

ASIGNACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA SARQUAVITAE COMO POSIBLE ALTERNATIVA AL GRADO OFICIAL DE LA LAPAD

Autor: Elena Beristain Artetxe

Tutor: Dr. Luis Javier Gutiérrez Jerez

Catedrático Acreditado de Derecho Civil

INDICE

Introducción	2
Capitulo I Descripción del objeto de estudio y de la hipótesis de partida. 2-4	
Capitulo II Marco Teórico.....	4-8
Capitulo III Diagnostico de la situación actual y evolución del estudio objeto de investigación.....	8-10
Capitulo IV Análisis de los resultados e interrelación con las hipótesis planteadas.....	10-13
Capitulo V Justificación de la veracidad de la Hipótesis	13-18
Capitulo VI Garantías de la Acreditación del grado SARquavitae frente al grado de Ley	18-22
Capitulo VII Propuestas y acciones de mejora.....	22-26
Conclusiones	27-28
Anexos.....	29-32
Bibliografía.....	33

Introducción

El sistema de asignación del grado en las valoraciones periódicas de usuarios en régimen permanente en centros de tercera edad de SARquavitae como posible alternativa y validez como grado oficial de ley , pretende ser un trabajo de investigación que, a través de un análisis comparativo entre el grado asignado en los centros residenciales de SARquavitae a través de sus sistemas de valoración periódica, y los grados oficiales de ley (El establecido por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia), pretende poner de relieve su similitud con el grado de reconocimiento oficial, lo que lo hace valedor de estar a la misma altura que el oficial de ley, posible valía como grado oficial de Ley y que, por tanto, podría llegar a ser alternativo en caso de plantearse la administración competente una colaboración en tal sentido tanto como medida de reducción de costes, como de agilización del procedimiento en España legalmente establecido.(por lo tanto alternativo como medida de reducción de costes .)

CAPITULO I: DESCRIPCION DEL OBJETO DE ESTUDIO Y DE LA HIPÓTESIS DE PARTIDA

A continuación, se desarrollan el objeto de estudio y la hipótesis de partida analizando las bases y fundamentos en que se sustenta.

EL OBJETO DE ESTUDIO SE DELIMITA EN TORNO A VARIAS REFERENCIAS

1.- Referencia legal. Se toma como referencia. el artículo 28 de la Ley de Dependencia en donde se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema y según el cual :

“El reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el territorio del Estado”

“En el supuesto de cambio de residencia, la Comunidad Autónoma de destino determinará, en función de su red de servicios y prestaciones, los que correspondan a la persona en situación de dependencia”

2.-Referencia Profesional.- Se parte del contenido referenciado por Dr. Iñaki Zugasti Moriones (Jefe de Sección de Valoración, Agencia Navarra para la Autonomía de las personas), en la sesión presencial del Máster, en donde quedaba latente un hecho crucial: la desigualdad y disparidad en los resultados. (Ver cuadro)

Los datos reflejados en él y a los que hace referencia el Dr. Iñaki han sido extraídos de lo publicado en el BOE-A-2014-8733.



3.- Referencia técnica.- Se compara la herramienta llevada a cabo por SARquavitae, y la oficial que hace que se cuestione la idoneidad de ésta herramienta quizás sujeta a su carácter excesivamente subjetivo o a su falta de clarificación en los criterios de medición. Por ello nace la inquietud de valorar otras opciones de determinación del grado.

LA HIPÓTESIS DE PARTIDA surge de la experiencia como T.social y Directora de un Centro ubicado en San Sebastián (Gipuzkoa) de Personas Mayores y Personas con Discapacidad gestionado por SARquavitae en donde un equipo multidisciplinar del centro, a través de un sistema de valoraciones periódicas, que se sustenta de escalas objetivas, determinaba el grado de dependencia de todos los usuarios ingresados en el centro. Por La evidencia de los resultados, se consideró oportuno analizarlo y realizar una comparativa del resultado de ambos sistemas. Hay que comentar que el sistema de SARquavitae garantiza la homogeneidad entre las comunidades autónomas, ya que está avalado por un sistema informatizado de valoraciones integrado en la gestión de los 69 centros residenciales y socio sanitarios, repartidos en todo el territorio.

El método de trabajo será el siguiente:

1. A través de la comparativa se determinará el porcentaje de casos que resultan con el mismo grado de dependencia.
2. A su vez se analizará detenidamente los casos que no obtuvieran un mismo grado de dependencia para ambos sistemas ya que la causa puede que lo justifique.
3. Se realizará la comparación entre ambos sistemas determinando como resultado del trabajo las siguientes conclusiones:

- a. Igualdad de porcentajes.
- b. Desigualdad de porcentajes.
- c. Diferencia entre ambos.
- d. En el supuesto que la suma del porcentaje de casos que resultan con un mismo grado de dependencia más el porcentaje de casos que justifiquen la diferencia sea elevada se someterá a reflexión la posibilidad de que el sistema de asignación de grado de SARquavitae pueda ser acreditado como sistema de asignación de Ley.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La experiencia en el sector induce a creer que existe una duplicidad de recursos técnicos y humanos orientados al sistema de valoración de dependencia, dada la descoordinación entre los recursos públicos y privados. Esto supone un gasto desmedido en un sistema de valoración de dependencia lo que supone un recorte en los recursos y presupuestos destinados a lo verdaderamente prioritario que es la atención y bienestar de las personas con dependencia.

Con el objeto de ser óptimos gestores de recursos económicos, se considera oportuno hondear en la posibilidad de acreditar sistemas de valoración privados existentes, como sistemas de valoración oficial y medida de contención del gasto. De este modo, si esto fuera posible la reducción de los costes podrían revertirse en ayudas orientadas a la dependencia que se han visto afectadas por los recortes presupuestarios pudiendo, por ejemplo, tal y como se hace referencia en el VII informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014 (1) aumentar las intensidades de las prestaciones, incrementar las cuantías de las prestaciones económicas, entre otras (Nivel adicional de financiación).

Según el primer informe del Observatorio anual del Sistema de Atención a la Dependencia, publicado por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea) el 01 de Febrero del 2016 *El Sistema de Atención a las personas en Situación de Dependencia se encuentra en un estado "preocupante" y de "incertidumbre" debido a la falta de recursos y los recortes por la crisis económica, las largas listas de espera o la desigual aplicación de la ley en las distintas comunidades autónomas, entre otras causas* . Es probable que la implantación de homologación de sistemas de valoración, además de repercutir favorablemente en una reducción de costes, repercuta también positivamente en la descongestión de las listas de espera para ser valorado.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

A continuación con el objeto de centrar el trabajo a investigar y siendo conscientes de que para acercarnos lo más posible a los aspectos de la

realidad a estudiar es fundamental trabajar de manera ordenada y rigurosa dentro de un contexto específico y un marco de actuación limitado y acotado se establece el siguiente plan de actuación:

1- **Solicitud Autorizaciones:**

1.1 **SARquavitae.** Se planteará a la Dirección Técnica Asistencial de SARquavitae y al departamento de I+D+I la posibilidad de hacer uso de los resultados de las valoraciones periódicas de los usuarios, grados, fechas de valoración etc..con el objeto de realizar este estudio de investigación.

1.2 **Grado de Ley.** Se mantiene actualizada la autorización al acceso a los datos de la información del expediente electrónico de la Diputación Foral de Gipuzkoa para los usuarios en régimen de estancia pública del centro SARquavitae Villa Sacramento.

Con el objeto de no poner en riesgo en ningún momento el cumplimiento de la LOPD en los centros y servicios de y la certificación que la entidad tiene acreditada en este ámbito, se utilizarán variables no identificadoras eliminando por lo tanto nombre, apellidos...

2- **Selección y delimitación de los datos a comparar:**

2.1 **Usuarios en régimen de estancia pública**

Partiendo de la base que en el centro Residencial SARquavitae Villa Sacramento existen diferentes perfiles de usuarios/ as o personas usuarias así como diferentes regímenes de estancia (pública y privada) y que el acceso autorizado a la red de la Diputación Foral de Gipuzkoa es para visualizar la información de los usuarios en régimen de plaza pública, se acotará la base a los usuarios en régimen de estancia pública.

2.1 **Usuarios en régimen de estancia permanente**

Se considera oportuno a su vez acotar el estudio a los usuarios en régimen de estancia permanente ya que se considera que las estancias temporales podrían desvirtuar los resultados del análisis

2.1 **Usuarios Perfil Tercera Edad**

De los usuarios en régimen permanente se seleccionarán los usuarios de perfil Tercera Edad por disponer de mayor número de casos para el estudio 44 frente a 16.

3- Extrapolación de datos y comparativa.

Se realizara un cuadro comparativo en donde se reflejará las iniciales de los 44 usuarios, con su grado de Ley y su grado SARquavitae.

4- Análisis de los casos que muestren una diferencia entre el grado de Ley y el grado SARquavitae

Se profundizara en el análisis de los casos que muestren diferencia para valorar si existe una causa justificada que se haya desarrollado en el periodo entre una valoración y otra

Para ello se procederá a la revisión de:

4.1 Diagnostico. Cambios significativos por posibles accidentes cerebrovasculares, desarrollo de demencias etc...

4.2 Historia Social. Antecedentes, recurso anterior, domicilio (con/sin apoyos) emergencia social (sin techo, situación de maltrato ..)

Se extraerán para el estudio tantas variables como causas que justifiquen la diferencia de grados

5- Cálculos porcentuales

Se realizara el cálculo porcentual de los siguientes conceptos.

5.1 Porcentaje de casos que son valorados con el mismo grado

5.2. Porcentaje de casos que no son valorados con el mismo grado pero que tienen una causa justificada

5.2.1. Se calcularan la porcentualdad de cada una de las variables causa/efecto que afecte a la diferencia de grado.

5.3 Porcentaje de casos que no son valorados con el mismo grado (excluidos los justificados).

5.4 Se procederá al sumatorio del porcentaje de casos que son valorados con el mismo grado y el porcentaje de casos que justifiquen la diferencia de grado como dato real que demuestre la efectividad del grado "SARquavitae".

6- Análisis del resultado, efectividad

Posibles Hipótesis:

6.1 Que el porcentaje real sea significativo, superior al 95% Lo que demostraría que la herramienta de SARquavitaes podría ser propuesta como herramienta para ser acreditada como grado de Ley.

6.2 Que el porcentaje real no sea significativo. Inferior al 95%

7- Desarrollo de la investigación según cumplimiento de hipótesis

7.1 En el caso de que se cumpla verazmente la hipótesis planteada en el apartado 6.1 se desarrollara los motivos por los que se plantea esta opción, básicamente orientado hacia la reducción de costes y la posibilidad de reversión en prestación y recursos orientados a la promoción de la autonomía personal y dependencia.

7.2 En el caso de que no se cumpla la hipótesis de veracidad planteada en el apartado 6.1 se analizaran las diferencias entre ambos sistemas del cálculo de grado (SARquavitaes y Administración) , centrandó el análisis en la homogeneidad entre comunidades que garantiza uno de los sistemas y la heterogeneidad y por lo tanto gran incertidumbre jurídica que genera la actual.

8-Conclusiones

Cualquiera de las dos hipótesis que son susceptibles de convertirse en veraces inducirá a la necesidad de cambio del sistema de cálculo de grado actual. Se desarrollan las conclusiones que se obtengan tras el resultado y se plantearan opciones para lo cual se la puesta en marcha de un plan piloto.

Respecto a la metodología y los contenidos o aspectos sustantivos a desarrollar explicar que este estudio de investigación se fundamentará en el método inductivo, en donde tras analizar casos particulares, sus resultados serán tomados para extraer conclusiones de carácter general.

Concretamente se analizaran 44 casos de usuarios/as o personas usuarias de perfil tercera edad que se encuentran ingresados en un recurso residencial permanente. Es conveniente reseñar que el 98% de los casos solicitaron el centro SARquavitaes Villa Sacramento como primer o segundo centro preferencial dentro de la red de recursos residenciales que ofrece la Diputación Foral de Gipuzkoa dentro de su red de servicios. La situación del centro ubicada dentro del entorno socio-familiar de los usuarios fue la causa de la selección preferencial en el 100% de los casos , favoreciendo así la adaptación y no viéndose afectado en gran medida el grado de dependencia de dichos usuarios El restante 2% son casos que carecen de ningún vínculo territorial ni socio-familiar derivados del Servicio Foral de Emergencias Sociales. Esta

desvinculación afectiva y territorial de largo recorrido no afecta por lo tanto a su mayor o menor grado de dependencia tras ingreso en recurso residencial permanente.

Respecto a la metodología a utilizar se alternaran dos metodologías:

4.1 Metodología Cuantitativa

La utilizada a través de la medición sistemática para conocer si el porcentaje real es significativo o no con respecto a la hipótesis formulada.

4.2 Metodología cuantitativa

Se utilizará en el análisis de aquellos casos en los que el grado de ley y el grado SARquavitae no coinciden, y se extraerá información con cierto porcentaje subjetivo a través de las valoraciones sociales.

Los contenidos o aspectos a desarrollar serán básicamente los relacionados con el sistema de asignación de grado de ley actual y el sistema implantado en los centros SARquavitae, resultados, metodología y comparativa de cada uno de los sistemas.

Tras el estudio, dando por supuesto el cumplimiento de una de las dos hipótesis planteadas, se realizará una reflexión al respecto y alternativas a una problemática latente.

El objetivo final es dejar abierto el camino hacia una posible solución que se fundamenta en una reorganización de los sistemas de asignación de grados actuales ya existentes tanto en el ámbito público como privado, lo que permitirá una reducción de costes, y posible reversión en nuevos servicios y prestaciones orientadas a la promoción de la autonomía personal y dependencia fortaleciendo así la estabilidad del ordenamiento jurídico en lo que respecta a la ley de dependencia y que actualmente está en crisis tras los recortes del 2012 (RD-Ley 20/2012).

CAPITULO III: DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL Y EVOLUCION DEL ESTUDIO OBJETO DE INVESTIGACION

Siguiendo el orden riguroso descrito en el apartado anterior y una vez solicitadas las autorizaciones oportunas se selecciona el muestreo en base a los criterios ya mencionados.

Partiendo de esta base obtenemos el cuadro comparativo que se muestra a continuación.

VALORACION BAREMO						Ingreso Resi.	VALORACION SAR QUAVITAE	
Usuario	Edad	Fecha	BVD	Perfil	Puntos	Fecha	Fecha	GSq
MC.A.P	90	02/11/2014	2.1	DC	53	23/11/2015	15/12/2015	2
MT.A.S	88	05/01/2012	3.1	CS	83	02/07/2012	02/07/2012	2
G.A.I	93	10/10/2007	3.1	CS	80	18/08/2009	26/07/2011	3
MF.DG.I	86	15/04/2010	2.1	DC	62	22/03/2016	19/07/2011	2
M.D.F	84	30/05/2008	2.1	DC	52	23/09/2008	05/07/2011	2
CP.E.G.	68	28/04/2007	3.2	DC	94	01/06/2014	04/06/2014	3
MS.E.E	54	21/05/2013	2.1	DC	51	02/10/2014	08/10/2014	1
A.F.B	84	03/08/2010	2.2	DC	70	31/01/2011	19/07/2011	2
J.G.M	75	23/01/2014	3.2	CS	95	22/06/2014	30/06/2014	3
M.G.P	87	01/08/2010	3.2	CS	95	20/01/2011	10/07/2011	3
E.G.V	83	02/02/2015	3.1	DC	78	25/02/2015	25/02/2015	3
C.G.E	87	08/07/2012	3.1.	Básico	86	29/04/2014	02/05/2014	3
AS.H.M	91	01/12/2014	2.1	CS	55	24/12/2015	24/12/2015	1
F.I.E	89	09/01/2011	2.2	Básico	74	09/08/2011	09/08/2011	3
MT.I	75	28/04/2007	3.1.	CS	78	12/12/2008	26/07/2011	3
J.I.B	89	18/01/2008	3.1	DC	79	27/04/2009	12/07/2011	2
D.L.O.	62	18/11/2013	1.2	DC	40	26/06/2015	08/07/2015	1
A.I.M	93	22/05/2013	3.1.	DC	86	01/12/2013	25/03/2014	3
F.M.M	86	24/08/2009	2.1	DC	53	30/05/2008	05/10/2011	1
D.N.G	93	30/05/2013	3.1.	Básico	76	10/06/2014	11/06/2014	3
D.N.P	86	03/06/2014	2.1	DC	54	03/08/2015	24/08/2015	1
R.O.G	84	08/07/2009	3.1	DC	84	02/05/2007	28/06/2011	2
V.O.Z.	83	05/12/2013	1.2	DC	47	10/04/2012	24/02/2015	2
M.O.O	89	04/09/2013	3.2	Básico	94	02/08/2013	02/10/2013	3
D.P.P	83	23/09/2015	2.1	DC	63	23/10/2015	13/11/2015	1
F.R.G	93	26/08/2013	1.2	DC	42	07/08/2013	28/11/2013	2
M.R.A	93	14/08/2008	3.1	DC	84	09/02/2009	05/10/2011	3
E.R.A	90	21/05/2008	1.1	Básico	28	25/08/2008	05/10/2011	2
JL.R.A	83	20/11/2007	3.2	Psicogeriátrico	94	29/08/2008	05/07/2011	3
N.R.C.	95	12/04/2011	3.1.	DC	84	29/08/2011	06/09/2011	3
E.R.P	81	15/15/2014	2.1	Básico	60	13/05/2014	21/05/2014	2
R.S.A	85	21/12/2012	3.1	DC	88	01/08/2014	08/08/2014	3
G.S.B	78	16/02/2012	1.1.	Básico	25	23/09/2008	11/10/2011	2
E.S.A	95	27/01/2010	1.2	CS	48	05/05/2010	27/09/2011	2
P.SD.J	97	06/04/2011	3.1.	DC	88	15/05/2013	29/01/2014	3
C.S.E	86	21/02/2011	3.2	Básico	91	02/08/2012	08/08/2012	3
C.S.C	84	17/11/2011	3.1	DC	88	27/10/2011	18/03/2014	3
MB.S.C	84	09/10/2013	3.2	Básico	94	08/02/2013	09/05/2014	2
J.T.P	82	02/09/2010	3.2	DC	94	07/11/2011	15/11/2011	3
P.V. M	95	07/06/2007	3.2	Psicogeriátrico	96	19/05/2008	14/06/2011	3
J.V.L	94	14/05/2010	3.1.	Básico	88	15/10/2009	26/07/2011	3
M.V.I.	67	14/06/2010	1.1	D.C	38	15/06/2014	18/06/2014	2
S.J.Z	92	26/06/2014	3.2	CS	94	30/12/2015	11/01/2016	3
JM.Z.E	67	12/11/2007	3.1	Básico	88	27/07/2015	24/08/2015	3

En el cuadro se refleja:

- En verde, los casos que han coincidido en el resultado de ambas valoraciones.
- En naranja, los casos que no han coincidido en el resultado y cuya valoración tiene menor grado.
- En rojo, los casos que no han coincidido en el resultado y cuya valoración tiene mayor grado.

Resultados obtenidos de la investigación

De los 44 casos analizados 29 casos coincidieron en el resultado del grado de dependencia en ambos sistemas de medición (Baremos y Grado SARq)

Por lo tanto 15 casos reflejaron diferencia en el resultado. A continuación diferenciaremos:

1. Número de casos y motivos por los que el grado de dependencia SARq es menor. Se detecta 9 casos.
2. Número de casos y motivos por los que el grado de dependencia SARq es mayor. Se detecta 6 casos.

CAPITULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS E INTERRELACION CON LAS HIPOTESIS PLANTEADAS

Tras los datos obtenidos en el capítulo anterior se procede a realizar un análisis de los resultados y su relación con las hipótesis planteadas.

1- Casos en donde el grado de dependencia SARq es menor

. Se analizan los expedientes detenidamente, teniendo en cuenta:

- Historia Social.
- Historia Clínica.
- Fechas de ambas valoraciones

En el análisis de los 9 casos se han detectado datos significativos tales como:

- 6 vivían solos en el domicilio .4 solteros y dos viudos con hijos.
- 5 son solteros y vivían solos en el domicilio Únicamente 1 soltero vivía en el domicilio con su madre y hermana, en una cultura en donde era latente que el deber de la mujer era servir al hombre por lo tanto esta persona perdió muchas facultades y la convertía en una persona más dependiente de lo que sus dificultades físicas y de deterioro de la edad deberían.

- De los 3 casos que no vivían solos en el domicilio. 1 de los casos, es un perfil mixto de discapacidad intelectual con trastorno mental en donde fue valorada a modo de urgencia y tras periodo de crisis, con situación no estabilizada al 100% .Durante su ingreso en recurso residencial hubo que ajustar medicación.
- Uno de los casos que no vivía solo, es un perfil de deterioro cognitivo leve que comenzó siendo usuario de recurso de cdia. El transporte del centro de día desestabilizaba al usuario y el ingreso de recurso residencial lo convirtió en una persona con menor dependencia.

Por lo tanto, en el 100% de los casos en donde el grado de dependencia de SARq es menor encontramos una justificación, social (usuarios que viven solos en el domicilio con escasos recursos de apoyo en donde no se trabaja la prevención ni la promoción de la autonomía y que tras ingreso residencial se reduce dependencia) y/o clínica o ambas.

En definitiva, las personas solteras que viven solas en el domicilio son más susceptibles de ser más dependientes, por lo tanto precisan mayor seguimiento y supervisión y por lo tanto urge la implantación de políticas de prevención ya que supondría una disminución de costes en torno a la dependencia y una mejor calidad de vida y estado de bienestar.

2- Casos en donde el grado de dependencia SARq es mayor

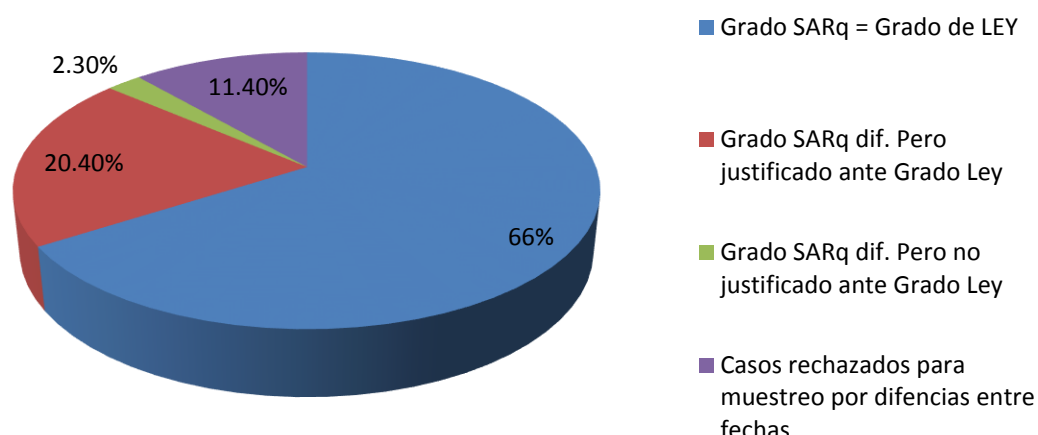
Se analizan los expedientes detenidamente, teniendo en cuenta:

- Historia Social.
- Historia Clínica.
- Fechas de ambas valoraciones

En el análisis de los 6 casos se han detectado datos significativos tales como:

- Atendiendo a las fechas de las valoraciones apreciamos que en 4 de los 6 casos el usuario fue valorado por el grado de ley a posteriori que el grado SARq, ya que dada la urgencia y la imposibilidad de espera a la concesión de plaza recurrieron a la plaza privada. Además otro de ellos, un quinto fue un caso de Emergencia social que ingreso sin tener dictamen de grado de ley alguno. (Usuario sin identificación alguna) Por ello, estos 5 casos no se tomaran en cuenta en la comparativa
- El único caso en donde el grado de ley es menor que el grado SARq es el caso de una usuaria con diagnóstico de retraso mental que fue trasladada del módulo de discapacidad al módulo de mayores una vez cumplidos los 65 años y existe una diferencia de 4 años entre una valoración y otra, lo cual podría inducir a una justificación lógica de deterioro. Pero a pesar de ello lo consideraremos como un caso de ineficacia para justificar la acreditación del grado de ley SARq como grado de ley.

Resultados



CONCLUSION TRAS LA COMPARATIVA y ANALISIS

De los 44 casos analizados, 6 no se someterían al muestreo por diferencias significativas en las fechas de las valoraciones a comparar. Por lo tanto el muestreo se reduciría a 38 casos.

De los cuales únicamente en 1 no se justificaría el resultado de la valoración grado SARq como garante de acreditación de grado de ley

En definitiva, en un 97,40% de los casos el resultado del grado de SARq es similar al resultado del grado de ley.

Tras esta conclusión y con el objeto de ser aún más precisos, se ha procedido a valorar el posible decalaje existente tras la modificación de Baremos de la Valoración de dependencia” establecido por el Real Decreto de 11 de febrero 174/2011 y que Desde Febrero de 2012, el actual sustituye a uno anterior, regulado mediante el Real decreto 504/2007 de 20 de abril y por el que se establece lo siguiente:

GRADOS	PUNTOS
Sin grado reconocido	0-24
Grado 1 Dependencia Moderada	25-49
Grado 2 Dependencia Moderada	50-74
Grado 3 Dependencia Moderada	75-100

Con el objeto de realizar ese análisis se extrapolan los siguientes casos:

- Casos cuyo grado de ley es inferior a 15 de julio del 2012 y cuyo grado no coincide con el grado de ley.

Nos encontramos con 4 casos, los cuales curiosamente son casos cuyo grado de dependencia SARq es menor que el grado de ley . De ellos 3 tienen una causa justificada por un motivo social (usuarios que viven solos en el domicilio con escasos recursos de apoyo en donde no se trabaja la prevención ni la promoción de la autonomía y que tras ingreso residencial se reduce dependencia) y/o clínica o ambas. El cuarto caso también justificado por un motivo social es el soltero que vivía en el domicilio con su madre y hermana, en una cultura en donde era latente que el deber de la mujer era servir al hombre por lo tanto esta persona perdió muchas facultades y la convertía en una persona más dependiente de lo que sus dificultades físicas y de deterioro de la edad deberían.

Por lo tanto, la posible hipótesis de un posible decalaje causada por la modificación de baremos en el grado de ley queda desestimada.

RESULTADO OBTENIDO CON RESPECTO A LAS HIPOTESIS PLANTEADAS

Una vez obtenido los resultados y revisando las dos posibles hipótesis desarrolladas en el punto 6 del Capítulo II del marco teórico nos encontramos con que es superior al 95%, en concreto un 97,40%, y por lo tanto significativo porque así lo hemos establecido para un resultado con porcentaje superior al 95% .Por lo tanto esto demostraría que la herramienta de SARquavitaee podría ser propuesta como herramienta para ser acreditada como grado de Ley

CAPITULO V: JUSTIFICACION DE LA VERACIDAD DE LA HIPOTESIS

Para afirmar que la herramienta de valoración de SARquavitaee podría ser válida como herramienta de valoración para la obtención de grado de ley creo que es necesario además de presentar una base numérica y porcentual que lo justifique y la cual ya la hemos obtenido a través del estudio de casos, un marco teórico que avale que ambas herramientas tratan de valorar las capacidades que tienen las personas para realizar las actividades de la vida diaria. Por todo ello, a continuación procederé a explicar las bases en las que se fundamenta el grado SARq. Este grado se fundamenta en la escala o índice Barthel que valora las actividades de la vida diaria y el Minimenthal (MMNE) dos escalas que valoran las Actividades de la Vida diario.

SISTEMA DE DETERMINACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA SARquavitae

Una vez determinados los niveles de dependencia tanto física como cognitiva de los usuarios a través de ambas escalas se establece la siguiente categorización para determinar su grado de dependencia.

En el cuadro que se muestra a continuación se refleja con claridad los grados de dependencia así como su categorización en base al nivel físico establecido a través de la puntuación obtenida en la escala Barthel y el cognitivo determinado a través del sistema de puntuación obtenido en la escala Mini Mental de la persona sometida a la valoración y la interrelación entre ambos para determinar el grado de dependencia.

GRADO DE DEPENDENCIA	ESCALAS DE VALORACION	
GRADO 1	MMN	BARTHEL
Sin dependencia, ni dependencia AVD	27-30	85-100
Sin dependencia o afección leve y Baja Dependencia	21-30	71-84
Afección cognitiva leve y Baja dependencia o independiente	21-26	71-100
GRADO 2	MMN	BARTHEL
Sin demencia o afectación leve y media dependencia	21 - 30	41 - 70
Demencia grave y dependencia, media, leve o independiente	0 - 12	41 - 100
Demencia moderada y dependencia media, leve o independiente	13 -20	41 - 100
MMSE no realizable y Baja o Media dependencia, o independiente	N.R.	41 - 100
GRADO 3	MMN	BARTHEL
Sin demencia o afectación leve o moderada y alta dependencia	21 - 30	0 - 40
Afectacion cognitiva grave y alta dependencia	0 - 12	0 - 40
Demencia moderada y alta dependencia	13 - 20	0 - 40
MMSE no realizable y alta dependencia	N.R.	0 - 40

El asentamiento de estas bases tiene su fundamento en el estudio realizado por el Dr. Josep Pascual Torramade *Uso de herramientas sencillas de valoración para clasificar las cargas de trabajo asistencial según la dependencia* y publicado en la revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 41. Número 3 . Mayo del 2016

Las escalas que valoran las AVD son necesarias para medir la capacidad de una persona para realizar aquellas tareas que se consideran, hoy en día, básicas para poder vivir con normalidad (vestirse, afeitarse, comer, trasladarse, etc.). Las escalas que valoran el estado cognitivo son necesarias para evaluar la orientación temporal y espacial, la atención, la concentración, la memoria de evocación, el lenguaje y la práctica constructiva.

Ambos tipos de herramientas permiten reconocer a la persona evaluada en términos e intervalos de valía o minusvalía y de capacidad o incapacidad. Permiten valorar la evolución de un proceso determinado de una forma objetiva y, consecuentemente, la efectividad o el fracaso de los distintos planes de atención. Pero una nueva dimensión de estas escalas es que puedan clasificar según las ayudas y los cuidados que van a ser necesarios para mejorar o compensar las minusvalías y las incapacidades que sufre la persona evaluada y, a partir del conocimiento del peso de estas ayudas y cuidados, conocer los recursos (humanos y materiales) necesarios para poder realizarlos. Hoy en día ello es primordial para la gestión asistencial y económica, tal como lo es en el ámbito hospitalario. En los niveles asistenciales no hospitalarios lo es en menor medida, pero la demanda creciente de atención sociosanitaria por trastornos de la dependencia y las dificultades económicas para poder realizar una correcta atención hacen absolutamente necesaria la utilización de herramientas objetivas que evalúen la dependencia para una eficaz y eficiente gestión en los ámbitos de la atención primaria, sociosanitaria y residencial.

También hay herramientas más complejas, que midiendo a la persona de forma integral, son capaces de identificar el tipo de recurso, generalmente humano, necesario para aquella situación determinada, e incluso son capaces de cuantificarlos.

El uso de herramientas complejas puede presentar problemas en ciertos niveles asistenciales. Así, en una primera fase de la evaluación y en ciertos ámbitos donde lo importante va a ser el conocimiento del grado de dependencia y no tanto la planificación de cuidados, las herramientas deberían ser sencillas. Por ejemplo, al realizar una evaluación de la dependencia de un usuario después de haber superado un proceso agudo determinado, dentro del ámbito hospitalario, con el objetivo de ubicarle en el ámbito asistencial más idóneo donde continuar con su seguimiento (sociosanitario, residencial asistido, domicilio, etc.), o desde el ámbito domiciliario, para aconsejar un ingreso en residencia, etc. Las herramientas complejas de evaluación de la dependencia sólo deberían utilizarse al ingreso en el ámbito sociosanitario o residencial asistido, donde es necesario el conocimiento exhaustivo del estado de salud y

de dependencia del usuario para planificar los cuidados a realizar y los recursos humanos y materiales a emplear. Todo ello plantea la necesidad de realizar estudios comparativos, con el objetivo de verificar si el uso de herramientas sencillas es posible donde la complejidad puede ser un problema.

En el año 2003 el grupo SAR gestionaba 13 centros residenciales y 3 sociosanitarios ubicados en 6 comunidades autónomas y atendió, durante ese año, a 2.775 personas. El sistema de información asistencial del grupo registra, de forma sistemática, el plan de cuidados y la valoración interdisciplinar de cada residente, con una metodología predeterminada: por primera vez en el momento del ingreso, posteriormente cuando el equipo considera que se produce un cambio significativo del estado de salud o dependencia del residente, o cada 3 meses si no se produce, y finalmente cuando se produce el alta del centro. Esta sistemática de trabajo se inició a finales del año 2000 y se dio por totalmente instaurada, en todos los centros SAR, a finales del 2002.

En cada una de estas valoraciones se utilizan, entre otras, escalas sencillas que valoran las AVD como es el Barthel y el estado cognitivo como es el mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC). Además se utiliza el Resident assessment instrument for nursing home (RAI 1.0) como herramienta de evaluación compleja, exhaustiva y multidisciplinar del perfil de personas tributarias de atención sociosanitaria y/o geriátrica para plazas de internamiento a largo plazo y de los cuidados que éstas reciben, y que permite, al mismo tiempo, la utilización del sistema de clasificación indirecto Resource Utilization Groups versión III (RUG-III).

Los sistemas de medición indirectos se basan en la relación existente entre la capacidad funcional del residente (iso-necesidad), el volumen de cuidados que recibe (iso-consumo) y el coste de estos cuidados (iso-coste)

El RUG-III es así un instrumento de clasificación de usuarios que, utilizando reglas, escalas y algoritmos decisionales, realiza una valoración multidimensional teniendo en cuenta un amplio conjunto de variables funcionales (entre otros, AVD y CPS, medidas de la función física y cognitiva incorporadas ambas en el propio instrumento), diagnósticas (afasia, parálisis cerebral, hemiplejía y neumonía, entre otras, independientemente de su registro mediante el ICD9), clínicas (quemaduras, fiebre, etc.) y de procedimientos (correspondientes a los planes de cuidados de enfermería, terapias de rehabilitación, terapia respiratoria, etc.). El RUG-III es una herramienta que ordena por cargas de trabajo y que cuantifica de forma relativa la asignación de recursos para cada persona analizada. Clasifica en 7 categorías mayores y en otros 44 grupos de isoconsumo de recursos. A cada uno de estos 44 grupos le corresponde un peso relativo y un tiempo de enfermería, que se validaron en Estados Unidos en 1992.

El objetivo de este trabajo es mostrar cómo el uso de herramientas sencillas de valoración de la dependencia (Barthel y/o MEC) puede facilitar una ordenación coherente y operativa del peso relativo y del tiempo asistencial de enfermería que generan los residentes ingresados en centros de larga estancia.

Una vez realizado el trabajo de campo técnico y análisis se llegó a la siguiente conclusión:

En este trabajo se ha observado que, mediante 2 escalas sencillas, MEC y Barthel, se puede realizar una clasificación simple y operacional de los pacientes, según su dependencia, en grupos que comportan distintos tiempos y cargas de trabajo asistencial según refiere un sistema complejo de clasificación como es el RUG-III.

Cuando se examinan los pesos relativos, observamos que se obtiene una clasificación coherente en 4 grupos homogéneos. Estos grupos se corresponden, esencialmente, a la dependencia física aunque hay algunos matices en función de la dependencia cognitiva: así, en el grupo con menor dependencia física (Barthel ≥ 85) la existencia de un MEC entre 13-20 implica alcanzar el peso de los residentes cuya puntuación Barthel es de 65-80, probablemente a causa de que en algunos casos de alteración cognitiva moderada se encuentran afectados aspectos concretos como la orientación en el tiempo o en el espacio que puede no influir en alteraciones de las AVD; mientras que en los residentes que presentan un importante deterioro cognitivo se asocia un peso relativo promedio superior, equivalente a los residentes con dependencia física de entre 50-60. Por último, el peso promedio del grupo de residentes con un MEC entre 6-12 y Barthel 50-60 se asemeja al peso promedio de los residentes con una dependencia física ligeramente menor (Barthel entre 65-80).

En lo que se refiere al tiempo de cuidados de enfermería se observa que se asocia exclusivamente a la dependencia física, siendo independiente de la función cognitiva. Es decir, el tiempo asistencial necesario para los residentes, sea cual sea su dependencia cognitiva, no varía significativamente dentro del mismo grupo de dependencia física. En este sentido, debe considerarse que los trastornos cognitivos de por sí ya comportan, en muchos casos, alteraciones de las AVD.

Así pues, los resultados obtenidos parecen corroborar que las limitaciones en la capacidad funcional para desarrollar las AVD son el mayor determinante del consumo de recursos en los centros de media y larga estancia.

Cabe destacar que la categorización de las puntuaciones Barthel y MEC utilizadas en este trabajo difiere de las usadas en otros estudios. Esto se debe a que su finalidad en este trabajo es distinta a la finalidad para la que fueron creadas: en este caso se trataba de estudiar su adecuación como variables que generasen grupos con distintas necesidades y cargas de trabajo, no la valoración de las AVD y el estado cognitivo.

Con el objeto de no centrar el estudio en la parte más técnica de la metodología, sino más bien orientarlo a un análisis de resultados, comentar que en los Anexos del trabajo se encuentran las escalas Barthel y el MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State que se utilizan en los centros SARquavitaes

Así pues, los resultados obtenidos facilitan una primera clasificación de las cargas de trabajo que genera la dependencia, utilizando un método sencillo, fácil y rápido, que puede ser utilizado en todos los niveles asistenciales, incluso aquellos en los que la saturación de trabajo de sus profesionales hace que la disponibilidad de tiempo sea menor y donde lo que se pretende es una primera clasificación para orientar al usuario evaluado hacia el nivel asistencial más adecuado. Una vez reubicado en el nivel asistencial que le corresponde, deberían emplearse herramientas de valoración más complejas para la correcta evaluación de sus necesidades, la planificación de los cuidados que requiere y la asignación de los recursos que necesita.

Parece importante, por tanto, contar con un estudio más potente cuyas mediciones se obtengan, idealmente, de forma directa, que determine el número de grupos y sus estimaciones con mayor precisión. Todo ello con la finalidad de crear un *case-mix* útil, sencillo y validado científicamente, cuyo uso se pueda generalizar.

Finalmente, considerar que este estudio se realizó exclusivamente en plazas de internamiento, mayoritariamente de larga estancia.

Este estudio tuvo una segunda fase que fue realizada con el clásico “ensayo error” y la comparación de resultados con la escala Nacional de la dependencia con la que se demostraba una gran correlación, tal y como así lo demuestra el análisis de los 44 casos expuestos.

Conscientes de que este estudio se realizó previo al actual baremo de valoración de dependencia que está fundamentado en los criterios de aplicación del R.D. 174/2011 de 19 de febrero, se ha considerado oportuno revisar resultados de grados de ambos sistemas de valoración, y es por ello por lo que se ha procedido a realizar el estudio de los 44 casos desarrollado anteriormente. En él se refleja una vez más la efectividad del sistema de valoración SARquavitae en lo referente a la adecuación del grado.

CAPITULO VI: GARANTIAS DE LA ACREDITACION DEL GRADO SARquavitae FRENTE AL GRADO DE LEY

Tanto el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y modificado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero como el sistema de determinación del grado de dependencia SARquavitae se sustentan en una serie de criterios muy similares tales como:

- Ambos se fundamentan en los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre su entorno habitual, así como en la información obtenida mediante la observación, la comprobación directa y la entrevista personal de evaluación llevadas a cabo por profesional cualificado y formado específicamente para ello. Además:

a. Si el informe de salud documenta deficiencias en las funciones mentales y/o limitaciones en la capacidad de comunicación que puedan interferir en la entrevista, ésta se completa con la participación de otra persona que conozca bien la situación.

b. En el caso de deficiencias que se deriven de patologías que cursan por brotes, la valoración se realiza en su situación basal. Ésta se estima de acuerdo con la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.

- Tanto el baremo como el sistema utilizado por SARq tienen en cuenta observaciones, que se adjuntan como notas a las valoraciones
- Se valora el desempeño siempre, aunque no se realice la tarea, y, en su caso, con el empleo de los productos de apoyo prescritos, y con independencia de los apoyos de otra u otras personas que se puedan estar recibiendo.

Se valora siempre considerando las barreras y facilitadores de su entorno físico. El entorno habitual se corresponde con aquel en el que la persona valorada realiza regularmente las actividades de la vida diaria. En función del proyecto vital se considera frecuencia de aquellas actividades que pueden desarrollarse dentro y fuera del hogar: comer y beber, higiene personal relacionada con la micción y defecación, mantenimiento de la salud y tomar decisiones, así como las tareas de abrir y cerrar grifos, lavarse las manos de la actividad de lavarse y acceder al exterior de la actividad de desplazarse fuera del hogar. Se establecerá como hogar el domicilio donde reside la mayor parte del año.

Se considera que la tarea se desarrolla adecuadamente aunque sea con dificultad, si esta se realiza con iniciativa, coherencia, orientación u control físico suficiente para la consecución de la finalidad de la actividad correspondiente sin incurrir en un grave riesgo para la salud.

- Tanto en el Baremo como en SARquavitae se especifica si la imposibilidad del desempeño es causada por problemas de funcionamiento físico o mental
- Ambos sistemas garantizan un resultado similar en un 97,80% de los casos

La cuestión lógica a plantear por ustedes tras la lectura de los criterios similares en los que se fundamentan ambos sistemas es cuál es el motivo real por el que se plantea la acreditación de un sistema de valoración diferente, después de un arduo trabajo realizado para lograr un sistema de valoración único para todas las comunidades.

Pues bien, la respuesta viene dada por dos cuestiones relevantes:

- La latente falta de garantía de un sistema homogéneo para todas las comunidades, aspecto que tal y hemos comentado al inicio del trabajo fue demostrado por Iñaki Zugasti Moriones (Jefe de Sección de Valoración, Agencia Navarra para la Autonomía de las personas)
- Elevado coste económico del sistema de Baremo de valoración

A continuación se tratará de justificar, la garantía tanto en la homogeneidad de resultado entre comunidades como en la reducción de costes económicos que acreditaría la homologación del grado SARquavitae como grado de ley.

Con el objeto de ser prudentes se plantea la acreditación del grado SARquavitae únicamente en la población objeto de estudio, es decir, personas mayores en régimen de estancia permanente.

Volviendo a la justificación, afirmar que la homogeneidad de los resultados de grado SARquavitae viene avalada por el sistema integrado de gestión calidad y prevención implantado en los 107 centros sociosanitarios, de los cuales 69 son centros residenciales y sociosanitarios , 19 centros y hospitales de centro de día , 16 centros de discapacidad, 2 complejos de viviendas con servicios y 1 centro residencial en construcción distribuidos por todas las comunidades autónomas ofreciendo 13.500 plazas residenciales.

El éxito del modelo se asienta sobre la rigurosidad y la transparencia de sus mecanismos permanentes de seguimiento, evaluación y control. Se dispone de cuadros de mando económico y asistencial que ofrecen información sobre indicadores clave para cada una de las líneas de actividad. El cuadro de mando asistencial, permite monitorizar y analizar mensualmente los indicadores de atención (cumplimiento del PAI, tipología de usuarios, actividad y calidad asistencial), lo que garantiza la homogeneidad de los resultados, entre ellos el del grado de dependencia.

En referencia al **aspecto económico**:

A continuación tratare de hacer un cálculo estimado del coste del Baremo. Para ello parto de las siguientes premisas:

- Costes calculados en referencia a costes salariales del País Vasco, en base al convenio colectivo de residencias de personas mayores de gipuzkoa.
- Cálculos realizados en base a la media de valoraciones realizadas en el centro SARquavitae Villa Sacramento.

En virtud procedo a las concreciones:

De las 123 plazas que dispone el centro, con una ocupación media de 112 plazas, como media mensual la valoradora acude 2 veces, para valorar 2/3 casos cada vez dependiendo, de su complejidad. Para ello, se tomará como base el siguiente dato: 5 valoraciones al mes.

En cuanto al tiempo que precisa son 8 horas aproximadamente. A esto tendríamos que añadirle el tiempo del desplazamiento de la valoradora a Villa Sacramento. Teniendo en cuenta que el centro se encuentra en un lugar con una buena comunicación para el desplazamiento en transporte público y muy próximo al centro de trabajo de la valoradora establezcamos ½ hora para la ida y el retorno para cada visita. Al tratarse de dos visitas al mes, añadiríamos una hora más.

El trabajo posterior del valorador por caso se establece en 45 minutos aproximadamente

8 horas + 1 hora (desplazamientos) + 3 horas 45 minutos = 12 horas 45 minutos para 5 casos al mes.

A la hora de tomar como base el coste/hora del personal valorador, tomo como referencia el coste de la psicóloga 28€/hora, por considerar que es una categoría profesional con coste/hora intermedio entre médico y terapeuta ocupacional que son quienes habitualmente realizan las valoraciones. En Villa Sacramento habitualmente las realiza un médico.

Por lo tanto coste económico de hora de trabajo de la valoradora por caso es de : 12 horas 45 minutos x 28 €/hora / 5 casos = 71€

A esto hay que incluirle los gastos de desplazamiento. Realizando una media del coste de kilometraje y de lo que puede suponer el transporte público. Se estima el coste en 1€ por caso

Por lo tanto **el coste real de personal valorador por caso valorado será de 72€**

Parece que con este dato ya habríamos obtenido el coste de personal real por valoración, sin embargo nos queda por incluir el coste económico que supone al centro. No olvidemos que durante la valoración hay un profesional del centro presente, además del tiempo que supone la gestión y coordinación de las valoraciones, adecuación de agenda, espacio ocupado y traslado de usuarios.

A continuación realizamos el coste estimado

COSTE DE PERSONAL DEL CENTRO			
Tipo de Profesional	Tiempo	Precio/hora	Total
Enfermera	1 hora 20 minutos	27 €	36 €
Auxiliar	6 horas 30 minutos	19 €	123,50 €
Recepcion	10 minutos	19 €	3 €
			163 €

*Coste calculado en base a las 8 horas mensuales de valoradora externa

* Calculo coste en días laborables

163€ sería el coste total del mes para los 5 casos por lo tanto 163€/5 suponen 32,60€ de coste por valoración al centro

A lo cual deberíamos incrementarle 1€ aproximadamente de costes indirectos calculado en base a los costes indirectos por m2 del centro. **El coste total por valoración para el centro SARquavitae Villasacramento sería por lo tanto de 33,60€**

Concluyendo, el coste total por valoración en Gipuzkoa supone un total de **105,60€** calculado de la suma de los costes del valorador externo, más los costes tanto de personal, indirectos etc..del centro donde es valorado

CAPITULO VII PROPUESTAS Y ACCIONES DE MEJORA

A continuación en base a lo analizado en términos económicos, se plantean una serie de propuestas con el objeto de paliar la escasez de recursos y prestaciones. Para ello y dado el conocimiento y fácil acceso a los datos de mi comunidad, tomaré como referencia datos de recursos de Guipúzcoa haciendo mención a la normativa y decretos existentes al respecto.

Tras analizar los resultados económicos obtenidos y siendo conscientes del elevadísimo coste que supone, se propone acreditar el sistema de valoración utilizado en los centros residenciales SARquavitae, tras comprobar el alto porcentaje de equiparación en los resultados (97,40%).La obligatoriedad por parte de los profesionales del centro de elaborar PAIS donde es preciso incluir la Valoración funcional, física, psicológica y socio-familiar del usuario y, por lo tanto, determinar su grado de dependencia, genera una duplicidad de sistemas de valoración y, por lo tanto, un gasto evitable.

La obligatoriedad de los profesionales viene establecida jurídicamente en el **BOG DECRETO FORAL 38/2007, de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes**. Concretamente en uno de sus apartados (indica cuál) establece lo siguiente en cuanto a los requisitos de los centros residenciales en referencia a la atención de los usuarios:

VALORACION Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL DE ATENCION

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

— *Los PAI se elaborarán en un equipo multidisciplinar con la presencia de figuras de las siguientes áreas: Sanitaria, cuidados de la vida diaria y relaciones socio-familiares*

— *Los PAI incluirán al menos los siguientes apartados:*

Valoración funcional, física, mental y socio-familiar.

Definición de objetivos, responsables y plazos en las áreas valoradas.

— *Elaborar el PAI completo de todo nuevo residente en el plazo máximo de dos meses a partir de su fecha de entrada en el centro.*

— *Todos los PAI se actualizarán y documentarán al menos una vez al año.*

— *Disponer de un sistema de registro de los ajustes continuos del PAI realizados por parte de los profesionales de las diferentes áreas del centro entre una revisión anual y la siguiente.*

— *Comunicar total o parcialmente el PAI al residente o persona de referencia que lo pida, respetando el derecho a la intimidad del residente.*

Como vemos, la administración impone la obligatoriedad de actualizar los PAIs una vez al año. Por otro lado, como hemos podido comprobar en el cuadro de valoraciones de los 44 casos, el baremo no se revisa de oficio periódicamente. He aquí, por lo tanto, la diferencia en cuanto a la efectividad del sistema de determinación del grado de dependencia SARquavitae. Este sistema establece valoraciones periódicas cuatrimestrales garantizando la actualización continuada en lo que respecta al grado de dependencia y los PAI. No olvidemos también que este sistema además de las valoraciones de oficio, activa inmediatamente valoraciones extraordinarias que pueden ser causadas por cualquier motivo, tales como empeoramiento del estado de salud, caídas etc...

Otro de los puntos fuertes del sistema SARquavitae es la intervención de un equipo interdisciplinar (Médico, Enfermero/a, Psicólogo/a, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Monitor/a de Tiempo Libre, Trabajadora Social, Auxiliar de geriatría) a diferencia de lo que ocurre en el procedimiento del Baremo para la asignación del grado ley, con el añadido de un seguimiento continuado del equipo asistencial del centro (24horas al día) frente al momento puntual de contacto y observación que tiene el personal valorador externo del grado de ley.

Llegados a este punto es muy probable que nos planteemos que debería existir un órgano que controlara el buen ejercicio de la asignación del grado de dependencia SARquavitae sobre todo en los centros privados y/o que disponen de plazas también en régimen privado, ya que podrían ser susceptibles de mostrar cierta tendencia a la baja en la asignación del grado para evitar o ralentizar las concesiones de plaza pública de aquellos usuarios que están en régimen privado. Considero que no es preciso crear ningún nuevo organismo de control ya que a su vez este generaría un incremento de costes, sino que utilizaríamos los recursos de los que ya dispone la administración y a los que les compete esta función.

Se plantea, como opción, que sea el Departamento de Inspección de Política Social de la Diputación quien asuma el control de la correcta aplicación de las escalas y, por tanto, de la determinación del grado de dependencia, ya que existe base jurídica para la asignación de tales funciones.

EL DECRETO 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco refiere en su **artículo 38** que: “de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, la potestad administrativa de inspección comprende el ejercicio de las funciones de vigilancia, control y comprobación del cumplimiento de las disposiciones legales en materia de servicios sociales, con objeto de garantizar el derecho de la ciudadanía a la calidad de la atención en los servicios sociales”.

En su **artículo 39** se especifican las funciones de la actividad inspectora entre las que destacaríamos en relación al tema planteado las siguientes:

a) *Velar por el cumplimiento de la normativa aplicable en materia de servicios sociales.* Entre los que se incluiría la asignación del grado de dependencia

b) *Garantizar el respeto de los derechos de las personas usuarias y verificar la existencia y el funcionamiento de cauces eficaces para el ejercicio de estos derechos.* La eficacia la establecería el grado SARq si estuviera acreditado como grado de ley siempre y cuando la valoración estuviera actualizada

Sin embargo, este decreto no es la única base jurídica sólida con la que nos encontramos, ya que tras la aprobación de la **ORDEN FORAL 883/2015, de 7 de diciembre, por la que se aprueba el Plan de Inspección en materia de Servicios Sociales para el año 2016**, se afianzan aún más las bases que en la práctica ya se venían dando (visita de oficio anual y visitas extraordinarias) y se sustentan las bases para el control y revisión de los grados de dependencia de los usuarios ya que, según la orden, los inspectores tienen.

Derecho a disponer de información suficiente, veraz y fácilmente comprensible, sobre las intervenciones propuestas, sobre los servicios sociales disponibles y sobre los requisitos necesarios para acceder a los mismos, así como a acceder a su expediente individual en cualquier momento, de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente.

De este modo preveremos una reducción de costes, a lo cual me he atrevido a hacer un tanteo del importe estimado.

Una vez más me centraré en los datos estimados a Guipúzcoa por su accesibilidad.

Tomando como referencia el Informe del Portal de Mayores 128 en donde se publica la base de datos de residencias 2011, calculamos lo siguiente:

Si en Guipúzcoa en 2011 existían 2.869 plazas residenciales privadas y 2.420 públicas, éstas hacen un total de 5.289.

Si de 123 plazas que cuenta el centro SARquavitaie Villa Sacramento se registran 12 horas y 45 minutos de valoradora al mes, para las 5.289 plazas residenciales de Guipúzcoa se estimarían 548 horas y 15 minutos, lo que supone un coste mensual de 39.474€.

Si tenemos en cuenta lo publicado en el BOG con respecto a la aprobación de las cuantías máximas de las prestaciones económicas de dependencia, mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno Foral de 5 de Mayo de 2015 en donde se establece una cuantía para grados 1 de 180€ para la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y de 300€ para prestación económica de asistencia personal y 300€ para la prestación vinculada al servicio, podrían beneficiarse de esta ayuda dependiendo de cómo se asignaran las prioridades en su distribución entre 131 a 219 familias.

En este cálculo se han mantenido al margen los costes de gestión de valoradores externos que revierten en los centros residenciales los cuales hemos calculado anteriormente.

Se preguntarán el motivo por el que únicamente destino orientar esta partida económica a los perceptores de ayudas de grado 1, pues porque lo considero oportuno como medida rehabilitadora por el retraso que sufrieron los perceptores, que fueron víctimas de lo ratificado en el decreto-ley de 13 de julio, de medidas anti déficit, que estableció, entre otras cosas, una reforma del Sistema de Dependencia con recortes en las prestaciones y aumento del copago, entre los cuales se encontraba el retraso hasta el 2015 del derecho de prestaciones para las personas con un grado de dependencia grado 1 .

En este punto final del trabajo, se va a destinar la supuesta reducción de costes a los grados I, y el aspecto objetivo de la medida ya que he tratado de ser lo más objetiva posible. En mi propio entorno familiar más directo, he comprobado la mella que los recortes presupuestarios del Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de julio, en personas con grado III han llegado a hacer. Sin embargo, considerando que la prevención es el futuro de una reducción de costes en los casos para evitar situaciones de gran dependencia y de mejora de calidad de vida, y que actualmente aunque de manera más o menos precaria, los grados II y III tienen algún tipo de ayuda es por ello que considero priorizar la ayuda de los grados I.

A modo de conclusión, se constata la falta de coordinación entre los recursos públicos y privados que en muchos casos generan ineficacias y la no optimización de los recursos.

Las políticas actuales siguen orientadas más bien en crear nuevos recursos en lugar de gestionar y hacer más rentables los existentes. En el año 2014, la lista de espera en Guipúzcoa para ser valorado era de 18 días. En el primer semestre del año 2015 la espera media para ser valorado fue de 24 días y en el segundo semestre 54 días. El atasco del servicio se produjo a partir del mes de julio. En esta fecha, entraron al sistema los dependientes leves (grado 1,

nivel 1) un colectivo de más de 2.000 personas. Por si no fuera suficiente, varios cambios organizativos se sumaron a la lista de obstáculos, entre ellos la reasignación de funciones de la sección, causados por el cambio de gobierno que tuvo lugar en el mes de Mayo. En noviembre, además, entró en servicio un nuevo sistema telemático para obtener los informes de salud necesarios para la valoración. A través de esta herramienta, los médicos de Osakidetza remiten directamente desde su propio sistema la documentación.

Cuando se conocieron los resultados del segundo semestre, a primeros de años del 2016 la administración reforzó el personal con dos profesionales en el trabajo de campo (visitas en el domicilio) y otro en el departamento. Así aunque el tiempo medio se ha reducido a 25 días, esto ha supuesto ya, un incremento de costes debida a la contratación del personal extra que se ha realizado.

Por si esto no fuera poco, se suma al incremento de gastos la apertura de un nuevo centro de valoración justificado según la Diputación Foral de Guipúzcoa por el incremento del pasado mes de julio al introducirse en este tipo de prestaciones a las personas con un grado más moderado de dependencia, lo que “en seis meses ha supuesto un incremento de 2.000 personas en las listas de Guipúzcoa”.

Y éste es, únicamente un ejemplo de la situación de una Comunidad como Euskadi, que se sitúa a la cabeza del Estado en materia de servicios sociales, y que a pesar de ello queda latente el desequilibrio que existe en la relación necesidades/recursos/prestaciones.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que la descoordinación entre Administración y sector privado, conduce a una mala gestión de los recursos, y que a su vez este hecho repercute negativamente en el estado de bienestar de las personas dependientes. Esta descoordinación y mala gestión, impide a su vez la inversión en prevención, incrementándose, por lo tanto, el número de afectados de este sector desfavorecido.

A pesar de que de este estudio se hayan obtenido conclusiones con visión crítica, no nos dejaremos invadir por el escepticismo y menos cuando ya disponemos de una herramienta cuya validación e integración en un sistema puede ser la clave para la adecuación de un recurso de valoración óptimo tanto en la parte técnica, como en la económica y de sostenibilidad.

Surgida la incertidumbre y ofrecida una posible alternativa, que es lo que hemos presentado y probado hasta ahora, seamos constructivos y proactivos. Para ello considero oportuno plantearse un posible proyecto piloto, que es la estrategia más recomendada cuando se obtiene evidencia de que es posible mejorar una práctica.

La metodología propuesta para este Proyecto piloto será el la investigación IAP (Investigación/Acción/Participación)

- Investigación porque utiliza el rigor científico (sistema de valoración SARq) pero adaptándose e implicándose con la realidad social que pretende conocer y transformar (Posible validación de sistema SARq con el sistema de grado de ley).
- Acción porque se orienta a la resolución de un problema social específico.
- Participativa porque la investigación y la técnica científica se ponen al servicio de la colectividad intentando resolver sus problemas y necesidades de manera colaborativa.

La participación y cooperación de los agentes implicados en las intervenciones será la base para la sustentación del proyecto piloto.

En él será precisa la interacción de distintos agentes y distintos niveles de intervención:

- Macro: Administración y Entidad privada (Diputación Foral y SARquavitae)
- Meso: Departamento política social CCAA y SARquavitae Zona
- Micro: Equipo de valoración de grado de ley y equipos interdisciplinarios de los centros.

Teniendo en cuenta que la base del estudio realizado tiene su fuente en datos comparativos de un centro SARquavitae de Donostia se propone ampliar el estudio en lo referente:

- Al número de centros, englobando a todos los centros SARquavitae de Guipúzcoa (Dos centros residenciales SARquavitae Villa Sacramento y SARquavitae Berra)
- Al régimen de estancia. En el estudio se han seleccionado únicamente usuarios en régimen de estancia pública por no disponer de acceso a la red de los usuarios en régimen de estancia privada que en el 99% de los casos están en la red de servicios públicos de la Diputación Foral.

Para realizar este pilotaje será preciso, por lo tanto, sentar las bases del proyecto y responsabilidades de las partes implicadas: Administración y entidad privada SARquavitae. Habría que formalizar los compromisos, a través de un convenio de colaboración en donde se establecieran los canales de comunicación pertinentes atendiendo rigurosamente a los procedimientos establecidos previamente con fundamento en la voluntariedad de compartir expediente por parte de los usuarios en estudio, recabando las pertinentes autorizaciones para tal fin, tras haber recibido la información adecuada.

El objetivo principal de este pilotaje será el valorar la posible acreditación del grado SARq con la misma efectividad jurídica del grado de ley, para lo cual será fundamental la coordinación eficaz y eficiente entre administración y sector privado. Está claro que este proyecto provocará indirectamente el acercamiento entre ambas entes, otro de los grandes retos que se persiguen en la actualidad.

Una vez llevado a cabo el mismo y supongamos que con éxito en cuanto a la validez, ampliaríamos el pilotaje a más comunidades autónomas, ya que la extensión en todo el territorio nacional de SARquavitae nos lo permite.

En el camino de la operatividad del proyecto de micro a macro se sería necesario impulsar la regulación normativa que se precisa para su efectividad y que en la actualidad se caracteriza por sus grandes lagunas.

En este último punto de consideraciones queda latente que todo depende de la voluntariedad de las partes para mejorar la gestión, la comunicación y la regulación normativa. Estas son las tres grandes áreas de mejora que actualmente son necesarias para desplegar una política eficaz.

ANEXOS

ANEXOS BARTHEL

Escala Barthel SARquavitae

BARTHEL: Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61.

Alimentación

- INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
- AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
- DEPENDIENTE

Baño

- INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- DEPENDIENTE.

Vestido

- INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si es preciso.
- AYUDA. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
- DEPENDIENTE

Aseo Personal

- INDEPENDIENTE. Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe, si usa máquina eléctrica.
- DEPENDIENTE

Deposición

- CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por sí solo
- INCONTINENTE OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios
- INCONTINENTE.

Micción

- CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende solo a su cuidado.
- INCONTINENTE OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios
- INCONTINENTE.

Uso del retrete

- INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y se pone la ropa sin ayuda.
- AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
- DEPENDIENTE.

Traslado sillón-cama

- INDEPENDIENTE. NO necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.
- MÍNIMA AYUDA. Necesita mínima ayuda o supervisión.
- GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda para el traslado.
- DEPENDIENTE.

Deambulaci3n

- INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude con bast3n, muletas, pr3tesis o andador sin ruedas
- AYUDA. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda.
- INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas, al menos 50 metros.
- DEPENDIENTE.

Escalones

- INDEPENDIENTE. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisi3n, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye a la barandilla
- AYUDA. Necesita ayuda f3sica o supervisi3n.
- DEPENDIENTE

DEPENDENCIA (a ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA)	BARTHEL
Muy Baja	>= 85
Baja	65-80
Moderada	50-60
Alta	10 a 45
Muy Alta	<= 5

ANEXOS MINIMENTAL(MMNE)

Escala MMNE SARquavitae

MMSE: Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cogntive state of patients for the clinicians. J. Psych. Res. 1975; 12 (3):189-198.

Orientación

Dígame el año (...), la estación (...), la fecha (...), el día (...), el mes (...) (5 puntos)

Dígame la nación (...), provincia (...), población (...), centro (...), planta (...) (5 puntos)

Memoria Inmediata

Repetir 3 nombres ("árbol", "puente", "farol"). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos. (3 puntos)

Atención y cálculo

Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear "mundo" al revés. (5 puntos)

Recuerdo diferido

Repita las 3 palabras que le he dicho antes: (...). (3 puntos)

Lenguaje y construcción

Nombrar un lápiz y un reloj mostrados. (2 puntos)

Repita esta frase: "Ni sí, ni no, ni peros" (1 punto)

Realice las siguientes acciones: "Coja este papel en su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (3 puntos)

Lea esto y haga lo que dice: "Cierre los ojos" (1 punto)

Escriba una frase con sujeto y predicado. (1 punto)

Copie este dibujo: (1 punto)

ESTADO COGNITIVO DEMENCIA	MMSE
Sin o leve afección	21 a 23
Afección Moderada	13 a 20
Afección grave	0 a 12

El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos, aunque existen tablas de adaptación del resultado según edad y nivel educativo, ya que estos parámetros influyen apreciablemente en el test.

BIBLIOGRAFIA

BARTHEL: Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61.

MMSE: Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J. Psych. Res. 1975; 12 (3):189-198.

Informes portal Mayores Nº 128

Bases de datos de residencias portal Mayores 2011

Sistema Integrado de gestión, calidad y prevención SARquavitae

OTRAS FUENTES

Presentaciones de referencia

Presentación D. Pablo Cobo Galvez (Población en situación de dependencia, normativa y recursos)

Presentación realizada por D. Iñaki Zugasti Moriones (Jefe de Sección de Valoración, Agencia Navarra para la Autonomía de las personas)

Presentación realizada por Susana Montañez Plan de Atención Individualizada PIA (Consideraciones previas, situación) y sus anexos de normativas

Páginas webs utilizadas:

Noticias Gipuzkoa

<http://www.noticiasdegipuzkoa.com/2016/01/23/sociedad/gipuzkoa-abre-su-sexto-centro-de-valoracion-de-dependencia>

<http://www.europapress.es/epsocial/noticia-problemas-dependencia-pocos-recursos-listas-espera-aplicacion-desigual-20160201175902.html>

Noticias prensa escrita (No accesible vía digital)

Diario Vasco Sección "Al día" Martes 17/05/2016