



ANÁLISIS SOBRE EL CAMBIO DE  
INSTRUCCIONES Y DE MODELOS  
DE INFORMES PARA LA  
VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN  
DE DEPENDENCIA

Madrid, febrero 2022

Ante la reciente instrucción enviada a los centros de salud sobre la emisión de **informes para la valoración de la Ley de Dependencia**, indicando que estos han de ser informes médicos, SEMAP realiza el siguiente informe:

### **Repaso histórico:**

La Ley 39/2006, *de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia* incluye el procedimiento para que los ciudadanos soliciten la valoración del nivel y grado de dependencia. En su Artículo 27.1 establece que *Las comunidades autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado de dependencia con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir*. Artículo 27.5: *La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas*. Artículo 28.5: *Los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y las características comunes del órgano y profesionales que procedan al reconocimiento serán acordados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*.

A este respecto, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, publica el *Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 (BVD)*. Este RD es derogado cuatro años después 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*. En él se establece el baremo para la valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD). Los profesionales que apliquen el BVD utilizarán cuatro procedimientos para obtener la información:

- Los informes de salud y del entorno de la persona a valorar.
- La entrevista.
- La observación y comprobación directa.
- La aplicación de pruebas en un contexto estructurado.

Respecto al primer punto, el de los informes, el RD 174/2011 recoge, ajustándose a lo referido en el mencionado Artículo 27.5 de la Ley 39/2006, que *Los informes de salud y del entorno constituyen el punto de partida en el proceso de valoración en tanto que permiten examinar las condiciones de salud de la persona que pueden afectar a su funcionamiento en las actividades de la vida diaria, así como el contexto (ambiental y personal) en el que éstas se desarrollan*. En este RD se alude hasta en 15 ocasiones a estos informes como informes de salud, sin que en ningún momento se haga mención alguna a que deban ser “informes médicos” ni se emita ningún pronunciamiento sobre los profesionales que han de emitirlos o firmarlos.

Por tanto, **la normativa estatal no determina quién debe emitir o firmar los informes de salud y del entorno** que se adjunten a la solicitud del ciudadano y que han de servir como valoración inicial para los profesionales que vayan a realizar el BVD.

#### Situación en Madrid:

Tras la publicación en 2006 de la Ley de Dependencia, la Comunidad de Madrid publica en 2007 la ORDEN 2176/2007, *de 6 de noviembre, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regula el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y del acceso a las prestaciones y servicios del sistema*. En su Artículo 4, dentro de la documentación que debe acompañar a la solicitud, aparece:

*e) Informe de salud suscrito por un médico del sistema público de salud*

En 2008, la Directora General de Atención Primaria dicta una instrucción destinada a paliar la *sobrecarga no asistencial* que está suponiendo a los médicos de familia el cada vez mayor número de solicitudes de *emisión de informes sobre el estado de salud de los ciudadanos*. Esta instrucción va destinada a *los profesionales sanitarios de Atención Primaria*. El apartado Tercero: Emisión de informes sobre el estado de salud, refleja que *Ante cualquier solicitud de informe sobre el estado de salud que realice un ciudadano se emitirá por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria el documento cuyas características y contenido se regulan en la presente instrucción*. Desde ese momento, por tanto, que da habilitada la posibilidad de que los informes sobre el estado de salud también sean emitidos por las enfermeras de Atención Primaria en base a los datos existentes en la Historia Clínica.

En mayo de 2010, la DGAP dicta una nueva instrucción, pues se detecta que siguen siendo numerosas las peticiones y distintos los modelos de informes que se solicitan al sistema sanitario para el acceso a prestaciones de índole fundamentalmente sociosanitaria. Se entiende en dicha instrucción que la variabilidad de instituciones solicitantes y formatos de informes existentes dificulta la emisión de los mismos por parte de los profesionales sanitarios. Esta instrucción, que deroga la anterior de 2008, pretende establecer *un único protocolo integrado de información (...) extraída de programas asistenciales clave recogidos en la Cartera de Servicios Estandarizados (...), incluyendo las actuaciones propias de los profesionales de enfermería*. Este protocolo se denomina “*Informes de salud*” y tiene cuatro modalidades:

- Informe de salud: Es un informe general, que recoge la asistencia prestada por los médicos y que se emite por ellos. Se utiliza para ciudadanos que precisen información clínica sobre antecedentes, problemas de salud actuales o tratamientos activos

- Informe de continuidad de cuidados: ampliación del anterior, que recoge la asistencia prestada por las enfermeras. Responde a las necesidades de información entre niveles asistenciales, a la tramitación de plazas en residencias y otras solicitudes de índole sociosanitaria
- Informe Ley de dependencia en mayores de 3 años: su fin es completar la información necesaria para la solicitud y valoración posterior de la situación de dependencia por parte de los órganos competentes. También puede ser utilizado para la revisión de dicha situación y para la solicitud de plazas residenciales pues contiene toda la información que para estos trámites se precisa. Es un informe similar al anterior, pero añade la posibilidad de reflejar de forma pormenorizada determinadas escalas funcionales relevantes en la valoración de las limitaciones para las actividades de la vida diaria
- Informe Ley de dependencia de 0 a 3 años: igual que el anterior

Esta Instrucción determina que *las solicitudes de los informes de salud serán remitidas para su emisión al médico asignado al solicitante* y que las solicitudes de los otros tres tipos de informes *serán remitidas al profesional de enfermería asignado al solicitante, quien valorará, en todo caso, si procede la revisión del informe por el médico correspondiente, antes de su emisión.*

Otro hecho relevante de esta Instrucción es que determina que **los informes se elaborarán a partir de los datos que constan en la HCE de AP** y que **la forma más eficiente de cumplimentar un informe de salud es el Informe asociado a protocolo porque incorpora automáticamente los datos previamente registrados en la HCE y los datos registrados en el propio protocolo**, ofreciendo la información en base a los requerimientos establecidos por el organismo solicitante y sin necesidad de un esfuerzo añadido por parte del profesional sanitario. También establece que **para la emisión de los informes de continuidad de cuidados y los dos modelos de la ley de dependencia**, será preciso hacer una **valoración por patrones funcionales** del paciente y que los **imprimirá y firmará el profesional que lo realice.**

Desde ese momento los informes se realizan en AP por parte de las enfermeras con absoluta normalidad, siguiendo lo recogido en esta instrucción. En una gran mayoría de las situaciones, **estos informes han servido para la tramitación tanto de la ley de dependencia como para la solicitud de plazas en residencias**, si bien en ocasiones, dependiendo de los centros base de servicios sociales, han sido rechazados por uno de estos dos motivos: no ajustarse al modelo de la consejería de asuntos sociales o carecer de la firma de un médico. Estas situaciones, minoritarias, se gestionaron en su día caso a caso.

La Instrucción de la Directora General de Atención Primaria no es contradictoria con lo establecido por el organismo competente de resolver en materia de Dependencia pues, un mes antes, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales

había emitido la Orden 625/2010 de 21 de abril, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención. En su Capítulo II (Procedimiento para el reconocimiento del grado y nivel de dependencia), Artículo 13 (Documentación que acompaña a la solicitud) se indica que, para la tramitación, se adjuntará *Informe de condiciones de salud actualizado y suscrito por un médico colegiado, conforme a los modelos adjuntos a esta Orden en función de la edad del solicitante, o informe emitido al efecto y suscrito por cualquier profesional sanitario colegiado de la sanidad pública madrileña.*

Posteriormente, el Decreto 54/2015 deroga la Orden 625/2010 vuelve a establecer, en su Artículo 13, que se adjuntará a la solicitud:

*e) Informe de salud, que deberá estar elaborado en modelo normalizado y suscrito por un médico colegiado.*

Asociados a la publicación del Decreto 54/2015, se producen tres hechos relevantes en Atención Primaria:

- Envío por parte de la unidad de apoyo de la DGAP a todos los centros de salud de la nueva orden con la instrucción precisa de que los informes de la consejería de asuntos sociales son de uso obligatorio y que deben ser firmados, de forma preceptiva, por un médico de familia o pediatra
- Eliminación por parte de la DTSIS de las plantillas *Ley de dependencia mayores de 3 años y 0 a 3 años* del Protocolo de Informe de salud (DGAP)
- Creación de plantillas de *Condiciones de salud: mayores de 3 años y menores de 3 años*. Estas nuevas plantillas son las correspondientes al modelo de la consejería de asuntos sociales

Con esos cambios, no solo se altera el procedimiento seguido en los centros de salud hasta ese momento, sino que **se produce un retroceso en cuanto a la calidad de la información y la cumplimentación de la historia clínica**. Las plantillas eliminadas incorporaban la información ya existente en la historia clínica. La enfermera realizaba una valoración completa de la situación del paciente y, posteriormente, emitía el informe como resumen de dicha valoración. Las nuevas plantillas que se cargan en AP-Madrid incorporan únicamente los datos de la historia clínica referentes a problemas de salud y prescripciones farmacológicas, mientras que el resto de valoraciones relacionadas con las AVD han de ser rellenadas expresamente para la emisión del informe. Por otra parte, aunque se valoren en el momento las situaciones que aparecen en el informe, **estos datos solo valen para el informe, puesto que no se incorporan a la historia clínica**.

Por tanto, **el eje ya no es la correcta valoración de la situación del paciente y la calidad de los datos de su historia clínica, sino la emisión del informe, haya valoración previa o no**.

Así pues, se pasó de una situación en la que se realizaba una excelente valoración del paciente y se emitía un informe que, en la inmensa mayoría de los casos, era aceptado como válido para la tramitación de la situación de dependencia porque contiene todos los apartados que los informes de la consejería de asuntos sociales establecen, a otra situación en la que el informe que está en AP-Madrid no está vinculado con la historia clínica al ser una plantilla y, por tanto, ha de ser rellenado en el momento.

Se da además la circunstancia de que, en los nuevos modelos de informe, a pesar de que se supone que los ha de firmar un médico, el pie de firma que aparece al imprimirlo es el de quien lo elabora, pudiendo ser un médico o una enfermera. Esta situación se ha mantenido durante años y, de forma mayoritaria, los informes los han seguido realizando las enfermeras, sin que esto haya supuesto ninguna limitación en el acceso de los ciudadanos a las prestaciones que les pudieran corresponder.

### **Resumen de la evolución de la situación respecto a la posibilidad de que el informe lo emitan las enfermeras desde el punto de vista normativo:**

- Período 2007-2008: Informe firmado por médicos. Orden 2176/2007
- 2008-2010: Posibilidad de firma por enfermeras. Instrucción de la DGAP
- 2010-2015: Posibilidad de firma por enfermeras: Orden 625/2010 e Instrucción de la DGAP
- 2015-2022: Informe firmado por médicos. Decreto 54/2015. (Aunque en AP-Madrid aparece la firma de la enfermera si es ella quien lo emite)
- 2022: Instrucción de la Dirección Técnica de Procesos Asistenciales (a continuación) y nueva modificación de modelos para que el informe solo lo pueda emitir un médico

En febrero de 2022 se recibe en los Centros de Salud el siguiente mensaje:

*De: Dirección Técnica de Procesos Asistenciales*

*Enviado el: viernes, 11 de febrero de 2022 14:47*

*Asunto: NUEVOS INFORMES MÉDICOS DE DEPENDENCIA*

*Buenos días,*

*Nos ponemos en contacto con vosotros tras una consulta realizada por Atención Primaria al haber detectado que los Informes de Salud para la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema se habían modificado.*

*Desde la DG de Atención al mayor y a la Dependencia, a través de la Dirección General de coordinación socio-sanitaria de la Consejería de Sanidad, nos confirma que los informes de salud se han modificado en el seno de la Comisión de Valoración, órgano colegiado responsable, tras identificar deficiencias en el anterior modelo.*



*Por este motivo hemos realizado los ajustes correspondientes en AP-Madrid para dar respuesta a esta nueva necesidad incorporando los informes nuevos.*

*Os adjuntamos los modelos de informe de salud nuevos para vuestro conocimiento, y traslado a los profesionales de los Centros de Salud, así como las actuaciones llevadas a efecto en AP Madrid.*

Llama la atención que, en un momento en que la Gerencia Asistencial de Atención Primaria está pretendiendo poner en marcha iniciativas de gestión de la demanda que implican encargar a las enfermeras colaboración en la atención a situaciones de salud tradicionalmente atendidas por médicos, se adopten decisiones como estas sobre situaciones que sí les son propias a las enfermeras familiares y comunitarias, que estaban realizando de forma satisfactoria desde hace años, y que ahora pasarán a ser realizadas por los médicos. Esta nueva situación, al cambiar el tipo de informe a utilizar y al determinar que los informes debe emitirlos y firmarlos un médico, genera un triple problema donde no debería haberlo:

- para las enfermeras porque ahora se les dice que los informes los debe hacer un médico, a sabiendas de que son las profesionales idóneas para emitir los informes de salud y del entorno de las personas. Así ha sido durante mucho tiempo. Para mantener esta situación solo habría hecho falta algo de claridad de ideas en la toma de decisiones
- para los médicos, que difícilmente comprenderán tener que hacer ellos los informes, cuando hasta ahora no era preciso, cuando ellos mismos también reconocen que las enfermeras son las idóneas para realizarlos y cuando se supone que se está intentando evitar la sobrecarga en sus consultas
- para la población porque con este nuevo cambio en el modelo de informe, vuelve a perderse información relevante de su situación clínica y de su entorno y porque los datos que en él se rellenan siguen sin incorporarse a su historia clínica

Una buena prueba de que la realidad podría ser distinta es lo que ocurre en otras comunidades, por ejemplo, en Andalucía, en donde el procedimiento para la realización del informe de salud recoge lo siguiente:

*En todos los casos, la Enfermera realizará los Informes de Condiciones de Salud con letra legible, no utilizando siglas, ni abreviaturas y sin tachaduras. En todos los casos, la Enfermera firmará cada uno de los Informes de Condiciones de Salud realizados, como responsable. Una vez realizado el Informe de Condiciones de Salud, la Enfermera lo remitirá al Distrito Sanitario, a la atención de la Coordinación de Enfermería.*

Por tanto, queda evidenciado que **la indicación de que en Madrid estos informes los deba firmar un médico obedece a una decisión de esta Comunidad** y no a ningún requerimiento normativo de las leyes de ámbito estatal; y a que, **una vez más, se ignora lo que las enfermeras pueden y deben aportar a sus pacientes y al sistema para el que trabajan.**

**Junta Directiva SEMAP**