclusivo como residencias de ancianos.

No se incluyeron algunos pisos asistidos o pequeñas residencias privadas por dificultad de acceso a la información. Tampoco se incluyeron las que se encuentran en construcción o aún no han comenzado a funcionar.

Del grupo inicialmente elegido, una residencia rehusó participar, por lo que pudieron cumplimentarse un total de 29 cuestionarios. La relación de residencias y otros alojamientos para ancianos incluidos finalmente en el estudio fue la siguiente:

Lanzarote:

- Residencia de Ancianos anexa al Hospital Insular. Arrecife.

Fuerteventura:

- Obra Social La Milagrosa. La Oliva.

Gran Canaria:

- Residencia Mixta de Pensionista de Taliarte. Telde.
- Hogar Hermanos Franciscanos de la Cruz Blanca. Las Palmas.
- Hogar Hermanos Franciscanos de la Cruz Blanca. Las Palmas.
- Hogar Nuestra Señora del Pino. Las Palmas.
- Hogar Residencia de Ancianos. Las Palmas.
- Residencia San Nicolás de Bari. Agüimes.
- Residencia Jesús Abandonado. Las Palmas.
- Casa Hogar Fray Leopoldo.

Tenerife:

- Residencia Charlotte. La Orotava.
- Residencia Virgen de Begoña. Santa Cruz de Tenerife.
- Residencia de la Tercera Edad Covadonga. Santa Cruz de Tenerife.
- Residencia Geriátrica Santa Cristina. Santa Cruz de Tenerife.
- Residencia de Pensionistas de Ofra. Santa Cruz de Tenerife.
- Hogar Santísimo Cristo de La Laguna. La Laguna.
- Hogar Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.
- Residencia Concha Castro. Santa Cruz de Tenerife.
- Hogar Virgen Poderosa. La Laguna.
- Mini Residencia Nuevos Hogares. La Laguna.

- Casa de Acogida Madre Redentora. El Sauzal.
- Residencia de Ancianos CEDAR. Granadilla de Abona.
- Vivienda tutelada de Tercera Edad. Guía de Isora.

La Palma:

- Centro Asistencial de Franceses. Garafía.
- Residencia de Pensionistas. Santa Cruz de la Palma.

La Gomera:

- Residencia Santa Luisa de Marillac. San Sebastián.
- Residencia de San Sebastián de La Gomera. San Sebastián.
- Residencia Tamargada. Vallehermoso.

El Hierro:

- Residencia de Ancianos de El Hierro. Valverde.

Cuestionario

Para el estudio de las residencias se diseñó un cuestionario específico que constaba de:

- Ficha de encabezamiento donde se recogió nombre, dirección y teléfono de la residencia.

- Número de plazas. Tipo de residencia según tamaño y finalidad y según acoja a ancianos independientes o válidos, dependientes o asistidos, o mixta.

- Institución a la que pertenece. Si la dependencia patrimonial es municipal, privada, de la Comunidad Autónoma, de la Iglesia, o pertenece a organizaciones no gubernamentales como Cruz Roja, asociaciones de voluntariado u otros.

- Coste mensual de la plaza.

- Financiación. Con posibilidad de múltiple respuesta se preguntó si la financiación era privada, con aportaciones de la Iglesia, con aportaciones de los residentes, o si se llevaba a cabo con fondos públicos a través del plan concertado o subvenciones del Gobierno de Canarias y/o con aportaciones de los cabildos o ayuntamientos.

- Obligaciones económicas del usuario. Si existe una cuota estipulada, si es gratuita, o si las aportaciones de los residentes se hacen según posibilidades.

- Existencia o no de servicios concertados y tipo.

- Características, número y dedicación del personal propio y si lo hace a tiempo parcial o completo: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, psicólogos, monitores de tiempo libre, gestores, celadores, servicio técnico, voluntariado, personal de hostelería y de recepción.

- Personal que permanece de guardia: celadores, auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos y si la guardia es de presencia física o localizada.

- Ratio personal / cama.

- Actividades que se llevan a cabo en la residencia: tiempo de ocio, terapia ocupacional, trabajo individual de casos, información y orientación, actividades educativas, salidas al exterior, rehabilitación, actividades deportivas, animación comunitaria y comedor.

- Superficie total de la residencia.

- Habitaciones: número total y número de habitaciones individuales, dobles y colectivas y cantidad de habitaciones con y sin baño.

- Características de los baños. Si cuentan con lavabo, ducha, bañera, bañera con ayuda, wc, wc con ayuda y/o bidé.

- Existencia de facilidades arquitectónicas: bañera asistida, alarmas, suelo antideslizante, rampas, pasamanos, apertura especial de puertas, anchura de huecos de más de 80 cm. y ascensores.

- Área de servicio. Si abarcaba un área local, insular, provincial, regional o suprarregional.

- Con posibilidad de varias opciones de respuesta se preguntó sobre si las condiciones de admisión incluían: personas que viven solas o aisladas, pensionista o cónyuge de pensionista, escasos recursos económicos, carecer de vivienda propia, enfermedad crónica o geriátrica, tener más de 60 años, no padecer enfermedad mental o contagiosa, padecer enfermedad mental, pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria, suficiente autonomía para las actividades de la vida diaria, y si era varón o mujer.

- Servicios generales con que cuenta: lavandería, comedor, biblioteca, lencería, gimnasio, mortuorio, peluquería, cocina, cafetería, sala de televisión, sala de estar, transporte para residentes.

- Altas en el último año: número total y cuantificación según defunción, traslados o voluntarias.

- Mortalidad año.

Programas del anciano en atención primaria

Muestra

Para el estudio de Programas para el Anciano desde Atención Primaria, se invitó a participar a la totalidad de los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma que funcionaban como tales en el momento de la realización del mismo, es decir, 61. De ellos, sólo dos no aportaron datos.

La relación de Centros de Salud que participaron en el estudio fue la siguiente.

Lanzarote:

- Centro de Salud de Arrecife.
- Centro de Salud de San Bartolomé-Tinajo.
- Centro de Salud de Teguiise.
- Centro de Salud de Haría-Mala.
- Centro de Salud de Tías.

Fuerteventura:

- Centro de Salud de La Oliva.
- Centro de Salud de Tuineje-Pájara / Gran Tarajal.
- Centro de Salud de Puerto del Rosario.
- Centro de Salud de Península de Jandía

Gran Canaria:

- Centro de Salud de Agaete.
- Centro de Salud de Agüimes.
- Centro de Salud de La Aldea de San Nicolás.
- Centro de Salud de Arguineguín.
- Centro de Salud de Arucas.
- Centro de salud de Firgas.
- Centro de Salud de Gáldar.
- Centro de salud de Ingenio.
- Centro de Salud de San Bartolomé de Tirajana.
- Centro de Salud de San Mateo.
- Centro de Salud de Santa María de Guía.
- Centro de Salud de San Gregorio-Telde.
- Centro de Salud de Jinámar-Telde.

- Centro de Salud de Tejeda.
- Centro de Salud de Valleseco.
- Centro de Salud de Guanarteme.
- Centro de Salud de Tamaraceite.

Tenerife:

- Centro de Salud de Arona.
- Centro de Salud de Candelaria.
- Centro de Salud de Granadilla
- Centro de Salud de Guía de Isora.
- Centro de Salud de Güimar.
- Centro de Salud de La Guancha.
- Centro de Salud de La Laguna-Taco.
- Centro de Salud de La Laguna- Geneto.
- Centro de Salud de La Laguna- Las Mercedes.
- Centro de Salud de La Orotava.
- Centro de Salud de Puerto de La Cruz.
- Centro de Salud de Los Realejos.
- Centro de Salud de Santa Úrsula.
- Centro de Salud de Tacoronte.
- Centro de Salud de Los Silos.
- Centro de Salud de Tejina.
- Centro de Salud de La Victoria.
- Centro de salud de La Cuesta.
- Centro de Salud de El Toscal.
- Centro de Salud de Los Gladiolos.
- Centro de Salud de La Salud.
- Centro de Salud de Ofra.
- Centro de Salud de Anaga.
- Centro de Salud de Barranco Grande.

La Palma:

- Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma.
- Centro de Salud de San Andrés y Sauces.
- Centro de Salud de Los Llanos.
- Centro de Salud de Las Breñas.

La Gomera:

- Centro de Salud de San Sebastián.
- Centro de Salud de Vallehermoso.

El Hierro:

- Centro de Salud de El Golfo.

- Centro de Salud de Valverde.

Cuestionario

Para conocer el papel que desempeñan los centros de salud de Canarias en la atención a los ancianos se diseñó un cuestionario específico que constaba de:

- Ficha de encabezamiento, donde se recogió el nombre de la zona de salud a la que pertenece el centro, dirección y teléfono.
- Existencia o no de un programa de atención al anciano en dicho centro o si éste estaba incluido en el programa del adulto.
- Número de personas mayores de 65 años que vivían en la zona de salud. Este dato si se conoce, puede considerarse orientativo sobre el trabajo realizado en este campo, al no coincidir siempre la Zona de Salud con la del Municipio.
- Porcentaje del trabajo profesional diario empleado en atender a ancianos.
- Existencia de programas de prevención para: gripe, régimen de alimentación y vida, control de tabaco y alcohol, prevención de caídas y accidentes, controles metabólicos, tétanos, control de tensión arterial, control de visión, control de audición.
- Se preguntó si se llevaban a cabo exámenes de salud periódicos a la población anciana de alto riesgo según los criterios de la O.M.S. (5), es decir, a aquellos ancianos mayores de 80 años que viven solos, con cónyuge mayor o enfermo, con escasos recursos, alta reciente del hospital, etc.
- Existencia o no en el centro de salud de una relación nominal de los siguientes grupos de pacientes: dementes seniles, muy ancianos, inmovilizados en cama, cáncer en estadio terminal, ancianos solos o aislados.
- Si se realizaban visitas periódicas a los grupos anteriores y con qué frecuencia media.
- Utilización de instrumentos de valoración psico-funcional en la asistencia diaria, especificando los utilizados.
- Si existían actividades de captación de patología crónica o invalidante: inmovilidad, incontinencia, demencia, enfermedad terminal, patología reumática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, patología cardiovascular, hipertensión arterial.

- Finalmente, y para conocer la relación entre la atención primaria y otros recursos de la comunidad, se preguntó si existían contactos formales con servicios de geriatría o servicios hospitalarios preocupados por la atención al anciano; si existía facilidad de derivación al nivel hospitalario de los pacientes ancianos que desbordan las posibilidades reales de los equipos de atención primaria; si existía algún club, centro o residencia de ancianos en la zona de salud y qué tipo de relación se mantenía con ellos.

Recursos de hospitalización

Muestra

Se eligió un grupo de 20 hospitales de toda la Comunidad Autónoma de los que figuran en el Catálogo Nacional de Hospitales (19). Se siguió el criterio de elegir aquellos que tenían una finalidad asistencial, declarada en dicho catálogo, de Geriatría y Larga Estancia y los que, teniendo tanto una finalidad asistencial como General, fuera conocida su gran componente asistencial geriátrico. Se excluyeron los hospitales de La Gomera, El Hierro y Fuerteventura pues, al ser los únicos centros hospitalarios en las respectivas islas, entran dentro del tipo de hospitales generales de agudos.

Del grupo inicialmente elegido, un hospital rehusó participar en el estudio, por lo que se cumplimentaron 20 cuestionarios que corresponden a los siguientes:

Gran Canaria:

- Clínica Nuestra Señora de La Paloma.
- Clínica San José.
- Hospital San Roque.
- Hospital San Martín.
- Clínica Cajal.
- Hospital Dermatológico.
- Hospital El Sabinal.
- Hospital Psiquiátrico.
- Residencia Médica Asistida Nuestra Señora del Mar.

Tenerife:

- Hospital Nuestra Señora de La Concepción.
- Hospital Nuestra Señora de Los Dolores (Icod).
- Hospital Nuestra Señora de Los Dolores (La Laguna).
- Clínica La Colina.
- Clínica Capote.
- Hospital de la Inmaculada.
- Hospital Febles Campos.

- Hospital de La Santísima Trinidad.
- Hospital de Ofra.

Lanzarote:

- Hospital Insular.

La Palma:

- Hospital Nuestra Señora de Los Dolores.

Cuestionario

Para estudiar el grupo de hospitales se diseñó un cuestionario específico que constaba de:

- Ficha de encabezamiento: nombre, dirección y teléfono del hospital.
- Dependencia patrimonial: si pertenecían a INSALUD, Cabildo, Comunidad Autónoma, privado u otros.
- Área de cobertura: si abarcaba un área regional, insular o local.
- Niveles asistenciales para la atención geriátrica con que cuenta y número de camas dedicadas a tal fin: camas para pacientes agudos, media estancia, larga estancia, psicogeriatría, cuidados paliativos, hospital de día geriatrico, consultas externas de geriatría, asistencia geriátrica domiciliaria.
- Existencia o no de relación formal con los centros de atención primaria del área.
- Existencia o no de relación con los servicios sociales del área y si ésta existiera, si es formal o informal.
- Características, número y dedicación del personal propio.
- Ratio personal/cama.



Resultados

Ayuda a domicilio

Distribución de la ayuda

En la tabla 1.1 puede apreciarse la distribución de la ayuda en la Comunidad Autónoma. Alrededor de los dos tercios de los centros de distribución de la ayuda a domicilio se encuentran en Tenerife y Gran Canaria (35,4 y 28% respectivamente), el 17,1% en La Palma, 7,3% en Fuerteventura, 6,1% en Lanzarote, 4,9% en La Gomera y 1,2% en El Hierro.

Organismo que distribuye la ayuda

La ayuda a domicilio es distribuida por los ayuntamientos en el 89% de los casos. Le sigue en frecuencia la Comunidad Autónoma 8,5%, Cruz Roja 4,9%, otros (Cáritas, Cabildo de El Hierro, Asociación Social Femenina, Cooperativa Adigal de la Guancha) el 4,9%, la Iglesia 3,6% y organizaciones de voluntariado 3,6%. Gráfico 1.1.

Características del personal que provee la ayuda

En el 56,1% de los centros distribuidores de ayuda a domicilio, el personal es concertado con otra entidad, en el 35,4% es propio, un 4,9% cuenta con ambos tipos y el 3,6% no respondió. Gráfico 1.2. En la tabla 1.2 se desglosan estos resultados por islas.

En cuanto a la cualificación profesional del personal que provee la ayuda a domicilio, el 40,2% de los centros trabaja con personal entrenado pero sin cualificación específica, el 7,3% con auxiliares de clínica, con ambos tipos de personal el 12,3% y con otro tipo de personal el 40,2%. En el apartado otros, se incluye: sin experiencia del INEM 36,4%, sin especificar 33,3%, empleadas de hogar 24,2%, cursos 6,1%. Gráfico 1.3 y tabla 1.3.

Financiación

El 16,7% de los centros cuenta con financiación propia, el 74,5% con financiación con cargo al Plan Concertado del Gobierno de Canarias y un 8,8% se financia mediante subvención del Gobierno de Canarias. Gráfico 1.4. En la tabla 1.4 puede apreciarse la distribución por islas de estos datos.

Tipo de ayuda suministrada

Se suministra ayuda doméstica: limpieza y arreglo de la casa, hacer cama etc. en el 90,2% de los centros; actividades básicas de la vida diaria: aseo personal, manejo de la incontinencia, ayudar a vestir, etc. en el 90,2% de los centros; acti-

vidades instrumentales de la vida diaria: compra de alimentos, manejo de la medicación, cocinar, etc. en el 79,3% de los centros y actividades de acompañamiento en el 75,6%. Gráfico 1.5.

En este apartado hay que considerar el servicio de teleasistencia domiciliaria que prestan las direcciones provinciales de servicios sociales de Cruz Roja en las dos capitales canarias. En las Palmas cuentan con 300 servicios de teleasistencia en domicilios de ancianos instalados en el año 1993. En dicho año se realizaron un total de 28.500 servicios incluyendo llamadas y tienen 258 casos en lista de espera. Al frente de este programa se encuentra un responsable de área técnica, un operador de llamadas, un trabajador social y personal voluntario. En Santa Cruz el programa comenzó a funcionar en 1994 y tienen previsto instalar un total de 200 dispositivos de teleasistencia en domicilios de ancianos durante el primer año.

También en Las Palmas, la Dirección de Servicios Sociales de Cruz Roja cuenta con un programa de comida sobre ruedas que provee de menús calientes a 50 ancianos diariamente, habiendo realizado en 1993 un total de 12.525 servicios.

Número de ancianos atendidos en el último año

En la tabla 1.5 puede observarse en valores absolutos el número de ancianos que reciben ayuda a domicilio en toda la Comunidad Autónoma de Canarias y el porcentaje de cobertura en relación con el total de población mayor de 65 años. Asimismo se expresan estos datos por islas. La media de cobertura para toda la Comunidad Autónoma es de 1,9 ancianos atendidos con ayuda a domicilio por cada 100 mayores de 65 años, en un rango que oscila entre el 4,2% de El Hierro y el 1,6% de Gran Canaria.

Número de servicios dispensados en el último año

En la tabla 1.6 puede observarse el número de servicios dispensados en el último año, su distribución por islas y la media de servicios recibidos por anciano atendido. A Canarias globalmente le corresponde una ratio de 112 servicios por anciano atendido. Las ratios a nivel insular se distribuyen entre un máximo de 183 que corresponde a La Palma y un mínimo de 50 en Lanzarote, aunque en este último caso existe un importante sesgo al no participar Arrecife en el estudio, donde vive casi la mitad de la población de la isla.

Solicitudes en el último año

En la tabla 1.7 puede observarse la distribución de la demanda de nuevos servicios en el último año y su comparación con el número de ancianos atendidos.

Para Canarias la media de solicitudes en relación con el número de ancianos atendidos es del 58,8%. Destacan las elevadas ratios, y por tanto fuertes incrementos de la demanda de ayuda a domicilio, de El Hierro con una ratio del 119,6%, Fuerteventura 89,4% y La Gomera 81,5%. Se mantienen alrededor de la media Tenerife y Gran Canaria y, por debajo, La Palma y Lanzarote.

Casos nuevos atendidos y cobertura de la demanda expresada

Los resultados que se recogen en la tabla 1.8 corresponden al número de casos nuevos atendidos en el último año y su relación porcentual con el número de solicitudes, lo que nos indica el grado de cobertura de la demanda expresada. Puede observarse que por término medio se está cubriendo el 58,6% de la demanda expresada en el último año, en lo que se refiere al total de la Comunidad Autónoma. Muy por encima de la media se encuentra Lanzarote con un 104% de cobertura de la demanda (se atendieron además algunos casos pendientes del año anterior), y por debajo La Gomera y Fuerteventura con un 30,7% y 38,1% respectivamente, encontrándose el resto de las islas alrededor de la media.

Ratio personal/anciano atendido

En la tabla 1.9 puede observarse el ratio personal / anciano atendido, siendo la media para Canarias de 0.131. Las ratios de las diferentes islas se encuentran en torno a esta media excepto La Gomera con 0.010 y Lanzarote con 0.059.

Criterios de inclusión en ayuda a domicilio

En el gráfico 1.6 pueden observarse los criterios utilizados para incluir a los ancianos en los programas de ayuda a domicilio. Estar incapacitado (85,4%), carecer de recursos económicos (84,5%), así como vivir solo (78%) son los criterios más frecuentemente utilizados por la mayoría de los centros proveedores de la ayuda a domicilio. Le siguen en orden de frecuencia cónyuge mayor, demencia, descarga familiar, vivienda aislada, mayor de 65 años y ser pensionista.

TABLA 1.1

Distribución de los centros de ayuda a domicilio

	NUMERO	%
CANARIAS	82	100.0
Lanzarote	5	6.1
Fuerteventura	6	7.3
Gran Canaria	23	28.0
Tenerife	29	35.4
La Palma	14	17.1
La Gomera	4	4.9
El Hierro	1	1.2

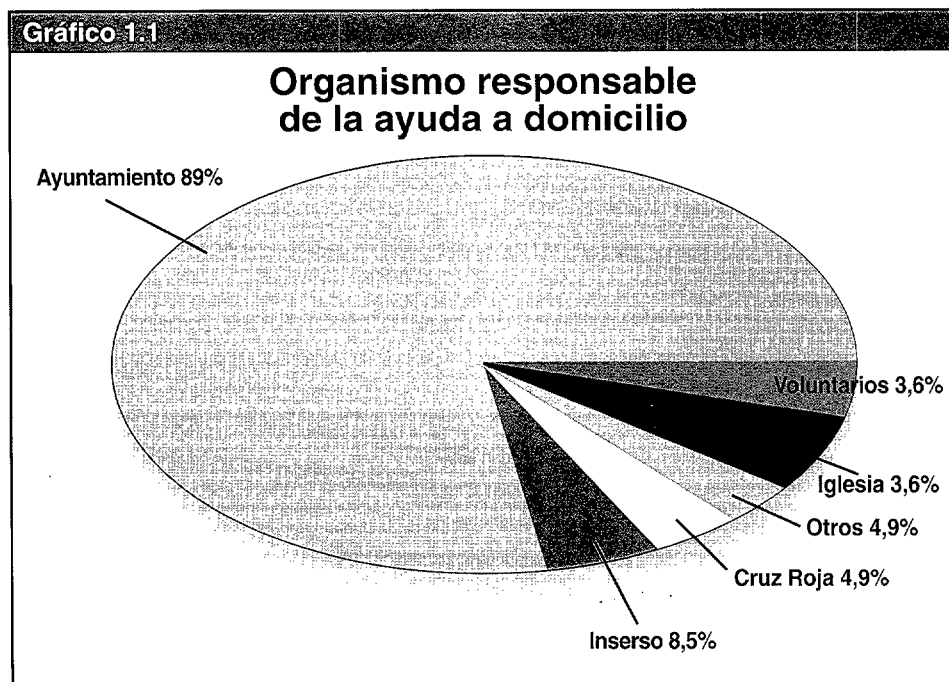


Gráfico 1.2

Personal de ayuda a domicilio

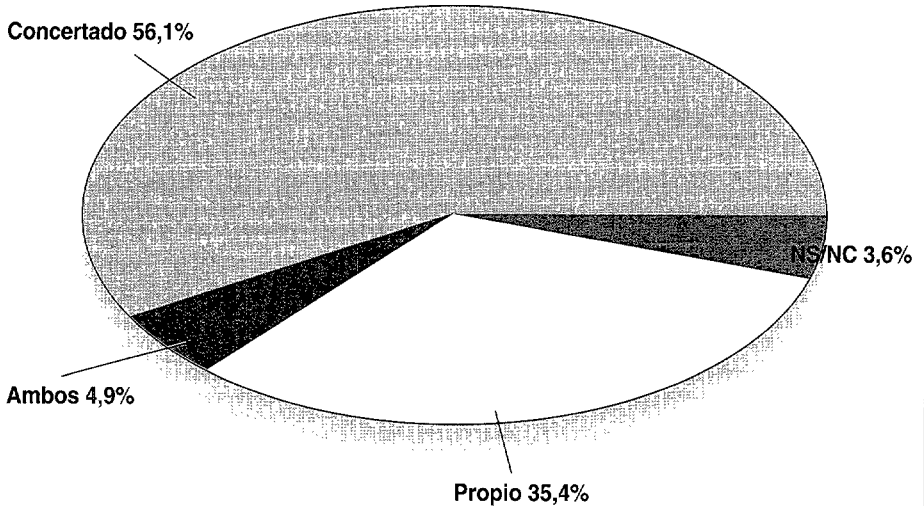


TABLA 1.2

Personal en ayuda a domicilio (Porcentajes)

	PROPIO	CONCER.	AMBOS	NS/NC
CANARIAS	35.4	56.1	4.9	3.6
Lanzarote	100.0	0.0	0.0	0.0
Fuerteventura	0.0	100.0	0.0	0.0
Gran Canaria	52.2	34.8	4.3	8.7
Tenerife	37.9	58.7	0.0	3.4
La Palma	0.0	85.7	14.3	0.0
La Gomera	25.0	50.0	25.0	0.0
El Hierro	0.0	100.0	0.0	0.0

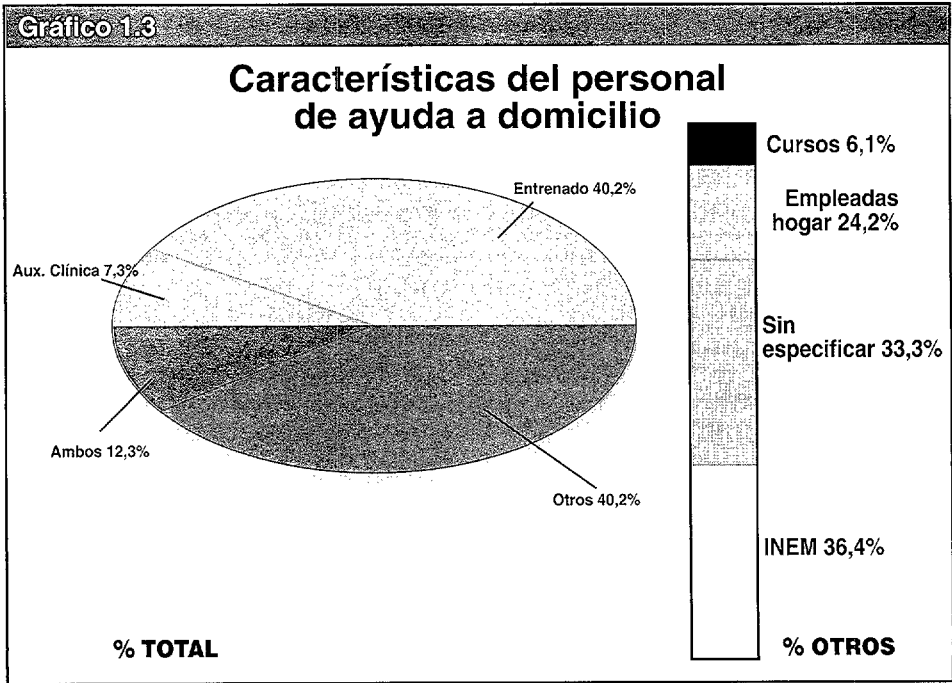


TABLA 1.3

Características del personal de ayuda a domicilio (Porcentajes)

	ENTRENADO	AUX.DE CLINICA	AMBOS	OTROS
CANARIAS	40.2	7.3	12.3	40.2
Lanzarote	40.0	40.0	20.0	0.0
Fuerteventura	16.7	0.0	0.0	83.3
Gran Canaria	47.9	8.7	21.7	21.7
Tenerife	55.2	6.9	6.9	31.0
La Palma	14.3	0.0	7.1	78.6
La Gomera	25.0	0.0	0.0	75.0
El Hierro	0.0	0.0	100.0	0.0

Gráfico 1.4

Financiación de ayuda a domicilio

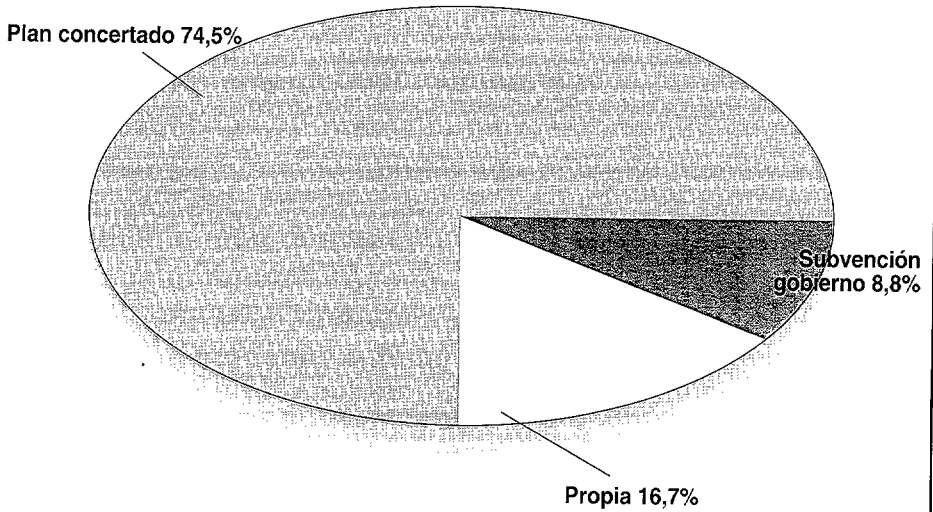


TABLA 1.4

Financiación de la ayuda a domicilio. (Porcentajes)

	PROPIA	PLAN CONCERT.	SUBVENCION GOB.
CANARIAS	16.7	74.5	8.8
Lanzarote	42.9	57.1	0.0
Fuerteventura	14.3	85.7	0.0
Gran Canaria	17.2	65.6	17.2
Tenerife	16.7	77.8	5.5
La Palma	5.9	82.3	11.8
La Gomera	0.0	100.0	0.0
El Hierro	50.0	50.0	0.0

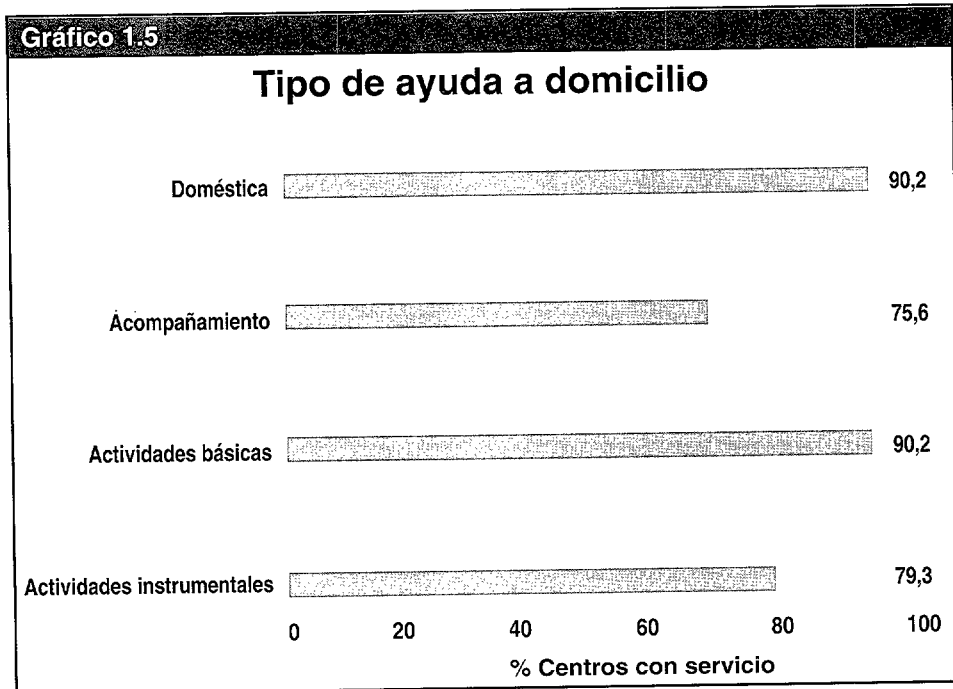


TABLA 1.5

Número de ancianos atendidos en ayuda a domicilio y porcentaje de cobertura sobre la población mayor de 65 años

	ANCIANOS ATENDIDOS(*)	POB. >65 AÑOS (**)	% COBERTURA
CANARIAS	2.812	141.974	1.9
Lanzarote	134	4.746	2.8
Fuerteventura	47	2.402	1.9
Gran Canaria	946	58.853	1.6
Tenerife	1.267	60.871	2.1
La Palma	270	11.258	2.4
La Gomera	92	2.484	3.7
El Hierro	56	1.343	4.2

(*) Dos centros (Ay. de Mogán y Centro Social de La Isleta/Caritas) no aportan datos sobre este aspecto.

(**) FUENTE: ISTAC, «Censo de Población y Viviendas. Canarias 1991»

Gráfico 1.6

Criterios de inclusión en ayuda a domicilio

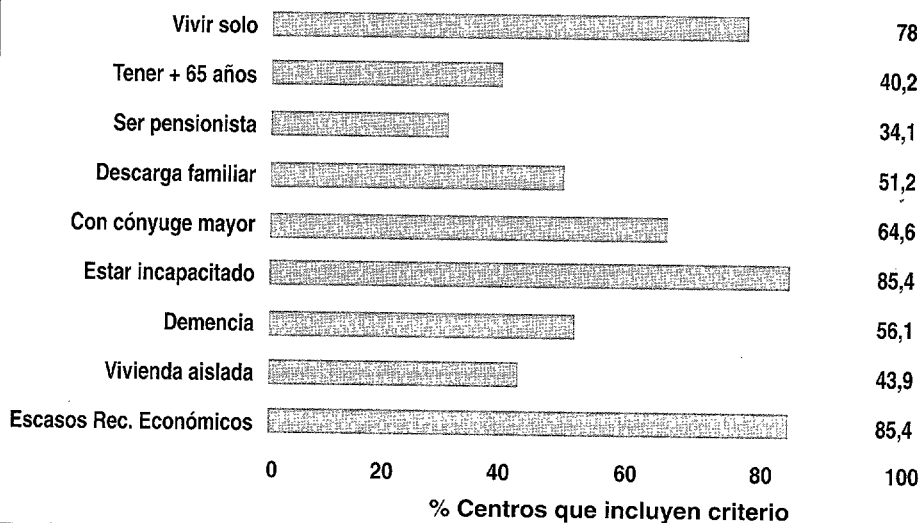


TABLA 1.6

Ratio de servicios realizados en el último años /ancianos atendidos en ayuda a domicilio

	SERVICIOS REALIZADOS(*)	ANCIANOS ATENDIDOS	RATIO
CANARIAS	315.122	2.812	112
Lanzarote	6.726	134	50
Fuerteventura	8.214	47	175
Gran Canaria	131.689	946	139
Tenerife	106.446	1.267	84
La Palma	49.421	270	183
La Gomera	5.670	92	62
El Hierro	6.920	56	123

(*) Tres centros (Ay. de Mogán, Moya y Santa Cruz de Tenerife. La Isleta/ Caritas) no aportan datos sobre servicios realizados.

TABLA 1.7

**Ratio de solicitudes en el último año/ancianos atendidos
(x 100) en ayuda a domicilio**

	SOLICITUDES (*)	ANCIANOS ATENDIDOS	RATIO(%)
CANARIAS	1.654	2.812	58.8
Lanzarote	49	134	36.6
Fuerteventura	42	47	89.4
Gran Canaria	474	946	50.1
Tenerife	838	1.267	66.1
La Palma	109	270	40.4
La Gomera	75	92	81.5
El Hierro	67	56	119.6

(*) Diecinueve centros (23.2% del total) no aportan datos sobre este aspecto (Ayuntamientos de Valleseco, Teror, Mogán, Artenara, Gáldar, Puntallana, Garafía, Mazo, Agüimes, S. Bartolomé Tirajana, Moya, Arico, Guía de Isora, Valle Gran Rey, Pto. del Rosario, La Oliva y las asociaciones Centro Soc. de La Isleta/Caritas, Asoc.Social Femenina y Cruz Roja).

TABLA 1.8

Cobertura de la demanda: ratio de casos nuevos atendidos/solicitudes en el último año (x 100) en ayuda a domicilio

	CASOS NUEVOS ATENDIDOS (*)	SOLICITUDES	RATIO (%)
CANARIAS	970	1.654	58.6
Lanzarote	51	49	104.1
Fuerteventura	16	42	38.1
Gran Canaria	302	474	63.7
Tenerife	470	838	56.1
La Palma	68	109	62.4
La Gomera	23	75	30.7
El Hierro	40	67	59.7

(*) Diecisiete centros (20,7% del total) no aportan datos sobre este aspecto (Ayuntamientos de Teror, Mogán, Artenara, Gáldar, S. Nicolas de Tolentino, Tifarfe, Garafía, Mazo, Agüimes, S. Bartolome Tirajana, Moya, Guía de Isora, Pto. del Rosario, La Oliva y La Guancha y las asociaciones Centro Soc. de La Isleta/ Caritas y Asoc. Social Femenina).

TABLA 1.9

Personal y ratio de ayuda a domicilio

	TOTAL PERSONAL	ANCIANOS ATENDIDOS	RATIO
CANARIAS	369	2.812	0,131
Lanzarote	8	134	0,059
Fuerteventura	8	47	0,170
Gran Canaria	116	946	0,122
Tenerife	198	1.267	0,156
La Palma	29	270	0,107
La Gomera	1	92	0,010
El Hierro	9	56	0,160

Centros de día, hogares y clubes

El 84,4% de los centros de día, hogares y clubes, se autodenominaron con este último término que, por razones que se explicarán en el siguiente capítulo, nos parece que es el que más adecuadamente responde a sus funciones actuales. Un 9,1% como centros y un 5% como hogares.

Si tomamos como referencia el Plan Gerontológico (34), se establece como objetivo a corto plazo conseguir una cobertura de un centro, hogar o club por cada 2.500 personas mayores de 65 años. También es cierto que dicho plan establece que entre las funciones de estos centros figuren no sólo las recreativas y culturales sino otras actividades más específicas como las rehabilitadoras, promoción de la salud, servicios comunes para los ancianos del área como lavandería, comida sobre ruedas, ayuda a domicilio, etc. Sin prejuzgar los servicios que prestan en Canarias este tipo de recursos, como más adelante veremos, en la tabla 2.1.1 se recogen los datos cuantitativos y la comparación entre el número ideal y el número real de centros de día, hogares y clubes. La media para Canarias es de 77 centros sobre un número ideal de 57. Están por debajo del número ideal de centros, o lo que es lo mismo, son deficitarias las islas de El Hierro, La Palma y La Gomera.

Dimensiones en cuanto a número de socios

En cuanto al número de socios, sólo el 50,6% de los clubes contestaron a esta pregunta. La media de socios está en 759. Tablas 2.1 y 2.2.

Institución a la que pertenecen

En cuanto a la institución a la que pertenecen, la mayoría son del sector público: 41,6% a los ayuntamientos y 25,9% a la Comunidad Autónoma. La participación del sector privado sin ánimo de lucro es también considerable: un 24,7% de los centros. Un 2,6% pertenece a la Iglesia; y a otras asociaciones y voluntariado un 4,2 %. Gráfico 2.1.

Fuentes de financiación

La financiación de este tipo de recursos es mixta. Así los ayuntamientos aportan el 26,9% de los recursos; la Comunidad Autónoma el 26,3% mediante subvenciones y el plan concertado; los Cabildos Insulares el 14,9%; y el resto son recursos financieros privados, que se distribuyen de la siguiente manera: 15,6% aportación de los socios, 7,8% aportaciones privadas, 7,1% otros sin especificar, y 1,4% la Iglesia. Gráfico 2.2.

Obligaciones económicas de los usuarios

En cuanto a las obligaciones económicas de los usuarios, el 53,2% son gratuitos, el 45,5% tienen una cuota estipulada y el 1,3% según las posibilidades de los socios. Tabla 2.3.

Servicios concertados

Las tres cuartas partes de los centros no cuentan con ningún tipo de servicio concertado. El 25,9% conciertan algún tipo de servicio y dentro de este grupo en el 55,5% de los centros es el comedor, un 15% el mantenimiento, un 5% educación para adultos, otro 5% para monitores, un 5% asesoramiento técnico y varios sin especificar, un 15%. Tabla 2.4.

TABLA 2.1.1

Comparación entre el número ideal (*) y el número real de centros, hogares y clubes

	POB. > 65 AÑOS	NUMERO IDEAL	NUMERO REAL
CANARIAS	141.974	56,78	77
Lanzarote	4.746	1,89	1
Fuerteventura	2.402	0,96	3
Gran Canaria	58.853	23,54	24
Tenerife	60.871	24,34	47
La Palma	11.258	4,50	1
La Gomera	2.484	0,99	1
El Hierro	1.343	0,53	0

(*) El número ideal es la existencia de un centro, hogar o club por cada 2.500 personas mayores de 65 años.

TABLA 2.1

Número y media de socios de los centros, hogares y clubes

	TOTAL	MEDIA
CANARIAS	29.602	759
Lanzarote	2.250	2.250
Fuerteventura	212	212
Gran Canaria	15.617	868
Tenerife	11.471	637
La Palma	-	-
La Gomera	52	52

TABLA 2.2

Distribución de los centros, hogares y clubes según número de socios

NUMERO DE SOCIOS	%
Menos de 100	30.8
Entre 101 y 500	33.3
Entre 501 y 1.000	10.3
Entre 1.001 y 2.000	15.3
Más de 2.000	10.3

TABLA 2.3

Obligaciones económicas del usuario (Porcentaje y número absoluto) en los centros de día, hogares y clubes

	CUOTA	GRATUITO	SEGUN POSIBILIDADES
CANARIAS (%)	45.5%	53.2%	1.3%
CANARIAS (Nº)	35	41	1
Lanzarote	0	1	0
Fuerteventura	1	2	0
Gran Canaria	17	7	0
Tenerife	16	30	1
La Palma	0	1	0
La Gomera	1	0	0

Gráfico 2.1

Institución a la que pertenecen los centros, hogares y clubes

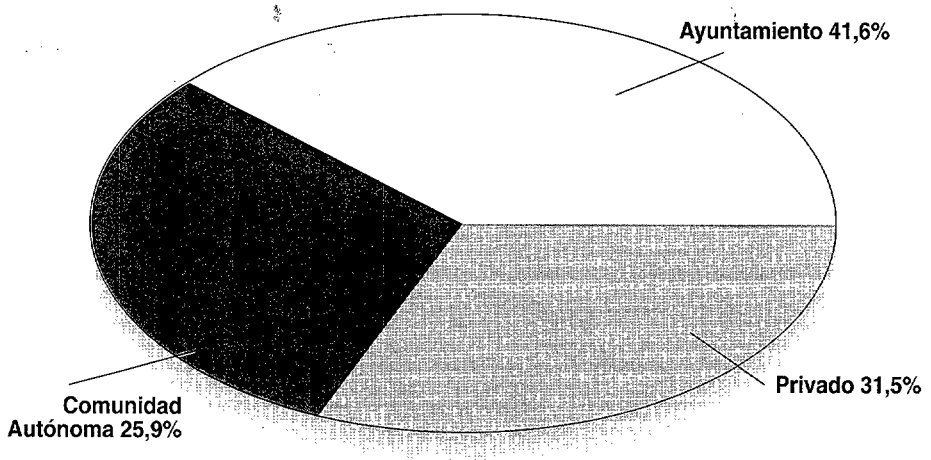
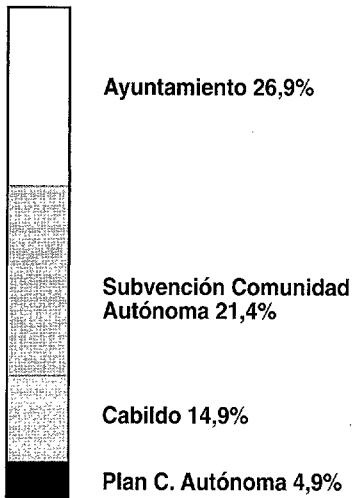


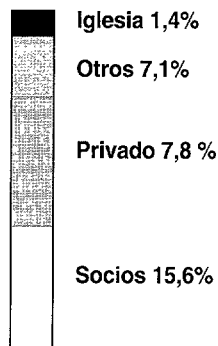
Gráfico 2.2

Financiación de los centros, hogares y clubes

Pública (68.1%)



Privada (31.9%)



Características del personal

El 53,2% de los centros cuenta con personal. La media de personal, en los centros donde lo hay, es de 5 trabajadores. En la tabla 2.5 se recogen los porcentajes de centros que cuentan con distintos profesionales. Así el 27,3% de los centros cuenta con monitores y trabajadores sociales, y el 23,4% cuenta con personal de recepción. Los profesionales titulados abarcan una cobertura menor; así sólo el 2,6% de los centros cuenta con personal de enfermería y el 3,9% con médico. Gráfico 2.3.

El 53,2% de los empleados de los centros lo son a tiempo parcial y el 46,8% a tiempo completo.

Actividades

El 89,6% de los centros tiene organizadas actividades de ocio. Aproximadamente la mitad llevan a cabo actividades de información y orientación, actividades educativas y de animación comunitaria. Alrededor de la cuarta parte de los centros cuenta con actividades deportivas, terapia ocupacional y trabajo individual de casos. En el caso de la terapia ocupacional, al no existir este tipo de personal cualificado en los centros, creemos que se han interpretado como tales las actividades de taller o manuales. En menor proporción se encuentra el comedor, salidas al exterior, y ayuda a domicilio. Sólo el 1,3% de los centros proporciona rehabilitación de mantenimiento. Tabla 2.6.

Régimen de funcionamiento

Se encuentran abierto todos los días de la semana el 37,3% de los centros. El 44% lo hace seis días por semana y de manera discontinua el resto. En cuanto al horario de funcionamiento, tienen horario partido de mañana y tarde el 33,3% de los centros, funcionan sólo de tarde el 33,3% y con horario continuo el 26,7%. Tabla 2.7.

Superficie

El 74% de los centros respondió a esta pregunta. La media de metros cuadrados por centro es de 364. Los centros medianos y pequeños, de menos de 500 metros cuadrados, suponen el 80,7% del total. Tabla 2.8 y gráfico 2.4.

TABLA 2.4

**Servicios concertados y tipo (Porcentaje) en los centros
de día, hogares y clubes**

	SI	NO
CANARIAS	25.9	74.1
TIPO DE SERVICIOS		
Educación de adultos	5.0	
Monitores	5.0	
Asesoramiento técnico	5.0	
Mantenimiento	15.0	
Comedor	55.0	
Varios	15.0	

TABLA 2.5

**Porcentaje de centros de día,
hogares y clubes con personal**

	%
Total centros con personal	53.2
Médicos	3.9
Servicio Técnico	7.8
Enfermeros	2.6
Trabajadores sociales	27.3
Celadores	10.4
Monitores	27.3
Gestores	15.6
Voluntariado	19.5
Psicólogos	1.3
Personal de hostelería	6.5
Recepción	23.4

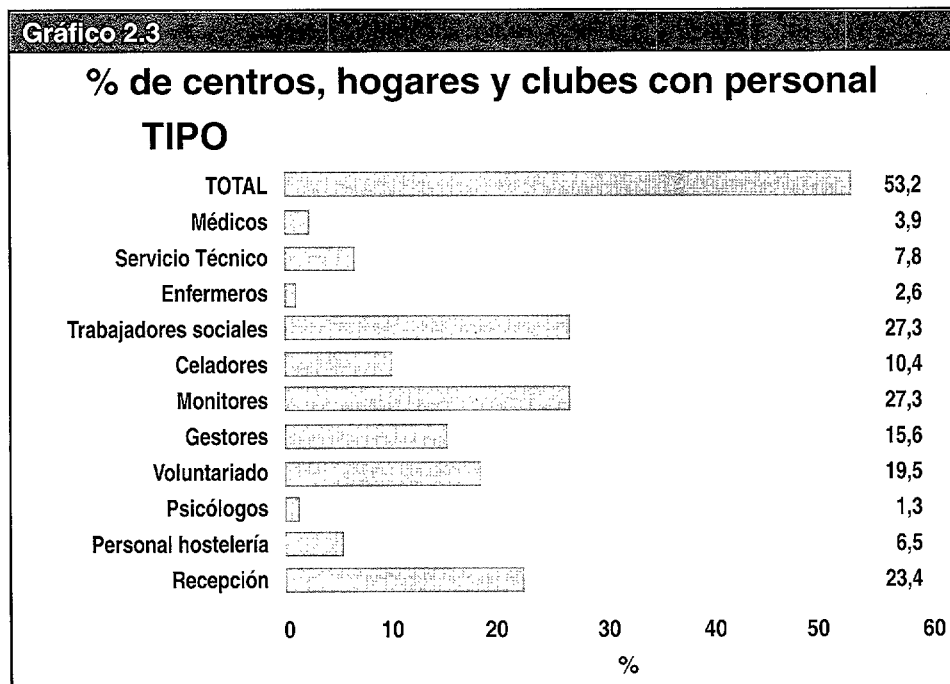


TABLA 2.6

Actividades en los centros de día, hogares y clubes

Actividades	%
Tiempo de ocio	89.6
Terapia ocupacional	26.6
Trabajo individual de casos	26.6
Información y orientación	48.1
Actividades educativas	45.5
Salidas al exterior	12.9
Rehabilitación	1.3
Actividades deportivas	27.3
Animación comunitaria	42.8
Comedor	14.3
Ayuda a domicilio	14.3

TABLA 2.7

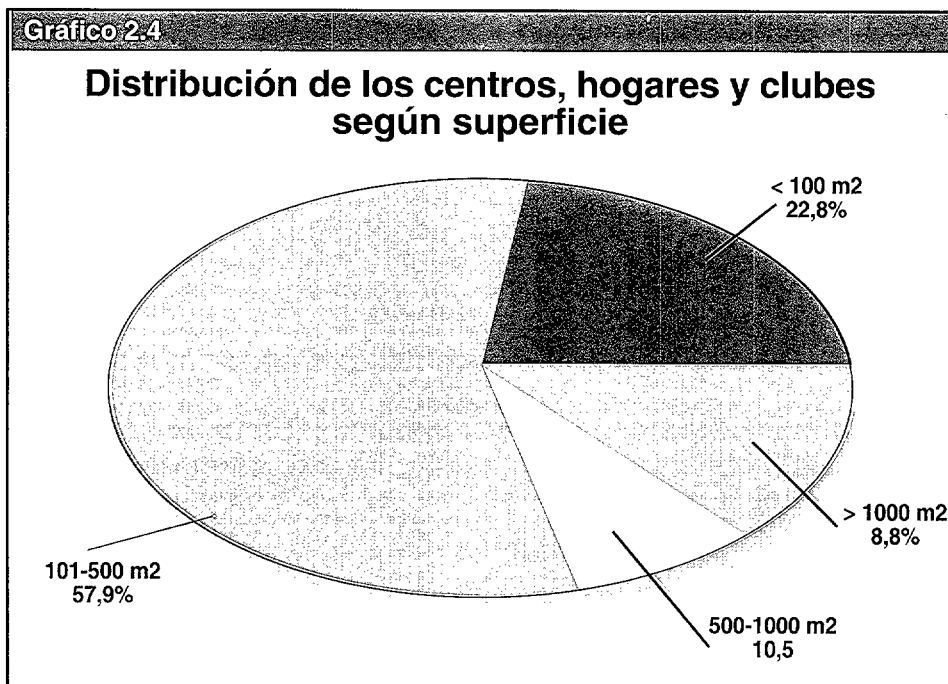
**Régimen de funcionamiento
de los centros de día, hogares y clubes**

Nº DE DÍAS DE APERTURA A LA SEMANA	Nº CENTROS	%
Dos días	3	4.0
Cuatro días	2	2.7
Cinco días	6	8.0
Seis días	33	44.0
Siete días	28	37.3
NS/NC	3	4.0
HORARIO	Nº CENTROS	%
Continuo	20	26.7
Partido	25	33.3
Tarde	25	33.3
NS/NC	5	6.7

TABLA 2.8

**Distribución de los centros,
hogares y clubes según superficie**

METROS CUADRADOS	%
Menos de 100	22.8
Entre 101 y 500	57.9
Entre 501 y 1.000	10.5
Más de 1.000	8.8



Facilidades arquitectónicas

Un 16,9% de los centros cuentan con pasamanos en sus instalaciones; un 12,9% con rampas de accesos entre planos de diferente nivel; un 12,9% con anchura de huecos (puertas y accesos) de más de 80 centímetros de ancho que permiten el paso de una silla de ruedas; con suelo antideslizante y alarmas un 6,5%, con ascensores un 2,6% y apertura especial de puertas el 1,3%. Tabla 2.9.

Servicios con que cuentan

El 79,2% de los centros cuenta con sala de televisión, el 67,5% con sala de estar, el 63,6% con cafetería, el 41,6% tiene biblioteca, cocina el 25,9%, peluquería el 19,5%, gimnasio el 11,7% y en menor medida otros servicios como lavandería y transporte. Gráfico 2.5.

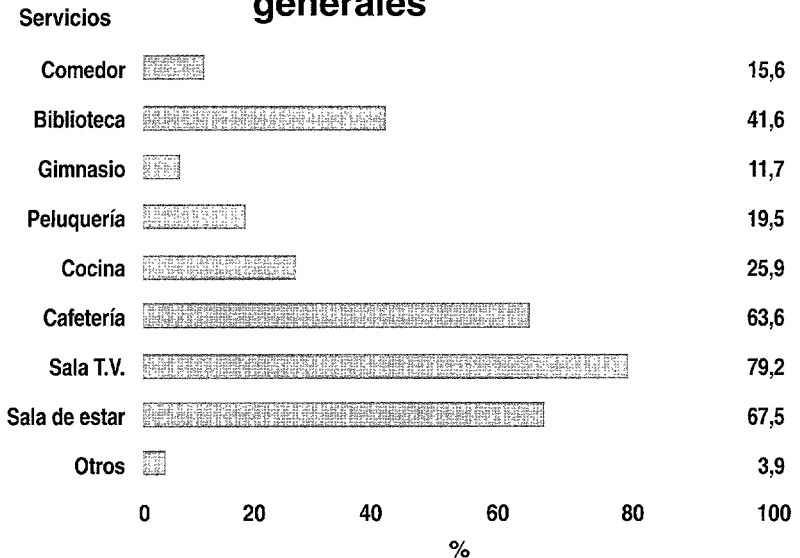
TABLA 2.9

**Porcentaje de centros, hogares y clubes con facilidades
arquitectónicas**

	%
Pasamanos	16.9
Rampas	12.9
Anchura de huecos más de 80 cm.	12.9
Alarmas	6.5
Suelo antideslizante	6.5
Ascensores	2.6
Apertura especial de puertas	1.3
Bañera asistida	0.0

Gráfico 2.5

**% de centros, hogares y clubes con servicios
generales**



Residencias y otros alojamientos para ancianos

Residencias y plazas

En la tabla 3.1 puede apreciarse la distribución de las residencias de ancianos abiertas por islas y el porcentaje de plazas en cada isla con respecto al total, dato este último al que se refiere el gráfico 3.1. Lanzarote cuenta con una residencia de 27 plazas, lo que supone el 1,3% de las plazas a nivel regional mientras que Fuerteventura tiene funcionando una residencia, que supone el 0,5% de las plazas. En Gran Canaria funcionan 8 residencias que supone el 52,8% del total de plazas. Tenerife, con 13 residencias, reúne el 31,9% de las plazas a nivel regional. La Palma con 2 residencias cuenta con el 10,9% de las plazas. La Gomera tiene funcionando 3 residencias que supone el 1,6% de las plazas y El Hierro, con una residencia, cuenta con el 1% del total de plazas de Canarias.

Si tenemos en cuenta el número ideal de plazas establecido en 3,5 plazas por cada 100 mayores de 65 años, la ratio de Canarias se encuentra muy por debajo: 1,5 plazas por cada 100 mayores de 65 años. La diferencia por islas es aún mayor: Lanzarote tiene una ratio de plazas de 0,6, Fuerteventura de 0,4, Gran Canaria 1,9, Tenerife 1,1, La Palma 2,1, La Gomera 1,4 y el Hierro 1,6. Tabla 3.1.1 y gráfico 3.1.1.

La tabla 3.2 recoge la distribución de las residencias según el tamaño. De menos de 40 plazas o pequeñas: el 69%; entre 40 y 100 plazas o medianas: el 10,3%; y de más de 100 plazas: 20,7%.

Tipo de residencia

El 58,6% de las residencias acogen tanto a ancianos válidos como a ancianos dependientes, es decir, entran dentro de la categoría de mixtas. Un 27,6% son para ancianos independientes, es decir, residencias de válidos y un 13,8% son residencias asistidas. En la tablas 3.3 y 3.4 puede apreciarse la distribución de estas categorías por islas y el número de plazas que cada grupo representa.

Institución a la que pertenecen

El 37,9% de las residencias de ancianos de Canarias pertenece al sector privado, el 24,2% a la Iglesia, el 13,8% a los ayuntamientos, el 10,3% a la Comunidad Autónoma y el 13,8% a otros organismos, entre los que se incluyen los cabildos insulares. La tabla 3.5 recoge en números absolutos la dependencia institucional de las residencias y su distribución por islas. En cifras globales para Canarias 11 residencias son privadas, 7 pertenecen a la Iglesia, 4 a los ayuntamientos, 3 a la Comunidad Autónoma y 4 a otras instituciones entre las que se encuentran los cabildos insulares.

En la tabla 3.6 y el gráfico 3.2 se recogen los porcentajes de plazas en función de dicha dependencia. En este caso la Comunidad Autónoma gestiona el grupo más importante de plazas: 41,9%, al pertenecerle las tres macro-residencias recibidas en transferencia del Inerser, las de La Palma, Tenerife y Gran Canaria.

El siguiente bloque de plazas, por orden de importancia, lo gestiona la Iglesia: 32,4% de las plazas totales; y le siguen las organizaciones privadas: 18,1%, otros entre los que figuran los cabildos: 5,7% y los ayuntamientos: 1,9% de las plazas.

TABLA 3.1

Residencias, plazas y media de plazas según islas

	RESIDENCIAS		PLAZAS		MEDIA
	Nº	%	Nº	%	
CANARIAS	29	100.0	2.135	100.0	74
Lanzarote	1	3.4	27	1.3	27
Fuerteventura	1	3.4	10	0.5	10
Gran Canaria	8	27.7	1.127	52.8	141
Tenerife	13	44.9	682	31.9	52
La Palma	2	6.9	234	10.9	117
La Gomera	3	10.3	34	1.6	11
El Hierro	1	3.4	21	1.0	21

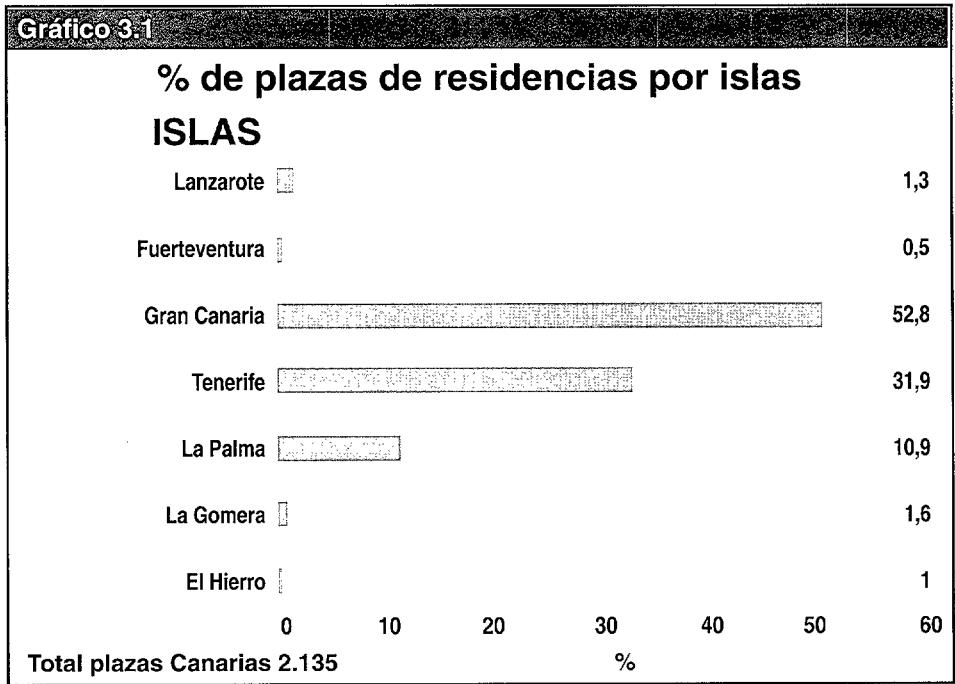


TABLA 3.1.1

Ratio plazas de residencia/población > 65 años (x 100)

	PLAZAS	POB. >65 AÑOS (*)	RATIO (%)
CANARIAS	2.135	141.957	1.5
Lanzarote	27	4.746	0.6
Fuerteventura	10	2.402	0.4
Gran Canaria	1.127	58.853	1.9
Tenerife	682	60.871	1.1
La Palma	234	11.258	2.1
La Gomera	34	2.484	1.4
El Hierro	21	1.343	1.6

(*) FUENTE: ISTAC, «Censo de Población y Vivienda. Canarias, 1991».

Gráfico 3.1.1

Ratio plazas/población >65 años (x100) en residencias ISLAS

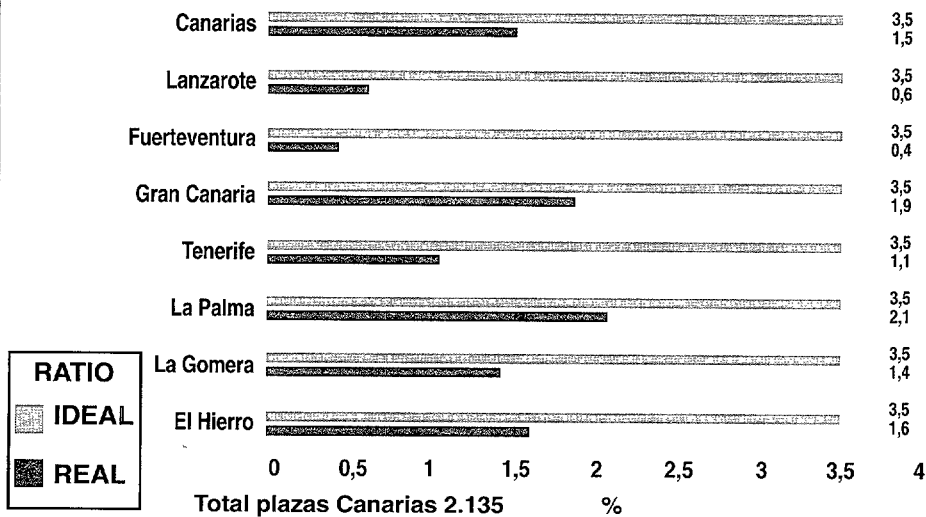


TABLA 3.2

Distribución de las residencias según número de plazas

NUMERO DE PLAZAS	%
Menos de 40 plazas	69.0
Entre 40 y 100 plazas	10.3
Más de 100 plazas	20.7

TABLA 3.3

Distribución de las residencias según tipo

	VALIDOS 27.6%	ASISTIDA 13.8%	MIXTA 58.6
CANARIAS	8	4	17
Lanzarote	0	0	1
Fuerteventura	0	0	1
Gran Canaria	3	3	2
Tenerife	1	1	11
La Palma	0	0	2
La Gomera	3	0	0
El Hierro	1	0	0

TABLA 3.4

Distribución de las plazasde residencias según tipo (Porcentaje)

	VALIDOS	ASISTIDA	MIXTA
CANARIAS	17.9	3.2	78.9
Lanzarote	0.0	0.0	100.0
Fuerteventura	0.0	0.0	100.0
Gran Canaria	13.4	5.2	81.4
Tenerife	25.8	1.5	72.7
La Palma	0.0	0.0	100.0
La Gomera	100.0	0.0	0.0
El Hierro	100.0	0.0	0.0

TABLA 3.5

Institución a la que pertenecen las residencias

	AYUNTAM. 13.8%	C.AUTOM. 10.3%	PRIVADA 37.9%	IGLESIA 24.2%	OTROS 13.8%
CANARIAS	4	3	11	7	4
Lanzarote	0	0	0	0	1
Fuerteventura	0	0	1	0	0
Gran Canaria	0	1	2	4	1
Tenerife	1	1	7	3	1
La Palma	1	1	0	0	0
La Gomera	2	0	1	0	0
El Hierro	0	0	0	0	1

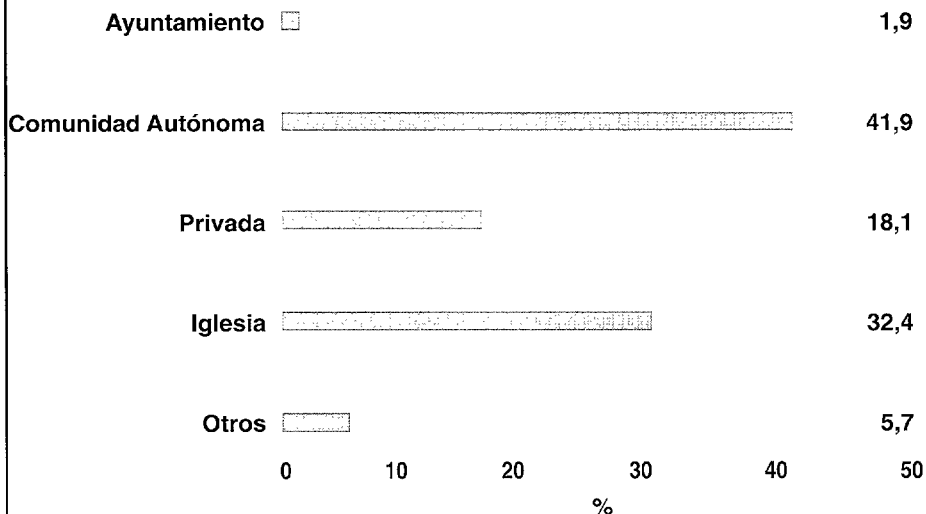
TABLA 3.6

Institución a la que pertenecen las plazas de residencia
(Porcentaje)

	AYUNTAM.	C.AUTOM.	PRIVADA	IGLESIA	OTROS
CANARIAS	1.9	41.9	18.1	32.4	5.7
Lanzarote	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Fuerteventura	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
Gran Canaria	0.0	44.5	9.2	44.4	1.9
Tenerife	0.4	25.8	37.8	28.4	7.6
La Palma	7.7	92.3	0.0	0.0	0.0
La Gomera	61.8	0.0	38.2	0.0	0.0
El Hierro	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

Gráfico 3.2

Institución a la que pertenecen las plazas residenciales



Coste mensual de la plaza de residencia y financiación

Solo el 55,2% de las residencias suministraron datos del coste de sus plazas, resultando una media de 97.336 pesetas mensuales por plaza.

El 51,7% de las residencias se financia con aportaciones de los residentes y el 37,9% con subvención del Gobierno. Reciben financiación privada el 31%, financiación a cargo de los cabildos el 20,7%, el 10,3% de los ayuntamientos, el 6,9% de la Iglesia, el 6,9% del plan concertado del Gobierno de Canarias y otros el 10,3%. Gráfico 3.3.

Obligaciones económicas de los usuarios

En el 62,1% de las residencias, los ancianos aportan una cuota establecida; en el 27,6% aportan según sus posibilidades; en el 3,4% la estancia es gratuita y no contestaron a la pregunta el 6,9% de las residencias. En la tabla 3.7, pueden observarse estos datos y su distribución por islas.

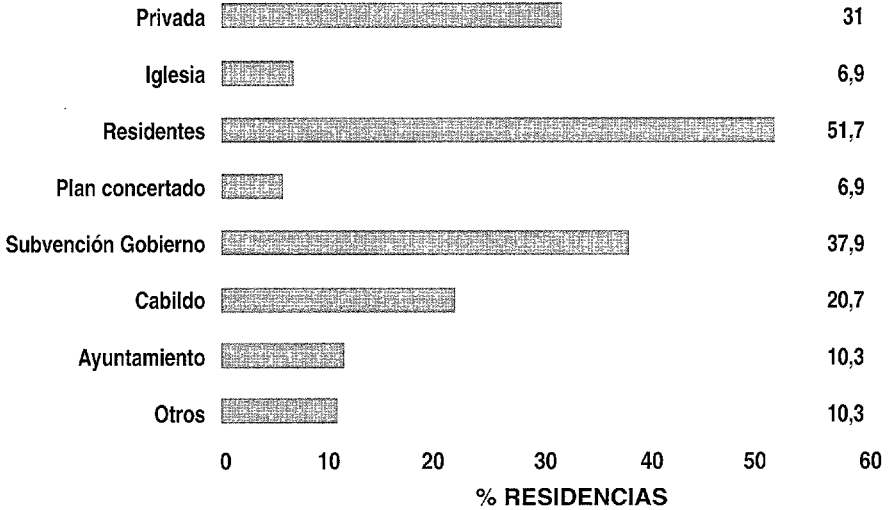
Servicios concertados

Sólo 6 residencias, 3 de Tenerife y 3 de Gran canaria, tienen concertados

Gráfico 3.3

Fuente de financiación de las residencias

FUENTE



servicios exteriores a las propias residencias. Tres residencias tienen concertado servicio de alerta médica, 1 el mantenimiento y 2 otros servicios sin especificar.

Características del personal

El 10,3% de las residencias no aportaron datos sobre el personal. En la tabla 3.8 se recoge la distribución del personal según categorías profesionales, dedicación y cobertura. Así puede observarse que el personal auxiliar de enfermería está presente en el 65,5% de las residencias, los enfermeros cubren el 55,2% de los centros, los médicos el 48,3%, los trabajadores sociales el 41,4%, el personal de hostelería el 41,4%, el personal de gestión y administrativo el 37,9% y otro personal en menor proporción, como puede apreciarse en el gráfico 3.4. Los auxiliares de enfermería, celadores, enfermeros, personal de hostelería, gestores, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales trabajan predominantemente a tiempo completo. El personal voluntario, los psicólogos y los médicos, a tiempo parcial.

Personal de guardia

En el 55,2% de las residencias permanece personal de guardia. De presencia física en el 82,9% de los casos y localizada en el 17,1%. Tabla 3.8.1.

TABLA 3.7

Obligaciones económicas del usuario en las residencias

	CUOTA 62.1%	GRATUITO 3.4%	S/POSIB.* 27.6%	NS/NC 6.9%
CANARIAS	18	1	8	2
Lanzarote	0	1	0	0
Fuerteventura	0	0	1	0
Gran Canaria	5	0	3	0
Tenerife	9	0	2	2
La Palma	2	0	0	0
La Gomera	1	0	2	0
El Hierro	1	0	0	0

TABLA 3.8

Características del personal de las residencias

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
TOTAL	590	23,0	89.3	10.7	100.0
Médicos	25	2,0	48.0	52.0	48.3
Serv. Técnico	26	3,0	88.5	11.5	27.6
Enfermeros	58	4,0	93.1	6.9	55.2
Trab. Social	23	2,0	78.3	21.7	41.4
Aux. Enferm.	163	9,0	100.0	0.0	65.5
Terap. Ocup.	9	2,0	88.9	11.1	13.8
Celadores	17	4,0	94.1	5.9	13.8
Monitores	9	2,0	100.0	0.0	13.8
Gestores	25	2,0	84.0	16.0	137.9
Voluntariado	21	4,0	9.5	90.5	20.7
Psicólogos	5	1,0	20.0	80.0	13.8
P. Hostelería	169	14,0	95.3	4.7	41.4
Recepción	40	5,0	97.5	2.5	27.6

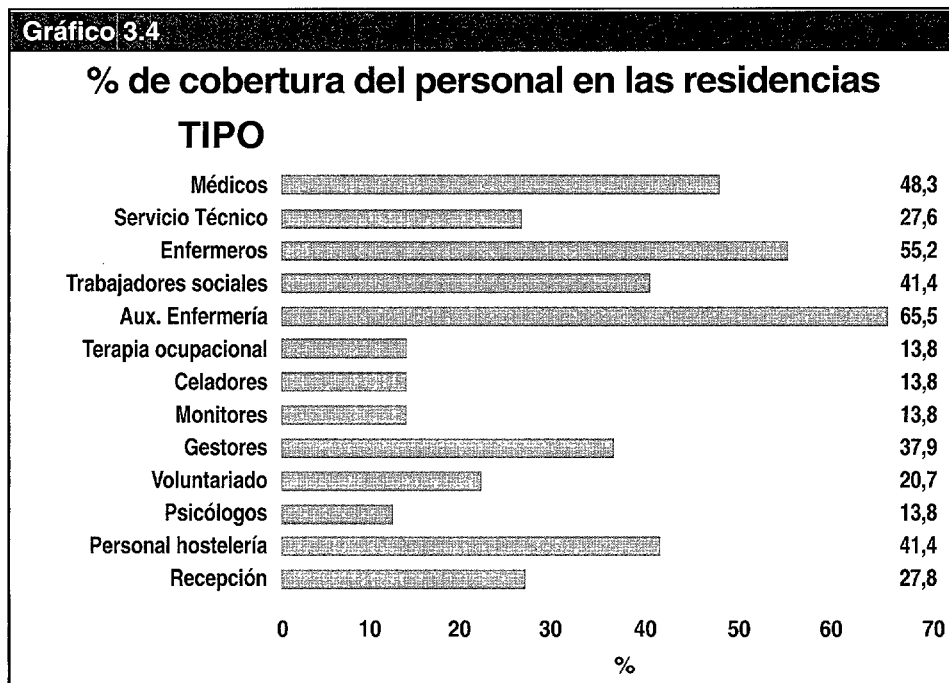


TABLA 3.8.1

Personal de guardia en las residencias

TOTAL	82
% Presencia física	82.9%
% Localizado	17.1%
% Cobertura	55.2 %

Ratio personal/plaza

El ratio medio de personal por plaza para las residencias de Canarias es de 0.276. En la tabla 3.9 se recoge la distribución de este resultado por islas.

Actividades

Las actividades más frecuentemente realizadas en las residencias canarias son las que siguen: el 86,2% organiza actividades educativas, el 75,9% de las residencias cuenta con animación comunitaria, el 72,4% organiza actividades de ocio, el 44,8% salidas al exterior, el 41,4% terapia ocupacional (debemos entenderlas como actividades de taller, pues es escasa la presencia de terapias ocupacionales en nuestras residencias), el 31% actividades deportivas y trabajo individual de casos y, en menor proporción, información y orientación, comedor y rehabilitación. Gráfico 3.5. En la tabla 3.10 puede observarse la distribución de estas actividades por islas.

Superficie total del centro

Facilitaron este dato solamente el 72,4% de las residencias. La media de superficie es de 4.665 metros cuadrados. En la tabla 3.11 se agrupan las residencias según la superficie de los edificios. El 5,7% tienen menos de 1.000 metros cuadrados, un 6,9 están entre 1.000 y 5.000 metros y un 13,8 más de 5.000.

Características de las habitaciones

El 50,3% de las habitaciones de las residencias son dobles, el 34,4 % son individuales y el 15,3% colectivas. El 46,3% de las habitaciones tienen baño incorporado y el 53,7% no lo tiene. En la tabla 3.12 pueden observarse estas características y su distribución por islas.

Características de los baños

El 48,3% de las residencias cuentan en sus baños con w.c. con ayuda y el 37,9% con bañera con ayuda. El resto de las características de los baños y su distribución por islas puede observarse en la tabla 3.13.

Facilidades arquitectónicas

En cuanto a facilidades arquitectónicas el 65,5% de las residencias cuentan con anchura de huecos superiores a 80 cm., que permite el paso de sillas de ruedas, el 51,7% tienen pasamanos, el 48,3% suelo antideslizante, el 44,8%

sistemas de alarmas y ascensores, el 41,4% bañera asistida y el 27,6% apertura especial de puertas. Estos datos y las residencias que cuentan con cada uno de estas facilidades en cada una de las islas, pueden observarse en la tabla 3.14 y en el gráfico 3.6.

TABLA 3.9

Ratio personal/plaza en las residencias

	PERSONAL		PLAZAS		RATIO
	Nº	%	Nº	%	
CANARIAS	590	100.0	2.135	100.0	0,276
Lanzarote	22	3.7	27	1.3	0,814
Fuerteventura	4	0.7	10	0.5	0,400
Gran Canaria	231	39.1	1.127	52.8	0.204
Tenerife	237	40.2	682	31.9	0,347
La Palma	76	12.9	234	10.9	0,353
La Gomera	12	2.0	34	1.6	0,353
El Hierro	8	1.4	21	1.0	0,380

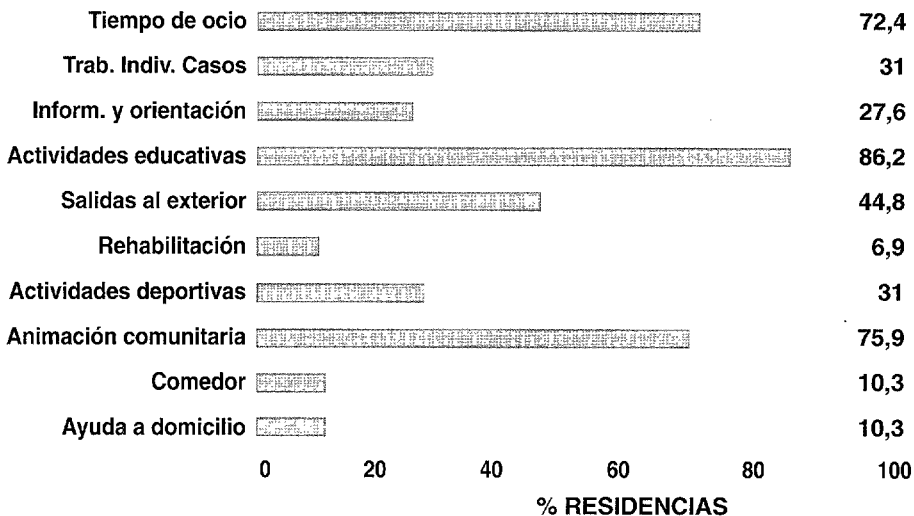
Gráfico 3.5**Actividades en las residencias**

TABLA 3.10

Actividades de las residencias

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje (%)	72.4	31.0	27.6	27.6	86.2	44.8	6.9	31.0	75.9	10.3
CANARIAS (Nº)	21	9	8	8	25	13	2	9	22	3
Lanzarote	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
Fuerteventura	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Gran Canaria	7	3	3	3	7	4	1	2	8	1
Tenerife	8	4	1	2	10	7	1	2	8	0
La Palma	2	0	1	1	2	0	0	1	2	1
La Gomera	2	1	2	1	3	1	0	2	1	0
El Hierro	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0

1. Tiempo de ocio
2. Trabajo individual de casos
3. Información y orientación
4. Actividades educativas
5. Salidas al exterior
6. Rehabilitación
7. Actividades deportivas
8. Animación comunitaria
9. Comedor
10. Ayuda a domicilio

TABLA 3.11

Distribución de las residencias según superficie

METROS CUADRADOS	%
Menos de 1.000	51.7
Entre 1.000 y 5.000	6.9
Más de 5.000	13.8
NS/NC	27.6

TABLA 3.12

Características de las habitaciones de las residencias

	TOTAL	INDIVID.	DOBLES	COLECTIVA	C/BAÑO	S/BAÑO
Porcentaje (%)	100.0	34.4 %	50.3 %	15.3 %	46.3	53.7 %
CANARIAS (Nº)	997	343	501	153	462	535
Lanzarote	14	1	13	0	1	13
Fuerteventura	5	1	3	1	2	3
Gran Canaria	523	211	212	100	229	294
Tenerife	300	103	155	42	205	95
La Palma	125	14	110	1	14	111
La Gomera	19	9	3	7	9	10
El Hierro	11	4	5	2	2	9

TABLA 3.13

Características de los baños de las residencias

	1	2	3	4	5	6	7
Porcentaje (%)	93.1%	82.8%	44.8%	37.9%	75.9%	62.1%	48.3%
CANARIAS (Nº)	27	24	13	11	22	18	14
Lanzarote	1	1	0	0	0	0	1
Fuerteventura	1	1	0	0	1	1	1
Gran Canaria	8	7	7	5	6	7	5
Tenerife	11	9	4	5	9	16	5
La Palma	2	2	0	1	2	2	0
La Gomera	3	3	1	0	3	1	1
El Hierro	1	1	1	0	1	1	1

1. Lavabo
2. Ducha
3. Bañera con ayuda
5. W.C.
6. Bidé
7. W.C. con ayuda

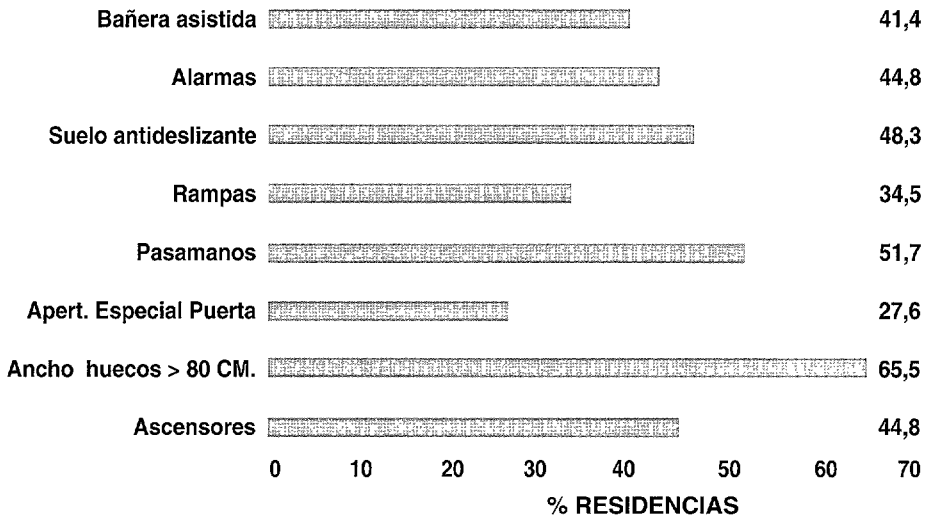
TABLA 3.14

Facilidades arquitectónicas de las residencias

	1	2	3	4	5	6	7	8
Porcentaje (%)	41.4%	44.8%	48.3%	34.5%	51.7%	27.6%	65.5%	44.8%
CANARIAS (Nº)	12	13	14	10	15	8	19	13
Lanzarote	0	1	0	1	1	1	1	0
Fuerteventura	0	0	1	0	0	0	1	0
Gran Canaria	6	4	4	1	4	2	5	5
Tenerife	5	7	7	7	8	4	9	6
La Palma	1	1	1	1	2	1	2	1
La Gomera	0	0	1	0	0	0	1	0
El Hierro	0	0	0	0	0	0	0	1

1. Bañera asistida
2. Alarmas
3. Suelo antideslizante
4. Rampas
5. Pasamanos
6. Apertura especial de puertas
7. Anchura huecos más de 80 cm.
8. Ascensores

Gráfico 3.6

Facilidades arquitectónicas en las residencias

Area de servicio

El 31% de las residencias abarcan un área de servicio suprarregional y, por tanto, admiten residentes de otras comunidades autónomas, lo que representa el 53,8% de las plazas totales. El 31% de las residencias son de ámbito insular, el 17,2% abarcan áreas locales y el 6,9% provinciales. Tablas 3.15 y 3.16.

Condiciones de admisión

De entre las condiciones que las residencias ponen para la admisión de sus residentes, la más frecuente es tener más de 60 años (35,7%), no padecer enfermedad mental o contagiosa (16,9%), y ser pensionista o cónyuge de pensionista (13,6%). Otras condiciones como vivir solo, escasos recursos económicos y enfermedad crónica o geriátrica y otras se dan en menor proporción. Todas las residencias excepto una admiten a ambos sexos. Tabla 3.17.

Servicios generales

La práctica totalidad de las residencias cuenta con comedor, cocina, lavandería, sala de estar y sala de televisión. Algo menos de la mitad de las residencias cuenta con biblioteca y cafetería; y menos de la tercera parte de las residencias con peluquería, gimnasio, lencería y mortuorio. Gráfico 3.7. En la tabla 3.18 pueden observarse estos resultados y la distribución de dichos servicios por residencias según islas.

Altas en el último año

En la tabla 3.19 pueden observarse los resultados en cuanto a altas en las residencias en 1992. El 72,5% son por defunción, el 16,2% voluntarias y el 11,3% por traslado.

En la tabla 3.20 se ha calculado la mortalidad para Canarias (8,3%) y por islas.

TABLA 3.15

Residencias según área de servicio

PORCENTAJE (%)	INSULAR	REGIONAL	SUPRAR.	LOCAL	PROVINCIAL
	31.0 %	17.2 %	31.0 %	13.8 %	6.9 %
CANARIAS (Nº)	9	5	9	4	2
Lanzarote	1	0	0	0	0
Fuerteventura	1	0	0	0	0
Gran Canaria	2	3	2	1	0
Tenerife	2	2	6	2	1
La Palma	0	0	1	1	0
La Gomera	2	0	0	0	1
El Hierro	1	0	0	0	0

TABLA 3.16

Porcentaje de plazas de residencia según área de servicio

AREA DE SERVICIO	%
Suprarregional	53.8
Regional	7.1
Provincial	3.3
Insular	25.3
Local	10.5

TABLA 3.17

Condiciones de admisión en las residencias

CONDICIONES DE ADMISION	%
Tener más de 60 años	35.7
No padecer enfermedad mental o contagiosa	16.9
Ser pensionista o cónyuge de pensionista	13.6
Personas que viven solas o aisladas	9.6
Suficiente autonomía para las actividades de la vida diaria	5.6
Enfermedad crónica o geriátrica	3.9
Responsabilidad de algún familiar	2.8
Escasos recursos económicos	2.8
Pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria	2.8
Padecer enfermedad mental	2.3
Sólo mujeres (*)	1.1
Sólo varones (*)	0.6

(*) En general todas las residencias, exceptuando el porcentaje señalado, admiten los dos sexos.

Gráfico 3.7

Servicios generales en las residencias

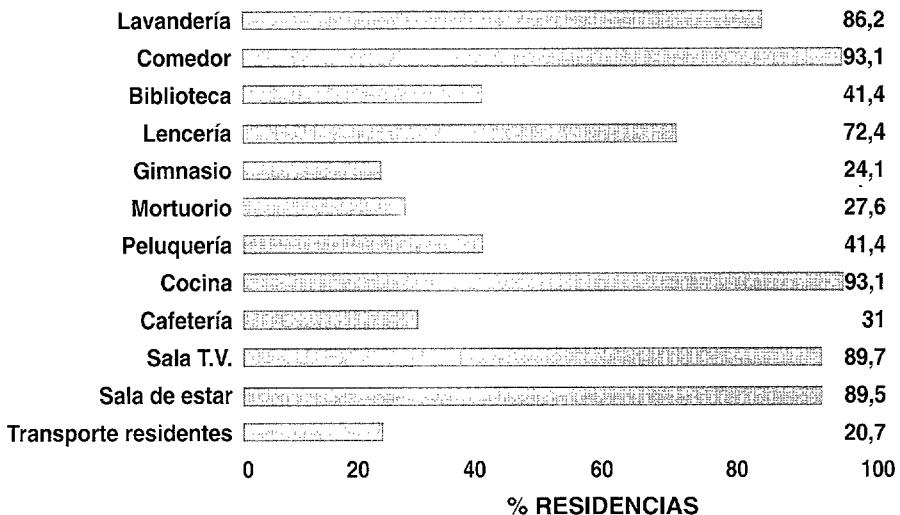


TABLA 3.18

Servicios generales de las residencias

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Porcentajes %	86.2	93.1	41.4	72.4	24.1	27.6	41.4	93.1	31.0	89.7	89.5	20.7
CANARIAS (Nº)	25	27	12	21	7	8	12	27	9	26	26	6
Lanzarote	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0
Fuerteventura	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
Gran Canaria	7	8	5	6	3	2	3	8	3	8	8	2
Tenerife	11	12	5	9	3	4	6	11	4	10	10	4
La Palma	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	0
La Gomera	2	3	0	1	0	0	1	3	0	3	3	0
El Hierro	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0

1. Lavandería
2. Comedor
3. Biblioteca
4. Lencería
5. Gimnasio
6. Mortuorio
7. Peluquería
8. Cocina
9. Cafetería
10. Sala T.V.
11. Sala de estar
12. Transporte residentes

TABLA 3.19

Altas en el último año en las residencias

	TOTAL 100.0 %	DEFUNCION 72.5 %	TRASLADO 11.3 %	VOLUNTARIAS 16.2 %
CANARIAS	302	219	34	49
Lanzarote	3	1	2	0
Fuerteventura	4	4	0	0
Gran Canaria	99	74	7	18
Tenerife	122	95	7	20
La Palma	58	38	13	7
La Gomera	14	5	5	4
El Hierro	2	2	0	0

TABLA 3.20

**Tasa anual de defunciones
por cada cien plazas en residencias**

	MORTALIDAD /AÑO (*)	PLAZAS	%
CANARIAS	177	2.135	8.3
Lanzarote	0	27	0.0
Fuerteventura	18	10	180.0
Gran Canaria	35	1.127	3.1
Tenerife	98	682	14.4
La Palma	22	234	9.4
La Gomera	2	34	5.9
El Hierro	2	21	9.5

(*) Los datos están referidos al año 1992 y diez residencias (34.5 % del total) no aportan esta información.

Programas para el anciano desde atención primaria

Existencia de programas específicos para el anciano

El 16,6% de los centros de salud de Canarias cuentan con programa específico de atención al anciano, resultando este porcentaje más elevado en Gran Canaria y Lanzarote (40 y 20% respectivamente). Un 23,3% de los centros no cuentan con este tipo de programa y un 60% afirman tenerlo incluido dentro del programa del adulto. Tabla 4.1. Gráfico 4.1.

Conocimiento de la población mayor de la zona

El 56% de los centros conocía el dato del número de habitantes mayores de 65 años que vivía en su zona básica de salud.

Proporción de trabajo dedicado a ancianos

La proporción de trabajo profesional diario empleado en atender ancianos fue como media del 48% para toda la Comunidad Autónoma. Aunque hay que tener en cuenta que a esta pregunta contestaron sólo un 75% de los cuestionarios. En la tabla 4.2 y el gráfico 4.2 puede observarse la distribución por islas.

Programas de prevención

En cuanto a la existencia de programas de prevención, entre el 95 y el 98% de los centros contaban con programas de prevención de gripe, tétanos y control de tensión arterial; controles metabólicos un 81,7%, aproximadamente la mitad: régimen de alimentación y vida y control de tabaco y alcohol y, ya en menor proporción, control de visión (16,7%) y control de audición (10%). Tabla 4.3 y gráfico 4.3. El desglose de estos datos por islas puede apreciarse en la tabla 4.4.

Control de ancianos de alto riesgo

Un 48,3% de los centros lleva a cabo exámenes periódicos a los ancianos de alto riesgo de su zona básica de salud. Como se expuso en el capítulo anterior se definió el concepto de anciano de alto riesgo siguiendo el criterio de la O.M.S.: ancianos mayores de 80 años, que viven solos, con alta reciente del hospital, con cónyuge mayor o enfermo, ancianas viudas, con pensiones más bajas etc. Los datos por islas pueden apreciarse en la tabla 4.5.

Control de situaciones especiales y de riesgo

El 88,3% de los centros cuenta con una relación nominal de ancianos

inmovilizados en cama, el 65% tiene un listado de los pacientes con cáncer terminal en su zona de salud, un 38% tiene identificadas a las personas muy ancianas, un 33,3% a los ancianos que viven solos o aislados y un 26,7% a los que sufren demencia senil. Tabla 4.6 y gráfico 4.4. Los datos referidos a cada una de las islas pueden observarse en la tabla 4.7.

A la pregunta de si se realizaban visitas programadas a los grupos anteriores, un 93% de los centros contestaron que sí, siendo la frecuencia media anual de visitas de 16,1%.

Utilización de técnicas de valoración funcional

Sobre la utilización de instrumentos de valoración psicofuncional, sólo lo hacía el 10% de los centros, concretamente 4 centros de Tenerife: Tejina, Barrio de la Salud, Barranco Grande y Taco; 2 de Gran Canaria: Guía y Firgas y 1 de Lanzarote: Teguisse. Los instrumentos mencionados fueron el Katz y Mini-Mental Status Questionaire.

Captación de patologías crónicas o invalidantes

En cuanto a la existencia de actividades de captación de patología crónica o invalidante en ancianos, la práctica totalidad de los centros, 93,3%, la llevaba a cabo, destacando la labor en captación de diabetes, que la realizaban un 93,3% de los centros e hipertensión arterial el 91,7%. La mitad aproximadamente de los centros trabajaba en la captación de enfermos terminales, patologías cardiovasculares e inmovilidad. Por último, en menos proporción, otras patologías como demencia, incontinencia y patología reumática, según puede observarse en la tabla 4.8 y en el gráfico 4.5 En la tabla 4.9 se desglosa esta actividad por islas.

Contactos con servicios hospitalarios de geriatría

A la pregunta de si existían contactos formales con servicios de geriatría hospitalarios o servicios hospitalarios preocupados por la atención al anciano, contestaron que no un 80% de los centros. Tabla 4.10 y gráfico 4.6.

Facilidad de derivación al hospital

Sobre la existencia o no de facilidades de derivación al nivel hospitalario de los pacientes ancianos que desbordan las posibilidades reales del equipo de atención primaria, el 75% de los centros contestaron que no, gráfico 4.7. Estas facilidades parecen ser sensiblemente mejores en Lanzarote (posiblemente porque esta isla cuenta con un servicio hospitalario de geriatría en el Hospital Insular), y

también La Gomera y Tenerife. En la tabla 4.11 se recogen datos totales y por islas.

Relación con centros y residencias de ancianos

El 68% de los centros contaba en su zona con la existencia de algún club, centro o residencia de ancianos y el 53,3% mantenía algún tipo de relación con dichos centros. Esta relación era formal en el 20% de los casos e informal en el 33,3%. Tabla 4.12.

TABLA 4.1

Porcentaje de centros de salud que cuenta con programa de atención específica al anciano

	SI	NO	INCLUIDO EN PROGRAMA DE ADULTO
CANARIAS	16.6	23.3	60.0
Lanzarote	20.0	0.0	80.0
Fuerteventura	0.0	50.0	50.0
Gran Canaria	41.2	17.6	41.2
Tenerife	7.7	15.4	76.9
La Palma	0.0	75.0	25.0
La Gomera	0.0	50.0	50.0
El Hierro	0.0	50.0	50.0

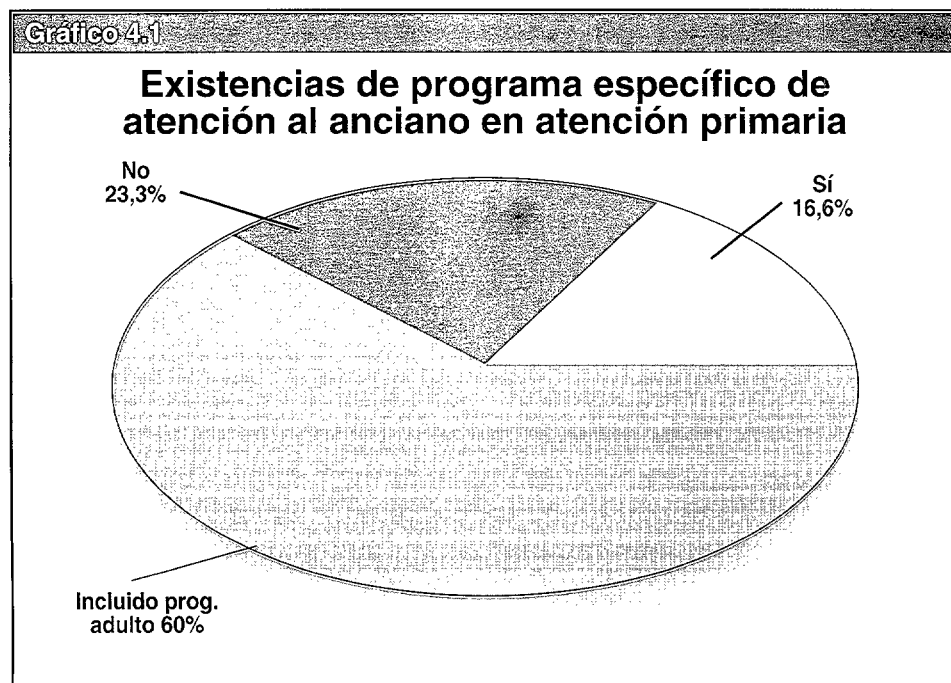


TABLA 4.2

**Porcentaje de trabajo profesional diario empleado
en atender a ancianos en atención primaria**

	% MEDIO
CANARIAS	48
Lanzarote	32
Fuerteventura	30
Gran Canaria	40
Tenerife	49
La Palma	45
La Gomera	58
El Hierro	82

Gráfico 4.2

**% de trabajo profesional diario empleado en
atender a ancianos en atención primaria**

TOTAL CANARIAS Y SEGUN ISLAS

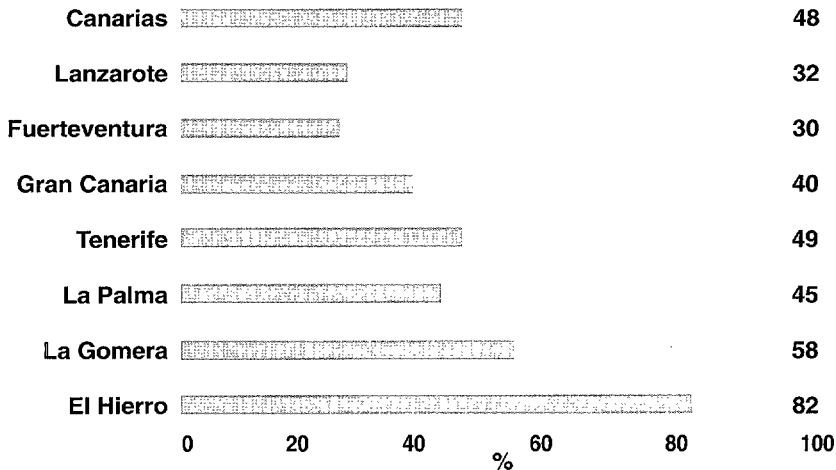


TABLA 4.3

Porcentaje de centros de salud que cuentan con programas de prevención para:

PROGRAMA	%
GRIPE	98.3
REGIMEN DE ALIMENTACION	51.7
CONTROL DE TABACO Y ALCOHOL	50.0
PREVENCION DE CAIDAS Y ACCIDENTES	10.0
CONTROLES METABOLICOS	81.7
TETANOS	95.0
CONTROL T.A.	95.0
CONTROL VISION	16.7
CONTROL AUDICION	10.0

Gráfico 4.3

Existencia de programas de prevención en atención primaria para:

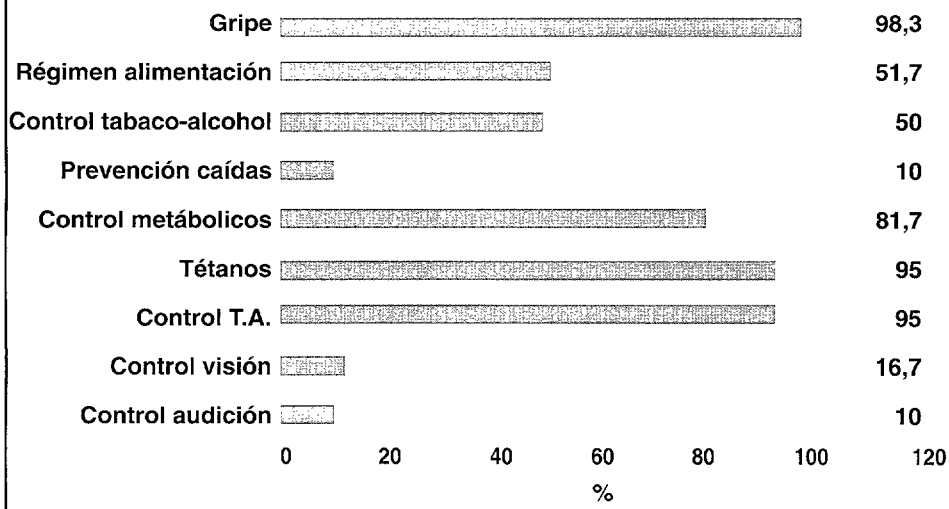


TABLA 4.4

**Programas de prevención
en los centros de salud según islas**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CANARIAS	98.3	51.7	50.0	10.0	81.7	95.0	95.0	16.7	10.0
Lanzarote	100.0	20.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Fuerteventura	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0	100.0	25.0	0.0
Gran Canaria	94.1	41.2	41.2	5.9	64.7	88.2	94.1	23.5	11.8
Tenerife	100.0	88.5	88.5	15.4	96.1	100.0	96.1	15.4	15.4
La Palma	100.0	0.0	0.0	25.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
La Gomera	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0	100.0	50.0	0.0
El Hierro	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	100.0	0.0	0.0

1. Gripe
2. Régimen de alimentación y vida
3. Control de tabaco y alcohol
4. Prevención de caídas y accidentes
5. Controles metabólicos
6. Tétanos
7. Control de T.A.
8. Control visión
9. Control audición

TABLA 4.5

**Porcentaje de centros de salud que realizan exámenes
periódicos en la población de alto riesgo de su zona**

	SI	NO
CANARIAS	48.3	51.6
Lanzarote	40.0	60.0
Fuerteventura	0.0	100.0
Gran Canaria	47.1	52.9
Tenerife	53.8	46.2
La Palma	50.0	50.0
La Gomera	100.0	0.0
El Hierro	50.0	50.0

TABLA 4.6

Porcentaje de centros de salud que cuentan con relación nominal de pacientes

PACIENTES	%
Dementes	26.7
Muy ancianos	38.3
Inmovilizados en cama	88.3
Cáncer terminal	65.0
Ancianos solos o aislados	33.3

Gráfico 4.4

Existencia en el centro de salud de relación nominal de pacientes

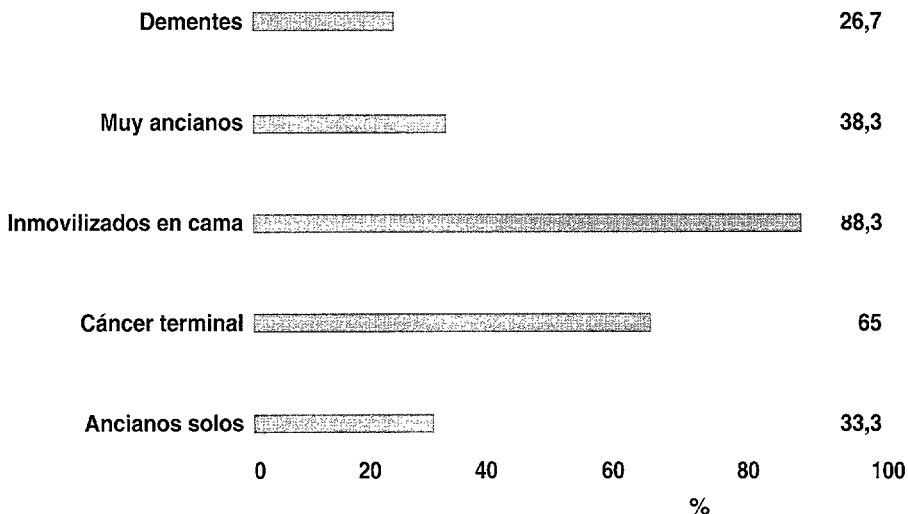


TABLA 4.7

**Relación nominal de pacientes
en los centros de salud según islas**

	1	2	3	4	5
CANARIAS	26.7	38.3	88.3	65.0	33.3
Lanzarote	0.0	80.0	80.0	40.0	20.0
Fuerteventura	0.0	0.0	75.0	75.0	25.0
Gran Canaria	17.6	41.2	82.3	47.1	35.3
Tenerife	46.1	34.6	96.1	96.2	34.6
La Palma	0.0	25.0	100.0	25.0	50.0
La Gomera	50.0	100.0	100.0	0.0	0.0
El Hierro	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0

1. Dementes
2. Muy ancianos
3. Inmovilizados
4. Cáncer terminal
5. Ancianos solos o aislados

TABLA 4.8

Porcentaje de centros de salud que realizan actividades de captación de patología crónica o invalidez

PATOLOGIA	%
EPOC	55.0
Diabetes	93.3
Inmovilidad	56.7
Patología reumática	16.7
Incontinencia	18.3
HTA	91.7
Demencia	26.7
Enfermos terminales	66.7
Patología cardiovascular	60.0

Gráfico 4.5

Existencia de actividades de captación de patología crónica en los centros de salud

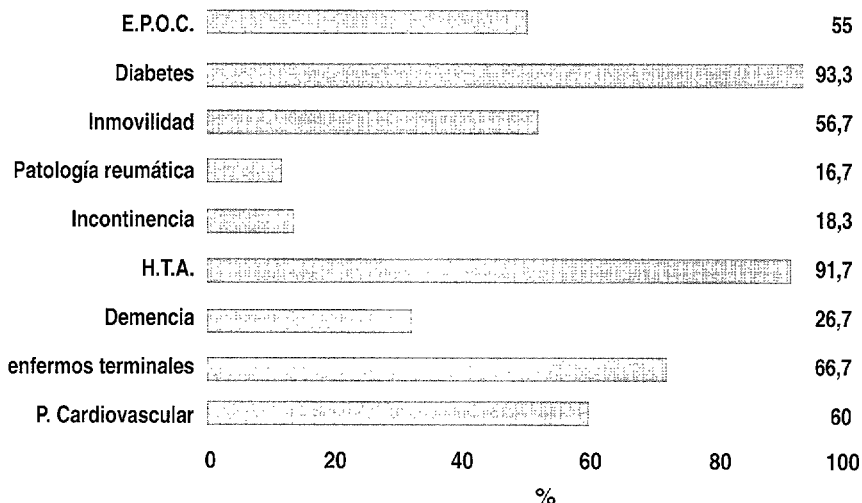


TABLA 4.9

Existencia de actividades de captación de patología crónica o invalidez en los centros de salud (según islas)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CANARIAS	55.0	93.3	56.7	16.7	18.3	91.7	26.7	66.7	60.0
Lanzarote	40.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	60.0	40.0
Fuerteventura	25.0	100.0	25.0	0.0	0.0	100.0	0.0	75.0	25.0
Gran Canaria	41.2	88.2	41.2	6.2	11.8	88.2	5.9	47.1	29.4
Tenerife	65.4	96.1	65.4	30.4	26.9	92.3	46.1	88.5	84.6
La Palma	100.0	100.0	75.0	25.0	50.0	100.0	50.0	50.0	100.0
La Gomera	50.0	100.0	50.0	0.0	0.0	100.0	50.0	50.0	50.0
El Hierro	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	50.0

1. EPOC
2. Diabetes
3. Inmovilidad
4. Patología reumática
5. Incontinencia
6. HTA
7. Demencia
8. Enfermos terminales
9. Patología cardiovascular

TABLA 4.10

Porcentaje de centros de salud que tienen contactos con servicios de geriatría y otros hospitalarios

	SI	NO
CANARIAS	8.3	80.0
Lanzarote	20.0	80.0
Fuerteventura	25.0	75.0
Gran Canaria	11.8	88.2
Tenerife	26.9	73.1
La Palma	25.0	75.0
La Gomera	0.0	100.0
El Hierro	0.0	100.0

Gráfico 4.6

Existencia de contactos formales de los centros de salud con servicio de:

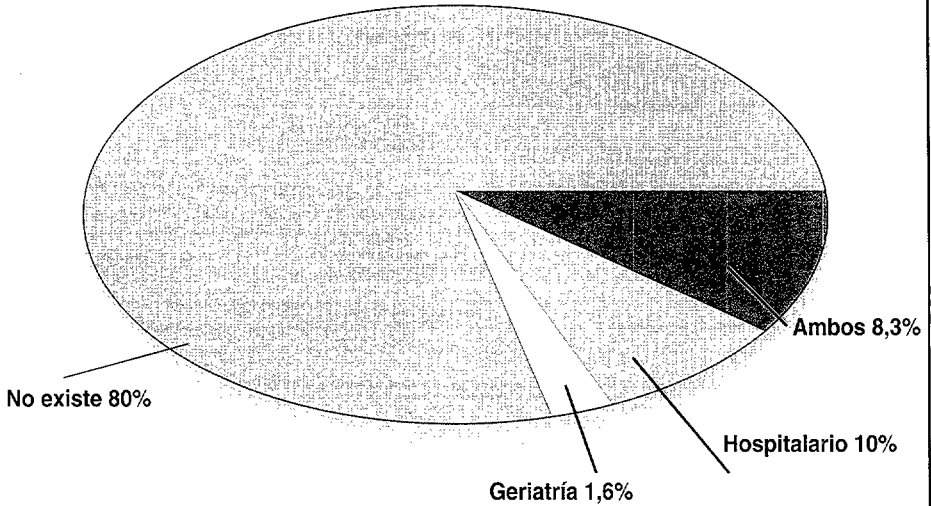


Gráfico 4.7

Existencia de facilidad de derivación en los centros de salud

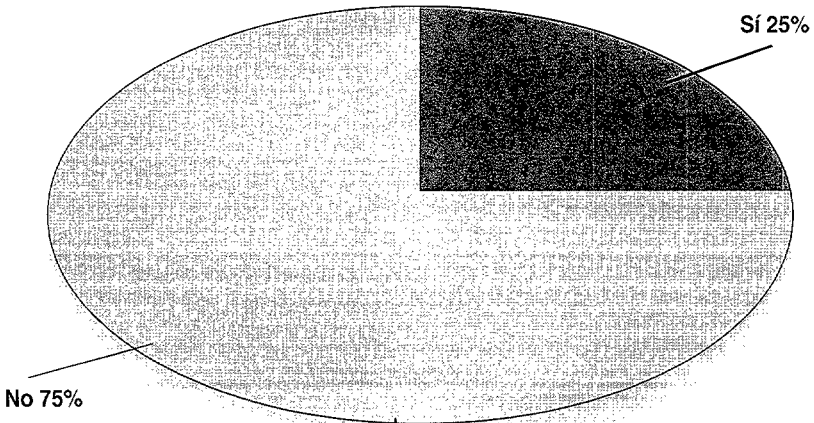


TABLA 4.11

Porcentajes de centros de salud con facilidad de derivación a nivel hospitalario de los pacientes ancianos que desbordan las posibilidades reales de atención por el equipo

	SI	NO
CANARIAS	25.0	75.0
Lanzarote	40.0	60.0
Fuerteventura	25.0	75.0
Gran Canaria	5.9	94.1
Tenerife	38.5	61.5
La Palma	0.0	100.0
La Gomera	50.0	50.0
El Hierro	0.0	100.0

Recursos de hospitalización

Proporción con respecto a camas totales

Según la última edición del Catálogo Nacional de Hospitales (19), el total de camas hospitalarias se sitúa en 8.063 en las islas que hemos estudiado: Gran Canaria, Tenerife, La Palma y Lanzarote, que son las que cuentan como camas hospitalarias de uso geriátrico. Dichas camas se distribuyen conforme a la tabla 5.1 y el gráfico 5.1. Este tipo de camas vendrían a representar el 26,4% de las camas totales en Canarias, el 23,4% de las de Gran Canaria, el 27% de las de Tenerife, el 47,8% de las de la Palma, y el 38% de las de Lanzarote. Como exponíamos en el capítulo anterior, en las islas de Fuerteventura, La Gomera y El Hierro, al contar con un único hospital y no tener ningún servicio o unidad de geriatría, resulta más difícil delimitar este tipo de camas, por lo que no figuran en este apartado. Gráficos 5.1 y 5.2

Ratios

Para Salgado (40), el número ideal de camas hospitalarias geriátricas es de 10 por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años, siendo su distribución ideal además de la siguiente manera: un 25% para agudos, un 25% para media estancia o rehabilitación y un 50% para larga estancia, así como un Hospital de Día Geriátrico por cada 4.000 habitantes mayores de 65 años.

Si tomamos los datos del último Censo de Población y Viviendas (4), podemos calcular el ratio ideal de camas geriátricas que nos correspondería y compararlo con la situación real actual a nivel global e isla por isla, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Ratio} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de camas geriátricas}}{\text{habitantes} > 65 \text{ años.}} \times 1.000.$$

El cuadro de resultados comparativos entre ratio ideal y real es el que se muestra en la tabla 5.2 y gráfico 5.3, datos que son aproximativos y sólo valen como punto de referencia en el análisis. Como puede apreciarse, si todas estas camas estuviesen delimitadas, organizadas y en uso como camas de servicios o unidades de geriatría hospitalarias (situación que no se da), sobre una ratio ideal de 10, Canarias contaría con 13,9 reales, que delimitando por islas correspondería las 12,7 de Gran Canaria, 16,9 de Tenerife, las 13,5 de Lanzarote y las 11,4 de La Palma.

TABLA 5.1

Ratio camas hospitalarias potencial uso geriátrico/camas totales

	CAMAS GERIATRICAS	CAMAS TOTALES (2)	RATIO (x100)
CANARIAS (1)	2.126	8.063	26.4%
Lanzarote	92	242	38.0%
Gran Canaria	872	3.731	23.4%
Tenerife	1.033	3.820	27.0%
La Palma	129	270	47.8%

(1) No se incluyen los datos de Fuerteventura, La Gomera y El Hierro al no poseer estas islas camas específicas dedicadas al servicio de geriatría.

(2) FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo, «Catálogo Nacional de Hospitales». Madrid, 1993.

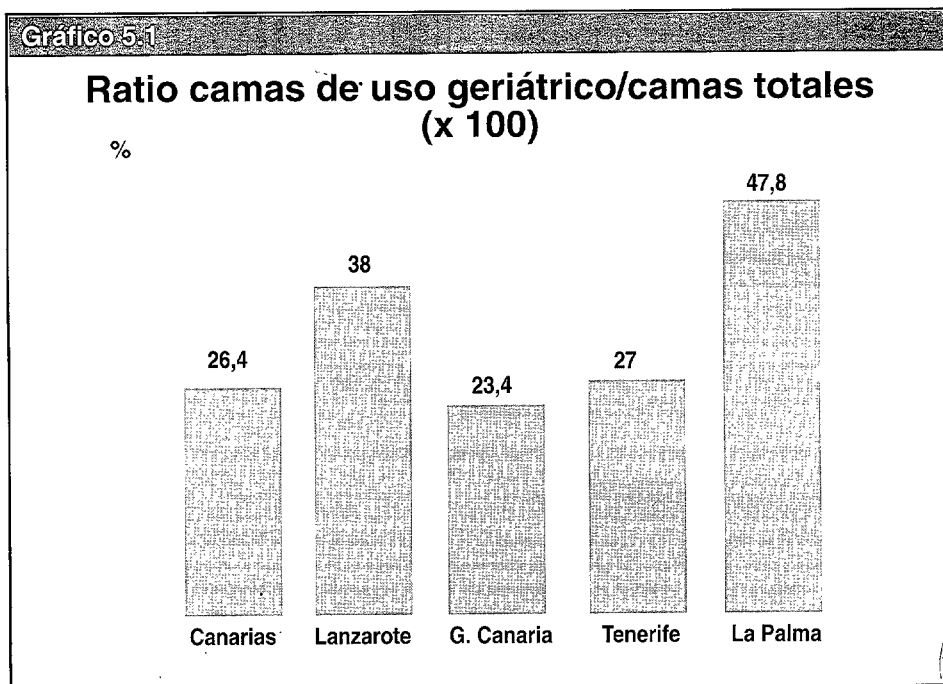


Gráfico 5.2

Distribución de hospitales y camas de uso geriátrico por islas

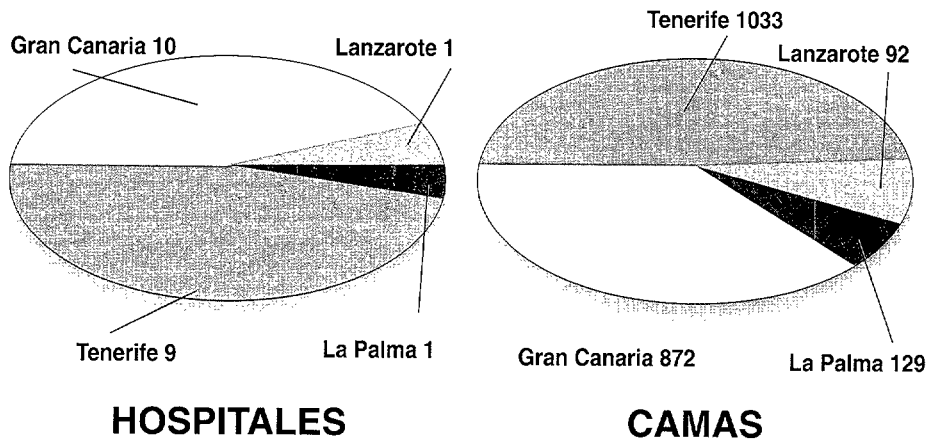


TABLA 5.2

Comparación entre el ratio ideal (camas uso geriátrico / habitaciones > 65 años) y el ratio real en Canarias

	RATIO	% AGUDOS	% 1/2 ESTANCIA	% LARGA ESTANCIA
VALORES IDEALES	10	25.0	25.0	25.0
CANARIAS	13,9	27.9	5.2	66.9
Lanzarote	13,5	31.2	12.5	56.3
Gran Canaria	12,7	24.4	9.2	66.4
Tenerife	16,9	33.8	2.4	63.8
La Palma	11,4	0.0	0.0	100.0

Gráfico 5.3

Comparación entre el ratio ideal y el real de camas de uso geriátrico

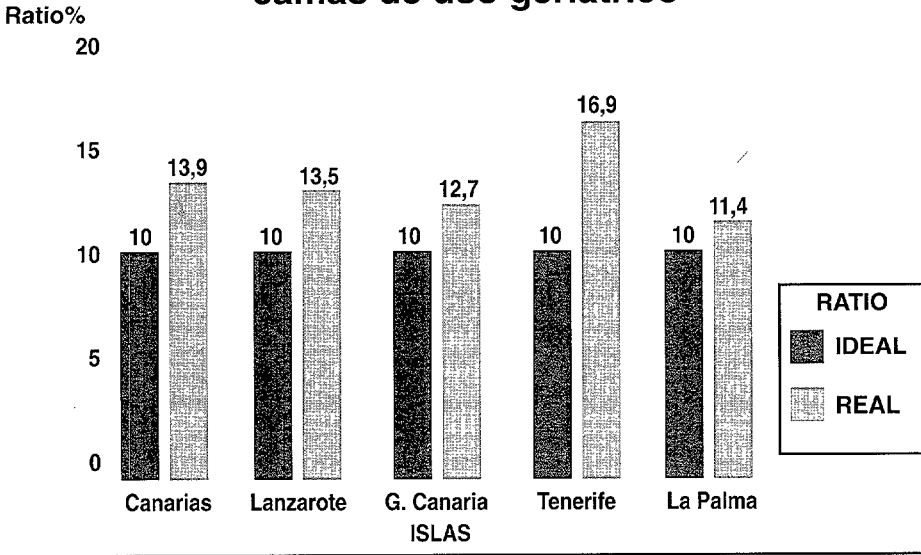


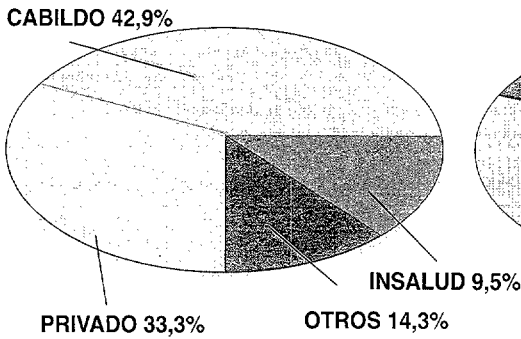
TABLA 5.3

Dependencia patrimonial de las camas de potencial uso geriátrico existentes en Canarias

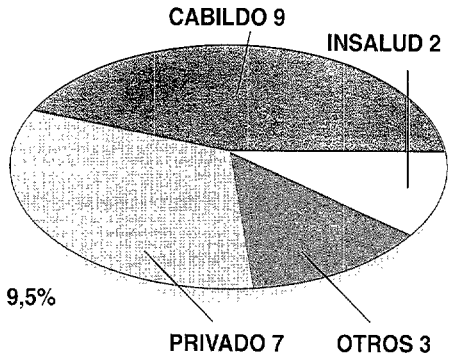
DEPENDENCIA PATRIMONIAL	CAMAS	%
Cabildo	983	46.3
Privada	685	32.2
Otros	186	8.7
INSALUD	272	12.8
TOTAL CANARIAS	2.126	100.0

Gráfico 5.4

Dependencia patrimonial de los hospitales de uso geriátrico



PORCENTAJES (%)



VALORES ABSOLUTOS

Dependencia patrimonial

Otro dato estudiado en el análisis de los recursos de hospitalización fue su dependencia patrimonial. Como puede apreciarse en la tabla 5.3 y el gráfico 5.4 nos encontramos con que el grueso de los hospitales pertenecen a los Cabildos Insulares: 9 centros y 46,3% de las camas; a entidades privadas: 7 centros y 32,2% de las camas; 3 están relacionados con patronatos o con la Iglesia y suponen el 8,7% de las camas; y dos pertenecen al Insalud, con el 12,8% de las camas.

Area de cobertura

El 66,6% de los centros tiene un área de cobertura insular, el 14,3% abarca un ámbito de actuación regional, un 14,3% local y un 4,8% provincial. Tabla 5.4 y gráfico 5.5.

Niveles asistenciales

Teniendo en cuenta la clásica distribución de las camas de geriatría en niveles asistenciales para agudos con estancias medias máximas por debajo de los 30 días, media estancia o camas de convalecencia o rehabilitación, con estancias medias inferiores a los 90 días y camas de larga estancia con estancias medias superiores a esta cifra, las camas que hemos incluido en el estudio se utilizan actualmente como de larga estancia en el 62,1% de los casos, cifra que se elevaría al 67,4% si incluimos las de psicogeriatría (ya que todas las actuales de psicogeriatría lo son). El 25,9% de las camas se utiliza para la hospitalización de agudos y sólo el 4,8% son camas de media estancia. Las camas de cuidados paliativos, representan el 0,9% de las totales. Tabla 5.5 y gráfico 5.6.

Las camas de agudos suponen el 33,8% de las camas de uso geriátrico de Tenerife, un 20,9% de las de Gran Canaria y un 21,7% de las de Lanzarote. Ninguna de las camas de uso geriátrico de La Palma tiene utilización para agudos. Tabla 5.5

Las camas de media estancia suponen el 7,9% en Gran Canaria y el 8,7% en Lanzarote y el 2,4 en Tenerife. La Palma no utilizan ninguna de las referidas camas como de media estancia.

Las camas de larga estancia se distribuyen de la siguiente manera: el 63,8% de las de Tenerife, el 56,8% de las de Gran Canaria, el 100% de las de La Palma y el 39,1 % de las de Lanzarote.

Las camas de psicogeriatría suponen el 11,5% de las de Gran Canaria (100

camas en números absolutos) y el 13,1% de las de Lanzarote (12 camas en números absolutos). Tenerife y La Palma no tienen delimitadas camas de psicogeriatría.

Las camas de cuidados paliativos no son en su totalidad camas de uso geriátrico, pero las existentes en Canarias en la actualidad (4 de Lanzarote y 16 de Gran Canaria), se encuentran situadas en los hospitales estudiados. Aproximadamente la mitad de estas camas son utilizadas por ancianos, pero las hemos incluido en el estudio porque la geriatría y los cuidados paliativos comparten una gran parte de su filosofía asistencial y organización de los cuidados.

Hemos contabilizado 12 plazas de hospital de día geriátrico en Lanzarote, 10 en Gran Canaria y ninguna en el resto de las islas.

La distribución de camas de utilización geriátrica por dependencia patrimonial y área de cobertura se recoge en la tabla 5.6.

Sólo las islas de Lanzarote y Gran Canaria cuentan con diversificación de sus camas de uso geriátrico para todos los niveles asistenciales: agudos, media estancia, larga estancia, psicogeriatría, cuidados paliativos y hospital de día geriátrico. En el caso de Lanzarote, al encontrarse todos los niveles asistenciales en el mismo hospital, el Hospital Insular, dicha isla cuenta con una de las unidades de geriatría pioneras en Canarias en cuanto a su organización, funcionamiento y objetivos asistenciales (28)(50)(56)(62). Tenerife dispone de camas para agudos y larga estancia y La Palma sólo de larga estancia.

Relación con atención primaria

Con el fin de conocer el grado de coordinación entre estos recursos y atención primaria, se preguntó a los hospitales si mantenían algún tipo de relación formal con los centros de salud. Un 81% de los hospitales contestó que no y un 19% sí. Tabla 5.7

Relación con los servicios sociales

También se preguntó sobre si tenían establecido algún tipo de relación formal o informal con los servicios sociales del sector. El 52,4% de los centros mantiene una relación informal, un 4,8% formal y un 42,8% no tienen ningún tipo de relación. Tabla 5.8.

Características del personal

Se dedicó un apartado al estudio de las características, número y dedicación

del personal propio de estos hospitales.

En el gráfico 5.7, puede observarse la distribución del personal en cifras globales. Se aprecia un predominio significativo del personal auxiliar de enfermería.

En la tabla 5.9 se encuentran los resultados del personal por perfiles profesionales, islas, dedicación y cobertura.

Por grupos profesionales, el personal facultativo dedicado a la atención en camas de uso geriátrico, vendría a suponer un total de 246 profesionales, con una media de 12 por centro. El 48,8% trabaja a tiempo completo y el 51,2% lo hace a tiempo parcial.

Las enfermeras y enfermeros (titulados universitarios) dedicados a este tipo de atención son 319, con una media de 15 por centro. El 97,4% trabajan a tiempo completo y el 2,6% a tiempo parcial.

El personal auxiliar de enfermería que atiende estos recursos lo componen 899 profesionales, que corresponden a una media de 43 por centro y con una dedicación a tiempo completo del 92,2% y a tiempo parcial del 7,8%

En cuanto a los trabajadores sociales, un total de 14 desarrollan su trabajo en este grupo de recursos. Corresponde una media de 2 por centro y su dedicación es total en todos los casos. En su distribución por islas sólo el 25% de los centros de Tenerife y el 40% de los de Gran Canaria cuentan con estos profesionales y están presentes en los hospitales de Lanzarote y La Palma.

Los fisioterapeutas con dedicación hospitalaria en camas de uso geriátrico son un total de 15. La media por centro es de uno, aunque la cobertura sólo alcanza al 60% de los centros de Gran Canaria, al 75% de los de Tenerife, el hospital de Lanzarote y ninguno en el de La Palma. Un 66,7% trabajan a tiempo completo y un 33,3% a tiempo parcial.

Los psicólogos con dedicación a este tipo de recursos son en total 15, con dedicación completa en un 93,3% de los casos. Esta atención profesional cubre el 30% de los centros de Gran Canaria el 12,5% de los Centros de Tenerife, el hospital de Lanzarote y ninguno en el de La Palma.

Sólo un terapeuta ocupacional trabaja en un hospital de Gran Canaria.

Los técnicos de radiodiagnóstico y laboratorio con dedicación en este grupo de hospitales son 30, con una media de tres por centro. El 62,5% desarrollan su trabajo a tiempo completo y el 37,5% a tiempo parcial. Están presentes en los

hospitales de Lanzarote y La Palma y en el 50% de los de Gran Canaria y el 44,4% de los de Tenerife.

El personal de gestión y administración total supone 87 profesionales, con dedicación completa en todos los casos. Corresponde una media de 5 por hospital.

Sólo 10 Monitores de Tiempo Libre trabajan en un centro de Gran Canaria.

La distribución del personal de servicio técnico, hostelería, celadores, recepción y teléfono, otro personal y voluntariado puede observarse en la tabla 5.9

Ratio personal/cama

Finalmente, la ratio personal/ cama en los hospitales dedicados a la atención geriátrica es como media de 1, 081 para toda la Comunidad Autónoma. En la tabla 5.10 y el gráfico 5.8 puede observarse su distribución por islas.

TABLA 5.4

Area de cobertura de los centros hospitalarios de potencial uso geriátrico

	REGIONAL (14.3 %)	LOCAL (14.3%)	INSULAR (66.6 %)	PROVINCIAL (4.8 %)
CANARIAS	3	3	14	1
Lanzarote	0	0	1	0
Gran Canaria	1	1	8	0
Tenerife	2	2	4	1
La Palma	0	0	1	0

Gráfico 5.5

Area de cobertura de los hospitales de uso geriátrico

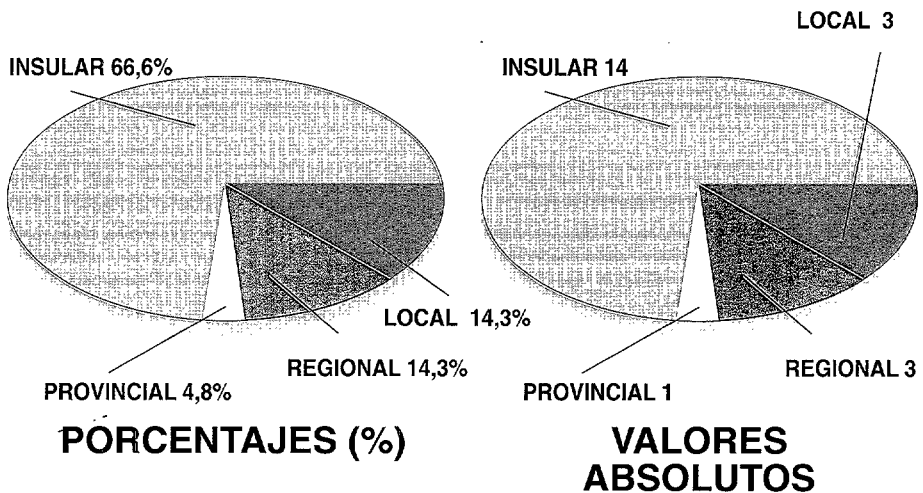


TABLA 5.5

**Niveles asistenciales para la atención geriátrica
en los hospitales de uso geriátrico**

CAMAS	CANARIAS		Lanzarote		Gran Canaria		Tenerife		La Palma	
	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%
AGUDOS	551	29.9	20	21.7	182	20.9	349	33.8	0	0.0
1/2 ESTANC.	102	4.8	8	8.7	69	7.9	25	2.4	0	0.0
LARGA EST.	1.319	62.1	36	39.1	495	56.8	659	63.8	129	100.0
PSICOGER	112	5.3	12	13.1	100	11.5	0	0.0	0	0.0
C.PALIAT.	20	0.9	4	4.3	16	1.8	0	0.0	0	0.0
HOSP.DIA	22	1.0	12	13.1	10	1.1	0	0.0	0	0.0
TOTALES	2.126	100.0	92	100.0	872	100.0	1.033	100.0	0	100.0

Gráfico 5.6

**Niveles asistenciales para la atención geriátrica
en Canarias**

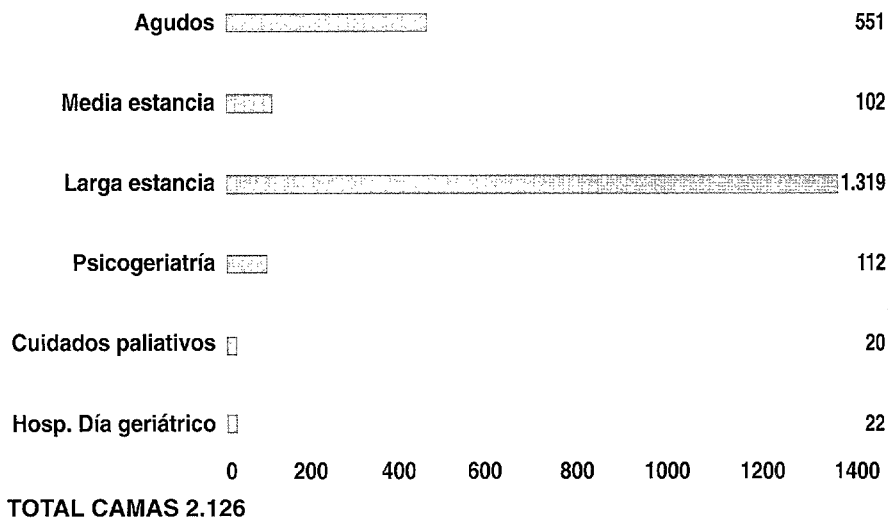


TABLA 5.6

Camas hospitalarias de potencial uso geriátrico según dependencia patrimonial y área de cobertura

	AGUDOS	MEDIA E.	LARGA E.	PSICOG.	CUIDADOS	HOSP.
Nº	551	102	1.319	112	20	22
%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
DEPENDENCIA						
INSALUD	41.6	24.5	0.8	0.0	40.0	0.0
Cabildo	7.3	27.4	58.9	100.0	20.0	100.0
Privado	45.7	32.4	29.7	0.0	40.0	0.0
Otros	5.4	15.7	10.6	0.0	0.0	0.0
AREA COBERTURA						
Regional	43.4	0.0	12.2	0.0	0.0	0.0
Local	0.0	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0
Insular	56.6	100.0	73.8	100.0	100.0	0.0
Provincial	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	22.00

TABLA 5.7

Relación formal de los hospitales de potencial uso geriátrico con los centros de atención primaria del sector

	SI (19.0 %)	NO (81.0 %)
CANARIAS	4	17
Lanzarote	1	0
Gran Canaria	2	8
Tenerife	1	8
La Palma	0	1

TABLA 5.8

**Relación de los hospitales de potencial uso geriátrico
con los servicios sociales del sector**

	NO (42.8 %)	FORMAL (4.8 %)	INFORMAL (52.4 %)
CANARIAS	9	1	11
Lanzarote	0	0	1
Gran Canaria	4	1	5
Tenerife	5	0	4
La Palma	0	0	1

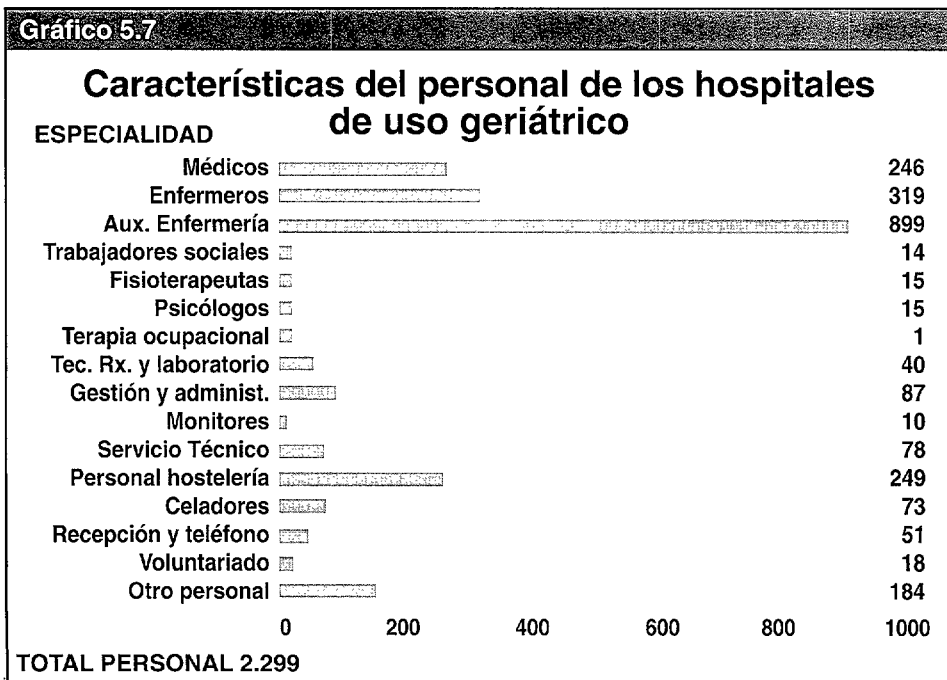


TABLA 5.9

Características del personal de los hospitales de POT. Uso geriátrico**MEDICOS**

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	246	12,0	48.8	51.2	95.2
Lanzarote	7	7,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	164	16,0	45.1	54.8	100.0
Tenerife	72	9,0	54.1	45.8	88.9
La Palma	3	3,0	0.0	100.0	100.0

ENFERMEROS

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	319	15,0	97.4	2.6	100.0
Lanzarote	12	12,0	100.0	0.0	100,0
Gran Canaria	177	18,0	98.8	1.2	100.0
Tenerife	124	14,0	100.0	0.0	100.0
La Palma	6	6,4	0.0	100.0	100.0

AUXILIARES DE ENFERMERIA

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	899	43,0	92.2	7.8	100.0
Lanzarote	40	40,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	462	46,0	100.0	0.0	100.0
Tenerife	383	43,0	81.7	18.2	100.0
La Palma	14	14,0	100.0	0.0	100.0

TRABAJADORES SOCIALES

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	14	2,0	100.0	0.0	40.0
Lanzarote	1	1,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	10	2,0	100.0	0.0	40.0
Tenerife	2	1,0	100.0	0.0	25.0
La Palma	1	1,0	100.0	0.0	100.0

FISIOTERAPEUTAS

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	15	1,0	66.7	33.3	60.0
Lanzarote	1	1,0	100.0	0,0	100.0
Gran Canaria	10	1,0	60.0	40.0	70.0
Tenerife	4	1,0	75.0	25.0	50.0
La Palma	0	0,0	-	-	-

PSICOLOGOS

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	15	3,0	93.3	6.7	25.0
Lanzarote	1	1,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	7	2,0	85.7	14.2	30.0
Tenerife	7	7,0	100.0	0.0	12.5
La Palma	0	0,0	-	-	-

TECNICOS RX Y LABORATORIO

	TOTAL	MEDIA	%T.C.	%T.P.	% COB.
CANARIAS	40	4,0	62.5	37.5	47.6
Lanzarote	3	3,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	19	4,0	68.4	31.5	50.0
Tenerife	17	4,0	52.9	47.1	44.4
La Palma	1	1,0	0.0	100.0	100.0

GESTORES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

	TOTAL	MEDIA	%T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	87	5,0	93.1	6.9	85.0
Lanzarote	4	4,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	37	5,0	94.5	5.4	80.0
Tenerife	44	6,0	90.0	9.1	88.9
La Palma	2	2,0	100.0	0.0	100.0

SERVICIO TECNICO

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	78	5,0	92.3	7.7	76.2
Lanzarote	2	2,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	47	6,0	100.0	0.0	80.0
Tenerife	29	4,0	79.3	20.6	77.8
La Palma	0	0,0	-	-	-

PERSONAL HOSTELERIA

	TOTAL	MEDIA	%T.C.	% T.P.	%COB.
CANARIAS	249	14,0	90.8	9.2	85.7
Lanzarote	23	23,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	141	16,0	100.0	0.0	90.0
Tenerife	74	11,0	68.9	31.1	77.8
La Palma	11	11,0	100.0	0.0	100.0

CELADORES

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	73	7,0	98.6	1.4	52.3
Lanzarote	2	2,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	44	7,0	100.0	0.0	60.0
Tenerife	21	7,0	95.2	4.7	33.3
La Palma	6	6,0	100.0	0.0	100.0

RECEPCION Y TELEFONO

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	51	4,0	96.0	3.9	61.9
Lanzarote	6	6,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	27	4,0	96.3	3.7	60.0
Tenerife	13	3,0	92.3	7.6	55.6
La Palma	5	5,0	100.0	0.0	100.0

VOLUNTARIADO

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	%T.P.	% COB.
CANARIAS	18	4,0	44.4	55.5	20.0
Lanzarote	0	0,0	-	-	-
Gran Canaria	6	3,0	100.0	0.0	20.0
Tenerife	12	6,0	16.6	83.3	25.0
La Palma	0	0,0	-	-	-

OTRO PERSONAL

	TOTAL	MEDIA	% T.C.	% T.P.	% COB.
CANARIAS	184	14,0	89.6	10.4	65.0
Lanzarote	6	6,0	100.0	0.0	100.0
Gran Canaria	45	8,0	57.7	42.2	60.0
Tenerife	73	15,0	100.0	0.0	62.5
La Palma	60	60,0	100.0	0.0	100.0

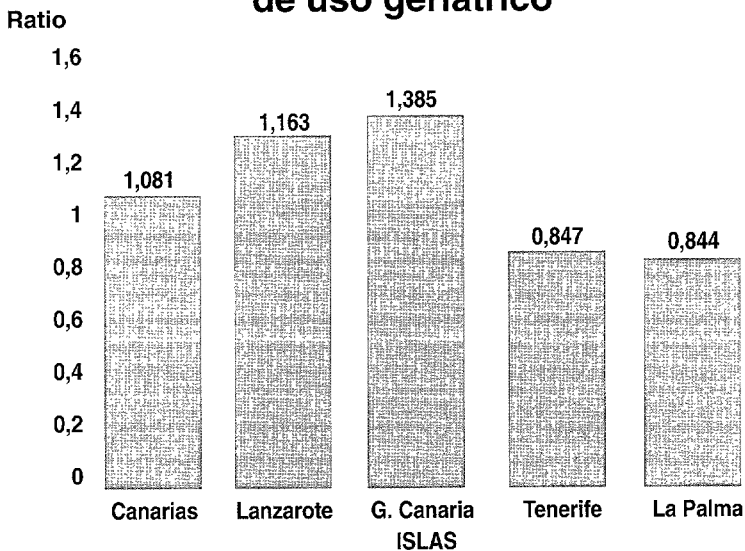
TABLA 5.10

Ratio personal / cama

	PERSONAL	% PERSONAL	CAMAS	% CAMAS	RATIO
CANARIAS	2.299	100.0	2.126	100.0	1,081
Lanzarote	107	4.6	92	4.3	1,163
Gran Canaria	1.208	52.5	872	41.0	1,385
Tenerife	875	38.1	1.033	48.6	0,847
La Palma	109	4.7	129	6.1	0,844

Gráfico 5.8

Ratio personal/cama en hospitales de uso geriátrico





Discusión

Ayuda a domicilio

Los programas formales de asistencia a domicilio tienen sus orígenes históricos en los programas de salud pública planteados a mediados del siglo XIX en la Universidad de Boston, pero la mayor parte de la asistencia domiciliar se ha realizado en el Reino Unido, donde la experiencia en el desarrollo y funcionalidad, ha sido un ejemplo para muchos países. Hoy en Estados Unidos, donde estos servicios integran también asistencia sanitaria, la ayuda a domicilio ha sido uno de los sectores que más espectacularmente se han desarrollado y que mayor volumen de recursos manejan (23).

La permanencia del anciano en su domicilio habitual puede verse dificultada por la presencia de una enfermedad invalidante, el deterioro de sus funciones intelectuales, dificultad para alimentarse, incontinencia o riesgo de accidentes. Estas situaciones, que afectan directamente a la salud, pueden verse agravadas además por el hecho de no disponer de familiares cerca que puedan ayudarlo o cuidarlo, malas condiciones de la vivienda o escasez de recursos económicos; o lo que es lo mismo, por sus particulares condiciones familiares y sociales.

Son este tipo de situaciones las que van a generar la demanda de ayuda a domicilio. Con frecuencia los servicios sociales de la comunidad atienden primero el aspecto familiar y social, y es verdad que la situación de enfermedad compete a los servicios sanitarios, pero en la práctica, quien tiene la autoridad y distribuye la ayuda es la trabajadora social. Este aspecto de la necesaria coordinación sanitaria y social es uno de los más difíciles de llevar a cabo en la práctica cotidiana, probablemente más por error de concepto que por falta de recursos.

La ayuda a domicilio depende en la actualidad de los organismos oficiales y no gubernamentales que cuentan con departamentos de servicios sociales, mientras que la atención médica y sanitaria depende de los servicios de salud para toda la población. Aunque se recomienda que la asistencia a domicilio incluya aspectos básicos de cuidados de enfermería y controles médicos periódicos, la realidad es que pocos países han organizado la ayuda a domicilio de forma integrada (20) (21).

La ayuda a domicilio debe ser un servicio que facilite la permanencia del anciano en su domicilio y no debe pretender sustituir otros niveles asistenciales como plazas de residencia, camas de larga estancia, hospitalización de día, etc.. Por eso, debe elegir bien sus objetivos y ocurre que muchas veces el fallo está no en la calidad del servicio sino en la elección de los objetivos. Así, por ejemplo, en un reciente estudio realizado en Zaragoza, sus autores encontraron que el 35,65% de los ancianos que recibían ayuda a domicilio por los servicios sociales eran ancianos de alto riesgo con graves problemas físicos y compleja situación social

por los que serían tributarios también de asistencia geriátrica domiciliaria. (22).

En Canarias la Ley de Servicios Sociales de 1987, recoge explícitamente “la atención y promoción del bienestar de la vejez, para normalizar y facilitar las condiciones de vida que contribuyan a la conservación de la plenitud de sus facultades físicas y psíquicas así como a su integración social”.

En 1990 el Ministerio de Asuntos Sociales, a través de la Dirección General de Acción Social, promueve el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, al que mediante convenio administrativo y en colaboración con las comunidades autónomas, pueden acogerse los municipios. Este convenio tiene previsto ser financiado por el Estado durante los cinco primeros años y cuando expire en 1995, los municipios deben asumir dicha financiación.

El desarrollo del Plan Concertado, ha permitido que en los últimos años, la práctica totalidad de los municipios canarios, cuenten con servicios de ayuda a domicilio, lo que evidentemente ha redundado de manera significativa en el bienestar de nuestros ancianos. Sólo cinco municipios no contaban con ayuda a domicilio en el momento de realizar el estudio.

Volviendo a los resultados del presente estudio, vemos como en casi el 90% de la ayuda a domicilio distribuida en Canarias es a través de los ayuntamientos. En el caso de El Hierro, al contar sólo con dos municipios y probablemente también por lo limitado de su población, es el Cabildo a nivel insular quien gestiona dicha ayuda.

Es destacable también que casi el 75% de los servicios se financian con cargo al mencionado Plan Concertado y que el 8,8% de los servicios que lo hacen mediante subvenciones tienen problemas en el suministro de la ayuda, ya que es frecuente que el abono de dichas subvenciones sufra retrasos imprevisibles, lo que repercute en la continuidad de los contratos de las auxiliares de hogar y por tanto en la continuidad y calidad del servicio.

A pesar de este mayoritario predominio del sector público en este servicio, no hay que ignorar el importante servicio de ayuda a domicilio que prestan organizaciones no gubernamentales y de voluntariado como Cruz Roja, Cáritas y otros, que suministran ayuda complementaria y llegan a sectores no cubiertos de la población anciana. En este sentido el sistema de telealarmas y el programa de comida sobre ruedas que ya funciona en el área urbana de Las Palmas y que está iniciándose en Santa Cruz, son una buena muestra de servicios domiciliares que complementan los que se canalizan a través de los ayuntamientos y que son de gran utilidad práctica. Los objetivos del programa de telealarmas incluyen: facilitar la intervención en situaciones de urgencia y contribuir a la permanencia

del anciano en su domicilio habitual mediante unos objetivos más específicos como mantener la conexión permanente entre el usuario y la central, dar apoyo a través de la línea telefónica, movilizar recursos en situaciones de urgencia, servir de enlace entre el anciano y su entorno socio-familiar.

La ayuda a domicilio en Canarias, al tener en la gran mayoría de los casos una dependencia municipal, es el propio municipio el área de servicio que cubre. La excepción es la isla de El Hierro, que por las razones antes comentadas, organiza este servicio a nivel insular.

Algo más de la mitad de los ayuntamientos no dispone de personal propio para suministrar la ayuda sino que la conciertan con grupos o cooperativas de trabajadoras, mientras que un 35% tiene personal propio contratado con este fin. En cuanto a la cualificación de este personal, solo un 7,7% de los centros trabaja con personal titulado. El resto, es decir, la inmensa mayoría, es personal entrenado o sin cualificación que en muchos casos procede de las listas del desempleo. Si tenemos en cuenta que muchos de los ancianos que deben atender presentan muchos problemas físicos, deterioro psíquico o compleja situación social, parece de sentido común que este personal debería tener unos conocimientos básicos de geriatría y de técnicas de cuidado. Al ser un servicio que se ha puesto en marcha en fechas relativamente recientes, en la mayoría de los casos se ha puesto el énfasis en su funcionamiento con altas dosis de voluntarismo y buenas intenciones. Los programas de formación y cualificación, la adquisición de habilidades y técnicas de cuidado y los conocimientos básicos de geriatría para el personal que presta la ayuda a domicilio, teniendo en cuenta el previsible desarrollo de estos servicios y el nivel de calidad exigible, constituye un reto para Canarias, que deben ponerse en marcha sin demora.

En geriatría la medición de la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria es un buen indicador de la autonomía personal del anciano, de su capacidad funcional y por tanto de su salud, ya que en este grupo de edad como mejor se mide la salud es en términos de función. Se distinguen dos tipos de actividades de la vida diaria: las AVD básicas que son aquellas relacionadas con el autocuidado más inmediato: aseo personal, vestirse, comer, caminar y control de esfínteres; y las AVD instrumentales que son las que nos relacionan con nuestro entorno más inmediato: aseo de la vivienda, arreglo de la casa, lavado de ropa, cocinar, comprar, utilizar el teléfono, uso del transporte, manejo del dinero y toma de medicamentos (24). La práctica totalidad de los centros proveedores de ayuda a domicilio que hemos estudiado suministran ayuda para las actividades básicas y aproximadamente las tres cuartas partes para ayuda para las actividades instrumentales.

Muchos ancianos, especialmente los que viven solos y tienen problemas de

movilidad, desearían tener visitas periódicas y compañía, especialmente de personas con el tacto y la experiencia necesaria para cumplir esta tarea. Este tipo de servicio es más bien propio de personal voluntario. El 75% de los centros refiere que llevan a cabo actividades de acompañamiento, aunque al ser el tiempo dedicado a cada anciano muy limitado y tener que centrarlo en tareas domésticas concretas, no puede decirse que la compañía esté incluida de modo importante en la ayuda a domicilio.

En cuanto a la extensión de la ayuda a domicilio, valga como referencia que para España se consideraría que un 10% como mínimo sería la cifra de personas mayores de 65 años susceptibles de ser atendidas con ayuda a domicilio. Esta cifra queda lejos del 20% de Suecia o del 15% de Italia (25). Sin embargo, un estudio de Abanto antes mencionado en Zaragoza en encuentra que la ayuda a domicilio sólo llega al 0,82 personas por cada 100 mayores de 65 años. (22). Canarias cuenta con una media de 1,9 ancianos atendidos con ayuda a domicilio por cada 100 mayores de 65 años, lo que queda bastante lejos del 10% antes mencionado. En cuanto a la cobertura por islas destacan por encima de la media El Hierro, La Gomera y Lanzarote (a pesar del sesgo que supone no haber podido incluir el municipio de Arrecife en el estudio, por lo que su grado de cobertura es probablemente de los más altos de Canarias). También están por encima de la media La Palma y Tenerife, y por debajo Fuerteventura y Gran Canaria que presenta el índice de cobertura de ayuda a domicilio más bajo de Canarias: un 1,6%.

A pesar de la baja cobertura de la ayuda a domicilio, destaca el fuerte incremento de la demanda en el último año con respecto al anterior y que por término medio sólo se cubre al 50%, o lo que es lo mismo: los servicios de ayuda a domicilio están atendiendo cada año sólo la mitad de las nuevas solicitudes.

Centros de día, hogares y clubes

Los centros de atención diurna son un eslabón intermedio entre el domicilio y la institución. De alguna manera facilitan la permanencia del anciano en su domicilio y en muchos casos disminuyen la necesidad de institucionalización en residencias y centros de cuidados continuados o larga estancia.

Básicamente, podemos encontrarnos con tres tipos de centros de atención diurna:

- A) Clubes y hogares de jubilados o pensionistas.
- B) Centros de día geriátricos.
- C) Hospitales de día geriátricos.

A) Los clubes y hogares tienen como misión promover el contacto social entre las personas mayores, organizando la convivencia y el ocio. Los usuarios se inscriben como socios, que normalmente tienen buena condición física y mental, cuentan con una junta directiva y dedican su tiempo a actividades recreativas y de organización del ocio. En algunos centros existen facilidades para una fisioterapia de mantenimiento.

B) Los centros de día geriátricos tienen como objetivo la recuperación y el mantenimiento del anciano con incapacidad física o invalidez pero que no requiera la intervención de un centro hospitalario. No requiere la inscripción como socio, cuentan con una sala de rehabilitación con personal especializado, organizan terapia ocupacional y suelen tener transporte propio y comedor. Se diferencian de los hospitales de día geriátricos en que no dependen de un servicio o unidad de geriatría hospitalarios y que no proporcionan cuidados de enfermería.

C) Los hospitales de día geriátricos tienen como objetivo organizar programas de rehabilitación de ancianos necesitados de recuperación física así como cuidados de enfermería en régimen ambulatorio. Dependen de un servicio o unidad geriátrica hospitalaria que es de donde suelen recibir los pacientes y su personal pertenece al hospital. No existen socios y su dirección está a cargo de un médico geriatra. Cuentan con transporte propio para traer y llevar al anciano. La duración media de la asistencia es de tres meses, disponen de comedor, el tipo de paciente que recibe es el de alta reciente del hospital con invalidez física y mental. De esta manera puede volver a casa antes y continuar su tratamiento en régimen ambulatorio (26). Los hospitales de día geriátricos, aparte de constituir un buen sistema de valoración y cuidados, son además una alternativa a la hospitalización (27) (28).

En nuestro medio, estos tres tipos de asistencia diurna con sus claras diferencias no se dan y se suelen mezclar actividades y funciones. Básicamente podemos decir que nos encontramos con dos tipos de centros de atención diurna: hogares de pensionistas, ahora conocidos también como centros de tercera edad, de dependencia pública y que suelen contar con servicio de enfermería, médico y podólogo pero sin relación con los servicios sanitarios generales, y clubes de jubilados que suelen depender de asociaciones de la comunidad, entidades locales, parroquias, etc.; con pocos medios y funcionando de manera aislada.

Esta confusión terminológica en cuanto a la definición y funciones también la encontramos en este tipo de centros en Canarias donde de todas maneras el 84% de estas entidades se definen como clubes y como iremos viendo su situación se adapta mejor a este concepto. Es destacable la casi inexistencia de centros de día.

Encontramos una media elevada de socios: 759, aunque hay que tener en cuenta que un tercio de los clubes son de menos de 100 socios y que dos tercios de los mismos tienen menos de 500 socios. Es decir, la mayor parte son medianos y pequeños, lo que también viene apoyado por las dimensiones de superficie de los edificios: el 80,7% tienen menos de 500 metros cuadrados.

En cuanto a la institución a la que pertenecen vemos como existe un peso mayoritario de los ayuntamientos, que son los propietarios de casi la mitad de los centros en Canarias y que aportan casi un tercio de su financiación.

La Comunidad Autónoma gestiona aproximadamente un tercio de los centros, la mayor parte transferidos por el Instituto Nacional de Servicios Sociales y aporta la cuarta parte de los recursos financieros. Los que dependen de la comunidad autónoma suelen ser edificios aceptablemente equipados y los mejor dotados de personal.

Una cuarta parte de los centros dependen de instituciones privadas sin ánimo de lucro: asociaciones de vecinos, parroquias, voluntarios, etc.. Suelen ser los centros más pequeños y peor dotados de personal e instalaciones. La financiación privada, incluyendo las cuotas de los socios, supone una parte nada despreciable del total: 31,9%.

Algo más de la mitad son gratuitos. El resto tiene una cuota estipulada para sus socios.

En cuanto a las actividades que organizan y servicios que prestan, la práctica totalidad de los centros organizan actividades de ocio y en este sentido la mayoría incluyen en sus instalaciones sala de estar y/o de televisión así como cafetería. Sólo una cuarta parte tiene terapia ocupacional, lo cual resulta contradictorio con el hecho de que no hemos encontrado terapeutas ocupacionales en este tipo de centros ni tampoco fisioterapeutas, por lo que este tipo de actividades habría que incluirlas dentro de las manualidades. Sólo un pequeño porcentaje, el 1,3%, proporciona rehabilitación de mantenimiento, lo que los podría definir como centros de día si nos atenemos a los criterios expuestos al principio. El 14% de los centros cuenta con comedor y éste suele ser el servicio que más a menudo conciertan con alguna empresa ajena al centro. Atendiendo al número de clubes existentes y la comparación con las cifras ideales, puede apreciarse que la Comunidad Autónoma cuenta con suficientes clubes a nivel global. No obstante, las islas de La Palma, El Hierro y Lanzarote, individualmente consideradas, son deficitarias en centros de día, hogares y clubes, en relación a su población mayor de 65 años.

Otra cuestión es el tipo de servicios que ofrece este número de clubes. Se

mencionaba más arriba como el Plan Gerontológico (34) tiene previsto ir orientando este tipo de recursos hacia actividades más específicas: rehabilitación de mantenimiento, comida sobre ruedas, lavandería, terapia ocupacional, enfermería, etc., es decir asumiendo funciones de centros de día. Sin embargo, en la actualidad, los hogares y clubes de Canarias se encuentran infrautilizados, son usados como locales de ocio -como si esta actividad tuviera que ser segregada del resto de la sociedad- se atienden mínimamente las necesidades específicas de los ancianos, olvidando la importante labor que podrían cumplir en rehabilitación de mantenimiento, terapia ocupacional, prevención y promoción de la salud. Como anécdota triste y descorazonadora encontramos en un centro público una sala de rehabilitación que no se usa, en un segundo piso, al que se accede por un ascensor estrecho en el que no cabe una silla de ruedas y en otro centro, otra sala de rehabilitación que se utiliza como sala de televisión.

Aproximadamente la mitad de los centros cuenta con personal. La mitad de este personal está contratado a tiempo parcial y la media de trabajadores por centro es de 5. Los grupos profesionales que predominan son los de recepción, trabajadores sociales y gestores. Destaca el bajo nivel de cobertura del personal sanitario: menos del 4% de los centros tiene personal médico o de enfermería y no encontramos fisioterapeutas, ni terapeutas ocupacionales.

El horario y régimen de funcionamiento es variable, aunque en general la mayoría abre todos los días o deja de hacerlo un solo día por semana.

Sólo un 17% de los centros tiene facilidades arquitectónicas y estas facilidades en orden decreciente de frecuencia son: rampas de acceso a planos de diferente nivel, anchura de puertas suficiente para permitir el paso de una silla de ruedas, suelo antideslizante, alarmas, ascensores y apertura especial de puertas. Estas facilidades arquitectónicas al encontrarse en un porcentaje tan reducido de centros también evidencia que la mayoría entra dentro de la categoría de clubes que señalábamos al principio y están pensados para ancianos con buenas condiciones físicas y mentales.

Residencias y otros alojamientos para ancianos

Toda política moderna de asistencia geriátrica debe ir encaminada a la permanencia del anciano en su domicilio utilizando para ello todos los recursos sociales y sanitarios correctamente coordinados, fomentando la ayuda domiciliaria y aquellas alternativas de la comunidad que eviten la institucionalización y el consiguiente desarraigo del anciano de su medio habitual (29). En este sentido no es sólo objetivamente deseable que los ancianos permanezcan todo el tiempo posible en su domicilio, sino que diversos estudios muestran también que éste es el deseo de los interesados (10).

Aunque el modelo de familia se ha modificado, sigue siendo el principal soporte de los seres humanos. Sin embargo siempre han existido personas necesitadas de protección social, bien por falta de familia, o bien porque ésta no se encuentra en condiciones de ofrecer a estas personas la atención especial que requieren. Se calcula que en España de cada cien personas mayores de 65 años, una está hospitalizada, tres viven permanentemente en residencias y los noventa y seis restantes permanecen fuera de cualquier institución. En otros países europeos con mayores recursos asistenciales, la institucionalización es uno o dos puntos superior, aunque paradójicamente posean también mayor cantidad de recursos en la comunidad (30).

Son múltiples las causas que llevan a las personas ancianas a trasladarse a una residencia. En general no es la falta de salud la variable determinante para el ingreso, sino que se ha establecido la interrelación de tres situaciones: a) el creciente deterioro físico, b) la incapacidad o falta de voluntad de las personas con quien convive de prestar los nuevos cuidados que el anciano va necesitando, y c) la falta o inadecuación de unos servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente (31).

El antiguo asilo o casa de misericordia, que la imaginación popular asocia con marginalidad, indigencia y abandono familiar, ha ido cediendo paso poco a poco en las sociedades actuales al concepto de residencia.

Una residencia es aquella institución que acoge a un número de ancianos que voluntariamente o por necesidad, habitualmente pasan el resto de su vida asistidos por unos servicios comunes que garantizan sus cuidados y necesidades básicas.

En general, las residencias difieren en sus niveles de equipamiento y prestaciones en función del concepto para el que fueron creadas, que va desde centros puramente custodiales hasta otros que ofrecen una buena cobertura de servicios médicos, de enfermería y de rehabilitación. Lo ideal sería que se pudiera escoger entre varios tipos para adaptarlos a cada necesidad.

Básicamente, las residencias se dividen en varios tipos en función de los ancianos que acogen:

1.- Residencias convencionales o para válidos.

El anciano en el momento del ingreso debe valerse por sí mismo o poseer pequeñas incapacidades. Requieren escasa dotación técnica y humana para prestar los servicios básicos. Supone la mayor oferta de plazas a nivel estatal. Cabría preguntarse si en el caso de un buen desarrollo y coordinación de los servicios sociales y sanitarios de la comunidad, este tipo de residencias serían necesarias

o si no podrían sustituirse por pisos protegidos o viviendas tuteladas. O también: ¿ no deberían ocupar un lugar secundario en la escala de prioridades de los servicios sociales? (30)

2.- Residencias asistidas.

Acogen a ancianos con incapacidad moderada o severa que les impide valerse por sí mismos. Precisan de mayor dotación de recursos materiales y humanos, que además deben estar debidamente cualificados. Entre sus objetivos debe figurar el cuidado, mantenimiento y rehabilitación de problemas invalidantes que afectan cada vez más a un complejo grupo de ancianos muy añosos.

Nadie discute la necesidad de este tipo de residencias aunque la oferta de plazas es inferior a las crecientes necesidades con los graves inconvenientes que esto acarrea: cuidados insuficientes en domicilio, cronificación de camas hospitalarias, etc.

3.- Residencias mixtas.

En este tipo de residencias coexisten plazas para válidos y asistidos. En teoría tienen la ventaja que cuando un anciano se incapacita puede pasar a la zona asistida sin necesidad de cambiarlo de centro, y el inconveniente está en que a veces el área de incapacitados puede ser marginada por los trabajadores o por los residentes más válidos.

Centrándonos en los resultados del presente estudio, insistimos en que éste se ha centrado en las residencias realmente existentes y que cumplen funciones de tales, es decir, aquellas con las que la comunidad puede contar en el momento actual. No se han incluido las que se encuentran en fase de proyecto, en construcción o construidas pero no dotadas. Tampoco hemos incluido instituciones que, aunque algunas de sus camas podrían considerarse asimilables a plazas asistidas, son legalmente hospitales y se financian y organizan como tales.

De estos resultados se desprende una serie de variaciones en cuanto a residencias y plazas entre las distintas islas. Así, Gran Canaria concentra más de la mitad de plazas totales de la Comunidad Autónoma de Canarias, aunque Tenerife cuenta con mayor oferta de número de residencias, casi la mitad del total. Pero quizás el dato más trascendental es si la oferta de plazas se adecua o se acerca a la demanda potencial en cada isla.

Dado que el índice de envejecimiento medio del 9,5% para toda la Comunidad, oscila entre el 6,6% de Fuerteventura y el 18,7% de El Hierro, las necesidades potenciales en cada isla son diferentes. Si tomamos como óptimo el objetivo

establecido en el Plan Gerontológico (34) de 3,5 plazas de residencia por cada cien personas mayores de 65 años, nos encontramos que la oferta media de Canarias es de 1,5 plazas por cien mayores de 65 años. Esta cifra es inferior también a la media de 2,48 encontrada en otro estudio similar en Zaragoza (35). Canarias, con esta escasez de recursos, no está en condiciones de poder ofrecer una plaza de residencia a aquellos ancianos que, por su situación, no pueden seguir manteniendo una vida digna en sus domicilios, a pesar de movilizar todos los recursos de la comunidad para ello. La falta de suficientes plazas de residencia está condenando a muchos ancianos a permanecer en sus domicilios en una situación precaria, por lo que en un futuro inmediato se deberá duplicar la oferta actual de plazas para alcanzar los objetivos del Plan Gerontológico.

Pero si la oferta es insuficiente a nivel general, se encuentran muy por debajo de la media Fuerteventura, con un ratio de 0,4 y que cuenta sólo con una miniresidencia privada, y Lanzarote con un ratio de 0,6. En estas dos islas la situación es dramática. En Fuerteventura existe, al menos en marcha, un proyecto de nueva residencia. Pero en Lanzarote ninguno de los tres proyectos para una nueva residencia que se han intentado en los últimos cinco años ha visto la luz y las autoridades han sido incapaces de poner en funcionamiento una ampliación de diez plazas de la única y pequeña residencia que existe en la isla, a pesar de que dicha ampliación hace tres años que está terminada. Todo en una isla con uno de los más bajos índices de plazas de Canarias.

También por debajo de la media de plazas, pero más próximas, se encuentran Tenerife y La Gomera y por encima de la media El Hierro, La Palma y Gran Canaria, aunque en el caso de estas dos últimas islas no hay que olvidar que en ambas se encuentran ubicados dos macrocentros de ámbito suprarregional que tienen obligación de acoger a residentes de otras comunidades autónomas. Esta situación se da para el 53,8% de las plazas de residencia de Canarias, pues tienen la condición de suprarregionales. Los recursos en plazas de residencia en Canarias no sólo son escasos sino que la mitad tienen que ser compartidos con otras comunidades autónomas.

En general, se consideran residencias pequeñas las de menos de 40 plazas, que tienen la ventaja de un trato más personalizado al residente y un ambiente familiar. Las residencias grandes, de más de 100 plazas, son más propias de otra época, pues conocidos son sus problemas de despersonalización de la asistencia, ambiente frío y masificado y dificultades en la gestión. Parece que la residencia óptima es aquella que está entre 40 y 100 plazas, pues a las ventajas de una asistencia cercana al anciano se unen las de unos costes más ajustados y una gestión menos dificultosa. (36). Casi el 80% de las residencias de Canarias tienen menos de 100 plazas, lo que viene a indicar que al menos en cuanto a tamaño, estamos en una situación aceptable.

Ya comentábamos antes las ventajas de las residencias mixtas y asistidas. Un hecho incuestionable en geriatría es que las necesidades del anciano van cambiando a lo largo de su vejez y que los cuidados que necesita deben ser progresivos y adaptados a su situación a medida que ésta cambia. Por eso las residencias deben huir de la rigidez asistencial y estar preparadas para asumir el deterioro con los medios materiales y humanos necesarios. No tiene sentido colocar el cartel de residencia de válidos, exigir validez física y mental en el momento del ingreso, cuando esta situación no puede garantizarse unos meses después. En Canarias encontramos un predominio de residencias mixtas (58,6%) y también de las plazas mixtas, que supone el 78,9% del total de plazas. Esta situación es similar en todas las islas con la excepción de La Gomera y El Hierro donde sólo encontramos residencias y plazas de válidos.

En cuanto a la dependencia patrimonial es el sector privado y la Iglesia quienes cuentan con mayor número de centros abiertos. Sin embargo, es la comunidad autónoma quien posee el mayor número de plazas: el 41,9% del total y que están concentradas sólo en La Palma, Gran Canaria y Tenerife . Esta situación se explica porque es la comunidad autónoma quien recibió por transferencia los grandes centros residenciales del Insero que por sí solos agrupan una gran número de plazas. Hay que destacar también que a la Iglesia pertenece el 32,4% de las plazas, que la totalidad de las plazas de Lanzarote pertenecen al Cabildo, que la totalidad de las de Fuerteventura son privadas y que el 61,8% de las de la Gomera son municipales.

Habíamos comentado antes la situación óptima de una residencia en cuanto a tamaño, pero lo realmente difícil es conseguir unos servicios de calidad a un coste moderado. Las residencias en general son caras, por eso casi todas las plazas son públicas, privadas sin ánimo de lucro, o subvencionadas. El coste medio de la plaza de residencia en España, según el Informe del Defensor del Pueblo (37), estaba en 1990 en las 72.360 pesetas mensuales para las de válidos y en 99.930 las de asistidos. El coste mensual de una plaza de residencia en Canarias, es de 97.336 pesetas por término medio. La mayoría de los ancianos no disponen de recursos suficientes para costearse totalmente una plaza, por lo que la participación del sector público en la financiación es imprescindible. La práctica totalidad de las residencias, tanto públicas como privadas, recibe un cuota o contribución del usuario y completan su financiación con subvenciones o fondos públicos.

Canarias es una de las comunidades autónomas que no cuenta con una legislación propia sobre requisitos mínimos para la apertura y puesta en marcha de residencias de ancianos (29). Este hecho, unido a los rápidos cambios que en las últimas décadas ha experimentado la sociedad canaria, al pasar de predominio rural y agrícola a una sociedad urbana, dependiente de una economía de servicios y los desplazamientos de población que esto conlleva, ha traído consigo la

proliferación de múltiples pequeñas residencias en las áreas urbanas, en situación clandestina o semiclandestina, de difícil acceso, y fuera de sujeción a cualquier tipo de control.

Como comentábamos antes, las residencias pueden tener desde una función puramente custodial hasta un buen nivel en cuidados de enfermería, rehabilitación y servicios médicos. Entre estos dos límites se encuentran muchas situaciones intermedias. Una residencia cumplirá sus objetivos y su equipamiento material y humano si responde a las necesidades de sus usuarios. Ha ocurrido en los últimos años que muchas residencias que fueron concebidas como grandes centros hosteleros para ancianos válidos han ido sufriendo un progresivo deterioro y discapacidad de sus residentes sin contar con los servicios adecuados para responder con una asistencia digna a estas situaciones. Encontramos que en las residencias de Canarias, aparte del personal de hostelería y cuidados básicos, aproximadamente la mitad cuentan con profesionales de enfermería en su plantilla y que casi la mitad tienen servicio médico en plantilla o a tiempo parcial. En cambio, muy pocas cuentan con terapeuta ocupacional.

En cuanto al personal en general podemos considerar que las residencias cuentan con una ratio personal/ plaza aceptable: 0.27 de media si lo comparamos con un estudio similar en Zaragoza en que encuentran una ratio media de 0.19 (35).

En cuanto a la realización de actividades, vemos como la mayoría de las residencias van más allá de la función puramente custodial y organizan actividades de ocio, educativas y animación comunitaria; algo más de un tercio cuenta con terapia ocupacional, aunque dada la escasez de terapeutas ocupacionales que trabajan en las residencias debe entenderse esto como actividades manuales o de taller. Otras actividades son el trabajo individual de casos y deportivas. Sin embargo, muy pocas residencias llevan a cabo rehabilitación de mantenimiento.

En lo que se refiere a las condiciones arquitectónicas habría que destacar que la mitad de las residencias del estudio tiene menos de 1.000 metros cuadrados, que el 85% de las habitaciones son dobles o individuales y que menos de la mitad de las habitaciones tiene baño incorporado. Sin embargo sólo algo más de la mitad de las residencias cuenta con puertas con anchura mínima que permita el paso de una silla de ruedas y otras facilidades arquitectónicas simples como pasamanos en los pasillos. Suelo antideslizante, alarmas, ascensores, bañera asistida o apertura especial de puertas están presentes en menos de la mitad de las residencias. Si tenemos en cuenta que la mayor parte de nuestras plazas son mixtas, con un cierto peso de plazas para ancianos con diferentes niveles de incapacidad, pensamos que sus condiciones físico-arquitectónicas son, al menos, mejorables.

Programas para el anciano desde atención primaria

Los médicos de cabecera, junto con el resto del equipo de atención primaria desde los centros de salud, llevan el grueso de la asistencia a los ancianos en la comunidad, tanto en el aspecto preventivo como en el asistencial, en colaboración con los servicios sociales de la comunidad.

La reciente y progresiva implantación de la atención primaria de salud que va sustituyendo a la asistencia primaria tradicional representa un avance cualitativo importante. Se pasa de ofrecer una atención basada en la demanda de la población a intervenir sobre las necesidades de salud de la comunidad (38).

El creciente envejecimiento de la población, y el hecho de que el 96% de los ancianos vivan en la comunidad, exige una implicación cada vez mayor de la atención primaria en los problemas específicos de salud de los ancianos y en las repercusiones funcionales y sociales que los mismos tienen. En este sentido, toda mejora introducida en la calidad asistencial a los ancianos acabaría beneficiando a un gran colectivo que vive en la comunidad, favoreciendo su permanencia en la misma (39).

Una de las claves para conseguir este objetivo es lograr que los médicos de cabecera tengan suficientes conocimientos en geriatría, introduciendo dicha disciplina en los nuevos planes de formación en la licenciatura y en la formación durante los años de residente, así como el acceso a formación continuada de los profesionales que ahora configuran los equipos de atención primaria (40). En este sentido, la formación médica tradicional adolece de importantes lagunas como son la valoración funcional del anciano, necesidades de salud, manejo de pluripatología, indicación de cuidados, asignación de recursos asistenciales, etc. El documento sobre ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores del Ministerio de Sanidad (41) considera esta formación de importancia estratégica.

Aunque desde hace 10 años existen las bases para la implantación del programa del anciano en atención primaria, (42) el desarrollo de los mismos es todavía incipiente en nuestro medio, encontrándonos que menos de la quinta parte de los centros de salud de Canarias cuenta con un programa específico de atención al anciano aunque esta proporción es un poco mayor en Gran Canaria y Lanzarote. La mayoría de los centros lo incluye dentro del programa del adulto. Si bien al programa de adulto pueden adaptarse las personas que se encuentran entre los 65 y los 75 años con buena situación físico-funcional, no es el más adecuado para los mayores de 75 años, que plantean una problemática más compleja.

Sólo la mitad de los centros conoce el censo de población mayor de 65 años de su zona de salud. Hay que tener en cuenta que al no coincidir siempre las zonas de salud con los municipios, obtener esta información a veces supone un trabajo adicional. No obstante, es un dato básico con el que se debe contar de cara a cualquier estrategia de asistencia a los ancianos en la comunidad.

Se considera que, en general, en atención primaria se dedica al menos el 40% del trabajo profesional diario en atender los problemas de los ancianos (40). En el caso de Canarias esta proporción es un poco superior: 48% por término medio. En las islas occidentales este porcentaje está muy por encima de la media, lo que se encuentra en consonancia con su mayor índice de envejecimiento.

Las actividades de prevención son las que quizás más genuinamente distinguen a los centros de salud. En Canarias se encuentran bien implantados los programas de prevención de gripe, tétanos, controles metabólicos y controles de tensión arterial; en menor grado los de régimen de alimentación y vida, control de problemas sensoriales, tabaco y alcohol, y caídas y accidentes. La introducción de programas homogéneos o protocolos, denominados «normas técnicas mínimas», por parte del Insalud con procesos de evaluación y control de calidad de la asistencia, es una de las causas por las que los programas de hipertensión, tétanos, gripe, etc., alcancen valores altos de aplicación y cumplimiento en la mayoría de los centros de salud y no ocurra lo mismo con los otros programas.

La Organización Mundial de la Salud (5) ha definido como ancianos de alto riesgo a aquellos que se encuentran entre las siguientes situaciones: tener más de 80 años, vivir solo, viudedad reciente, cónyuge mayor o enfermo, alta reciente del hospital, pensiones más bajas. Dado que las posibilidades de morbimortalidad de este grupo son superiores a las del resto de los ancianos (43) se hace fundamental el papel de atención primaria en la detección, valoración e intervención precoz en estas situaciones de riesgo, evitando muchas veces la institucionalización (44). Casi la mitad de nuestros centros de salud lleva a cabo exámenes periódicos a los ancianos de alto riesgo de su zona. La mayoría también cuenta con una relación nominal y visita periódica a los pacientes inmovilizados. Algo más de la mitad de los centros conoce los afectados por cáncer terminal, y alrededor de un tercio tiene localizados los muy ancianos, los que viven solos o aislados y los dementes. Los exámenes y actividades preventivos han demostrado una buena relación coste-efectividad en atención primaria (45).

También las actividades de captación de patologías crónicas están bien cubiertas en lo que se refiere a la diabetes e hipertensión arterial de elevada prevalencia entre la población anciana. Pero cuando se trata de captación de problemas típicamente geriátricos, como son la incontinencia o la demencia, dicha actividad de captación es menor.

Es en términos de función como mejor se mide el grado de salud en el viejo. Muchos ancianos, especialmente los más viejos y frágiles, necesitan una aproximación diagnóstica y terapéutica más amplia y distinta a como se hace en el adulto más joven. La valoración geriátrica es un proceso diagnóstico, orientado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, funcionales, psíquicos y sociales del anciano, con el objeto de establecer un plan multidisciplinario de tratamiento y seguimiento a largo plazo (46). La valoración geriátrica mejora la precisión diagnóstica sobre la anamnesis y exploración tradicionales, permite seleccionar las intervenciones adecuadas para mejorar la salud del anciano, recomendar un entorno asistencial determinado, predecir el pronóstico y monitorizar cuantitativamente los cambios en el tiempo. Aunque ha sido denominada como la nueva tecnología de la geriatría (47), su aplicación es relativamente sencilla y puede ser llevada a cabo en atención primaria. En este sentido en los resultados del presente estudio, vemos como son excepción los centros de salud donde se utilizan ciertos instrumentos de valoración geriátrica. En alguno de estos centros se aplican programas específicos para el anciano que constituyen modélicos ejemplos y que son una prueba de su viabilidad y un avance de lo que en este campo debe dar de sí la atención primaria (63).

Muchas veces el trabajo en atención primaria con los ancianos se ve dificultado por la falta de unos servicios sociales bien desarrollados y coordinados que permitan ofrecer el apoyo suficiente al anciano para que éste permanezca en casa.

Ocurre algo parecido con la rigidez organizativa y conceptual de la asistencia especializada hospitalaria. Hay que distinguir entre lo que es un anciano enfermo (persona mayor de 65 años, con un problema puntual de salud) de lo que es un paciente geriátrico (persona generalmente mayor de 75 años, con pluripatología, cuya evolución tiende a la incapacidad, deterioro mental y con problemas familiares o sociales añadidos). El primero generalmente no presenta problemas de manejo en atención primaria, pero el segundo muchas veces desborda las posibilidades reales de atención en domicilio. Esto no siempre es entendido así en la asistencia hospitalaria y por eso la mayoría de los centros de salud de nuestro estudio no encuentra facilidades para derivar al nivel hospitalario a este tipo de pacientes. Los servicios de geriatría están más capacitados y abiertos a la coordinación necesaria con atención primaria y existen las bases y experiencias suficientes en este sentido (48) (49) (50). La casi inexistencia de servicios de geriatría en Canarias y, por otro lado, el hecho de que las pocas camas geriátricas o asimilables disponibles sean casi inaccesibles desde atención primaria, convierten en fundamental una reordenación funcional de este sector si queremos facilitar la contribución de la atención primaria a la permanencia de los ancianos en sus domicilios el mayor tiempo posible. Este es un objetivo de cualquier política de asistencia geriátrica moderna.

Otro aspecto importante a valorar es la relación con los centros y residencias de ancianos de la zona. Hay que tener en cuenta que las plazas de residencia para ancianos válidos y los centros y clubes de ancianos deben depender asistencialmente, y en lo que a temas de salud se refiere, de los equipos de atención primaria (39). En este sentido, la mitad aproximadamente de los centros mantiene una relación con este tipo de servicios, aunque la mayor parte de las veces esta relación es informal, es decir, no se encuentra prevista o protocolizada. Se trata, pues, de otra evidencia más de la inexistencia de instrumentos reales de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Recursos de hospitalización

Los orígenes de la geriatría moderna están relacionados con la hospitalización de los ancianos. Tenemos que remontarnos a la década de los años treinta de este siglo en Inglaterra para ver que la geriatría surgió como un movimiento contra la política de negligencia y abandono a la que estaban sometidos muchos ancianos que se aparcaban en salas de crónicos de los hospitales en la creencia de que sus males eran irremediables. Un papel histórico jugó Marjory Warren, joven enfermera que a principios de los años treinta comenzó a trabajar en el West Midlessex Hospital de Londres. En 1937 dicho hospital adquirió un asilo de 700 camas anexo al hospital y Majory Warren como supervisora encontró que la mayoría de los ancianos se encontraban postrados en camas, descuidados y abandonados. Pacientemente, historió cada caso. Los ancianos que se encontraban bien fueron remitidos a las autoridades locales, los enfermos mentales confiados a los psiquiatras y el resto fue tratado y rehabilitado intensamente hasta el límite de lo posible. En pocos meses redujo la necesidad de camas para crónicos a menos de la mitad, a la vez que redecoró las salas y elevó las salas y el entusiasmo del personal que allí trabajaba. Posteriormente estudió medicina y fundó la primera unidad geriátrica de Inglaterra. El ejemplo de la doctora Warren fue seguido en todo el mundo, particularmente en los países anglosajones, donde ha tenido un gran desarrollo la geriatría moderna, que se distingue por una concepción de tratamiento global, rehabilitador e interdisciplinar del viejo enfermo, con el objetivo de integrarlo lo antes posible en su medio habitual en las mejores condiciones físicas y mentales posibles. Sólo Inglaterra cuenta con más de 270 servicios hospitalarios de geriatría. El desarrollo de estos servicios en Estados Unidos en la década de los 80 ha sido espectacular.

Diversos estudios bien controlados han demostrado que los pacientes geriátricos, a los que se dedica la geriatría y que la medicina interna no suele dejar bien, ni hacerles mejorar, si son atendidos en unidades geriátricas, los beneficios encontrados son evidentes: menor estancia hospitalaria, mejoría de la situación funcional al alta y a los seis meses, reducción de la mortalidad al año, reducción de la utilización de institucionalización al alta, disminución de los ingre-

sos hospitalarios, menor prescripción medicamentosa y ahorro de costes sanitarios (51) (52) (53) (54).

El desarrollo de la geriatría en España ha sido lento. Aún es una disciplina poco estudiada y comprendida. Todavía no figura en los planes de estudio de la licenciatura de los médicos y como especialidad médica se reconoció en 1977. El Plan Gerontológico (34) prevé el desarrollo progresivo de unidades de geriatría en hospitales y a principio de 1993 el Ministerio de Sanidad publicó un proyecto sobre este tema (41).

Casi sesenta años después de la experiencia de la Dra. Warren, por desgracia seguimos hablando de «cuidados mínimos» y de «camas de crónicos», sin darnos cuenta de que la inmensa mayoría de los llamados enfermos crónicos son ancianos que han llegado a esa situación, casi siempre, por falta de una evaluación y unas atenciones adecuadas.

Desde el punto de vista conceptual, creemos conveniente aclarar algunos términos que lamentablemente no sólo confunden al público en general, sino también a muchos profesionales que no están familiarizados con la atención a los ancianos.

En primer lugar habría que distinguir entre «anciano enfermo» y «paciente geriátrico», términos que pueden parecer similares pero cuyas diferencias encierran muchas claves. Un anciano enfermo es una persona de más de 65 años con un problema puntual de salud. Un paciente geriátrico es una persona generalmente de más de 75 años de edad, con pluripatología, que generalmente tiende a la incapacidad, con problemas mentales añadidos y con una problemática social o familiar que condiciona su situación. El anciano enfermo puede ser bien atendido en cualquier servicio del hospital, excepto en obstetricia y pediatría. El paciente geriátrico estará óptimamente atendido en un servicio o unidad hospitalaria de geriatría.

Un segundo error es confundir geriatría con crónicos. La geriatría atiende pacientes geriátricos en cualquier situación, con pluripatología, con agudización de patología crónica y nunca un anciano se considera una molestia por su condición crónica o poco recuperable. Precisamente el objetivo de la geriatría es que adelantándose a los problemas, tomando medidas para prevenirlos, se evita o se reduce al mínimo la cronicidad. Con ello, se devuelve al anciano a la comunidad en las mejores condiciones posibles. Pero el origen de la confusión está en que la gran mayoría de los llamados enfermos crónicos son ancianos a los que no se les ha ofrecido una posibilidad de tratamiento activo, rehabilitador e integrador hasta el límite de lo posible.

Si dispusiéramos de una geriatría organizada en los hospitales, las necesidades de las llamadas «camas para crónicos» se reducirían a un mínimo, con el consiguiente ahorro en sufrimiento y recursos. (51)

En el presente estudio hemos analizado la situación de unos recursos hospitalarios que o bien oficialmente vienen siendo denominados como de geriatría y larga estancia (19) o bien de aquellos que, aún no teniendo esta denominación, llevan a cabo una conocida actividad con ancianos que ocupa gran parte de su función actual. Como comentábamos al exponer la metodología, se han excluido los recursos hospitalarios de Fuerteventura, La Gomera y El Hierro, no porque no asistan a los ancianos sino porque al contar con un solo hospital y no tener delimitadas sus camas de geriatría, hacía más difícil aproximar criterios.

Al estudiar los resultados vemos como este tipo de camas supone una parte importante de los recursos de camas totales en las islas que hemos incluido, pero observamos también al comparar con las ratios ideales, como éstas son superadas en todas las islas. Teniendo en cuenta que el índice de envejecimiento en las diferentes islas no es homogéneo y estableciendo el ratio ideal en 10 camas por cada 1.000 mayores de 65 años (40), Canarias, o mejor dicho el grupo de islas estudiadas, contaría con una media de 13,9 camas por cada 1.000 mayores de 65 años. Por debajo de esa media estarían La Palma con 11,5, Gran Canaria con 12,7 y Lanzarote con 13,5. Tenerife estaría por encima de la media con 16,9. Pero no nos llevemos a engaño ya que muchas de estas camas tienen una condición casi asilar ante la carencia crónica de plazas de residencia. Su diversificación y funciones, como veremos, dista mucho de ser óptima.

Idealmente, las camas geriátricas deben distribuirse de la siguiente forma: el 25% para agudos, el 25% para media estancia o rehabilitación, el 50% para larga estancia, (que pueden situarse en un espacio físico diferente del anterior), y un hospital de día geriátrico por cada 4.000 personas mayores de 65 años.

Las camas de agudos están destinadas a pacientes geriátricos con pluripatología o agudización de patología crónica que precisan de una valoración tratamiento hospitalario como mejor alternativa posible durante un corto periodo de tiempo hasta su estabilización. El 70% de los pacientes que ingresan en un unidad geriátrica de agudos vuelve a sus domicilios directamente o indirectamente después de pasar por media estancia u hospital de día geriátrico. Sólo un 10% precisa cuidados continuados en una unidad de larga estancia o una plaza de residencia de ancianos (55) (56).

Las camas de media estancia o rehabilitación tienen la función de completar el tratamiento, proporcionando rehabilitación, o continuando la convalecencia de los pacientes que han sido altas de la unidad de agudos y hasta que se encuen-

tren en unas condiciones de suficiente autonomía para volver a sus domicilios. (46)

El hospital de día geriátrico tiene como función completar la rehabilitación de los pacientes que han sido dados de alta de la unidad de agudos o media estancia que precisan de un tiempo limitado, unos 2-3 meses, para alcanzar el grado óptimo de autonomía que les permita volver a su domicilio en las mejores condiciones posibles (28), (57).

Las unidades de larga estancia son proveedoras de cuidados continuados de larga duración para aquellos enfermos que, a causa de un deterioro avanzado tanto físico como mental, requieren atención continua médica y de enfermería cuya situación de vida digna no puede ser mantenida en el domicilio, aún movilizándolo todos los recursos sociales y sanitarios de la comunidad (58). Con una asistencia geriátrica bien organizada, las camas de larga estancia pueden verse reducidas al mínimo (59) (60) (61).

Volviendo a los resultados del presente estudio vemos como nos encontramos con suficientes camas potencialmente dedicadas a la geriatría. Sólo Tenerife tendría suficientes camas geriátricas de agudos, Gran Canaria y Lanzarote estarían por debajo del ideal aunque cerca, y La Palma carece de camas diferenciadas de agudos. En cuanto a camas de media estancia estamos muy por debajo de lo deseable y no hablemos de hospitales de día: de los 35 que corresponderían a Canarias por su población mayor de 65 años, solamente existen dos: uno en Lanzarote (28) y otro en Gran Canaria, realizando una importante labor, evitando la cronificación de camas, pero también incomprendidos cuando no obstaculizada su función por las autoridades sanitarias, sin recibir una sola peseta del Insalud y sostenidos por el empeño de los profesionales y por los estrechos presupuestos que pueden destinarles los cabildos.

Las camas de psicogeriatría corresponden a camas de larga estancia que en el caso de Gran Canaria se encuentran en el Hospital Psiquiátrico y, en el de Lanzarote, a una unidad diferenciada con un programa especial dentro de la de larga estancia de la unidad de geriatría del Hospital Insular (62) (63).

A los cabildos insulares pertenece el 42,9% de las camas de hospitalización y al sector privado el 33,3%. Vemos, pues, el importante peso del sector público, representado en este caso por los cabildos en la gestión de esta estructura.

Con estos datos podemos afirmar que nuestra red de camas de asistencia geriátrica, salvo excepciones, adolece de importantes carencias en cuanto a estructuras rehabilitadoras e integradoras y de devolución a la comunidad como son media estancia y hospitalización de día. Cuenta con escaso personal de

enfermería y casi inexistencia de fisioterapeutas, sin apenas contacto o coordinación con atención primaria. La relación que la mayoría de estos hospitales ha mantenido con el Insalud ha sido a través del sistema de conciertos. Los conciertos han permitido la supervivencia de muchos de ellos, pero también han acarreado graves inconvenientes: retraso tecnológico, infradotación y menor remuneración de los profesionales, papel de secundones en la red de hospitalización, utilización en función de los intereses de determinados sectores de los hospitales de agudos y no en función de las necesidades de la población, etc. Hay que señalar aquí que algunos intentos de coordinación con atención primaria han llegado a ser prohibidos por las autoridades del Insalud. Son, en definitiva, unos recursos con mínima coordinación con los servicios sociales; que responde más bien a un esquema antiguo de «cronificación» y, que a pesar de la importante y poco valorada labor que desarrollan, su esquema actual de uso es poco eficiente y costoso social y económicamente.

The word "Conclusiones" is centered on the page. It is surrounded by six squares, each filled with a dense, grey, halftone-like pattern. The squares are arranged in a cross shape: one square is directly above, one directly below, one to the left, and one to the right of the text. Additionally, there are two squares positioned diagonally above and below the text, one to the top-left and one to the top-right, creating a more complex, star-like arrangement.

Conclusiones

1.- Canarias cuenta en la actualidad con un índice de envejecimiento del 9,5%, que la define como una comunidad moderadamente envejecida pero con una tendencia al incremento rápido en los próximos años.

2.- Los servicios de ayuda a domicilio se encuentran implantados en toda la comunidad. Mayoritariamente, la ayuda es proporcionada por los ayuntamientos con cargo al Plan Concertado y son pocos los municipios que no poseen este servicio.

3.- La ayuda a domicilio depende de los servicios sociales y no incluye ni está coordinada con los servicios sanitarios a domicilio. El servicio es mayoritariamente atendido por personal poco o nada cualificado. El tipo de ayuda suministrada consiste mayoritariamente en atención doméstica y ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los ancianos.

4.- La cobertura del servicio está muy por debajo de su demanda potencial. Como media para toda la comunidad sólo se atienden dos ancianos de cada diez que hipotéticamente precisan de ayuda a domicilio. Se registra un fuerte incremento de nuevas peticiones de ayuda cada año y el sistema actualmente está cubriendo el 50% de la demanda nueva que se genera.

5.- Los centros de día, hogares y clubes de ancianos de Canarias, aunque en número suficiente, responden mayoritariamente al esquema de clubes como locales de encuentro y ocio. Son muy minoritarios los centros de día con funciones como terapia ocupacional o rehabilitación de mantenimiento. Sólo la mitad cuenta con personal y la cobertura de personal sanitario es mínima.

6.- Las dos terceras partes de los clubes pertenecen y se financian mediante el sector público, destacando la participación de los ayuntamientos. El resto pertenece a la Iglesia e instituciones privadas. La mayor parte son locales de pequeñas dimensiones y sólo una minoría posee facilidades arquitectónicas por lo que están concebidos para ancianos sin discapacidades, con buenas condiciones físicas y mentales.

7.- Canarias posee sólo la mitad de las plazas de residencia que necesita para cubrir su demanda potencial actual. Este déficit de plazas de residencia es especialmente grave en las islas de Fuerteventura y Lanzarote donde ni siquiera se cubre el 15% de la demanda potencial de plazas. Tenerife cuenta con el mayor número de residencias por isla y Gran Canaria concentra la mitad de las plazas de toda la Comunidad Autónoma.

8.- La mayor parte de las residencias de Canarias pertenece al sector privado y a la Iglesia. Sin embargo, casi la mitad de las plazas es de la Comunidad

Autónoma, al ser la gestora de los macrocentros transferidos del Inerser. Por islas son destacables las siguientes particularidades: las únicas residencias de Lanzarote y El Hierro pertenecen a sus respectivos cabildos, la única de Fuerteventura es privada sin ánimo de lucro y dos de las tres de la Gomera son municipales.

9.- La mitad de las residencias y casi el 80% de las plazas tienen el carácter de mixtas. Sólo el 14% de las residencias y el 3% de las plazas son asistidas, siendo el resto de las residencias y plazas para ancianos válidos.

10.- Casi el 80% de las residencias tienen menos de cien plazas y, dentro de este grupo, predominan las pequeñas de menos de cuarenta plazas. Sólo la mitad cuenta con facilidades arquitectónicas suficientes. Más del 80% de las habitaciones son individuales o dobles y cerca de la mitad tienen baño incorporado.

11.- La tercera parte de las residencias y la mitad de las plazas tienen carácter suprarregional, es decir, están también a disposición de usuarios de otras comunidades autónomas.

12.- El coste medio de la plaza de residencia en Canarias se sitúa alrededor de las 97.000 pesetas. En dos tercios de las residencias, los ancianos aportan una cuota establecida y en el resto según posibilidades.

13.- Por término medio la proporción de personal por plaza en las residencias es aceptable. Alrededor de la mitad cuenta con personal auxiliar y diplomado en enfermería, así como servicio médico propio o concertado, personal de gestión y administrativo. Otro personal cualificado como terapeutas ocupacionales, psicólogos y monitores, tiene una presencia minoritaria. Sólo en la mitad de las residencias existe personal de guardia.

14.- Las actividades que organiza la mayor parte de las residencias consisten en actividades de ocio, educativas y de animación comunitaria. La rehabilitación de mantenimiento y terapia ocupacional se realiza en muy pocas.

15.- La atención geriátrica adecuada sigue siendo un reto para los médicos de cabecera y los profesionales de atención primaria de Canarias. Aunque la dedicación profesional a atender ancianos ocupa un porcentaje que puede considerarse elevado del tiempo de trabajo diario, pocos centros cuentan con un programa específico para el anciano y la mayoría lo incluye dentro del programa del adulto. Sólo la mitad de los centros conoce el censo de población mayor de 65 años de su zona.

16.- La práctica totalidad de los centros de salud tiene bien implantados programas de prevención de gripe y tétanos, y de captación y prevención de

hipertensión arterial, dislipemias y diabetes. Pero aunque se ha demostrado su eficacia en la prevención de la institucionalización y el deterioro, los exámenes de salud preventivos a los ancianos de alto riesgo de su zona de salud sólo se lleva a cabo en la mitad de los centros.

17.- La mayoría de los centros tiene localizados y manejan una relación nominal de los ancianos inmovilizados de su zona y los visitan periódicamente. La mitad conoce a los afectados por cáncer terminal y alrededor de un tercio de los centros conoce la relación de ancianos que viven solos o aislados y los dementes. Pocos centros llevan a cabo programas de captación de demencia o incontinencia y de prevención de caídas, accidentes y problemas sensoriales.

18.- A pesar de que en términos de función es como mejor se mide el grado de salud de los ancianos y de la sencillez de su diagnóstico, son excepcionales los centros de salud que manejan instrumentos de valoración funcional geriátrica. Este hecho debe atribuirse a la ausencia de la geriatría en la formación pregrado de los médicos y a las carencias y defectos de la formación continuada.

19.- La mayoría de los centros de salud encuentra dificultades para derivar al nivel hospitalario aquellos ancianos cuya complejidad de problemas desborda las posibilidades reales de la atención primaria. La práctica ausencia de servicios de geriatría hospitalarios u otros familiarizados con los problemas de los ancianos, así como la inaccesibilidad de las camas de uso geriátrico, por atención primaria, son factores que están relacionados con dicha situación.

20.- Sólo la mitad de los centros de atención primaria mantiene relación con los clubes, centros o residencias de ancianos que se encuentran en su zona de salud, aunque la mayor parte de las veces dicha relación es informal, lo que evidencia la ausencia de instrumentos de coordinación entre los servicios sociales comunitarios y atención primaria.

21.- Las camas hospitalarias de uso geriátrico representan la cuarta parte de las camas totales de Lanzarote, Gran Canaria, Tenerife y La Palma. Las tres cuartas partes aproximadamente de estos hospitales y de dichas camas pertenecen a los cabildos insulares y al sector privado, que se reparten casi por mitades y que han mantenido una relación de concierto con el Insalud.

22.- En relación a la población anciana, cuantitativamente contaríamos con suficientes camas potencialmente dedicadas a la geriatría. Pero cualitativamente existe un déficit importante de camas de agudos, media estancia y hospitalización de día, (este último con presencia sólo testimonial). El grueso de las camas totales se dedica a larga estancia. Sólo Tenerife contaría con suficientes camas de agudos; Lanzarote y Gran Canaria serían deficitarios; y La Palma no cuenta

con ninguna cama de utilización geriátrica de agudos. Estaríamos muy por debajo en cuanto a necesidades de camas de media estancia.

23.- Destaca la escasa presencia en estos recursos hospitalarios de personal diplomado en enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

24.- La mitad aproximadamente de estos hospitales mantiene relaciones informales con los servicios sociales y sólo una minoría con atención primaria.

25.- La escasez de camas de agudos, media estancia y hospitalización de día, la insuficiente coordinación con los servicios sociales y atención primaria, la escasez de personal y estructuras rehabilitadoras y el sistema de concertos, hacen que esta red hospitalaria responda, salvo excepciones, más a un esquema de recursos antiguos o de «cronificación» que a una estructura moderna de rehabilitación y devolución a la comunidad de los ancianos enfermos con el consiguiente coste social y económico.



Bibliografía

- 1.- O.C.D.E. Ageins Populations. París 1988.
- 2.- ANÓNIMO. Tasas de crecimiento de la población mundial de más de 60 años de edad del 1950 al 2025. L'année gerontologique. 1994; 1: 3.
- 3.- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. La tercera edad en España: Aspectos cuantitativos. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1991.
- 4.- CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDAS DE CANARIAS 1991. ISTAC. Las Palmas de Gran Canaria, 1991.
- 5.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Técnico 548: Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un comité de expertos.
- 6.- AGUERO I. LEGUINA J. OLANO A. La hora malthusiana en la población española. Madrid: El País 1984, Dic., 27.
- 7.- MARTÍN RUIZ J.F.. Natalidad y Fecundidad. En: Dinámica y estructura de la población en las Canarias Orientales (S. XIX y XX). Las Palmas de Gran Canaria: Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria, 1985; 1: 356.
- 8.- DEL CAMPO URBANO S. Natalidad. En: Análisis de la población española. Barcelona: Ariel, 1972; 42.
- 9.- PERLADO F. La nueva demografía de las poblaciones. En: Servicios sociales para la vejez. Zaragoza: Ed.. Caja Ahorros Inmaculada / Heraldo de Aragón. 1983; 13.
- 10.- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Libro Blanco: El médico y la tercera edad. Gabinete de estudios Bernard-Krief. Madrid 1986.
- 11.- PÉREZ HERNÁNDEZ D.G. Estudio sociosanitario de la población anciana de Lanzarote. Tesis doctoral. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Universidad de La Laguna. 1990.
- 12.- BURRIEL DE ORUETA EL. El desequilibrio espacial de la demografía canaria. En: Canarias, población y agricultura en un sociedad dependiente. Barcelona: Oikos-Tau, 1982; 39.
- 13.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena 1982; 39.
- 14.- STOUT RW, CRAWFORD V. Active-life expectancy and terminal

dependency: Trends in long-term geriatric care over 33 years. The Lancet. 1988; 6: 281-283.

15.- PERLADO F. Geriatría: El volumen del problema. En: Geriatría. Barcelona: Científico-Médica, 1980; 17.

16.- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y DE SANIDAD Y CONSUMO. Acuerdo marco entre los ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo en materia de Coordinación Socio-Sanitaria. Madrid 1993.

17.- MARTÍNEZ AGUAYO C, GOGORCENA AOIZ M. La coordinación sociosanitaria. Rev. Esp. de Geriatr. y Gerontol. 1994; 1: 43-45.

18.- CONSEJERÍA DE TRABAJO, SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL GOBIERNO DE CANARIAS. Guía de recursos sociales de Canarias. Santa Cruz de Tenerife 1986.

19.- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE ASEGURAMIENTO Y PLANIFICACIÓN SANITARIA. Catálogo Nacional de Hospitales. Madrid, 1992.

20.- PERLADO F. Organización de los servicios sociales. En Servicios sociales para la vejez. Zaragoza: Caja Ahorros Inmaculada/Heraldo de Aragón, 1983; 37.

21.- HENRAD JC, ANKRI J, BARDY JD. Financiación de la dependencia y sistemas de protección social: comparación internacional. Re. Gerontol. 1991; 1: 36-42.

22.- ABANTO ALDA J J, MARTÍNEZ TERRER T. La ayuda a domicilio en Zaragoza: Valoración cuantitativa y cualitativa. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1991; 4: 249-254.

23.- GIL GREGORIO P. Ayuda a domicilio: Una alternativa actual. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1990; 2: 63-64.

24.- LAWTON MD, BRODY EM. Assessment of behaviors required to maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186.

25.- CAMARERO C. Ayuda a domicilio: Una larga experiencia. En: Servicio de ayuda a domicilio: Primeras jornadas internacionales. Madrid: Siglo XXI editores, 1987; 45-61.

26.- PERLADO F. Centros de atención diurna. En: Servicios sociales para la vejez. Zaragoza: Caja Ahorros Inmaculada/ Heraldo de Aragón, 1983; 53.

27.- MORISHITA L, SIU AL, WANG RT, OKEN C, CADOGAN MP, SCHWARTZMAN L. Comprehensive geriatric day care in a day hospital : A demonstration of the British Model in the United States. Gerontologist. 1989; 29: 336-340.

28.- CORUJO RODRÍGUEZ EI, PÉREZ HERNÁNDEZ DG, BENÍTEZ DEL ROSARIO JA Y COLS. Hospital de día geriátrico: Estudio asistencial. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1992; 4: 232-236.

29.- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Número monográfico sobre análisis de la atención institucionalizada al anciano. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1992; suplemento 1.

30.- RUIPÉREZ CANTERA I. El anciano institucionalizado: peculiaridades. Medicine. 1991; 87: 51-60.

31.- BAZO M T. Personas ancianas: salud y soledad. Rev. Esp. Inv. Soc. 1991; 2 : 193- 223.

32.- BARENYS MP. Análisis de los aspectos sociosanitarios de las residencias de ancianos. Rev. Gerontol. 1991; 1: 29-35.

33.- BAZO MT. El estatus familiar y la salud, elementos claves en la institucionalización de personas ancianas. Rev. Gerontol. 1991; 1: 53-60.

34.- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. Plan Gerontológico. Madrid 1992.

35.- ABANTO ALDA JJ, MARCO MARCO J, SÁNCHEZ FUMANAL Y COLS. Valoración de los residentes y las residencias de tercera edad de los distritos municipales X y XI de Zaragoza. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1992; 3: 141-146.

36.- CIFUENTES CACERES R, MERCHAN MAROTO E, SUÁREZ GAYO F. La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1992; supl. 1: 27-30.

37.- EL DEFENSOR DEL PUEBLO. Informe sobre la situación de las residencias de la tercera edad en España y alternativas a las mismas desde la perspectiva actual. Boletín Oficial de las Cortes Generales. 1989; 322: 12.479- 12.507.

38.- GENÉ BADÍA J, PUXÁN ROMAGOSA R. Programas para el anciano en asistencia primaria de salud. En: Manual de geriatría. 1990; 83-96. Salvat, Barcelona.

39.- RUIPÉREZ CANTERA I. Por un modelo asistencial en geriatría. Estrategias a seguir. Rev. Esp. Ger. y Geront. 1992; 1: 42-45.

40.- SALGADO A. GUILLÉN F. Geriatría de sector. En: Manual de Geriatría. Barcelona: Salvat, 1990; 44.

41.- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE ASEGURAMIENTO Y PLANIFICACIÓN SANITARIA. Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid 1993.

42.- GONZÁLEZ JI, SALGADO A. Manejo del paciente anciano en atención primaria: líneas guía. Atención Primaria . 9; 4: 219-226.

43.- GONZÁLEZ MONTALVO J I, PÉREZ DEL MOLINO J, RODRÍGUEZ MAÑAS L Y COLS. Geriatría y asistencia geriátrica: para quien y como (I). Med. Clin. 1991; 5: 183-185.

44.- SOLOMON DH, JUDD HL, SIER HC, RUBENSTEIN LZ, MORLEY JE. New issues in geriatric care. An. Intren. Med. 1988; 108: 718-732.

45.- HOOPER J. Case finding in the elderly: does the primary care team already know enough?. B.M.J. 1988; 297: 1450-1452

46.- GONZÁLEZ MONTALVO J I, PÉREZ DEL MOLINO J, RODRÍGUEZ MAÑAS L Y COLS. Geriatría y asistencia geriátrica: para quien y como (II). Med. Clin. 1991; 6:222-228.

47.- EPSTEIN AM, HALL JA, BESHINE R. et al. The emergence of geriatric assessment units. The "new technology of geriatrics". An. Intern. Med. 1987; 106: 299-303.

48.- RUIPÉREZ I. MAREQUE M. GÓMEZ GÓMEZ M Y COLS. El domicilio del paciente geriátrico, punto de encuentro entre la asistencia extra e intrahospitalaria. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1992; 4: 237-242.

49.- NEBOT ADELL C, SAIZ ANTÓN N, SARDÁ PEREZ-BOFILL T. La implantación de los equipos de soporte en la atención primaria: ¿ un reto innovador? Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1993; 5: 261-266.

50.- RODRÍGUEZ MORENO S, CORUJO RODRÍGUEZ E, PÉREZ HERNÁNDEZ DG. Y COLS. Experiencia en asistencia geriátrica domiciliaria. Rev. Esp. de Ger. y Gerontol. 1990; 5: 269-273.

51.- SALGADO ALBA A, GONZÁLEZ MONTALBO JI, ALARCÓN ALARCÓN MT. Coste-eficacia de un servicio de geriatría hospitalario. Rev. esp. ger. y gerontol. 1992; 5: 321-322.

52.- PAWLSON LG. Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internists versus geriatricians. J. Am. Geriatr. Soc. 1988; 36: 202-208.

53.- APPLGATE WB, MILLER ST, GRANEY MJ et als. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. N. Engl. J. Med. 1990; 322: 1572-1578.

54.- RUBENSTEIN LZ, JOSEFSON KR, WIELAND GD et als. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N. Engl. J. Med. 1984; 311: 1664-1670.

55.- PÉREZ HERNÁNDEZ DG, CORUJO RODRÍGUEZ E, RODRÍGUEZ MORENO S. Y COLS. Converting old community hospital, an example of geriatric care in the Canary Islands. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1991; 26, Sup. 1: 194.

56.- CORUJO RODRÍGUEZ EI, PÉREZ HERNÁNDEZ DG, RODRÍGUEZ MORENO S. Y COLS. Una experiencia asistencial en geriatría. Can Med. 1988; 6:3, 19-23.

57.- BAZTAN JJ, HORNILLOS M, GONZÁLEZ-MONTALVO JI. Hospital de día geriátrico. Características, funcionamiento y efectividad. Med. Clin. 1993; 18: 699-704.

58.- CHALLIS D, DARTON R, JOHNSON L. Y COLS. Evaluación de una alternativa al hospital de larga estancia para pacientes ancianos débiles: I. El modelo de asistencia. Y II: costes y eficacia. Rev. de Gerontol. 1991; 3-4: 182-199.

59.- MARTIN BOEKHOLDT M. Hospitales y asistencia a largo plazo para el anciano. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1989; 1: 38-43.

60.- BERTHAUX P. Cuidados de larga estancia. Rev. Esp. Ger. y Gerontol. 1989; 4: 44-47.

61.- BAZTÁN JJ, BRAVO G, JIMÉNEZ ROJAS C Y COLS. Asistencia

geriátrica en el Reino Unido: ¿ Un modelo a seguir? Rev. Esp. Ger. y Geront. 1993; 2: 96-110.

62.- CAMINO RAMOS S, PÉREZ HERNÁNDEZ DG, CORUJO RODRÍGUEZ E. Instituciones de modelo monográfico. Una alternativa institucional al tratamiento de ancianos con demencia senil. Rev. Esp. de Ger. y Gerontol. 1993; Suplemento 1: 13.

63.- CORUJO RODRÍGUEZ E, CAMINO RAMOS S, PÉREZ HERNÁNDEZ DG Y COLS. Demencia senil: estudio epidemiológico en ancianos institucionalizados. Can. Med. 1993; 2: 17-20.

64.-SANTANA SANTANA AJ, SUÁREZ OSORIO MR. Valoración de un programa de asistencia domiciliaria a pacientes crónicos y ancianos en Atención Primaria. Can. Med. 1992; 8: 25-28.



Anexo I

Relación de centros de día, hogares, y clubes que participaron en el estudio

LANZAROTE:

CENTRO DE TERCERA EDAD DE ARRECIFE. C/ GARCÍA ESCAMEZ, S/N.

FUERTEVENTURA:

CENTRO DE TERCERA EDAD DE PTO. ROSARIO. C/ PROF. JUAN T. CABRERA 1.

CENTRO DE TERCERA EDAD DE TUINEJE. C/ CANTADOR M.D. FERRERA.
ASOCIACIÓN TERCERA EDAD FUERT. NORTE. C/PIZARRO, 33. LA OLIVA.

GRAN CANARIA:

CENTRO DE TERCERA EDAD STA. LUCÍA. C/ 1º DE MAYO, 4. VECINDARIO.

CENTRO DE TERCERA EDAD S. NICOLAS. C/ GRAL. FRANCO 33.

CENTRO DE TERCERA EDAD DE TELDE. C/ ALONSO QUESADA 6.

CLUB JUBILADOS CAJA INSULAR. LAS CHUMBERAS. LAS PALMAS.

CLUB TERCERA EDAD STA. MARÍA DE GUÍA. S. MARTÍN DE PORRES.

CLUB PIO XII. C/ NESTRO ÁLAMO, 1. TEROR.

CLUB PENSIONISTAS S. JUAN. C/ TARTAGO, S/N.

CLUB PENSIONISTAS BUENAVISTA. JUAN GRANDE. S. BARTOLOMÉ DE TIRAJANA.

CLUB DUNAS DE MASPALOMAS. C/ TUNTE, 18.

CLUB S. BARTOLOMÉ DE TIRAJANA. C/ CAPITAN CORTÉS, 13.

CLUB HERNÁN CORTÉS. C/ LEONARO TORRIANI, 20.

CLUB PENSIONISTAS S. JOSÉ. PASEO S. JOSÉ, 111.

CLUB ANCIANOS GÁLDAR. C/ CAPITAN QUESADA, 3.

CLUB ISORA TERCERA EDAD. SAUCILLO S.N.

CENTRO TERCERA EDAD AGAETE. C/ POETA SOSA SUAREZ, 1.

CLUB LOS GUAPANGOS. ALDEA BLANCA. S. BARTOLOMÉ DE TIRAJANA.

CLUB NIÑO DE DIOS S. PORRUÑO. TOBAGO, 1. TABLERO DE MASPALOMAS.

CLUB PENSIONISTAS TAMARACEITE. Pº LOS MÁRTIRES, 96.

CLUB ANCIANOS TIMAGÁN. TIMAGÁN, 1.

CLUB EL PAJAR STA. ÁGUEDA. EL PAJAR. S. BARTOLOMÉ DE TIRAJANA.

CLUB PENSIONISTAS LA ALEGRÍA. CERCADOS DE ESPINO. S. B. DE TIRAJANA.

CLUB JUBILADOS TRASMALLOS. CONDE VEGA GRANDE, 66. S.B. DE TIRAJANA.

ASOCIAC. CULTURAL TERCERA EDAD GUAYASEDO. MONTEVIDEO 3.

LAS PALMAS.

CENTRO DE TERCERA EDAD DE INGENIO. C/ RAMÓN Y CAJAL, 38.

TENERIFE:

CENTRO MUNICIPAL DE TERCERA EDAD LA OROTAVA. C/ S. AGUSTÍN, 9.

ASOCIACIÓN PRO TERCERA EDAD GRANADILLA. C/ J. REYES MARTÍN, 18.

HOGAR PADRE ANCHIETA. C/ PADRE ANCHIETA, 30. LA LAGUNA.

CLUB TAGORO VICTORIERO. C/ PÉREZ DÍAZ, 74. LA VICTORIA.

CLUB DE TERCERA EDAD DE ADEJE. C/ PELINOR S.N.

CLUB TAIFA. C/ SEBASTIÁN S.N. TACORONTE.

CLUB DE TERCERA EDAD DE GUÍA DE ISORA. C/ LAS ERAS, 2.

ASOCIACIÓN DE TERCERA EDAD DE GARACHICO. C/ FCO. MONTESDEOCA, 5.

CLUB DE TERCERA EDAD DE ICOD. C/ CECILIO MONTES, 13.

CLUB DE TERCERA EDAD UNAMUNO. LA CUESTA.

CLUB DE TERCERA EDAD DE GUIMAR. C/ POETA HERNÁNDEZ MORA, 30.

CLUB DE TERCERA EDAD DE TEGUESTE.

CLUB CORDÓN DE ORO. C/ EL PERDÓN, 48. BUENAVISTA DEL NORTE.

CLUB TERCERA EDAD VILLA DE LA ESPERANZA. C/ AMILCAR GONZALEZ, 10.

ASOC. TERC. EDAD GUANCHE FLOR Y PALMA. LA FLORIDA. LA OROTAVA.

CLUB MANINIDRA. CAMINO DEL GUANCHE, 45. LA OROTAVA.

CLUB TERCERA EDAD DE FASNIA. C/ EMILIANO DÍAZ CASTRO, S.N.

ASOCIACIÓN DE TERCERA EDAD DE SAN ISIDRO. CASA DE LA CULTURA.

CENTRO DE TIEMPO LIBRE DE LA TERCERA EDAD. C/ LA CRUZ.

CENTRO DE TERCERA EDAD VILLA DE ARICO. C/ EL MANZANO, S.N.

PRO TERCERA EDAD DE LA MATANZA. C/ LIMERAS.

CLUB TERCERA EDAD URB. MONTESDEOCA. C/ AGUERE, 6. S.C. TENERIFE.

ASOCIACIÓN STA. RITA DE CASIA. RAMBLA GRAL. FRANCO. S.C. TENERIFE.

CLUB DE TERCERA EDAD ANTÓN GUANCHE. C/ PISCINA. CANDELARIA.

ASOCIACIÓN DE TERCERA EDAD INGENIO. C/ FELIX BENITEZ DE LUGO, 1.

CLUB DE TERCERA EDAD DE SAN MIGUEL. CTRA. LOS ABRIGOS, 32.

CLUB DE TERCERA EDAD SAN MATÍAS. TACO.

PRO TERCERA EDAD LOS CRISTIANOS. EDIF. VIRGINIA.

LOCAL TERCERA EDAD LAS GALLETAS. C/ TRASERA IGLESIA.

LOCAL DE TERCERA EDAD VALLE DE SAN LORENZO. C/ CHINDIA, 22.

LOCAL DE TERCERA EDAD DE ARONA. PZA. DEL CRISTO S.N.

LOCAL LOS CRISTIANOS. CENTRO CULTURAL DE LOS CRISTIANOS.

LOCAL DE TERCERA EDAD LA CAMILLA. ARONA.

LOCAL DE TERCERA EDAD CABO BLANCO. CTRA. GRAL. S.N. ARONA

LOCAL DE TERCERA EDAD DE LA BUZANADA. ARONA.

LOCAL DE TERCERA EDAD EL FRAILE. CENTRO CULTURAL. ARONA.
CENTRO DE TERCERA EDAD LA CISNERA. C/ SAN JOSÉ. SN.
CENTRO DE TERCERA EDAD ARICO EL VIEJO. C/ LA CRUZ. S.N.
CLUB DE TERCERA EDAD ACAYMO. POLIG. PADRE ANCHIETA. LA LAGUNA.
CLUB PENSIONISTAS LA ATALAYA. PZA. LA PALMITA S.N. TEJINA.
CLUB LUCIO ILLADA. LA MILAGROSA, S. ANTONIO. LA OROTAVA.
HOGAR DE TERCERA EDAD Nº UNO. C/ DR. JIMENEZ DÍAZ, 5. S.C. TENE-
RIFE.

CLUB DE TERCERA EDAD PUERTO DE LA CRUZ. C/ EL POZO S.N.
CLUB DE TERCERA EDAD LOS REALEJOS. C/ S. ISIDRO 46.
CLUB DE TERCERA EDAD LA GUANCHA /COSTA. STO. DOMINGO. C/
PEDRO GLEZ.

CLUB DE TERCERA EDAD TAGOROR. C/ JOSÉ PONTE,29. LA PERDOMA.
LA OROTAVA.

CLUB DE TERC. EDAD TENEMOS PORQUE. C/GERMINAL SN. PINOLERIS.
LA OROTAVA

LA PALMA:

HOGAR DE LA TERCERA EDAD DE S.C. DE LA PALMA. C/ PEDRO DE LAS
CASAS, 16.

LA GOMERA:

ASOCIACIÓN DE PENSIONISTAS GRAN REY. C/ LA CALERA S.N. VALLE
GRAN REY.

Relación de organismos proveedores de ayuda a domicilio que partici- paron en el estudio

LANZAROTE:

AYUNTAMIENTO DE TEGUISE.
AYUNTAMIENTO DE TINAJO.
AYUNTAMIENTO DE HARÍA.
AYUNTAMIENTO DE TÍAS.
AYUNTAMIENTO DE YAIZA.

FUERTEVENTURA:

AYUNTAMIENTO DE TUINEJE.
AYUNTAMIENTO DE PÁJARA.
AYUNTAMIENTO DE PUERTO DEL ROSARIO.

AYUNTAMIENTO DE ANTIGUA.
AYUNTAMIENTO DE BETANCURIA.
AYUNTAMIENTO DE LA OLIVA.

GRAN CANARIA:

AYUNTAMIENTO DE TELDE.
AYUNTAMIENTO DE VALLESECO.
AYUNTAMIENTO DE TEROR.
AYUNTAMIENTO DE ARUCAS.
AYUNTAMIENTO DE SANTA LUCÍA.
AYUNTAMIENTO DE MOGÁN.
AYUNTAMIENTO DE TEJEDA.
AYUNTAMIENTO DE ARTENARA.
AYUNTAMIENTO DE GALDAR.
AYUNTAMIENTO DE SAN NICOLÁS DE TOLENTINO.
AYUNTAMIENTO DE INGENIO.
AYUNTAMIENTO DE SANTA BRÍGIDA.
AYUNTAMIENTO DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
AYUNTAMIENTO DE AGÜIMES.
AYUNTAMIENTO DE SANTA MARÍA DE GUÍA.
AYUNTAMIENTO DE AGAETE.
AYUNTAMIENTO DE SAN BARTOLMÉ DE TIRAJANA.
AYUNTAMIENTO DE FIRGAS.
AYUNTAMIENTO DE MOYA.
CENTRO SOCIAL DE LA ISLETA/ CÁRITAS.
ASOCIACIÓN SOCIAL FEMENINA.

TENERIFE:

AYUNTAMIENTO DE EL ROSARIO.
AYUNTAMIENTO DE LA MATANZA DE ACENTEJO.
AYUNTAMIENTO DE ICOD DE LOS VINOS.
AYUNTAMIENTO DE SANTA ÚRSULA.
AYUNTAMIENTO DE LA VICTORIA DE ACENTEJO.
AYUNTAMIENTO DE EL TANQUE.
AYUNTAMIENTO DE GARACHICO.
AYUNTAMIENTO DE TEGUESTE.
AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DEL TEIDE.
AYUNTAMIENTO DE GÜIMAR.
AYUNTAMIENTO DE ADEJE.
AYUNTAMIENTO DE CANDELARIA.
AYUNTAMIENTO DE BUENAVISTA DEL NORTE.

AYUNTAMIENTO DE LOS SILOS.
AYUNTAMIENTO DE ARAFO.
AYUNTAMIENTO DE LA OROTAVA.
AYUNTAMIENTO DE FASNIA.
AYUNTAMIENTO DE EL SAUZAL.
AYUNTAMIENTO DE LA LAGUNA.
AYUNTAMIENTO DE ARICO.
AYUNTAMIENTO DE GRANADILLA.
AYUNTAMIENTO DE ARONA.
AYUNTAMIENTO DE GUÍA DE ISORA.
AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.
AYUNTAMIENTO DE SAN JUAN DE LA RAMBLA.
AYUNTAMIENTO DE LA GUANCHA.
AYUNTAMIENTO DE LOS REALEJOS.

LA PALMA:

AYUNTAMIENTO DE PUNTALLANA.
AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE LA PALMA.
AYUNTAMIENTO DE TIJARAFE.
AYUNTAMIENTO DE TAZACORTE.
AYUNTAMIENTO DE BREÑA BAJA.
AYUNTAMIENTO DE GARAFÍA.
AYUNTAMIENTO DE PUNTAGORDA.
AYUNTAMIENTO DE SAN ANDRÉS Y SAUCES.
AYUNTAMIENTO DE BARLOVENTO.
AYUNTAMIENTO DE LOS LLANOS DE ARIDANE.
AYUNTAMIENTO DE BREÑA ALTA.
AYUNTAMIENTO DE FUENCALIENTE.
AYUNTAMIENTO DE MAZO.
AYUNTAMIENTO DE EL PASO.

LA GOMERA:

AYUNTAMIENTO DE SAN SEBASTIÁN DE LA GOMERA.
AYUNTAMIENTO DE VALLE GRAN REY.
AYUNTAMIENTO DE HERMIGUA.
AYUNTAMIENTO DE VALLEHERMOSO.

EL HIERRO:

CABILDO INSULAR DE EL HIERRO.



Anexo II

Estudio de Recursos Socio-sanitarios para los Ancianos en la comunidad Autónoma de Canarias

Cuestionario de valoración de ayuda a domicilio

1. Organismo responsable de la ayuda

(Nombre)

- Ayuntamiento
- INSERSO
- Cruz Roja
- Iglesia
- Voluntariado
- Otros

2. Personal: Propio Concertado

3. Financiación

- Propia
- Plan concertado
- Subvención Gobierno de Canarias

4. Tipo de ayuda (varias opciones)

- Doméstica
- Acompañamiento
- Actividades básicas de la vida diaria (aseo, baño, etc.)
- Actividades instrumentales de la vida diaria (salida fuera del domicilio, cobro de pensión, compra, etc.)

de pensión, compra, etc.)

5. Características del personal

- Personal entrenado
- Auxiliar de clínica
- Otros

6. Frecuencia de la ayuda

- * Número de ancianos atendidos diariamente
- * Número de ancianos atendidos tres veces por semana
- * Número de ancianos atendidos dos veces por semana
- * Número de ancianos atendidos una vez por semana
- * Número de ancianos atendidos en otras frecuencias

7. Población atendida

- Número total de ancianos en el último año
- Número total de servicios en el último año

- Area de servicio
- Población de más de 65 años del área atendida
- Número de solicitudes en el último año (aprox.)
- Número de casos nuevos atendidos en el último año

8. Ratio persona/anciano atendido.....

9. Criterios de inclusión (varias opciones).

- Vivir solo
- Tener más de 65 años
- Ser pensionista por gran invalidez
- Descarga familiar
- Vivir con cónyuge mayor o enfermo
- Estar incapacitado
- Demencia
- Vivienda aislada o en malas condiciones
- Escasos recursos económicos

10. Lista de espera

- SI NO

* Número de personas en lista de espera

Estudio de Recursos Socio-sanitarios para los Ancianos de la Comunidad Autónoma de Canarias

Cuestionario de centros de día y alojamientos

- CENTRO
- HOGAR
- CLUB
- RESIDENCIA
 - VALIDOS
 - ASISTIDA
 - MIXTA

NOMBRE.....DIRECCION

TELEFONOFECHA DE APERTURA.....

NUMERO DE PLAZAS

1. Institución a la que pertenece

- AYUNTAMIENTO
- VOLUNTARIADO
- COMUNIDAD AUTONOMA
- CRUZ ROJA
- PRIVADA
- IGLESIA
- OTROS

2. Coste plaza de residencia/mes

3. Financiación (varias opciones)

- PRIVADA
- IGLESIA
- APORTACIONES DE RESIDENTES
- SOCIOS
- FONDOS PUBLICOS:
 - PLAN CONCERTADO GOBIERNO DE CANARIAS
 - SUBVENCION GOBIERNO DE CANARIAS
 - CABILDO
 - AYUNTAMIENTO
 - OTROS

4. Obligaciones económicas del usuario

- CUOTA ESTIPULADA
- GRATUITO

SEGUN POSIBILIDADES

5. Servicios concertados

SI, Tipo

NO

6. Características, número y dedicación del personal propio
(Tiempo completo: TC, Tiempo parcial: TP)

Médicos

Servicio Técnico

Enfermeros

Trabajadores sociales

Aux. enfermería

Terapeutas ocupacionales

Celadores

Monitores de tiempo libre

Gestores

Voluntariado

Psicólogos.....

Personal de hostelería

Recepción (teléfono).....

7. Personal de guardia (Número) (Presencia física: F, Localizada: L)

Celadores

Aux. Enferm.

Enfermeros

Médicos.....

8. Ratio personal / cama

9. Actividades

Tiempo de ocio

Rehabilitación

Terapia ocupacional

Actividades deportivas

Trabajo individual de casos

Animación comunitaria

Información y orientación

Comedor

Actividades educativas

Ayuda a domicilio

Salidas al exterior

10. Régimen de funcionamiento

Continuo

Diurno

* Número de días a la semana

* Horario

11. Superficie total del centro

12. Habitaciones

* Número total

Individuales: Número

Dobles: Número

Colectivas: Número

Con baño: Número

Sin baño: Número

13. Características de los baños

Lavabo

WC

Ducha

Bidé

Bañera

Bañera con ayuda

WC con ayuda

14. Facilidades arquitectónicas

Bañera asistida

Alarmas

Suelo antideslizante

Rampas

Pasamanos

Apertura de puertas

Anchura huecos más de 80 cm.

Ascensores

15. Area de servicio

Insular

Regional

Supraregional

Local

Provincial

16. Condiciones de admisión (varias opciones)

- Personas que viven solas o aisladas
- Ser pensionista o cónyuge de pensionista
- Escasos recursos económicos
- Carecer de vivienda propia
- Enfermedad crónica o geriátrica
- Tener más de 60 años
- No padecer enfermedad mental o contagiosa
- Padecer enfermedad mental
- Pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria
- Suficiente autonomía para las actividades de la vida diaria
- Responsabilidad de algún familiar
- Sexo: Varón Mujer

17. Servicios generales

- Lavandería
- Comedor
- Biblioteca
- Lencería
- Gimnasio
- Mortuorio
- Peluquería
- Cocina
- Cafetería
- Sala de T.V.
- Sala de estar
- Transporte para residentes

18. Altas en el último año

- * Número total
- Por defunción
- Por traslado
- Voluntarias

19. Mortalidad/año

Estudio de Recursos Socio-sanitarios para los Ancianos en la Comunidad Autónoma de Canarias

Cuestionario para centros de atención primaria

Zona de salud.....
Dirección.....
Teléfono.....

1. ¿Existe programa específico de atención al anciano?

Si No Incluido en programa de adulto

2. Número de personas mayores de 65 años en la zona

3. Porcentaje del trabajo profesional diario empleado en atender a ancianos

4. Media de personas mayores de 65 años atendidas en una consulta diaria

5. ¿Existen programas de prevención para...?:

- Gripe
- Tétanos
- Régimen de alimentación y vida
- Control de T.A.
- Control de tabaco
- Alcohol
- Control visión
- Prevención de caídas y accidentes
- Control audición
- Controles metabólicos

6. ¿Se realizan exámenes periódicos de salud en la población anciana de alto riesgo de la zona?

(Según criterios O.M.S.: mayor de 80 años, vivir solo, cónyuge mayor o enfermo, escasos recursos, etc.)

- Si
- No

7. ¿Existe en el centro de salud una relación nominal de pacientes?

- Dementes
- Cáncer terminal
- Muy ancianos
- Ancianos solos o aislados
- Inmovilizado en cama

No existe relación nominal

8. ¿Se realizan visitas periódicas programadas a los grupos anteriores?

Si No

* Frecuencia media.....

9. ¿Se utilizan instrumentos de valoración psico-funcional en la asistencia diaria?

Si No

* Especificar

10. ¿Existen actividades de captación de patología crónica o invalidante?

Epoc

HTA

Diabetes

Demencia

Inmovilidad

Enfermos terminales

Patología reumática

Patología cardiovascular

Incontinencia

11. ¿Existen contactos formales con?:

Servicios de geriatría

Servicios hospitalarios preocupados por la atención al anciano

No existen contactos

12. ¿Existe facilidad de derivación a nivel hospitalario de los pacientes ancianos que desbordan las posibilidades reales de atención por el equipo?

Si No

13. ¿Existe algún club, centro, residencia de ancianos en la zona?

Si No

14. ¿Existe alguna relación con los clubes o residencias de ancianos de la zona?

Formal

Informal

No existe

Estudio de Recursos Socio-sanitarios para los Ancianos de la Comunidad Autónoma de Canarias

Cuestionario de recursos hospitalarios

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

1. Dependencia patrimonial

- Insalud
- Cabildo
- Comunidad Autónoma
- Privado
- Otros

2. Area de cobertura

- Regional
- Local
- Insular

3. Niveles asistenciales para la atención geriátrica con que cuenta.

- Pacientes agudos (E.M. < 30 Días) Nº DE CAMAS.....
- Media estancia (E.M. 30-90 Días) Nº DE CAMAS.....
- Larga estancia (E.M. > 90 Días} Nº DE CAMAS.....
- Psicogeriatría Nº DE CAMAS.....
- Cuidados paliativos Nº DE CAMAS.....
- Hospital de día geriátrico Nº DE PLAZAS.....
- Consulta externa de geriatría Media consulta /día.....
- Asistencia geriátrica domiciliaria Media semanal

Estancia media: Agudos

Media estancia

Psicogeriatría

Hospital de día

4. ¿Existe relación formal con los centros de atención primaria del sector? .

Si No

5 ¿Existe relación con los servicios sociales del sector?

No Si: Formal

Informal

6. Características, número y dedicación del personal propio. (TC: Tiempo completo. TP: Tiempo parcial)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médicos N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Enfermeros N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Auxiliares de enfermería N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Trabajadores sociales N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeutas N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Psicólogos N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Terapeutas ocupacionales N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Técnicos RX y laboratorio N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Gestores y personal administrativo N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Monitores de tiempo libre N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Servicio Técnico N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Personal hostelería N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Celadores N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Recepción y teléfono N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Voluntariado N° | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |
| <input type="checkbox"/> Otro personal | <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> TP |

7. Ratio Personal/cama

BIBL.UNIV.-LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

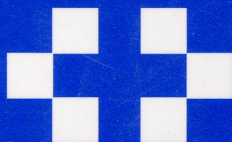


204485

BIG 613.98 PER rec



GOBIERNO DE CANARIAS
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales



**Servicio
Canario de Salud**

