

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA  
SOCIOSANITARIO PARA LA ATENCIÓN DE LAS  
PERSONAS MAYORES DE VALLECAS**

***Mónica Morán Arribas  
Consejería de Sanidad y Consumo  
Comunidad de Madrid***

***Tutora: M<sup>a</sup> Ángeles Díez  
Departamento de Economía Aplicada I  
Escuela Universitaria de Relaciones Laborales  
Universidad del País Vasco***

**Diciembre 2004**

**MEMORIA DE GRADO  
“EXPERTO EN EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS”  
2<sup>a</sup> Promoción (2003 / 2004)  
Centro Superior de Estudios de Gestión Análisis y Evaluación  
Universidad Complutense de Madrid**

## **AGRADECIMIENTOS**

---

A mi tutora, **Marian Díez López**, por todas las aportaciones tan valiosas que ha hecho a esta Memoria de Grado y su apoyo y actitud cercana en todo momento.

A **Marián Gil Nebot**, con la que he trabajado codo con codo prácticamente todo el proceso de evaluación recogido en este proyecto. Más en equipo, yo creo que es imposible trabajar.

A todos mis compañeros del **Comité de Evaluación**, con los que estoy compartiendo esta bonita experiencia evaluadora, por permitirme plasmar aquí el proceso llevado a cabo hasta el momento y por todo lo compartido.

A **M<sup>a</sup> Victoria Civantos Cantero**, Jefa del Servicio de Programas de Salud Pública, por su actitud tan positiva hacia esta evaluación, apoyando y defendiendo siempre nuestra tarea y apostando por el desarrollo de la evaluación en la organización.

A la mujer, **vecina del distrito de Villa de Vallecas**, a la debo respetar en el anonimato, por concederme una entrevista y relatarme abiertamente su experiencia vital como cuidadora.

A **Nicole Aerny Perreten** y **Marta Martínez Muñoz**, siempre dispuestas a ayudarme en lo que necesitase.

A **Angel Rodríguez Laso**, que tan amablemente nos facilitó los cuestionarios de su investigación, para poder orientarnos durante la construcción de los cuestionarios dirigidos a las personas mayores y sus cuidadores.

A mi **familia** y a **Quique** por soportarme en este tiempo, que no es poco.

Y de nuevo, quiero agradecer a mis queridas compañeras **Carmen García Riobos** y **Marián Gil Nebot** que hayan realizado este Experto antes que yo, pues, sus estupendas Memorias de Grado me han ayudado en numerosas ocasiones a resolver mis dudas acerca de la estructura y contenidos del presente trabajo.

## ÍNDICE

---

<b>I. PRESENTACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
1. Conceptualización de la Evaluación	8
2. Funciones de la Evaluación	11
3. La Evaluación de las Políticas Públicas	12
<b>III. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>15</b>
1. Situación Sociosanitaria de las Personas Mayores en Vallecas	16
2. Plan Vallecas	23
3. Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas	26
4. Programa Sociosanitario para la Atención de las Personas Mayores	28
<b>IV. OBJETO</b>	<b>30</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>31</b>
<b>VI. METODOLOGÍA</b>	<b>33</b>
1. Descripción del Objeto de Evaluación	33
2. Particularidades del Contexto de la Evaluación	42
3. Descripción General del Diseño de Evaluación	45
4. Tipos de Evaluación	48
5. Análisis del Proceso de Participación	53
<b>VII. DISEÑO DE EVALUACIÓN: PROPUESTA METODOLÓGICA</b>	<b>70</b>
1. Estudio y Análisis Documental	70
2. Identificación de los Agentes Críticos	71

---

3. Exploración de las Necesidades de Evaluación de los Agentes implicados	73
4. Análisis de las Necesidades de Evaluación de los Agentes	76
5. Establecimiento de Prioridades de Evaluación	77
6. Proceso de Definición de los Criterios de Evaluación	82
7. Elaboración de la Matriz de Evaluación del Programa	90
7.1. Indicadores	90
7.2. Fuentes de Verificación	92
VIII. MATRIZ DE EVALUACIÓN	94
1. Área General	95
2. Área de Coordinación	137
3. Área de Formación	155
4. Área de Servicios Formales de Apoyo a los Cuidadores	169
5. Área de Escalas de Valoración Geriátrica	181
IX. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA FASE DEL TRABAJO DE CAMPO	188
X. CRONOGRAMA	215
XI. PRESUPUESTO	216
XII. CONCLUSIONES	217
XIII. RECOMENDACIONES PARA APLICAR LA EVALUACIÓN	223
XIV. BIBLIOGRAFÍA	227
XV. ANEXOS	231

## I. PRESENTACIÓN

---

El presente trabajo recoge la descripción del **diseño de Evaluación del “Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores”** que se desarrolla actualmente en el Área 1 de Salud de la Comunidad de Madrid.

Por motivos que relataremos más adelante, la evaluación se centra en los distritos de Puente y Villa de Vallecas, si bien, gran parte de los resultados esperados pueden resultar de utilidad y orientar al resto de distritos del Área 1.

La demanda de llevar a cabo esta evaluación surge en el marco del *Plan Integral para la Mejora en Salud Pública de Vallecas*. La *Comisión de Coordinación y Seguimiento* de dicho Plan, impulsada por los resultados y líneas de actuación prioritarias acordadas en una Investigación – Acción Participativa realizada en 2003, sobre las necesidades de salud percibidas por la población de Vallecas, decide evaluar este Programa y para ello crea un **Comité de Evaluación** que coordine y lidere todo el proceso de evaluación.

A finales de 2003, se constituye este *Comité* con los principales agentes implicados en el Programa: directivos y profesionales técnicos de las instituciones públicas involucradas (Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales Municipales de los distritos de Puente y Villa de Vallecas, la Dirección General de Mayores y Salud Pública) y representantes vecinales de la Coordinadora de Salud de los Vecinos de Vallecas (CSVK).

La evaluación se aborda, por tanto, desde un **enfoque participativo**. El *Comité* intervendrá durante todo el proceso y se implicará, además, a la población beneficiaria y al resto de profesionales sociosanitarios durante la detección de necesidades informativas, en la recogida de información de la fase de trabajo de campo y en la elaboración y difusión de las conclusiones del informe final de la evaluación.

Se trata de una evaluación **formativa, intermedia, interna** y orientada fundamentalmente a los **procesos y resultados** del Programa.

El objetivo es evaluar los logros y las posibles áreas susceptibles de mejora del Programa, con el fin de prestar una atención sociosanitaria más adecuada a la población mayor de los distritos de Vallecas y a sus cuidadores.

Para ello, se plantea un abordaje metodológico diverso, en el que se contempla la utilización de *fuentes primarias y secundarias* y el empleo tanto de técnicas *cuantitativas* como *cualitativas*.

Dada la envergadura y el carácter novedoso del proyecto, para la presente Memoria de Grado, se ha definido otro objetivo más, orientado hacia el **análisis del proceso participativo** y funcionamiento del *Comité evaluador*. Por no alargar la presentación, aclarar que se pretende analizar el nivel de participación de los stakeholders en la evaluación; describir la composición y la dinámica de trabajo del *Comité* y recoger la opinión y expectativas de todos sus miembros sobre la evaluación.

Para llevar a cabo este análisis se ha recurrido a la *observación participante*; a la revisión de *fuentes secundarias*, como son los documentos sobre el Plan de trabajo elaborado para cada una de las reuniones y las Actas de todas ellas; y a la realización de una *encuesta* a todos los miembros del *Comité*, para la que se ha elaborado un *cuestionario semiestructurado ad hoc*.

## II. INTRODUCCIÓN

---

1. Conceptualización de la Evaluación
2. Funciones de la Evaluación
3. La Evaluación de las Políticas Públicas

### 1. Conceptualización de la Evaluación

---

Son múltiples las definiciones que han ido surgiendo a lo largo del tiempo sobre el concepto de **evaluación** (Muñoz M. y Alfageme E., 2004).

Una de las más generales sería ésta en la que se afirma que evaluar es *“recoger y analizar una información que nos permita conocer el valor o mérito de algo”*.

Para **Michael Patton**, *“consiste en la recopilación sistemática de información sobre actividades, características y resultados de un programa para su utilización por un grupo específico, de cara a reducir incertidumbres, mejorar la eficacia y tomar decisiones en función de qué se está haciendo con el programa y a quién está afectando”* (Patton M., 1987 citado en Osuna JL et al.).

Según la **Comisión Europea**, evaluar es *“realizar un examen independiente y objetivo (realizado durante el proyecto o una vez finalizado) del contexto, objetivos, resultados, actividades y medios utilizados, efectuado para sacar conclusiones extrapolables.”*

Una de las definiciones más completas que existen describe la evaluación como la *“actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos y*

*programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura.*

*Se debe situar la evaluación en el plano del aprendizaje compartido entre quienes participan en la gestión de los proyectos, de modo que sean capaces de provocar las transformaciones necesarias en las situaciones insatisfactorias y en los modos de actuar para su resolución” (Niremberg O. et al., 2000).*

Se trata, pues, de una tarea planificada, que debe disponer de recursos específicos y que conlleva una metodología y técnicas para la recolección y análisis de la información relevante con la que apoyar nuestra reflexión y fundamentar los juicios de valor.

La emisión de juicios valorativos es el núcleo central de toda evaluación e implica valorar, medir o apreciar si se llevan a cabo las acciones previstas, si los resultados responden a los objetivos y si se mejora la situación de los beneficiarios de dicha intervención.

La evaluación persigue sobre todo identificar los logros, las deficiencias o problemas que dificulten la acción y detectar si hay efectos no previstos, deseables o no.

La evaluación debe ser (Muñoz M. y Alfageme E., 2004):

- **Útil:** Debe proporcionar información para la mejora del programa y la calidad de las acciones y para el beneficio de los participantes.
- **Práctica:** Debe estar adaptada a cada contexto y debe estar orientada a la acción y al establecimiento de recomendaciones fácilmente aplicables.
- **Rentable:** La información y beneficios que aporte han de compensar el esfuerzo invertido, de manera que el resultado sea proporcional a la inversión realizada.
- **Oportuna:** Debe realizarse en los momentos significativos de los proyectos y sus resultados han de estar disponibles en el momento adecuado.

- **Imparcial:** Implica transparencia, neutralidad y equidad en el análisis evitando intereses personales/ institucionales en todo el proceso de evaluación.
- **Participativa:** Proceso centrado en las personas. Ha de implicarse a todos los agentes de un programa, proyecto, etc. con el fin de reflejar y respetar los diferentes intereses, necesidades y percepciones.

Otro concepto que resulta útil aclarar en el contexto de la presente Memoria de Grado es el de **Programa de intervención social**. Tomando la definición de Xavier Ballart, diremos que se trata de la *“combinación de unos objetivos y unos recursos que se organizan para que tenga un efecto en el bienestar de individuos o grupos sociales concretos. Pueden tratar de educación, bienestar social, salud, vivienda, seguridad, rehabilitación social o desarrollo económico”* (Ballart X., 1992).

Así mismo, es pertinente familiarizarse con la definición de **metaevaluación**, ya que en este trabajo se realizará una aproximación a la misma al analizar el proceso participativo de la evaluación.

Se entiende por metaevaluación: *“la recopilación, análisis y valoración sistemática de un conjunto de procesos de evaluación, lo que vendría a ser como la evaluación de las evaluaciones”* (Bustelo M., 2001).

La metaevaluación posee a su vez más de un significado:

1. **Control de calidad** de las evaluaciones, más en relación con el análisis de una evaluación concreta, es decir, con la evaluación de la evaluación de un programa o política.
2. **Estado de la cuestión** de la evaluación en un ámbito o contexto determinado, como por ejemplo, la evaluación de políticas públicas en España.

Esta herramienta permite la mejor comprensión de la función de evaluación en un determinado sector y la realización de propuestas de mejora y desarrollo de dicha función.

La metaevaluación cambia el objeto de la misma, es decir, cambia el programa por la evaluación del programa, pero, para realizar dicha valoración sigue los

mismos principios, metodología, etc. propuestos para una evaluación, como la valoración sistematizada de datos sobre los que apoyar las interpretaciones, conclusiones y recomendaciones, etc.

## 2. Funciones de la Evaluación

---

Las funciones primordiales de la evaluación son:

1. La mejora de los programas, proyectos, etc. (*Improvement*)
2. El control de responsabilidades y el rendimiento de cuentas (*Accountability*).
3. La iluminación de las acciones futuras, a partir de los resultados de la evaluación (*Enlightenment*).

La evaluación es una herramienta muy válida para facilitar el aprendizaje organizativo y la toma de decisiones para la mejora, el futuro y el control de responsabilidades de una determinada política (Bustelo M., 2004).

De este modo, los resultados de una evaluación pueden ayudarnos a realizar correcciones intermedias durante la ejecución del programa, proyecto, etc.; a decidir sobre si éste debe continuar o no; a examinar nuevas ideas o proyectos y a elegir entre varias alternativas.

Igualmente, facilita el aprendizaje de una organización al mejorar la información y la comprensión de un programa, al visibilizar sus objetivos, al ofrecer información sobre su práctica a los profesionales implicados en la gestión del mismo y al fomentar la cultura del rendimiento de cuentas (Adaptado a partir de Carol Weiss, 1998 por Bustelo, 2001).

Según Carol Weiss, la evaluación tiene los siguientes usos:

- **Instrumental:** Los resultados de una evaluación se utilizan para tomar decisiones.
- **Conceptual:** La evaluación sirve para mejorar y/o cambiar la comprensión de lo que el programa hace o pretende.

- **Persuasivo:** Puede movilizar apoyos y conseguir cambios en el programa.
- **“Efecto demostrativo”:** Este es un uso que va más allá del programa o política evaluada. Las conclusiones de una evaluación pueden influir en los profesionales y en las políticas, alterando paradigmas y produciendo cambios políticos.

### 3. La Evaluación de las Políticas Públicas

---

La **evaluación de políticas públicas** se define como la *“valoración de la acción emprendida por los poderes públicos para abordar un problema concreto, durante un periodo determinado”*.

Los poderes públicos necesitan evaluar para obtener información sistematizada que permita ajustar sus acciones (Bustelo, M., 2004).

Al valorar el origen y el desarrollo histórico de la evaluación de las políticas públicas se evidencia la necesidad de analizar el contexto, algo que desde esta misma disciplina se enuncia como fundamental.

Así, pues, se deben tener en cuenta los efectos de factores tales como:

- El cambio ideológico, político y social ocurrido en el siglo XX.
- La expansión de programas de bienestar social.
- El perfeccionamiento de las técnicas de investigación social y su empleo en el estudio de los problemas sociales.

Estos factores provocaron e impulsaron la aplicación de los métodos de evaluación en el análisis de las políticas públicas (Rossi y Freeman, 1993 citado en Osuna et al).

Los diferentes sistemas político-administrativos han condicionado un desarrollo muy desigual de la evaluación en los distintos países.

Aquellos países con un mayor desarrollo del Estado de Bienestar han sido tradicionalmente los que más han fomentado la evaluación y la han incorporado

en mayor medida en sus instituciones y políticas. Es lo que se define como “institucionalización de la evaluación” y que se concreta en la creación de unidades específicas de evaluación y en destinar presupuestos específicos para ello (Bustelo M., 2001).

EEUU es el país donde se inicia y se difunde más ampliamente una cultura de evaluación, invirtiendo muchos recursos durante los años 60 y 70, en evaluaciones de gran envergadura.

Así mismo, el paradigma científico dominante en los 60 y 70, en EEUU, propició un clima favorable y determinó también que fueran las evaluaciones de tipo cuantitativo las que predominasen, al derivarse inicialmente la evaluación de la investigación positivista.

Más tarde, los recortes efectuados por las políticas más conservadoras y la pérdida de la ingenuidad tanto científica como política (la ciencia no consigue explicar muchas cosas y las políticas públicas no son capaces de resolver muchos de los problemas sociales) cambiaron el panorama de la evaluación en este país y condicionaron su desarrollo y evolución posterior. Se vio como los resultados de estas grandes evaluaciones iniciales fueron precarios y llegaron fuera del contexto político en que se solicitaron (Bustelo M., 2001).

Dentro del ámbito de las políticas públicas es en los programas sociales, educativos y sanitarios donde más se ha impulsado la evaluación.

Así pues, se observa como un contexto político más orientado hacia lo social es lo que más ha determinado el desarrollo de la misma.

Por otra parte, el cambio o, más bien, la aceptación de otros paradigmas científicos, de los que se deriva la investigación cualitativa, y la modificación del contexto están determinando la evolución de esta disciplina.

Se está produciendo una mayor flexibilización en los enfoques y la tendencia avanza hacia un cierto eclecticismo y pluralismo metodológico.

Así mismo, los limitados recursos y los resultados previos están potenciando evaluaciones de menor tamaño, con resultados más concretos y a un nivel más local.

En España, el escaso crecimiento de la evaluación se debió a que el Estado de Bienestar llegó con retraso a nuestro país y en época de crisis económica, por lo que éste sufrió un menor desarrollo.

El desarrollo institucional de la evaluación es muy bajo y aún no se ha generado una cultura de evaluación en las administraciones públicas.

Esto conlleva además ciertas limitaciones al realizar una evaluación concreta en nuestro contexto como son la falta referencias y experiencias previas de evaluación, la falta de un diseño inicial de evaluación, la escasez de equipos expertos y la inexistencia de sistemas de seguimiento (Bustelo M., 2004).

Actualmente, las distintas propuestas de reforma de las Administraciones Públicas, como proceso de cambio institucional, están comenzando a extender el uso de la evaluación, favoreciendo el desarrollo de procedimientos, formas organizativas y culturales más flexibles, para conseguir actuaciones públicas más eficaces y eficientes en procesos de mayor transparencia democrática.

### III. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN

---

1. **Situación Sociosanitaria de las Personas Mayores en Vallecas**
2. **Plan Vallecas**
3. **Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas**
4. **Programa Sociosanitario para la Atención de las Personas Mayores**

En este capítulo se detallan brevemente las principales características del contexto en el que se desarrolla la presente evaluación.

En primer lugar, se realiza una aproximación a la situación sociosanitaria de los vecinos de los distritos de Puente y Villa de Vallecas, focalizando la atención especialmente, en los problemas y necesidades de las personas mayores.

A continuación, se describen cuáles son las políticas específicas que se vienen desarrollando a nivel local, en los últimos años, y que han determinado y promovido muchas de las acciones públicas llevadas a cabo en estos distritos. Dichas políticas se articulan a través de una serie de Planes, que definimos más adelante, en los cuáles se enmarca la decisión de evaluar el *“Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores”*.

## 1. Situación Sociosanitaria de las Personas Mayores en Vallecas

### 1.1. Características demográficas de la población mayor de 74 años en los distritos de Puente y Villa de Vallecas

En los distritos de Puente y Villa de Vallecas viven, según fuentes del Padrón Municipal de Habitantes del 1 de enero de 2003, 21.684 personas mayores de 74 años.

La distribución por sexo y por distritos es la que aparece reflejada en las siguientes Tablas:

#### **PUENTE DE VALLECAS**

Población clasificada por sexo y edad

Padrón Municipal de Habitantes revisado a 1 de enero de 2003

<i>EDAD</i>	<i>TOTAL</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>
<b>75 – 79</b>	9.422	3.738	5.684
<b>80 – 84</b>	5.510	1.929	3.581
<b>85 – 89</b>	2.601	745	1.856
<b>90 – 94</b>	927	227	700
<b>95 – 99</b>	207	40	167
<b>100 y más</b>	31	7	24
<b>TOTAL</b>	18.698	6.686	12.012

#### **VILLA DE VALLECAS**

Población clasificada por sexo y edad

Padrón Municipal de Habitantes revisado a 1 de enero de 2003

<i>EDAD</i>	<i>TOTAL</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>
<b>75 – 79</b>	1.482	606	876
<b>80 – 84</b>	884	314	570
<b>85 – 89</b>	437	126	311
<b>90 – 94</b>	146	32	114
<b>95 – 99</b>	35	10	25
<b>100 y más</b>	2	0	2
<b>TOTAL</b>	2.986	1.088	1.898

Del “*Estudio sobre las necesidades de salud pública percibidas por la población de Vallecas*” realizado en 2003, bajo el enfoque de la Investigación – Acción Participativa, se han extraído algunas conclusiones sobre los problemas y demandas socio-sanitarias de los ciudadanos que se describen en los apartados que siguen a continuación (Conde F., 2003).

## **1.2. Problemas sociales y urbanos de Vallecas percibidos por su población**

Vallecas, en las dos últimas décadas, ha pasado de ser una población de trabajadores empobrecidos y en chabolas a una población más próxima a las clases medias.

Han mejorado los transportes públicos y los accesos por carretera y se ha implementado una política de realojos que ha eliminado prácticamente el tradicional chavolismo de la zona, transformándose en un lugar mejor urbanizado.

Así mismo, ha aumentado también la oferta de equipamientos y de servicios públicos.

La opinión generalizada es que el avance en los últimos años ha sido importante, si bien, todavía existen muchas necesidades por cubrir.

Parece existir además un desajuste creciente entre sus necesidades y la oferta de equipamientos y servicios públicos, motivado, principalmente, por el importante aumento y diversificación de la población de Vallecas, al haber aumentado notablemente la población inmigrante, especialmente, en la zona de Puente de Vallecas y por el progresivo envejecimiento de la población.

Los mayores de Vallecas han vivido en unas duras condiciones de vida y sus bajas pensiones actuales, sus viviendas precarias, etc. determinan que sean un grupo social muy aquejado de problemas sociales y de salud y muy dependientes de los servicios públicos para su resolución.

Sus habitantes refieren a su vez un progresivo deterioro de las condiciones de vida y laborales y el impacto negativo de algunos de los realojos, que han desencadenado la aparición de una especie de “puntos negros” con

problemáticas de tipo social, educativo, de empleo y salud. El denominado “triángulo de las aguas” podría ser en la actualidad uno de los ejemplos más llamativos.

Todos estos procesos parecen ser más acusados en el distrito de Puente de Vallecas que en Vallecas Villa.

La población de Vallecas posee una cultura y forma de vida singular y una de sus manifestaciones sería la intensa vida que se desarrolla en la calle y en el ámbito de lo público. Esto explicaría la importancia que le conceden sus habitantes a los problemas urbanos y medioambientales.

En opinión de los entrevistados Vallecas podría dividirse en dos grandes zonas:

- El área de Puente de Vallecas, con los problemas derivados de una alta densidad de viviendas antiguas y en malas condiciones, sin calefacción, baño o ascensor; de la escasez de espacios verdes y de equipamientos y de calles estrechas con un tráfico y ruido importantes.

Concretamente, en zonas como la Avenida de la Albufera, la suciedad y el mal estado de las aceras aumenta el riesgo de caídas y accidentes en las personas mayores.

Los parques cercanos a esta zona tienen problemas de accesibilidad para este colectivo, al igual que las entradas de Metro.

Las malas condiciones de la vivienda condiciona en las personas mayores, principalmente, la aparición de patologías de tipo reumático y pulmonar y problemas de alimentación, ejercicio, soledad, etc.

- El resto de Vallecas, salvo pequeñas excepciones, tiene espacios mejor urbanizados, con más equipamientos, calles más anchas, mejores viviendas y condiciones urbanas de mejor calidad.

En esta zona las quejas se concentran en los olores de la incineradora de Valdemingómez, los problemas de los cables de alta tensión en la zona de Villa de Vallecas y la existencia de algunas zonas de viviendas sin ascensor.

Aunque las zonas verdes son más abundantes, también hay quejas por el descuidado estado de las mismas.

En relación con los problemas de tipo social, relatan cómo los efectos del paro, el empleo precario y el endurecimiento de las condiciones de trabajo están incidiendo negativamente en la salud, especialmente en la “salud mental”, con cuadros de ansiedad, estrés, depresión, etc. y en la aparición de problemas osteo-musculares y accidentes laborales.

Así mismo, se están produciendo con bastante frecuencia episodios de desestructuración familiar, problemas en los niños y adolescentes, con elevado fracaso escolar, etc.

El importante incremento de la inmigración parece ser otra fuente de problemas sociosanitarios vinculados a sus malas condiciones de vida y laborales.

Por otra parte, el progresivo incremento de la población más envejecida con graves limitaciones y problemas sociales y de salud, está generando en sus familiares más cercanos, habitualmente cuidadoras, situaciones crecientes de agotamiento y estrés al no contar con el suficiente apoyo.

En opinión de los profesionales de Atención Primaria, se atienden cada vez más cuadros psicósomáticos derivados de las malas condiciones sociales y los servicios se están saturando por el aumento de la población más envejecida.

Teniendo en cuenta toda esta problemática, los vecinos de Vallecas realizaron las siguientes demandas:

- ❑ Incrementar la oferta de equipamientos y servicios públicos en los dos distritos, pero especialmente en Puente de Vallecas
- ❑ Mejorar la limpieza y el estado de las calles
- ❑ Aumentar la accesibilidad a los parques y jardines que faciliten la práctica del ejercicio físico.
- ❑ Incremento de los equipamientos deportivos
- ❑ Refuerzo de los medios de los servicios sociales y de los programas orientados a los mayores, adolescentes, familias desestructuradas, etc.

- Refuerzo del sistema educativo
- Refuerzo de los servicios de Salud Mental y mejora de la coordinación con Atención Primaria
- Mejora de la coordinación entre el conjunto de servicios públicos de la zona para optimizar los recursos existentes. Algunas de las incipientes comisiones existentes a este respecto, suministran un ejemplo positivo de estas tareas de coordinación.

### **1.3. Necesidades y problemas de salud vinculados con la propia oferta de servicios sanitarios**

Los vecinos de Vallecas refieren un estancamiento y deterioro de la calidad de los servicios públicos en los dos o tres últimos años.

La población posee una opinión muy favorable sobre el trato personal y profesional en los centros de salud, sin embargo, aparecen críticas acerca de una saturación creciente de los mismos.

Los profesionales sanitarios coinciden con ellos en el estado de saturación de los servicios y en la necesidad de dotar de más recursos a los centros, para mejorar la atención.

Además, plantean la necesidad de destinar más tiempo a la formación y a tareas no asistenciales y mejorar la coordinación con Salud Mental y otras instituciones, como los Servicios Municipales Sanitarios y Sociales.

Los Servicios de Salud Mental aparecen como un “punto negro” de la atención sanitaria de Vallecas.

Así mismo, la Atención Especializada es peor valorada que la Atención Primaria por la población.

Desde el colectivo de mayores se subraya la deficiencia en todo lo relativo a geriatría, fisioterapia y rehabilitación.

También se destaca la necesidad de crear otro hospital más para Vallecas, además del ya existente Hospital General del Gregorio Marañón.

Para los vecinos entrevistados, algunos de los programas de prevención y Promoción de la Salud son completamente desconocidos y los profesionales señalan de forma generalizada el abandono creciente de los mismos ante la falta de tiempo, medios e incentivos. Parece que el Centro Municipal de Salud de Villa de Vallecas sería el único que mantendría la presencia de estos programas de forma institucionalizada y permanente.

#### **1.4. La problemática específica de las personas mayores**

Los problemas relativos a la población anciana han sido señalados, de forma unánime, como los más prioritarios para ser abordados en Vallecas. Entre ellos se destacan los problemas de alimentación, aislamiento, limitaciones de movilidad, agravado por la falta de ascensores en muchos edificios, el creciente número de mayores que viven solos y el Alzheimer.

Los entrevistados refieren una insuficiente cobertura de la ayuda a domicilio, demandándose una ampliación del número de visitas semanales, del tiempo de las mismas y una mayor flexibilidad para su concesión; de la Teleasistencia; los Centros de Día, una de las iniciativas mejor valoradas; los Centros de Mayores y las residencias.

De nuevo, la situación de Villa parece ser más positiva que la de Puente.

Íntimamente ligado a la problemática de los mayores está la de sus cuidadores. Éstos necesitan formación y apoyo que raramente encuentran.

En el conjunto de grupos y entrevistas realizados aparecen claras cuatro prioridades a la hora de abordar el conjunto de necesidades de salud de Vallecas:

- 1. Los mayores**
2. La mejora de la atención de Salud Mental
3. Los adolescentes
4. La coordinación socio-sanitaria

### **1.5. Recursos sociosanitarios de Vallecas**

A continuación, se describe la relación de recursos sociosanitarios con los que cuentan los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

#### **Centros de Servicios Sociales**

- 4 Centros de Servicios Sociales Generales del Ayuntamiento de Madrid en Puente de Vallecas
  - C.SS.SS. “San Diego”
  - C.SS.SS. “Entrevías”
  - C.SS.SS. “Pablo Neruda
  - C.SS.SS. “Ramón Pérez de Ayala”
  
- 2 Centros de Servicios Sociales Generales del Ayuntamiento de Madrid en Villa de Vallecas
  - C.SS.SS. “Peña Veiga”
  - C.SS.SS. “Fuentidueña”

#### **Recursos de Atención Primaria**

- 14 Centros de Salud de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad
- 1 Consultorio Médico tradicional de cupo (Sierra Filabres)
- 1 Centro Municipal de Salud del Ayuntamiento de Madrid
- 1 Centro de Vacunaciones de la Consejería de Sanidad
- 1 Centro de Planificación familiar de la Consejería de Sanidad

#### **Recursos de Atención Especializada**

- 1 Centro de Salud Mental de la Consejería de Sanidad
- El Hospital General Gregorio Marañón de la Consejería de Sanidad
- El Hospital Virgen de la Torre de la Consejería de Sanidad
- 4 Centros de Especialidades de la Consejería de Sanidad
  - CE Federica Montseny
  - CE Vicente Soldevilla
  - CE Montes de Barbanza
  - CE Hermanos Sangro

## 2. Plan Vallecas

---

Los distritos de Puente y Villa de Vallecas se han distinguido históricamente por su alto grado de asociacionismo y reivindicación social. Se trata de los distritos que probablemente tienen, dentro de la ciudad de Madrid, mayor capacidad de participación y movilización ciudadana.

El bajo nivel socio-económico de la población de Vallecas y su déficit de equipamientos, a pesar de los cambios que se han producido en los últimos años, condujeron a las Asociaciones de Vecinos, a solicitar inversiones en Vallecas. Esta iniciativa vecinal, fue recogida por la Administración Regional y, en el año 2000, se acordó entre el Gobierno de la Comunidad de Madrid, la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid (FRAVM) y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de Puente y Villa de Vallecas, poner en marcha un Plan de Inversiones en dichos distritos durante el periodo 2001-2005. Acuerdo que quedó plasmado en la *Ley 17/2000 de 27 de diciembre de 2000, de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2001* (Comunidad de Madrid, 2000).

### 2.1. Acuerdo sobre el Plan de Inversiones en los Distritos de Puente y Villa de Vallecas 2001-2005

El Plan de Inversiones que el Gobierno de la Comunidad de Madrid decidió poner en marcha para los distritos de Puente y Villa de Vallecas, supuso la inversión de 18.000 millones de pesetas, aproximadamente 108.004.320€.

Por este motivo, este Plan también se conoce como Plan Vallecas o Plan 18.000.

Tras diversas reuniones entre representantes de las distintas Consejerías y los representantes de la FRAVM y de la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de Vallecas (Puente y Villa), se alcanzó un acuerdo sobre la concreción inicial de las acciones del citado Plan. Algunas de tales acciones beneficiarían también a otros ciudadanos de la Comunidad de Madrid, lo cual se aceptó desde el movimiento ciudadano de Vallecas.

En consecuencia, la Comunidad de Madrid, la FRAVM y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de Vallecas y Vallecas Villa acordaron:

1. Comprometer una inversión de 18.000 millones de pesetas en el periodo 2000-2005, con destino al Plan de Inversiones en los distritos de Puente de Vallecas y Villa de Vallecas.
2. Aprobar la concreción inicial del citado Plan.
3. Tanto las inversiones previstas como las cantidades asignadas podrían modificarse de mutuo acuerdo en el futuro, si en las reuniones previstas de seguimiento se considerasen más prioritarias otras opciones.
4. Los presupuestos de la Comunidad de Madrid reflejarían en cada ejercicio las dotaciones acordadas para el Plan Vallecas y los créditos presupuestarios no ejecutados en un ejercicio se incorporarían al siguiente.
5. Para el mejor cumplimiento del espíritu y objetivos del Plan se establecieron dos tipos de reuniones:
  - 1.1. Reuniones sectoriales con las Consejerías para revisar aspectos del Plan pendientes de concreción definitiva
  - 2.1. Reuniones trimestrales plenas de seguimiento de la ejecución del Plan.
6. Se solicitaría del Ayuntamiento de Madrid, a través de las dos Juntas Municipales de Distrito, la mayor colaboración posible para la puesta en marcha y ejecución de este Plan.

## 2.2. Instituciones públicas implicadas en el Plan Vallecas:

- **Consejería de Sanidad y Consumo**
  - Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
  - Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid
  - Instituto de Salud Pública
  - D.G. de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública
  - Servicio Madrileño de Salud
- **Consejería de Educación**
- **Consejería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes**
- **Consejería de Servicios Sociales**
- **Consejería de Economía y Empleo**
- **Consejería de Cultura**
- **Consejería de Medio Ambiente**

## 2.3. Presupuestos:

De los 18.000 millones de pesetas, 1.832 se asignaron a la Consejería de Sanidad y Consumo, lo que supuso un 10'18% del presupuesto total.

CONSEJERÍA	Presupuesto estimado (millones de pesetas)	%
Consejería de Educación	6.760	37'56%
Consejería de Obras Pública, Urbanismo y Transportes	2.960	16'44%
Consejería de Servicios Sociales	2.018	11,21%
<b>Consejería de Sanidad y Consumo</b>	<b>1.832</b>	<b>10'18%</b>
Consejería de Economía y Empleo	1.738	9'66%
Consejería de Cultura	1.105	6'14%
Consejería de Medio Ambiente	386	2'14%
<b>Total Asignado</b>	<b>16.799</b>	<b>93'33%</b>
<b>Pendiente de Asignar</b>	<b>1.201</b>	<b>6'67%</b>
<b>TOTAL PLAN</b>	<b>18.000</b>	<b>100%</b>

Entre la dotación económica para la Consejería de Sanidad y Consumo de este Plan de Inversiones aparece un presupuesto específico para el **Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas**.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO	Presupuesto estimado (millones de pesetas)	%
<b>SALUD PÚBLICA</b>		
▪ Centro de Salud Pública	20	1'09%
▪ <b>Plan Integral de Mejora de la Salud Pública</b>	<b>305</b>	<b>16'65%</b>
<b>SALUD MENTAL</b>		
▪ Ambulatorio (personal)	148	8'07%
▪ Hospital de Día (personal)	180	9'82%
▪ Edificio obra nueva	169	9'22%
<b>ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES</b>		
▪ Nuevo CAID	750	40'94%
▪ Subvención extra ONG	150	8'19%
<b>PLANIFICACIÓN SANITARIA</b>		
▪ Estudio necesidades sanitarias futuras	110	6'01%
<b>TOTAL CONSEJERÍA</b>	<b>1.832 (10'18%)</b>	<b>100%</b>

### 3. Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas

Se trata de un Plan coordinado desde el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo y que cuenta con 305 millones de pesetas (1.830.074€) a repartir entre los años 2001 y 2005 de la forma descrita en la Tabla siguiente (las cifras aparecen en millones de pesetas) (ISP, 2000-2005):

SALUD PÚBLICA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Plan Integral de Mejora en Salud Pública		100	75	50	40	40	<b>305</b>

#### 3.1. Actores implicados

En el *Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas* están implicados representantes de los vecinos de Vallecas, el Ayuntamiento y la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

El Instituto de Salud Pública (ISP), concretamente, el Servicio de Salud Pública del Área 1 y el Servicio de Sanidad Ambiental, son los responsables del desarrollo de este *Plan Integral de Mejora en Salud Pública*.

La gestión de las actuaciones y los presupuestos se realiza de manera conjunta, a través de una **Comisión de Coordinación y Seguimiento del Plan Integral**.

Dicha Comisión está integrada por miembros de las instituciones socio-sanitarias públicas de Vallecas (Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Salud Pública y Concejalía de Servicios Sociales) y, participan, así mismo, representantes de asociaciones vecinales de los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

### **3.2. Metodología de trabajo**

Las actuaciones previstas se pactan previamente entre los vecinos, el Instituto de Salud Pública y los profesionales de otras instituciones públicas que trabajan en Vallecas.

La metodología desarrollada está basada en el trabajo en equipo y en la aportación de un enfoque participativo a las intervenciones previstas, que comprende tanto la valoración técnica como la participación de los ciudadanos a través de la comisión vecinal.

### **3.3. Actuaciones prioritarias**

Las principales acciones que se están llevando a cabo en el marco de este Plan son las siguientes:

- Coordinación con el resto de agentes sociales y sanitarios presentes en Vallecas y con la participación de los movimientos vecinales.
- Análisis de la situación de salud y sus determinantes en Vallecas, a través de estudios específicos de mortalidad, morbilidad, comportamientos de riesgo relacionados con la salud, que permitan identificar las principales necesidades y problemas de salud de la población.
- Mejora del control de la tuberculosis: seguimiento y supervisión de los casos y Unidad Móvil de Tratamientos Directamente Observados gestionado por Cruz Roja mediante un convenio de colaboración.

- Estudio y control de los factores de riesgo ambientales que puedan incidir en la salud de la población: contaminación ambiental, actividades industriales, aguas de abastecimiento, legionelosis y riesgos zoonóticos.
- Desarrollo de acciones de Promoción de la Salud, Educación para la Salud y prevención de la enfermedad en centros sanitarios, educativos, asociaciones, colectivos de especial riesgo, ferias y otros eventos de salud.
- Investigación de las necesidades de salud percibidas por la población.
- Control de factores de riesgo alimentario: condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se adquieren o consumen alimentos.
- Atención de demandas de la población en materia de Salud Pública
- Deshabitación y prevención del consumo de tabaco, mediante la puesta en marcha del Equipo para la Promoción de Entornos Sin Tabaco, para atender la consulta de deshabitación tabáquica y realizar formación a los profesionales de la salud y de educación en la prevención del consumo.
- Evaluación del “*Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores*”.

#### **4. Programa Sociosanitario para la Atención de las Personas Mayores**

---

Fruto de las actuaciones del *Plan Integral en Salud Pública*, se han realizado importantes estudios específicos para conocer la realidad de Vallecas y facilitar el desarrollo de nuevas actuaciones durante los próximos años.

Entre dichas investigaciones destaca por su relevancia, el “***Estudio cualitativo sobre las necesidades de salud percibidas por la población de Vallecas***” (Conde F, 2003). Se trata de una Investigación – Acción Participativa en la que se involucró a más de 450 vecinos y 250 profesionales y que permitió generar

un amplio consenso y apoyo vecinal a unas propuestas de actuación prioritarias en relación con las áreas descritas a continuación:

1. **Atención a la población mayor**
2. Atención a la población joven
3. Atención al entorno medioambiental
4. Mejoras en los servicios sanitarios

La propuesta de **Evaluar el “Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores”** surgió a partir de las conclusiones de este estudio previo y se integró en las líneas de acción prioritarias establecidas.

Concretamente, la decisión se tomó en el seno de la **Comisión de Coordinación y Seguimiento del Plan**.

Los representantes institucionales y los vecinos coincidieron en la necesidad de evaluar la atención sociosanitaria a las personas mayores y decidieron empezar evaluando dicho Programa de Atención Primaria.

Como se describe de forma más detallada en el **Apartado 1 del Epígrafe VI** de esta Memoria, este Programa se desarrolla en todo el Área 1 de Salud, que integra, entre otros, a los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

Fue elaborado en 1995, por un equipo multidisciplinar de profesionales del Área 1, implantándose en los Centros de Atención Primaria de dicho Área, entre los años 1996 y 1997.

Su objetivo global es el de “mejorar la calidad de la atención socio-sanitaria que se presta a los “Ancianos de Alto Riesgo” del Área 1 de salud de la Comunidad de Madrid, teniendo siempre presente el énfasis de aumentar más la calidad de vida que su duración”.

Para evaluar este Programa, la **Comisión de Coordinación del Plan Integral** decide crear un **Comité de Evaluación** en el que se integren los principales agentes implicados o stakeholders del Programa.

Los detalles de la creación y composición de este Comité vienen recogidos en el **Apartado 6 del Epígrafe VI sobre Metodología de la Evaluación** de esta Memoria de Grado.

## IV. OBJETO

---

Como ya se describe anteriormente, el objeto de este proyecto es evaluar el **“Programa sociosanitario de atención a las personas mayores”** implementado desde hace aproximadamente siete años en los Equipos de Atención Primaria de los distritos de Puente y Villa de Vallecas (Cortés P. et al., 1996)

Para ello, se trabajará a partir del documento escrito que existe de dicho Programa y se abordará desde un enfoque participativo, ya que será llevada a cabo por un *Comité de Evaluación* multidisciplinar formado por los principales agentes críticos del Programa.

## V. OBJETIVOS

---

1. Evaluar el “**Programa socio-sanitario de atención a las personas mayores**” que se desarrolla actualmente en el distrito de Vallecas.

Fases de la evaluación:

**a. Diseño de la evaluación**

- ❖ Detección de las necesidades informativas.
- ❖ Elaboración de las preguntas de evaluación por el equipo evaluador.
- ❖ Clasificación en preguntas de diseño, proceso y resultado.
- ❖ Definición de los criterios de valor y clasificación de las preguntas en función de estos criterios.
- ❖ Diseño de la Matriz de Evaluación del Programa, describiendo para cada pregunta, los aspectos que la definen; los indicadores propuestos y las fuentes de documentación disponibles para responder a dichos indicadores.
- ❖ Elección del diseño metodológico de la evaluación.

**b. Fase de recogida de información (Trabajo de campo)**

**c. Análisis de la información**

**d. Interpretación y enjuiciamiento de los resultados**

**e. Conclusiones**

**f. Recomendaciones**

**g. Difusión del informe de evaluación**

2. Analizar el proceso de la fase de diseño de la evaluación desde el punto de vista de la participación y evaluar el funcionamiento del comité de evaluación.

Esta evaluación está planificada para llevarse a cabo entre el año 2004 y el primer trimestre del 2005, por lo que se produce un cierto decalaje entre la fecha de realización y entrega de la Memoria de Grado del “Experto en Evaluación de Programas y Políticas Públicas”, programada para diciembre de 2004 y la finalización de la evaluación con la elaboración del informe y su difusión. Por este motivo, el presente trabajo incluye únicamente hasta la fase de diseño de la evaluación, tal y como se describe anteriormente.

Para complementar el proyecto, y dado lo novedoso del enfoque propuesto, se decidió, además, revisar y analizar con cierto detenimiento el proceso de participación que ha tenido lugar durante toda la fase de diseño.

## VI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

---

1. Descripción del Objeto de Evaluación
2. Particularidades del Contexto de la Evaluación
3. Descripción General del Diseño de Evaluación
4. Enfoques y Tipos de Evaluación
5. Análisis del Proceso de Participación

### 1. Descripción del Objeto de Evaluación

---

El objeto de evaluación es el ***“Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores”***.

Se trata de un Programa implementado en Atención Primaria, en el Área 1 de salud de la Comunidad de Madrid, en 1996 y que actualmente sigue en funcionamiento.

La idea sobre su creación surgió como resultado de un *Taller de coordinación sociosanitaria* realizado en el Área 1, en 1995, y en el que participaron los servicios sanitarios y sociales, con representación técnica y política, y las organizaciones de voluntariado y de ayuda mutua de la zona.

#### 1.1. Objetivos y Actividades del Programa

El ***Objetivo General*** del Programa es “mejorar la calidad de la atención socio-sanitaria que se presta a los *Ancianos de Alto Riesgo* del Área 1 de salud de la Comunidad de Madrid, teniendo siempre presente el énfasis de aumentar más la calidad de vida que su duración”.

Por **Anciano de Alto Riesgo** se entiende cualquier paciente frágil, inestable, con riesgo de institucionalización, que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Edad avanzada (>85 años).
- Vive solo y sin apoyo familiar.
- Viudedad reciente (<9 meses) sobre todo en ausencia de familiares.
- Pacientes con patología crónica invalidante (artropatías, ACV, demencia, depresión, hipoacusias severas, déficits visuales importantes...).
- Paciente con alta hospitalaria reciente (<3 meses).
- Pacientes con algunos de los llamados Síndromes Geriátricos: caídas repetidas, cuadros confusionales agudos, incontinencia urinaria, malnutrición, etc.
- Pacientes con visitas repetidas a un Servicio de Urgencias o reingresos.
- Polimedicación (> 5 fármacos).
- Cambio de domicilio reciente y con frecuencia mayor de tres veces al año.
- Problema social con incidencia grave sobre la salud.

Los **Objetivos Específicos** y las **Actividades** (situadas debajo de cada objetivo) definidos por el Programa para contribuir al logro del **Objetivo General** son:

- ✓ Conocer la situación sociosanitaria de los ancianos del Área 1.
  - Captar y registrar a la población anciana.
  - Valorar y registrar las necesidades de recursos sociosanitarios de la población anciana.
  
- ✓ Proporcionar una atención integral, organizada y continua para mantener al anciano en su entorno con la mayor capacidad funcional, y evitando en lo posible su institucionalización.
  - Realizar las actividades incluidas en el examen periódico de salud en la población anciana captada.
  - Captar y registrar a la población anciana de alto riesgo del Área.

- Realizar un protocolo de seguimiento de la población anciana de alto riesgo según criterios mínimos.
- Aplicar criterios de uso racional de medicamento en la población anciana.
  
- ✓ Mejorar la formación de los profesionales sociosanitarios implicados en la atención de esta población
  - Mejorar la formación a los profesionales sociosanitarios
  
- ✓ Estimular el apoyo y formación, tanto de cuidadores como voluntariado (apoyo informal) implicados en la atención de la población anciana.
  - Realizar actividades de formación para los recursos de apoyo informal
  
- ✓ Mejorar la coordinación y eficiencia de los diferentes recursos sociosanitarios implicados en la atención a la población anciana.
  - Facilitar y potenciar la creación de una Comisión de Coordinación sociosanitaria del Área.
  - Facilitar y potenciar la creación de Comisiones sociosanitarias de Primer Nivel.

Entre los aspectos más relevantes planteados por el Programa cabría destacar:

- La propuesta de un enfoque preventivo y de promoción de la salud
- Propiciar un abordaje integral del mayor y de sus cuidadores
- Favorecer la coordinación de los diferentes niveles asistenciales
- Contribuir a la coordinación intersectorial, en especial la sociosanitaria, con el fin de resolver los problemas existentes y lograr un mayor aprovechamiento de los recursos
- Promover la participación comunitaria mediante la atención a los cuidadores y grupos sociales primarios.

## 1.2. Metas previstas

Las metas previstas por el Programa aparecen citadas en la siguiente Tabla:

METAS	1º Año	3º Año	5º Año
Porcentaje de población anciana captada	10%	40%	75%
Realizar durante el primer año de funcionamiento del programa, un estudio de las necesidades sociosanitarias de la población anciana	+	+	+
Porcentaje de historias clínicas de población anciana en que consta haber realizado el examen periódico de salud	50%	70%	90%
Porcentaje de historias clínicas de población anciana de alto riesgo en las que consta motivo de inclusión	90%	95%	95%
Porcentaje de historias clínicas de población anciana de alto riesgo que cumplen criterios mínimos	50%	70%	90%
Realizar estudios de control de calidad sobre uso racional de medicamentos en población anciana	+	+	+
Realizar a nivel de Área, al menos 3 cursos teórico-prácticos sobre atención a población anciana	+	+	+
Rotación de un mínimo de 2 profesionales de cada EAP (responsable médico y de enfermería) durante 15 días por el Servicio de Geriátrica Hospitalaria	+	+	+
Realización de un mínimo de 3 sesiones de autoformación en los EAP sobre temas relacionados con el programa	+	+	+
Realización de talleres de apoyo y formación a nivel de zona para los cuidadores y voluntariado	+	+	+
Constitución de la Comisión de Área durante el primer trimestre del año	+	-	-
Mantener al año al menos 3 reuniones de la Comisión de Área	+	+	+
Constitución de las Comisiones de Primer Nivel durante el primer trimestre del año	+	-	-
Mantener al año al menos 6 reuniones de las Comisiones de Primer Nivel	+	+	+
Evaluación del funcionamiento de las comisiones al finalizar el año	+	+	+

## 1.3. Organización del Programa

A continuación se describen las **normas generales** previstas para la organización del Programa.

Dichas normas tuvieron fundamentalmente un carácter orientativo, ya que se dio libertad para que cada EAP realizase la implantación del mismo como considerase, en función sus particularidades.

- ✓ Se estableció que en cada uno de los EAP del Área 1, se nombrase a un médico/a general y/o DUE y/o trabajador/a social como **Responsable del Programa**.

Entre las funciones de dicho Responsable figuran:

- Promover el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de los objetivos y metas que acuerde cada equipo
- Identificar los problemas que vayan surgiendo y proponer soluciones
- Informar periódicamente al equipo de la marcha del Programa
- Organizar las actividades de evaluación anual y elaborar un informe con los resultados de la evaluación y propuestas de mejora que estime convenientes
- Colaborar en la Comisión socio-sanitaria de Primer Nivel
- Convertirse en un interlocutor inicial

- ✓ **Organización de las cargas de trabajo en el EAP:**

Los EAP en su fase inicial de funcionamiento tienen como objetivo fundamental el conocimiento de su población asignada y mantener un elevado ritmo de apertura de historias clínicas. En esta fase, la realización del protocolo la efectuará fundamentalmente enfermería y principalmente en su consulta programada. Si fuera posible, se realizaría en la primera visita del paciente al menos la detección de si pertenece al grupo de alto riesgo, ya sea antes o después de que éste entre a la consulta del médico.

Cuando el paciente requiera ser atendido en el domicilio también recaerá el mayor peso y esfuerzo de las actividades a desarrollar en enfermería, sobre todo la administración de las escalas, que por supuesto se podrán hacer de forma paulatina.

En una segunda fase, cuando la mayoría de la población asignada tiene la historia clínica abierta, la realización del protocolo pueden llevarla a cabo indistintamente el médico o la enfermera, dependiendo de la organización interna de cada equipo.

✓ **Registro de datos:**

En primer lugar, se registrarán los despistajes a mayores de 75 años, que hay que realizar cada dos años.

El registro de todas estas actividades se llevará a cabo en la historia clínica. Será ineludible el registro en la lista de problemas de el/los motivos/s de inclusión en el Programa como anciano de alto riesgo.

La valoración integral quedará registrada en la hoja "SOAP" de la historia clínica. Asimismo, el Plan de actuación consensuado por el médico/a, DUE y anciano/a o cuidador/a principal quedará registrado en el SOAP con la valoración, para cada problema detectado, de sus causas, el plan de cuidados a seguir y el responsable y el tiempo para la siguiente valoración. También deberían reflejarse las posibles derivaciones a otros niveles que se requieran para su manejo.

Se propone, además, elaborar un listado de los pacientes incluidos como AAR en el libro de Morbilidad, para facilitar su identificación y evaluación.

#### **1.4. Sistema de Seguimiento y Evaluación del Programa**

Se contempló desde el inicio el diseño de la evaluación del Programa, que se realizaría anualmente coincidiendo con la evaluación de la Cartera de Servicios.

Lo planteado en esta Memoria es más ambicioso y de mayor envergadura que estas evaluaciones previstas inicialmente por el Programa, ya que se consideró que el grado de desarrollo actual del mismo requería de un análisis más profundo. Si bien, los resultados de estas evaluaciones previas serán de gran utilidad para la valoración actual del Programa.

Los indicadores de evaluación propuestos en el documento escrito del Programa para cada una de las Áreas, fueron los siguientes:

✓ **Captación de población anciana:**

- N° personas  $\geq 75$  años captadas / N° personas  $\geq 75$  años de la población de referencia
- N° de personas  $\geq 75$  años de alto riesgo incluidas en el programa / N° personas  $\geq 75$  años de la población de referencia

✓ **Valoración de población anciana:**

- N° de personas  $\geq 75$  años en las que consta haber realizado EPS / N° de personas  $\geq 75$  años captadas
- N° AAR  $\geq 75$  años en las que consta registrado en la historia clínica el/los motivo/s de inclusión / N° AAR  $\geq 75$  años captadas
- N° de personas  $\geq 75$  años de alto riesgo en las que consta en la historia clínica los *criterios mínimos* / N° de personas  $\geq 75$  de alto riesgo captadas

*Criterios mínimos:*

- Valoración clínica: diagnóstico de problemas de salud
- Valoración funcional: escalas AVD y IADL
- Valoración mental: SPMSQ y Yesavage
- Valoración social: escala del Área 1
- Plan de actuación: problemas detectados, valoración de las causas, plan de cuidados para cada problema, responsable y tiempo de la siguiente valoración

✓ **Formación:**

- N° de cursos teórico-prácticos sobre atención a población anciana realizados / N° de cursos teórico-prácticos sobre atención a población anciana planificados

- N° responsables médicos y de enfermería del Programa que han realizado el curso / N° total de responsables médicos y de enfermería de los EAP
  - N° de responsables médicos del programa en los EAP que han rotado por el EVGH / N° total responsables médicos de los EAP
  - N° de responsables de enfermería del programa en los EAP que han rotado por el EVGH / N° total de responsables de enfermería de los EAP
  - N° de sesiones de autoformación en los EAP sobre atención a población anciana realizados / N° de sesiones de autoformación en los EAP sobre atención a población anciana planificados
  - Realización de talleres de apoyo y formación a nivel de zona para los cuidadores y voluntariado: SÍ / NO
- ✓ **Investigación:**
- Estudio en el primer año sobre las necesidades de recursos sociosanitarios de la población anciana del Área: SÍ / NO
  - Estudio en el primer año de control de calidad sobre uso racional de medicamentos en población anciana: SÍ / NO
- ✓ **Coordinación sociosanitaria:**
- Constitución de la Comisión de Área en el primer trimestre: SÍ / NO
  - N° de reuniones de la Comisión de Área mantenidas en el año / N° de reuniones de la Comisión de Área planificadas
  - Constitución de las Comisiones de Primer Nivel en 1º trimestre: SÍ / NO
  - N° de reuniones de las Comisiones de Primer Nivel mantenidas en el año / N° de reuniones de las Comisiones de Primer Nivel planificadas

- Evaluación del funcionamiento de las Comisiones de Área y de Primer Nivel (coordinación, registros, casos valorados / solucionados...)

## **1.5. Organizaciones implicadas en el Programa**

### **1.5.1. Instituciones públicas de la Comunidad de Madrid**

- Consejería de Sanidad y Consumo
  - Atención Primaria del Área 1 de Salud
  - Atención Especializada del Área 1 de Salud
    - Hospital General Gregorio Marañón
    - Centros de Especialidades de Vallecas:
      - C.E.P. Federica Montseny
      - C.E.P. Vicente Soldevilla
      - C.E.P. Hermanos Sangro
      - C.E.P. Montes de Barbanza
- Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid
  - Centros de Servicios Sociales municipales del distrito de Puente de Vallecas
  - Centros de Servicios Sociales municipales del distrito de Villa de Vallecas
  - Dirección General de Mayores

### **1.5.2. Otras entidades que participan**

- Asociaciones de Voluntarios
- Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)
- Asociaciones vecinales: Coordinadora de Sanidad de los Vecinos de Vallecas (CSVK)
- Grupos de autoayuda de cuidadores

## 2. Particularidades del Contexto de la Evaluación

---

Uno de los principales fines perseguidos al evaluar un programa, política, etc. es que sus resultados tengan utilidad, es decir, contribuyan a la toma de decisiones sobre el objeto evaluado y se realicen los cambios pertinentes para la mejora del mismo (Weiss C. citada en Bustelo M., 2002). Para lograr este uso instrumental es necesario tener en cuenta el contexto en el que se desarrolla el Programa y su evaluación.

A diferencia de otras prácticas como, por ejemplo, la investigación, en la evaluación no se busca necesariamente la validez externa, sino que el objetivo es servir a un programa determinado, respondiendo a un espacio social, a un entramado institucional y a un periodo concreto.

Carol Weiss advierte tempranamente de las dificultades surgidas, tanto de carácter político como organizativo, en la utilización de los resultados de las evaluaciones y, por ello, centra su teoría alrededor esta preocupación.

Esta autora defiende que los programas son fruto de decisiones políticas y los resultados de las evaluaciones compiten con factores de otra índole por la atención de los decisores, por tanto hay que tener muy en cuenta este aspecto si queremos que nuestras estrategias se implementen y sean evaluadas. Todo lo que no es prioritario o relevante para un político, por mucho que lo sea para el nivel técnico, no tiene muchas posibilidades de llevarse a cabo.

Así mismo, Weiss considera que la propia evaluación es política (Weiss C. citada en Ballart X, 1996).

Otro elemento clave del contexto que dificulta la utilización de las evaluaciones, es la existencia de múltiples stakeholders o partes afectadas por el programa, con intereses diversos y distintos niveles de poder.

Pero no debemos olvidarnos de la población, principal beneficiaria de nuestras acciones, porque todo lo que no sea de su interés tiene pocas posibilidades de ser aceptado por ella.

Es importante, pues, que para lograr la utilidad esperada, el evaluador valore el contexto específico de la evaluación, identifique e implique a todos los stakeholders y ajuste el informe final de evaluación a las necesidades de los destinatarios, con respecto al formato y a la temporalidad.

En el caso de la presente evaluación, el contexto es sumamente importante ya que se han producido una serie de situaciones bastante particulares en el distrito de Vallecas que han facilitado el desarrollo de la misma y la aplicación de metodologías participativas.

El *Plan Integral para la Mejora de la Salud Pública de Vallecas*, aprobado a finales del año 2000, ha promovido el desarrollo de estructuras de coordinación estables entre las instituciones sanitarias y sociales existentes en los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

Esto ha posibilitado la realización de intervenciones conjuntas y coordinadas entre diferentes instituciones socio-sanitarias, determinando, por ejemplo, la presencia de Salud Pública en muchas de las acciones desarrolladas, entre ellas esta evaluación.

Además, uno de sus aspectos más particulares y que otorga un carácter novedoso y un valor añadido al Plan, ha sido la participación activa de la población a través de sus representantes vecinales en la *Comisión de Coordinación y Seguimiento* del mismo. Los vecinos deciden en qué acciones se gasta exactamente el presupuesto asignado al Plan Vallecas.

No es casualidad que el Plan Vallecas se desarrolle de este modo, ya que desde hace años, la población de ambos distritos se ha caracterizado por su carácter reivindicativo y luchador, generándose una amplia movilización e implicación ciudadana.

Todo lo referido anteriormente ha propiciado un clima y una forma de trabajo que ha permitido diseñar la evaluación del **“Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores”** bajo un enfoque de máxima participación de todos los stakeholders.

Evaluar el Programa fue una necesidad sentida por los agentes críticos del Programa y transformada en una decisión consensuada de los integrantes de la *Comisión* que además, posteriormente, conformaron el *Comité de Evaluación*. Este hecho ha motivado un mayor grado de implicación de los miembros del grupo evaluador y ha favorecido enormemente el desarrollo de la misma.

Entre los aspectos menos positivos del contexto y que, sin duda, hay que trabajar con para evitar que se convierta en un factor limitante para la evaluación, ha sido el cambio de los responsables de la Gerencia de Atención Primaria del Área 1.

En primer lugar, la Subdirectora médica que participaba desde el inicio en el *Comité de Evaluación*, por motivos personales, ha dejado temporalmente de trabajar. Esta persona, de gran relevancia para la evaluación, fue rápidamente sustituida por otra de las responsables de la Gerencia, si bien, ha habido que realizar una importante labor con esta nueva representante, para ubicarle en todo el proceso desarrollado y transmitirle la relevancia del proyecto.

Además, en estos meses, se ha producido también un cambio de Gerente. La nueva persona en el cargo desconocía no sólo la presente evaluación, sino también el proyecto del Plan Vallecas. Se le ha informado del proceso implementado hasta el momento y parece apoyarlo, pero habrá que seguir trabajando para lograr la mayor implicación posible de la Gerencia, ya que de ellos depende en gran parte el éxito de la evaluación y el uso de sus recomendaciones.

### 3. Descripción General del Diseño de Evaluación

---

El diseño de esta evaluación se plantea desde una perspectiva **sistémica**, lo que implica una interrelación de sus componentes de diseño, proceso y resultados. Esto quiere decir que se trabaja desde la visión de que cada uno de los elementos que forman el Programa son interdependientes y cada uno de ellos influye o está influido por el resto de los componentes.

Se trata de la perspectiva más completa, aunque no de la más utilizada por el elevado consumo de recursos que requiere.

La presente evaluación se ha planteado con un **enfoque participativo** y se caracteriza por ser:

- **Intermedia:** Se plantea la evaluación tras unos años de funcionamiento del Programa, pero éste sigue teniendo continuidad, por lo que no se considera una evaluación final.
- **Formativa.** Al realizarse con el Programa en pleno funcionamiento, el objetivo es analizar procesos y resultados, contribuyendo a la mejora de los mismos y favoreciendo la toma de decisiones en relación con la atención socio-sanitaria a los mayores.
- Centrarse en la **implementación**. Contempla algunos elementos del diseño, pero fundamentalmente se evalúan los **procesos** y los **resultados**.
- **Interna:** Se está llevando a cabo por un grupo de evaluación formado por los profesionales implicados en la atención socio-sanitaria a los mayores; por representantes de la Coordinadora de Salud de los Vecinos de Vallecas y profesionales de Salud Pública, no directamente implicados en la gestión del Programa y con formación y experiencia en metodologías de evaluación. Éstos últimos mantienen una posición algo

más alejada del Programa y contribuyen a conformar una evaluación con algunas de las ventajas de la evaluación mixta.

- Además, al tratarse de una acción participativa, la organización y fundamentalmente el *Comité evaluador* se forma en metodologías de evaluación y se contribuye a aumentar la cultura de evaluación.

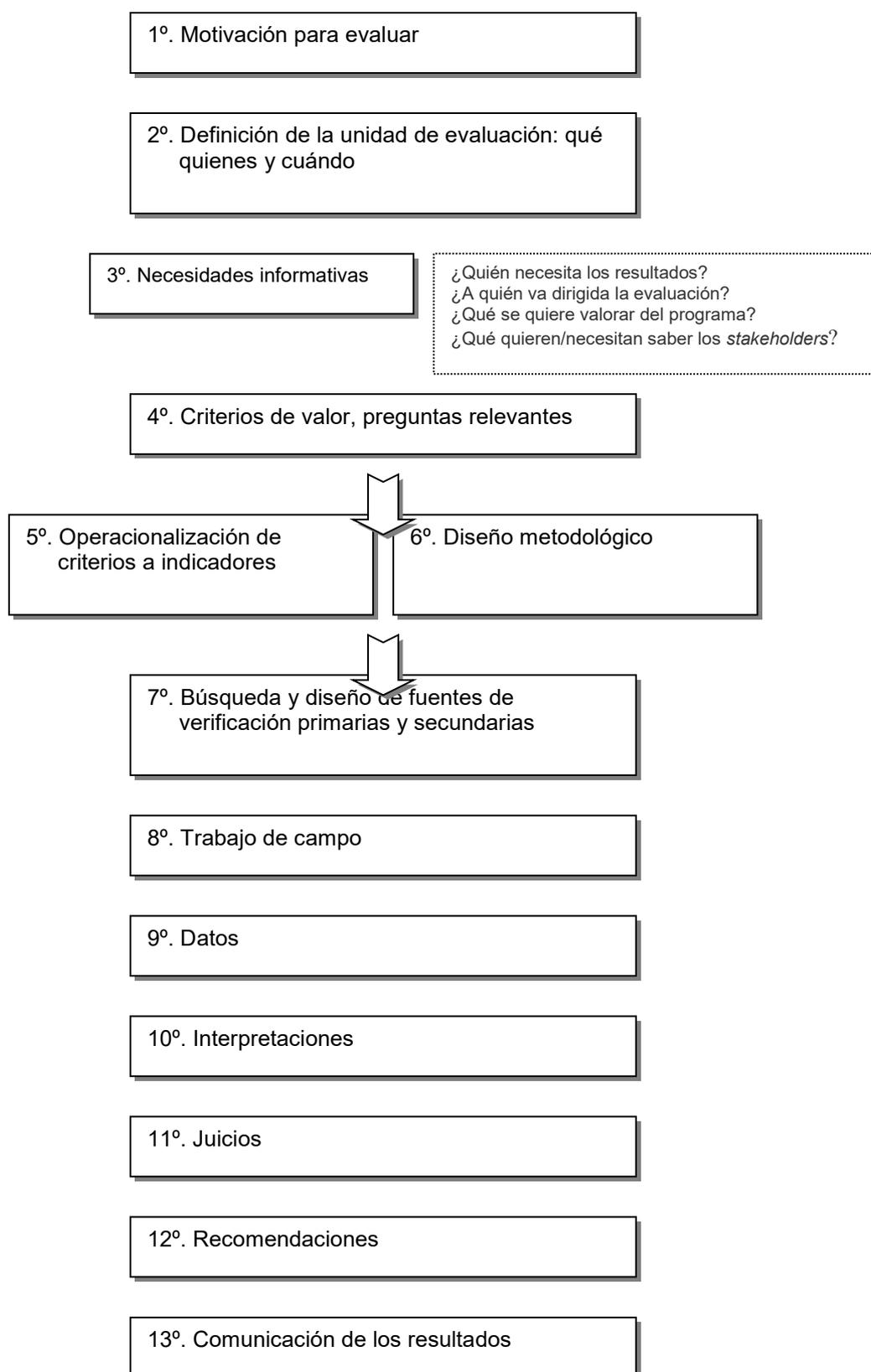
La intención de la evaluación es *orientar a la toma de decisiones* con el fin de *mejorar* el Programa.

Se evaluará la *eficacia* del Programa, es decir, se analizará el grado de *cumplimiento de los objetivos* planteados. Además, tratarán de explorarse a través de técnicas cualitativas, los posibles *efectos no previstos* inicialmente.

La *satisfacción* de los beneficiarios, en nuestro caso, mayores y cuidadores, también se valorará mediante la realización de encuestas, tal y como se describe posteriormente (Bañón R., 2003).

El esquema metodológico que se ha contemplado desde el principio para llevar a cabo esta evaluación ha sido el que María Bustelo y Juan Andrés Ligeró proponen en el Master que organizan sobre la “*Evaluación de Programas y Políticas Públicas*” de la UCM y que ellos mismos han bautizado como el **Via Crucis** (Bustelo M. y Ligeró J.A., 2003). En el esquema que aparece en la página siguiente, pueden verse de manera sintética todos los pasos o fases de que consta esta propuesta y que nosotros seguimos durante la realización de nuestra evaluación.

## VIA CRUCIS



## 4. Tipos de Evaluación

---

La evaluación puede ser clasificada en diversas categorías, atendiendo a las siguientes variables (Muñoz M. y Alfageme E., 2004), (Osuna JL et al):

- El **Propósito** de la evaluación
- El **Contenido** de la evaluación
- El **Agente** evaluador
- El **Momento** en el que se evalúa

### 4.2.1. Según el Propósito de la Evaluación:

Scriven (1967 y 1973) fue el autor que estableció la diferenciación entre *evaluación formativa y sumativa*.

- **Evaluación formativa:** Ofrece una información continua, útil para la modificación y reajuste del programa a medida que éste avanza. En este tipo de evaluación se buscan metas intermedias de cara a la gestión interna del programa.
- **Evaluación sumativa (o de resumen):** Valora globalmente los diferentes aspectos de un programa una vez finalizado. Pretende hacer recapitulación de la actuación desarrollada e introducir cambios.

El caso que nos compete responde a la categoría de evaluación **formativa**, ya que se está llevando a cabo por los propios agentes implicados en el Programa, durante la fase de desarrollo y no al finalizar.

Este Programa se adapta mejor al concepto de *servicio*; ya que se ocupa de la prestación de atención sociosanitaria a la población mayor desde el sistema público. Por este motivo, la idea clásica de programa con un comienzo y finalización definidos no encaja totalmente, pues, tiene un carácter de continuidad en el tiempo.

La intención de la evaluación es favorecer la toma de decisiones en relación con la atención socio-sanitaria a los mayores e implementar las medidas necesarias para contribuir a la mejora de dicha prestación.

#### **4.2.2. Según el Contenido de la Evaluación:**

- **Evaluación de necesidades:** Evaluación del contexto y de la realidad sobre la que se quiere intervenir. Se trata de hacer un diagnóstico de necesidades, que en el ciclo de un proyecto se situaría previo a la programación.
- **Evaluación del diseño:** Evaluación del diseño, coherencia y aplicabilidad de un programa.
- **Evaluación del proceso y desarrollo del programa:** Se revisa el desarrollo del programa, cómo se ha llevado a cabo y cómo ha sido el proceso de ejecución. Afecta a todos los aspectos que influyen en la puesta en marcha de las actuaciones que llevarán a la ejecución física y financiera de los programas.
- **Evaluación de resultados:** Describe y enjuicia los resultados de un programa, relacionándolo con los objetivos y las necesidades, para evaluar el mérito y la valía del programa en su conjunto. En este tipo de evaluación es interesante distinguir entre “*productos*” o “*outputs*”, derivados directamente de la realización de las actividades, hacen referencia a los objetivos más inmediatos y directos perseguidos con la actuación y “*efectos*” o “*outcomes*”, que serían los logros a más generales y a largo plazo y que coinciden con los objetivos específicos del programa.

Atendiendo a esta clasificación, podemos decir que la presente evaluación se centra en la **implementación** del Programa.

Contempla algunos elementos del diseño, pero fundamentalmente se evalúan los **procesos y los resultados**.

#### **4.2.3. Según el Agente Evaluador:**

- **Evaluación interna:** Cuando se realiza desde la institución o entidad que ejecuta el programa. Se habla de **autoevaluación** cuando los evaluadores son los agentes directamente implicados en la gestión.
- **Evaluación externa:** Cuando una agencia externa, que no ha participado ni en la programación, ni en la ejecución, ni en la financiación, hace la evaluación. Puede ser “impuesta” o “voluntaria”.
- **Evaluación mixta:** Evaluación interna realizada con apoyo externo. En realidad, se trata de una evaluación interna.
- **Evaluación participativa:** Aquella que involucra a los destinatarios/as u otros actores implicados en el programa.

Como ya se ha descrito en numerosas ocasiones en este trabajo, la evaluación está siendo abordada desde un **enfoque participativo**, contando con los principales agentes del Programa.

La evaluación es una práctica útil para los gestores encargados de la ejecución del programa, pero también es útil para todos los participantes: beneficiarios, agentes sociales, sociedad civil, instituciones locales.

Con ella, se persigue facilitar un proceso de discusión conjunto, movilizándolo a la sociedad local y generando una mayor capacidad para la acción colectiva.

Por otra parte, se caracteriza por ser una evaluación **interna**, ya que todos los miembros del equipo evaluador están por definición involucrados en el Programa de algún modo.

Las únicas personas algo más alejadas de la realidad del mismo somos las dos personas de la Sección de Evaluación del Servicio de Programas de Salud Pública de la DGSPAC.

El equipo evaluador nos invitó, al inicio, a participar en el grupo en calidad de expertas en metodología de evaluación y, si bien pertenecemos a la Consejería de Sanidad y Consumo, organismo financiador y principal gestor del programa, nuestra ubicación en otra Viceconsejería, ajena a la red de asistencia sanitaria, nos permite mirar el Programa desde una cierta distancia.

Por tanto, no se encuentra entre nuestras tareas ni planificar, ni gestionar el Programa o prestar atención directa a los beneficiarios.

Entre las ventajas de la evaluación interna destacaría la posibilidad de familiarizarse más con el Programa y la difusión, en mayor medida que la externa, de una cultura de evaluación dentro de la organización.

Sin embargo, con mayor frecuencia puede no llegar a concluirse o finalizarse fuera del plazo recomendable y perder interés.

#### **4.2.4. Según el Momento de la Evaluación:**

- **Evaluación inicial o ex-ante:** Es una evaluación sobre la factibilidad o pertinencia de un programa, proyecto, etc. Se trata principalmente de un filtro previo a la ejecución para valorar la adecuación, las posibilidades de éxito y la coherencia interna del programa y su previsible impacto.
- **Evaluación intermedia:** Se centra en la valoración de la gestión basada en apreciaciones sobre la marcha del proyecto, en relación con los objetivos, los resultados y en las diferencias entre lo previsto y lo real. Su objetivo principal es obtener una información relevante y precisa que permita introducir las modificaciones necesarias en el diseño o ejecución del programa.

- **Evaluación final o ex-post:** Se realiza una vez finalizado el programa y se concentra en los resultados obtenidos, en el cumplimiento de objetivos, en los efectos previstos y no previstos, en los factores de éxito y en el impacto del proyecto.

Hay autores que no diferencian entre *evaluación intermedia* y *ex-post* y establecen únicamente dos categorías, la *evaluación ex-ante* y *ex-post*.

La evaluación del *Programa de atención sociosanitaria a las personas mayores* está orientada tanto a la revisión de todo el desarrollo y proceso de gestión del programa como a la identificación de sus resultados o efectos, previstos y no previstos.

El Programa sigue actualmente en funcionamiento, por lo que es muy pertinente evaluar los principales procesos con el objeto de introducir cambios y mejoras en ellos. Pero, además, dado que se implementó en el año 1997, hace aproximadamente siete años, resulta de gran interés evaluar su eficacia e impacto, es decir, conocer los posibles efectos logrados hasta el momento.

Por tanto, hablaremos de una ***evaluación intermedia***, ya que el Programa no ha finalizado, pero con valoración no sólo de los procesos y actividades, sino también de la eficacia e impacto del Programa.

## 5. Análisis del Proceso de Participación

---

Uno de los objetivos de la presente Memoria es evaluar el proceso de participación y la labor desarrollada durante la fase de diseño de la evaluación.

Se trata fundamentalmente de analizar el grado de participación de los stakeholders, conocer la composición y el funcionamiento del *Comité* y recoger la opinión y expectativas de todos sus miembros sobre dichas cuestiones.

Para llevar a cabo esta “*evaluación*” *intermedia* se ha recurrido a la *observación participante*; a la revisión de *fuentes secundarias*, como son los documentos sobre el Plan de trabajo elaborado para cada una de las reuniones y las Actas de todas ellas; y a la realización de una *encuesta* a todos los miembros del Comité, para la que se ha elaborado *ad hoc* un *cuestionario semiestructurado*.

### 5.1. Composición del Comité de Evaluación

Evaluar el “*Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores*” fue una necesidad sentida por parte de los agentes implicados en el Programa y que derivó más tarde en una decisión consensuada de los integrantes de la *Comisión de Coordinación y Seguimiento del Plan Integral para la Mejora de la Salud Pública de Vallecas*, algunos de los cuales conformaron posteriormente el *Comité de Evaluación* con el objetivo de participar activamente.

Esta situación de la evaluación como respuesta a una demanda previa de los stakeholders ha motivado un mayor grado de implicación de los miembros del equipo evaluador y ha favorecido enormemente el desarrollo de la misma.

Inicialmente, dicho grupo está formado por 8 personas.

**Composición inicial del Comité de Evaluación:**

ENTIDADES REPRESENTADAS	Nº personas	Actores
Coordinadora de Sanidad de los Vecinos de Vallecas (CSVK)	2	Miembros de CSVK (vecinos de Vallecas)
Gerencia de Atención Primaria Área 1 (Instituto Madrileño de la Salud)	1	Subdirectora médica
Centros Municipales de Salud (CMS) del Ayuntamiento de Madrid	1	Coordinador CMS Vallecas
Instituto de Salud Pública	4	3 del Sº de Salud Pública Área 1
		1 del Sº de Sanidad Ambiental

Posteriormente, los miembros del *Comité de Evaluación* contactan con la antigua Dirección General de Salud Pública, actual Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo (DGSPAC), en concreto, con la Sección de Evaluación del Servicio de Programas de Salud Pública. Su intención es solicitar la colaboración de profesionales formados en metodologías de evaluación para que les asesoren y ayuden en la tarea planteada, ya que su experiencia previa en el tema es limitada.

La Jefa del Servicio de Programas de Salud Pública atiende dicha demanda y apoya la propuesta aportando los dos recursos de su Servicio asignados a la Sección de Evaluación, la Jefa de Sección y una técnico, autora de esta Memoria, que nos incorporamos al equipo evaluador a finales del mes de septiembre de 2003.

En la primera reunión a la que asistimos las dos personas de la DGSPAC, el 29 de septiembre, se discute sobre la posibilidad de aumentar el número personas del grupo evaluador con el fin de ampliar la participación a otras instituciones implicadas en el Programa.

Se identifica la necesidad de incluir a un representante de la Comisión socio-sanitaria de Puente de Vallecas y a otro de la Comisión del distrito de Vallecas Villa, y se acuerda que, a ser posible, sean trabajadores/as sociales para ampliar el espectro de categorías profesionales en el grupo.

Así mismo, se estima conveniente que se integren también en el *Comité* dos de los responsables del *Programa del Mayor*, preferiblemente, un/a médico/a y un/a enfermero/a, para lo cual la Subdirectora médica se responsabiliza de realizar los contactos pertinentes.

Por otra parte, el representante del Ayuntamiento de Madrid, valora que su participación estaba sujeta inicialmente a la evaluación de alguno de los programas del Ayuntamiento y que, al haberse decidido comenzar la evaluación por el programa de Atención Primaria, es posible que abandone el grupo. Esto, como se verá más adelante, no ha sido así y ha seguido participando durante un tiempo.

Todos los profesionales propuestos se van incorporando posteriormente a las sucesivas reuniones.

La pretensión de llevar a cabo una evaluación participativa condiciona finalmente la creación de un *Comité evaluador* numeroso, lo cual conlleva ciertas ventajas pero también algún inconveniente.

Como puede apreciarse el grupo ha tratado de construirse con los principales actores e interesados en la evaluación del Programa: profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería y de la Gerencia de Atención Primaria), trabajadores sociales de los Servicios Sociales municipales, profesionales de Salud Pública y representantes vecinales de Vallecas.

El papel de los vecinos es representar los intereses de la población receptora del Programa. Los beneficiarios directos, ancianos y cuidadores, no forman parte de este *Comité evaluador*, pero sí participarán ampliamente como informantes clave.

**Propuesta definitiva del Comité de Evaluación:**

<b>ENTIDADES REPRESENTADAS</b>	<b>Nº personas</b>	<b>Actores</b>
Coordinadora de Sanidad de Vallecas (CSVK)	2	Miembros de CSVK (vecinos de Vallecas)
Gerencia de Atención Primaria, Área 1 (Instituto Madrileño de la Salud)	1	Subdirectora médica
Centros Municipales de Salud (CMS) del Ayuntamiento de Madrid	1	Coordinador CMS Vallecas
Instituto de Salud Pública (ISP). Consejería de Sanidad	4	3 del Sº de Salud Pública Área 1 (2 técnicos y 1 Jefa de Sección) 1 técnico del Sº Sanidad Ambiental
Servicios Sociales del distrito de Puente de Vallecas, (Ayto. de Madrid)	1	Trabajadora social
Concejalía de Servicios Sociales de Villa de Vallecas, (Ayto. de Madrid)	1	Trabajadora social
Responsables del Programa del Mayor. Atención Primaria, Área 1	2	1 Médica 1 Enfermera
Sección Evaluación del Sº de Programas de Salud Pública, (DGSPAC)	2	Jefa de Sección Técnico de Salud Pública
Dirección General de Mayores (Ayto. de Madrid)	1	1 Geriatra

El grupo de evaluación se ha mantenido razonablemente estable en el tiempo, si bien, ha sido un proceso dinámico, que ha tenido entradas y salidas causadas por diferentes motivos, que serán relatados a continuación.

La Subdirectora médica de la Gerencia de Atención Primaria es sustituida por otro miembro de la Gerencia en mayo de 2004, debido a causas ajenas a la Evaluación. Esto obliga al equipo a relatar a la nueva integrante lo desarrollado hasta el momento con el fin de lograr su colaboración activa, dada su posición estratégica en la institución.

De los dos miembros de la CSVK, sólo uno ha acudido a las reuniones con regularidad, sin embargo el otro representante no ha dejado de pertenecer al equipo y trabajar en las distintas fases del diseño.



En ella se puede comprobar que en el grupo evaluador existe participación institucional y social. En el ámbito institucional, aparecen representadas la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y la Concejalía de Salud y de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, con profesionales en el nivel de decisión y profesionales del nivel técnico o de acción.

Por tanto, definimos al conjunto de los profesionales que conforman el grupo como un **equipo multidisciplinar, interinstitucional e intersectorial**.

## **5.2. Funcionamiento del Comité de Evaluación**

Ninguno de los miembros del *Comité* ha sido liberado completamente para llevar a cabo la evaluación, por lo que todos han de compaginar dicha actividad con sus responsabilidades y tareas habituales.

Esto dificulta el curso de la evaluación en varios aspectos:

En primer lugar, resulta complicado encontrar una fecha disponible para reunirse y, en muchas ocasiones, se han organizado fuera del horario laboral. Por otra parte, no ha sido posible tener más de una reunión mensual debido a las ya comentadas apretadas agendas y a que la falta de tiempo disponible dentro del horario laboral, ha impedido realizar el trabajo de la evaluación durante este periodo, obligando a emplear el tiempo personal y, por ello, a espaciar dichos contactos.

Algunos de los integrantes del *Comité evaluador* se reúnen también en otros foros profesionales y desarrollan funciones que requieren cierta coordinación, por lo que existe una relación grupal previa y al margen de la evaluación. Hasta el momento, este hecho no ha interferido en el adecuado desarrollo de la misma, sino más bien al revés ya que ha ayudado a contextualizar en gran medida la evaluación.

## **REUNIONES DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN**

Desde septiembre de 2003 y hasta el momento, se han producido once reuniones, con una frecuencia aproximada de una vez al mes, excepto en los meses de noviembre de 2003 y abril y agosto de 2004 en que no hubo.

La participación media a las reuniones por parte de los miembros del equipo ha sido del 84'17%.

En la Tabla siguiente, cuando aparece el numerador en forma de suma significa que ha acudido alguna persona invitada a la reunión, representando el primer sumando el número de miembros estables del *Comité* que han asistido y el segundo, el número de personas invitadas. Éstas últimas no se han contabilizado en el cálculo de la asistencia media a las reuniones.

<b>Reuniones</b>	<b>Asistentes</b>	<b>(%)</b>
29/09/2003	9/10	90%
01/12/2003	13/14	92,86%
19/01/2004	14/14	100%
24/02/2004	14/14	100%
25/03/2004	9/14	64'29%
13/05/2004	11+1/14	78'57%
03/06/2004	13+1/14	92'86%
06/07/2004	11+2/14	78'57%
21/09/2004	9+1/14	64'29%
19/10/2004	12+1/14	85'71%
24/11/2004	11 / 14	78,71%

## **DINÁMICAS DE TRABAJO**

Todo el proceso de diseño de la evaluación ha sido realizado por el *Comité de Evaluación*.

La organización de la tarea se ha articulado en dos ámbitos:

- Reuniones periódicas del grupo
- Trabajo personal o en pequeños equipos

Las reuniones grupales han tenido como función principal la puesta en común del proceso de evaluación previsto y de la tarea realizada, además de la toma de decisiones y búsqueda del consenso.

Otra parte del trabajo se ha desarrollado individualmente o en pequeños grupos durante el periodo inter-reuniones. Este trabajo se complementaba con el intercambio y revisión posterior de la tarea entre los diferentes subequipos o con su colocación en la red, para su contraste y valoración global.

Las reuniones y dinámicas de trabajo han sido planificadas y lideradas por mi compañera de la Sección de Evaluación, Marián Gil Nebot, y por mí, en calidad de coordinadoras metodológicas de la evaluación. En cada reunión, se ha entregado siempre un documento escrito con el plan de trabajo a realizar durante la misma y las tareas a desarrollar individualmente o en diversos grupos antes la fecha pactada, generalmente, dos o tres días antes de la siguiente reunión para dejar así tiempo suficiente de revisarlo previamente.

En mi opinión, basada en la *observación participante* de todo el proceso, el funcionamiento del equipo evaluador, hasta el momento, ha sido muy positivo, ya que la participación e implicación del grupo ha sido muy elevada y en todo momento se han ido cumpliendo las tareas programadas en los tiempos previstos.

### **5.3. Principales Resultados de la Encuesta de Opinión realizada a los miembros del Comité sobre el Proceso de Evaluación**

Para conocer la opinión de los miembros del grupo evaluador sobre del proceso desarrollado hasta el momento, se ha realizado una encuesta.

La herramienta utilizada ha sido un *cuestionario autoadministrado* elaborado *ad hoc* y compuesto por diecinueve *preguntas*, algunas de ellas *abiertas* y otras *cerradas (Anexo I)*.

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados:

- El **grado de interés** medio de los participantes por el área de la **evaluación**, antes de comenzar este proceso, era de 6'3 puntos en una escala del 1 al 10 (*puntuación máxima: 9 y mínima: 2*). Su interés al final de la fase de diseño de la evaluación ha sido de 8'1 (*máxima: 10 y mínima: 6*), lo que supone un incremento de casi 2 puntos (1'8). Esto nos indica que el grupo en general estaba bastante motivado antes de iniciar este proyecto y que dicha motivación *ha aumentado notablemente* a lo largo del proceso de evaluación desarrollado hasta el momento.
- En general, se encuentran **satisfechos** de estar participando en esta evaluación (7'7 sobre 10; la puntuación *mínima: 6 y máxima: 9*).
- Todos ellos afirman sentirse **bastante o muy motivados** y dicha motivación permanece *estable* para alguno a lo largo del proceso y para otros ha ido *en aumento*.

*“He crecido personalmente, ¡qué consigamos nuestro objetivo inicial!, que no quede en un mero informe...”*

- También, califican el **clima** que se ha generado en el grupo como *bueno o muy bueno*.

*“Agradecimiento colectivo”*

*“Conocer y empatizar con personas”*

- Al preguntarles su opinión acerca del **enfoque participativo** de la evaluación, el 57'14% lo consideran *bueno*, el 28'57% *muy bueno* y el 14'29% *regular*.

Como **aspectos positivos** de este proceso participativo, los miembros del *Comité* destacan de forma mayoritaria la **implicación de profesionales de distintas instituciones**.

*“Conocer el trabajo de otras instituciones”*

*“La participación interinstitucional”*

*“Uno de los aspectos más positivos es precisamente la participación, sobre todo de los profesionales de atención primaria y los trabajadores sociales”*

*“La participación de todos los interlocutores”*

*“El número de instituciones y servicios implicados y el redescubrir que los servicios y especialistas de la salud pública pueden estar disponibles para trabajar con otros niveles y servicios”*

- En relación con la **dinámica de trabajo del grupo**, todos opinan que es buena:

- Creen que todos los integrantes están trabajando y *participando activamente*, lo que supone un importante *sobreesfuerzo* añadido a sus tareas habituales. Aprecian la notable *implicación, motivación e interés* de la gran mayoría de sus miembros y el *respeto y la tolerancia* existente.

*“La implicación de las personas que participan”*

*“Motivación e interés de la gran mayoría de los miembros”*

*“Me ha supuesto un trabajo extra y un importante esfuerzo”*

*“Una evaluación es costosa en tiempo y lleva mucho trabajo”*

Si bien, reconocen que dicha implicación es desigual y que la participación desde la Dirección de Atención Primaria debería ser mayor. Esta es una figura muy relevante de cara a la utilidad posterior de la evaluación y el equipo desearía que se involucrase más, por ello, las quejas se centran sobre todo en torno a esta representante.

*“Prácticamente todos están trabajando y participando. La mayor dificultad es desde la Dirección de Primaria, ausente en las últimas reuniones”*

*“Mejoraría la implicación de la Gerencia de AP”*

- También se valora la dirección y organización del trabajo y el apoyo metodológico prestado.

*“Porque al final tenemos claros los objetivos para la próxima reunión, las tareas pendientes, etc.”*

*“El método, el asesoramiento recibido y la dirección del proceso”*

*“Los conocimientos adquiridos y la propia experiencia innovadora”*

- El 71,43% considera que esta dinámica difiere *mucho o bastante* de la forma de trabajo habitual y el 28,57% afirma que varía *poco* de su rutina habitual.

- En cuanto a los *aspectos a modificar*, se realizan algunas aportaciones.

- La crítica principal se centra en la *excesiva duración* de la fase de diseño de la evaluación. Comienzan a aparecer signos de cierto cansancio y ganas de avanzar e ir obteniendo resultados. Pero también, se reconoce que la falta de dedicación a la tarea es responsable, en parte, de esta prolongación en el tiempo.

*“El método, aunque riguroso, me está pareciendo muy extenso, quizá por la poca capacidad de respuesta que tenemos desde los Servicios Sociales y la escasa disponibilidad temporal que tenemos para dedicarnos al estudio”*

- Así mismo, la participación de todo el *Comité* en la detección de necesidades y en la elaboración de las preguntas de evaluación ha favorecido la construcción de una *Matriz de Evaluación extensa* y compleja, que abrumba en cierto modo a alguno de sus miembros.

*“Haber sido más críticos y analíticos en la fase de elaboración de las preguntas y en la selección de las mismas”*

*“Las preguntas se deberían acotar para evitar una cierta sensación de proyecto inabarcable”*

Esto, obviamente, es algo que también nos ha preocupado a las personas que coordinamos los aspectos metodológicos de la evaluación. Pero, al final, constituye una preocupación relativa, ya que durante el proceso de diseño de los cuestionarios y guiones de los grupos de discusión y entrevistas hemos podido incluir la práctica totalidad de las preguntas de evaluación y han quedado condensadas de tal manera, que los instrumentos de recogida de información han resultado perfectamente asequibles.

- Se explicita la necesidad de haber implicado más al *segundo nivel asistencial* (Geriatría y Gerencia de Atención Especializada hospitalaria y extra-hospitalaria).
  - Se desea poder contar con *más tiempo de dedicación* y proponen la opción de ser liberados para trabajar en esta tarea con exclusividad.  
*“En Atención Primaria, todo el trabajo es “además de...” (en carga de trabajo y tiempo personal de dedicación)”*
  - Creen que debería existir un compromiso previo establecido de los miembros del equipo que impidiera los *abandonos*.
- 
- A la luz de los resultados obtenidos, podemos afirmar que este proyecto está generando un importante aprendizaje en metodologías de evaluación y de trabajo en equipo entre los miembros del *Comité de*

*Evaluación.* Todos ellos consideran estar aprendiendo *mucho o bastante.*

- Ante la pregunta de: “¿qué te ha aportado el proceso de evaluación?”, responden:
  - “Conocimientos relacionados con la evaluación y con el propio programa”
  - “Metodología de evaluación de programas, trabajo en equipo y de equipo, intersectorialidad...”
  - “Aprendizaje de metodología y participación en grupo heterogéneo con diferentes perspectivas”
  
- Todos menos uno consideran que este aprendizaje es útil para el desarrollo de su tarea profesional.
  
- Con respecto a las expectativas generadas a partir de este proceso de evaluación y posibles usos de la misma señalan:
  - *Darle utilidad a la evaluación, aprendiendo de los logros y de las deficiencias*
  - *Mejorar el Programa*
  - *Conocer datos y poder usarlos para mejorar la atención a la población mayor*
  - *Ampliar y mejorar la difusión del Programa*
  - *Conocimiento de la realidad*
  - *Mejorar la coordinación entre distintas instituciones*
  - *Facilitar la integración de personas con diferentes intereses y especialidades*
  - *Una forma de implicarse los profesionales*
  - *Adquirir conocimientos y experiencia en evaluación*
  - *Poder difundir esta experiencia como un modelo de evaluación participativa*
  - *La evaluación debe tener un objetivo reivindicativo de cara a mejorar los dispositivos y la atención que reciben los mayores*
  - *Finalizar la evaluación*

- *Para ser archivado (uso indebido, no deseable)*
- *Aportar al desarrollo comunitario del Área y disminuir las desigualdades sociales*
- *Implicar a mi institución y poder devolver al mismo tiempo el trabajo que de la evaluación se desprenda*
- *Desarrollo profesional*
- *Satisfacción personal*

#### **5.4. Análisis de la Participación**

Ya se ha descrito repetidamente que esta evaluación está siendo abordada desde un **enfoque participativo**, creando para ello un equipo evaluador multidisciplinar e intersectorial. La intención ha sido realizar una evaluación interactiva en la que el papel de los agentes críticos no fuera exclusivamente el de actuar como fuente de información sino que ejerciesen de **sujetos activos**.

El objetivo de esta decisión se fundamenta en la idea de que la participación de los stakeholders consigue una mayor implicación y apropiación de los resultados por parte de éstos, lo que a su vez se traduce en un mayor uso de los mismos y aplicación de las recomendaciones. De esta manera, se convierten en motor de cambio, capaces de controlar en mayor medida las decisiones políticas.

En relación con lo anterior, la elección de una evaluación participativa se justifica por su carácter democrático, al abrir el proceso de evaluación a todos los stakeholders, lo que permite dar respuesta a un mayor número de personas con distintas necesidades y opiniones, y por motivos puramente instrumentales, al ser considerada como un medio para lograr una mayor utilidad (Díez M., 2004).

Se ha aludido previamente al hecho de que este abordaje participativo no ha sido algo impuesto, sino que surgió de la propia *Comisión de Coordinación del Plan*, por lo que se ha generado desde el principio una actitud muy favorable, sobre todo, desde el nivel técnico y, como no, de los vecinos.

Aún así, no deja de suponer un cambio muy importante en la cultura organizativa de las instituciones involucradas, reconociéndose el carácter

novedoso que esta forma de trabajo tiene para las administraciones públicas, al menos en la Comunidad de Madrid.

La **cultura de la participación**, a pesar de existir tradicionalmente en esta área de Madrid, sin duda, se ha fomentado enormemente a partir de la aprobación del Plan Vallecas en el año 2000, a través de la metodología de trabajo establecida y con los mecanismos de control ejercidos por los vecinos.

La presente evaluación está contribuyendo a afianzar este modelo organizativo en las instituciones y a consolidar y valorar la coordinación como una necesidad para el abordaje integral de los problemas de la población y la atención sociosanitaria.

Así mismo, más allá de los resultados, creemos que todo este proceso de diseño de la evaluación ya tiene valor en sí mismo por el notable desarrollo que se está generando de una **cultura de evaluación**, de manera especialmente marcada en los integrantes del *Comité evaluador*.

Las instituciones públicas arrastran formas de intervención muy centradas en la ejecución y prestación de un servicio y, sin embargo, muy poco atentas a la calidad y la efectividad de las actuaciones. Existe, en general, muy poca cultura de planificación y menos aún de evaluación.

Además, la ausencia de una verdadera y fluida coordinación interna y externa y la existencia de estructuras muy parceladas y jerarquizadas, son barreras que dificultan la inclusión de la evaluación y de metodologías participativas en la organización. De ahí el valor añadido que se le reconoce a este proceso de evaluación en marcha.

Quizá un inconveniente a señalar de las evaluaciones participativas sería su duración. La importancia otorgada a la fase de diseño, conlleva un consumo importante de recursos y hace que se conviertan en procesos largos en el tiempo, lo que no siempre es factible.

## LA PROFUNDIDAD DE LA PARTICIPACIÓN

Como se describe en el cuadro mostrado a continuación (Díez M., 2004), el *Comité evaluador* participa desde el inicio y durante todo el proceso de evaluación, desde el diseño y desarrollo de la evaluación hasta la elaboración del informe final y difusión del mismo.

La elaboración conjunta del diseño de la evaluación ha conllevado de manera obligada la búsqueda del consenso y la aprobación por todos sus miembros.

Así mismo, la elevada representatividad del equipo ha permitido asumir su validez, sin necesidad de buscar la aprobación externa.

FASES	TAREAS	ACTORES
<b>Motivación para evaluar</b>	Decisión de actuar sobre las líneas de intervención prioritarias	Comisión de Coordinación y Seguimiento del <i>Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas</i>
<b>Definición de la unidad de evaluación</b>	Decisión de evaluar el Programa Decisión de que sea participativa Decisión de conformar un equipo de evaluación multidisciplinar	Comisión de Coordinación y Seguimiento del <i>Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas</i>
<b>Diseño de la evaluación</b>	Detección de necesidades informativas	Comité de Evaluación Beneficiarios (entrevista a cuidadora, investigación-acción participativa)
	Elaboración de las preguntas de evaluación	Comité de Evaluación
	Clasificación de las preguntas en diseño, proceso y resultados Definición de los criterios de valor	Comité de Evaluación
	Diseño de la Matriz de Evaluación	Comité de Evaluación
	Priorización de las áreas del Programa a evaluar	Comité de Evaluación
	Diseño metodológico de la evaluación	Comité de Evaluación Expertos externos
<b>Trabajo de campo</b>	Recogida y análisis de la información	Comité de Evaluación Agentes del Programa: profesionales sociosanitarios, beneficiarios (mayores y cuidadores) Expertos externos
<b>Elaboración del informe de evaluación</b>	Interpretación y enjuiciamiento sistemático de los resultados	Comité de Evaluación
	Elaboración de las conclusiones	Comité de Evaluación
	Establecimiento de las recomendaciones	Comité de Evaluación Agentes del Programa: profesionales sociosanitarios, beneficiarios (mayores y cuidadores)
<b>Difusión del informe</b>	Difusión del informe final de evaluación	Comité de Evaluación Agentes del Programa: profesionales sociosanitarios, beneficiarios (mayores y cuidadores)

Hasta el momento, la participación y disposición del grupo ha sido muy favorable. Se está trabajando intensamente, se ha mostrado interés por la evaluación y se valora positivamente la metodología propuesta.

Si bien, la estructura del mismo es compleja al estar formado por muchos agentes de entidades distintas, con escaso contacto previo, con diferentes maneras de actuar y que abordan realidades diversas.

La *Comisión de Coordinación* es a su vez una estructura representativa de los principales agentes críticos del Programa, por lo que las fases iniciales de motivación y definición de la unidad de evaluación también se producen bajo un clima de profunda participación.

La apertura de la evaluación a los beneficiarios directos se efectúa en la fase de detección de necesidades informativas y del trabajo de campo.

El resto de profesionales sociosanitarios igualmente participan durante la fase del trabajo de campo.

Además, todos intervienen en la etapa final de elaboración y difusión del informe de evaluación.

También, se cuenta con el apoyo puntual de expertos para determinados aspectos en los que se ha considerado necesario.

## VII. DISEÑO DE EVALUACIÓN. PROPUESTA METODOLÓGICA

---

1. Estudio y Análisis Documental
2. Identificación de los Agentes Críticos
3. Exploración de las Necesidades de Evaluación de los Agentes Implicados
4. Análisis de las Necesidades de Evaluación
5. Establecimiento de las Prioridades de Evaluación
6. Definición de los Criterios de Evaluación
7. Elaboración de la Matriz de Evaluación del Programa

### 1. Estudio y Análisis Documental

---

Para llevar a cabo el diseño de la evaluación se ha manejado, como fuente bibliográfica principal, el documento existente sobre el **“Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores”**, objeto de la presente evaluación y que ha sido elaborado por los profesionales de Atención Primaria del Área 1.

Otro documento de gran relevancia para la elaboración de este trabajo ha sido el **“Estudio sobre las necesidades de salud pública percibidas por la población de Vallecas”**, realizado en 2003 y financiado con los fondos del Plan Vallecas (Conde, F. 2003). En él participaron más de 450 vecinos y más de 250 profesionales y permitió generar un amplio consenso y apoyo vecinal a unas propuestas de actuación prioritarias, entre las que se encontraba la **Atención a la población mayor**.

Esta investigación ha justificado y propiciado la presente evaluación. Así mismo se ha empleado para la identificación, aunque sólo parcialmente, de las necesidades informativas de los beneficiarios del Programa, como son los mayores y cuidadores.

Además, tal y cómo se explicita posteriormente en la *Matriz de Evaluación*, está previsto analizar y utilizar, durante el proceso de evaluación, como fuentes de verificación secundarias, numerosa documentación generada durante el desarrollo del Programa en Atención Primaria y Servicios Sociales. Entre ella estarían, por citar algún ejemplo, las memorias de actividad de las diferentes instituciones; los registros ya existentes o creados a partir de la implementación del Programa; la historia clínica de los pacientes, ya sea en papel o en soporte informático; y aquellos sistemas de información sanitarios o sociales que contribuyan a responder en alguna medida a nuestras preguntas de evaluación.

## 2. Identificación de los Agentes Críticos del Programa

---

Los agentes críticos o agentes implicados, también denominados en evaluación “*stakeholders*”, serían todas aquellas personas o colectivos que tienen alguna relación con el programa, proyecto o acción que se pretende evaluar.

Identificarlos correctamente e involucrarlos en el proceso de evaluación es sumamente importante, ya que ellos son los principales destinatarios de la evaluación y los potenciales usuarios (García C., 2003).

Una amplia participación de estos agentes, garantiza el pluralismo y la integración de todas las informaciones, interpretaciones y juicios emitidos, al tiempo que posibilita la búsqueda del consenso en la redacción de las recomendaciones y logra un mayor impacto de las mismas (Bustelo M., 2003).

En el *mapa* que se muestra a continuación, se describen los **principales agentes** implicados en el Programa. Dichos agentes se han agrupado según el papel que desempeñan, diferenciándose aquellos que desarrollan una función política y que hemos denominado como “*Unidad de Decisión*”, de los que realizan una labor técnica o de gestión y de los que constituyen la población beneficiaria.

Se ha clasificado como “*Unidad de Acción*” a todos aquellos stakeholders que intervienen de forma directa o indirecta en la gestión, implementación, seguimiento, etc. del Programa.

Al tratarse de una evaluación participativa, en la que los principales stakeholders aparecen representados en el *Comité evaluador*, podemos comprobar que el **“Mapa de Actores de la Evaluación”** que sigue a continuación incluye prácticamente a los mismos colectivos que el **“Mapa de Agentes”**. Incluso aquellos grupos que no quedan integrados en el *Comité*, son tenidos en cuenta al explorar las necesidades de evaluación y durante la recogida de información, en la fase del trabajo de campo.

### **3. Exploración de las Necesidades de Evaluación de los Agentes Implicados en el *Programa sociosanitario para la atención de los mayores***

---

#### **3.1 Exploración de las necesidades informativas del *Comité de Evaluación***

Como puede apreciarse, el *Comité evaluador* se ha construido con los principales actores implicados en el Programa: profesionales médicos, de enfermería y de gestión de Atención Primaria; trabajadores sociales de los Servicios Sociales; representantes de los dispositivos de salud municipales; profesionales de Salud Pública y representantes vecinales de Vallecas.

Todos ellos poseen la suficiente legitimidad para participar en el proceso de obtención de las **necesidades informativas** y representan, además, intereses diversos. Es por ello, por lo que dicho proceso ha sido realizado como una actividad interna dentro del propio *Comité*.

Estas necesidades informativas fueron identificadas y reformuladas en forma de **pregunta de evaluación**, por cada miembro del grupo, a partir de la lectura detallada del Programa (objetivos y conceptualización); de la experiencia profesional de cada uno y desde los intereses de los colectivos a los que cada uno pertenece y, en cierta medida, representa.

Las dos personas del Servicio de Programas de Salud Pública, que prestamos apoyo metodológico en evaluación, también hemos participado y hemos elaborado igualmente todas aquellas preguntas de evaluación que consideramos pertinentes.

#### **3.2 Exploración de las necesidades informativas a partir de estudios específicos previos**

Otra fuente de identificación de necesidades de evaluación fue la bibliografía, principalmente, el ***“Estudio sobre las necesidades de salud pública percibidas por la población de Vallecas”***.

Se trata de una investigación reciente, realizada también en el marco del ***“Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas”***, que se centra exclusivamente en los distritos de Puente y Villa de Vallecas, por lo que sus resultados y conclusiones, sobre todo las específicas para el colectivo de personas mayores, nos resultaron de enorme utilidad.

Al realizar la valoración de dicho estudio, se identificaron todos aquellos aspectos relacionados con el Programa y con la atención sociosanitaria a los mayores y cuidadores. Estas necesidades informativas fueron posteriormente reformuladas y transformadas en nuevas preguntas de evaluación.

### **3.3 Exploración de otras posibles necesidades informativas a partir de los beneficiarios**

Dado el perfil del *Comité de Evaluación* y por intentar completar aún más el espectro de necesidades, se acordó, así mismo, entrevistar a un/a cuidador/a. A través de un miembro del equipo de evaluación, una médica de un Centro de Salud, contacté con una mujer de Vallecas, cuidadora permanente desde hacía 13 años de su madre, una anciana dependiente.

Se decidió abordar este objetivo desde el enfoque de la metodología cualitativa porque el fin perseguido era el de profundizar en las necesidades y motivaciones personalizadas de un caso individual.

La técnica de producción de datos utilizada fue la **entrevista abierta semidirectiva** (Ortí A., 2000).

Esta técnica consiste en un diálogo cara a cara, directo y espontáneo, caracterizado por permitir la libre expresión del sujeto, con apenas momentos directivos en los que el entrevistador interviene con el fin de lograr explorar todos aquellos campos previstos previamente (Vasco Uribe, A. 1994, citado en García C., 2003). En cualquier caso, la forma y el orden de las preguntas es libre y prevalece la espontaneidad y el estilo coloquial en todo momento.

Una de las principales potencialidades de este tipo de entrevista es la posibilidad que ofrece de captar y profundizar en nuevos aspectos no identificados inicialmente por el investigador y, por tanto, no previstos en el guión, pero que serán incorporados.

Esta entrevista tuvo lugar en el hogar de la entrevistada, dada la dificultad de esta persona para abandonar su domicilio. Su duración aproximada fue de 80 minutos y apenas hubo interrupciones, ya que hubo otra mujer en la casa durante todo el proceso, para atender a la persona dependiente.

El objeto de la misma era conocer sus necesidades, intereses, prioridades y demandas de información como cuidadora habitual de un mayor y, a través de su discurso, identificar a su vez necesidades y demandas de los ancianos.

Al no ser el Programa algo a priori conocido por ella, la investigación no se pudo centrar directamente en aquellos aspectos que quisiera conocer o evaluar de éste, sino que trató de explorar, de forma abierta lo que, desde su punto de vista, eran sus necesidades como cuidadora y las de las personas mayores en relación con la salud y la atención sociosanitaria.

Posteriormente, se procedió a la transcripción literal de la misma y se analizó desde la perspectiva de identificación todas las posibles necesidades de evaluación del Programa.

Su análisis se ha limitado a un análisis semántico literal, sin entrar en profundidad en el nivel interpretativo.

Se ha procedido a segmentar el texto en citas e ideas relacionadas con el objetivo planteado, identificando las necesidades y agrupando estas ideas y necesidades en temas y tipologías.

Al igual que en los casos anteriores, dichas necesidades fueron transformadas posteriormente en preguntas de evaluación.

#### 4. Análisis de las Necesidades de Evaluación

---

Tras la elaboración de las preguntas de evaluación por el equipo a partir de la lectura del Programa, la revisión de las conclusiones del Estudio cualitativo y el análisis de la entrevista en profundidad realizada a la cuidadora, se unificaron todas las preguntas en un solo documento, con el objetivo de identificar aquellas que fueran similares y seleccionar la más adecuada o reformularla en una nueva a partir de las anteriores.

Los criterios para seleccionar la mejor pregunta, ante la presencia de dos o más semejantes, fueron:

- 1º Elegir aquella pregunta cuya redacción resultase más sencilla, clara y comprensible; de alguna manera, “la más intuitiva”.
- 2º Valorar también la que hubiese sido formulada de forma neutra, sin cargas de valor o, si eso no fuera posible, al menos aquella formulada en positivo.

A continuación se clasificaron como ***preguntas de diseño, proceso o resultados***.

Las *preguntas de diseño* hacen referencia a aquellos aspectos relacionados con la Teoría del Programa, con la elaboración del propio Programa y con todos aquellos aspectos previos a la puesta en marcha del mismo.

Las *preguntas de proceso* son todas aquellas que tienen que ver con la implementación y funcionamiento del Programa, es decir, con las actividades y acciones previstas.

Las *preguntas de resultados* engloban tanto a los productos o “*outputs*” como a los resultados o “*outcomes*”.

## 5. Establecimiento de las Prioridades de Evaluación

---

Las preguntas de evaluación elaboradas se agruparon en diferentes campos temáticos, que según el criterio del equipo evaluador, respondían a los diferentes objetivos y actividades planteadas en el Programa.

Este proceso concluyó con la configuración de 5 áreas temáticas:

- **Área General**
- **Área de Formación**
- **Área de Coordinación**
- **Área de los Servicios Formales de Apoyo**
- **Área de las Escalas de Valoración Geriátrica**

El **Área General** engloba a todas aquellas preguntas que tienen que ver con la parte del Programa que se centra en la atención social y sanitaria, tanto preventiva, como diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora, que se presta en la Atención Primaria de Salud.

También hay preguntas relacionadas con el conocimiento de la situación socio-sanitaria de los ancianos y cuidadores, que constituye uno de los objetivos del Programa.

Además, algunas otras cuestiones hacen referencia al papel que desempeñan el anciano y sus cuidadores en la asistencia sanitaria de Primer Nivel.

Por tanto, esta área queda subdividida a su vez en diferentes sub-apartados:

- *Situación socio-sanitaria de los ancianos y cuidadores del distrito de Vallecas*
- *Atención socio-sanitaria a los ancianos:*
  - Uso racional o adecuado de los medicamentos
  - Actividades preventivas
  - Actividades de Educación para la Salud
- *Papel del ciudadano y del entorno próximo*

El **Área de Formación** incluye todas aquellas preguntas referidas a la formación continuada de los profesionales sociales y sanitarios y de otros agentes sociales. Se ha subdividido en:

- *Formación de los profesionales sociales y sanitarios:*
  - Cursos de Formación
  - Rotaciones por los Servicios de Geriatría
  - Sesiones docentes
- *Formación de los cuidadores y el voluntariado*
- *Otras acciones formativas*

El **Área de Coordinación** engloba todas las preguntas elaboradas en relación con la coordinación interna dentro del propio Equipo de Atención Primaria y con la coordinación entre los diferentes niveles sanitarios y entre Sanidad y los Servicios Sociales municipales de Puente y Villa de Vallecas. Ha quedado fraccionada en los siguientes apartados:

- *Coordinación interdisciplinaria interna del Equipo de Atención Primaria*
- *Coordinación interdisciplinaria entre Atención Primaria y Atención Especializada*
- *Coordinación socio-sanitaria*

El **Área de los Servicios Formales de Apoyo** se centra en la evaluación de principales servicios que oferta Servicios Sociales para apoyar al anciano y al cuidador en la realización de las actividades de la vida diaria. Estos servicios, también llamados de Alivio o Respiro, serían las residencias de mayores temporales o definitivas; los centros de día; el servicio de teleasistencia y el servicio de ayuda a domicilio.

Además se han incluido en este apartado, todas aquellas preguntas relacionadas con los programas psicosociales o grupos de apoyo para los cuidadores y las guías de cuidadores

En el **Área de las Escalas de Valoración Geriátrica** se incluyen las cuestiones que tienen que ver con el uso de las escalas que se emplean para hacer la valoración integral del anciano y evaluar su situación bio/psico/social.

Para el establecimiento de prioridades de evaluación se siguieron, inicialmente, dos criterios:

1. Primar la implementación y los resultados frente al diseño del Programa.
2. Priorizar unas áreas de evaluación frente a las otras.

1. Se comprobará más adelante, observando la Matriz de Evaluación, que las *preguntas de diseño* no son muy numerosas. En un primer ejercicio de selección, se priorizaron las *preguntas de proceso y resultados* frente a las de diseño y, en realidad, muchos aspectos que inicialmente fueron considerados como parte del diseño se transformaron a preguntas de proceso, ya que más que averiguar la pertinencia del Programa se ha querido comprobar cómo ha sido su implementación.

2. Posteriormente, en una de las reuniones del grupo de evaluación, se decidió por consenso el orden de prioridad que se le otorgaba a cada una de las diferentes áreas, de modo que, en caso de existir alguna limitación, bien fuera de recursos o de tiempo, la evaluación trataría de responder, en primer lugar, a las preguntas del área con priorización 1, después al área con priorización 2 y así sucesivamente.

El orden de prioridad acordado fue el descrito a continuación:

- 1º Área de Coordinación
- 2º Área General
- 3º Área de los Servicios Formales de Apoyo
- 4º Área de Formación
- 5º Área de Escalas de Valoración Geriátrica

Como ya se ha citado en más de una ocasión a lo largo de este documento, el desarrollo de la evaluación no es un proceso lineal y rígido, sino que una de sus principales características y a su vez ventajas, es la flexibilidad y dinamismo, de modo que una y otra vez durante todas las fases del proceso es necesario volver hacia atrás y replantear las diferentes situaciones.

La priorización de las preguntas es un ejemplo de ello, ya que después de definir estos criterios de priorización descritos al inicio de la evaluación, se han ido sumando otros durante las sucesivas fases que componen el diseño.

De manera que, dentro de cada una de las Áreas propuestas se han revisado de nuevo las preguntas y se han valorado según los **criterios de influencia** (relevancia, importancia para la evaluación y la toma de decisiones) e **incertidumbre** (grado de conocimiento de la respuesta) propuestos por **Cronbach** (Bustelo M. y Ligeró JA., 2003), seleccionando las que nos parecen más relevantes y desconocemos en mayor medida su respuesta.

En esta Memoria, sólo se mostrarán, a modo de ejemplo, algunas de las preguntas de evaluación, dado el elevado número de las mismas en la Matriz.

## SISTEMA DE PRIORIZACIÓN PROPUESTO POR CRONBACH

	Baja influencia	Alta influencia
<b>Baja incertidumbre</b>	¿Debe acompañarse la valoración geriátrica de la elaboración un plan integral de cuidados (juicio clínico, tratamiento y seguimiento)?	<p>¿Los procesos participativos repercuten en el nivel de conocimientos y en la asunción de auto-responsabilidad y cuidados de los mayores?</p> <p>¿Las escalas de valoración geriátrica son fiables?</p> <p>¿La evaluación geriátrica cuantifica adecuadamente los problemas y capacidades médicas, psicosociales y funcionales del individuo anciano?</p> <p>¿Cuántos cursos de formación se han realizado en el sector sanitario, el social y mixtos?</p> <p>¿Las escalas de valoración geriátrica se pueden llevar a cabo fácilmente en las consultas?</p> <p>¿Precisan entrenamiento o formación los profesionales?</p> <p>¿Conocen los profesionales sanitarios la existencia de estas comisiones de coordinación?</p> <p>¿Qué piensan los profesionales de esta valoración geriátrica (tiempo, utilidad, etc.)?</p> <p>¿Las comisiones de coordinación han servido para aumentar la confianza de los profesionales en su capacidad para resolver los problemas de los mayores?</p> <p>¿Se ha reducido el coste global de la asistencia sanitaria con la evaluación geriátrica?</p>
<b>Alta incertidumbre</b>		<p>¿Son efectivas las actividades preventivas que se realizan?</p> <p>¿Las actividades de educación para la salud son efectivas?</p> <p>¿La evaluación geriátrica ha mejorado el estado funcional del paciente geriátrico?</p> <p>¿La evaluación geriátrica ha mejorado el estado afectivo y cognitivo del paciente?</p> <p>¿Ha aumentado el tiempo de supervivencia de los pacientes con la evaluación geriátrica?</p> <p>¿Las escalas de valoración geriátrica son conocidas por todos los profesionales?</p> <p>¿En qué grado se ha realizado y registrado la valoración integral (clínica, funcional, mental y social) de los pacientes incluidos en el programa?</p> <p>¿La evaluación geriátrica ha reducido el uso de medicamentos innecesarios?</p> <p>¿Ha aumentado el uso de servicios domiciliarios con la evaluación geriátrica?</p> <p>¿Repercute la formación a los profesionales positivamente en la calidad de la atención a los mayores?</p> <p>¿Ha disminuido la institucionalización de la población anciana tras la implantación del programa en el distrito de Vallecas?</p> <p>¿Ha mejorado la calidad de la atención socio-sanitaria de los ancianos de alto riesgo? ¿En qué aspectos?</p> <p>¿Los ancianos inmovilizados tienen el mismo acceso que el resto a la atención especializada que precisan?</p> <p>¿Ha disminuido el nº de personas dependientes con el programa?</p>

Una vez estructurada la Matriz de Evaluación, al revisar en profundidad la validez y viabilidad de las fuentes de verificación primarias y secundarias, se ha analizado de nuevo la factibilidad para dar respuesta a determinadas preguntas, revisándose una vez más la importancia de las mismas y valorando su posible eliminación.

## **6. Definición de los Criterios de Evaluación**

---

La **valoración o enjuiciamiento sistemático** es una de las características específicas de la evaluación y uno de sus principales rasgos diferenciadores con respecto a otras prácticas como la investigación, el seguimiento, etc.

Para realizar esta valoración sistemática de un programa, política, etc. hay que definir previamente unos **criterios de valor** en función de los cuales evaluaremos y emitiremos los juicios posteriores.

El criterio define el estado más positivo, deseable de un proyecto, programa, etc. y lo compara con la situación real, lo que le permite emitir un juicio (Ligero J.A., 2001).

El establecimiento de dichos criterios es un paso sumamente importante de la evaluación, ya que obliga a la reflexión sobre **qué** se quiere **evaluar** realmente.

Por este motivo, en dichos criterios deben quedar recogidas las diferentes perspectivas de valoración de los agentes del Programa (Bustelo M., 2003).

En la evaluación que nos compete, esto se ha logrado porque tanto las preguntas como los criterios de valor han sido establecidos entre todos los miembros del equipo de evaluación, que a su vez representan a los diferentes actores del Programa y se han tenido en cuenta a su vez el resto de necesidades informativas identificadas.

Así mismo, los criterios de evaluación deben estar claramente definidos, ya que son considerados una pieza clave del estudio, al orientar la recopilación, el análisis de la información y el establecimiento de juicios.

En primer lugar, el equipo evaluador realizó una búsqueda bibliográfica para construir la nomenclatura y definir los posibles criterios de evaluación, y sobre ella, se fue trabajando y valorando en qué medida se ajustaban a las necesidades de la evaluación del Programa, para finalmente poder alcanzar una definición consensuada de cada uno de ellos.

Para la definición de criterios expuesta a continuación, se han tomado como referencia las *Fichas del Maletín Pedagógico de "Evaluación"* (Bustelo M., Ligerero J.A., Muñoz M., 2003). En aquellos criterios definidos a partir de otra bibliografía distinta, se ha señalado la referencia al final de la misma.

### **6.1. Definición de los criterios de evaluación:**

- **ACCESIBILIDAD:** Facilidad con la que los servicios sociosanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población en relación con las barreras organizativas, económicas, culturales, etc. (Varó J., 1994, citado en Álvarez C, 1998).

Valora el acceso que tienen los mayores y cuidadores de Vallecas a los servicios socio-sanitarios públicos, evaluándose en función de las diferentes características y problemas de dichos colectivos.

- **ACTIVIDAD:** Evalúa el cumplimiento y realización de las diferentes actividades del Programa, analizando si se han llevado a cabo en la forma y tiempo previstos.

El PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) ha denominado a este criterio "Desempeño", pero el equipo evaluador ha preferido definirlo como "Actividad" porque es un término más habitual en las instituciones socio-sanitarias implicadas.

- **CALIDAD:** Tomando como referencia el concepto de calidad que aparece en la Norma ISO 9000, hemos definido este criterio como la valoración del conjunto de propiedades y características inherentes a los procesos y actividades planteadas en el Programa y que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades, evaluando el modo en que se llevan a cabo y cualidades como la calidad científico-técnica, la calidad en la relación con los usuarios o beneficiarios, etc.

- *Calidad científico-técnica o profesional:* Competencia profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir, de forma más o menos directa, salud y

satisfacciones en la población atendida (Palmer H., 1994, citado en Álvarez C., 1998).

- **COBERTURA:** Evaluar si el Programa está llegando a la población beneficiaria y la forma en que lo hace. Debe permitir calcular la tasa de cobertura, los posibles sesgos y los problemas de accesibilidad para acceder al programa. Estos dos últimos aspectos se han desglosado y se han definido dos nuevos criterios: el criterio de ACCESIBILIDAD y el criterio de EQUIDAD.
- **COORDINACIÓN:** Se refiere a la valoración de las interacciones existentes entre los equipos y servicios sanitarios, sociales, etc. dirigidas a sincronizar y armonizar constantemente entre sí, las actividades, los medios y recursos humanos empleados en la consecución de los objetivos del Programa. La coordinación debe estar al servicio de los otros criterios de evaluación (eficacia, eficiencia, equidad, etc.).
- **EFICACIA:** Alude al alcance de los objetivos específicos y de los resultados u objetivos operativos del Programa, en la población beneficiaria, personas mayores de 75 años y sus cuidadores de los distritos de Puente y Villa de Vallecas, en el periodo de tiempo que se estime conveniente por el equipo evaluador y sin considerar los costes en los que se incurre para obtenerlos. En este sentido, se entenderá eficacia como sinónimo de efectividad.
- **EFICIENCIA:** Medida del logro de los resultados u objetivos operativos en relación con los recursos (económicos, humanos, materiales y de tiempo) que se consumen. Se trata de valorar el equilibrio que existe entre el logro de objetivos y los recursos consumidos.
- **EQUIDAD:** Evalúa si los productos (“outputs”) y los efectos (“outcomes”) del Programa se distribuyen por igual, o en proporción a los más

necesitados. Cabe hablar de equidad de procedencia social, de procedencia cultural, de género, etc.

**FIABILIDAD:** Hace referencia a la reproducibilidad de los resultados al aplicar de manera repetitiva los diferentes instrumentos (protocolos, escalas de valoración, etc.) por parte de los diversos efectores (Varó J., 1994, citado en Álvarez C, 1998).

- **IMPACTO:** Se refiere a todos los efectos provocados por el programa, positivos y negativos, esperados y no esperados. Mientras que la eficacia muestra el cumplimiento de los objetivos específicos y los operativos del programa, el impacto expresa los logros que traduciríamos como el cumplimiento del objetivo global o general del programa con respecto a la población-meta.

El punto de partida para analizar el impacto ha de ser el grado de eficacia alcanzado. A partir de ahí nos podemos preguntar qué otros efectos, positivos o negativos, esperados o no, han tenido lugar como resultados de las acciones del programa. Los efectos pueden ser organizativos, económicos, tecnológicos, sociales, políticos, sanitarios, etc.

- **INTEGRALIDAD:** Establece el juicio sobre si la atención que se presta a los mayores y sus cuidadores es tanto de tipo sanitario como social y si, además, es completa, trabajando en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de cualquier problema socio-sanitario.
- **PARTICIPACIÓN:** Establece el juicio sobre si el programa ha sido promovido, diseñado, ejecutado y evaluado con el protagonismo real de los beneficiarios.
- **PERTINENCIA:** Es la adecuación de los objetivos y resultados del programa al contexto en el que se realiza y, en este sentido, contempla también la adecuación a las prioridades y necesidades de la población beneficiaria. Se debe valorar el grado de adaptación del Programa (sus

objetivos, acciones, metodología...) al contexto geográfico, cultural, institucional, etc.

- **SATISFACCIÓN:** Este criterio hace referencia a la *calidad percibida* y se ha definido como “impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un servicio, en este caso de las acciones del Programa, para satisfacer sus expectativas” (Donabedian A., 1980, citado en Álvarez C., 1998).

Cuando el criterio responde a la “**Satisfacción del usuario o beneficiario**” se amplía al “grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma”, que incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria (Varó J., 1994, citado en Álvarez C, 1998).

Esta segunda definición responde a las limitaciones derivadas de medir la satisfacción del usuario en términos de calidad, ya que el paciente sólo tiene una comprensión incompleta de la ciencia y tecnología de la atención.

- **VIABILIDAD:** Es la sostenibilidad y mantenimiento de los efectos positivos del Programa. Se refiere a la durabilidad de los cambios acaecidos sobre los beneficiarios y a la sostenibilidad del programa a lo largo del tiempo que tiene programado (suficiencia de medios organizativos, humanos y materiales que garanticen una correcta y eficaz gestión del Programa.
- **VISIBILIDAD:** Establece si el programa es conocido por los diferentes agentes implicados y por la población beneficiaria y se identifica a sus financiadores. Afecta a las cuestiones de visibilidad institucional y social del Programa, al conocimiento de la institución y sus proyectos, a la fiabilidad de su actuación, a la relevancia de sus acciones y a su estrategia informativa.

A partir de la definición de estos criterios, se fueron clasificando todas las preguntas y situando bajo el criterio correspondiente.

Este proceso fue absolutamente dinámico, de modo que a partir de la revisión de las preguntas surgían nuevos criterios o se replanteaban y consensuaban los conceptos de los ya definidos.

Por último, se analizó si las preguntas eran suficientes, es decir, si describían completamente al criterio y si a partir de la respuesta de todas ellas podía valorarse y emitirse un juicio sobre cada uno de los criterios.

Cuando esto no era así, se procedía a la formulación de nuevas preguntas hasta que el equipo considerase que éste había quedado suficientemente definido.

A continuación se describen los criterios establecidos para cada una de las Áreas del Programa, lo que significa que cada Área será evaluada en función de los criterios especificados.

Para el **Área General** se definieron los criterios de:

- ACCESIBILIDAD
- ACTIVIDAD
- CALIDAD
- COBERTURA
- COORDINACIÓN
- EFICACIA
- EFICIENCIA
- EQUIDAD
- IMPACTO
- INTEGRALIDAD
- PARTICIPACIÓN
- PERTINENCIA
- SATISFACCIÓN
- VIABILIDAD
- VISIBILIDAD

El **Área de Coordinación** se evaluará a partir de los siguientes criterios:

- ACTIVIDAD
- CALIDAD
- COBERTURA
- EFICACIA
- EFICIENCIA
- IMPACTO
- PARTICIPACIÓN
- PERTINENCIA
- VIABILIDAD
- VISIBILIDAD

En el **Área de Formación** se evaluarán los criterios de:

- ACTIVIDAD
- CALIDAD
- COBERTURA
- COORDINACIÓN
- EFICACIA
- IMPACTO
- PARTICIPACIÓN
- PERTINENCIA
- SATISFACCIÓN
- VISIBILIDAD

En los **Servicios de Formales de Apoyo a los Cuidadores** se evaluarán en función de los siguientes criterios:

- ACCESIBILIDAD
- CALIDAD
- COBERTURA
- EFICACIA
- EQUIDAD
- IMPACTO

- PARTICIPACIÓN
- PERTINENCIA
- SATISFACCIÓN
- VISIBILIDAD

Las **Escalas de Valoración Geriátrica** se evaluarán a través de estos criterios:

- CALIDAD
- EFICACIA
- FIABILIDAD
- PERTINENCIA
- VISIBILIDAD

## 7. Elaboración de la Matriz de Evaluación del Programa

---

Las necesidades informativas identificadas y que han conformado posteriormente cada criterio deben poderse contestar con la evaluación.

Para ello, primero hay que llevar a cabo lo que se conoce como **Operacionalización de los criterios de evaluación.**

Se trata de un proceso deductivo en el que, a partir de la definición de los criterios, se van conformando las *preguntas (o subcriterios)* y, en los casos en los que sea necesario, se van describiendo las especificaciones a dichas preguntas hasta completar y aclarar el sentido de las mismas. A continuación se elaboran los *indicadores*, con la creación de al menos uno para cada pregunta, y el proceso finaliza con el diseño o búsqueda de las *fuentes* de extracción de la información para cada uno de los indicadores propuestos.

### 7.1. Indicadores

Un indicador es una aproximación cuantitativa o cualitativa a la “realidad” objeto de estudio, por lo que constituye una visión de la realidad que se pretende transformar con el programa o proyecto.

Los indicadores son los que nos permitirán posteriormente establecer juicios de valor.

#### Características de los indicadores:

1. Los indicadores son las piezas de información que vinculan las necesidades de información o preguntas con los datos que es preciso recopilar.
2. Buscan acercarse lo más posible al concepto (*pregunta*), aunque frecuentemente tienen que conformarse con reflejar la realidad de forma similar o parcial, aportando a la evaluación solamente una aproximación a la información buscada.
3. Para facilitar la transición del concepto (*pregunta*) a la variable empírica (*indicador*) suele ser clarificador pasar por una fase intermedia

denominada “*Aspectos que definen la pregunta*”, donde se puede describir y desglosar el concepto a medir. De esta forma se orienta y se facilita la formulación de indicadores.

4. Puede ser necesario formular más de un indicador para responder a una misma pregunta de evaluación.
5. Los indicadores pueden ser de naturaleza cuantitativa o cualitativa. La elección de uno u otro tipo dependerá de la pregunta de evaluación. Sin embargo, siempre que algo pueda cuantificarse conviene hacerlo, aunque esto no es óbice para, además, definir indicadores cualitativos que se refieran al mismo concepto cuantificado.
6. Al formular los indicadores hay que tender a la sencillez del mismo, pero siempre garantizando su relevancia. Es decir, cuanto más sencillo y fácil de obtener es un indicador mejor, siempre que lo que muestre sea relevante y dé respuesta a la necesidad informativa que justifica su formulación.

Componentes de un indicador:

1. *Nombre del indicador*: enunciado breve que designa al indicador.
2. *Fórmula o formato*: Sistema de medida del concepto, cuando éste es medible. Expresión en forma matemática para la cuantificación del indicador, si es posible cuantificarlo. Es preferible su expresión de forma relativa, como una proporción con numerador y denominador.
3. *Tiempo*: Se debe establecer el periodo de tiempo al que hace referencia el indicador.
4. *Población*: Así mismo, debe especificarse el grupo de población a estudiar.

5. *Estándar*: Nivel deseado de cumplimiento de un indicador. Es un juicio de buenas prácticas, de lo deseable, y es lo que permite emitir un juicio de valor. El estándar se puede referir a un logro relativo con respecto a logros anteriores (en términos de incremento) o a un estándar teórico de buena práctica (referencias de otros programas, de la evidencia del conocimiento, etc.)

6. *Definición o explicación de términos si procede*: Definición de aquellos aspectos del indicador que puedan ser ambiguos o sujetos a diversas interpretaciones.

Por ejemplo: “Se considera evaluación geriátrica correcta de 1ª consulta aquella que incluye en el registro de la historia clínica los siguientes aspectos:

- Datos sociales: situación familiar; situación de la vivienda y situación económica.
- Datos funcionales
- Datos clínicos: tensión arterial, exploración visual...”

## 7.2. Fuentes de verificación:

En la *Matriz de Evaluación* también deben especificarse las fuentes de extracción de la información, a través de las cuales se tratará de dar respuesta a cada indicador.

Es interesante establecer la diferenciación entre fuentes primarias y secundarias:

- *Primarias*: cualquier tipo de técnica construida “ad hoc”, en la que el evaluador analiza la información que él mismo obtiene.
- *Secundarias*: aquella información que ya existe previamente, recogida por otros investigadores y con fines distintos a nuestro estudio, pero que nos resulta de utilidad ya que permite responder a nuestros indicadores.

De este modo se van recorriendo diferentes fases con el objetivo de, partiendo de un concepto más general y abstracto (*criterio*), alcanzar un mayor grado de concreción (*indicador*).

La finalidad de dicha operacionalización es obtener una información que de forma sistematizada y lógica, permita establecer para cada uno de los criterios un juicio de valor sobre el Programa (Bustelo M, Ligeró JA, Muñoz M., 2003).

Esta es la forma en que se va construyendo la **Matriz de Evaluación**, que no es más que la expresión en formato tabla de esta operacionalización.

El equipo de evaluación fue siguiendo todo este proceso hasta llegar a diseñar la **Matriz de Evaluación del “Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores”**.

Se organizó de la siguiente manera:

La matriz dividida en las Áreas ya comentadas se trabajó por partes en pequeños grupos y una vez definidos indicadores y fuentes, se realizó una revisión cruzada por pares, de modo que el grupo 1 revisaba el trabajo del grupo 2, el grupo 2 revisaba el del grupo 1 y así sucesivamente.

A continuación toda la información se unificó en un sólo documento y se procedió nuevamente a una exhaustiva revisión global por parte de algunos miembros del equipo de evaluación, entre los que me encontraba yo, valorando en profundidad la factibilidad de las fuentes primarias y secundarias propuestas.

Aprovechando la reflexión derivada del ejercicio teórico que sobre la evaluación supone esta Memoria de Grado, he procedido a revisar nuevamente la matriz tratando de identificar posibles incoherencias, tareas incompletas y también con el objetivo de mejorar su maquetación.

La **Matriz de Evaluación del “Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores”** viene detallada en su totalidad a continuación en el **Epígrafe VIII**.

Se ha estructurado en las diferentes Áreas descritas anteriormente:

- Área General
- Coordinación
- Formación
- Servicios Formales de Apoyo
- Escalas de Valoración Geriátrica

## IX. DISEÑO METODOLÓGICO DEL TRABAJO DE CAMPO

---

### 1. Conceptualización de las Diferentes Perspectivas Metodológicas

### 2. Técnicas de Recopilación y Análisis de la Información Previstas en la presente Evaluación

- Fuentes de verificación
- Técnicas previstas en el diseño metodológico:
  1. Encuesta a ancianos/as
  2. Encuesta a cuidadores/as
  3. Encuesta a profesionales socio-sanitarios
  4. Grupos de discusión
  5. Entrevistas
  6. Fuentes secundarias
  7. Triangulación de fuentes primarias y secundarias

### 1. Conceptualización de las Diferentes Perspectivas Metodológicas

---

Como ya planteó Edgar Morin en su libro *“Introducción al pensamiento complejo”*, el conocimiento científico avanza bajo un *paradigma de simplicidad*, por lo que en su intento de lograr una mayor comprensión de la realidad tiende a simplificarla, parcelarla y a mostrar una visión reduccionista de la misma. Sin embargo, este autor opina que la realidad es compleja y debe analizarse desde todas sus perspectivas, por lo que se requiere de un enfoque multidimensional para poder aspirar a una visión lo más completa posible (Morin E., 1995).

Podemos comprobar como la realidad social está constituida por un conjunto de elementos materiales y simbólicos que sólo a efectos analíticos son separables.

En este sentido, asumimos que las diversas metodologías de investigación abordan diferentes aspectos de la realidad y que lo hacen desde una aproximación diferente.

La metodología cuantitativa trata de explicar desde una perspectiva distributiva la parte material de la realidad social, la de los “hechos” o “acontecimientos” objetivos, al tiempo que, de la comprensión profunda de significados sociales, representaciones simbólicas, creencias, motivaciones, etc., de los actores se ocupa la investigación cualitativa (Alonso, LE. 1998).

Tradicionalmente, en el campo de la investigación, ambas perspectivas han sido consideradas durante mucho tiempo como contrapuestas e incompatibles. Sin embargo, actualmente esto está dejando de ser así y, sin duda, una de las disciplinas que ha contribuido en mayor medida a acercar posiciones ha sido la evaluación.

La evaluación asume que las aproximaciones cuantitativas y cualitativas abordan dos planos distintos de la realidad y, por ello, las considera metodologías complementarias e igualmente necesarias. Es muy frecuente que el evaluador, para lograr sus objetivos, recurra a ambas indistintamente (Ballart X., 1996).

Otro de los posibles beneficios es la mayor potencia en los resultados de la evaluación obtenida gracias a la triangulación de técnicas.

La presente evaluación, como se verá a continuación, propone un diseño metodológico diverso.

El Programa del que se ocupa tiene por objeto aumentar y mantener la salud de la población, en este caso de los mayores, a través de la mejora de la atención socio-sanitaria.

El entender la salud como un concepto no solamente físico, sino también psíquico y social, obliga a una aproximación multidisciplinar y plural en lo teórico, pero también en lo metodológico y en lo técnico para tratar de abordar todos estos aspectos.

La Promoción y la Educación para la Salud, objeto también de esta evaluación, al servirse de técnicas educativas y de la comunicación para desarrollar sus

acciones, encuentra en las metodologías cualitativas, un espacio de investigación y evaluación especialmente útil de cara a mejorar la eficacia de sus intervenciones futuras (S<sup>o</sup> de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. D.G. de Prevención y Promoción de la Salud. Comunidad de Madrid, 1994).

El conocimiento de la realidad simbólica posibilita una reconstrucción (o nueva simbolización) de la misma y, de esta forma, la promoción de nuevas actitudes y comportamientos que fomenten la salud. (Berger P, 1998)

Otros posibles valores del abordaje cualitativo son la oportunidad que brinda a todos los agentes implicados en un Programa a participar activamente y la posibilidad de reconstruir los diferentes discursos de estos stakeholders, proporcionando una mayor comprensión de los significados atribuidos al Programa.

El objetivo de esta evaluación se basa, por tanto, no sólo en la obtención de datos, sino también en la aspiración de interpretar conocimientos, es decir, persigue no sólo describir o explicar la parte material y objetiva de la atención sociosanitaria a los mayores, sino aproximarse también a las concepciones, opiniones, vivencias y demandas de todos los agentes críticos del Programa que se evalúa (Alonso, LE. 1998).

## **2. Técnicas de Recopilación y de Análisis de la Información Previstas**

---

A partir de la realización de la Matriz de Evaluación, se ha elaborado un diseño metodológico capaz de responder de forma mayoritaria a las preguntas de evaluación planteadas por el equipo evaluador.

A continuación se describen, de manera resumida, el tipo de fuentes de información y las técnicas previstas para desarrollar durante la fase de trabajo de campo.

- **FUENTES DE VERIFICACIÓN**

Se utilizarán tanto **fuentes primarias** como **secundarias**.

Como fuentes secundarias, se manejará toda la información generada por el propio Programa; así como datos recogidos en Atención Primaria y Servicios Sociales sobre actividad generada, recursos humanos, medios económicos, etc., y estudios previos de investigación socio-sanitaria realizados en Vallecas recientemente.

Se va a proceder también a la revisión de una **muestra representativa de Historias Clínicas en soporte papel o electrónico (OMI)**, según el grado de implantación del sistema informático OMI en cada EAP, de las personas mayores de 74 años.

Además, se llevarán a cabo estudios ad hoc tanto cuantitativos como cualitativos: **encuestas, grupos de discusión y entrevistas**, diseñadas específicamente para esta evaluación.

Esto posibilita la triangulación de diversos tipos de fuentes, primarias y secundarias, y de diferentes técnicas de recogida de información, encuestas, entrevistas y grupos de discusión, con el objetivo de contrastar los datos y obtener información de diferente naturaleza, que nos proporcione una visión lo más completa y compleja posible del Programa.

- TÉCNICAS PREVISTAS EN EL DISEÑO METODOLÓGICO

En este apartado se detallarán los diferentes estudios previstos.

La realización o no de todas las técnicas planteadas en el diseño dependerá de diferentes factores como los recursos humanos y económicos finalmente disponibles y del plazo de tiempo requerido.

- 1. ENCUESTA A PERSONAS MAYORES**
- 2. ENCUESTA A CUIDADORES**
- 3. ENCUESTA A PROFESIONALES SOCIO-SANITARIOS**
- 4. GRUPOS DE DISCUSIÓN**
- 5. ENTREVISTAS**
- 6. FUENTES SECUNDARIAS**
- 7. TRIANGULACIÓN DE FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS**

## 1 y 2. ENCUESTA A PERSONAS MAYORES Y CUIDADORES

Para realizar la presente evaluación se hace imprescindible contar con la participación de los beneficiarios del Programa, como son las personas mayores y sus cuidadores.

Por ello, se plantea realizar un estudio específico sobre las opiniones que éstos, los principales receptores del programa, tienen acerca del mismo y del modo en que éste responde a sus necesidades.

El propósito es conocer las opiniones de los mayores de 74 años de los distritos de Puente y Villa de Vallecas y la de sus cuidadores, acerca del **“Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores”**, mediante la realización de dos encuestas dirigidas a dichos colectivos.

### Metodología

Se trata de una investigación de tipo cuantitativo desarrollada con entrevista personal en el hogar.

Se realizarán dos estudios diferentes:

Una encuesta representativa en domicilio a la población anciana y otra, a la población responsable de proporcionar los cuidados de tipo informal a dichos ancianos, entendiendo por prestación de cuidados informales aquellos llevados a cabo por familiares o personas cercanas.

### Universo del estudio

La población anciana, mayor de 74 años, residente en los distritos de Puente y Villa de Vallecas y la población que presta los cuidados informales a dicha población anciana de estos mismos distritos.

Se estima una población de más de 74 años residente en Puente y Villa de Vallecas de 21.684 personas, según fuentes del padrón municipal a 1 de enero de 2003, y de 24.177, según el PAS 2004.

No existen registros sobre la proporción de cuidadores de personas mayores que vive actualmente en los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

Por tanto, el cálculo se ha realizado de manera aproximada a partir de la prevalencia de población anciana que vive sola en Vallecas, que es del 40%, y

teniendo en cuenta además a la proporción de población institucionalizada. A partir de estos datos, estimamos que la población de cuidadores variará aproximadamente entre 10.000 y 13.000, según se tomen los datos de la población anciana del Padrón o del PAS.

El muestreo de personas mayores se hará en varias etapas para llegar al individuo. Se trata de un muestreo por conglomerados polietápico con estratificación previa en dos estratos geográficos: los distritos de Villa y Puente de Vallejas.

Las unidades muestrales utilizadas en la selección serán:

- 1ª etapa: Equipos de Atención Primaria
- 2ª etapa: Hogares
- 3ª etapa: Individuos (elementos muestrales)

La selección de las unidades muestrales se realizará dentro de las áreas correspondientes a cada equipo de Atención Primaria, mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

Una vez localizado un anciano, se captará, a través de él, a un cuidador para entrevistarle. Cuando la muestra de ancianos se complete, se continuará el mismo procedimiento hasta realizar el número mínimo de entrevistas previsto para los cuidadores.

### **Tamaño y diseño muestral**

El tamaño muestral de cada una de las encuestas, calculado con un error muestral máximo del 5% y un nivel de confianza del 95%, para  $p=q=50\%$ , será de 400, 800 en total.

La elaboración del diseño muestral de cada una de las encuestas permitirá desagregar la información según sexo, edad, distrito municipal de residencia y Equipo de Atención Primaria (EAP) al que pertenecen, de la población anciana y sus cuidadores.

### **Campo de análisis**

El campo de análisis lo constituyen las preguntas de evaluación específicas para ambos colectivos descritas en la matriz de evaluación y que deben ser respondidas a través de estos estudios.

### Instrumento de medición

El cuestionario constará de preguntas cerradas en número variable y 8 abiertas.

En el **Anexo II** se describe el diseño del cuestionario que se empleará para entrevistar a los mayores y en el **Anexo III** aparece el diseño del cuestionario que se ha elaborado para encuestar a los cuidadores.

Las variables se recogerán de acuerdo a un manual de procedimientos del formulario de recogida.

### Aplicación de la encuesta

La cumplimentación del cuestionario se realizará mediante entrevista personal en el hogar.

El tiempo de aplicación se desarrollará en un mínimo de 30 minutos.

Un técnico con experiencia en este tipo de estudios realizará la encuesta.

Para obtener una mayor participación de la población, el encuestador entregará, en el momento de la contactación, una carta firmada por el Director General de Salud Pública, Alimentación y Consumo avalando el estudio y solicitando su colaboración (**Anexo IV**).

### Grabación y análisis de datos

Grabación con al menos doble entrada de datos y sistema de depuración de datos inconsistentes.

Se realizará una base de datos, tipo Excell, y la información será analizada mediante el paquete estadístico de SPSS.

### Realización de informes

Se realizará un informe final, en el cual se explicará detalladamente el desarrollo del trabajo de campo, con especial referencia a las incidencias, tasa de respuesta y características de la no respuesta.

Las variables del cuestionario serán tabuladas en un formato que especifique los valores absolutos y las frecuencias relativas, para el global y para cada uno de los subgrupos diseñados en el muestreo.

Al final del estudio se dispondrá del diseño de la encuesta, las encuestas realizadas, el fichero de datos, tablas de resultados, un informe final y un resumen del mismo, en soporte informático.

### Presupuesto total

Para la realización de la **Encuesta de opinión de las personas mayores y sus cuidadores sobre el “Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores” del distrito de Vallecas**, se cuenta con el presupuesto del Servicio de Programas de la DGSPAC para el 2004. El *Comité de Evaluación* decidió externalizar esta investigación y, por ello, la DGSPAC ha propuesto un contrato, mediante un Procedimiento Negociado como sistema de adjudicación, de conformidad con el artículo 210 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de Administraciones Públicas (R.D.L. 2/2000, de 16 de junio), al estimarse el precio de licitación en 30.000€. Esto se ha valorado teniendo en cuenta que los precios medios de una encuesta a 400 sujetos, incluyendo conceptos como diseño, realización de la fase de campo, codificación y análisis de los datos, se sitúan en el mercado en torno a 35,5 €, IVA incluido, y este estudio, para cumplir los objetivos fijados, va a precisar de dos encuestas de un tamaño muestral aproximado de 400 cada una, esto es 800 en total.

### **3. ENCUESTA REPRESENTATIVA A PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Se estima oportuno recoger las opiniones de los profesionales socio-sanitarios de Atención Primaria tanto mediante técnicas cuantitativas como cualitativas.

A continuación se describe el diseño de la encuesta que se prevé realizar a los profesionales de los EAP.

#### **Metodología**

Se plantea una investigación de tipo cuantitativo desarrollada mediante cuestionario autoadministrado.

Se realizará una encuesta representativa al personal médico, de enfermería, fisioterapia y a los/as trabajadores/as sociales de Atención Primaria pertenecientes a los EAP de los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

#### **Universo del estudio**

El personal médico, de enfermería, fisioterapia y trabajo social integrado en los Equipos de Atención Primaria (EAP) de los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

Se estima que en los EAP de Puente y Villa de Vallecas trabajan 163 médicos/as, 164 diplomados/as en enfermería, 13 fisioterapeutas y 8 trabajadores sociales. Un total de 348 profesionales.

#### **Tamaño y diseño muestral**

El tamaño muestral mínimo de la encuesta, calculado con un error muestral máximo del 5% y un nivel de confianza del 95%, para  $p=q=50\%$ , será de 116 médicos y 116 DUE.

La elaboración del diseño muestral de la encuesta estará basado en un muestreo estratificado con afijación proporcional según profesión y Equipo de Atención Primaria (EAP) al que pertenecen, para los profesionales de medicina y enfermería.

Dado el reducido número de profesionales de fisioterapia y trabajo social, se solicitará la participación de todos ellos, sin necesidad, por tanto, de muestreo alguno.

Por tanto, el número muestra mínimo que habrá que encuestar será de 253 profesionales (116 médicos, 116 DUE, 13 fisioterapeutas y 8 trabajadores/as sociales).

### **Campo de análisis**

El campo de análisis lo constituyen las preguntas de evaluación específicas para estos colectivos descritas en la matriz de evaluación y que deben ser contestadas a través de este estudio.

### **Instrumento de medición**

El cuestionario constará de preguntas cerradas y abiertas, cuyo número exacto no se definirá hasta la elaboración final del diseño del cuestionario.

Se trata de un cuestionario común para todos los profesionales, si bien, alguna pregunta estará dirigida únicamente a alguno de los colectivos profesionales, en función de la información requerida en la matriz de evaluación.

Se realizará la redacción de las preguntas definitivas del cuestionario, la estructuración y maquetación del formulario de recogida y la edición del mismo. Las variables se recogerán de acuerdo a un manual de procedimientos del formulario de recogida.

### **Aplicación de la encuesta**

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que será entregado en el centro de trabajo a través del responsable de cada EAP, el cual se encargará de explicar previamente las características del estudio y aclarar las posibles dudas que pudieran surgir.

Para ello, se realizará una presentación previa de la evaluación a los Equipos de Atención Primaria de Vallecas.

### **Grabación de datos**

Grabación con al menos doble entrada de datos y sistema de depuración de datos inconsistentes.

### Realización de informes

Se realizará un informe final, en el cual se explicará detalladamente el desarrollo del trabajo de campo, con especial referencia a las incidencias, tasa de respuesta y características de la no respuesta.

Las variables del cuestionario serán tabuladas en un formato que especifique los valores absolutos y las frecuencias relativas, para el global y para cada uno de los subgrupos diseñados en el muestreo.

### Soporte informático de los datos

Se recogerá la información en soporte informático, en formato Excell, lo que posibilita su explotación en el paquete estadístico SPSS.

Se acompañará de un manual de instrucciones en el que conste la estructura del fichero y etiquetas de variables (o en su defecto valores de códigos).

### Presupuesto total

Para la realización de la **Encuesta de opinión de los profesionales socio-sanitarios de Atención Primaria sobre el “Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores” del distrito de Vallecas**, no se cuenta con presupuesto específico.

El *Comité de Evaluación* ha decidido realizar esta investigación con los miembros del grupo como recurso, sin presupuesto económico específico, y presuponiendo una buena respuesta y colaboración de la organización (equipo de Gerencia de AP, los responsables de los EAP, etc.).

## **4 y 5. GRUPOS DE DISCUSIÓN Y ENTREVISTAS**

Para la presente Evaluación, se han seleccionado la entrevista abierta semiestructurada y el grupo de discusión como técnicas cualitativas de producción de datos.

Se ha recurrido a la metodología cualitativa con el objeto de obtener un mayor acercamiento y comprensión de las necesidades, problemas y demandas de los profesionales y beneficiarios del Programa.

### **Entrevista abierta semiestructurada**

Se trata de un diálogo cara a cara, directo y espontáneo, en el que el entrevistador orienta el discurso lógico y afectivo de la entrevista de una forma más o menos directiva (según la finalidad perseguida en cada caso) (Ortí A., 2000).

En general se alternan momentos no directivos orientados a permitir la libre expresión del sujeto, con momentos directivos en los que el entrevistador interviene con la intención de explorar todos aquellos aspectos previstos previamente (Vasco Uribe A. 1994, citado en García C., 2003). En cualquier caso, la forma y el orden de las preguntas es libre y prevalece el estilo coloquial en todo momento.

El objetivo es reproducir el discurso motivacional (consciente e inconsciente) de una personalidad típica en una situación social determinada. El investigador aspira a identificar, más que sus características individuales, las coordinadas motivacionales (psíquicas, sociales, etc.) de determinada "clase de sujeto" o "sujeto típico de la clase de referencia". Se persigue estudiar en el discurso del entrevistado, no sus problemas personales, sino la forma social de la estructura de su personalidad (Ortí A., 2000).

Como ya se comentó, una de las principales potencialidades de la entrevista abierta es la posibilidad que ofrece de captar nuevos aspectos no identificados inicialmente por el investigador y, por tanto, no recogidos en el guión.

El guión de la entrevista es un elemento fundamental, ya que contiene los temas que se desean explorar durante la conversación, aunque no proporciona la redacción textual de las preguntas, ni sugiere las posibles opciones de respuesta.

Las entrevistas previstas en esta Evaluación aparecen reflejadas en la **Tabla 4-5.A** de este mismo Epígrafe.

### Grupo de discusión

El grupo de discusión es una técnica que ha tenido especial difusión en nuestro país, en los últimos años, principalmente en el campo de la investigación de mercado y en el ámbito más amplio de la investigación social en general (Alonso, LE. 1998).

Los grupos de discusión funcionan como un microuniverso social capaz de generar el discurso estructural de los grupos de pertenencia y de referencia. Esto es así porque los individuos además de presentarse a sí mismos, tienden a tratar de representar de manera preconsciente a las personas de los distintos grupos sociales a los que pertenecen.

La representatividad de la muestra elegida en un grupo de discusión no responde a criterios estadísticos sino estructurales. Ésta puede ser juzgada por las producciones discursivas obtenidas y por la capacidad de recoger y analizar las representaciones sociales o concepciones. Se obtiene representatividad al saturar el discurso, de manera que cualquier otro grupo realizado en las mismas condiciones, produciría un discurso redundante y no aportaría mayor información.

La organización y realización de los grupos de discusión y entrevistas, planteados con el objeto de conocer el discurso de los profesionales sociosanitarios será una actividad interna del *Comité Evaluador*.

Los miembros del *Comité* contactarán con los profesionales sociosanitarios de sus respectivas instituciones, directamente o a través de los responsables de los equipos.

Los ancianos y cuidadores serán captados a través de sus médicos de familia y enfermeros/as, para tratar de motivar la participación.

Las personas seleccionadas deberán cumplir con los perfiles descritos, más adelante, para cada grupo.

Los participantes no deben conocer con detalle el objeto de la evaluación para evitar la aparición de un discurso preconcebido o influenciado por terceros (Ramasco M., 1994).

Se ha diseñado un **Guión de Contactación** para facilitar la tarea. En él se recoge únicamente la información que se ha considerado pertinente aportar a los profesionales (**Anexo V**).

Todos los grupos de discusión y entrevistas serán dirigidos por las dos técnicas de la Sección de Evaluación, Marián Gil y Mónica Morán.

La directora de cada grupo explica al comienzo el objeto de la reunión, provocando así el debate sobre el tema a investigar. Así mismo, se observa la dinámica del discurso, tratando de participar lo menos posible y poniendo especial cuidado en lo que se dice y en cuándo y cómo se dice. Se conduce la dinámica de modo que se logren abordar todos los objetivos y la participación sea total.

Al tratarse de una evaluación, puede ocurrir que el objeto de estudio sea abordado con menor ambigüedad que en una investigación o que se tenga una actitud más directiva durante la conducción de los grupo.

El número de participantes por grupo estará entre siete y diez, de esta manera se garantizará un número de canales de comunicación suficiente, evitando los silencios por defecto o los bloqueos por exceso (García S., 2002). Es a partir de cinco cuando aparece la situación de grupo social, (Alonso LE., 1998) pero ante el temor de posibles pérdidas, ocasionadas por trabajar con profesionales socio-sanitarios, cuya disponibilidad es muy limitada, y con población mayor

dependiente y sus cuidadores, también de captación complicada, se convocará inicialmente a 10 personas por grupo.

El escenario donde se desarrollará la investigación será un lugar neutro (sin carga ideológica para el grupo) y con una infraestructura adecuada (un lugar tranquilo, con mesa y sillas cómodas cuya disposición no haga destacar a nadie con respecto al resto) (Ramasco M., 1994).

Para los grupos de discusión de mayores y cuidadores se tendrán muy en cuenta estas premisas.

Para los profesionales sociosanitarios también se han reservado salas con la infraestructura adecuada, pero para facilitar la asistencia a los grupos, éstos se llevarán a cabo en los propios centros de trabajo y en la franja horaria que mejor se adapte a sus necesidades.

Como puede verse, al trabajar dentro del marco de una evaluación y no de una investigación, el cumplimiento estricto de todas estas premisas requeridas se ve condicionado por las necesidades de la misma.

En la evaluación siempre prevalece la necesidad de dar respuesta a las preguntas elaboradas a partir de las necesidades informativas de los stakeholders, frente a la rigurosidad metodológica de las técnicas de investigación.

### **Diseño de los grupos de discusión y entrevistas previstos**

Con el fin de seleccionar perfiles que representasen diferentes variantes discursivas; a la hora de configurar la muestra se tuvieron en cuenta básicamente variables como: ser agente crítico del Programa; el distrito municipal (Puente o Villa de Vallecas); el Equipo de Atención Primaria; la categoría profesional; el lugar de trabajo (organismo, entidad...) y la función que desarrollan dentro el Programa.

Se identificaron aquellos aspectos que podrían condicionar la aparición de discursos diferenciados y se diseñaron los grupos de discusión en función de ellos, tratando de generar grupos razonablemente homogéneos pero

conservando cierta heterogeneidad que hiciera posible y enriqueciera la interacción verbal.

Además se aseguró que el número de grupos de discusión necesarios era viable tanto metodológica como económicamente. Valorando los recursos humanos y económicos disponibles (ver **Epígrafe XI** sobre **Presupuesto de la evaluación**) y las necesidades de evaluación requeridas, se ha decidido llevar a cabo **20 grupos de discusión** y **14 entrevistas**.

De este modo, se logrará dar participación a todos los agentes críticos del Programa y obtener, a su vez, la representatividad necesaria, como para que los resultados obtenidos y las conclusiones finalmente emitidas tengan la suficiente validez y sean aceptadas y asumidas por todos los stakeholders.

Se ha planificado la realización de las siguientes entrevistas y grupos de discusión (**Tabla 4-5.A**):

<i>PROFESIONALES Y BENEFICIARIOS</i>	<i>GRUPO DE DISCUSIÓN</i>	<i>ENTREVISTAS</i>
Médicos de Atención Primaria	2	
Enfermeras AP	2	
Trabajadores sociales AP	1	
Fisioterapeutas AP	1	
Trabajadores sociales SS	2 (Puente y Villa)	
Trabajadores de Ayuda a Domicilio	2 (Puente y Villa)	
Responsables de Sº Formales de Apoyo		✘ (Valorar cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas)
Directores de residencias de mayores y centros de día		✘ (Valorar cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas)
Especialistas hospitalarios		✘
Especialistas extra-hospitalarios		✘
Profesionales de Salud Mental		✘
Responsables del Programa	1	
Participantes en Comisiones socio-sanitarias	3 (1 por Comisión)	
Participantes de Comisión AP / AE	1	
Responsables de EAP	1	✘ (Valorar cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas)
Responsables de gerencia AP		✘
Mayores	Se valorará tras la encuesta	
Cuidadores	Se valorará tras la encuesta	

### **MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)**

El número total de médicos/as de Atención Primaria en los distritos de Vallecas es de **163**.

La 1ª opción metodológica propuesta es realizar inicialmente **2 grupos de discusión**. Este número podría ampliarse después si se considerase necesario.

Se llevará a cabo **1 grupo de discusión (GD)** con profesionales de los EAP del distrito de **Puente de Vallecas** y **otro** con profesionales de los EAP de **Villa**.

La razón principal de la división radica en el posible funcionamiento diferenciado de los servicios sociosanitarios de Puente y Villa, en especial en relación con el área de coordinación.

En el **Anexo VI** se muestra el **Guión de Contenidos**, elaborado a partir de las preguntas de la Matriz de Evaluación.

Dado el elevado número de preguntas detectadas se ha optado por diseñar un guión semiestructurado.

En un principio, se tratará de que el grupo genere el discurso de forma libre, y sólo en el transcurso del mismo, las coordinadoras irán abordando aquellas áreas y aspectos concretos que no surjan espontáneamente, con el objetivo de dar respuesta al mayor número de preguntas planteadas en la Matriz.

#### • **Variables de inclusión (estratos):**

- *Edad:*
  - De 28 a 35 años
  - De 36 a 50 años
  - De 51 a 65 años
- *Sexo:*
  - Varón
  - Mujer
- *Zona básica de salud*
- *Distrito sanitario:*

- Puente de Vallecas
- Villa de Vallecas
- *Especialidad:*
  - Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)
  - No especialista en MFyC
- *Pertenezca a un EAP (no médico de cupo)*
- *Lleve más de 1 año en el Centro de Salud trabajando*
- *Trabaje con el Programa del Mayor*
- Con respecto a la *formación*, incluir en los grupos a médicos/as que hayan participado en cada una de las siguientes acciones:
  - Rotaciones por Geriatría
  - Asistentes a los cursos de formación
  - Asistentes a las sesiones clínicas
- **VARIABLES DE EXCLUSIÓN:**
  - *Ser médico pediatra*
  - *Ser médico de cupo*
  - *Ser suplente*
  - *Responsables del Programa o de Equipo de AP (EAP)*

Nº pers	Distrito	Edad		Sexo		Especialidad		Formación
				Varón	Mujer			
10	Puente	28 a 35	3	2	1	Sí	No	Rotaciones (3)
		36 a 50	4	2	2			Cursos (3)
		51 a 65	3	1	2			Sesiones (3)
10	Villa (6)	28 a 35	3	1	2	Sí	No	Rotaciones (3)
	Puente (4, cerca de Villa)	36 a 50	3	2	1			Cursos (3)
		51 a 65	4	2	2			Sesiones (3)

A los miembros del *Comité* encargados de realizar la captación, se les ha pedido que completen una **Tabla** como la que mostramos a continuación, para poder conocer el perfil de los integrantes del grupo.

A modo de ejemplo, mostramos en esta Memoria, las tablas elaboradas para el personal médico y el de enfermería.

CATEGORIAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DISTRITO	PUENTE										
	VILLA										
EDAD (en años)	28 a 35										
	36 a 50										
	51 a 65										
SEXO	VARÓN										
	MUJER										
ESPECIALIDAD	SÍ										
	NO										
FORMACIÓN	ROTACIONES										
	CURSOS										
	SESIONES										

### **ENFERMERÍA DE AP**

El número total de DUE de Atención Primaria en los distritos de Vallecas es de **164**.

La 1ª opción metodológica propuesta es realizar inicialmente **2 grupos de discusión**. Este número podría ampliarse más tarde si se considerase necesario.

El **Guión de Contenidos** coincide completamente con el elaborado para el grupo de discusión de los profesionales médicos y viene recogido en el **Anexo VI**.

- **VARIABLES DE INCLUSIÓN:**

- *Edad:*
  - Menores de 31 años
  - De 31 a 45 años

- De 46 a 65 años
- **Sexo:**
  - Varón
  - Mujer
- *Zona básica de salud*
- *Distrito sanitario:*
  - Puente de Vallecas
  - Villa de Vallecas
- *No responsables del Programa, ni del equipo de Atención Primaria*
- *Pertenezca a un EAP (no cupo)*
- *No ser suplente*
- *Lleve más de 1 año en el Centro de Salud trabajando*
- *Trabaje con el Programa del Mayor*
- *Trabajo en Educación para la Salud (EpS):*
  - Grupal
  - Individual
- Con respecto a la *formación*, incluir en los grupos *al menos 3 DUE* que hayan participado en cada una de las siguientes acciones:
  - Rotaciones por Geriatría
  - Asistentes a los cursos de formación
  - Asistentes a las sesiones clínicas

Nº PERS	DISTRITO	EDAD		SEXO		EPS		FORMACIÓN
				Varón	Mujer			
10	Puente	< 31	3	2	1	Grupal	Individual	Rotaciones (3)
		31 a 45	4	1	3			Cursos (3)
		46 a 65	3	0	3			Sesiones (3)
10	Villa (6)	< 31	4	1	3	Grupal	Individual	Rotaciones (3)
	Puente (4, cerca de Villa)	31 a 45	3	1	2			Cursos (3)
		46 a 65	3	1	2			Sesiones (3)

Tabla a completar con el perfil de los participantes del Grupo:

CATEGORIAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DISTRITO	PUENTE										
	VILLA										
EDAD (en años)	<31										
	31 a 45										
	46 a 65										
SEXO	VARÓN										
	MUJER										
EPS	GRUPAL										
	INDIVIDUAL										
FORMACIÓN	ROTACIONES										
	CURSOS										
	SESIONES										

### **TRABAJADORES/AS SOCIALES DE AP**

El número total de trabajadores sociales (TS) de AP en los distritos de Vallecas es de **8**.

La 1ª opción metodológica planteada es realizar **1 grupo de discusión con los 8 TS de AP**.

Si existiesen dificultades para formarlo, se optaría por **entrevistar a 2 trabajadores/as sociales, uno/a de Villa y otro/a de Puente de Vallecas**.

### **FISIOTERAPEUTAS DE AP**

El número total de fisioterapeutas de AP en los distritos de Vallecas es de **13** personas.

La 1ª opción metodológica prevista es realizar **1 grupo de discusión con 10 fisioterapeutas de AP**.

Si existiesen dificultades para formarlo, se optaría por **entrevistar a 2 fisioterapeutas**, uno de Puente y otro de Villa de Vallecas.

### **RESPONSABLES DEL PROGRAMA DEL MAYOR**

En cada centro de salud de Puente y Villa de Vallecas existe un responsable del Programa del mayor, por tanto, el número total de responsables es de 14 personas.

La opción metodológica propuesta sería realizar **1 grupo de discusión** con los **14** responsables. Aunque el grupo es muy grande, creemos que no se debe dejar fuera a ningún responsable.

Por tanto, en este grupo aparecerán representados tanto los responsables del Programa del distrito de Puente como de Villa de Vallecas.

En el **Anexo VII** se muestra el **Guión de Contenidos** diseñado para este grupo. En él aparecen únicamente aquellas preguntas que son específicas para dicho colectivo.

### **COORDINADORES DE LOS EAP**

En cada centro de salud de Puente y Villa de Vallecas existe un coordinador médico, por lo que en total son 14 personas.

La opción metodológica propuesta sería realizar **1 grupo de discusión con los 14** coordinadores médicos, ya que opinamos que es conveniente no dejar fuera a ningún coordinador.

En este grupo aparecerían representados tanto los responsables de EAP del distrito de Puente como de Villa de Vallecas.

### **MIEMBROS DE LA COMISIÓN AP / AE**

Se realizará un grupo de discusión con los miembros de dicha Comisión, asegurándose que participan tanto profesionales de Atención Primaria como de Atención Especializada.

### **MIEMBROS DE LAS COMISIONES SOCIO-SANITARIAS**

Se llevará a cabo un grupo de discusión para cada una de las Comisiones socio-sanitarias creadas, garantizándose al menos la asistencia de un representante de cada una de las organizaciones que las integran:

- **1 grupo** con los **miembros de la Comisión socio-sanitaria de Área o de Segundo Nivel**
- **1 grupo** con los participantes de la **Comisión socio-sanitaria de Primer Nivel o de Distrito de Puente de Vallecas**
- **1 grupo** con los participantes de la **Comisión socio-sanitaria de Primer Nivel o de Distrito de Villa de Vallecas**

### **TRABAJADORES/AS SOCIALES DE SERVICIOS SOCIALES**

En el distrito de Puente de Vallecas existen 28 trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales municipales y en Villa de Vallecas, 9.

Se plantea realizar **1 grupo de discusión con 10 trabajadores/as sociales de Puente de Vallecas y 1 grupo de discusión con los/as trabajadores/as sociales de Villa de Vallecas.**

Dado el elevado número de grupos de discusión diferentes, se ha optado por reflejar únicamente una muestra de los **Guiones de Contenidos** elaborados. Otro de los seleccionados ha sido el del colectivo de los trabajadores sociales de los Servicios Sociales (**Anexo VIII**).

### **TRABAJADORES/AS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**

En el distrito de Villa de Vallecas existen 2 coordinadores del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y 25 auxiliares de hogar y en Puente de Vallecas, hay 23 coordinadores del SAD y 231 auxiliares de hogar.

Se plantea realizar **1 grupo de discusión con 10 de los coordinadores del SAD**, en el que estén representados tanto los distritos de Puente y Villa de Vallecas.

Además se propone llevar a cabo **1 grupo de discusión con 10 auxiliares de hogar** de Puente y **1 grupo con 10 auxiliares** de Villa de Vallecas.

Si tras el análisis de los resultados obtenidos, se considera que fuese pertinente realizar otro grupo de discusión con auxiliares de hogar de Puente de Vallecas y existe presupuesto para ello, se haría.

### **Análisis de los datos**

El análisis se realizará a partir de las entrevistas y grupos literalmente transcritos y de las notas recogidas por el equipo evaluador durante el desarrollo de las mismas.

Inicialmente se evaluará el texto de forma global, para posteriormente agrupar la información por objetivos y proceder a su análisis e interpretación.

El análisis de los datos es un proceso dinámico y creativo, pero al mismo tiempo es asimismo importante situar dicha información en el contexto en el que fue generada (Taylor, 1992).

## 7. TRIANGULACIÓN DE TÉCNICAS

La triangulación de técnicas se ha producido a tres niveles:

1. En primer lugar, con los **datos**, ya que el diseño propuesto plantea tanto el trabajo con datos de naturaleza **cuantitativa** como con información **cualitativa**.
2. Así mismo, se ha producido triangulación en el nivel de las **fuentes** de recogida de datos, ya que muchas de las preguntas tratarán de responderse con fuentes **primarias**, es decir, a través de estudios y técnicas diseñadas ad hoc para la presente evaluación; pero también a través de datos obtenidos a partir de fuentes **secundarias**: estudios y sistemas de información ya existentes, creados específicamente para el Programa o estudios y sistemas de información diseñados con otros fines distintos.
3. Otro aspecto relevante es la atención que presta esta evaluación a las diversas voces de los diferentes actores del Programa. Se han diseñado técnicas para conocer la opinión de los profesionales de Atención Primaria, Servicios Sociales y de la población beneficiaria, las personas mayores y sus cuidadores. Pero además se ha conservado en la evaluación la **multidisciplinariedad** que existe en la atención sociosanitaria que se presta a los mayores y se ha invitado a participar a los distintos profesionales implicados: médicos, DUE, fisioterapeutas, trabajadores/as sociales de Atención Primaria y de los Servicios Sociales municipales, trabajadores del SAD, responsables de la gestión de las diferentes organizaciones, etc.



## XI. PRESUPUESTO

A continuación, se presentan, de forma resumida, los principales recursos destinados a la Evaluación.

<u>PRESUPUESTO PARA LA EVALUACIÓN</u>					
<u>Tipo de recursos</u>		<u>Entidad financiadora</u>	<u>Presupuesto</u>	<u>Descripción</u>	
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	❖ EQUIPO EVALUADOR	<i>Entidades involucradas</i>	<b>15 personas</b>	- Ya descrito en el capítulo de metodología	
<b>RECURSOS MATERIALES</b>	❖ PRESUPUESTO ECONÓMICO	DGSPAC	<b>30.000 €</b>	- <b>Contratación externa de las encuestas</b> a los mayores y sus cuidadores, mediante <u>Procedimiento Negociado</u> con presupuesto inferior a 30000€ - n = 400 encuestas a mayores de 75 años y 400 a cuidadores - Precio medio por entrevista: <b>35,5€</b> - <b>Total: 800 * 35,5 = 28.400€</b>	
		PLAN VALLECAS	<b>15.000 €</b>	- <b>Parte de los gastos de los grupos de discusión y entrevistas previstos</b>	
				- <u>Transcripciones:</u>	20 Grupos: <b>3.600€</b> 14 Entrevistas <b>1.260€</b>
				- <u>Cintas y pilas:</u>	20 Grupos: <b>200€</b> 14 Entrevistas: <b>140€</b>
	- <u>Regalos:</u>			<b>9.800€</b>	
❖ MATERIAL FUNGIBLE	<i>Entidades involucradas</i>	Sin estimar	- Papel, bolígrafos, fotocopias, etc. - Gastos de teléfono - Ordenadores personales		
❖ MATERIAL NO FUNGIBLE	<i>Gerencia de Atención Primaria</i>	Sin estimar	- Sala de reuniones disponible en la Gerencia para las reuniones del equipo evaluador		
<b>Total:</b>			<b>45.000€</b>		

## XII. CONCLUSIONES

---

La presente evaluación se encuadra en un proceso más amplio que comienza con una *Investigación – Acción Participativa* realizada con el objeto de conocer las necesidades sociosanitarias percibidas por la población de Vallecas. Fruto de esta investigación surge una propuesta de líneas de actuación prioritarias, generadas con el máximo consenso de todos los participantes. Una de estas líneas de intervención es la *atención a los mayores* y, por ello, se acuerda llevar a cabo la Evaluación del *Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores*.

En relación con el **contexto**, se han ido señalado a lo largo de este trabajo los condicionantes que más han favorecido el desarrollo de la evaluación y aquellos aspectos que habrá que tener muy en cuenta y trabajar sobre ellos con el fin de evitar que se conviertan en un obstáculo para ésta.

Me gustaría resaltar una vez más la situación tan especial que ha rodeado a este proyecto desde el principio. La activa participación de los vecinos de Vallecas en la vida social del barrio y su elevada implicación en la lucha por la mejora de sus condiciones de vida, determinó la aprobación del *Plan de Inversiones* para Vallecas, el cual ha generado numerosas acciones, entre ellas, la puesta en marcha de la presente evaluación.

El atender a una demanda de evaluación surgida a partir del consenso previo de todos los stakeholders, creemos genera unas condiciones ideales para lograr el impacto deseado con ella.

Además, todo ello ha favorecido el empleo de metodologías participativas desde las instituciones involucradas, lo cual actualmente no es aún frecuente en la administración pública.

Como posible limitación señalaría el cambio de responsables ocurrido en la Gerencia de Atención Primaria del Área 1, que nos obliga a revalidar el apoyo otorgado por el equipo anterior y trabajar para lograr la máxima utilización de los resultados.

El **Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores** ha sido elaborado por Atención Primaria y varios de sus objetivos se centran en la mejora de la atención sanitaria. Sin embargo, este Programa persigue una atención sociosanitaria integral y un abordaje no solo terapéutico, sino también preventivo y de Promoción de Salud; por ello, se concede gran importancia a la coordinación interinstitucional con Atención Especializada y con Servicios Sociales. El *Comité evaluador* acordó priorizar la evaluación de la *coordinación* frente a otras Áreas del Programa y no sólo analizar la atención sanitaria, sino también la atención prestada desde los Servicios Sociales municipales a los mayores y cuidadores, en la medida en que ésta aparece contemplada en el Programa.

La intención de la evaluación es favorecer la **toma de decisiones** en relación con la atención sociosanitaria a los mayores y cuidadores e implementar las medidas necesarias para contribuir **mejorar** la prestación de dicho servicio.

El poder contar en el *Comité de Evaluación* con personas algo alejadas del Programa y al grupo y con conocimientos específicos en evaluación puede resultar positivo, ya que permite orientar al grupo en aquellos aspectos técnicos y metodológicos en los que éste se encuentre más limitado y tomar decisiones algo conflictivas o contribuir a evitar susceptibilidades durante la toma de decisiones (Díez M., 2004).

Se propone una evaluación **participativa, formativa, intermedia, interna** y centrada en la implementación, es decir, orientada fundamentalmente a los **procesos y resultados** del Programa.

Con respecto al *diseño de evaluación* planteado, se propone un **abordaje metodológico diverso**, contemplando tanto **técnicas cuantitativas** como

**cualitativas.** El objetivo no es sólo describir los procesos y resultados del Programa a partir de datos cuantificados, sino aproximarse también a las opiniones, concepciones, vivencias y demandas de todos los agentes críticos del Programa.

Se van a emplear tanto **fuentes** de verificación **primarias** como **secundarias**. Entre las diferentes técnicas de recopilación de información está prevista la realización de *encuestas*, *grupos de discusión* y *entrevistas*. Esto posibilita la **triangulación** de los diversos tipos de fuentes y técnicas, con el fin de contrastar los datos y obtener información de diferente naturaleza, que nos proporcione una visión lo más completa y compleja de la realidad del Programa.

En relación con el **proceso de evaluación** seguido hasta el momento y tras el **análisis de la participación**, realizamos las siguientes consideraciones:

- Se ha conformado un *Comité de Evaluación* amplio, compuesto por los principales stakeholders del Programa, lo que le otorga un carácter **participativo** al proceso de evaluación. Este *Comité* está formado por un **equipo multidisciplinar, interinstitucional e intersectorial**.
- El *Comité* participará en todo el proceso evaluativo (durante el diseño y desarrollo de la evaluación y en la elaboración y difusión del informe final). Esto asegura que ésta se adapte adecuadamente a las necesidades de los stakeholders durante la identificación de necesidades informativas, el diseño metodológico, el enjuiciamiento sistemático y el establecimiento de las conclusiones y recomendaciones.
- La elección de este modelo de evaluación participativa se justifica en:
  - La búsqueda de un diseño de evaluación consensuado y avalado por todos los actores.
  - La democratización de los procesos, abriéndolos a todos los agentes implicados.

- La transformación de los agentes críticos en **sujetos activos** de la evaluación, desde su rol inicial como fuentes de información.
  - Con este planteamiento se trata de permitir que los participantes se apropien de la evaluación y de sus resultados, con el objetivo de lograr una mayor utilización de la misma.
- Al finalizar la *fase de diseño* de la evaluación, se ha realizado un análisis de la composición, funcionamiento y resultados del *Comité de Evaluación*, recogiendo además la opinión y expectativas de todos sus miembros sobre el proceso. Dicho análisis podría definirse como un **proceso formativo, intermedio, interno y orientado a los procesos y resultados**.
- Las técnicas empleadas para la recogida de información han sido la *observación participante*; la revisión de *fuentes secundarias*, como son los documentos sobre el Plan de trabajo elaborado para cada una de las reuniones y las Actas de todas ellas; y la realización de una *encuesta* a todos los miembros del *Comité*, para la que se ha elaborado un *cuestionario semiestructurado ad hoc (Anexo I)*.
- Sus principales resultados aparecen descritos a continuación:
- El grupo se ha mantenido bastante estable a lo largo del tiempo y ha funcionado con regularidad.
  - La actitud de sus integrantes está siendo muy positiva. La mayoría está mostrando un gran interés y motivación por la evaluación y está realizando un importante esfuerzo para poder compatibilizar el trabajo previsto con sus tareas habituales.
  - También se valora la dirección y organización del proceso y el apoyo metodológico prestado.
  - Como debilidad del diseño manifiestan una excesiva complejidad de la Matriz de Evaluación elaborada.

- Se han generado bastantes expectativas en torno a los resultados y posibles usos de la evaluación y se espera poder darle utilidad, aprendiendo de los logros y las deficiencias y mejorando el Programa y la coordinación interinstitucional.
- Con este proceso de evaluación se está favoreciendo un cambio en la cultura organizativa, fomentando la participación, la coordinación y el trabajo en equipo.

La **cultura de la participación**, a pesar de existir tradicionalmente en esta área de Madrid, sin duda, se ha fomentado mucho con la aprobación del *Plan Vallecas*, a través de la metodología de trabajo establecida y con los mecanismos de control ejercidos por los vecinos.

La presente evaluación está contribuyendo a afianzar este modelo organizativo en las instituciones implicadas y a consolidar y valorar la coordinación como una necesidad para el abordaje integral de los problemas de la población y de la atención sociosanitaria.

- Así mismo, más allá de los resultados, creemos que todo este proceso de evaluación sistemática y de rigor metodológico, ya tiene valor en sí mismo por el notable desarrollo que se está produciendo de una **cultura de evaluación**, de manera especialmente marcada en los integrantes del *Comité evaluador*.

Las instituciones públicas arrastran formas de intervenir muy centradas en la ejecución y en la prestación de servicios y, sin embargo, muy poco atenta a la calidad y la efectividad de las actuaciones. Existe, en general, muy poca cultura de planificación y menos aún de evaluación.

Además, la ausencia de una verdadera y fluida coordinación interna y externa y la existencia de estructuras muy parceladas y jerarquizadas, son barreras que dificultan la inclusión de la evaluación y de metodologías participativas en la organización.

De ahí el valor añadido que se le reconoce a este proceso de evaluación en marcha.

- Una de las limitaciones apreciadas hasta el momento en esta evaluación es la dilatación del proceso debido a la metodología participativa, principalmente porque se concede gran importancia a la fase de diseño, lo que conlleva un aumento de tiempo y recursos. Algunos autores señalan una duración mínima de 6 meses para realizar el diseño de una evaluación participativa; en nuestro caso se ha prolongado aproximadamente nueve (López de Ceballos, 2001). Consideramos que es una duración razonable, teniendo en cuenta que en este periodo quedan incluidos los meses de verano y que el *Comité de Evaluación* tiene que compaginar esta responsabilidad con el resto de sus tareas habituales.
  
- Además, la metodología participativa también requiere una mayor búsqueda de consenso, lo que puede generar un mayor número de conflictos.

### XIII. RECOMENDACIONES

---

A partir del trabajo de reflexión y profundización realizado durante la elaboración del diseño de esta Evaluación y con la redacción de la presente Memoria, se ha ido definiendo el modo en que se desarrollarán las sucesivas fases previstas. Así mismo, se han detectado algunas cuestiones que nos resultan clave y que deberemos tener en cuenta a lo largo del proceso restante, con el fin de obtener el máximo rendimiento al esfuerzo realizado.

A continuación se describen brevemente algunas de estas consideraciones:

- Al finalizar todo lo previsto en la fase de trabajo de campo, se procederá al **análisis de los datos** cuantitativos y cualitativos, procedentes tanto de las fuentes primarias como de las secundarias. Esto será una labor interna del Comité de Evaluación.
- Posteriormente, se trabajará en la **interpretación** de los resultados. Esta fase de la evaluación también será asumida por el propio Comité evaluador.
- La intención es ir dando respuesta a las diferentes preguntas y criterios de evaluación y detectando posibles efectos no previstos inicialmente por el Programa. Se persigue revisar de forma pormenorizada los procesos y actividades desarrollados; visibilizar los posibles problemas; cuantificar los logros obtenidos y realizar una estimación de los cambios producidos. Así mismo, desde una perspectiva sistémica, tratará de ponerse en relación los diferentes procesos con los productos y resultados obtenidos.
- Es importante también identificar los *factores externos e internos* que dificultan o favorecen el desarrollo de las estrategias.

- Se ha previsto que la **discusión de los resultados** y la elaboración de las **conclusiones** se lleve a cabo de forma conjunta por todos los miembros del Comité. Además, se facilitará la creación de espacios de discusión para que el resto de profesionales sociosanitarios, tanto directivos como técnicos, y la población beneficiaria, los conozcan y opinen.
- A través de estos procesos participativos se busca poder verificar la información, profundizar en el análisis e interpretación de los resultados y consensuar las conclusiones y **recomendaciones**, de modo que se vean reflejados las diferentes perspectivas y puntos de vista.
- Otro objetivo es alcanzar un compromiso acerca de la implementación de las recomendaciones por parte de los responsables de las instituciones implicadas.
- De la elaboración del informe final se encargará el grupo evaluador, pero debe asegurarse por nuestra parte, una adecuada devolución de la información.  
Una buena difusión de la evaluación en las organizaciones es muy importante, no sólo para rentabilizar el esfuerzo invertido y mejorar el Programa, sino también para lograr un cambio en la actitud hacia la evaluación por parte de todos los agentes y aumentar así la cultura de evaluación en las instituciones involucradas.
- Se ha previsto, al igual que al finalizar la fase de diseño, un análisis y valoración específica de la utilidad de la evaluación para los miembros del *Comité de Evaluación* y para el resto de los stakeholders del Programa.
- Tras la entrega del informe definitivo finaliza el compromiso adquirido por los miembros del *Comité de Evaluación*, sin embargo, se ha acordado la creación de un nuevo equipo encargado de realizar un

seguimiento de la implementación de las recomendaciones pactadas y reflejadas en dicho informe. Algunos de los miembros del *Comité* continuarán en este grupo con el objetivo de garantizar la máxima utilización de los resultados de la evaluación.

- Otro aspecto importante a valorar es la existencia de una estructura estable que se responsabilice, en el futuro, del seguimiento y posteriores evaluaciones del Programa, que debido a su función de servicio público tiene carácter permanente. Como ya señalamos anteriormente, al diseñarse el Programa se definieron algunos indicadores de evaluación y se fijó la periodicidad de recogida de los mismos, así como las personas designadas para esta tarea que, en este caso, han sido los responsables del Programa. La presente evaluación tiene previsto analizar el modo en que se ha desarrollado la fase de evaluación prevista inicialmente y en función de los resultados obtenidos, se diseñará y propondrá, si fuera preciso, un modelo organizativo que fortalezca las funciones de seguimiento y evaluación y favorezca la incorporación de todo el aprendizaje generado con la actual evaluación en marcha.

En relación con los posibles factores que pueden limitar el uso de la evaluación, queremos destacar los siguientes aspectos:

- Al tratarse de un Programa que involucra a diferentes instituciones de alcance local y regional, el ámbito de decisión se encuentra parcelado. Esto nos obliga a realizar un esfuerzo importante por nuestra parte con los representantes de todas las organizaciones y, además, a que dicho trabajo se haga con la manera más coordinada posible.
- Hay que buscar la mayor implicación posible por parte de la nueva Gerencia de Atención Primaria, ya que de ellos depende, en gran parte, el éxito de la evaluación y el uso que se haga de la misma.

- Se debe tener presente que la cultura de trabajo de las instituciones, habitualmente muy centradas en la ejecución y con escasa tradición de planificación y seguimiento, puede limitar el alcance final de esta evaluación.
- Sin embargo, no podemos olvidar que el Programa es lo fundamental y, por eso, también lo son las tareas relacionadas con su puesta en marcha e implementación. Ello conlleva que la participación en la evaluación no sea la función principal de los profesionales implicados y no puedan dedicarse a tiempo completo a las tareas derivadas de la misma. Sin duda, esto constituye una limitación para poder desarrollar la evaluación de manera global y gestionarla en el tiempo adecuado.
- Hay que evitar que el cansancio generado tras el importante esfuerzo realizado durante la evaluación, propicie un cierto abandono en la fase de difusión y en el seguimiento de la puesta en práctica de las recomendaciones. La evaluación sí no se utiliza, pierde casi todo el sentido.
- Así mismo, por lo costoso del proceso, pudiera finalizarse fuera del plazo recomendable y perder interés. En este caso concreto de la evaluación del *Programa socio-sanitario de atención a las personas mayores*, quizá el plazo temporal no sea un factor excesivamente limitante, ya que el Programa no tiene prevista una fecha de finalización y se estima que continuará funcionando en el futuro inmediato y no tan inmediato. Además, el Programa presenta la suficiente magnitud como para requerir una evaluación de cierta envergadura y poder soportar un plazo dilatado de tiempo.

## XIV. BIBLIOGRAFÍA

---

Alonso LE. (1998) *“La mirada cualitativa en Sociología. Una aproximación interpretativa”*. Madrid, Fundamentos Ed.

Álvarez C. (1998) *“Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios”*. Madrid, Ed. Díaz de Santos, pp. 28-30

Ballart X. (1992) *“¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?”* MAP.

Ballart X. (1996) *“Modelos teóricos para la práctica de la evaluación de programas”*. En: Busquet Q. y Subirats J. Eds. *Lecturas de Gestión Pública*, Madrid, MAP, pp. 131-140.

Bañón R., Caballero V., Sánchez G (2003) *“Evaluación de la acción y de las políticas públicas. Una visión desde la bibliografía”*. En Bañón: *“La evaluación de la acción y de las políticas públicas”*. Madrid, Díaz de Santos.

Berger P., Luckman T. (1998) *“La construcción social de la realidad”*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Bustelo M. (2001) *“La evaluación de políticas públicas desde una perspectiva histórica”*. En Tesis doctoral: *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómicos en España: 1995-1999*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid (UCM). Publicación electrónica.

Bustelo M. (2002) *“¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación?”* En Bañón, R (comp): *“La evaluación de la acción y de las políticas públicas”*. Madrid, Díaz de Santos, 13-32.

Bustelo, M. (2001) *“La metaevaluación como herramienta para la mejora y el desarrollo de la función de evaluación en las administraciones públicas”*. V

Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración (AECPA).  
Tenerife, septiembre de 2001.

Bustelo M. (2004) *“La evaluación de las políticas de género en España”*.  
Madrid, Ed. Catarata.

Bustelo M.; Ligeró J.; Martínez M. (2003) *“Fichas del Maletín Pedagógico”*.  
Material docente del “Experto en Evaluación de Programas y Políticas  
Públicas”. Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. UCM.

Comunidad de Madrid (2000) *“Plan de Inversiones en los Distritos de Puente y  
Villa de Vallecas (2000-2005)”*. Disponible en la web:  
[http://www.madrid.org/sanidad\\_planvallecas](http://www.madrid.org/sanidad_planvallecas)

Conde F. (CIMOP). (2003) *“Estudio sobre las necesidades de salud pública  
percibidas por la población de Vallecas”*.

Cortés P.; Ruíz-Giménez JL.; Ortiz J.; Rexach L.; Díez V.; Pozo C. et al. (1996)  
*“Programa sociosanitario para la atención de las personas mayores”*. Programa  
nº 3 de Atención Primaria del Área 1 de Madrid. Insalud.

Díez M. (2004) *“La evaluación del PDRS de la Comunidad Autónoma del País  
Vasco: una experiencia de evaluación participativa”*. Sesión teórica impartida  
en la 2ª edición del “Experto en Evaluación de Programas y Políticas Públicas”.  
Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación de la UCM, el 18  
de Junio de 2004.

García S. (2002) *“El consentimiento informado en la Comunidad de Madrid: la  
perspectiva de los médicos”*. (Tesis doctoral). Madrid: UAM.

García C. (2003) *“Contrato de Prestación de Servicios 2003. Propuesta de  
diseño de evaluación”*. Memoria de Grado del “Experto en Evaluación de  
Programas y Políticas Públicas (2002-2003)”. Centro Superior d Estudios de  
Gestión, Análisis y Evaluación, UCM.

Instituto de Salud Pública (2000-2005) *“Plan Integral de mejora en Salud Pública de Vallecas. Líneas de actuación”*. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid. Disponible en la web: [http://www.madrid.org/sanidad\\_planvallecas](http://www.madrid.org/sanidad_planvallecas)

Ligero JA. (2001) *“Propuesta de un nuevo criterio de evaluación de proyectos de ayuda al desarrollo, la cobertura”*. Rev. Esp. de Desarrollo y Cooperación 2001; 8: 167-181.

López de Ceballos P.; Merlo J.; García González-Gordon H. (2001) *“Un método de evaluación formativa en el campo social”*. España. Promoción Cultural, Ed. Popular.

Morin E. (1995) *“Introducción al pensamiento complejo”*. Barcelona: Ed. Gedisa.

Muñoz M, Alfageme E. (2004) Material docente del *“Taller sobre diseño y evaluación de proyectos subvencionados por Salud Pública”*. Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios. DGSPAC, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Niremberg O., Brawerman J., Ruíz V. (2000) *“Evaluar para transformar. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales”*. Ed. Paidós.

Ortí A. (2000) *“La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo”*. En: García M., Ibáñez J. y Alvira F. *“El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación”* (3ª edición). Manual Ciencias Sociales. Alianza Editorial, pp. 219-282.

Osuna JL, Márquez C, Cirera A, Vélez C. *“Guía para la evaluación de políticas públicas”*. Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universitaria.

Padrón Municipal de Habitantes. (2003) Disponible en la web:

<http://www.munimadrid.es/estadistica/poblacion/graf1.html>

Ramasco M. (1994) *“Perspectiva cualitativa en la investigación en salud”*. En: Metodología de la investigación en salud, Módulo 10. Barcelona: Ed. IDER.

Servicio de Educación y Promoción de la Salud. (1994) *Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Taylor, Bogdan (1992) *“El trabajo con los datos”*. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós Ed.

## **XV. ANEXOS**

---

**ANEXO I. DISEÑO DEL CUESTIONARIO DE OPINIÓN SOBRE EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y DE PARTICIPACIÓN ENTREGADO AL COMITÉ EVALUADOR**

**ANEXO II. DISEÑO DEL CUESTIONARIO ELABORADO PARA LA ENCUESTA DE LAS PERSONAS MAYORES**

**ANEXO III. DISEÑO DEL CUESTIONARIO PARA LA ENCUESTA DE CUIDADORES**

**ANEXO IV. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE MAYORES Y DE CUIDADORES**

**ANEXO V. GUIÓN DE CONTACTACIÓN PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN CON LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS**

**ANEXO VI. GUIÓN DE CONTENIDOS PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS: PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**ANEXO VII. GUIÓN DE CONTENIDOS PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS: RESPONSABLES DEL PROGRAMA**

**ANEXO VIII. GUIÓN DE CONTENIDOS PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN DE TRABAJADORES SOCIALES DE SERVICIOS SOCIALES**