

## Sistemas de clasificación de pacientes en la información sociosanitaria y perspectivas desde la medicina de rehabilitación

M.A. VÁZQUEZ VÁZQUEZ<sup>a</sup> y J. LOJO AMBRO<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Residencia asistida de la tercera edad. Vigo. <sup>b</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario de Vigo.

**Resumen.**—Durante la última década del siglo pasado hemos asistido a un crecimiento notable del sector de cuidados gerontológicos no residenciales (centros de día, telealarma, servicios de ayuda a domicilio, etc.) y especialmente en cuidados residenciales. El sector público ha promovido en todas las autonomías la creación de plazas para atención a personas mayores dependientes (residencias asistidas) con diferentes modelos o sistemas de gestión. Apenas se han creado centros públicos de gestión pública y, por el contrario, la gestión privada de plazas públicas (gestión integral privada de centros públicos, gestión privada de plazas concertadas, financiación directa al usuario como cheque-bono asistencial, etc.) es la modalidad que el sector público considera más eficiente.

Además, el sector privado, con fin de lucro, más ágil en la creación de nuevos centros, ha venido desarrollando una actividad incesante de construcción y reforma de residencias y centros gerontológicos, que sorprende a todos.

A estos dos sectores, público y privado, les preocupa conocer la “producción” que los servicios desarrollan, ya que la mayor parte de las llamadas residencias no son comparables. En este concepto, modelo asistencial o social de “residencias”, caben hasta ahora los centros pequeños, de 15 plazas, las de 150 o las de 450 camas. Es decir, la inmadurez del concepto y la insuficiente definición del catálogo de servicios del sector crea una enorme confusión cuando se pretenden comparar estructuras de centros, carteras de servicios y programas, tipología de usuarios y, desde luego, resultados.

Asimismo, la escasez de conocimientos sobre el sector de cuidados gerontológicos ha permitido que no prevalezca un modelo de gestión, sino que cada centro, profesional o servicio desenvuelva una actividad semejante, pero bajo parámetros de producción no comparables.

Por estas razones se consideró conveniente establecer un sistema de valoración e información útil no sólo para medir la producción de cada centro, sino también con el objetivo de que podría ser un sistema de valoración del consumo de recursos de atención del que se derivase una facturación a clientes o financiadoras públicas más acorde con el coste real del servicio. Además, la falta de acuerdo de los profesionales de alta cualificación de los centros gerontológicos, como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enferme-

ros, etc., en lo referente a “procesos”, “protocolos” y sistemas de evaluación, proporcionaba un reto añadido a la posibilidad de establecer un sistema de información que resultase también de utilidad a profesionales para comparar datos, efectuar estudios y proponer planes de cuidados específicos. Incluso los sistemas de información que se buscaban pretendían facilitar la asignación de recursos tanto humanos como técnicos, partiendo de los datos recogidos por el sistema.

**Palabras clave:** Sistemas clasificación. Sociosanitario. Rehabilitación.

## CLASSIFICATION SYSTEMS OF PATIENTS IN THE SOCIO-HEALTH CARE INFORMATION AND PERSPECTIVES FROM REHABILITATION MEDICINE

**Summary.**—In the last decade of the last century, we witnessed a noticeable growth of the Non-residential Gerontologic Care Sector (Day Centers, Telealarms, Home Help Services, etc.) and especially in Residential cares. In all the Regional Communities, the Public Sector has promoted the creation of places to care for dependent Elderly Persons (Assisted Residences) with different management models or systems. Public Centers of Public Management has hardly been created and, on the contrary, the private Management of public places (private integral management of Public Centers, Private management of contracted places, direct financing to the Users with Health care bonus checks, etc.) is the modality that the Public Sector considers most efficient. In addition, the Private Sector with benefit objectives, more skilled in the creation of new Centers, has been developing an unending activity of construction and reform of Residences and Gerontological centers, which is surprising to all.

These two Public and Private Sectors are concerned about knowing the “production” that the Services develop, since they are not comparable to most of the so-called “Residences.” In this concept, health care or social model of “residences” have included until now the small Centers, of 15 places, those of 150 or 450 beds. That is, the immaturity of the concept and the insufficient definition of the List of Services of the Sector create an enormous confusion when trying to compare structures

of Centers, Lists of Services and Programs, typology of Users and, of course, results. Furthermore, the scarcity of knowledge on the Gerontological Care Sector has made it possible that there is no Management model prevails, but rather that each Center, Professional or Service, develops a similar activity, but under incomparable production parameters.

For these reasons, it was considered convenient to establish an assessment and information system that is not only useful to measure the production of each Center but also has the objective of being an Assessment System of consumption of care resources from which there could be public billing of clients or financers more in agreement with the real cost of the Service. In addition, the lack of agreement of the highly qualified professionals of the Gerontological Centers, such as Physicians, Psychologists, Social Workers, Nurses, etc., in regards to "Processes," "Protocols," and Assessment systems provided an additional challenge to the possibility of establishing an information system what would also be useful to the Professionals to compare data, make studies and propose planes for specific cares. Even the Information Systems searched for aimed to facilitate the assignment of both human and technical resources, based on the data gathered by the system.

**Key words:** *Classification systems. Socio-health care. Rehabilitation.*

---

## INTRODUCCIÓN

De un tiempo a esta parte se ha intentado controlar el gasto sanitario. Pero ello suponía una tarea difícil puesto que a pesar del gran número de recursos empleados en la atención sanitaria, se desconocía cuál era la producción y, sobre todo, cuáles eran los problemas de salud que se trataban y no digamos qué resultados se obtenían.

Conocíamos lo que se gastaba, pero no dónde lo hacíamos, y qué resultados se obtenían empleando los recursos disponibles.

Fue necesario primero conocer cuál era nuestra producción, nuestro *case-mix*. Posteriormente se intentó conocer en dónde estábamos aplicando los recursos, para después obtener indicadores de salud que permitieran conocer los resultados de nuestra inversión.

El desarrollo de los sistemas de información nos proporcionó el conocimiento progresivo de estos hechos y el gran avance fue la recolección sistemática y estándar de los datos de los pacientes: conjunto mínimo básico de datos o Minimum Data Set (CMBD/MDS).

El CMBD es el resultado de un consenso respecto al menor número de variables que se deben recoger en los episodios de hospitalización que permite obtener un máximo de aplicaciones clínicas y administrativas.

Se trataba ya de recoger una información única que sirviera a médicos y gestores (Villar Colsa), así como una información para la acción (Foz Gil, Prieto Orzanco).

Nace así un sistema de clasificación de pacientes (SCP) que permite describir el producto de la hospitalización de un centro, es decir, el tipo de pacientes tratados o *case-mix*. Con ello se podría conocer el volumen de pacientes tratados agrupados por el tipo de consumo que requieran.

Los SCP se desarrollan en principio para pacientes agudos, y posteriormente para los crónicos, y a ellos nos vamos a referir en este trabajo.

Un reto que se debe afrontar es el de la clasificación de pacientes ambulatorios.

El cambio en el modelo asistencial hacia la transferencia del paciente agudo hacia sistemas alternativos hace que el estudio y la aplicación de sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios deba realizarse con la mayor rapidez posible.

Los centros gerontológicos no han desarrollado todavía su modelo de atención. Los cambios constantes en las demandas asistenciales, los procesos de transferencia a las comunidades autónomas, el enorme crecimiento del sector, la falta de catálogos de carteras de servicios, la ausencia de programas básicos de atención y la indefinición de los sistemas de calidad y estándares de cuidados hace que una "residencia" no sea comparable con otra, ni siquiera similar. La estructura física, de equipamiento y de recursos humanos, los programas de atención, el número de plazas, la tipología de usuarios y el sistema de gestión hace que cuando se habla de residencias gerontológicas sea preciso dar más datos para entender el recurso de atención del que hablamos.

La experiencia de desarrollo de sistemas de información en otros países, España inclusive, en sectores de afinidad como el sanitario propone o aconseja implantar sistemas que evalúen la producción, el consumo de recursos, la casuística de usuarios, los parámetros de calidad y los resultados de la atención de personas mayores en centros residenciales sociosanitarios. No obstante, las dificultades no son pocas. Incluso en el sector hospitalario, el tribunal de cuentas ha instado la creación de un sistema básico y único de información que permita el análisis comparativo y la confección de indicadores estándares. (Resolución de 17 de febrero de 1.988 aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el informe de fiscalización sobre el Sistema de Información de la Gestión Hospitalaria del INSALUD con especial referencia al CMBD. BOE n.º 102 de 29 de abril de 1988.)

La oportunidad de no disponer de sistemas de medida de la producción asistencial o sociosanitaria, la falta de datos para la planificación, gestión, atención e investigación; el poco acuerdo entre profesionales y centros en los instrumentos que se van a manejar en clasificación y valoración, y la necesidad de facturar a clientes en función del coste real de cada usuario atendido constituyó hace algunos años el punto de partida claro

para el desarrollo de un sistema que pudiese ser utilizado incluso en todo el ámbito del Estado en centros gerontológicos.

La informatización de la práctica totalidad de los centros medianos y grandes residencias y la superación de condicionantes de rechazo a estructuras técnicas de información facilitaron el trabajo. Sólo quedaba elegir el sistema, formar a los profesionales y facilitar el acceso a los resultados de la información obtenida, elaborada ya de forma efectiva, clara, sencilla y útil para la atención diaria.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS

Ya se ha comentado que la ausencia de un modelo o concepto definido de centro gerontológico, desde el punto de vista de organización y gestión, es una condición en este ámbito.

Desde el punto de vista normativo y técnico las residencias se definían como:

— “Centros de convivencia destinados a servir de vivienda permanente y común en los que se presta una asistencia integral continuada a quienes no puedan satisfacer estas necesidades por otros medios” (IMSERSO, 1985).

— “Centro que ofrece atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que por su problemática familiar, social y/o económica no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios” (IMSERSO, 1993).

— “Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (P. Rodríguez Rodríguez).

En la práctica, las diferentes comunidades autónomas clasifican los centros en función de su tamaño y tipología de usuarios, y en función de estos datos requieren una estructura de superficies comunes (comedores, salones, baños, etc.) y específica (habitaciones, sistemas de comunicación, controles de enfermería, etc.) e, incluso, se exigen ratios de personal para cada centro. Como punto de partida no está mal, pero en la práctica, un centro asistido puede estar ocupado por personas muy dependientes o poco dependientes, en función de la demanda o de la filosofía empresarial, de modo que el personal de atención directa e incluso la estructura puede ser inadecuada para atender demandas de personas con alta complejidad y elevada dependencia de cuidados y, sin embargo, cumplir con la normativa.

Por otra parte, la existencia de personal y de profesionales no presupone la aplicación o puesta en mar-

**TABLA I.** Características de los usuarios

Permanencia prolongada en los centros
Pluripatología invalidante o generadora de dependencia
Dependencia física, psíquica y social de elevada prevalencia
Problemática de salud mental: deterioro cognitivo (60%), trastornos del comportamiento (38%), estados depresivos (68%), trastornos del sueño (66%), etc.
Insuficiencia de integración social o entorno sociofamiliar limitado o desbordado

cha de programas de atención gerontológica. Es decir, la existencia de un psicólogo en plantilla de un centro no implica que éste desarrolle programas de intervención psicogerontológica, ya que podría estar dedicado a labores comerciales, de recursos humanos o de gerencia. Por esta razón, podría ser deseable que a corto plazo las comunidades autónomas ordenasen la atención gerontológica también a través de programas básicos de intervención ajustados a la tipología de usuarios y no sólo al número de plazas de cada entidad.

Los usuarios de los centros pueden presentar pluripatologías, polimedición, discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, problemática social, etc. Es necesario que el sistema de información recoja y agrupe a los usuarios para aplicar programas específicos de atención (tabla I).

Es cierto que todos decimos que “sólo con medir ya mejorará”, pero en el momento actual, en los centros gerontológicos creemos que puede ser más útil requerir intervención especializada y, en consecuencia, aportar utilidades e instrumentos que permitan desarrollar estos programas de atención y cuidados especializados.

De poco o nada sirve que sepamos que en un centro hay un 32 % de los pacientes con incontinencia urinaria, por ejemplo, si no aportamos programas de mejora que sean posibilistas y permitan controlar esta dependencia. Puede ser más barato aplicar medidas protésicas que rehabilitadoras. Es más, resulta más fácil para los profesionales de atención directa si no les facilitamos recursos para rehabilitar, colocar una prótesis (pañal) que corregir una leve incontinencia. No está claro si a la persona mayor y al sistema de protección social este procedimiento le conviene.

## SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

Un objetivo de los planificadores, gestores y profesionales ha sido agrupar o clasificar a los destinatarios de sus servicios para asignar de forma adecuada los programas de atención. La mayor parte de los instrumentos utilizados en los centros residenciales geron-

tológicos están basados en las actividades cotidianas (denominadas actividades de la vida diaria o AVD), en la autonomía personal y en la ayuda prestada o asistencia en cada caso.

El Índice de Katz para AVD (Katz et al, 1963) es uno de los más utilizados, mejor conocido y más estudiado, y se basa en una clasificación dicotómica tipo Guttman para AVD básicas de menor a mayor nivel de dependencia asignados de "A" a "G", según la autonomía o dependencia del caso. De uso sencillo, fácil de aplicar, constituye una escala básica en atención residencial.

La mayor parte de los centros gerontológicos utilizan este Índice de Katz como medida de dependencia y lo complementan con otros instrumentos semejantes de escasa complejidad para medir el deterioro cognitivo (MEC de Lobo), deterioro global (GDS de Reisberg), AVD-instrumentales (test de Barthel) y medidas de riesgo de dependencia o enfermedades como úlceras, caídas, desnutrición, etc.

Herramientas como los PDG (Patient Dependency Groups) desarrolladas en 1986 (Fetter, Universidad de Yale) clasifican en función de la necesidad de cada usuario de utilización de servicios de enfermería, agrupando los diagnósticos relacionados de modo parecido a los GDR (grupos de diagnóstico relacionado) comunes en hospitalización de agudos.

Agrupa a los usuarios en cuatro categorías de ayuda precisa para AVD (alimentarse, vestirse, continencia de esfínteres y transferencias precisas), asignando una puntuación mínima y máxima para la dependencia total o prótesis (p. ej., continente, 1 punto; sonda vesical, 6 puntos), agrupando según un criterio de decisión en cinco grupos de utilización de recursos definidos y denominados PDG, de PDG 1 a PDG 5 para cada variable de AVD referida. Después de haberse utilizado por la Comunidad Autónoma de Cataluña, se ha desecharido como instrumento de medida para financiar plazas concertadas en centros privados o medir consumos de recursos en centros propios.

En los años 1980, Fries y Cooney (Yale) también diseñaron el RUG (Resource Utilization Groups) para derivar pacientes a centros de larga estancia (*long-term care*) que presentasen requerimientos de atención semejantes. Se utilizaron diferentes versiones de instrumento en las *nursing home*, para financiar las estancias por entidades diversas, de forma que efectivamente se pagase por el valor de consumo de atención prestada. Además, el RUG pretendía ser un referente para los médicos geriatras como herramienta categorizadora de carga de cuidados para pacientes similares, identificable y disponible en uso diario. El sistema RUG proponía un número manejable de grupos partiendo de 3 AVD (vestirse, alimentarse y desplazarse), asociadas a la variable control de ingesta y eliminación de líquidos. El resultado era de nueve categorías de pacientes (RUG-IX ayuda total y RUG-I capaz de vestirse sin ayuda o supervisión).

Integrada en los sistemas de información CMBD, el RUG-III en la actualidad es la versión más utilizada en nuestro entorno. Los anteriores RUG-I, RUG-II, RUG-T18 han sido superados. El mayor inconveniente de este sistema de clasificación es la necesidad de formación y entrenamiento, por su complejidad y el requerimiento de tiempo excesivo para utilizarlo (García-Altés, 2000).

Otros sistemas como el MCII (clasifica la dependencia de forma diferente a las AVD), el PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis, o Planificación Informatizada de los Cuidados de Enfermería requeridos, elaborado por el Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé. Tilquin), el Cameron, Airling, TILE o Alberta han sido poco utilizados en España<sup>11</sup>.

El sistema de clasificación de Alberta fue traducido y publicado en la Revista de Gerontología y expertos como Joaquín Abanto (Zaragoza) proponían su fácil aplicación. El instrumento fue desarrollado en Canadá en 1986 y utiliza como variables las AVD de comer, utilizar el aseo, desplazarse y vestirse, relacionadas con comportamientos o conductas cotidianas de riesgo para ellos mismos o para los demás y de incapacidad para hacer frente a los problemas. Incluye la necesidad de desarrollar programas de rehabilitación y el nivel de cuidados para incontinencias (urinaria y fecal). Categoriza los pacientes en siete grupos excluyentes (partiendo de 80 posibles asignaciones), de A a G en función de menor a mayor complejidad de cuidados. Está siendo utilizado en Canadá, y es sencillo y fiable.

Instrumentos como el sistema de valoración de residentes denominado IVR.95 que incorporaba el ICF.95 como instrumento de clasificación funcional que utilizados los patrones del RAI (Resident Assessment Instrument) puestos en marcha por la Comunidad Autónoma de Madrid en 1996 han resultado poco apropiados. El ICF.95 o instrumento de clasificación funcional sólo valoraba los patrones cognitivos (sección B) y parte de la sección H (Funcionamiento Físico y Problemas Estructurales) del RAI<sup>1</sup>.

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Probablemente el llamado CMBD sociosanitarios (CMBD-SS) no sea un instrumento abreviado de datos básicos (mínimo), sino un sistema de información para análisis complejos (SIAC)<sup>8</sup>, más orientado a datos técnicos; capaz de administrar gran cantidad de información; que incorpora historias; utiliza diversas fuentes de información y que mediante un aplicativo informático condensa y agregra la información. Las principales funciones o aplicaciones del SIAC sociosanitario son:

- Medición del producto (de la producción) de un centro gerontológico, mediante la realización de un su-

matorio de días X peso case-mix (dxc-m) individualizado ( $\Sigma$ dxc-m).

- Gestión: asignación de recursos y control de procesos productivos en cada unidad residencial.
- Calidad: mediante las secuencias de identificación de problemas detectados por el RAI permite la aplicación de programas de intervención.
- Financiación: permite pagar el coste real de la atención prestada, no de las necesidades de cada usuario.
- Planificación: a través del análisis de datos epidemiológicos y de recursos consumidos.

Sin duda, la generación de SIAC precisaría la creación de unidades administrativas dotadas de recursos humanos y técnicos para obtener los beneficios que un análisis complejo otorga a la gestión sociosanitaria.

Las condiciones que debe cumplir el sistema de información serían:

- Minimizar el impacto de la implantación del sistema de información.
- No necesitar recursos específicos para su implantación.
- Integrarse en los procedimientos de trabajo de los profesionales.
- Otorgar utilidad clara para la atención técnica, gestión, planificación y control en cada nivel de responsabilidad sociosanitaria.
- Permitir la mejora continua de la calidad de servicio.
- Rentabilizar la utilidad del sistema para los cuidados directos a usuarios.

Partiendo de esta filosofía se propone la creación del CMBD-SS, como sistema de información para centros de larga estancia gestionados desde el área de servicios sociales, que recoge datos de fácil obtención como una información mínima y común para todos los usuarios de los centros en tiempo real. Estos datos se agrupan o clasifican mediante el RUG-III y gestionados a través de una aplicación informática de valoración de consumo de recursos y el instrumento de valoración utilizado es el RAI (2 y 4) (tabla 2).

El sistema de información:

- Aporta información multidimensional, que se nutre de aportaciones pluridisciplinares y de aportaciones de equipo transdisciplinar y de atención y cuidados.
- Es una medida realizada a través de instrumentos y escalas validadas y de uso común en el sector de atención.
- Es breve, sencillo y sensible a cambios.
- Está integrado en la labor profesional cotidiana, no una carga de trabajo añadida.
- Resulta eficiente para medir la calidad prestada y corregir desviaciones.

**TABLA 2.** Sistemas de información

Se propone que el sistema:

- Proporcione información relevante, fiable, y en tiempo real sobre la producción y sus resultados
- Aporte datos que permitan evaluar la actividad sociosanitaria relacionándola con costes, satisfacción, producción global y calidad obtenida
- Detecte y analice las desviaciones sobre la planificación global o específica de la empresa o centro asistencial
- Pondere el consumo de recursos para una financiación ajustada de la producción

– Es útil para la planificación de los cuidados individualizados y protección de los datos recogidos.

– Es esencial para planificar, gestionar y evaluar la institución.

## SISTEMAS DE MEDIDA

El sector de cuidados gerontológicos evolucionó en los últimos años de una manera rápida, sobre todo en el nivel de profesionales cualificados. Se implementaron instrumentos de medida (tests, escalas, índices, etc.) que se consideran básicos en la actualidad. Allí donde hay un servicio médico, de enfermería, psicogerontológico, etc., hay instrumentos de medida y hay registros de datos. El CMBD-SS no se sirve apenas, no utiliza las escalas básicas de medida para la atención gerontológica.

La geriatría no sólo utiliza escalas de medir al anciano enfermo o dependiente, sino también para evaluar el riesgo (caídas, úlceras, etc.) y mucha actividad evaluadora no se ve recogida en el sistema CMBD-SS. El abordaje de caso y la intervención transdisciplinaria siempre tiene en cuenta a las familias o entorno social, que no es evaluado por el RAI-NH (Nursing Home).

## CMBD-RAI-RAP

En Estados Unidos se patrocinaron una serie de actuaciones desde 1981 por la Health Care Financing Administration para reformar la financiación de las *nursing home*. De la iniciativa MDS (Minimum Data Set) hemos hablado, así como de los RUG. Es conveniente ampliar información sobre el MDS, ya que impulsado por la Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (OBRA-87), se forzó e impulsó un grupo de consenso que partiendo del MDS validó un trabajo para la promoción de la valoración funcional sistemática y la mejora de los planes de cuidados, que se denominó Resident Assessment Protocols (RAP) que desarrolló 18 protocolos de intervención asociados al sistema de valora-

**TABLA 3.** Áreas problema y protocolos del Resident Assessment Protocols

Estado confusional agudo/delirio
Deterioro cognitivo/demencia
Función visual
Comunicación
Potencial de readaptación funcional de las actividades de la vida diaria (AVD)
Incontinencia urinaria y sonda permanente
Bienestar psicosocial
Estado de ánimo/depresión
Problemas de comportamiento
Patrones de actividad
Riesgo de caídas
Estado nutricional
Sonda nasogástrica
Deshidratación/equilibrio hídrico
Cuidados dentales
Úlceras de presión
Uso de medicamentos psicotropos
Sujecciones físicas

ción RAI y que en la actualidad (desde abril de 1991) son obligatorios en prácticamente la totalidad de centros de Estados Unidos, y que permite basar la financiación de los costes de atención residencial en un *case-mix* de pesos/cargas ponderados de consumo de recursos (tabla 3).

Cada protocolo proporciona recomendaciones para el desarrollo de planes de cuidados obtenidos individualmente para cada residente valorado mediante ítems o variables (indicadores *gatillo*) combinados que identifican el área problema y facilitados por el instrumento de valoración RAI.

El RAI o RAI-NH supuso una apuesta no sólo europea, sino también internacional como instrumento estandarizado de evaluación de pacientes (o residentes), multidimensional y sistematizada para el proceso de elaboración de líneas de cuidados individualizados y de registros de datos evaluables para medir el consumo de recursos<sup>3</sup>. En la actualidad se están implementando otros instrumentos semejantes definidos para atención domiciliaria o primaria (RAI-HC), de postagudos (RAI-PA) y agudos (RAI-AC), salud mental (RAI-MH) e incluso de valoración social para el que se desarrolló un CMBD-social.

El CMBD-SS utiliza el RUG-III como clasificador o agrupador de pacientes y asigna a cada grupo del RUG-III un “peso” o un índice de carga de recursos consumidos (trabajo realizado), o “tiempo relativo” de cuidados realizados, denominado índice *case-mix*. Así, a cada uno de los 44 grupos de asignación de usuarios corresponde un índice de tiempo relativo de consumo de cuidados o recursos (índice *case-mix*) que es la proporción entre el tiempo promedio del grupo y el tiem-

po promedio global, una proporción expresada en número (p. ej., 1,08; 1,11; etc.), donde el valor promedio estándar ponderado podría ser el 1,00. De este modo, el RUG-01 tendría valor específico 1,00 y en el *case-mix* ponderado respecto al RUG-XX máximo correspondería el 0,46. En resumen, un anciano asistido de carga media de trabajo sería *case-mix*; 1,00.

Los centros residenciales con *case-mix* superior a 1,00 tendrían mayor carga, y los de menor peso, menor consumo de recursos. Al margen quedan las necesidades de cuidados globales e individuales.

El sistema RUG-III con 44 subgrupos diferentes, combinando siete grupos de pacientes (tabla 4) en rehabilitación, cuidados extensivos, cuidados especiales, clínicamente complejos, minusvalía o deterioro cognitivo, problemas de comportamiento y minusvalía física combinada con la validación de cuatro AVD (desplazarse o movilidad; aseo; alimentación y transferencias) valida la carga de cuidados asignada según su consumo de recursos en cada subgrupo.

En Galicia y en alguna otra comunidad autónoma se utilizó para introducir el sistema de información en la cultura asistencial de los centros, para capacitar inicialmente a los profesionales de enfermería geriátrica y comenzar la agrupación y clasificación de residentes, la versión abreviada denominada 20 % de RAI-NH (RAI-NH CMB 1.0 CT + 100 – 1996 ©InterrAI, Washington) y posteriormente una segunda versión (RAI-NH 2.0) que responde a la denominación de QUARTER y se aproxima al 25 % del Instrumento RAI-NH, estructurando un CMBD-SS un apartado de datos administrativos y otro de datos de valoración con 18 secciones (tabla 5).

## Utilidad del CMBD-SS

Es cierto que no existía ningún sistema de información para centros residenciales gerontológicos. Desde esta perspectiva, cualquier herramienta que permita conocer datos de atención residencial tiene un valor intrínseco positivo.

El planteamiento de un sistema basado en un conjunto o *kit* de datos básicos, ligero, ágil, sencillo; al modelo del Minimun Data Set (MDS) americano, y que no supone carga de trabajo añadida al profesional parecía razonable<sup>3</sup>.

En el caso de los centros residenciales, al contrario de lo que ocurre con pacientes agudos donde los datos se recogen al alta, es necesario evaluar al ingreso y mediante sucesivas evaluaciones periódicas. De este modo, se planteó la valoración al ingreso, con cada cambio de estado significativo y cada 6 meses necesariamente. Así se consideró oportuno valorar a cada paciente o usuario tras el ingreso hospitalario (se preveía que variaba su estado después de una hospitaliza-

**TABLA 4.** Categorías jerárquicas del sistema RUG-III

<p><i>Rehabilitación especial (12 subgrupos)</i></p> <p>Terapia de rehabilitación es cualquier combinación de terapia física, ocupacional o logopedia</p> <p>Rehabilitación de intensidad muy alta: 450 min o más de terapia de rehabilitación, al menos 5 días por semana de un tipo de terapia, y al menos dos de los tres tipos de terapia implicados</p> <p>Rehabilitación de intensidad alta: 300 min o más de terapia de rehabilitación por semana, y al menos 5 días por semana de un tipo de terapia</p> <p>Rehabilitación de intensidad media: 150 min o más de terapia de rehabilitación por semana, y al menos 5 días por semana de un tipo de terapia</p> <p>Rehabilitación de intensidad baja: 45 min o más de terapia de rehabilitación por semana, al menos 3 días por semana de terapia de rehabilitación, y al menos dos tipos de rehabilitación de enfermería suministrados al menos 5 días por semana</p> <p><i>Servicios o tratamientos extensivos (3 subgrupos)</i></p> <p>Residentes que tienen una puntuación en el índice de AVD de al menos 7 y que reúnen alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación parenteral</li> <li>Aspiraciones</li> <li>Traqueotomía</li> <li>Ventilador/respirador</li> </ul> <p><i>Cuidados especiales (3 subgrupos)</i></p> <p>Residentes que tienen una puntuación en el índice de AVD de al menos 7 y que reúnen alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quemaduras</li> <li>Coma</li> <li>Fiebre con vómitos, pérdida de peso, neumonía o deshidratación</li> <li>Eclerosis múltiple</li> <li>Úlceras de presión de grado 3 o 4</li> <li>Tetraplejia</li> <li>Septicemia</li> <li>Medicaciones intravenosas</li> <li>Radioterapia</li> <li>Sonda nasogástrica</li> </ul>	<p><i>Complejidad clínica (8 subgrupos)</i></p> <p>Residentes que reúnen al menos uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afasia</li> <li>Aspiraciones</li> <li>Parálisis cerebral</li> <li>Deshidratación</li> <li>Hemiplejia</li> <li>Hemorragia interna</li> <li>Neumonía</li> <li>Úlcera de estasis</li> <li>Enfermedad terminal</li> <li>Infección del tracto urinario</li> <li>Quimioterapia</li> <li>Diálisis</li> <li>Cuatro o más visitas médicas al mes</li> <li>Oxigenoterapia o terapia respiratoria</li> <li>Transfusiones</li> <li>Cura de heridas distintas a las de decúbito o úlceras, incluyendo cuidados de los pies</li> </ul> <p>O residentes que cumplen los criterios de las categorías de servicios extensivos y cuidados especiales, pero con un índice de AVD menor de 7</p> <p><i>Deterioro cognitivo (4 subgrupos)</i></p> <p>Residentes con una puntuación en el índice de AVD de 4 a 10 y que tienen deterioro cognitivo en las tres dimensiones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de decisiones (no independiente)</li> <li>Orientación (cualquier problema en recordar la estación actual, localización de la propia habitación, nombres y caras del personal, o que se encuentra en una institución)</li> <li>Memoria reciente</li> </ul> <p><i>Problemas de comportamiento (4 subgrupos)</i></p> <p>Residentes con una puntuación en el índice de AVD de 4 a 10 que muestran problemas diarios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conducta inadecuada</li> <li>Abuso físico</li> <li>Abuso verbal</li> <li>Inquietud</li> </ul> <p>O residentes con alucinaciones</p> <p><i>Dependencia física (10 subgrupos)</i></p> <p>Residentes que no reúnen ninguna de las condiciones anteriores, pero tienen un índice de AVD de 11 o más</p>
---	---

Tomada de Carrillo (1996).

ción), después de permanecer ingresado en la unidad de agudos (enfermería, unidad de cuidados especiales, etc.) del propio centro o cuando un proceso patológico agudo (accidente cerebrovascular [ACV], infarto agudo de miocardio, fractura, etc.) modificaba su estado basal.

No interesó al sistema de información la patología o el nivel de dependencia de cada usuario o del conjunto

de usuarios de cada unidad o centro. Lo que se mide con el CMBD-SS es el consumo de recursos, y el RUG-III agrupa los usuarios y los clasifica en función del consumo de recursos de atención<sup>3</sup>. Es decir, no agrupa en función de cuántos usuarios padecen ACV crónicos o Parkinson, sino que agrupa en función de si utilizan o no apósticos de incontinencia, ayuda para comer o acuden a rehabilitación básica, por ejemplo. Valora lo que

**TABLA 5.** Datos de valoración del Instrumento RAI-NH 2.0

Sección A.	Datos generales
Sección B.	Patrones cognitivos
Sección C.	Patrones de comunicación/auditivos
Sección D.	Patrones visuales
Sección E.	Estado de ánimo y patrones de conducta
Sección F.	Bienestar psicosocial
Sección G.	Problemas funcionales físicos y estructurales
Sección H.	Continencia en los últimos 14 días
Sección I.	Diagnósticos de enfermedades
Sección J.	Problemas de salud
Sección K.	Estado bucal/nutricional
Sección L.	Estado bucal/dental
Sección M.	Estado de la piel
Sección N.	Patrones de actividades de pasatiempo (ocio)
Sección O.	Fármacos
Sección P.	Tratamientos especiales, procedimientos y programas
Sección Q.	Possibilidades para el alta
Sección R.	Información de la evaluación

Tomada de RAI-NH 2.0 ©Inter RAI/Corporation. Washington, D.C.

se hace realmente, la producción y su consumo, no lo que se podría o debería hacer con el conjunto de usuarios o cada individuo. Esto es una limitación para la planificación, intervención gerontológica e incluso para conocer la calidad de la atención prestada.

### Diferencia en la valoración del consumo de recursos

Las características propias de los usuarios de los centros residenciales sociosanitarios definen un marco de análisis específico. El modelo de valoración del consumo de recursos (RAI) no es objetivo en nuestro ámbito ya que está estructurado para las *nursing home* que presentan un perfil de centro semejante a nuestras residencias asistidas, pero careciendo de atención social, atención de terapia ocupacional, animación socioterapéutica, psicogerontología, atención médica, farmacología, etc., y en consecuencia no valora, no cuida, no evalúa el consumo de recursos en programas de atención gerontológica que son la esencia de la atención residencial además de los cuidados a las AVD tanto básicas como instrumentales (AVD-I). Es decir, el RAI valora bien la atención de enfermería sobre patrones asistenciales de centros de larga estancia no estrictamente sociales<sup>9</sup>, pero en absoluto mide el consumo de otros recursos que, como decimos, aportan programas de atención gerontológica propios de las residencias gerontológicas privadas y públicas de nuestro entorno, y que aplican desde centros sociosanitarios de enorme complejidad y altos cuidados hasta pequeñas residencias mixtas de 30 a 50 plazas<sup>6</sup>.

Otro problema añadido es que recoge en la sección de problemas de salud los diagnósticos de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), cuya codificación requiere una extensa formación y entrenamiento para personal médico.

Incluso la aportación en la valoración multidisciplinar está limitada o es pobre con el CMBD, ya que no contempla siquiera la valoración de muchos profesionales que desempeñan su cometido en los centros de nuestro país, en el área psicosocial, médica, de animación e intervención socioterapéutica, podología, servicios complementarios, etc.

Registrar de manera específica el consumo de recursos implica una carga asistencial no prevista en nuestro modelo de cuidados sociosanitarios. El profesional se resiste a dedicar tiempo de su jornada a esta labor. Por otra parte, la especificidad del instrumento CMBD-SS requiere formación y entrenamiento en un tiempo excesivo y por expertos, ya que supone completar un cuestionario de 327 ítems<sup>10</sup>. Por otra parte, medir el consumo de recursos allí donde no se permite facturar por dicho consumo (en los centros privados) o contratos-programa (en los centros públicos) no tiene en sí mismo demasiada utilidad o sentido. Hemos copiado, adaptado e implementado un sistema de información que nos aporta información escasamente útil para el profesional y limitada para el planificador o gestor de recursos, cara y poco eficaz. El modelo que propone de cuidados no se utiliza por el personal de enfermería de nuestros centros en prácticamente ningún caso. Está pensado para las *nursing homes*, no para centros sociales residenciales donde la atención es mucho más que enfermería geriátrica y donde los cuidados son de enfoque mucho más integral, partiendo de indicadores de mejora de la atención residencial<sup>7</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Proyecto SISTEMA. Manual de cumplimentación del CMBD de Crónicos de la Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Salud. Consejería de Salud. Madrid: Comunidad de Madrid, 1995; p. 13-6.
2. Carrillo E, et al. Conjuntos mínimos de Datos Uniformes en Centros de Media y Larga Estancia. Todo Hospital 1994;106:35-43.
3. Calvo López L, et al. Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. Revista de Administración Sanitaria 1999;3:95-107.
4. Carrillo E, et al. Comparaciones internacionales de residentes en centros de media y larga estancia y clasificación en case-mix: perspectivas actuales. Rev Gerontol 1996;6: 285-93.
5. Fries BE, et al. Refining a Case-Mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). Medical Care 1994;32:668-85.

6. Perlado, F. Teoría y Práctica de la Geriatría. Madrid: Díaz de Santos, 1994;299-307.
7. Indicadores para la mejora de la atención residencial. Residencias de personas mayores de la comunidad valenciana. Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana, 2002; p. 5-9.
8. Paseiro E, Mateo R. Innovaciones Tecnológicas. Sistemas de Información de análisis complejas: sistemas de soporte das decisións. Data warehousing. Rev Gal de Actualidade Sanitaria, 2002; p. 7.
9. Burgueño Torijano DA. Definición de Residencia. Futuro de la política Sociosanitaria en España. Rev Residential.
10. Gómez Tato I, et al. El Resident Assesment Instrument (RAI) como base para un Sistema de Información Sociosanitaria. Programa de Atención Sociosanitaria. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 2001.
11. Solano Jaurrieta JJ, López Álvarez E. Envejecimiento y sistemas de clasificación de pacientes (II). Rev Esp Geriatr Gerontol 1998;33:363-73.
12. García-Alté A, et al. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. Gac Sanit 2000;14:48-57.
13. Web: <http://www.interrai.providence.on.ca>  
<http://www.hcfa.gov>

*Correspondencia:*

M.A. Vázquez Vázquez  
Residencia Asistida de la Tercera Edad  
Vigo