

Las situaciones de dependencia. Su valoración, los baremos y su aplicación

SUMARIO: I. CONCEPTO Y VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA. 1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. 2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS O DE PLANIFICACIÓN. 3. INSTRUMENTOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR PRESTACIONES Y SERVICIOS. 4. LA VISIÓN DE LA OMS: LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD (CIF). 5. SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA. II. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES. 1. UNIÓN EUROPEA. 2. ALEMANIA. 3. FRANCIA. 4. LUXEMBURGO. 5. HOLANDA. 6. PAÍSES EXTRACOMUNITARIOS. A) *Estados Unidos*. B) *Japón*. 7. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES: CONCLUSIONES. III. LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. IV. RETOS Y LIMITACIONES DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN. V. BIBLIOGRAFÍA.

I. CONCEPTO Y VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

El concepto de dependencia se emplea en múltiples disciplinas y contextos, por lo que sus definiciones pueden variar en cada uno de ellos, si bien todos tienen como denominador común la dificultad para realizar determinadas actividades y la necesidad de ayuda para llevarlas a cabo. Así, de esta manera el Consejo de Europa, en su recomendación N.º R(98)9 de 18 de setiembre de 1998, define la dependencia como un estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o in-

¹ Institut de l'Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona.

telectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades de la vida diaria. Según esta definición, la discapacidad en alguna de las actividades de la vida diaria (AVD) es una condición necesaria, pero no suficiente, para la existencia de dependencia. Dicho de otro modo, la dependencia implica la presencia de discapacidad, pero la discapacidad no implica la existencia de dependencia. Así pues, una persona con discapacidad puede tener dificultades para la realización de una actividad, pero no por este motivo necesitar ayuda de otro para su realización.

La discapacidad es el resultado de la combinación de diferentes factores. Los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello, además, influenciado por el entorno. La relación entre la enfermedad y la discapacidad es evidente, aunque la epidemiología de la discapacidad es diferente según las edades: en los niños predominan los problemas relacionados con el periodo perinatal, en los adultos las secuelas de accidentes, los trastornos mentales graves y enfermedades neurológicas discapacitantes (ej: esclerosis múltiple), mientras que en las personas mayores predominan las enfermedades crónicas asociadas a la edad y las enfermedades neurodegenerativas (demencia, Parkinson). Aproximadamente en el 50% de las personas mayores dependientes, ésta aparece de forma, abrupta o catastrófica como consecuencia de una enfermedad aguda o un traumatismo, mientras que el 50% restante aparece de manera progresiva, si bien este porcentaje aumenta en los grupos de mayor edad.

Respecto a la dependencia, bajo la denominación común de AVD encontramos una gran variedad de actividades en función de la situación y entorno en el que se aplique, aunque todas tienen como elemento común que se realizan habitualmente por el individuo, si bien pueden recibir diferentes denominaciones, como básicas, esenciales, instrumentales, etc., en función del criterio utilizado. Así podemos encontrar instrumentos que únicamente tienen en cuenta 6 actividades, mientras que otras incluyen más de un centenar. Por otra parte, aunque las actividades valoradas sean las mismas, la definición de lo que se considera discapacidad también varía de una a otra en función de los objetivos que persigue cada una.

Los instrumentos de valoración de la dependencia han de reunir las siguientes características:

- Validez: capacidad de medir lo que pretende medir.
- Fiabilidad: reproducibilidad del resultado obtenido si es valorado por dos observadores diferentes (ínter observador) o por el mismo observador pero en momentos diferentes (intra observador).
- Sensibilidad al cambio: los instrumentos detectan aquellas situaciones en las cuales se produce una alteración del estado de la persona.

1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Desde mediados del siglo XX se empezaron a gestar escalas para determinar el impacto de las enfermedades en quienes las sufren, usualmente a partir de la observación directa. La principal función de estos instrumentos, validados en diferentes ámbitos, es valorar la carga asistencial y el consumo de recursos, así como las necesidades de rehabilitación. Igualmente su uso facilita la sistemática de la valoración y la comunicación entre profesionales (tanto a nivel asistencial como a nivel divulgativo en artículos y congresos científicos). Entre los más utilizados en nuestro entorno están el índice de Katz (continencia, bañarse, vestirse, uso del retrete, transferencias y alimentación), el índice de Barthel (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, micción y defecación, transferencias del cuerpo, deambulación, subir y bajar escaleras), el índice de Lawton (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, trabajos domésticos, lavar la ropa, usar transportes, control de medicación, planificación económica). Algunos como la Medida de Independencia Funcional (MIF) incorporan aspectos como el estado de ánimo o la situación social, mientras que otros como el índice IVD del "Resident Assessment Instrument" (RAI) forma parte de instrumentos más amplios de valoración integral, en los que estos instrumentos representan una parte importante. También se pueden utilizar para conocer las necesidades de ayuda en la planificación de altas hospitalarias.

2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS O DE PLANIFICACIÓN

En los estudios epidemiológicos para evaluar la prevalencia de discapacidad o planificar la necesidad de servicios se pueden utilizar algunos de los instrumentos utilizados en la práctica clínica habitual o bien mediante una lista de actividades. En este último caso se suele preguntar el grado de dificultad para realizar una actividad en determinado contexto (sin ningún tipo de ayuda o bien con alguna ayuda técnica como puede ser un bastón o unas gafas) y el grado en el que necesita ayuda para realizarla. En ambos casos la valoración se realiza preguntando directamente a la persona entrevistada o bien, si ésta no pudiera responder, a un informador indirecto - que suele ser un familiar de la persona de la que se desea obtener información -. Los resultados obtenidos permiten conocer la situación de discapacidad o de dependencia de una población y establecer diferencias respecto a otras, (p.e: personas mayores en relación a personas jóvenes) y conocer la evolución a lo largo del tiempo, si bien su grado de comparabilidad depende en gran medida de la similitud de los métodos de evaluación utilizados.

3. INSTRUMENTOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR PRESTACIONES Y SERVICIOS

El desarrollo de políticas sociales que extienden o universalizan el acceso a determinadas prestaciones, ha generado una serie de instrumentos que tienen como objetivo identificar las características mínimas o básicas que deben tener las personas para poder beneficiarse de las prestaciones. Estos instrumentos, a través de algoritmos de puntuación preestablecidos, cuantifican el nivel de dependencia que tiene una persona y, en función de la puntuación obtenida, la asignan a una categoría de dependencia en función de la cual tendrá o no derecho a percibir unas determinadas ayudas. Dentro de este grupo se encuadra el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) por el que se valoran las personas según la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.

Puesto que cada instrumento tiene un objetivo diferente, cada uno de ellos tiene unas instrucciones de uso precisas y diferentes, ya que pueden valorar necesidad de ayuda de otra persona o bien discapacidad para realizar una determinada actividad o bien valorar la situación de dependencia para una actividad en una situación concreta.

4. LA VISIÓN DE LA OMS: LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

Los primeros esfuerzos de la OMS en la clasificación de la discapacidad datan de 1980, cuando se realizó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Con la experiencia adquirida con su uso se hicieron las modificaciones que se estimaron oportunas para realizar una segunda versión en el año 2001, conocida como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). La CIF es un intento de homogeneizar la terminología y facilitar una clasificación del funcionamiento humano que proporcione un lenguaje común y un marco conceptual para la descripción y análisis de la discapacidad y del funcionamiento humano en su conjunto. En este sentido en la CIF el término discapacidad cambia su definición en relación a la clasificación anterior (CIDDM) pasando de referirse solamente a la limitación para realizar actividades a tener un sentido más amplio que engloba las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

La CIF se estructura en cuatro niveles de clasificación. El primer nivel, que es el menos detallado, organiza la información en 4 componentes que corresponden a Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades

y Participación, y Factores Ambientales. En la Tabla 1 se ofrece la lista de títulos completos que comprenden este primer nivel de clasificación. Los siguientes niveles de clasificación profundizan en estos conceptos.

TABLA 1
CAPÍTULOS DE LA CLASIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL
DE LA CIF (OMS, 2001)

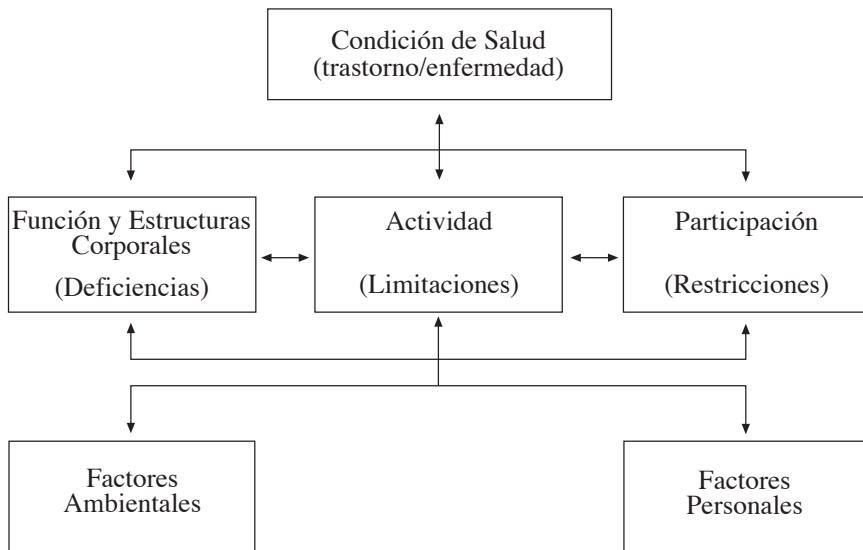
<p>Funciones corporales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funciones mentales • Funciones sensoriales y dolor • Funciones de la voz y el habla • Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio • Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino • Funciones genitourinarias y reproductoras • Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento • Funciones de la piel y estructuras relacionadas
<p>Estructuras corporales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructuras del sistema nervioso • El ojo, el oído y estructuras relacionadas • Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio • Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico • Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor • Estructuras relacionadas con el movimiento • Piel y estructuras relacionadas
<p>Actividades y participación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje y aplicación del conocimiento • Tareas y demandas generales • Comunicación • Movilidad • Autocuidado • Vida doméstica • Interacciones y relaciones interpersonales • Áreas principales de la vida • Vida comunitaria, social y cívica
<p>Factores ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos y tecnología • Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana • Apoyo y relaciones • Actitudes • Servicios, sistemas y políticas

La clasificación se acompaña de definiciones de cada uno de sus componentes, así como de un sistema de graduación de las situaciones que se pue-

dan identificar en cada uno de los ámbitos. Entre estas definiciones destaca la diferenciación que se recoge entre el desempeño y la capacidad a la hora de describir los componentes de Actividades y participación. Así, el desempeño/realización hace referencia a lo que una persona hace en el entorno real en el que vive. En cambio, la capacidad describe el máximo nivel probable de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un entorno normalizado (el concepto de entorno normalizado es abierto, haciendo referencia a condiciones bien definidas, aunque la clasificación no las especifica). En el caso del desempeño las características de los entornos pueden diferir entre las personas, mientras que en el caso de la capacidad los entornos deben presentar características similares.

La diferenciación entre desempeño y capacidad refleja, en parte, que la CIF entiende que el funcionamiento de un individuo y su discapacidad es el resultado de la interacción de los distintos componentes de la clasificación, incluyendo las condiciones de salud y los factores contextuales, y también los factores personales (ver Ilustración 1).

ILUSTRACIÓN 1
INTERACCIONES ENTRE LOS COMPONENTES DE LA CIF



Fuente: http://sinais.salud.gob.mx/cemece/cif/cif_modelo.html

En relación con la valoración de la dependencia, la CIF aporta una clasificación y unas definiciones consensuadas internacionalmente que parten de un modelo de comprensión multidimensional de la discapacidad. Nos permite comprender con claridad que:

- a) No siempre una persona con discapacidad tiene limitaciones en la realización de actividades
- b) Las limitaciones en las actividades se encuentran influenciadas por el entorno en que se desenvuelve la persona, pudiendo éstas modificarse o incluso desaparecer en función de las condiciones del entorno
- c) Las limitaciones en las actividades tienen diferentes niveles de severidad.

5. SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA

En España, entre un 20 y un 35% de personas están afectadas por algún grado de discapacidad. Estas diferencias son debidas a la selección de la población estudiada (ej: global vs mayores de 65 años) y al uso de diferentes criterios en la definición de discapacidad y deficiencia utilizados (ej: diferentes actividades, grado de ayuda), si bien todos coinciden en que aproximadamente tres cuartas partes de las personas con dependencia corresponden a personas mayores de 65 años. Según un estudio que ha considerado 11 actividades incluyendo 6 básicas y 5 instrumentales, siguiendo los criterios definidos por Manton y utilizando la base de datos de la EDDS del 1999 en España el 23,5 % de los mayores de 64 años tienen discapacidad para al menos una de las actividades consideradas, lo que se estimaba que en el año 2003 había 1.710.006 personas mayores con algún grado de discapacidad: un 31,9 % únicamente tienen discapacidad para actividades instrumentales, el 36,6% para 1 ó 2 básicas, el 12,2% para 3 ó 4 básicas y el 12,5% para 5 ó 6 básicas. El 6,8% restante correspondería a personas ingresadas en residencias de asistidos

En relación a la nueva ley de la dependencia se las estimaciones oficiales de posibles beneficiarios se han basado en el libro blanco de la dependencia que ha utilizado como fuente de información la EDDS 1999. Según el libro blanco, en el 2005 había 1.125.000 potenciales beneficiarios lo que corresponde con el 2,55 % del total de la población española. De estos un 33,19 % tendrían entre 65 y 79 años y el 40,2 % 80 años o más (8). Posteriormente basados en los criterios generales del libro blanco se han realizado otras estimaciones de distribución territorial de las mismas.

II. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

1. UNIÓN EUROPEA

En los últimos años algunos países europeos han regulado leyes de rango estatal destinadas a desarrollar un sistema público de cuidados a las personas

con dependencia. En los países en que se ha iniciado esta regulación se han construido instrumentos específicos para valorar la dependencia a efectos de determinar la elegibilidad de los beneficiarios de los programas públicos de atención. En algunos casos (Alemania, Austria, Luxemburgo, Francia) se emplea en todo el país un instrumento común de valoración, en otros (Holanda) donde había una cierta discreción local, se están abordando la conveniencia de poner en común los criterios, mientras que en otros países de la Unión Europea que cuentan con una importante tradición de programas públicos de atención a la dependencia, como los países nórdicos, se suelen emplear diferentes procedimientos de valoración que se deciden a escala local de acuerdo con el modelo de descentralización de la Administración en estos países.

A continuación comentaremos algunas de las características del sistema e instrumentos de valoración de algunos ejemplos que consideramos más relevantes.

2. ALEMANIA

En Alemania, la ley de dependencia se puso en marcha en enero de 1995. La ley alemana establece que los beneficiarios deben encontrarse en una situación de necesidad de apoyo para la realización de unas determinadas actividades de la vida diaria, durante un periodo mínimo de seis meses, y como consecuencia de la existencia de problemas en las condiciones de salud. A efectos de la provisión de prestaciones y/o servicios, la ley alemana ha establecido tres niveles de severidad de la dependencia, que en la práctica se han ampliado a cuatro:

- Nivel I: Se trata de personas que requieren ayuda al menos una vez al día para dos o más actividades consideradas como básicas y varias veces a la semana para las tareas domésticas. Promedio de necesidad de ayuda entre 1,5 y 3 horas diarias, con un mínimo de 45 minutos en las actividades básicas.
- Nivel II: Comprende a personas que necesitan ayuda tres veces al día en las actividades de la vida diaria. Promedio de necesidad de ayuda entre 3 y 5 horas diarias, de las que 2 o más deben dedicarse a las actividades básicas.
- Nivel III: Personas que requieren ayuda de forma continuada en las actividades de la vida diaria. Promedio de necesidad de ayuda para todas las actividades de más de 5 horas diarias, de las que 4 horas o más se destinan a las actividades básicas. Dentro de este nivel, sin que

haya sido reconocido expresamente por la ley, se ha establecido un nivel especial que se otorga en casos de personas clasificadas en el nivel III y que requieren una asistencia de carácter extraordinario que sobrepasa ampliamente los cuidados correspondientes a dicho nivel. Está limitado a un máximo del 3% de los casos que reciben atención en el domicilio en el nivel III.

La necesidad de apoyo y por lo tanto la clasificación en uno u otro de los niveles anteriores se valora mediante un baremo, que es común para todos los Länder, y que ha sido construido específicamente para establecer la elegibilidad de los solicitantes.

El baremo comprende un conjunto de actividades de higiene personal, alimentación y movilidad, que se consideran como actividades básicas, y una serie de tareas domésticas. En cada actividad se valora la frecuencia y el tiempo de cuidados que necesita el solicitante. Para ello los valoradores cuentan con una guía complementaria que facilita la aplicación del baremo. Esta guía se ha modificado en diversas ocasiones, introduciendo aclaraciones y criterios comunes, con el objetivo de mejorar la calidad de las valoraciones. En esta línea, destacó el establecimiento en 1997 de intervalos de minutos de atención de las actividades consideradas como básicas en el baremo y de criterios generales para las tareas domésticas.

El resultado final de la valoración se resume en la obtención de promedios diarios de tiempos de atención para el conjunto de las actividades básicas, para las tareas domésticas y para el conjunto de todas las actividades. Los beneficiarios de la ley de dependencia deben necesitar, según el baremo establecido, de 90 minutos como mínimo de cuidados, la mitad de los cuales debe necesitarse obligatoriamente en las actividades básicas. Aquellos solicitantes que no cumplen con estos requisitos no reciben prestaciones y/o servicios a cargo de la Ley de Dependencia, aunque pueden quedar cubiertos por otras leyes en función de su situación (Servicios Sociales, Discapacidad, Sanidad, etc.)

3. FRANCIA

El subsidio personalizado de autonomía (Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA) se aprobó en julio de 2001. Este subsidio, que cubre todo el territorio nacional, está destinado a las personas mayores de 60 años que requieren ayuda para la realización de las AVD. Paralelamente se ha promulgado una legislación similar para personas más jóvenes.

La evaluación de la dependencia de los solicitantes de este subsidio se fundamenta en la aplicación de un instrumento de valoración único que se

emplea a escala nacional. Dicho instrumento, conocido como AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources), clasifica la dependencia de las personas sobre la base de ocho variables: Coherencia, Orientación, Higiene, Vestido, Alimentación, Control de esfínteres Transferencias y Desplazamientos interiores

Cada una de las variables mencionadas debe ser evaluada en términos de A, B o C. según si la persona realiza la actividad sola, de forma completa, regular y correctamente, de forma parcial o irregular o incorrectamente o si la persona no la realiza, no puede o no quiere hacerlo respectivamente.

La clasificación final solo se puede obtener mediante la aplicación de un algoritmo específico. Así, las variables no puntúan siempre igual en el resultado final, sino que la puntuación obtenida depende de la combinación de los resultados de las variables.

El AGGIR permite clasificar las personas en seis categorías relacionadas con la situación de dependencia, desde las situaciones de ausencia de ayuda significativa de tercera persona hasta la dependencia más grave. Estas categorías se asimilan a un perfil de personas con dependencia con las siguientes características:

- GIR 1: Personas encamadas con funciones graves y que necesitan presencia continua para la realización de las AVD.
- GIR 2: Personas encamadas o con graves problemas de movilidad sin total deterioro cognitivo y que necesitan ayuda para la mayor parte de las AVD. Personas con grave deterioro cognitivo, que conservan su movilidad.
- GIR 3: Personas que conservan parcialmente su movilidad, sin deterioro cognitivo, pero que necesitan diariamente y durante varias veces ayuda para la realización de las ABVD (mayoritariamente incontinentes).
- GIR 4: Personas que tienen importantes problemas de transferencia pero que, una vez que se han levantado, pueden desplazarse en el interior de la vivienda (suelen necesitar ayuda para la higiene corporal y el vestido). Personas que, aún no teniendo problemas locomotores, necesitan ayuda para las actividades básicas.
- GIR 5: Personas que se desplazan solos en el interior de su domicilio, se alimentan y se visten solos. Necesitan ayuda puntual para el aseo personal, la preparación de las comidas y las tareas domésticas.
- GIR 6: Personas que no necesitan ayuda para las AVD.

Las cuatro primeras categorías generan derecho al APA. Las categorías 5 y 6 pueden beneficiarse de servicios de ayuda a domicilio, bien por su régimen de jubilación o por la ayuda social departamental.

4. LUXEMBURGO

El 1 de enero de 1999 entró en vigor un seguro social de dependencia en Luxemburgo. Este seguro social cubre a toda la población y tiene por objeto la compensación de los gastos generados por la necesidad de la ayuda de una tercera persona para la realización de los actos esenciales de la vida (higiene corporal, nutrición, y desplazamiento). El Ministerio de Seguridad Social de Luxemburgo optó por no construir una clasificación de las personas con dependencia y alternativamente establecer un sistema de medida totalmente individual que se basa en los actos de ayuda o cuidado con un mínimo de duración de la atención, establecido en 3,5 horas a la semana, para que ésta sea cubierta por el seguro. Además se establecen diferentes tipologías de discapacidad que tienen otorgadas unas prestaciones mínimas sin perjuicio de que el instrumento de valoración establezca unas prestaciones mayores.

La valoración de la dependencia se realiza mediante la evaluación de las ayudas que requiere la persona a través de un instrumento único según un reglamento establecido por el Ministerio de la Seguridad Social de Luxemburgo, modificado en marzo del 2004. El instrumento contiene dos bloques: uno, centrado en las actividades consideradas como esenciales de la vida diaria (higiene corporal, nutrición y movilidad), y otro que contiene tres subapartados relacionados con las tareas domésticas, las actividades denominadas de apoyo y las actividades denominadas de asesoramiento.

Con esta información se determina un crédito de horas semanales (en el caso de los actos esenciales de la vida, el número de horas por semana oscila entre un mínimo de 3,5 y un máximo de 24,5), y se comunica un plan de atención a la persona con dependencia reconocida. En el caso de que el beneficiario resida en una institución el plan de atención se debe ejecutar en los términos expresados por centro de evaluación. En cambio, cuando el beneficiario reside en su domicilio, el plan de atención es negociable dentro del marco del crédito de horas semanales. De modo que las ayudas propuestas pueden ser sustituidas por otras en otro ámbito, así mismo puede igualmente sustituir las ayudas en especie por prestaciones económicas para el pago de cuidadores informales. En este último caso, el plan de atención se convierte en obligatorio.

5. HOLANDA

Los cuidados de larga duración, como son la atención domiciliaria (incluyendo ayuda a domicilio y enfermería a domicilio) y la atención residencial se financian mediante un esquema de seguro público, que se conoce

como AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - Ley de Gastos Médicos Excepcionales). Este sistema está inmerso desde hace varios años en un proceso de reforma que está previsto que culmine en el 2006-07 cuando estas prestaciones se desarrollen en el marco de una nueva ley de apoyo social. Actualmente, el sistema de acceso a los cuidados de larga duración es gestionado por unas agencias regionales de evaluación de necesidades (RIO, Regionale Indicatie Organen). Sin embargo, en el 2005 se previó su centralización con el objetivo de aumentar la uniformidad en la detección de las necesidades de cuidados y la creación de un nuevo Centro Nacional de Evaluación de Cuidados (CIZ, Centrum indicatiestelling zorg). La atención incluida dentro del AWZB se define en términos de funciones. En concreto hay 7 funciones: cuidados domésticos, cuidados personales, enfermería, supervisión de apoyo, supervisión activa, tratamiento e institucionalización temporal o permanente. Los solicitantes pueden escoger entre el acceso a servicios o a una cantidad de dinero para la mayoría de estas funciones.

A pesar del criterio del Ministerio de Salud de uniformizar el criterio de acceso, no se utiliza un sistema de valoración único aunque de acuerdo con este criterio se ha diseñado un instrumento de valoración estandarizado que opcionalmente pueden utilizar los RIO.

6. PAÍSES EXTRACOMUNITARIOS

A) *Estados Unidos*

En Estados Unidos, bajo el amparo financiero de los programas Medicaid y Medicare, todos los estados disponen de programas de provisión pública de prestaciones y/o servicios de atención dirigidos a las personas con dependencia. Conjuntamente estos 2 programas financian la mitad (54%) del gasto total en cuidados de larga duración en Estados Unidos. Por un lado, Medicare financia el 11% del gasto en atención residencial y el 26% del gasto en atención en el domicilio y en la comunidad. Por otro lado, Medicaid y otros programas sociales complementarios financian el 47% del gasto en atención residencial y el 26% del gasto en atención en el domicilio y en la comunidad.

Medicare es un seguro médico creado por el Gobierno Federal en el año 1965 que cubre a todos los mayores de 65 años (y cónyuges), así como a cualquier beneficiario del SSDI (Social Security Disability Insurance Program) que haya recibido esta prestación durante 24 meses consecutivos y tenga entre 20 y 64 años. En relación con la situación de dependencia, Medicare sólo paga por la atención que se presta en los establecimientos sanita-

rios con camas de larga estancia (Skilled Nursing Facility, SNF) o por los cuidados sanitarios a domicilio (Medicare Part A). Sin embargo, ambos tipos de servicios están cubiertos sólo durante un tiempo o de una forma intermitente. Medicare no paga por el cuidado relacionado con las actividades de la vida diaria.

Medicaid es un programa cofinanciado por el Gobierno Federal y los gobiernos de cada Estado. Este programa ofrece cobertura sociosanitaria a las personas que presentan unos ingresos económicos por debajo de unos niveles determinados. El Gobierno Federal ha establecido unas condiciones generales mínimas y cada Estado administra el programa en su territorio, de acuerdo con sus propios criterios específicos de participación. De este modo, dentro del Medicaid hay diferencias notables entre los Estados. Sin embargo, Medicaid cubre, en general, los cuidados de larga duración, tanto en centros residenciales, como en el domicilio y en la comunidad.

Un estudio de revisión exhaustiva de los sistemas de acceso a estos programas pone de manifiesto la existencia de una gran diversidad entre los distintos estados. En general, cada estado ha adoptado su propio instrumento de valoración, normalmente construido ad hoc para esta finalidad. Es frecuente que los estados empleen instrumentos distintos de valoración en función de si se solicitan servicios domiciliarios y/o en la comunidad o bien servicios residenciales. Cuando esto ocurre se suelen realizar valoraciones más amplias para el acceso a residencia que para el resto de servicios. Los autores de este estudio distinguen, por un lado, tres formas de valoración: criterios explícitos de inclusión, sistemas de puntuación y guías generales de valoración; y, por otro lado, tres tipos de ítems: sólo funcionales (que incluyen aspectos funcionales, cognitivos, mentales, psicológicos, de conducta y sociales), sólo sanitarios (que incluyen atenciones médicas y de enfermería), y combinación de los anteriores.

El trabajo mencionado obtiene que la mayoría (30 de 51 casos) de los estados emplean el mismo formulario estandarizado para determinar el acceso a cualquiera de los servicios incluidos en Medicaid. En 17 de los 51 casos analizados se emplean formularios distintos y en 4 casos más el acceso a los servicios no residenciales requieren un formulario complementario. En todos estos casos el formulario de acceso a los servicios no residenciales recoge más información y es más extenso que cuando se trata de los servicios residenciales.

B) Japón

La Ley japonesa de atención a la dependencia funciona desde el abril del 2000. El programa está dirigido principalmente a mayores de 65 años, aun-

que también pueden beneficiarse los mayores de 40 años que presenten una situación de dependencia por causa de una determinadas patologías (accidentes cerebrovasculares, demencias tempranas, etc.). Las personas de edades inferiores con dependencia deben acogerse al sistema social de atención a la discapacidad.

Las personas que se identifican como personas con dependencia se clasifican en 6 grados que van desde el “apoyo” que necesitan una ayuda parcial entre 25 y 30 minutos diarios, a quienes se ofrecen servicios preventivos, y 5 niveles de atención siendo el máximo cuando se consideran ayudas diarias de más de 110 minutos.

En la ley japonesa se realiza una valoración con el objeto de determinar la elegibilidad de los solicitantes, así como el nivel de severidad que estos presentan y que dan lugar a distintas prestaciones. En la valoración se emplea un instrumento común de valoración que fue diseñado a instancias del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social del Japón. El instrumento se compone de 85 variables, de los cuales 73 evalúan el estado mental y físico del solicitante y los 12 restantes contemplan unos tratamientos médicos especializados. Los ítems se dividen en 7 grupos de valoración intermedia (Movimiento de las articulaciones. Movilidad. Movimientos complejos. Cuidados especiales. Auto-cuidados. Comunicación y percepción. Comportamientos problemáticos). Cada uno de ellos se puntúa de 0 (mínimo) a 100 (máximo) a través de la puntuación obtenida individualmente por los ítems que lo configuran. Además, los 12 tratamientos médicos específicos disponen de una asignación de tiempo de atención específica que se añade al tiempo anterior. De este modo, se obtiene el tiempo total de atención que se utiliza como base para clasificar a la persona con dependencia en los diferentes grupos. Su singularidad reside en que los resultados de la valoración, que corresponden a minutos de atención y que se obtienen a través de un árbol de decisiones, que se basa en las puntuaciones de las variables intermedias.

7. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES: CONCLUSIONES

La revisión de los instrumentos analizados pone de manifiesto la gran diversidad de experiencias que existen en este ámbito, en ocasiones con resultados muy distintos entre ellas. Se puede concluir que los instrumentos de valoración aparecen muy condicionados por los objetivos que se persiguen con su aplicación.

La clasificación de las experiencias analizadas pone de manifiesto dos grandes bloques de abordaje:

- Por un lado, las experiencias europeas y de Japón han desarrollado un instrumento basado en sistemas de puntuación, con ítems que incluyen más aspectos que las ABVD y que ofrecen los resultados sobre la base de minutos estandarizados de tiempos de atención, que pueden transformarse en niveles de severidad a través del empleo de puntos de corte.
- Por otro lado, las experiencias en EE.UU. muestran un escenario más diverso, pero que se ha centrado sobre todo en determinar instrumentos que ofrezcan sus resultados en forma de servicios prescritos.

Las experiencias analizadas han mostrado que la intervención de las Administraciones se encuentra en un proceso de transición. Así, se observa que se está transitando desde una lógica de perfiles de usuarios hacia una lógica de necesidad de atención a la dependencia o de cuidados de larga duración. Esta tendencia se ha observado en Alemania, EE.UU., Holanda, Japón, Luxemburgo y, de hecho, es la que se está introduciendo en España de la mano del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con la ley de la dependencia.

III. LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

En España, hasta la promulgación de la ley de la Dependencia, se empleaban diferentes baremos o procedimientos de valoración de la dependencia para el acceso a los distintos programas públicos de prestaciones y/o servicios que se han implantado en cada Comunidad Autónoma. Para el reconocimiento de la prestación complementaria de la Seguridad Social por necesidad de ayuda para las AVD en los casos de personas con un reconocimiento oficial de minusvalía del 75% existe un baremo unificado para todo el estado español, elaborado por los servicios técnicos de valoración del IMSERSO para su aplicación por todas Administraciones. Este baremo, denominado ATP (ayuda tercera persona) se aplicaba sobre personas que han pasado un reconocimiento oficial de situación de discapacidad que funciona de facto como una valoración previa. El diseño de este instrumento no permite establecer fácilmente niveles de severidad.

La ley de la dependencia publicada en el BOE el 14 de diciembre de 2006, define la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental,

de otros apoyos para su autonomía personal”. A su vez define las Actividades básicas de la Vida diaria como “las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: cuidado personal, actividades domésticas básicas, movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”.

La Ley de la Dependencia regula el acceso a los servicios sociales (residencias, centros de día y de noche, servicios de atención a domicilio y prestaciones económicas vinculadas a la prestación del servicio o para cuidadores familiares).

En la misma ley se señala que las situaciones de dependencia se clasificarán en 3 grados según la gravedad de la misma:

- *Grado I. Dependencia moderada:* la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- *Grado II. Dependencia severa:* la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- *Grado III. Gran dependencia:* la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Además cada grado se dividirá en dos niveles en función de la autonomía de la persona y del tipo de apoyo que requiere.

Para poder beneficiarse de las prestaciones que garantiza la ley, debe superarse una valoración que debe permitir reconocer la situación de dependencia y la pertenencia a algunos de los grados y niveles descritos anteriormente.

El real decreto 504/2007 de 20 de abril de 2007 aprobó los criterios para la valoración incluyendo el baremo que deba aplicarse en todas las Comunidades Autónomas. El baremo en valoración de la dependencia (BVD) se basa en la valoración de la capacidad de desempeño para una serie de actividades de la vida diaria. A su vez cada actividad se desagrega en tareas. Podemos agrupar las actividades en: autocuidado, movilidad, actividades domésticas y toma de decisiones (Tabla 2). Además del desempeño o no en cada tarea, el baremo también recoge el tipo de ayuda que la persona necesita en esta tarea clasificada en: Preparación o Supervisión, Asistencia física parcial, Asistencia física máxima o Asistencia especial.

TABLA 2
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN EL BVD

Actividades de autocuidado <ul style="list-style-type: none"> • Comer y beber • Regulación de la micción/defecación • Lavarse • Otros cuidados corporales • Vestirse • Mantenimiento de la salud
Actividades de movilidad <ul style="list-style-type: none"> • Transferencias corporales • Desplazarse dentro del hogar • Desplazarse fuera del hogar
Actividades de la vida doméstica <ul style="list-style-type: none"> • Preparar comidas • Hacer la compra • Limpiar y cuidar de la vivienda • Lavar y cuidar la ropa
Toma de decisiones <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de autocuidado: • Actividades de movilidad: • Tareas domésticas: • Interacciones interpersonales básicas y complejas. • Usar y gestionar el dinero • Uso de servicios a disposición del público

La puntuación final del BVD (de 0 a 100 puntos) es la suma de los pesos de las tareas ponderadas por el grado de apoyo personal. Con el objetivo de cubrir el amplio abanico de situaciones el BVD tiene algunas características particulares:

- Debe tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad de decisión, siempre y cuando concurra la existencia de deficiencias (motrices, mentales, sensoriales o de otro tipo).
- Debe realizarse teniendo en cuenta el empleo de las ayudas técnicas disponibles por la persona, así como las barreras existentes en su entorno habitual.
- Se valorará sin considerar los cuidados personales que recibe la persona. Es decir no debe infravalorarse la dependencia por el hecho de tener determinadas actividades cubiertas por un cuidador informal.

El proceso de valoración pretende intentar objetivar la situación valorada. Para ello el valorador dispone además de información complementaria

del estado de salud y particularmente de los problemas, enfermedades, lesiones que sean causa de discapacidad.

Se ha desarrollado otro baremo para los niños de 0 a 3 años que tiene en cuenta sus particularidades del desarrollo y maduración durante este período de tiempo.

IV. RETOS Y LIMITACIONES DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Los instrumentos de valoración no pueden solucionar todas las dificultades de un proceso complejo de valoración, aunque un buen planteamiento inicial en su desarrollo puede ayudar a limitar o controlar estas dificultades, en ocasiones no es suficiente y de hecho, programas con años de funcionamiento siguen sin resolver algunas de ellas satisfactoriamente. Desde el punto de vista de atención a la dependencia, tanto o más relevantes son la definición de dependencia que se utilice, el proceso de valoración y de la propia cartera de prestaciones.

Algunos de los principales retos son:

- Evitar falsas exclusiones de personas con deterioro cognitivo, intelectual o en general con problemas de salud mental: Puesto que el resultado final de la valoración es la necesidad de ayuda para realizar determinadas actividades es de especial relevancia cómo se interpreta la capacidad o no. La instrucción básica debe incorporar el hecho que la falta de decisión, motivación u otro problema mental que impide realizar una determinada actividad confiere a esta persona la condición de dependiente para aquella actividad aunque no haya ninguna limitación observable desde el punto de vista físico. La inclusión de variables especiales para identificar a esta población es necesaria en la información complementaria (informe de salud), pero no aporta valor sobre la severidad de la necesidad de ayuda.
- Cómo valorar las situaciones que cursan en episodios o crisis: El procedimiento de la valoración debe establecer los criterios bajo los cuales hay que proceder a la valoración. En general se considera que debe realizarse en la situación basal o libre de crisis introduciendo un criterio temporal para aquellas situaciones en que las crisis o episodios son muy frecuentes.
- Qué ocurre con la resolución de las situaciones frontera entre los diferentes niveles de severidad. Es un problema inevitable en los modelos basados en la puntuación. Solamente un sistema validado y sensible a

los cambios disminuirá la sensación de injusticia que genera estar en el límite inferior de la accesibilidad.

- La variabilidad inter observador. A parte de un instrumento sencillo y bien desarrollado solamente la buena formación de los valoradores disminuirá la variabilidad. Un buen manual debe formar parte del proceso de formación.
- Quienes necesitan apoyo permanente pero de baja intensidad: La incorporación de los niveles de ayuda permite identificar estas situaciones.

V. BIBLIOGRAFIA

- ABELLAN A., PUGA D. La Dependencia en los mayores. En: Informe España 2001. Madrid: Fundación encuentro, 2001 p. 187-246.
- CASADO MARIN D, LÓPEZ I CASASNOVAS G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración.. Barcelona, Fundación la Caixa, 2001.
- Décret n.º 2001-1084 du 20 novembre 2001. version consolidée au 7 novembre 2003. <<http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SMHC7.htm>>.
- Décret relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Defensor del Pueblo. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 2000.
- DUBIN, K N: "La protección de la dependencia en los Estados Unidos" en Protección social de las personas dependientes. GONZÁLEZ ORTEGA, S. y QUINTERO LIMA, M.ª G (coordinadores). *La Ley*. Madrid. 2004.
- "Estudio del modelo de atención de las personas mayores en España". Barcelona: *Edad y vida*, 2004.
- FERRUCCI, Luigi; GURALNIK, Jack M; SIMONSICK, Eleanor; et al. "Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process". *The Journals of Gerontology*. Series A; 1996: 51A,3: 123-30.
- Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Anuario del Envejecimiento de Cataluña 2004. Barcelona: Glosa, 2004.
- HEFFLER, S., LEVIT, K., and Smith S (2001): "Health spending growth up in 1999; Faster growth expected in the future". *Health Affairs*. 20 (2): 193-203.
- IHARA, K.: Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program.
- INE. *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999, Resultados nacionales detallados*. Madrid: INE, 2002.
- Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004
- LOI no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. J.O. n° 167 du 21 juillet 2001 page 11737.

- MANTON, K. G.; CORDER, L.; STALLARD, E. *Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994*. Proc Natl Acad Sci U S A; 1997; 90, 6: 2593-2598.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen: Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.
- Ministry of Health, Welfare and Sport: En route to a sustainable system of long-term care and social support. April 2004.
- Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. 2001
- Projecting OECD Health long term care expenditures: What are the main drivers. Economics Departments Working papers 477. (2006)5.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre
- Real Decreto 504/2007 de 20 de abril por el que se aprueba el baremo de valoración de las situaciones de dependencia.
- SCHREUDER, G.T., VISSER-JANSEN, G., PIJL, M.: Mantelzorg in the Netherlands. Family care: characteristics, care policies, support and research. November 2004.
- Takashi Senda, Axuma Ohuchi: Characteristic analysis of tree-based model in Long-Term Care Insurance of Japan. Proceedings of the 2nd International Conference on Information Technology for Application (ICITA 2004). 434:439.
- TUNNER, M.C., HARRINGTON, CH.: Nursing facility and home and community based service need criteria in the United States. Home Health Care Services Quarterly 2003 22(4):65-83.