

# EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD PARA LA TERCERA EDAD

**José Manuel Hernández**

*Departamento Psicología Biológica y de la Salud*

*Facultad de Psicología.*

*Universidad Autónoma de Madrid*

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la evaluación del "Programa de Atención Geriátrica", programa que dispensa el INSERSO a personas mayores de 60 años en Residencias y Centros de Día con el objetivo último de mejorar la salud de los receptores del mismo. Para establecer el valor de dicho programa se ha procedido a estimar la eficacia y la efectividad del programa. La eficacia se ha estimado mediante un análisis de cumplimentación de objetivos. La efectividad mediante el análisis de los efectos provocados por el programa en sus receptores. Los resultados indican, en líneas generales y con algunas matizaciones, que la implantación del programa es positiva cara al abordaje del problema de la salud para personas ancianas.

**Palabras clave:** Evaluación de Programas, Programas de Salud, efectividad, eficacia, Tercera Edad.

## ABSTRACT

The aim of this work is introduce the output of the evaluation of the "Health Program" that implement the INSERSO to elderly people in Nursing Homes and Day Centers with the last objective of improving the health of the users. In order to establish the worth of saying program has been proceeded to estimate the program efficacy and the program effectiveness. The efficacy has been valued by means of an analysis of objectives

achievement. The effectiveness by means of the effects analysis provoked by the program in their receivers. They resulted they indicate that the program implementation is positive to solve the problem of the health for elderly people.

**Key words:** Program Evaluation, Health Programs, Effectiveness, Elderly People.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación de programas representa una tarea compleja que requiere la puesta en juego de una gran diversidad de elementos. La necesidad de considerar a la evaluación de programas como un proceso inmerso en el ciclo de planificación y programación de acciones sociales (Fernández-Ballesteros, 1987; 1992) conlleva un alto grado de anclaje con la realidad social. Tal inserción implica que, en sentido estricto, no resulte fácil distinguir dónde termina la tarea del planificador y/o programador de intervenciones sociales y dónde comienza la del evaluador de tales intervenciones. No sólo porque si no se planifican acciones, éstas no se pueden evaluar sino porque en ocasiones ambas figuras (planificador y evaluador) enmarcan a la misma figura.

Un programa de acción social puede ser entendido como un conjunto de acciones organizadas que se implantan en la realidad social con el fin de lograr determinados cambios relevantes, dando respuesta a una serie de necesidades (de algún grupo poblacional) y cumpliendo unos determinados objetivos. Tales acciones o intervenciones se caracterizan por dos aspectos que pueden parecer contradictorios pero que aparecen de forma simultánea. Nos estamos refiriendo al carácter singular que necesariamente comportan y a la diversidad que conllevan (Hernández, 1990). Así, la **singularidad** se ve determinada por la puntualidad en el tiempo y espacio asociada a la implantación o ejecución de las intervenciones así como por la forma y personas que se ponen en marcha en tal implantación. Por su parte, la diversidad o **multiplicidad** viene explicada por el particularmente numeroso y diverso conjunto de acciones implantables, potenciales informantes implicados, así como por los múltiples objetivos que persigue, amén de un conjunto generalmente amplio de factores intervinientes a considerar a la hora de interpretar o analizar los datos obtenidos tras la evaluación. Estas dos características plantean al evaluador de programas una serie de dificultades de orden metodológico que deben ser tenidas en cuenta cuando se

plantee el diseño y procedimiento evaluativos.

Desde este punto de vista, la singularidad confiere un carácter idiográfico a la tarea de evaluar atendiendo a que se evalúa un programa particular en un tiempo definido desarrollado en un contexto específico y con unas determinadas “unidades” sobre las que recoger información. Dicho carácter idiográfico supone un impedimento para la generalización de los resultados de la evaluación (Cronbach, 1970). Por otro lado, su carácter complejo y diverso conlleva la consideración de múltiples objetivos dimensionalizados en múltiples variables dependientes que deben ser medidas atendiendo a diversas técnicas de recogida de información y variadas fuentes de información (todos los grupos de potenciales implicados así como el análisis de la documentación asociada al programa). Esta diversidad y complejidad supone una dificultad añadida para la pretendida “objetividad” de los resultados obtenidos en la evaluación y obliga a la búsqueda de fórmulas que pasan por el acuerdo intersubjetivo a la hora de establecer un claro panorama de la situación.

Con motivo de la diversidad, un segundo problema con el que nos enfrentamos es el relativo a la correcta delimitación de los elementos o categorías a evaluar, tanto si se trata de unidades, tratamientos y operaciones—hablando en términos de Cronbach (1980)— como si se trata de programas, proyectos y elementos—por hablar con la terminología de Cook, Leviton y Shadish, (1985)—. Obviamente, siguiendo criterios de exhaustividad—o multiplismo, tal y como lo denomina Cook (1985)—, clasificación y jerarquización, este problema si no llega a desaparecer al menos sí que puede ser manejado debidamente.

Todo ello viene a indicar que no se puede hablar de “recetas” a la hora de evaluar un programa sino que es tarea del evaluador diseñar procedimientos específicos de evaluación que tengan en cuenta las específicas condiciones del programa y la gran diversidad de posibles fuentes de información así como de distintos procedimientos potencialmente utilizables para recogerla. La solución que proponemos y hemos utilizado descansa en la utilización de un proceso especificado, de manera pormenorizada, en cuanto a fases, momentos, objetivos, técnicas, procedimientos e informantes que permita que dicho proceso sea **replicable** en la mayor medida por parte de otro evaluador. Este alto grado de especificidad permitirá maximizar el grado de **replicabilidad** del procedimiento evaluativo y asegurar uno de los requisitos fundamentales, y frecuentemente olvidado, del método científico, en concreto, la replicabilidad (Graham y Birchmore-Timney, 1989; Hernández, 1994). Por otro lado, no hay que olvidar que dicho proceso de

evaluación máximamente especificado se aplica sobre un “caso” concreto—el programa y su situación específica—y ha de tener en cuenta la mayor diversidad posible de informantes, procedimientos de evaluación y técnicas en busca de la información más completa y “objetiva” posible.

A pesar de que son muchos los caminos para establecer el “valor” (mérito, calidad, éxito, bondad, etc.) de un programa de acción social, hay dos vías que diversos autores consideran necesarias y complementarias para la evaluación de los programas (Graham y Birchmore-Timney, 1989).

1) Análisis de los resultados del programa en relación con los logros alcanzados, es decir, hasta qué punto se han cumplido los **objetivos** con los que el programa fue planificado. Este análisis hace referencia a la **eficacia** del programa.

2) Estimación de los **efectos** que sobre la población de usuarios ha provocado la implantación del programa. Para tal estimación puede utilizarse una doble estrategia. La primera de ellas, estrategia directa, implica la evaluación y medición puntual de estos efectos (siempre y cuando ello sea posible). La segunda, estrategia indirecta, es utilizada, fundamentalmente, cuando la anterior es irrealizable por problemas de diseño, procedimentales, temporales o de recursos e implica el conocimiento de las opiniones subjetivas los propios implicados manifiestan acerca de los servicios y las consecuencias que han producido sobre ellos las intervenciones concretas que el programa ha puesto en funcionamiento.

Siguiendo estas dos vías, vamos a proceder a la evaluación del **Programa de Atención Geriátrica** uno de los programas que el INSERSO dispensa a personas mayores de 60 años. Dicho programa contempla fundamentalmente aspectos médicos tanto en lo que se refiere al tratamiento específico de enfermedades como al mantenimiento de la salud de los ancianos. El lugar fundamental de implantación de tal programa es en Centros Residencias de pensionistas aunque también se contempla su acción a los socios de los Centros de Día (Hogares y Clubes).

La evaluación, pues, se va a realizar con base en dos tipos de análisis. Por un lado, un análisis sobre el cumplimiento de los objetivos del programa. Por el otro, una valoración con base en los efectos provocados en los usuarios del programa de Atención Geriátrica.

## ESTIMACIÓN DE LA EFICACIA: ANÁLISIS DE CUMPLIMENTACIÓN DE OBJETIVOS

Dos van a ser las fuentes de información que utilizaremos en este análisis para la determinación de los objetivos y la posterior comprobación de hasta qué punto o porcentaje han sido alcanzados:

- 1.- Datos de archivo derivados de las memorias del INSERSO donde figuran los objetivos tal y como los define este organismo.
- 2.- Análisis de las demandas que tienen los implicados en el programa con respecto de los servicios.

En el Cuadro 1 se presenta un esquema del tipo de indicadores y de las fuentes de información utilizados.

**Cuadro 1.- Indicadores y fuentes de información en la estimación de la eficacia.**

Tipo de indicador	Fuente de información
●Objetivos formulados en planes y programas	●Datos de archivo
●Indicadores de demanda	●Análisis de necesidades de implicados

### 1. Datos de Archivo sobre objetivos instrumentales

Los objetivos reseñados en la Memoria del INSERSO pueden ser calificados como *objetivos instrumentales*. Un objetivo instrumental o presupuestario está formulado en función de la posibilidad real de cobertura que la organización dispensadora del programa estima poder abarcar. Es decir, es un objetivo formulado no en función de una necesidad específica de un grupo poblacional sino en función de la organización dispensadora del programa. Visto desde otro punto de vista, tales objetivos pueden ser entendidos más como “medios” que ayudan a la consecución de los verdaderos objetivos que, propiamente, como tales objetivos (Fernández-Ballesteros, Izal, Hernández, Llorente, Montorio y Guerrero, 1989; Hernández, 1994).

En cualquier caso, es sobre este tipo de objetivos sobre los únicos que el INSERSO planifica establecer algún control. Desde nuestro punto de vista, los resultados que el organismo presenta en su Memoria Anual, al menos, son indicativos del grado de implantación de los programas y, como tales deben ser considerados, en su faceta de consecución de objetivos instru-

mentales. En el Cuadro 2 se establece la comparación<sup>2</sup> entre los objetivos propuestos y el grado de consecución alcanzado.

**Cuadro 2.- Comparación porcentual entre lo programado y lo realizado.  
Indicadores por tipo de centro**

Centro	Indicador	Programado	Realizado	%
Centros de Día	•Nº de beneficiarios a los que se ha practicado reconocimientos de salud	60.140	76.639	127.4
	•Nº de tratamientos de podología	104.320	101.301	97.1
Centros Residenciales	•Nº de consultas médicas y de enfermería	3.077.711	3.058.848	99.4
	•Nº de tratamientos de podología	21.701	39.372	181.4

La primera observación a realizar viene dada por el escaso número de indicadores con los que el organismo despacha este programa. Así, tanto en Centros de Día como en Centros Residenciales sólo existen dos indicadores del grado de cumplimiento de los objetivos. En todos los casos, el porcentaje de cumplimiento es óptimo (el más bajo es del 97.1%). En esta línea, cabe destacar que, en lo referente a la medicina asistencial y a los reconocimientos de salud efectuados, el Instituto ha superado lo que programó. Esto es, el programa cumple con creces sus mínimos de funcionamiento. Por tanto, sin poder concluir con estos datos que tales reconocimientos o tratamientos asistenciales producen efectos positivos en los usuarios, cabe decir que está, desde luego, a pleno funcionamiento. El tratamiento podológico es, asimismo, satisfactorio en cuanto a su grado de implantación sobre todo en las Residencias donde casi alcanza el doble de lo programado. Estos datos son indicativos de la capacidad real del INSERSO para ofertar más cobertura. En posteriores Memorias podremos comprobar si se formulan objetivos instrumentales más ambiciosos o se quedan en este nivel como vemos fácilmente asumible.

Queda la duda, como decíamos anteriormente, acerca de si dichos objetivos se programan en función de las propias posibilidades o en función de las necesidades que presenta este tipo de población. En el primero de los casos, estos resultados apoyarían la tesis acerca del crecimiento y buen funcionamiento interno del INSERSO, así como del grado de implantación de sus programas pero no darían información acerca de la eficacia de éstos.

Asimismo, tampoco queda explicitado en ningún momento qué se entiende por reconocimiento de salud, consulta médica y de enfermería o tratamiento de podología con lo cual es difícil juzgar la adecuación o relevancia que tiene la programación del número de unidades a cumplir. Por último, tampoco se explicita cuál es el medio (suponemos que estándar para todos los centros INSERSO) para contabilizar la ocurrencia de cada uno de estos eventos.

## **2. Estimación indirecta de la cumplimentación de objetivos a través de las demandas expresadas por los implicados.**

En este análisis, se tuvo en cuenta la opinión de dos grupos de implicados en el programa. Los **usuarios**, es decir, el grupo de personas que estaban recibiendo el programa y **gestores y/o técnicos** o encargados de ejecutar y supervisar la implantación. Tal opinión fue recabada mediante una previa evaluación de necesidades (Fernández-Ballesteros, Hernández, Montorio, Llorente, Izal y Guerrero, 1989; Hernández, 1990). La lógica que subyace a esta estimación indirecta diría que cuanto menores sean las necesidades de mejora expresadas con respecto al programa y los elementos que pone en juego por parte de los implicados (sobre todo los residentes en cuanto a beneficiarios directos del programa) menor será el deseo de cambio y, por tanto, mayor el acuerdo con los resultados que está aportando el programa para cada persona. Veamos con más calma el método utilizado y los resultados obtenidos.

### **2.1. Método**

Los sujetos fueron **1130** residentes pertenecientes a 36 Residencias de pensionistas directamente dependientes del INSERSO y **320** miembros del personal de dichas Residencias. El instrumento utilizado fue el **Listado de Necesidades (LN)** que forma parte del **Sistema de Evaluación para Residencias de Ancianos (SERA)** (Fernández-Ballesteros, Izal, Hernández, Llorente, Montorio y Guerrero, 1993) en el que se listan los 12 aspectos de la Residencia que más directamente afectan a la vida diaria de los residentes (y miembros del personal) y que, por tanto, son potenciales áreas a cubrir mediante intervenciones puntuales o programadas. Estas áreas son: relaciones entre residentes, relaciones entre residentes y personal, características físicas y arquitectónicas de la Residencia, organización de la Residencia, servicios médicos, actividades de tiempo libre (charlas, excursiones, etc.), culturales y sociales, horarios, servicio de comida, limpieza de las instalaciones, normas para las visitas y actividades programadas por la Residencia (terapia ocupacional, rehabilitación, etc.).

Uno de los aspectos considerados en tal listado es el referido a la necesidad de mejora de los servicios médicos que son los servicios que están sustentando el Programa de Atención Geriátrica. De este instrumento se extraen dos tipos de información útil para nuestro análisis. Por un lado, la manifestación de la necesidad de la mejora de cada una de esas áreas de la Residencia. Por otro, el orden de prioridad en el que la persona que cumplimentaba el cuestionario estimaba debía procederse a la mejora. Para ello, indicaba si la mejora debía ser acometida en primer, segundo o tercer lugar. Por último, la propuesta de intervenciones específicas que harían viable la mejora del área considerada. En el caso de ser factible, se procedió a una autoaplicación (personal y residentes con un adecuado grado de funcionalidad) mientras que si no era posible se pasó el instrumento en formato de entrevista por parte de 9 entrevistadores con un grado parejo y adecuado de conocimiento del instrumento.

## **2.2. Resultados**

La información recogida por el **Listado de Necesidades** dio lugar a tres tipos de análisis:

- 1.- Porcentaje de personas que consideraban necesaria una mejora en un aspecto concreto de la residencia.
- 2.- La situación del área en cuanto a la urgencia de mejora en relación con la globalidad de aspectos listados.
- 3.- Análisis del contenido de las propuestas específicas de mejora que se hacían por parte de residentes y de personal. Tales propuestas eran asignadas a una serie de categorías establecidas "a priori" con base en criterios racionales. Esta asignación fue realizada por jueces expertos con un alto grado de acuerdo (Índice Kappa=.69;  $p < .01$ ; véase Fernández-Ballesteros, Hernández, Guerrero, Izal, Montorio y Llorente, 1989; Hernández, 1990).

El porcentaje de personas que creen necesaria una mejora del servicio médico de su centro es del **36.37%** en el caso de los residentes y del **64.37%** en el de los miembros del personal.

Se estableció un índice ponderado con los órdenes dados por los dos grupos de implicados en relación con cada una de las necesidades de mejora expresadas. Tal índice se obtuvo del siguiente modo. Se otorga un punto por cada necesidad clasificada en tercer lugar, dos por cada una que esté en segundo lugar y tres puntos a las que han obtenido el primer lugar en la prioridad de la mejora. Posteriormente, hemos dividido la suma entre 6 obteniendo un índice equiparable para todas las áreas. El resultado del

índice para el Servicio Médico fue de **78.16** en el caso de los residentes y de **28.30** en el de los miembros del personal. Para ambos casos, estos valores llevan al **segundo lugar** a la urgencia de la mejora en este servicio (los residentes considerarían como mejora más perentoria la del servicio de comida y los miembros del personal la mejora de las características físicas y arquitectónicas de la Residencia).

El análisis de contenido incluyó a este servicio en dos categorías: **Disponibilidad de servicios de salud y Calidad del servicio de salud**. Para ambas se establecieron dos indicadores:

- 1.- Porcentaje que supone el número de quejas para cada categoría en relación al número total de necesidad de mejora expresada por el conjunto de la muestra.
- 2.- Orden en que dicho porcentaje las sitúa considerando el conjunto total de las 22 categorías.

En el Cuadro 3 se presentan los resultados para ambos indicadores.

**Cuadro 3.- Necesidades de mejora expresadas servicio de salud. Análisis de contenido usuarios y gestores. (Porcentaje y rango)**

Categoría	Usuarios		Gestores	
	%	R	%	R
Disponibilidad de Servicios de Salud	10.18	3	9.77	3
Calidad de Servicios de Salud	4.13	11	3.88	12

Como se puede apreciar hay una gran diferencia en la expresión de necesidades de mejora en cuanto a la disponibilidad y a la calidad del servicio de salud.

La consecuencia más relevante de la información obtenida por estos indicadores tiene que ver con la importancia de la mejora que defienden los usuarios pero más desde un punto de vista comparativo que considerado en términos absolutos. Así, sólo cree necesaria una mejora en esos servicios apenas un tercio de la muestra, pero lo sitúan como la segunda mejora más urgente. De igual forma, el análisis de contenido muestra que para la categoría “disponibilidad de servicios de salud” aunque los beneficiarios sólo dediquen aproximadamente una décima parte de las quejas a este problema, dicho porcentaje hace que se coloque en la tercera categoría que aglutina más necesidades expresadas de mejora. La otra categoría, “calidad del servicio de salud”, presenta valores bajos tanto en términos absolutos como

en términos relativos. Esto viene a indicar que los usuarios no critican el trato y servicio médico que reciben sino que sus mejoras van encaminadas al aumento de dichos servicios. El patrón de los gestores y técnicos es exactamente igual que el de los residentes.

Así pues, en opinión de implicados en el programa, los servicios médicos cumplen sus niveles de exigencia —en cuanto a la calidad— aunque no lleguen en cuanto al número y facilidad de disposición de los mismos.

### **ESTIMACIÓN DE LA EFECTIVIDAD: ANÁLISIS DE LOS EFECTOS PROVOCADOS POR EL PROGRAMA**

La estimación de los efectos provocados por un programa hace referencia a la determinación de las posibles consecuencias que la implantación del mismo haya podido tener sobre aquellas personas que lo han recibido. Este tipo de análisis es uno de los tradicionales en evaluación de programas. Hace referencia al impacto que provocan en el contexto de implantación las acciones ejecutadas (Hollister, Kemper y Wooldrige, 1982; Cohen y Franco, 1988). Una parte importante, la más importante, de ese contexto es la que representan sus habitantes y, sobre todo, aquellos que han recibido el programa de forma directa. Son ellos los que se benefician o sufren unas consecuencias a nivel general derivadas de tal aplicación<sup>3</sup>.

En buena lógica, si las consecuencias determinadas son positivas puede deducirse que la actuación del programa ha sido positiva. Ahora bien, dicha estimación se convierte en el punto más delicado de todo el proceso de la evaluación de un programa ya que requiere la puesta en juego de todos los recursos de los que pueda disponer el evaluador dadas las limitaciones existentes a nivel metodológico. En sí, podemos hablar de dos tipos de estimaciones, una directa y otra indirecta.

La lógica de la primera de ellas marca que los sujetos, después de la implantación del programa —tras la intervención— habrán sufrido una disminución en los problemas que determinaban las necesidades que están a la base del programa. Este tipo de estimación requiere la consideración de la evaluación dentro del ciclo de planificación social y la especificación de indicadores como un proceso previo a la implantación del programa. Para ello, sería necesario poder contar con medidas previas a la implantación del programa en los sujetos receptores del mismo sobre una serie de indicadores que representarían la base comparativa sobre la cual estimar la efectividad. En definitiva, haríamos referencia a una evaluación prospectiva. Lamentablemente, esta posibilidad no representa algo habitual en la eva-

luación de programas dado que el carácter de respuesta a encargo a realizar tras la implantación le confiere la característica de ser una evaluación retrospectiva.

Otra forma de proceder para estimar directamente los efectos del programa descansa en la utilización de un diseño cuasi-experimental en el que se pueda definir un grupo de personas potencialmente receptoras del programa (y que no lo hayan recibido) con un determinado nivel de equivalencia con respecto al grupo de usuarios del programa. Es decir, se comparan los resultados en una serie de indicadores entre ambos grupos. La hipótesis, en este caso, marcaría que, siempre y cuando los grupos sean realmente equivalentes (o con un alto grado de equivalencia), si no se hubiese implantado ninguna intervención la situación sería semejante. Por consiguiente, si existen diferencias entre ambos grupos en las variables seleccionadas deberían explicarse en base a la implantación del programa.

De forma ideal, la asignación de los sujetos a ambos grupos debería ser al azar y, por tanto, previa al inicio de la implantación. Este caso requeriría nuevamente la necesidad de efectuar una evaluación prospectiva. En el caso de que no sea posible, por los mismos motivos que reseñábamos antes, puede procederse a determinar un grupo de control con un gradiente de equivalencia con respecto al grupo experimental —apareando los sujetos en función de una serie de variables— que, una vez implantado el programa o en vías de implantación, sirva como referencia de comparación.

La estimación indirecta de los efectos que produce un programa puede llevarse a cabo por distintos procedimientos que van a variar en función del programa en sí, del tipo de población al cual vaya dirigido, de la imaginación del evaluador y de las posibilidades —en cuanto a facilidad de acceso a archivos, personas, etc.— que ofrezca la organización dispensadora del programa.

En el caso que nos ocupa, hemos procedido a diseñar unos estudios que ayuden a determinar los efectos que ha producido el programa de Atención Geriátrica. Entendemos por efectos, cualquier consecuencia que la aplicación del programa tiene sobre la población beneficiaria del mismo, obviamente, estos efectos pueden ser positivos o negativos, es decir, pueden repercutir positivamente o negativamente en los beneficiarios del programa. La función básica del programa de Atención Geriátrica, dicho en pocas palabras, sería la de preservar la salud de las personas mayores de 60 años que lo reciben en Centros dependientes del INSERSO (Residencias y Centros de Día). Con este objetivo, hemos llevado a cabo estimaciones directas e indirectas de dichos efectos que se presentan a continuación.

### **1. Análisis comparativo de salud entre población atendida y no atendida**

Nuestro acceso al programa de Atención Geriátrica se ha producido con bastante retraso con respecto al inicio de su implantación. Asimismo, no participamos en el diseño y planificación de dicho programa y tampoco estuvo contemplada desde un principio la evaluación. Bien es cierto que la consideración de objetivos instrumentales y su posterior medición es una suerte de evaluación pero, como ya hemos indicado, tal análisis es, en realidad, revelador de la implantación del programa y no constataador de su efectividad. En suma que, desde el punto de vista que estamos defendiendo, este programa no tenía planificada desde el momento de su gestación la posibilidad de ser evaluado en los términos que ahora lo estamos haciendo.

Por otra parte, no fue posible obtener informes médicos "objetivos" individualizados acerca del estado de salud de los usuarios del programa debido a la falta de colaboración de los diversos responsables de los servicios médicos<sup>4</sup>. Tampoco pudimos disponer de indicadores biológicos que nos dieran información sobre la edad y la salud biológica de las personas ya que todavía no se cuenta con medidas totalmente comprobadas de estos parámetros aunque algunos trabajos nos están situando cerca de tales indicadores biológicos (Ruiz-Torres, 1989).

Dadas estas premisas, la posibilidad de establecer una simple comparación entre cuál era el estado de salud de los sujetos cuando se inició el programa y cuál es en la actualidad resulta inviable. A pesar de esto, si consideramos que la población a la que va destinado el programa se ve especialmente afectada, sobre todo en esta variable, por el paso de los años, esta imposibilidad de medición no resulta tan dramática.

Así pues, en este primer análisis hemos procedido a buscar la comparación en una serie de indicadores de salud entre un grupo de personas que reciben el programa y otro grupo de personas que no lo reciben, en la lógica de razonamiento siguiente: podremos considerar que el programa ha generado efectos positivos si el grupo que lo ha recibido informa significativamente del padecimiento de un menor número de problemas de salud y tiene una mejor consideración general con respecto de su salud.

El carácter de evaluación retrospectiva que tiene este estudio no ha permitido establecer una asignación al azar de los sujetos en ambos grupos con lo que se ha formado "a posteriori" el grupo de control en función de una serie de variables de apareamiento, concretamente edad y sexo. La medición de las variables consideradas se establecerá a través de la propia información que nos suministren los sujetos acerca de cuáles son los problemas que padecen y cómo definirían su salud en líneas generales.

## 1.1. Método

### 1.1.1. Sujetos

**Grupo de No tratamiento:** 79 personas potenciales beneficiarias del programa residentes en la Comunidad Autónoma de Madrid, de las que se comprueba que no lo reciben actualmente, ni lo han recibido en el pasado por su no pertenencia a ninguna Residencia y su no asistencia a ningún Centro de Día dependiente del INSERSO. Estas personas fueron seleccionadas a partir de las fichas de 10 Centros de Día de la Comunidad Autónoma de Madrid dependientes del INSERSO. En dichas fichas se indica que estas personas son socios del Hogar, pero no asisten a él. Esta comprobación fue relativamente sencilla de llevar a cabo gracias al control de las personas que entran en los Hogares así como por el propio autoinforme de los sujetos acerca de su no asistencia que validaba la anterior información (Fernández-Ballesteros, Izal, Hernández, Llorente, Montorio y Guerrero, 1989).

**Grupo de Tratamiento:** 79 residentes actuales que han sido apareados con los integrantes del grupo de control en función de la edad y el sexo mediante criterios aleatorios. Es decir, de los casos que cumplían los requisitos de apareamiento se consideraba uno por azar.

Así pues, la distribución de los dos grupos en cuanto a la edad y el sexo es idéntica. La media de edad es de **71 años y 6 meses**, siendo la mediana **71** y la moda **69**. El rango de las puntuaciones en esta variable va de **57 a 89**. Por lo que se refiere al sexo, el **45.56%** del total está constipado por varones, mientras que el **54.43%** restante son mujeres.

### 1.1.2. Variables relevantes

Se agrupan en torno a dos grandes áreas. La primera de ellas, sería un grupo integrado de *habilidades funcionales* especificadas según el grado de ayuda que la persona informa necesitar para realizar una serie de tareas básicas. El nivel de ayuda que informa necesitar el sujeto se operativiza en tres categorías (Ninguna ayuda, Algo de ayuda, Toda la ayuda).

La segunda establecería una serie de *indicadores externos e internos de la salud* de los sujetos. Está formada por dos grandes grupos de variables. El primero está constituido por los siguientes indicadores:

- Número de visitas al médico en el último mes.
- Número de visitas al médico en el último año —en ambos casos no se tiene en cuenta cuando la visita al médico se produce para una petición de recetas--.
- Número de medicamentos ingeridos.
- Número de días en cama en el último año.

- Número de días en el hospital en el último año.

En todas estas variables no se procedió a establecer grados previos en su operativización.

El segundo grupo lo forman una serie de variables operativizadas en forma dicotómica en base a su ocurrencia:

- Ingesta de medicación prescrita por el médico.
- Padecimiento de problemas de movilidad.
- Padecimiento de problemas sensoriales.
- Padecimiento de problemas respiratorios.
- Padecimiento de problemas circulatorios.
- Padecimiento de problemas de orden psicológico (memoria, depresión).
- Valoración subjetiva del estado de salud operativizada en cinco categorías (0=excelente, 1=bueno, 2=normal, 3=regular, 4=malo).

### 1.1.3. Instrumento

El instrumento utilizado es el Cuestionario de Información Personal (CIP), construido a partir del BIF de Moos y Lemke (1979), que forma parte del Sistema de Evaluación para Residencias de Ancianos (SERA) (Fernández-Ballesteros, Izal, Hernández, Montorio, Llorente y Guerrero, 1993). En concreto, de este instrumento se tuvo en cuenta la información sobre habilidades funcionales y el "Autoinforme de Salud Física" contenido en él. Los sujetos de ambos grupos fueron evaluados con este instrumento.

### 1.1.4. Procedimiento

Los datos referentes a los indicadores de salud se extrajeron mediante entrevista en ambos grupos. La salvedad más importante se refiere a que con respecto al grupo de no tratamiento, se corroboraba al principio de la entrevista, su no asistencia a ningún Centro de Día y su no recepción del servicio de Ayuda a Domicilio.

Las entrevistas fueron efectuadas por seis entrevistadores con el mismo grado de adiestramiento con el instrumento (Fernández-Ballesteros, Izal, Hernández, Llorente, Montorio y Guerrero, 1989). El lugar de la entrevista fue la Residencia de pertenencia en el caso del grupo de tratamiento y el propio domicilio en el caso del grupo de no tratamiento.

## **1.2. Resultados**

Los resultados derivados de los diversos análisis se presentan en los Cuadros 5, 6, 7 y 8 donde se presenta un resumen de las comparaciones entre los dos grupos en habilidades funcionales, los indicadores "conti-

nuos” de salud, las variables dicotómicas y la valoración subjetiva del estado de salud.

**Cuadro 5.- Comparación Grado de Ayuda en Habilidades Funcionales  
(% de personas que no necesitan Ningún grado de Ayuda)**

<b>Habilidades Funcionales</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>No tratamiento</b>
Asistencia en el cuidado personal	92.40	94.93
Comer	93.67	96.20
Vestirse o desvestirse	91.13	79.74
Andar	94.93	93.67
Levantarse y/o acostarse	89.87	81.01
Bañarse y/o ducharse	94.93	93.67
Administrar su dinero	91.13	77.21
Utilizar el teléfono	94.93	84.81
Ir a la compra	87.34	82.27

En el Cuadro sólo se presentan los resultados con respecto a las personas que no necesitan ayuda. El test X<sup>2</sup> no muestra la existencia de diferencias significativas en ninguna de estas variables entre las condiciones de tratamiento y no tratamiento. Por otra parte, los altos valores en los porcentajes de personas que no necesitan ninguna ayuda parece demostrar que los integrantes de nuestros dos grupos son funcionalmente autónomos y válidos lo cual nos permite, a su vez, tener controlada esta variable en lo que pudiera influir en las mediciones posteriores de la salud.

Los siguientes Cuadros muestran los resultados obtenidos para los indicadores de salud. El Cuadro 6 nos muestra las puntuaciones medias obtenidas por ambos grupos en aquellos indicadores que habíamos señalado en el apartado correspondiente que no se vieron sometidas a ningún grupo de restricción en cuanto a su categorización.

**Cuadro 6.- Comparación Indicadores de Salud no dicotómicos.  
(Puntuaciones Medias)**

<b>Indicadores</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>No tratamiento</b>
Nº de visitas al médico en el último mes	1.17	0.79*
Nº de visitas al médico en el último año	5.50	6.67
Nº de medicamentos ingeridos	2.13	1.94
Nº de días en cama el último año	3.88	3.59
Nº de días en el hospital el último año	3.30	2.47

\* p<.05

Los resultados obtenidos, tras respectivos Análisis de varianza de un factor efectos fijos, muestran que sólo se producen diferencias significativas en el indicador: **número de visitas al médico en el último mes** ( $F=3.64$ ). Así pues, parece que los integrantes del grupo de tratamiento han informado de una mayor presencia en la consulta médica durante un plazo de tiempo no muy largo, cuando dicho plazo se amplía parece que las diferencias se liman. Por otra parte, no cabe hablar de diferencias significativas en lo que se refiere al número de medicamentos ingeridos y la permanencia en cama o en el hospital entre los dos grupos.

El Cuadro 7 muestra los resultados, reseñados en porcentajes de ocurrencia, de los dos grupos en lo que se refiere a la información de padecimiento de problemas específicos de salud y en lo que se refiere a la ingesta o no de medicamentos prescritos por el médico.

Los análisis realizados mediante el test de McNemar indican la existencia de diferencias significativas en la siguientes variables: **ingesta de medicación prescrita por el médico** ( $X^2=28.24$ ), **problemas de movilidad** ( $X^2=9.38$ ), **problemas sensoriales** ( $X^2=6.48$ ) y **problemas psicológicos** ( $X^2=20.25$ ). Así pues, hay más integrantes del grupo que recibe el tratamiento que tomen medicamentos pero son los miembros del grupo de no tratamiento los que informan de un mayor número de problemas de movilidad, sensoriales, y psicológicos.

**Cuadro 7.- Comparación indicadores de salud dicotomizados.**  
(% de ocurrencia)

<b>Indicadores</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>No tratamiento</b>
Tomar medicación prescrita por el médico	84.81	75.94*
Problemas de movilidad	24.05	63.29*
Problemas sensoriales	43.03	78.48*
Problemas respiratorios	22.78	24.05
Problemas en el aparato circulatorio	54.43	54.43
Problemas psicológicos: memoria, depresión	17.72	35.44*

\*  $p < .01$

Por último, en el Cuadro 8 se presentan los resultados obtenidos en la variable "valoración subjetiva del estado general de salud" por porcentajes para cada una de las cinco categorías en la que está operativizada. El contraste realizado mediante el estadístico  $X^2$  de Pearson nos muestra la existencia de **diferencias significativas** ( $X^2=13.14$ ,  $p < .01$ ). Es decir que, de forma significativa, el grupo que no ha recibido el tratamiento informa que

tiene peor salud general que el grupo que ha recibido la acción del programa.

**Cuadro 8.- Comparación “valoración subjetiva de la salud”.  
(% de ocurrencia por categorías)**

<b>Categorías</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>No tratamiento</b>
Excelente	10.80	2.56
Bueno	42.10	24.35
Normal	11.84	14.10
Regular	23.68	46.15
Malo	11.84	13.15

### 1.3. Discusión

Los resultados anteriormente analizados nos llevan a extraer algunas consideraciones dignas de mención a la hora del posterior juicio acerca del programa.

En primer lugar, hay que hacer mención de la falta de diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a las 9 variables que evalúan habilidades funcionales. Ello quiere decir que no existen grandes diferencias básicas de partida entre ambos grupos que puedan estar influyendo en los resultados obtenidos de otros indicadores de salud, cuanto menos linealmente. Este resultado, además, nos proporciona una nueva forma de equivalencia de los miembros de cada grupo en función de su capacitación funcional.

En segundo lugar, teniendo en cuenta que los sujetos están “igualados” con respecto a la edad y el sexo y “no diferenciados” con respecto del nivel de funcionalidad básico, hay que reseñar la existencia de diferencias en una serie de variables. Aquellas en que los resultados son superiores en el integrantes del grupo de residentes sometidos al programa son aquellas que hacen referencia a aspectos relacionados con la utilización de asistencia médica; así, van más veces a consulta y es mayor el número de personas que toman medicamentos. Asimismo, la no existencia de diferencias significativas en cuanto al número de medicamentos ingeridos puede llevar a pensar que los médicos adscritos a los programas tienden a mandar pocos medicamentos, si bien lo hacen a muchas personas mientras que en los servicios médicos ajenos al programa se dé la distribución contraria (más medicamentos a menos personas). Este hecho, no recetar muchos medicamentos a cada persona, podría entenderse como un objetivo implícito del programa (los médicos informaban de esta tendencia) que quizá fuera conveniente

explicitar para posibilitar su evaluación y control.

Por su parte, las personas que están recibiendo el programa informan de un menor número de problemas de salud y de "tener mejor salud general" que las personas que no reciben el programa a pesar, o quizá por eso, de visitar más veces al médico y de, como grupo, ingerir más medicinas aunque en menor cantidad individual.

Este resultado general del análisis efectuado habla en favor de la generación de efectos positivos por parte del programa. Ahora bien, debe entenderse como un elemento más que configurará el juicio posterior y como un elemento más a informar a aquellas personas que han encargado el trabajo evaluativo.

## CONCLUSIONES

La estimación del grado de consecución de los objetivos y los efectos que provoca la implantación del programa de Atención Geriátrica ha planteado muchos problemas dada la dificultad de obtener datos del mismo tanto referidos a las acciones que conlleva como a los productos de esas acciones. Esto se debe al carácter de evaluación retrospectiva—lo que invalida la adopción de diseños antes-después—y a la imposibilidad de obtener datos médicos "objetivos" e individuales acerca de los beneficiarios del programa. No obstante, lo que sí parece claro es que atendiendo a la cumplimentación de objetivos, éstos presentan un adecuado nivel de cumplimiento.

Por lo que se refiere a la estimación de los efectos provocados por el programa, lo más llamativo se produce en el hecho de la mejor consideración general acerca de su salud por parte de los usuarios del programa en comparación con no beneficiarios del mismo.

Los indicadores recogidos hablan a favor de una tendencia general a la potenciación de generación de efectos positivos tras las diversas acciones que conlleva la implantación del programa. Estos resultados nos hablan de un programa lo suficientemente eficaz como para poder ver cumplidos sus objetivos y lo suficientemente efectivo como para poder generar consecuencias positivas para todas aquellas personas que lo reciben.

Así pues, en líneas generales, la valoración que se puede realizar del programa, aún con bastantes matizaciones, es positiva cara al abordaje del problema de la salud para personas ancianas.

## REFERENCIAS

- Cohen E y Franco R. *Evaluación de Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1988.
- Cook TD. Postpositivist critical multiplism. En: L Shotland y MM Mark, (editores), *Social Science and Social Policy*. Beverly Hills, Ca.: Sage, 1985.
- Cook TD, Leviton LC y Shadish WR. Program Evaluation. En: G Lindzey y E Aronson, (editores), *Handbook of Social Psychology*. Vol. 2. (3ª edición). New York: Random House, 1985.
- Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row, 1970.
- Cronbach LJ. *Toward Reform of Program Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass, 1980.
- Fernández-Ballesteros R. Ciencia, ideología y política en evaluación de programas. *Revista de Psicología Social* 1987, 3, 159-181.
- Fernández-Ballesteros R. Valoración de programas de intervención. En: R Fernández-Ballesteros, (editor), *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Vol. II. Madrid: Pirámide, 1992.
- Fernández-Ballesteros R, Izal M, Hernández JM, Llorente G, Montorio I y Guerrero MA. Programas y Servicios de Asistencia al Anciano y su Valoración. Memoria presentada al INSERSO, 1989. [Trabajo no publicado].
- Fernández-Ballesteros R, Izal M, Hernández JM, Montorio I, Llorente G y Guerrero MA. *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)* Madrid: Mepsa, 1993.
- Gómez Orea D. Definiciones y conceptos. Integración de las Evaluaciones de Impacto Ambiental (EIA) en la Gestión Ambiental. En: H Domínguez Hernández, (editor), *Curso sobre evaluaciones del impacto ambiental*. Madrid: Dirección General del Medio Ambiente. MOPU, 1984.
- Graham K y Birchmore-Timney C. The problem of replicability in Program Evaluation: The component solution using the example of Case Management. *Evaluation and Program Planning* 1989, 12, 179-187.
- Hernández JM. Evaluación de programas de acción social. Una propuesta metodológica sobre programas para la Tercera Edad [Tesis Doctoral no publicada]. Universidad Autónoma de Madrid, 1990.
- Hernandez JM. Evaluación de programas y servicios en personas con dis-

capacidad. En: MA Verdugo, (editor), *Manual de personas con discapacidad*. Madrid: Siglo XXI, 1994.

Hollister RG, Kemper P y Wooldridge J. Conexión entre el análisis de proceso y el análisis de impacto: el caso del trabajo asistido. En: TD Cook y CS Reichardt, (editores), *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, 1982 (Edición española de 1986).

Moos RH y Lemke S. *Multiphasic Environmental Assessment Procedure: Preliminary Manual*. Palo Alto, CA.: Social Ecology Laboratory, VA and Stanford University Medical Center, 1979.

Rubio VJ. Evaluación del impacto ambiental. En: R Fernández-Ballesteros, (editor), *El Ambiente: Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide, 1987.

Ruiz Torres A. *Multi-Disciplinary Study on Aging and Health Condition of the Population of Nogueira De Ramuin*. Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.

## NOTAS:

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido posible gracias al Convenio de Colaboración firmado entre el INSERSO y la UAM durante los años 1987-1991.

<sup>2</sup> Derivado de la Memoria anual del INSERSO correspondiente al año 1990.

<sup>3</sup> Es preciso distinguir este fenómeno de la evaluación de impacto ambiental que representa la identificación y predicción con fines preventivos de las consecuencias o efectos ambientales que determinados proyectos pueden causar a la salud, bienestar humano y a su entorno (Gómez Orea, 1984; Rubio, 1987).

<sup>4</sup> Alguno de estos responsables sí se mostró receptivo a nuestro trabajo así como todos los demás integrantes de tales servicios (ayudantes técnicos sanitarios y auxiliares de clínica) sí mostraron una actitud favorable.

