

3. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE N.º 267, de 7 noviembre de 2007.

María José Modroño Freire*, Juana Romero Pita, María Jesús Sánchez Cougil y María Aurora Expósito Alfonso

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.022

Equipo de Atención Primaria de Mariñamansa, Ourense, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariajose.modrono.freire@sergas.es (M.J. Modroño Freire).

Definición de “dependencia funcional”. Implicaciones para la política sociosanitaria

Definition of “functional dependency”. Implications for health and social policy

Sr. Director:

El reciente artículo de Gené et al¹ sobre la importancia del sector sanitario en la valoración de las prestaciones de la Ley de Dependencia aborda uno de los problemas fundamentales del actual sistema de atención a la dependencia en España. Éste se basa en un modelo restrictivo de atención social frente a un problema sociosanitario y utiliza un concepto de “dependencia” inadecuado para los objetivos propuestos en el sistema. Un breve análisis del desarrollo de los conceptos de “funcionamiento/discapacidad” y de “autonomía/dependencia” en el ámbito de la atención a largo plazo nos permite entender mejor la base del problema que evidencian Gené et al.

En 1998, el Consejo de Europa efectuó una recomendación sobre la atención a las personas en situación de “dependencia”. Ésta se definió como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. En España, este concepto se recogió en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LPAD) de 2006 y en el posterior baremo, el sistema de atención y la base de datos nacional. En este proceso se asumió una equivalencia de 2 modelos de discapacidad muy diferentes: el de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Organización Mundial de la Salud y el de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

De hecho, el concepto de dependencia de la Unión Europea parte del modelo de AVD básicas e instrumentales empleado comúnmente en geriatría² y cuya utilidad en otros colectivos con discapacidad grave es cuestionable. El modelo basado en AVD no guarda relación con el “funcionamiento ambiental” de la CIF³. La Organización Mundial de la Salud⁴, por su parte, no recoge el concepto de “dependencia” y define “autonomía” como la “capacidad percibida de

controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo uno vive su vida cotidiana, de acuerdo con las propias normas y preferencias”, un significado diferente al de la LPAD y que en realidad se refiere a la “autonomía personal”, denominada por la psicología “competencia”, y relacionada con los conceptos de autocontrol, autoeficacia, autodeterminación y “empoderamiento” (proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre sus acciones y decisiones). La definición de “autonomía” en la LPAD no puede considerarse como el equivalente positivo de dependencia funcional.

En realidad la “dependencia” tal y como se desarrolla en la LPAD es un metaconcepto para identificar y clasificar individuos sobre la base de 3 conceptos diferentes e interrelacionados: a) limitación de funcionamiento en la vida diaria; b) necesidad de asistencia, y c) por parte de otra persona (u otras ayudas). Utilizando una aproximación a la nomenclatura del CIF se puede categorizar el metaconcepto “dependencia ambiental funcional relacionada con la salud” como un estado derivado de una condición de salud permanente o de larga duración, que limita hasta tal punto la vida diaria de la persona que ésta necesita para manejarse en su contexto inmediato la ayuda de otras personas u otros apoyos excepcionales.

Desde el año 2000, la conceptualización de la dependencia ha generado un intenso debate en el sector de los servicios sociales en España. Desafortunadamente, el sector de la salud y las instituciones sanitarias han permanecido en gran parte ajenas esta polémica. Esto ha determinado una falta de transferencia de conocimiento que ha afectado al marco conceptual y a la planificación de recursos en el ámbito sociosanitario de la atención a largo plazo de las personas con discapacidad grave. Existe una gran disparidad en los procedimientos de valoración, en los dictámenes y niveles concedidos entre diferentes comunidades autónomas y, sobre todo, en las prestaciones reconocidas.⁵ El desarrollo del sistema de dependencia en España puede constituir un marco interesante para el análisis de las consecuencias de una falta de consenso terminológico, de la importancia de la ontología de salud y sus implicaciones sociosanitarias⁶, así como de la necesidad de la transferencia de conocimiento entre diferentes sectores, participantes y profesionales en el abordaje de entidades complejas⁷.

Bibliografía

1. Gené Badia J, Contel Segura JC, Hidalgo García A, Borràs Santos A, Porta Borges M, Oliver Rius A, et al. Los problemas de salud

- también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2009;41:91–101.
2. Grammenos S. Feasibility study. Comparable statistics in the area of care for dependent authors in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2003.
 3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
 4. World Health Organisation. Active Ageing: a policy framework [consultado 1/10/2009]. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing>.
 5. IMSERSO. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) [consultado 28/2/2009]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/est_saad.html.
 6. Romá-Ferri MT, Palomar M. Análisis de terminologías de salud para su utilización como ontologías computacionales en los sistemas de información clínicos. *Gac Sanit*. 2008;22:421–33.
 7. Salvador-Carulla L. Bridging knowledge in long-term care and support. *Crossing boundaries between ageing and disability Int J Integr Care* 9:e29.

doi:10.1016/j.aprim.2009.08.001

Luis Salvador-Carulla^{a,*}, Karina Gibert^{b,c,d} y Susana Ochoa^e

^aAsociación Científica PSICOST, Jerez, España

^bDepartamento de Estadística e Investigación Operativa, Universitat Politècnica de Barcelona, Barcelona, España

^cSecretaría de la Sección de Clasificación y Nomenclatura de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)

^dGrupo Asesor para Revisión de ICD-10 “Trastornos Mentales y Comportamentales” de la OMS

^eUnitat de Recerca i Desenvolupament, Hospital Sant Joan de Déu-SSM, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luis.salvador@telefonica.net
(L. Salvador-Carulla).

Aplicación y validación cuantitativa-cualitativa de un índice para identificar familias prioritarias en el primer nivel de atención de salud

Application and quantitative-qualitative evaluation of an index to identify family priorities at primary health care level

Sr. Director:

Este trabajo se elaboró con el objetivo de diseñar y validar un índice para priorizar las familias atendidas en el primer nivel de atención de salud.

El sistema de salud en Costa Rica se orienta bajo los principios de universalidad, equidad y solidaridad¹. La equidad es “una justa distribución de las posibilidades para desarrollar las potencialidades físicas y mentales de la población”². Costa Rica ha alcanzado satisfactorios niveles globales de salud, sin embargo, la salud no se ha distribuido en forma equitativa y existen disparidades interregionales e intrarregionales³. La mortalidad infantil, asociada con variables como la ocupación del jefe de familia, la escolaridad de la madre, la calidad de la vivienda y el grado de ruralidad⁴, varía según las zonas geográficas y es mayor en las de menor desarrollo social y económico⁵.

La existencia de familias en desventaja en cuanto a su nivel de salud exige especial atención a los expuestos a mayor riesgo. El enfoque de riesgo es útil en la solución de este problema: es un método no igualitario y

discrimina en favor de los que tienen mayor necesidad de atención⁶.

Para elaborar y validar el instrumento de priorización, se identificaron 147 variables, que valoraron 7 expertos en su poder de priorizar. Se seleccionaron las 17 con valores más altos y con éstas se construyó el instrumento. Para aplicar el método, los valores obtenidos para cada variable se multiplicaron por el promedio de los expertos, se sumaron y se obtuvo un valor total para cada familia. Esta suma constituyó el índice de prioridad. Los valores más altos son los de las familias más prioritarias. El instrumento propuesto se validó inicialmente con una prueba de comparación “prueba de oro”. Para medir la concordancia entre las pruebas se usaron los estadísticos porcentaje de concordancia, “J” de Youden y prueba de kappa, lo que se aplicó a la primera comunidad. El instrumento se aplicó en otras 3 comunidades y, además, un panel de expertos en atención primaria valoró a las familias cualitativamente y se midió la concordancia global entre los métodos (método propuesto y criterio de expertos).

Finalmente se aplicó el instrumento en las 4 comunidades y se obtuvo un puntaje total por familia que, comparado con el de las otras familias de la comunidad, permitió determinar las familias más prioritarias.

En la *tabla 1* se muestra la clasificación de las familias por ambas metodologías en la primera comunidad. Al comparar el número de familias prioridad 1 en la primera comunidad, clasificadas así por las 2 pruebas, con el resto de las familias de menor prioridad, los estadísticos muestran los siguientes resultados: porcentaje de concordancia: 86,63%, estadístico “J” de Youden: 0,57 (límite de confianza superior: 0,7250 y límite de confianza inferior: 0,4149), prueba de kappa: 0,5762 (límite de confianza superior: 0,6413 y límite de confianza inferior: 0,5232).