

Modelo de valoración de la dependencia unificado para Euskadi

(Unified Dependence Assessment Model for the Basque Country)

Urrutia Castellón, Juan Miguel
Plaza Bikuña-Enea, 1 – 4. Dcha. 20230 Legazpi
jurrutia@gipuzkoa.net

BIBLID [1577-8533 (2006), 7; 19-36]

Recep.: 11.04.05
Acep.: 13.12.05

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria determinó en el año 2003, la necesidad de dotar a Euskadi de un modelo unificado de valoración de la dependencia. Para tal fin se constituyó una Comisión específica, la cual, propuso el sistema RAI (20%) y el clasificador RUG III. El Consejo Vasco aprobó esta propuesta en febrero del 2005.

Palabras Clave: Valoración. Dependencia. RAI. RUG.

2003 urtean, Euskadin mendekotasuna baloratuko zuen eredu bateratu bat ezartzeko premia azaldu zuen Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak. Hartarako Batzorde bat eratu zen; horrek RAI sistema (%20) eta RUG III sailkatzailea proposatu zituen. Euskal Kontseiluak proposamen hori onartu zuen 2005eko otsailean.

Giltza-Hitzak: Balorazioa. Mendekotasuna. RAI. RUG.

Le Conseil Basque d'Attention Socio-sanitaire a déterminé en 2003 le besoin de doter Euskadi d'un modèle unifié d'évaluation de la dépendance. Pour cela, on constitua une Commission spécifique, laquelle proposa le système RAI (2%) et le classeur RUG III. Le Conseil Basque approuva cette proposition en février 2005.

Mots Clés: Evaluation. Dépendance. RAI. RUG.

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, cada uno de los tres Territorios Históricos que la configuran, dispone de su propio instrumento de valoración de la dependencia. Esta situación de disfuncionalidad se vio resaltada con el “Acuerdo Interinstitucional firmado entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales y EUDEL”, de 8 de febrero de 2001. En este importante acuerdo de reparto competencial en materia de servicios sociales, se otorga la responsabilidad de la atención de las personas dependientes, a las Diputaciones Forales y, la responsabilidad de atención a las personas autónomas, a los Ayuntamientos.

El DECRETO del Gobierno Vasco 155/2001 de 30 de julio, “Determinación de funciones en materia de servicios sociales” constituye un desarrollo directo de la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales, e indica lo siguiente con relación a la **responsabilidad y cuidado de las personas con dependencia**:

En el caso de las personas mayores de 60 años, la atención y cuidado de las personas que tengan la calificación de dependientes corresponderá a las Diputaciones Forales. Asimismo, en el caso de las personas comprendidas entre 0 y 59 años que presenten alguna discapacidad y tengan la calificación de dependientes, su atención y cuidado corresponderá también a las Diputaciones Forales.

Sobre la Valoración de la Dependencia en las personas mayores se indica (1.1.1.):

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

Sobre la Valoración de la Dependencia en las personas con discapacidad (1.2.1.), se indica, de forma similar, lo siguiente:

La valoración de la dependencia para personas con discapacidad tendrá por función determinar su tipo y grado de deficiencia y de discapacidad, mediante la aplicación de instrumentos técnicos validados al efecto. ...El órgano competente para dicha valoración será, así mismo, el responsable de emitir los denominados certificados de minusvalía que se precisan para acceder a una amplia gama de prestaciones específicas de los ámbitos asistencial, sanitario, educativo, laboral y tributario.

Se hacía necesario, por lo tanto, dotar a nuestra Comunidad Autónoma de un sistema único de Valoración de la Dependencia aplicable por igual en los tres Territorios Históricos para evitar toda situación de discriminación, ya fuera esta positiva o negativa, de un ciudadano por residir en un Territorio o en otro.

Por otra parte, en el mes de enero del año 2003, se produjo la firma del,

Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL, para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Este importante acuerdo sociosanitario establece la estructura organizativa del modelo de Atención Sociosanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, creándose diversos órganos de coordinación.

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, en su reunión constituyente de fecha 30 de enero de 2003, determina que uno de los temas de trabajo de las Comisiones Técnicas Autonómicas será la “**Valoración de la Dependencia y su modelo de gestión**”. Igualmente, en su sesión del 27 de octubre, aprueba la composición de las Comisiones Técnicas para el desarrollo del plan de trabajo acordado.

1. OBJETIVO Y MANDATO DE LA COMISIÓN TÉCNICA

La Comisión Técnica Autonómica tiene como objetivos:

- Proponer un **sistema o instrumento técnico validado de medición de la dependencia, que será de uso común para toda la C.A.P.V.**
- Proponer un **sistema de gestión del instrumento de medición de la dependencia, para toda la C.A.P.V. pero adaptado a la realidad concreta de cada Territorio Histórico.**

2. DEFINICIÓN DE LA DEPENDENCIA

Desde un punto de vista general, **la Comisión Técnica no se ha pronunciado sobre las diferentes definiciones del ámbito sociosanitario que conviene precisar.** Por otra parte, la existencia de una Comisión Técnica específica encargada de elaborar un Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria parece, a los miembros de esta Comisión, el ámbito oportuno dónde realizar estas definiciones.

Sin embargo, desde un punto de vista operativo, sí que ha sido preciso asumir de una forma más positiva una **definición de la dependencia.**

La Comisión Técnica asume como propia la **definición del Consejo de Europa (Recommendation N° R (98)9, du Comité des ministres aux états membres relative a la dépendence, 1998):**

Situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidades de asistencia o ayuda importantes para las Actividades de la Vida Diaria.

3. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO TÉCNICO DE VALORACIÓN

Los objetivos que debe cumplir el instrumento técnico de valoración, realmente, vienen marcados por el propio DECRETO 155/2001:

- **Medir el nivel de autonomía** de las personas mayores de 60 años o discapacitados menores de esa edad.
- Fijar el **límite de nivel de autonomía** a partir del cual se considera dependencia.
- **Otorgar la calificación de dependiente** a las personas mayores de 60 años, o discapacitados de menor edad, para que su atención y cuidado sean responsabilidad de la Diputación Foral correspondiente.
- Con la ayuda del informe social y de los informes provenientes del sistema sanitario, dar una **orientación asistencial** y poder **determinar los servicios y/o prestaciones** más adecuados a sus necesidades.
- Poder establecer un **orden de prioridad** para el acceso a los servicios señalados.

4. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL INSTRUMENTO

Tan importante como disponer de un instrumento de valoración de la dependencia unificado para todo el ámbito de la CAPV, es adoptar un sistema de gestión de dicho instrumento que sea **aceptado por las diferentes partes con responsabilidades en la atención sociosanitaria** (Sanidad/Osakidetza, Diputaciones Forales y Ayuntamientos).

Por lo tanto, los objetivos del sistema de gestión del instrumento serán los siguientes:

- **Diseñar la unidad de valoración de la dependencia**, el número, la estructura y perfil profesional de **sus componentes, su procedencia**, así como la **ubicación y dependencia institucional de dicha unidad**.
- **Garantizar la objetividad y carácter científico** de la utilización del instrumento de medición.
- Establecer las **directrices generales y normas de funcionamiento** de dicha unidad para garantizar su objetividad e imparcialidad.

5. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN ANALIZADOS POR LA COMISIÓN

La Comisión procedió de forma inicial a valorar los **tres diferentes instrumentos que se están utilizando por las Diputaciones Forales** para la Valoración de la Dependencia.

Posteriormente, se procedió al análisis de **instrumentos que se están utilizando por parte de los restantes miembros de la Comisión** que no pertenecen a las Diputaciones y, también, a **instrumentos conocidos de nuestro ámbito autonómico**.

Para finalizar, se procedió al estudio –con mayor profundidad– de los instrumentos representativos de las dos principales escuelas que en este momento se disputan el mercado mundial de la valoración: **los métodos directos (PLAISIR) y los métodos indirectos (RAI y RUG III)**.

INSTRUMENTOS ANALIZADOS

- 1. Valoración de la Dependencia de Álava.**
- 2. Valoración de la Dependencia de Bizkaia.**
- 3. Valoración de la Dependencia de Gipuzkoa (Sistema Sakontzen).**
- 4. Indicador de Autonomía** (Unidades Forales de Valoración de la Discapacidad).
- 5. Inventario para la Planificación de Servicios** (Universidad de Deusto).
- 6. Índice de Barthel.**
- 7. Miniexamen cognoscitivo** (Test de Lobo).
- 8. Test cognitivo de Crichton.**
- 9. Escala de demencia** (Blessed y cols.).
- 10. Baremo para determinar la necesidad de ayuda de otra persona revisado** (Dr. Miguel Querejeta).
- 11. Instrumento de Valoración Sanitaria y Social** (Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa y Hospital Donostia).
- 12. Repercusión funcional en los balances articulares y otros** (Hospital de Gortiz).
- 13. Sistema RAI / RUG III** (Presentado por Fundación Zorroaga).
- 14. Modelo PLAISIR** (Charles Tilquin. Presentado por *Antares Consulting*).

6. DISCUSIÓN

La Comisión encargada de proponer un instrumento para la Valoración de la Dependencia ha tenido en cuenta, entre otros, los siguientes considerandos:

- **No se ha considerado apropiado proponer ninguno de los tres modelos de Valoración de la Dependencia que se están utilizando en la actualidad por parte de las Diputaciones Forales.** Los tres modelos tienen un carácter “localista”, utilizándose tan solo en sus respectivos Territorios Históricos. El sistema Sakontzen está basado en la escala de Kuntzmann que fue ampliamente utilizado en algunas regiones de Francia (Alsacia, etc.), pero que en la actualidad, ha sido sustituido por el sistema AGGIR. Por otra parte, difícilmente se vería con buenos ojos y sería poco justificable mantener la superioridad de una de las tres escalas sobre las otras dos.
- **El proponer un solo modelo de valoración de la dependencia que sirva eficazmente para valorar todo tipo de colectivos (personas mayores, adultos discapacitados, infancia, salud mental, etc.) es una tarea que supera el marco de lo posible.** Sin embargo, el modelo que se propone, valora la dependencia de las personas mayores y, quizás, realiza una aproximación suficiente de la dependencia de las personas adultas discapacitadas.
- **No es factible, tanto desde un punto de vista técnico como de los recursos materiales y humanos asignados a esta Comisión, el “crear” un instrumento nuevo.** La labor debe ir encaminada a “elegir” entre los diferentes instrumentos existentes en el mercado de la valoración, el que mejor cumpla los requisitos exigidos al mismo por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- A la hora de realizar la migración desde los actuales instrumentos en uso por parte de las tres Diputaciones Forales al nuevo instrumento –proceso que no se nos oculta como muy complejo–, hay que ponderar con detenimiento, el **elegir un modelo que esté implantado de forma extensa en el mundo y no volver a optar por un instrumento de carácter “local”**. Así tendremos la posibilidad de realizar estudios comparativos, tener un mantenimiento eficaz del instrumento, aprovechar las mejoras que se vayan implantando, formar parte de una comunidad de conocimientos, etc.
- El instrumento elegido **debe poder ser gestionado –en un sentido amplio– desde el sector público**, no se considera conveniente el depender del sector privado –empresas, consultorías, etc.– de forma exclusiva. Esta afirmación no supone el optar por un modelo de gestión determinado, considerando que la “aplicación del instrumento” puede ser realizada por personal propio de las instituciones, por empresas y personal subcontratado, o mediante fórmulas mixtas.

- El instrumento elegido debe contar con un **“conjunto mínimo de datos (CMD)” suficiente**, que mejore los actuales modelos en uso, permitiendo, entre otros objetivos, realizar la orientación al recurso idóneo (entre un abanico cada vez más extenso) con mayor fiabilidad.
- Sin embargo y dicho lo anterior, también hay que afirmar que **el número de ítems que recoja debe de ser “contenido” para poder realizar valoraciones en la fase previa al ingreso en los recursos**, cuando el conocimiento del cliente todavía no es exhaustivo y los datos, muchas veces, se deben de obtener a través de la información de algún acompañante, en los propios domicilios, durante ingresos hospitalarios (desde camas de media y larga estancia), etc.
- Tampoco se debe de obviar, siguiendo la indicación del DECRETO del Gobierno Vasco 155/2001 de 30 de julio “Determinación de funciones en materia de servicios sociales”, que **la valoración social, es de vital importancia para la orientación al recurso idóneo, para establecer el orden de prioridad y para determinar el grado de participación del cliente en el coste del servicio** (personas con iguales niveles de dependencia pueden disponer de recursos diferentes dependiendo de la valoración social).
- Finalmente, y realizando un ejercicio de pragmatismo, la Comisión considera que **el coste económico derivado de su implantación (coste de lanzamiento) y de su uso (coste periódico) debe ser asumible.**
- **La elección de un modelo de instrumento de Valoración de la Dependencia no afecta desde ningún punto de vista a la actual Valoración de la Discapacidad (el denominado “porcentaje de minusvalía”)** que se realiza por las correspondientes Unidades de Valoración de la Discapacidad de las Diputaciones Forales.
- Los instrumentos de valoración de la dependencia, son un **fácil blanco de la crítica no siendo, ellos en sí mismos, responsables de los flujos económicos entre instituciones.** (La “regla de medir” no tiene la culpa de donde “se pone el listón”). Lo fundamental, es que el uso del instrumento sea lo más profesional posible, se evalúe de forma constante y se aplique por igual a todos los ciudadanos vascos. Las posibles discusiones sobre dichos flujos económicos deben llevarse a cabo en otros ámbitos de debate y decisión.
- Finalmente, considerar que **no existe “el modelo perfecto”**, la opción elegida es –entre los modelos existentes, de implantación amplia y con alto nivel de garantía científica– el que a esta Comisión le parece más adecuado y con más posibilidades reales de ser implantado en la práctica en Euskadi. Otras opciones –de mucho mayor coste económico– en caso de haber sido elegidas, tenían dificultades serias y objetivos para su implantación.

7. INSTRUMENTO ELEGIDO

Tras varias sesiones de debate, la Comisión finalmente ha decidido recomendar al Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria la adopción del siguiente instrumento:

“RAI (versión del 20 %) y clasificador RUG III”

8. DESCRIPCIÓN BREVE DEL RAI (VERSIÓN DEL 20%)

El RAI (*Resident Assessment Instrument* – Instrumento de valoración del residente), es un instrumento de valoración multidimensional diseñado para su aplicación en servicios de atención geriátrica de larga duración, cuya finalidad es mejorar la planificación de cuidados. Contiene, incluso la **versión del 20%**, la información necesaria para clasificar a los usuarios en función del consumo de recursos (sistema de clasificación denominado *Resource Utilization Groups, Versión III* –RUG III–).

El RAI, en su **versión completa**, está constituido por tres componentes: conjunto mínimo de datos, alarmas y protocolos de valoración. El “Conjunto Mínimo de Datos” (CMD) o *Minimum Data Set* (MDS) para los anglosajones, viene a recoger un total de 284 ítems, agrupados en secciones. Se complementa el instrumento con una serie de “alarmas” (*triggers*) que dirigen hacia 18 protocolos de valoración complementaria, para poder hacer valoraciones más específicas y guiarnos en la confección del plan de cuidados individualizado.

Este instrumento **está diseñado considerando los dominios que la OMS identificó en su día como los propios que deben incorporarse en el proceso de valoración integral de la persona mayor**. Igualmente, ha sido examinado psicométricamente para contrastar su fiabilidad y validez de forma científica y rigurosa.

En su proceso de gestación **se revisaron más de 60 instrumentos existentes en el sector**, pero ninguno de ellos se consideró que fuese suficientemente global para implementar. El RAI se confeccionó desde una perspectiva multidisciplinar, se desarrolló y se revisó durante un periodo exhaustivo y, todo ello, supervisado por múltiples profesionales.

Existe una versión del RAI (CMD 1.0 Ct + 100-1996. *Versión 20%*. © inter RAI. Washington D.C.) que tiene, de forma aproximada, un **20% de los ítems de su versión completa**. Esta versión es la mínima que permite posteriormente aplicar el RUG III y obtener hasta 44 subgrupos de isoconsumo de recursos, a través de los cuales podemos definir los diferentes niveles de dependencia.

RAI (Versión del 20%)

SECCIÓN A (Identificación e información general)

- **Evaluación** (registros, código y fecha).
- **Centro / lugar de la valoración.**
- **Usuario.**
- **Datos socio-demográficos.**

SECCIÓN B (Patrones cognitivos)

- **Comatoso** (si / no).
- **Memoria** (reciente y a largo plazo).
- **Capacidad para recordar** (orientación).
- **Habilidades cognitivas para la toma diaria de decisiones.**

SECCIÓN C (Patrones de comunicación)

- **Capacidad para hacerse entender.**

SECCIÓN E (Estado de ánimo y patrones de comportamiento)

- **Estado de ánimo triste o ansioso.**
- **Persistencia de la alteración del estado de ánimo.**
- **Comportamiento problemático** (deambulador, verbalmente agresivo, físicamente agresivo, comportamiento social inadecuado / trastornado).

SECCIÓN G (Patrones de actividad)

- **Tiempo que está despierto.**

SECCIÓN H (Funcionamiento físico y problemas estructurales)

- **Movilidad en cama.**
- **Traslados** (entre superficies).
- **Deambulación** (entre habitación y pasillo).
- **Vestirse** (incluye prótesis).
- **Comer.**
- **Usar el aseo.**
- **Higiene personal** (incluye peinarse, afeitarse, etc.).
- **Bañarse.**

SECCIÓN I (Continencia en los últimos 14 días)

- Continencia intestinal.
- Continencia vesical.
- Aparatos y programas de control de esfínteres.

SECCIÓN J (Estado de la piel)

- Úlcera de estásis.
- Úlceras de decúbito.
- Historia de úlceras de presión curadas.
- Presencia de otros problemas o lesiones de la piel.
- Cuidados de los pies.

SECCIÓN K (Diagnósticos de enfermedad)

1. Enfermedades:
 - Corazón / Circulación.
 - Neurológica.
 - Pulmonar.
 - Psiquiátrica / Estado de ánimo.
 - Sensorial.
 - Otros.
2. Otros diagnósticos actuales y códigos.
3. Problemas de salud (7 últimos días).

SECCIÓN L (Estado oral / nutricional)

- Pérdida de peso.
- Problemas nutricionales.

SECCIÓN N (Tratamientos especiales y procedimientos)

- Tratamientos y cuidados especiales.
- Cuidados de readaptación – restauración de funciones.
- Visitas médicas.
- Cambios de tratamiento médico.

9. DESCRIPCIÓN DEL RUG III

El RUG es un sistema de clasificación de pacientes, también denominado *case-mix*. Este sistema de clasificación de pacientes, independientemente de ser un sistema de financiación, ha demostrado su utilidad para la comparación de servicios, el establecimiento de criterios de acceso y la gestión de la calidad.

Este sistema se diseñó en EEUU en el año 1986 para así poder asegurar la calidad de los servicios en las *nursing homes*. En 1987 el Congreso Estadounidense puso en marcha una ley dónde aparecía una normativa sobre las condiciones de calidad y financiación de las *nursing homes*, con la exigencia de que todos los centros utilizaran como instrumento de trabajo el RAI.

Del conjunto de datos obtenidos del RAI, un porcentaje de las variables puede ser utilizado para calcular el consumo de recursos (tiempos de auxiliar, enfermería...) y clasificar al usuario en la atención a largo plazo. De esta forma nació el sistema *case-mix* RUG.

Desde las fechas anteriormente indicadas, se han elaborado diversas versiones del RUG (RUG I, RUG II, RUG 18) y en la actualidad se utiliza de forma mayoritaria la versión RUG III.

La versión RUG III aparece en el año 1994 y clasifica a los usuarios en 7 grupos principales o clasificaciones mayores y 44 subgrupos.

Mediante el RAI (versión del 20%) podemos determinar el RUG. Esto es, el RAI es el instrumento del RUG.

Una vez cumplimentado el RAI, se introducen los datos en el aplicativo informático, el cual nos da automáticamente la clasificación según:

- **AVD** (Actividades de la vida diaria)
- **CPS** (Escala de deterioro cognitivo)
- **RUG 7**
- **RUG 44**

Todo este proyecto (RAI + RUG) permite:

- Contemplar los diferentes niveles de dependencia como generadores de carga de trabajo (enfermería y auxiliares) y por lo tanto de costes.
- La dependencia se contempla dentro de 7 categorías de complejidad asistencial que a su vez se subdividen en 44 subgrupos.

- El sistema se construye combinando variables de estado del residente con las de servicios realizados para su atención.
- Constituye una excelente herramienta para analizar las diferencias entre centros, para ver los diferentes perfiles de dependencia de los usuarios y los diferentes patrones de prestación de servicios.

NOTA: Tomado del *“Informe sobre el RAI y el RUG”* de la Junta de la Fundación Zorroaga de Donostia - San Sebastián.

Como hemos dicho, el sistema RUG III utiliza para agrupar a los pacientes/residentes/usuarios, diversas variables del RAI relativas al estado cognitivo, emocional, funcional físico, así como los diagnósticos y diversos signos y síntomas. Igualmente, recoge datos sobre la atención directa proporcionada: soporte para las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), cuidados de enfermería curativos y preventivos, terapias suministradas por terapeutas especializados, así como prescripción de tratamientos y procedimientos médicos.

A partir de esa información, el RUG III utiliza unos perfiles jerárquicos que agrupan a los usuarios en función de similitudes en el perfil funcional y de cuidados suministrados; el perfil funcional físico se mide a través de un índice de ABVD, el cual se construye a partir de la suma de puntuaciones relativas a cada una de 4 ABVD (movilidad en la cama, trasferencias, vestirse y comer). **El rango de puntuaciones posibles va de 4 (máxima autonomía) a 18 (máxima dependencia).**

El sistema clasifica en 44 posibles agrupaciones, resumidas en 7 Categorías Mayores clínico asistenciales. Cada una de las 44 agrupaciones tiene asignado un peso o isoconsumo de recursos medido en tiempo de personal de atención directa, de manera que el consumo promedio de cada agrupación es estadísticamente diferente del de los grupos adyacentes. **Las 7 Categorías Mayores son las siguientes:**

- a) **Rehabilitación Especial**, definida básicamente por la administración de terapias (logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia) a partir de una intensidad mínima de 45 minutos semanales.
- b) Tres categorías definidas a partir de una combinación de dependencia funcional media a elevada y la presencia de criterios clínicos y procedimientos médicos y de enfermería que derivan en unos perfiles de componente sanitaria importante; estas categorías son las denominadas: **Cuidados Intensos (o Servicios Extendidos), Cuidados Especiales y Complejidad Clínica.**
- c) Tres categorías de menor complejidad sanitaria que traducen grados variables de deterioro cognitivo o funcional físico, pero que se caracterizan por la baja intensidad en la administración de cuidados sanitarios. Estas categorías son las denominadas: **Deterioro Cognitivo, Problemas de Comportamiento y Funciones Físicas Reducidas.**

A partir de determinados ítems del instrumento, tales como la valoración de un posible estado de coma, el estado de la memoria, orientación, toma de decisiones y grado de autonomía para comer, se sintetiza el estado cognitivo, mediante la construcción de una **Escala de Capacidad Cognitiva** (*Cognitive Performance Scale, CPS*), dicha escala presenta un **rango de puntuaciones posibles que va desde 0 (capacidad cognitiva intacta) a 6 (deterioro cognitivo muy intenso)**.

NOTA: Tomado del “*Estudio Comparativo de Servicios de Cuidados Prolongados a los ancianos en Cataluña*”. Comunicación presentada al X Congreso de l’ALASS - Asociación Latina para el análisis de los Sistemas de Salud, en Luxemburgo, 23-25 de Septiembre de 1999. F. Martínez, E. Vallès, S. Llobet, R. Rodés, M. Miró, F. Patricio, S. Ariño, A. Salvà.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA RUG III

a) REHABILITACIÓN ESPECIAL:

RVA: Más de 450 min./semana con índice AVD de 4 a 7.

RVB: Más de 450 min./semana con índice AVD de 8 a 13.

RVC: Más de 450 min./semana con índice AVD de 14 a 18.

RHA: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 4 a 7.

RHB: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 8 a 11.

RHC: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 12 a 14.

RHD: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 15 a 18.

RMA: De 150 a 300 min./semana con índice AVD de 4 a 7.

RMB: De 150 a 300 min./semana con índice AVD de 8 a 15.

RMC: De 150 a 300 min./semana con índice AVD de 16 a 18.

RLA: De 45 a 150 min./semana con índice AVD de 4 a 11.

RLB: De 45 a 150 min./semana con índice AVD de 12 a 18.

b) CUIDADOS INTENSOS:

Alimentación parenteral

Aspiración

Ventilador / Respirador

Traqueostomía

SE1: Una técnica de las indicadas.

SE2: Dos técnicas de las indicadas.

SE3: Tres o más técnicas de las indicadas.

c) CUIDADOS ESPECIALES:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Úlcera grado 3-4 |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras | <input type="checkbox"/> Cuadripléjico | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Fiebre (más vómitos, neumonía o deshidratación) | | |
| <input type="checkbox"/> Septicemia | <input type="checkbox"/> Medicación IV | <input type="checkbox"/> Radioterapia |

SSA: Cuidado Especial con índice AVD de 7 a 13.

SSB: Cuidado Especial con índice AVD de 14 a 16.

SSC: Cuidado Especial con índice AVD de 17 ó 18.

d) COMPLEJIDAD CLÍNICA:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Úlceras/Lesiones | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Infección urinaria |
| <input type="checkbox"/> Hemipléjico | <input type="checkbox"/> Deshidratación | <input type="checkbox"/> Sangrado interno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal | <input type="checkbox"/> Úlcera de estásis | <input type="checkbox"/> Visita médica |
| <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Broncoaspiración | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Protecciones | |

CA1: Clínicamente Complejo con índice AVD de 4 ó 5 y no deprimido.

CA2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 4 ó 5 con depresión.

CB1: Clínicamente Complejo con índice AVD de 6 a 10 y no deprimido.

CB2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 6 a 10 con depresión.

CC1: Clínicamente Complejo con índice AVD de 11 a 16 y no deprimido.

CC2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 11 a 16 con depresión.

CD1: Clínicamente Complejo con índice AVD de 17 ó 18 y no deprimido.

CD2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 17 ó 18 con depresión.

e) DETERIORO COGNITIVO:

IA1: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 4 ó 5 y no rehabilita con enfermería.

IA2: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 4 ó 5 con rehabilitación por enfermería.

IB1: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 6 a 10 y no rehabilita con enfermería.

IB2: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 6 a 10 con rehabilitación por enfermería.

f) PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO:

() Agresión () Insultos () Vagabundeo () Alucinaciones

BA1: Alteración Conducta con índice AVD de 4 ó 5 y no rehabilita con enfermería.

BA2: Alteración Conducta con índice AVD de 4 ó 5 con rehabilitación por enfermería.

BB1: Alteración Conducta con índice AVD de 6 a 10 y no rehabilita con enfermería.

BB2: Alteración Conducta con índice AVD de 6 a 10 con rehabilitación por enfermería.

g) FUNCIONES FÍSICAS REDUCIDAS:

PA1: Índice AVD de 4 ó 5 y no rehabilita con enfermería.

PA2: Índice AVD de 4 ó 5 con rehabilitación por enfermería.

PB1: Índice AVD de 6 a 8 y no rehabilita con enfermería.

PB2: Índice AVD de 6 a 8 con rehabilitación por enfermería.

PC1: Índice AVD de 9 ó 10 y no rehabilita con enfermería.

PC2: Índice AVD de 9 ó 10 con rehabilitación por enfermería.

PD1: Índice AVD de 11 a 15 y no rehabilita con enfermería.

PD2: Índice AVD de 11 a 15 con rehabilitación por enfermería.

PE1: Índice AVD de 16 a 18 y no rehabilita con enfermería.

PE2: Índice AVD de 16 a 18 con rehabilitación por enfermería.

10. MOTIVOS DE LA DECISIÓN

- **El RAI (Versión 20%) tiene un CMD suficiente pero no exagerado.** Supera a los tres sistemas que se están utilizando en la actualidad por parte de las Diputaciones Forales.
- **Existe un acuerdo –año 2001– del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de incorporar la tecnología RAI y el RUG III.**
- **Se encuentra el sistema RAI – RUG III muy extendido en el mundo,** siendo el modelo de valoración de la dependencia más implantado en la actualidad. Como ejemplo podemos citar algunos países y comunidades autónomas dónde se están utilizando: **EEUU, Japón, Inglaterra, Suecia, Suiza, Holanda, Noruega, Italia, Islandia, Finlandia, Canadá (zona no francófona), Cataluña, Valencia, Galicia, Cantabria...**
- **La gestión del RAI (20%) y del RUG III no supondría un cambio excesivamente complejo para las Diputaciones Forales.**

- **El coste (en tiempo de profesional sanitario) de cada valoración no supera demasiado a los actuales.** El tiempo necesario para realizar el RAI (20%) se podría estimar en un máximo de **45 minutos**.
- **El coste (en tiempo de personal de administración) para introducir los datos en el sistema se puede establecer en 30 minutos.**
- **Los costes generados de Copyright serían 0**, ya que la Fundación Inter RAI cede los derechos de uso de forma gratuita a las entidades públicas.
- **Los costes de compra del software a la empresa informática suministradora del programa son limitados.**
- **La implantación del RAI (20%) podría ser el motor que abriese las puertas de todo el sector para la implementación paulatina del sistema completo (RAI 100%),** con las mejoras en la calidad de la atención que ello supondría.
- **Este modelo de valoración de la dependencia RAI-RUG está ampliamente utilizado y recomendado por múltiples artículos científicos, sociedades, entidades políticas, congresos, etc.** Por citar solo algunos ejemplos:
 - Consejería de Salud de Cataluña (Programa sociosanitario “Vida als Anys”).
 - Consellería de Sanidade e Servicios Sociais de Galicia (Programa sociosanitario PASOS).
 - Consejería de Salud y Servicios Sociales (Madrid).
 - Conclusiones del “I Congreso de la Federación Nacional de Médicos de Residencias”.
 - Conclusiones del “I Congreso sobre Sistemas de Información Sociosanitario” (FEGAS. Santiago de Compostela. Galicia 1998).
 - Editorial de la “Revista de Administración Sanitaria”.
 - Presidente y múltiples miembros de la Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología (Zahartzaroa).
 - Fundación Zorroaga (Donostia – San Sebastián).
 - Servicios de Geriátría: Hospital Monte Naranco (Oviedo), Hospital de Granollers (Barcelona), Hospital San Jorge (Zaragoza), Hospital Insular y otros (Canarias), etc.
 - Conclusiones de la Jornada sobre “Métodos de Valoración del Anciano”. Donostia – San Sebastián, 1999.

11. PUNTO DE CORTE ENTRE PERSONAS AUTÓNOMAS Y PERSONAS DEPENDIENTES

Las conclusiones fundamentales de la Comisión a este respecto son las siguientes:

El RUG/RAI es un método avalado internacionalmente como sistema de case-mix para la valoración de la dependencia y del plan de cuidados. Dispone de una herramienta resumida al 20% que permite realizar una valoración previa a la institucionalización permanente y que permite realizar una primera clasificación de usuarios.

El subgrupo PA1 recoge fielmente el espíritu de “autónomo” que, en la actualidad, es utilizado para la asignación de responsabilidades de gestión de recursos y de financiación de los mismos, entre las Diputaciones Forales y las entidades locales.

El subgrupo PA1 es el de menor carga asistencial de los 44 existentes en el RUG III y por lo tanto también corrobora la viabilidad de lo expresado.

En la actualidad, de los 44 subgrupos del RUG III, solo uno, el de inferior índice de case-mix, –el PA1– sería de responsabilidad municipal. Esto no significa que los 43 subgrupos restantes sean de responsabilidad foral, sino que algunos de los de superior índice de case-mix podrían ser de responsabilidad sanitaria o sociosanitaria compartida.

12. PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN

- La gestión del nuevo instrumento de valoración RAI – RUG III continuará bajo la **responsabilidad de cada una de las tres Diputaciones Forales** que lo gestionarán siguiendo sus criterios actuales (con personal propio o personal externalizado, perfil de los profesionales, ubicación de las unidades, etc.). Otras posibles alternativas que implicasen un cambio de mayor profundidad sobre el modelo actual –ejemplo: creación de una Fundación, o de un Consorcio sociosanitario de valoración y orientación, etc.– deberían haber tenido un tiempo de reflexión político previo y de consenso interinstitucional.
- Sin embargo, se propone el establecimiento en cada uno de los tres Territorios Históricos de un órgano superior de seguimiento y evaluación del nuevo instrumento de valoración: “La Comisión Territorial de Valoración y Orientación Sociosanitaria”.

13. DETERMINACIÓN DEL CONSEJO VASCO

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, en su sesión del 17 de febrero de 2005, adoptó el siguiente acuerdo:

Aprobar la primera fase de la propuesta de la Comisión Técnica correspondiente relativa a la adopción del sistema RAI (20%) y el RUG III como herramienta válida en toda la CAPV para la calificación de personas con dependencia... El objetivo - compromiso es que a partir de **enero de 2006** se apliquen dichos instrumentos... La gestión de la valoración de la dependencia será competencia de las Diputaciones Forales de acuerdo con el D. 155/2001.

BIBLIOGRAFÍA

- HAWES, C.; MORRIS, J.; PHILLIPS, C. et al. "Development of the nursing home Resident Assessment Instrument (RAI) in the USA". *Age Agein*, 1997;26 (suppl. 2); 19-25.
- FRIES, B.E.; SCHNEIDER, D.P.; FOLEY, W.J.; GAVAZZI, M.; BURKE, R.; CORNELIUS, E. "Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)". *Medical Care*, 1994; 32: 668-685.
- ARIÑO, S. "La tecnología RAI. Herramienta para gestión de calidad total en atención sociosanitaria". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2001; 36 (3): 135-139.
- DIEGO, I. "La coordinación sociosanitaria y la atención a las personas dependientes". *Revista de Administración Sanitaria*, 2001; 18: 121.
- BURGUEÑO, D.A. "Definición de residencia. Futuro de la Política Sociosanitaria en España". *Revista Residencial*, 1998; 15.
- PEÑALVER, R. "Atención Sociosanitaria". *Revista de Administración Sanitaria*, 1999; 11.
- SOLANO, J.; LÓPEZ, E. "Envejecimiento y sistemas de clasificación de pacientes". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1998; 33(6):363-373.
- ALASTUEY, C.; CORUJO, E.; NÚÑEZ, E.; PÉREZ, D.G.; RODRÍGUEZ, S.; SOCORRO, M. "Grupos de uso de recursos (RUG III) y niveles asistenciales en Geriatria". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2000; 35(3):127-136.