

Anàlisi i propostes per a una
revisió constructiva del model

REPENSANT EL MODEL D'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB DEPENDÈNCIA



Coordinació del document

Anna Riera

Hi han contribuït

Helena Ris

Josep Lluís Roselló

Montserrat Pareja

Mercè Estrem

Xavier Baro

Josep Maria Bosch

Josep Fusté

Joan Maria Ferrer

Agraïm la seva revisió i aportacions

Josep Ganduxé

Joan Orrit

Iciar Ancizu

Josep de Martí Vallès

Lluís Bohigas

Albert Ledesma Castelltort

Ester Sarquella

Antoni Salvà

Índex

Objectius del document	5
Metodologia d'anàlisi	6
Revisió crítica dels principals models d'atenció a les persones dependents en altres països	8
Model actual i diagnòstic de situació	10
Model actual	10
Diagnòstic de situació	16
El model català d'atenció a les persones amb dependència: propostes	19
La planificació, l'ordenació dels recursos i la prestació dels serveis	19
El marc jurídic	21
Els recursos humans i les relacions laborals	22
La contractació de serveis	22
L'avaluació de la qualitat	23
Els sistemes d'informació	23
Cap a un nou marc organitzatiu	24
Conclusions. El sistema que volem	25
Annex. Revisió de models d'altres països	26
Regne Unit	26
Canadà	27
Estats Units	28
Suècia	29

Objectius del document

L'actual model d'atenció a les persones amb dependència a Catalunya recull l'evolució, tant social com normativa, que ha donat suport al desenvolupament d'un sistema de protecció social, com a la resta de països d'Europa. En el nostre país, aquest pilar de l'estat del benestar, tot i rebre un impuls considerable amb la Llei estatal 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), ha tingut un desenvolupament parcial i irregular. Malgrat l'encara insuficient desplegament del model, la realitat actual és fruit de l'esforç de moltes persones i contempla tant les aportacions de l'Administració com a garant dels drets públics, com la contribució històrica des de la societat civil en el desplegament de serveis.

L'evolució de l'atenció a la dependència ve determinada per la necessitat de donar resposta a l'envelliment de la població i la cronicitat i la necessitat de suport que se'n deriva, factors que han tingut un creixement important en les darreres dècades de la història en els països desenvolupats. Aquesta situació, més en el context actual de crisi, requereix una necessitat urgent de repensar aquest sistema, d'analitzar allò que funciona i el que podria millorar-se, per tal de definir i recolzar el camí cap al manteniment d'aquest dret en les millors condicions possibles, amb la vista posada en el futur que hem de garantir.

Les línies i principis del model es troben recollides a la Llei estatal 39/2006 citada anteriorment i la Llei de serveis socials de Catalunya (Llei 12/2007). L'evolució d'aquest model és encara curta i llastrada, des de l'inici, perquè no es va establir un sistema clar de finançament, ni es va fer repartiment clar de competències, funcions i àmbits de responsabilitat econòmica entre Estat i comunitats autònomes. Tampoc es va establir un criteri clar en favor de les prestacions de serveis per sobre de les econòmiques ni criteris d'avaluació que permetessin saber si s'estaven aconseguint els objectius ni es va comptar amb una planificació prèvia sòlida. La llei, però, introdueix el principi d'universalitat per aquest dret i estableix diferents graus de corresponsabilització de l'usuari, en funció de determinats criteris i en la seva capacitat de contribuir a la prestació.

Des de La Unió, basant-nos en els valors compartits, volem fer algunes propostes que pensem que poden ajudar, en el moment present, a millorar, preservar i potenciar els elements que facin del model d'atenció a la dependència un sistema modern, de qualitat i innovador, adequat a les necessitats de la població.

L'actual conjuntura econòmica i social ens ajuda, de fet, a fer aquesta reflexió que ha de ser compartida per tots els agents implicats. És imprescindible pensar en el canvi per garantir la sostenibilitat d'aquest servei a les persones. És moment, per tant, de pensar en els elements nuclears que cal adaptar per garantir la continuïtat de l'atenció a la dependència, en el marc dels valors que el fan possible, proposant aquells camins que puguin oferir un millor servei a tota la ciutadania i garantir-ne la continuïtat per seguir donant resposta a les necessitats canviants de les persones.

Així mateix, el context polític actual de transició cap a un nou marc institucional que doni a Catalunya una major capacitat d'actuació convida a formular propostes més avançades que facin possible fer un salt qualitatiu en l'organització del sistema i la necessària integració dels serveis que han de garantir l'assistència a les persones amb dependència.

Metodologia d'anàlisi

Partim del decàleg de posicionament sobre el model d'atenció social a les persones amb dependència aprovat pel Consell de Sector d'Atenció a la Dependència i la Junta Directiva de La Unió el 2009, com a instrument d'anàlisi i plasmació de la voluntat de defensa d'un model i per plantejar les línies d'avenç cap a la seva consolidació.

El que cal contemplar, set anys després, és com ha evolucionat el sector i quines són les necessitats actuals. En alguns aspectes, el discurs ha evolucionat i requereix un replantejament seriós i compromès, que desenvoluparem al llarg d'aquest document.

DECÀLEG

- 1 El model d'atenció social per a les persones amb dependència** ha de donar respostes tenint en compte l'individu, la família i l'entorn, així com la xarxa de serveis socials i sanitària.
- Cal una **regularització jurídica** dels drets del ciutadà i una definició de la prestació i el finançament, així com dels diferents rols (de la família, l'Administració i el sector de proveïdors dels serveis, tant públics com privats). També cal respectar la lliure elecció de les persones i famílies.
- La **sostenibilitat del model** s'ha de basar en una cartera de serveis amb finançament garantit i la promoció del seu ús racional i responsable.
- L'**Administració** ha de gestionar el finançament públic, planificar, acreditar i avaluar entitats i serveis.
- El model ha de potenciar la professionalització de la **gestió a partir dels estàndards d'acreditació**. Ha d'exigir una gestió que fomenti la qualitat del servei en totes les entitats proveïdores, que promogui la innovació i la generació d'excedents per reinvertir, en un entorn de **transparència en la gestió**, i que incentivi els resultats i l'acompliment dels objectius.
- El model ha d'optimitzar tots els recursos de la xarxa i afavorir la **lliure concurrència** partint de criteris contrastats i homogenis d'eficiència i qualitat.
- El model requereix una millora de les **condicions laborals i de la productivitat**, sobre la base d'un marc de relacions laborals propi sense ingerències i d'un procés de millora de la competència i qualificació dels professionals del sector com a base de millora dels serveis.
- El model requereix esforços inversors necessaris de futur assolibles a través de la **col·laboració públicoprivada**, només possible en un marc estable de model de provisió i de finançament.
- El model s'ha d'acompanyar de millores de la **fiscalitat aplicada a l'assegurement privat**, atès el seu valor en la moderació de la demanda dels serveis públics.
- Cal treballar en el reconeixement com a **sector dinàmic de l'economia productiva** i socialment estratègic.

Aquesta reflexió, partint del decàleg i tenint en compte la situació actual, ens ha portat a formular una sèrie de propostes per adaptar el model i reforçar el seu desplegament efectiu. El document inclou, també, una revisió de diferents models d'atenció a les persones dependents d'altres països i un diagnòstic de la situació actual del model d'atenció a la dependència en el nostre entorn. Les necessitats de canvis s'han plasmat en 20 propostes que abasten els diferents elements del model català d'atenció a les persones amb dependència. Finalment, s'intenta formular la visió sobre el sistema en forma d'apartat de conclusions.

Revisió crítica dels principals models d'atenció a les persones dependents en altres països

Els canvis en la demanda de cures són deguts, per una banda, als canvis en el perfil de les persones, d'acord amb l'evolució dels patrons demogràfics, epidemiològics i de cronicitat i, de l'altra, als canvis en l'organització social i el paper de les famílies. En conseqüència, les noves necessitats d'atenció requereixen un canvi d'orientació dels serveis, en què s'incrementin la flexibilitat i la capacitat d'adaptació de les actuacions coordinades dels serveis, per tal de donar una resposta adequada a les necessitats reals, on la persona ha de convertir-se de veritat en l'eix d'aquestes actuacions.

Com a referència per a l'anàlisi de les característiques del nostre model d'atenció, hem analitzat quatre models o projectes d'experiències d'abordatge de l'atenció a persones amb malalties cròniques i persones amb dependència vigents en altres països, per tal de conèixer altres realitats i maneres d'abordar aquesta atenció. En concret hem revisat les experiències del Regne Unit (**aplicació del Model Kaiser Permanente a Torbay. "Right care, in the right place at the right time"**), de Canadà (**Systeme Intégré pour Personnes Âgées fragiles (SIPA). Un sistema de coordinació sociosanitària**), d'Estats Units (**Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)**) i de Suècia (**Projecte LEV. Long-Term Demand for Welfare Services: Health Care and Care of the Elderly up to 2050**) que trobareu com a annex a aquest document.

Les quatre experiències detallades a l'annex són una petita mostra de programes d'atenció social i sanitària implantats, que presenten bons resultats amb perfils de demanda diferents. De totes les experiències analitzades, malgrat que presenten entre si moltes diferències, volem destacar els que ens semblen els factors comuns i clau del seu èxit:

- * **La cultura organitzacional i el lideratge.** La implantació de models de coordinació és efectiva si compta amb l'alineació del lideratge i la cultura organitzacional. L'existència de directrius sòlides des de les organitzacions contribueix a fomentar i consolidar la cooperació.
- * **L'enfocament i la forma de proveir els serveis gira al voltant de les necessitats de la persona.** L'esforç de coordinació de les organitzacions està centrat en les persones. L'atenció basada en necessitats exigeix un coneixement previ de com aquestes persones es relacionen amb els serveis sanitaris i socials.

- * **Segmentació de la població.** Cada programa ha segmentat un grup diana de població i ha identificat les seves necessitats per oferir-los cures estandarditzades però adaptades a cada perfil de necessitat.
- * **El gestor de casos.** La figura del gestor de casos és la que coordina el pla d'atenció i també és l'interlocutor únic del sistema amb la persona que rep l'atenció i vetlla per l'assoliment dels objectius dels serveis que es presten.
- * **Equips interdisciplinaris.** La persona és un ser pluridimensional i, per tant, l'abordatge de les seves necessitats, des del treball en equip multidisciplinari, és essencial per donar una resposta efectiva. Com també ho és que el rol i la responsabilitat de cada professional dins l'equip estigui clarament identificat, per tal de garantir la continuïtat de l'atenció i evitar confusions i duplicitats.
- * **Sistemes d'informació de suport a les actuacions adequats.** La utilització dels sistemes d'informació ha estat cabdal per dur a terme, amb èxit, aquestes experiències. L'ús de les TIC ha permès compartir informació, facilitar la comunicació i la relació entre els professionals i els usuaris dels serveis, i l'abordatge protocol·litzat i interdisciplinari de l'atenció.

La recerca que hem realitzat permet constatar que les experiències d'altres països es basen en el treball col·laboratiu en matèria social i sanitària, partint de la coordinació de la xarxa sanitària i de serveis socials. Els models d'atenció de serveis integrats fonamenten la pràctica assistencial en l'atenció primària, integren els serveis socials i els de salut que la persona en situació de dependència necessita, i garanteixen la continuïtat i la coherència de la labor dels diferents professionals, organismes i establiments de la xarxa sanitària i social.

Model actual i diagnòstic de situació

MODEL ACTUAL

ANTECEDENTS JURÍDICS

Des de la creació de l'Estat de les autonomies, Catalunya s'ha dotat de diferents textos legislatius per abordar la regulació i ordenació d'un sistema de serveis socials. Així la Llei 26/1985, de 27 de desembre, de serveis socials de Catalunya; la Llei 4/1994, de 20 d'abril, d'administració institucional, de descentralització, de desconcentració i de coordinació del sistema català de serveis socials, i el Decret legislatiu 17/1994, pel qual s'aprova la refosa de les lleis anteriors, definien els serveis socials, establien el dret genèric als mateixos per a tota la població i feien una proposta de sistema de serveis que va permetre posar en marxa una estructura inicial de serveis socials.

L'Estatut d'Autonomia de Catalunya de 2006 preveu que correspon a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de serveis socials, que inclou en tot cas la regulació i l'ordenació de l'activitat de serveis socials; les prestacions tècniques i les prestacions econòmiques amb finalitat assistencial o complementàries d'altres sistemes de provisió pública; la regulació i l'ordenació de les entitats, els serveis i els establiments públics i privats que presten serveis socials a Catalunya; la regulació i l'aprovació dels plans i els programes específics dirigits a persones i col·lectius en situació de pobresa o de necessitat social, i la intervenció i el control dels sistemes de protecció social complementària privats.

MARC JURÍDIC ACTUAL

En aquest marc normatiu i derogant totes les normes anteriors, el **Parlament de Catalunya** va aprovar la **Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (LSS)**, text legislatiu que pretén regular i ordenar el sistema de serveis socials de Catalunya per garantir-ne l'accés universal, així com aconseguir que els serveis socials es prestin amb uns requisits i uns estàndards de qualitat òptims per la dignitat i qualitat de vida de les persones.

Es defineix i configura el **Sistema de Serveis Socials** com el conjunt de recursos, equipaments, projectes, programes i prestacions de titularitat pública i privada per assegurar el dret de les persones a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la cobertura de llurs necessitats personals bàsiques i de les necessitats socials (incorpora les vinculades a la dependència).

També defineix el **Sistema Públic de Serveis Socials (SPSS)**, que és integrat pels serveis socials de titularitat pública (garants d'accions bàsiques i equitat al territori) i de titularitat pri-

vada concertats (participen en l'acció social), els quals configuren la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, als efectes de desplegar coordinadament la seva activitat.

Estableix com a **principis més rellevants del Sistema Públic de Serveis Socials** els de la universalitat (tothom ha de poder accedir-hi), responsabilitat pública (els poders públics han de garantir disponibilitat i recursos per assolir drets reconeguts), subsidiarietat (proximitat i descentralització), coordinació (amb salut, educació, sistema de pensions, treball i habitatge), economia, eficiència, eficàcia i qualitat dels serveis (com a referència al concepte de qualitat de vida).

Entre els drets d'accés dels ciutadans al sistema, destaca el de disposar d'un pla personalitzat, l'assignació d'un professional de referència i la lliure elecció entre els recursos disponibles.

El SPSS s'estructura en serveis socials bàsics i especialitzats:

1. Els serveis socials bàsics constitueixen el primer nivell (polivalent, comunitari i preventiu), s'organitzen territorialment en ABS per unitats mínimes de 20.000 habitants i incorporen equips bàsics (directius, tècnics i administratius), serveis d'ajuda a domicili i de teleassistència, i serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents.
2. Els serveis socials especialitzats s'adrecen a necessitats que requereixen una especialització tècnica o recursos determinats, s'organitzen en xarxa descentralitzada i inclouen equips tècnics de valoració.

Les prestacions del SPSS poden ser de serveis, econòmiques i tecnològiques i es determinen a través d'un instrument: la Cartera de Serveis (defineix les prestacions, en determina la població diana, en fixa l'establiment o equip professional que l'ha de gestionar, els perfils i les ràtios de professionals de l'equip i els estàndards de qualitat).

La Cartera de Serveis ordena les prestacions en garantides (exigibles com a dret subjectiu) i no garantides (amb principis de prelación i concurrència per accedir-hi d'acord amb la disponibilitat pressupostària). No obstant això, malgrat que les prestacions garantides poden ser exigibles com a dret subjectiu, aquestes prestacions poden ser, o no, gratuïtes, fixant-se un copagament en funció del nivell d'ingressos de la persona beneficiària.

Pel que fa al model de finançament de les prestacions on hi ha d'haver participació dels usuaris (prestacions que comportin substitució de la llar, alimentació, vestit, neteja de la llar i allotjament, així com els serveis socials bàsics d'ajut a domicili i teleassistència), l'element clau és el "cost de referència" que es determina a la Cartera de Serveis i a partir del qual es concreta el Mòdul Social (unitat de referència de pagament a càrrec de l'Administració) i el copagament per part dels usuaris.

Pel que fa a la participació del sector privat, aquest pot prestar serveis socials amb prèvia autorització. Si pretén incorporar-se a la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública ha d'acreditar unes condicions bàsiques i signar un conveni de col·laboració, ha de garantir criteris de qualitat i solvència economicofinancera, ha de disposar de protocols d'actuació, ha de complir la normativa ambiental i ha d'oferir condicions laborals homogènies a tota la xarxa. Dins de la provisió privada, la llei estableix criteris de discriminació positiva a favor de les entitats d'iniciativa social enfront de les d'iniciativa mercantil (que es concreta en la participació en òrgans de representació, prevalença en les licitacions i promoció via subvenció).

En darrer terme, la Llei de serveis socials preveu que el Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència s'incorpori al Sistema de Serveis Socials per desplegar i aplicar els recursos previstos a la Llei estatal 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD). Aquesta crea un sistema orientat a garantir les condicions bàsiques a tot l'Estat per a l'exercici del dret de la ciutadania consistent en la promoció de l'autonomia i atenció a les persones en situació de dependència. Aquest sistema funciona a través de l'acció coordinada i cooperativa de l'Estat i les CCAA,

amb la col·laboració de les administracions locals. Els principis informadors, tant del Sistema de Serveis Socials de Catalunya com del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, són bàsicament coincidents, i destaquen la universalitat, la igualtat, la responsabilitat pública, l'atenció integral, la coordinació amb altres sistemes de l'estat del benestar (entre ells el sistema sanitari), l'economia, l'eficiència i l'eficàcia.

A més, el 2012 va entrar en vigor la Llei 10/2011, que va modificar aspectes importants de la Llei de serveis socials de Catalunya, com el règim d'autorització, acreditació, inspecció i sancionador i va incorporar aspectes de la Llei de dependència.

ORDENACIÓ DE LA PRESTACIÓ DE SERVEIS

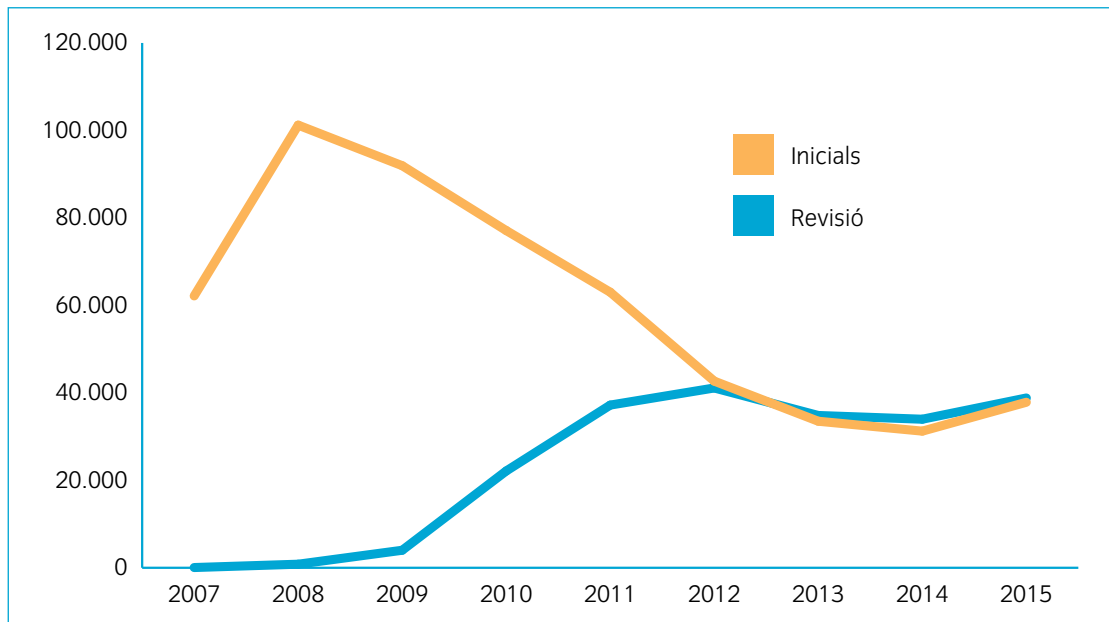
L'Administració, a través del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, és responsable del finançament públic i de planificar, acreditar i avaluar les entitats i els serveis. Les entitats que proveeixen els serveis públics han de garantir l'atenció de qualitat, gestionant els recursos de forma autònoma i eficient, i retre comptes dels resultats assolits. La separació de funcions hauria de ser un element clau del model.

La major part de les despeses de serveis socials (66%), entre les quals s'inclouen les d'atenció a la dependència, van a càrrec dels pressupostos de la Generalitat de Catalunya. Una part important del cost dels serveis socials bàsics, així com d'altres projectes comunitaris, l'assumeixen els municipis, consells comarcals i diputacions (10%). També hi contribueix l'Estat (20,5%), a través de programes finalistes, com el d'atenció a la dependència. Les persones usuàries de serveis socials assumeixen al voltant del 3,5% del cost amb la fórmula del copagament¹.

En concret, el finançament de les prestacions del sistema d'atenció a la dependència (els beneficiaris de les quals són persones amb dependència, amb o sense patologia mental afegida i/o algun tipus de discapacitat) es divideix en un tram estatal i un tram autonòmic i amb la participació del beneficiari, en funció de la seva capacitat econòmica personal i en diferent mesura segons siguin serveis assistencials, de mantenició o hotelers. Cal tenir en compte, també, que part del cost sanitari de l'atenció de les persones amb dependència recau sobre el mateix sistema d'atenció a la dependència.

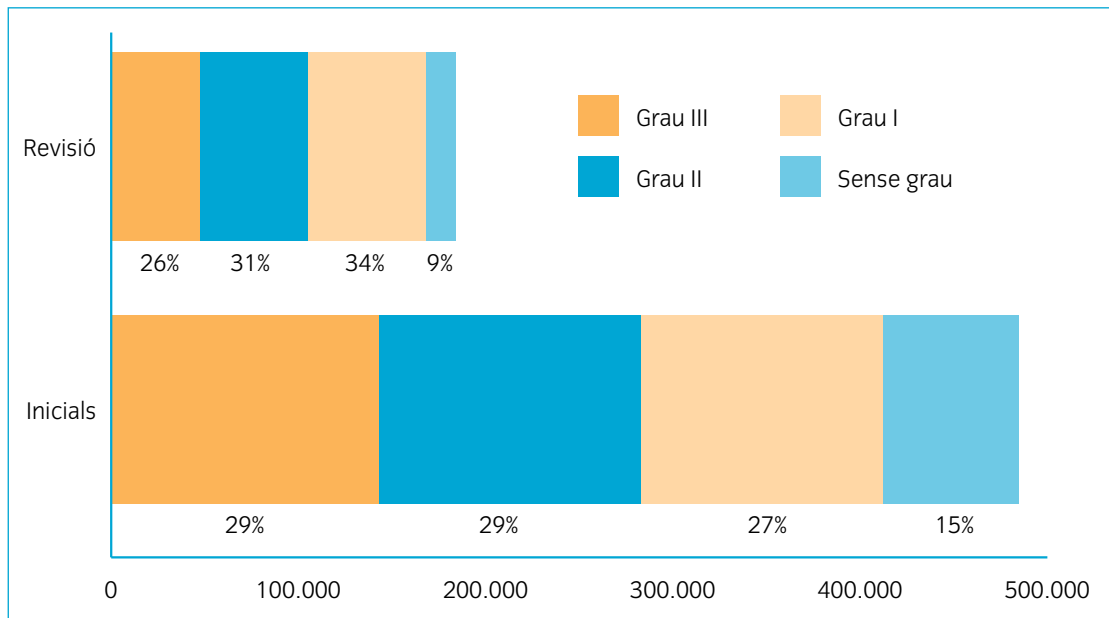
¹ Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. El Sistema català de serveis socials. (http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/el_sistema_catala_de_serveis_socials. Consultat el 27/7/2016).

Figura 1. Evolució del nombre de sol·licituds de valoració de grau de dependència



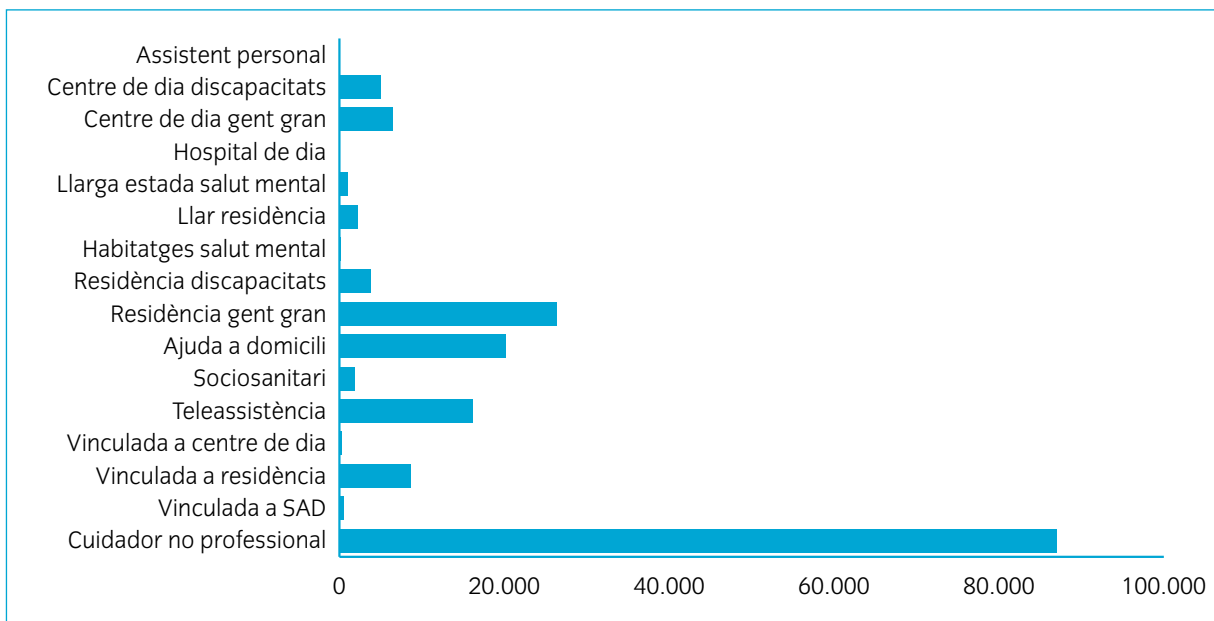
Font: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006, a 31/12/2015.

Figura 2. Distribució de les valoracions per grau de dependència



Font: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006, a 31/12/2015.

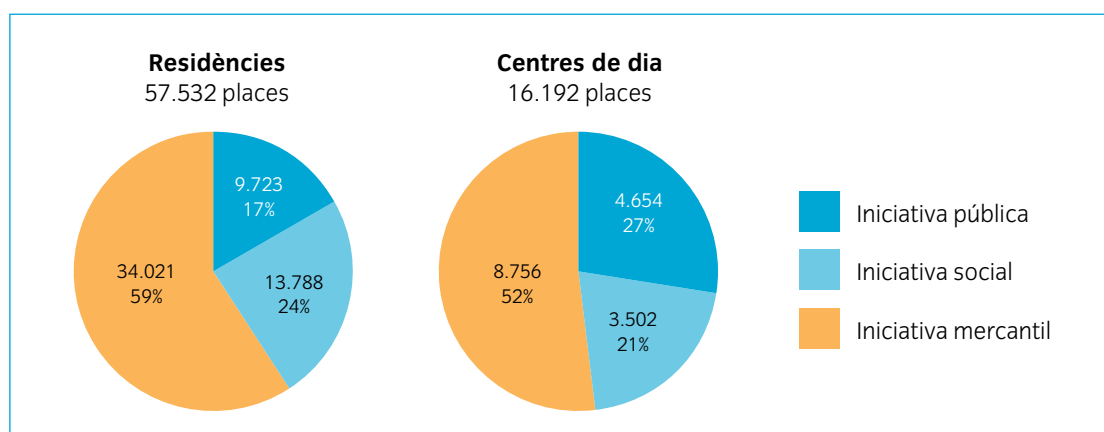
Figura 3. Prestacions per a persones amb dependència segons tipus de servei i prestació



Font: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006, a 31/12/2015.

La provisió de serveis correspon a un conjunt d'entitats proveïdores, amb diferents tipus de dispositius assistencials, de diferent naturalesa jurídica i titularitat i subjectes, en conseqüència, a diferents condicions de contractació.

Figura 4. Places en residències i centres de dia per a gent gran segons tipus d'entitat



Font: IDESCAT. Anuari Estadístic de Catalunya 2013.

La compra de serveis es fa sobre la base de la cartera de Serveis Socials, que compta amb les corresponents tarifes específiques segons el sector (gent gran, salut mental o discapacitat) i segueix l'execució de la planificació, d'acord amb el Pla estratègic de serveis socials, i tenint en compte la disponibilitat de recursos en cada moment.

Hi ha diferents modalitats de la prestació de serveis:

Serveis residencials

Centres propis del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (Direcció General de Protecció Social)

- Propietat pública/gestió directa
- Centres gestionats: propietat pública/gestió privada (concurs de gestió)

Centres privats

- Concertats*
- Col·laboradors**

Centres privats acreditats (prestació econòmica vinculada al servei (PEVS))

Serveis no residencials

Centres de dia

- Públics
- Privats concertats

Atenció domiciliària

- Servei públic
- Servei privat concertat

Prestacions econòmiques

Prestació econòmica vinculada al servei (PEVS) per a la prestació de serveis residencials per a la gent gran en centres privats acreditats***

Prestació econòmica per a l'atenció domiciliària

Prestació econòmica per al cuidador no professional

* Centres privats, que disposen de **places concertades**, regulades per concert econòmic on s'estableixen tarifes de referència per una cartera de serveis definida i un nombre de places determinat que són sempre contractades per l'Administració pública.

** Centres privats que ofereixen un nombre determinat de places com a **places del Programa de Suport a l'Acolliment Residencial (col·laboradores)**, regulat per un contracte que estableix tarifes de referència per una cartera de serveis definida i l'obligació de posar-les a disposició de l'Administració corresponent en cas de necessitat. No obstant això, si no són usades pel sistema públic, l'entitat pot oferir altres tipus de serveis propis.

*** **Prestació econòmica vinculada al servei (PEVS)**. És una prestació econòmica personal i periòdica, que depèn del nivell de dependència i capacitat econòmica de la persona beneficiària. Està destinada a la cobertura de les despeses dels serveis previstos al Programa Individual d'Atenció (PIA) quan no és possible l'atenció per part d'un servei públic o concertat per manca de disponibilitat. Aquests recursos s'han de destinar a **serveis de centres residencials per a gent gran en centres privats**. Els centres que poden acollir persones amb PEVS són aquells que, sent privats, tenen places concertades, col·laboradores o tenen l'acreditació transitòria per part de l'Administració responsable amb la finalitat de gestionar les PEVS a l'espera que la persona beneficiària pugui accedir a una plaça pública.

Està en marxa un procés de reconversió de totes les modalitats a un model de concertació únic i que preveu unificar els sistemes de pagament a les diferents entitats que presten serveis, per disminuir la diversitat de models de contracte.

DIAGNÒSTIC DE SITUACIÓ

Amb el diagnòstic de situació analitzem tots aquells problemes del model actual per identificar els canvis que proposem per contribuir a la millora del model.

- 1** El model de serveis socials, que incorpora el Sistema d'Atenció a la Dependència, pretenia ordenar un sector complex, de manera integral per primera vegada a l'Estat, en el seu article primer (*regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*) amb la garantia d'un *contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español* (Article 1 de la LAPAD). No obstant això, la conjuntura de crisi econòmica i una manca de voluntat política decidida, n'ha complicat el seu desplegament.
- 2** El desplegament del sistema d'atenció a la dependència ha estat excessivament fragmentat respecte a la organització dels serveis socials, esdevenint un procés de caràcter administratiu i de reconeixement de dret i reduint excessivament la dimensió assistencial de la mateixa atenció.
- 3** El disseny del model de serveis i, singularment, la forma heterogènia en què s'ha desplegat, s'ha centrat més especialment en un dels col·lectius concernits (la gent gran) i, per tant, el col·lectiu de persones amb discapacitat i les persones afectades per malalties mentals no han trobat un encaix encertat en els mecanismes que el model ha desplegat.
- 4** El model contempla la col·laboració publicoprivada, que podria contribuir a la sostenibilitat del sistema, en un moment de dèficits dels pressupostos públics, però la seva aplicació s'ha vist limitada. Entenem que aquesta contribució pot ser essencial per a la millora del sistema, amb una col·laboració que aporti una millor eficiència en la gestió.
- 5** Un altre problema és la tendència en la contractació de serveis a favor de les ofertes més econòmiques sense vetllar suficientment per l'assoliment d'estàndards de qualitat i la inseguretat que generen els canvis de criteri quan s'avaluen projectes en licitacions públiques.
- 6** El sistema que havia de posar serveis a disposició dels usuaris, i subsidiàriament prestacions econòmiques, s'ha invertit i a dia d'avui estem davant d'un model essencialment prestacional, sense mecanismes eficients de vinculació de les prestacions econòmiques a serveis.
- 7** Actualment la relació de l'Administració amb els proveïdors pot semblar basada en la desconfiança. El règim d'inspecció de serveis socials està més orientat a la sanció que a l'avaluació, millora i correcció de les deficiències i, sovint, els criteris d'aplicació són subjectius.
- 8** L'oferta de serveis actual té algunes limitacions:
 - * Oferta de serveis poc flexible i poc adaptable als canvis evolutius de les necessitats de les persones. El sistema actual tendeix que sigui la persona qui s'adapti a l'oferta existent, basada en dispositius i recursos estructurals estandarditzats, més que en desenvolupar tipologies de serveis adaptades a les necessitats canviants de les persones. A la vegada, aquesta mancança impedeix desplegar actuacions adreçades a la responsabilització dels usuaris i famílies en el model.
 - * Desplegament operatiu de recursos desigual per territoris.

- * Dificultat i rigidesa en els circuits d'accés als serveis, especialment per part dels usuaris de Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual.
 - * Poca transparència i manca de flexibilitat en les llistes d'espera.
 - * El sistema de valoració i reconeixement del grau de dependència està deslligat dels serveis d'atenció primària social i sanitària i suposa un cost addicional per al sistema.
- 9** Un dels grans dèficits del sistema és la coordinació entre serveis socials i sanitaris i la transversalitat de l'atenció. Encara hi ha una manca de serveis compartits i barreres per a una orientació integral de l'atenció a les persones, que contempli, principalment, els vessants social i sanitari, però també altres que calgui tenir en compte (treball, educació, cultura, etc.). L'ordenació territorial sanitària i social diferent és un factor que dificulta aquesta coordinació necessària entre serveis socials i sanitaris, un tema avui dia no resolt².
- 10** En el moment actual, a Catalunya no es disposa d'una normativa d'acreditació per als serveis socials i els centres d'atenció a les persones amb dependència, que permeti establir de forma progressiva i prospectiva els nivells de qualitat assistencial desitjats. A més, pel que fa als serveis d'atenció sociosanitària i als serveis de salut mental i addiccions, que depenen del Departament de Salut, sí que s'han definit uns estàndards per a l'acreditació. L'aposta per un sistema integrat de serveis sanitaris i socials requereix un sistema d'acreditació que contempli aquests enfocaments de manera conjunta³.
- 11** Falta un conjunt mínim bàsic de dades que ens permeti conèixer l'activitat duta a terme i la seva complexitat, per tal de prendre decisions que puguin assegurar i millorar la capacitat de resposta del model a les necessitats de les persones. També seria necessari que el sistema d'informació i registre dels serveis socials es pogués compartir amb el sistema d'informació de salut (HCCC, història clínica compartida de Catalunya) per assolir un model de gestió integrat entre els dos sistemes, social i sanitari. Per altra banda, també és insuficient el sistema d'informació per a la gestió.
- 12** El model és excessivament burocratitzat i poc incentivador de la innovació per als proveïdors.
- 13** En referència a les relacions laborals, cal destacar que hi ha un conveni estatal que no contempla la singularitat de la realitat a Catalunya:
- * Amb taules salarials poc competitives.
 - * Amb escàs èmfasi en polítiques de gestió que incorporin la formació i l'avaluació de les pràctiques professionals i incentius a la millora del desenvolupament dels professionals.
 - * Amb poca presència de polítiques de contractació i organització de la jornada amb visió global que permeti la conciliació de la vida laboral i familiar.

² Actualment hi ha diferents iniciatives per tal de millorar aquests aspectes, especialment el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PCC) i el Pla Integral de Salut Mental. En els tres casos, les limitacions vénen per la manca de serveis compartits i les barreres degudes a la manca de sistemes d'informació adients.

³ Per la seva banda, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies ha estat avaluant la possibilitat de desenvolupar un model propi, que podria estar basat en un model d'EFQM on s'afegirien elements dels models de qualitat de vida de Shalock, entre d'altres.

- 14 Manca fomentar la promoció, prevenció, augment de la responsabilitat del ciutadà en l'autocura i estil de vida saludable. Cal desenvolupar el Model Català de Planificació de Decisions Anticipades, que millorarà l'adequació de les actuacions dels serveis públics a les expectatives i necessitats de les persones.

El model català d'atenció a les persones amb dependència: propostes

A partir de l'anàlisi dels elements estratègics del model actual (diagnòstic) per tal d'identificar les necessitats de canvis reals que caldrà redissenar en el nou model, com també de les experiències revisades d'altres països, formulem les propostes per orientar el model català d'atenció a les persones amb dependència i la seva implementació.

Les propostes s'han estructurat en els apartats següents:

1. La planificació, l'ordenació dels recursos i la prestació dels serveis.
2. El marc jurídic.
3. Els recursos humans i les relacions laborals.
4. La contractació de serveis.
5. L'avaluació de la qualitat.
6. Els sistemes d'informació.
7. Cap a un nou marc organitzatiu.

LA PLANIFICACIÓ, L'ORDENACIÓ DELS RECURSOS I LA PRESTACIÓ DELS SERVEIS

1 Desenvolupar un model de planificació integrat, centrat en les necessitats de les persones:

- * De base poblacional/territorial, que tingui en compte l'evolució demogràfica, les necessitats socials i sanitàries, l'avenç tecnològic i del coneixement, l'accessibilitat als serveis i la perspectiva d'atenció integral.
- * Que consideri les necessitats diferents de les persones, estratificant la població i plantejant respostes de prevenció i atenció adaptades a aquestes necessitats en funció del seu grau de dependència i els seus problemes específics (discapacitat física o intel·lectual, demències, malaltia mental, entre d'altres) i nivells de complexitat.
- * Que s'adapti a les diferents situacions de forma flexible, entenent que les necessitats socials i sanitàries són evolutives i canviants en el temps.
- * Coordinat entre els diferents instruments de planificació dels departaments implicats i tots els agents que intervenen en la prestació dels serveis i atenció a les persones amb dependència.
- * Vinculat a uns escenaris pressupostaris realistes.

2 Revisar la cartera de serveis:

- * Cartera de serveis establerta a partir de les necessitats d'atenció de les persones (gent gran, salut mental i discapacitat)⁴.
- * Amb criteris d'equitat i optimització de recursos.
- * A partir d'una definició prèvia del concepte de qualitat de vida que cal assolir.
- * Fer-la més flexible i que es pugui adaptar a les necessitats i preferències de les persones destinatàries.
- * Definir serveis i no recursos. La combinació de serveis, en funció de les necessitats individuals, dóna lloc als plans individuals d'atenció.
- * Reconèixer el finançament de tots els serveis que inclou com a garantia per al seu desplegament.
- * Establir el sistema d'accés als diferents serveis.

3 Ordenar la provisió de serveis per avançar en la integritat i l'adequació de l'atenció:

- * Sobre la base d'una organització territorial que potenciï els mecanismes de cooperació dels recursos sanitaris i socials i dels altres sectors implicats en l'atenció a les persones amb dependència.
- * Amb porta d'entrada única que garanteixi la transparència, faciliti l'accés i doni resposta a les necessitats de serveis que demandi la població, ja sigui del sistema sanitari i/o del sistema social, i de treball, ensenyament i justícia, especialment en el cas de la salut mental.
- * Possibilitar la flexibilitat i l'adaptabilitat des de les estructures de provisió a través d'eines que permetin fer revisions periòdiques per adaptar els objectius a la realitat canviant dels usuaris.

4 Garantir la coordinació entre les administracions implicades en els diferents aspectes de l'atenció a les persones dependents (benestar, salut, justícia, ensenyament, treball, etc.):

- * A través de plans interdepartamentals que estableixen els compromisos dels diferents departaments i administracions, alineant els objectius i buscant la coherència en l'execució de les actuacions.
- * Caldria harmonitzar especialment el desplegament territorial dels diferents àmbits de serveis (que depèn del Departament de Salut, del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i d'altres).

5 Potenciar la coordinació i la cooperació entre dispositius assistencials:

- * Redefinir processos i protocols de coordinació.
- * Facilitar l'execució dels plans individuals d'atenció integral a través de diferents figures (gestors de casos, equips multidisciplinaris integrats, etc.).
- * Establir procediments compartits que minimitzin la burocràcia i millorin la comunicació entre els diferents sistemes d'informació.

⁴ La tendència hauria de ser organitzar els serveis a partir de la necessitat d'atenció més que organitzar-ho per col·lectius. Podrien considerar-se models de *personal budgets* per l'atenció social i sanitària, tot i que caldria iniciar-ho amb caràcter de projecte d'innovació i avaluar-ne l'impacte. Aquests models impliquen un canvi de rol pel que fa a l'apoderament i autodeterminació de les persones.

- * Desplegar mesures per a una organització de l'atenció conjunta (resolució de casos complexos des d'una visió multidisciplinària).
- * Fomentar aliances estratègiques entre proveïdors, en cada àmbit territorial, com a instrument de millora de l'eficiència en la prestació de serveis assistencials.
- * Adaptar els mecanismes de finançament per tal que afavoreixin la cooperació i l'atenció integrada.

6 Desenvolupar i potenciar el paper del ciutadà i la família, com a agents clau del sistema:

- * Afavorir-ne la participació amb l'aportació de la seva visió, tant en l'àmbit de les polítiques com dels plans d'atenció individuals.
- * Donar la capacitat de lliure elecció i facilitar la informació necessària, amb transparència, per fer una correcta elecció.
- * Garantir que les persones i/o famílies puguin accedir als serveis que s'ajustin a les seves necessitats.
- * Fomentar l'apoderament de la persona usuària i la família, especialment cap a la promoció de l'autonomia, la prevenció de la dependència i la corresponsabilització en l'ús dels serveis.
- * Facilitar mecanismes de planificació de decisions anticipades sobre l'atenció que vol rebre davant d'una situació de complexitat greu o de final de la vida, especialment en aquelles circumstàncies en què no estigui en condicions de decidir.

EL MARC JURÍDIC

7 Elaborar una nova llei catalana de serveis socials i atenció a la dependència que doni un marc jurídic més segur i més clar sobre les prestacions garantides en un escenari de sostenibilitat:

- * Amb una vinculació clara de la cartera de serveis a la capacitat de finançament de les prestacions.
- * Que desplegui aspectes de promoció de l'autonomia i prevenció de la dependència de forma prioritària.
- * Establir un model d'acreditació i avaluació de la qualitat dels serveis.
- * Orientar un model de contractació de serveis que afavoreixi l'optimització de tots els recursos sobre la base de la lliure concurrència partint de criteris contrastats i homogenis d'eficiència i qualitat.
- * Regular el copagament de l'usuari, tot incloent elements de corresponsabilització de la família.

ELS RECURSOS HUMANS I LES RELACIONS LABORALS

- 8 Desenvolupar un conveni col·lectiu d'àmbit català** que sigui un instrument de relacions fluides entre les parts i incentivador de l'eficiència i el desenvolupament professional. Els professionals i les empreses han de poder dialogar directament sobre les circumstàncies productives, econòmiques i organitzatives que els afecten i establir acords dinàmics que responguin en tot moment a la situació que es plantegi. El conveni ha de contemplar mecanismes que facilitin la conciliació de la vida laboral i familiar.
- 9 Promoure, en el si de les organitzacions, sistemes d'oportunitats de millora professional** que siguin coneguts i aplicats en un marc de relacions basades en la confiança i en el compromís, que reconeixin el valor afegit de les aportacions professionals i que tinguin la capacitat de discriminar positivament. Cal avançar en els sistemes de desenvolupament professional, amb el corresponent reconeixement com a base per consolidar el sector de la dependència com a atractiu i competitiu des del punt de vista retributiu.
- 10 Reforçar la formació continuada i la revisió permanent de les competències professionals** com a elements nuclears per assegurar i assolir els objectius de qualitat del servei, l'adaptació permanent a la demanda i una comunicació adequada amb els usuaris, i que constitueixin la millor garantia per a la sostenibilitat del sistema i permetin una correcta estabilitat contractual.
- 11 Potenciar els lideratges professionals** i el seu reconeixement explícit. El lideratge és una competència clau en les organitzacions en tant que contribueix a la cultura organitzativa i a un clima laboral positiu, facilita la participació dels equips, impulsa la innovació i connecta les necessitats de canvi en la pràctica assistencial amb la missió, els objectius i les prioritats de l'organització.

LA CONTRACTACIÓ DE SERVEIS

- 12 Revisar el model de contracte** per tal que:
- * Es basi en la cartera de serveis definida amb criteris de necessitat i adequació dels serveis.
 - * Inclogui objectius sobre resultats esperats i compromisos sobre processos de millora de la qualitat i l'accessibilitat als serveis.
 - * Sigui un únic model de contracte que s'apliqui independentment de la titularitat de les entitats que proveeixen els serveis, integrant les diferents modalitats contractuals existents a l'actualitat.
 - * Ofereixi estabilitat a la provisió, mitjançant una durada adequada que és requisit imprescindible per facilitar les condicions necessàries per a la col·laboració públicoprivada.
 - * Incorpori els elements definits en el Codi de bones pràctiques en la contractació pública de serveis d'atenció a les persones, acordat entre el Govern de la Generalitat i les entitats més representatives del sector de serveis socials en el decurs de l'any 2015.

13 Revisar el sistema de contraprestació econòmica dels serveis:

- * La definició de les tarifes s'ha de basar en criteris tècnics objectius que tinguin en compte els costos observats en els serveis més eficients.
- * Incorporar factors d'ajust segons la complexitat de la població atesa.
- * Introduir una part variable en el pagament dels serveis, com a mecanisme d'incentivació per a l'assoliment d'objectius de resultats i dinàmiques de millora de la qualitat i la integració assistencial.

L'AVALUACIÓ DE LA QUALITAT

14 Establir un model d'acreditació que estimuli la millora contínua i reconegui els resultats d'excel·lència:

- * De consens amb tots els agents del sector.
- * Alineat amb els models actualment ja desenvolupats en altres nivells de l'Administració, especialment en aquells serveis que hi ha un component social i sanitari.
- * Que consideri el nivell de dependència que s'ha d'atendre, ja que no tots els centres i recursos estan preparats per atendre tots els perfils de necessitats de les persones, tenint en compte l'augment progressiu de la dependència i la major complexitat de l'atenció.
- * Exigible a totes les entitats que operen amb l'Administració, independentment de la seva naturalesa jurídica pública, privada o del tercer sector.
- * D'aplicació progressiva, que no penalitzi sinó que afavoreixi una millora contínua dels centres.
- * L'avaluació dels estàndards d'acreditació podrà ser realitzada per entitats externes a l'Administració convenientment acreditades i supervisades, de manera que la inspecció s'ocupi de les denúncies o aspectes que tinguin a veure amb els drets i deures dels usuaris.

ELS SISTEMES D'INFORMACIÓ

15 Implementar un sistema d'informació de l'àmbit social:

- * Que doni suport a l'actuació dels professionals del sector social per a la recollida, processament i anàlisi de dades de diferents fonts i dispositius, i que faciliti la presa de decisions.
- * Que es comuniqui amb la HC3, per tal d'assegurar la integració real de les actuacions dels dos àmbits sanitari i social.

16 Desenvolupar un sistema mínim de dades de l'àmbit social que permeti tenir coneixement del perfil dels usuaris, complexitat, grau de dependència i necessitats. Aquest sistema ha d'estar correlacionat i connectat amb el del sector sanitari per tal d'assegurar el coneixement de les necessitats reals i permetre desenvolupar serveis adequats.

- 17 Crear la Central de Resultats dels Serveis Socials** amb informació transparent sobre els resultats i la utilització de recursos públics per part de les entitats contractades per a la provisió de serveis públics, i que faciliti el retiment de comptes a la societat i el *benchmarking* entre els centres assistencials.
- 18 Impulsar el desplegament de les TIC** com a eines que han de contribuir a:
- * Avançar en els valors de transparència per poder conèixer els resultats de les polítiques i de les actuacions dels prestadors dels serveis.
 - * Millorar la comunicació entre tots els agents que intervenen, gestors, professionals, proveïdors, i un apropament als usuaris i les seves famílies, independentment del lloc on es produeix l'atenció.
- 19** A partir d'aquest model d'informació compartit, **millorar el procediment burocràtic** de les prestacions, tant per a l'accés com per als circuits administratius per canvis de situació i transicions entre dispositius socials i sanitaris, especialment complicats en les persones amb discapacitat intel·lectual i/o problemes de salut mental.

CAP A UN NOU MARC ORGANITZATIU

- 20 Crear el Sistema Integrat d'Atenció Social i Sanitària** com a organisme integrador responsable del desplegament de serveis d'atenció de la llarga durada sanitària i de l'atenció a la dependència, amb les funcions de contractació i avaluació del conjunt de serveis sanitaris i socials de cobertura pública per atendre aquest àmbit assistencial específic. Aquest nou organisme seria l'encarregat d'executar les polítiques sanitàries i socials definides pels departaments corresponents i garantir la provisió integral de serveis de salut i d'atenció a la dependència a partir d'un model d'atenció integrat i centrat en les persones.

Conclusions.

El sistema que volem

Sistema centrat en la persona i les seves necessitats i en els canvis previsibles d'aquestes

L'eix del sistema ha de ser la persona i les seves necessitats: cal estudiar-les, seguir la seva evolució, tenir en compte les diferències territorials i socials, i preveure que són canviants. Un cop feta aquesta anàlisi s'han de planificar els recursos adequant-los als resultats obtinguts.

Abordatge integral de l'atenció sanitària i social

Cal un abordatge integral d'aquests serveis tenint en compte les necessitats personals, familiars, sanitàries, socials i psicològiques de les persones. Fins al punt que la contractació es plantegés en un únic sistema de serveis socials vinculats a l'atenció a la dependència i sanitaris vinculats a la llarga durada.

Serveis flexibles i adaptables

Adequar els serveis al que necessiten les persones: serveis flexibles per donar-hi resposta. Els dispositius són un instrument més on desenvolupar els serveis. Cal apostar per una atenció al més propera possible al lloc de residència habitual i eliminar la rigidesa en les respostes.

Sostenible en el temps i de qualitat

Contracte transparent, amb unes tarifes adequades i objectius de qualitat assolibles, garantint una cartera de serveis d'acord amb la capacitat de finançament.

Orientat a resultats

Amb un sistema d'acreditació que asseguri una xarxa de qualitat i l'avaluació sistemàtica dels resultats a partir d'objectius definits, basada en sistemes d'informació integrats.

Amb la contribució de tothom

L'Administració, amb les seves funcions de planificació, finançament, contractació i avaluació dels serveis. Les entitats, encarregades de la prestació de serveis, sobre la base de la col·laboració públicoprivada que aprofita els recursos existents i aporta eficiència en la provisió dels serveis públics. Els ciutadans, amb responsabilitat sobre la pròpia salut i autonomia en la presa de decisions.

Annex. Revisió de models d'altres països

Regne Unit

Aplicació del Model Kaiser Permanente a Torbay. “Right care, in the right place at the right time”

Torbay és una petita àrea del consell unitari de tres ciutats, Torbay, Paignton i Brixham, que l'any 2000 va endegar un projecte per oferir serveis integrals d'assistència sanitària i social a la tercera edat. *Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust* (TSDHC) són un exemple de coordinació de serveis integrals, que ofereixen a una població de 375.000 habitants, on el 26% es major de 65 anys. Els resultats que avalen el projecte són la reducció de l'ús de llits d'hospital, baixes taxes d'ingressos hospitalaris d'urgència per a majors de 65 anys i la reducció de l'ús d'habitatge residencial amb un augment de l'ús de serveis d'atenció domiciliària.

Aquest model geogràfic de coordinació compta aproximadament amb 2.000 professionals –dels quals les infermeres, les terapeutes ocupacionals i les treballadores socials es troben a primera línia d'actuació de l'atenció primària– en les cinc zones constituïdes, les quals presten servei a entre 25.000 i 40.000 persones cadascuna.

Cada zona compta amb un equip interdisciplinari de salut i d'atenció social, que treballa de manera conjunta per assegurar un servei fluid i evitar les duplicitats, sota la direcció d'un gestor únic.

Un dels requisits indispensable per proporcionar a les persones grans els serveis que necessiten de manera flexible, garantint la cura adequada en el lloc correcte, en el moment adequat, és que els professionals han de conèixer la població assignada i identificar les persones que es troben en situació de patir ingressos no planificats. A aquestes persones se'ls assigna un/una gestora de casos, que elabora un pla d'atenció personalitzat, conjuntament amb la persona i la resta de l'equip sanitari i social, que estarà a disposició de tot l'equip, en el domicili de la persona, per tal que pugui ser consultat pel personal de salut i de serveis socials implicat en la prestació del servei.

Torbay and Southern Devon Health Care NHS Trust és la finestreta única d'accés per donar suport a les preguntes relacionades amb els serveis de salut comunitaris i els serveis d'assistència social per a adults. Disposen d'una àmplia gama de serveis d'atenció mèdica i social per a la població local, a més de serveis d'assessorament i orientació per afavorir una vida saludable.

Aquest model d'atenció és el que el NHS està implantant dins la reforma sanitària vigent.

Canadà

Systeme Intégré pour Personnes Âgées fragiles (SIPA). Un sistema de coordinació sociosanitària

El model SIPA, que va ser dissenyat per un grup d'investigadors de l'Université de Montréal- Université McGill als anys 90, va dirigit a persones grans fràgils que resideixen al domicili i que presenten unes característiques determinades: ser major de 65 anys, presentar discapacitats funcionals en les activitats de la vida diària i en activitats domèstiques, presentar problemes d'incontinència, de mobilitat física, de comunicació i/o funcions mentals, i viure al seu domicili. Un element destacable és que per escollir els usuaris candidats utilitzen l'escala de valoració de SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle), que varia de 0 a 80 i en què el llindar d'admissió és el nivell 10.

Es tracta d'un sistema de cures integrades per a persones grans que es desenvolupa en el si d'un sistema sanitari públic d'abast universal, que s'encarrega de la provisió del conjunt dels serveis tant de salut com socials, en el qual l'atenció primària és responsable de tots els serveis. Des dels seus inicis, el model es basa en els següents principis:

- * Servei de proximitat de primera línia.
- * La integració dels serveis de salut i social s'aconsegueix a través de la gestió de casos, en col·laboració amb l'equip interdisciplinari i l'aplicació de protocols de tractaments.
- * L'organització local ha de mobilitzar recursos de forma ràpida i flexible per cobrir les necessitats de les persones dependents.
- * Sistema d'avaluació contínua de la qualitat dels serveis i de la gestió per garantir la capacitat de resposta.

En el model SIPA, la integració es realitza mitjançant la gestió de casos, l'equip interdisciplinari i l'aplicació de protocols basats en l'evidència científica. S'estableixen una sèrie d'acords interinstitucionals que fan possible la coordinació quan els pacients que estan dins del programa van a l'hospital. Per tant, podem dir que aquest model es basa en un model gerontogèriatric de coordinació entre centres, de treball en equip interdisciplinari, amb gestió de casos i porta d'entrada única, on l'apoderament de les persones i la responsabilitat de tots els agents que intervenen en la prestació dels serveis són elements clau.

Dins d'aquest model també s'incorpora el reconeixement de les necessitats del cuidadors de les persones grans, als quals se'ls proporciona informació, consell i suport psicològic, així com períodes de descans, ajudes instrumentals a la seva vida domèstica i quotidiana i la detecció de problemes de salut.

Les avaluacions realitzades mostren que aquest model ha permès disminuir el consum de serveis especialitzats amb estades hospitalàries que s'han reduït a la meitat, menys visites a serveis d'urgències (20% menys) i menys ingressos en residències, amb un augment de consum de serveis comunitaris. S'han pogut reemplaçar les visites a urgències i les estades a centres de mitja i llarga estada, per visites a metges generalistes, serveis socials i sanitaris a domicili, així com ajudes tècniques a llar i centres de dia. El model millora l'eficiència del servei i augmenta la satisfacció del pacient.

Tot i això, aquest model ha presentat algunes dificultats de posada en marxa, especialment en la participació dels metges i en l'aplicació dels protocols, a la vegada que ha evidenciat una necessitat de millora dels sistemes de gestió i informació, així com de la relació entre l'hospital i els altres nivells assistencials.

Cal dir que els gestors de casos realitzen un paper fonamental en l'experiència SIPA assegurant la gestió clínica i administrativa dels equips interdisciplinaris, i que els malalts participen en les decisions sobre els serveis que han de rebre.

Estats Units

Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)

El programa PACE és un sistema d'atenció integral que ofereix una atenció global, amb serveis d'aguts i de llarga durada coordinats i en bona mesura entorn a un centre de dia, que a més ofereix serveis socials i de respir.

Es va desenvolupar a la dècada dels anys 70 com una alternativa de cures a persones grans que no podien valer-se per si mateixes. Al llarg dels anys el programa ha tingut una evolució temporal en la seva aplicació. L'any 1978 amplia la cobertura sanitària i social i el 2010 ja es desenvolupa a més de 30 estats.

L'objectiu del programa és oferir atenció integral a persones majors de 55 anys que es troben en situació de vulnerabilitat i que compleixen els criteris d'admissió: viure en una zona de serveis PACE, ser valorants per un equip interdisciplinari i tenir autonomia per viure en un entorn comunitari.

El tipus de pacient dels quals s'encarrega el programa PACE presenten un perfil d'incapacitat i/o un quadre clínic de diagnosi múltiple (al voltant de 7 diagnòstics per cada membre). Aquest programa té grans incentius per als professionals, per evitar complicacions i ingressos hospitalaris, i mantenir en el millor estat possible de salut els seus usuaris, ja que en cas d'atenció aquesta seria complexa i costosa. Així doncs, el programa inclou serveis de prevenció d'alt nivell, de manera continuada tots els dies de l'any, tant comunitaris a domicili o ambulatoris, com d'institucionalització, visites mèdiques, programes d'exercici, control dietètic, etc.

El PACE organitza el seus serveis en el centres PACE, els quals disposen d'un centre de salut, consultoris, serveis socials i serveis de rehabilitació, tot en un mateix espai. El programa involucra tot l'equip multidisciplinari, que són responsables del 100% dels serveis que els usuaris requereixen. La planificació de l'atenció es realitza conjuntament amb la persona que requereix les cures i la seva família. Dins dels serveis que inclou el programa hi ha l'atenció primària i especialitzada, infermeria, serveis socials, teràpies ocupacionals, físiques, de parla i recreació, productes farmacèutics, serveis de centre de dia, atenció domiciliària, transport i modificació de l'entorn de la llar.

El model mostra uns bons resultats com a sistema d'integració, amb una disminució de l'ús de l'hospital amb reduccions del 50% d'admissions, de 3-4 dies en l'estada mitjana i del 20% d'ingressos a les *nursing home*. També s'ha observat una millora de l'estat de salut i en la percepció de la qualitat rebuda.

Respecte al finançament, PACE rep un pagament fix mensual per usuari de *Medicare* i *Medicaid*, independentment dels serveis que rep cada pacient. Alhora els usuaris han de pagar una prima mensual que depèn de si opten per *Medicare* o *Medicaid*.

Suècia

Projecte LEV. Long-Term Demand for Welfare Services: Health Care and Care of the Elderly up to 2050

L'any 2010 el Ministeri de Salut i Assumptes Socials suec engega un projecte orientat a conèixer l'impacte en termes de morbiditat, mortalitat i necessitats de cures a llarg termini en persones grans, amb l'objectiu de generar un debat que els condueix a l'abordatge dels reptes de l'envelliment a Suècia en un escenari de futur temporal, 2050, que han determinat prèviament.

Des d'aquest Ministeri s'ha desenvolupat un sistema de simulació, conegut com SESIM, el qual representa 300.000 persones amb diferents característiques i circumstàncies, any per any, fins al 2050 i quin paper juga la salut en les seves respectives vides, així com les necessitats d'atenció sanitària i cura que hauran de rebre quan arribin a l'etapa de la vellesa. Els representants de la mostra de l'estudi eren homes i dones de diferents edats amb diferents nivells d'educació, de salut i d'ingressos.

Els resultats d'aquest estudi mostren que:

- * Millorar la salut i la capacitat funcional per reduir les necessitats d'atenció sanitària i social és possible amb la promoció de canvis d'estils de vida mitjançant la prevenció i la promoció de la salut.
- * L'activitat física evita caigudes accidentals.
- * S'han d'optimitzar els serveis locals, adaptar els habitatges i els sistemes de comunicació per millorar l'accessibilitat i les ajudes tècniques.
- * Finalment, l'estudi indica la necessitat de desenvolupar noves fórmules per involucrar els usuaris i per augmentar la seva influència en l'autocura. A més, destaca la necessitat i la importància de generar idees innovadores per explorar el potencial de les tecnologies de la informació.

Integració de serveis sanitaris i socials. El cas de Norrtalje-Stockholm

El sistema sanitari suec és un sistema descentralitzat en 20 consells comarcals, responsables de finançar i proveir atenció sanitària per a tota la població. Els serveis socials, d'habitatge i d'atenció a les persones grans i amb discapacitat són responsabilitat dels 290 ajuntaments. A partir d'aquesta situació inicial, els consells comarcals han fet una aposta per l'atenció organitzada cap a la persona i la col·laboració entre nivells d'atenció, que dona pas a diferents exemples d'atenció integral dels quals destaquem el cas de Norrtalje-Stockholm.

El consell comarcal de Norrtalje-Stockholm compra els serveis d'atenció sanitària i social a una companyia pública, TioHundra AB. Aquesta empresa basa el seu servei en una cadena completa de serveis sanitaris i socials de manera que cap client es quedi fora de la cartera de serveis que ofereix, atenció primària, hospitalització, atenció d'emergència, tractaments programats, serveis socials, atenció a les persones grans i atenció i suport al domicili, entre d'altres.

L'enfocament d'aquesta organització està centrat en el pacient, la salut i la capacitat funcional, i integra els proveïdors sanitaris i socials al voltant de les necessitats dels seus clients. Utilitzen la col·laboració com l'eix clau de la cultura de l'organització.

Alguns resultats obtinguts en l'atenció a la gent gran:

- * Reducció del temps d'espera per a residències.
- * Disminució dels costos i millora de la qualitat.
- * Reducció del nombre de llits necessaris.
- * Millora de la combinació de serveis, ajut al domicili amb assistència domiciliària.
- * La satisfacció de l'usuari està per sobre de la mitjana de Suècia.



www.uch.cat