

Integració de l'atenció social i sanitària

Resum executiu



Col·lecció Estudis i Informes. Número 51

INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA

INFORME

aprovat pel Ple del Consell de Treball, Econòmic i Social en la sessió ordinària del dia 17 de desembre del 2018.



Ponent

Salvador Guillermo

Director

Xavier Riudor

Gestor

Diego Herrera

Autors

Diego Herrera
Xavier Riudor
Virgínia Villar

Membres del grup de treball

Enric Arqués
Juan Cobacho
Carme Martínez
Lluís Viguera

Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya

Barcelona, 2018



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència Creative Commons del tipus reconeixement d'autoria, usos no comercials i sense obra derivada. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor o autors i l'editor i no es faci un ús comercial de l'obra original ni se'n creïn obres derivades. Podeu consultar un resum dels termes de la llicència a:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

© Generalitat de Catalunya

Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya
Diputació, 284
08009 Barcelona
Tel. 93 270 17 80
Adreça Internet: ctesc.gencat.cat
A/e: ctesc@gencat.cat

ISBN: 978-84-393-9816-5 (obra completa)

Imatges:

Vector de fondo creat per freepik - www.freepik.es

https://www.freepik.es/foto-gratis/pareja-mayor-en-casa-de-ancianos-mirandose_2272115.htm

Foto de personas creada per freepik - www.freepik.es

<https://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/personas>

https://www.freepik.es/foto-gratis/madre-abrazando-a-su-madre-mayor-sentado-en-el-sofa-en-casa_2698304.htm

Foto de personas creada per freepik - www.freepik.es

https://www.freepik.es/foto-gratis/mujer-adulta-que-cuida-a-la-madre-mayor-mal_1473930.htm

Foto de invierno creada per bearfotos - www.freepik.es

<https://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/invierno>

<https://pixabay.com/es/dependiente-demencia-mujer-edad-441408/>

Creative Commons CC0 1.0 Universal

<https://www.rawpixel.com/image/427804/group-senior-friends-collaboration>

Llicència Creative Commons

https://www.freepik.es/foto-gratis/joven-medico-apoyando-su-paciente_863047.htm#term=doctores%20jovenes&page=1&position=7

Foto de personas creada per pressfoto - www.freepik.es

https://www.freepik.es/foto-gratis/concepto-borroso-de-asilo-de-ancianos_2014481.htm

Foto de personas creada per freepik - www.freepik.es

<https://pixabay.com/en/crutches-ill-injured-hospital-538883/>

Creative Commons CC0 1.0 Universal

Barcelona, desembre de 2018

Aquest document compleix les pautes d'accessibilitat WCAG (Web Content Accessibility Guidelines) 2.1.

1. RESUM EXECUTIU

1.1. SÍNTESI

L'informe que teniu a les vostres mans ofereix una visió global i exhaustiva sobre l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya i el món. Aquest no és pas un concepte nou, encara que per a les persones no avesades en la matèria ho pugui semblar. Allò que sí representa una novetat és l'interès renovat dels últims anys envers la seva implementació, amb més o menys determinació política, d'ençà la publicació a Catalunya del PIAISS (Pla Intedepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària) l'any 2014.

L'informe en si comença amb un capítol d'anàlisi conceptual (3.-Què s'entén per l'atenció integrada social i sanitària) i continua amb un altre de descripció de models (4.-Models d'atenció integrada social i sanitària). Ambdós capítols formen la base sobre la qual es construeix un relat fonamentat en les contribucions que fan deu compareixents al model català d'atenció integrada (5.-Aportacions al model català d'atenció integrada social i sanitària). Finalment, l'informe acaba amb un conjunt de consideracions i recomanacions que el CTESC planteja al Govern (6.-Consideracions i recomanacions).

En el capítol 3, es fa un breu repàs històric als orígens de l'atenció integrada a Catalunya i el món. L'any 1946, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) planteja una aproximació holística a la salut en el preàmbul del seu document constitutiu i tres dècades més endavant l'Informe Lalonde (1974) insisteix en la importància dels determinants socials de la salut i la promoció preventiva dels estils de vida saludables. A Catalunya, el programa Vida als Anys, creat l'any 1986, planteja la planificació i coordinació de l'atenció social i sanitària adreçada a les persones grans malaltes. Segueixen a aquest programa pioner un conjunt d'actuacions que aplanen el camí al Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya (PPAC), creat en el context del Pla de Salut 2011-2015 i precedent més immediat de l'actual PIAISS.

L'informe aposta per una definició pragmàtica i flexible de l'atenció integrada social i sanitària. Es parteix del convenciment que la diversitat política, institucional i cultural dels contextos on s'ha implementat fa que no sigui aconsellable adoptar una definició unívoca al respecte. Així, sobre la base d'autors com Leutz (1999) i Kodner i Spreeuwenberg (2002), s'emfasitza la dimensió processual de l'atenció integrada en tant que voluntat i esforç d'adaptació a les necessitats canviants de les persones, amb un triple objectiu com a referent comú: la millora dels resultats assolits en benestar i salut, en els nivells de satisfacció (de les persones usuàries i professionals) i en l'ús dels recursos. Com es veurà en l'informe, la integració de l'atenció social i sanitària es pot dur a terme a través de camins diferents (3.1.2.-Elements que promouen l'èxit i 3.1.3.-Eines per al desplegament de l'atenció integrada).

En capítol 4 es presenten de manera sistemàtica cinc experiències internacionals d'atenció integrada. Les experiències seleccionades mostren la varietat de models d'integració que hi ha al món i fan prendre consciència de l'existència de reptes i possibilitats a cadascun dels contextos d'implementació, avaluació i reformulació de l'atenció integrada. Les experiències s'ordenen en funció de la població a la qual s'adrecen: tota la població, grups de població o pacients i determinats individus. Així, Kaiser Permanente (EUA) i l'Estratègia d'atenció a la cronicitat (Euskadi) són dues experiències pertanyents al model de base poblacional; les "cadena de cura" (Regió de Norrtälje, Suècia) i la "gestió de les xarxes clíniques" (Escòcia) representen al model de grup poblacional o malaltia específica; i les "connexions de cura" (Eastern Bay of Plenty, Nova Zelanda) formen part d'un programa d'atenció integrada adreçat a persones que, com a individus, compleixen uns determinats requisits d'accés (model individual).

Dins d'aquest capítol també s'analitzen les característiques principals del model teòric d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Tenint en compte que una part important del model està pendent de traslladar-se a la pràctica, les fonts d'informació emprades en aquest apartat són els documents oficials que desenvolupen, d'una banda, el relat sobre la conveniència de transformar el model actual i, de l'altra, els principis de l'"atenció centrada en la persona" i l'atenció a les persones amb "necessitats complexes". Com es veurà de forma detallada en l'informe, els elements clau del model català d'atenció integrada són a) la vocació poblacional (tot i que inicialment es proposa prioritzar l'aplicació a persones

en situació de complexitat social i sanitària), b) la redefinició del rol de les persones subjectes d'atenció i del seu entorn, c) el lideratge dels i les professionals com a motor de la transformació i d) una visió territorial en la implementació a través de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida.

En el capítol 5 es presenten les conclusions de les compareixences organitzades pel CTESC per reflexionar sobre els aspectes següents de l'atenció integrada: el concepte d'atenció integrada social i sanitària, la valoració del model català d'atenció integrada, els facilitadors i les barreres per a la seva implementació, les experiències destacades en aquest àmbit i les recomanacions per desenvolupar l'atenció integrada a Catalunya. El concepte d'atenció integrada social i sanitària utilitzat durant les compareixences es manté en línia de continuïtat amb els desenvolupaments teòrics de l'informe i es posa de manifest una sensació d'urgència envers la transformació del model actual, fragmentat i ineficient, cap a un altre d'integrat que posi les persones i les seves necessitats en el centre del sistema.

A la major part de les compareixences es valora positivament els avenços dels darrers anys en la conceptualització del model català d'atenció integrada social i sanitària. Al mateix temps, els aspectes pitjor valorats tenen a veure amb les dificultats per desplegar el model en el territori de manera efectiva, la qual cosa es relaciona principalment amb la falta d'impuls polític. En les compareixences s'identifica un conjunt d'elements facilitadors que haurien d'afavorir la implementació de l'atenció integrada a Catalunya, com ara l'acumulació d'experiència i coneixement a través de projectes en l'àmbit local i comarcal o la predisposició a col·laborar professionalment des de la base i el territori. Tanmateix, abunda la identificació de barreres, entre les quals les més importants tenen a veure amb les diferències entre els sectors social i sanitari i amb les anomenades "falses solucions", és a dir, amb totes les inèrcies que aprofundeixen en l'aspecte residual dels serveis socials.

Les persones compareixents valoren positivament diverses experiències d'atenció integrada social i sanitària. A més d'algunes de les que han estat esbossades en el capítol 4, se citen entre d'altres el sistema de serveis per a persones grans que han perdut l'autonomia (SIPA) del Quebec, les experiències de Torbay, dels "Pioneers" i del Gran Manchester a Anglaterra, el cas de Canterbury a Nova Zelanda, el model d'integració social i sanitària de Castella i Lleó, el Programa Pacient Expert Catalunya i la història clínica i social compartida de l'Ajuntament de Barcelona i el Departament de Salut. Addicionalment, s'inclou una glossa amb la descripció detallada del procés d'integració social i sanitària que ha liderat el Consorci d'Acció Social de La Garrotxa, un dels "projectes col·laboratius" més avançats de tot Catalunya.

El capítol 5 es tanca amb la relació de les recomanacions que fan els i les compareixents de cara a la implementació efectiva de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya. Les recomanacions s'ordenen per àmbits d'actuació i inclouen la necessitat de passar a l'acció de manera immediata, la demanda de compromís i lideratge polític, el desenvolupament d'una estructura de governança equilibrada entre els sectors social i sanitari, la reforma i reforçament dels serveis socials, la inversió en recerca, desenvolupament i innovació (R+D+I), les característiques que hauria de tenir a la pràctica el model català, i el mètode de finançament.

Finalment, en el capítol 6, el CTESC elabora un conjunt de consideracions basades en l'informe i proposa una sèrie de recomanacions al Govern que es reproduïxen íntegrament a continuació.

1.2. CONSIDERACIONS I RECOMANACIONS

En aquest apartat, el CTESC vol fer arribar al Govern un conjunt de consideracions i recomanacions sobre la integració de l'atenció social i sanitària a partir del conjunt d'aportacions que recull l'informe. Com succeeix en altres informes d'aquesta institució, algunes de les recomanacions poden requerir un marc competencial superior al que disposa la Generalitat actualment. Tot i això, el CTESC valora la capacitat del Govern per negociar amb altres administracions la possibilitat d'implementar-les, així com per influir en el desenvolupament d'iniciatives que incorporin l'esperit de les mateixes.

El capítol es divideix en sis apartats: un primer sobre què s'entén per atenció integrada social i sanitària; un segon apartat on es justifica la necessitat de disposar-ne a Catalunya; el tercer apartat identifica els elements que expliquen l'èxit dels programes i les experiències d'atenció integrada; en el quart apartat es recullen els antecedents i les iniciatives polítiques més remarcables per avançar en l'atenció integrada a Catalunya; el cinquè apartat desglossa els principals facilitadors i barreres per al desplegament de l'atenció integrada; i per acabar, es relacionen les recomanacions del CTEESC per impulsar el desplegament d'un model català d'atenció integrada social i sanitària.

1.2.1. L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

La integració social i sanitària ha esdevingut un espai de referència per a una part creixent dels governs d'arreu del món preocupats per millorar l'atenció de les necessitats des del triple punt de vista del benestar assolit, les experiències de les persones usuàries i l'ús sostenible dels recursos.

Una definició pragmàtica d'aquest tipus d'atenció és la que proporcionen Kodner i Spreeuwenberg (2002: 3), els quals entenen la integració com “un conjunt de mètodes i models de finançament, administració, organització, prestació de serveis i atenció clínica dissenyats per crear connectivitat, alineació i col·laboració a dins i entre el sector dedicat a cuidar [el social] i el sector dedicat a curar [el sanitari]”. D'acord amb aquests autors, l'objectiu de l'atenció integrada social i sanitària és “millorar la qualitat de l'atenció, la qualitat de vida, la satisfacció de les persones i l'eficiència del sistema”.

En el rerefons d'aquesta aproximació hi ha la idea que l'atenció integrada no consisteix tant en l'assoliment d'una determinada fita com en un procés continu d'adaptació del sistema d'atenció per esdevenir més complet i comprensiu. Leutz emfasitza igualment aquesta dimensió processual de l'atenció integrada quan la defineix com “la cerca per connectar el sistema de salut (*i.e.* atenció primària, especialitzada i aguda) amb altres sistemes d'atenció humana (*i.e.* llarga durada, educació i formació, habitatge, etc.) amb l'objectiu de millorar els resultats (clínic, satisfacció i eficiència)” (1999: 77-78).

Alguns models d'atenció integrada consideren que s'han d'adreçar a grups o malaltia específiques o, fins i tot, a casos particulars caracteritzats per problemes complexos de llarga durada que requereixen serveis, proveïdors i espais d'atenció múltiples. Altres models, en canvi, tenen una vocació poblacional i consideren que l'atenció integrada s'ha d'adaptar als perfils de necessitats dels diferents “estrats” poblacionals. Tal com s'afirma a la primera de les cinc “llicions” de Leutz, “pots integrar tots els serveis per a algunes persones, alguns serveis per a totes les persones, però no pots integrar tots els serveis per a totes les persones” (1999:83).

L'atenció integrada aporta tres elements que difícilment poden ser eficients en una aproximació social i sanitària fragmentada. D'una banda, aquest model facilita el continu assistencial i obre l'oportunitat a desenvolupar una atenció centrada en la persona. De l'altra, considera els determinants socials de la salut, és a dir, els vincles entre l'entorn, els hàbits i l'estat de salut. Finalment, té més capacitat d'anticipació als problemes i d'evitar les intervencions potencialment innecessàries, sobretot de caire sanitari.

Sobre la base d'aquestes consideracions cal afegir els següents aclariments per evitar equívocs:

- a. No existeix una manera única o “millor” d'integrar (o d'assolir els objectius de la integració), sinó camins diferents d'acord amb les característiques i particularitats de cada territori
- b. L'atenció integrada no significa necessàriament la fusió de totes les parts o nivells dels sistemes, o que aquesta hagi de ser “completa”
- c. El punt de partida de la integració no ha de ser obligatòriament un model organitzatiu amb un disseny predeterminat “de dalt a baix”, sinó sobretot un model de prestació de serveis pensat per millorar l'atenció a les persones

1.2.2. PERQUÈ CAL UNA ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

Existeix un elevat consens polític, acadèmic i professional sobre la manca d'adequació del model d'atenció actual a la realitat demogràfica, epidemiològica i social del país. A grans trets, els sistemes social i sanitari tenen dificultats de coordinació mútua (“horitzontal”) i interna (“vertical”) i comparteixen una visió anacrònica de les persones usuàries en tant que subjectes passius d'una atenció compensatòria (serveis socials) i centrada en la malaltia aguda (sistema sanitari). Per tant, l'atenció integrada social i sanitària és actualment una necessitat motivada pels canvis i una oportunitat per transformar els dos sistemes.

Hi ha tot un seguit de factors que fan més evident que mai la conveniència d'integrar l'atenció social i sanitària a Catalunya:

- a. L'increment de l'esperança de vida, l'envelliment poblacional, la cronicitat, la discapacitat, la dependència i la fragilitat
- b. L'augment de la complexitat social degut a l'impacte de l'atur i el risc de pobresa i exclusió social en les famílies i les comunitats
- c. L'evidència contrastada de la importància dels determinants socials en la salut i la necessitat d'abordar-los des d'una perspectiva social més ampla que la de la visió de l'assistència sanitària
- d. L'inici de la transformació dels serveis socials cap a un model basat en el suport a l'autonomia personal i el reforç de les relacions primàries familiars i comunitàries
- e. Les transformacions en els rols dels cuidadors i cuidadores, les famílies i les xarxes comunitàries pel que fa a l'atenció i la cura
- f. Els canvis en les expectatives de les persones respecte de l'atenció social i sanitària (*i.e.* més autonomia, participació, capacitat de decisió, etc.)
- g. L'increment de la pressió assistencial enmig d'un context caracteritzat per les pressions pressupostàries
- h. L'augment dels costos de determinades teràpies i pràctiques assistencials (*i.e.* medicaments, rehabilitacions, etc.)

Per fer front a aquests reptes, l'evidència empírica dóna suport a la necessitat de desenvolupar urgentment un model d'atenció integrada social i sanitària, atès que millora l'atenció i els resultats en salut, particularment en el cas de les persones en situació de complexitat social i sanitària. Aquestes persones representen a l'entorn del 8% de la població catalana i del 40% del pressupost de despesa pública en atenció, amb la previsió que aquestes percentatges s'incrementin amb el pas dels anys (Ledesma, Blay, Contel, *et al.* 2015: 9 i 10).

Més concretament, es constaten “beneficis derivats de l'atenció integrada sobretot pel que fa a la millora en l'accessibilitat als serveis, la coordinació i la continuïtat assistencial, l'experiència en l'atenció i la millor pràctica col·laborativa entre professionals i organitzacions”, així com una “millora en els resultats de salut, l'ús de recursos d'institucionalització i les crisis derivades de la claudicació del/de la cuidadora (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015: 74, a partir de Kodner, 2012).

El risc de no posar en marxa la integració social i sanitària és, d'una banda, assistencial, per la manca d'adequació de les respostes a les noves necessitats i, de l'altra, econòmic, per l'increment dels costos

derivats de l'augment intens en la utilització de serveis: hospitalització urgent, institucionalitzacions evitables i, en general, atenció de complexitats evitables o prematures causades per la manca de prevenció i d'atenció integrada.

En efecte, el cost econòmic per fer front a les demandes poblacionals presents i futures és inassumible si no s'aborda la transformació cap a un model d'atenció integrada centrada en la persona, donat l'estat de les finances públiques. Cal afegir que aquest risc econòmic causa, de retruc, uns altres d'addicionals de tipus assistencial: en primer lloc, insatisfacció en les persones usuàries i pitjors resultats de salut i, addicionalment, bosses de desatenció creixents en forma de llistes d'espera i manca d'accés efectiu als serveis.

Finalment, no és menystenible el possible deteriorament de la legitimitat social i política del sistema de protecció públic en un escenari com aquest.

1.2.3. ELEMENTS QUE EXPLIQUEN L'ÈXIT DELS PROGRAMES I EXPERIÈNCIES D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

En base a la literatura sobre atenció integrada, les compareixences dels experts i expertes i l'anàlisi de les experiències més reeixides en l'àmbit local i internacional, es poden identificar els següents factors explicatius de l'èxit d'alguns programes i iniciatives d'atenció integrada en el món:

- a. Una narrativa comuna, clara i realista sobre els beneficis i possibilitats de l'atenció integrada que motiví les parts a superar la fragmentació actual i a compartir el poder
- b. Un lideratge polític amb visió, així com lideratges territorials i professionals (a dins de les organitzacions) amb capacitat per mobilitzar recursos i voluntats
- c. Realisme a l'hora d'establir els objectius, el calendari i les despeses per al desplegament de l'atenció integrada social i sanitària (es necessita molt de temps per canviar les coses)
- d. Avaluació contínua dels avenços cap el triple objectiu de l'atenció integrada social i sanitària: millorar els resultats de salut, l'experiència de l'atenció i l'ús dels recursos
- e. L'equilibri de poders entre el sector social i sanitari en la definició i articulació del model d'atenció integrada i treball cooperatiu paritari
- f. La consideració dels aprenentatges derivats de la pràctica assistencial i les experiències locals d'integració, per oposició al desplegament, de "dalt a baix", d'un model teòricament predeterminat
- g. La voluntat i capacitat per millorar els serveis socials i homologar les seves condicions d'accés a les del sistema sanitari abans i/o paral·lelament al desplegament de l'atenció integrada
- h. Uns recursos compartits de manera flexible (*i.e.* humans, financers, infraestructures, etc.) entre sectors i nivells assistencials i l'atenuació de les barreres que existeixen entre les diferents cultures professionals
- i. Un model d'estratificació poblacional que faci possible proveir atenció integrada de manera diferenciada en base al perfil i nivell de necessitats de les persones, i uns criteris objectius i compartits d'elegibilitat

- j. Accés als serveis en base a un model d'atenció centrada en la persona en comptes de fer-ho en funció de la divisió sectorial i/o funcional dels serveis i les prestacions (per exemple, un punt únic d'accés un cop detectades les necessitats)
- k. Una aposta per l'atenció domiciliària integrada, social i sanitària, com a xarxa bàsica que eviti fenòmens de desatenció i, en conseqüència, que les persones progressin per l'escala dels recursos assistencials cap a nivells d'atenció inadequats, més costosos i ineficients
- l. Un sistema d'informació que permeti registrar, explotar i compartir dades socials i sanitàries de les persones usuàries; en el seu defecte, espais formals o informals d'intercanvi d'informació
- m. Un model de valoració de necessitats socials i sanitàries únic i holístic que eviti duplicitats i disparitats entre sectors, serveis i/o professionals
- n. Plans d'atenció personalitzada, o a mida de les necessitats de les persones, fets a través de la participació de professionals dels sectors social i sanitari
- o. L'apoderament i participació dels usuaris i usuàries, així com dels cuidadors i cuidadores informals i familiars, en la gestió de la salut i l'elaboració dels plans d'atenció personalitzada
- p. La figura dels i les professionals de referència i els gestors i gestores de casos, que fan possible garantir la proximitat, el continu assistencial i l'atenció centrada en la persona
- q. La diferenciació, d'una banda, entre un grup "central" de professionals o equip assistencial multidisciplinari que proporciona una atenció propera i contínua (i.e. un equip d'atenció domiciliària, per exemple) i, de l'altra, una xarxa més àmplia de proveïdors susceptible de ser activada per garantir l'accés a altres serveis d'atenció social i sanitària
- r. Professionals amb rols ben definits dins dels equips multidisciplinaris i treball en equip entre professionals generalistes i especialistes dels àmbits social i sanitari
- s. Un reequilibri de recursos més equitatiu i eficient entre serveis i nivells assistencials: àmbit sanitari vs social i atenció especialitzada vs primària

1.2.4. CATALUNYA I L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

La relació de Catalunya amb l'atenció integrada social i sanitària té com a punt de partida el programa Vida als Anys, creat el 1986 pel Departament de Salut amb l'objectiu de millorar l'atenció a les persones grans malaltes, amb malaltia crònica i en situació de final de vida. La importància d'aquest programa es reflecteix en la posada en marxa d'una cartera de serveis sociosanitaris, encara plenament vigents, que inclou l'atenció de llarga estada, els hospitals de dia, l'estada mitjana per a convallescència i cures palliatives, les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS), el Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) i els Equips Multidisciplinaris d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAIA) en geriatria, cures palliatives i trastorns cognitius.

A partir d'aquí cal també destacar el Programa per a l'impuls i ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependència (ProDep), el Pla Director Sociosanitari (PDSS), el Pla Integral de Salut mental i addiccions i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat a Catalunya (PPAC). El PPAC és, precisament, el precedent més immediat del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), aprovat l'any 2014. Amb el PPAC es van posar en marxa vuit "projectes col·laboratius" d'àmbit local i/o comarcal que han esdevingut la base del model d'atenció integrada social i sanitària que promou el PIAISS, conjuntament amb l'experiència de més de dues dècades del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.

El PIAISS depèn directament del Departament de la Presidència, està participat pels Departaments de Salut i de Treball, Afers Socials i Famílies i té com a principal objectiu promoure l'atenció integrada social i sanitària centrada en la persona. Els elements clau del model català d'atenció integrada, segons el PIAISS, són la vocació poblacional (tot i que inicialment es proposa prioritzar l'aplicació a persones en situació de complexitat social i sanitària), la redefinició del rol de les persones subjectes d'atenció i del seu entorn, el lideratge dels i les professionals com a motor de la transformació i una visió territorial en la implementació a través de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015). No obstant això, el ritme d'implementació que s'ha aplicat en els darrers anys, des del naixement del PIAISS, ha estat insuficient per dur a terme els canvis plantejats.

L'itinerari que ha viscut l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya permet afirmar que es disposa de proves pilot i experiència acumulada, solidesa en el relat i predisposició professional suficients com per poder fer un salt més ambiciós envers la implementació d'aquest paradigma a tot Catalunya. A més, es disposa d'una atenció primària sòlida (tot i que tensionada), la qual cosa hauria de permetre desenvolupar l'atenció integrada de manera paral·lela al reforçament dels serveis socials.

1.2.5. FACILITADORS I BARRERES PER AL DESPLEGAMENT DE L'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA A CATALUNYA

En relació amb el context català, hi ha aspectes de caràcter contextual o estructural que poden actuar com a facilitadors del desenvolupament de l'atenció integrada social i sanitària. D'acord amb el punt de vista de les persones compareixents, i en base a la consideració de les proves pilot i de les experiències reeixides en l'àmbit local i/o comarcal, es poden identificar els següents facilitadors:

- a. El canvi social, demogràfic i epidemiològic, en el sentit que planteja nous reptes d'atenció social i sanitària que requereixen respostes immediates i disruptives
- b. L'acumulació d'experiència en integració social i sanitària a través de proves pilot i programes experimentals (alguns dels quals molt consolidats) en l'àmbit local i/o comarcal
- c. L'elaboració del PIAISS, el qual ha servit per visualitzar, mobilitzar i posar en contacte diferents voluntats a favor de la integració
- d. L'interès dels i les professionals dels àmbits social i sanitari per donar una resposta més adequada a les necessitats de les persones usuàries
- e. Un sistema d'informació sanitària pràcticament comú a tot el territori que permet estratificar la població, fer previsions de necessitats i desenvolupar instruments com la història clínica compartida a Catalunya (HC3)
- f. Un sistema sòlid d'atenció primària de salut, d'accés directe, finançament públic i caràcter universal

En canvi, les barreres principals de cara al desenvolupament de l'atenció social i sanitària a Catalunya són:

- a. La manca de lideratge, tant en els àmbits territorial i professional (*i.e.* en les organitzacions) com, sobretot, polític
- b. La circumscripció dels processos d'integració en proves pilot que es dilaten en el temps, sense ser avaluades ni escalades al conjunt del territori

- c. L'existència d'interessos corporatius (professionals, de proveïdors, etc.) que a la pràctica es tradueixen en resistències al canvi
- d. Els dèficits de confiança mútua que es donen en ocasions entre els àmbits social i de la salut, entre les atencions primàries i especialitzades i entre l'Administració pública i els proveïdors
- e. Les diferències entre el paradigma de l'atenció aguda i el de l'atenció de llarga durada (*i.e.* necessitats cròniques socials i/o sanitàries) pel que fa als seus procediments i objectius
- f. La manca de coordinació entre el sistema d'atenció social i el sistema d'atenció sanitària en relació amb l'atenció integrada
- g. Les diferències entre les cultures professionals dels àmbits social i sanitari
- h. Un sistema de formació inicial i contínua que no prepara els i les professionals per a l'atenció integrada centrada en la persona
- i. Un nombre elevat de persones usuàries per professional i manca de temps per a la coordinació que implica l'atenció integrada
- j. La manca de valoració social de tot allò que està relacionat amb la cura de les persones, en comparació amb la que rep el sistema sanitari
- k. Una distribució desequilibrada de recursos entre l'atenció social primària i l'atenció social especialitzada, i la manca de coordinació entre aquests dos nivells assistencials
- l. La manca d'experiència en la coordinació horitzontal entre serveis diferents: serveis socials, salut, habitatge, treball, educació, habitatge, etc.
- m. I, en definitiva, uns sistemes encara excessivament burocràtics i rígids

Al mateix temps, val a assenyalar específicament les dificultats d'encaix entre els sistemes social i sanitari com una de les barreres més importants de cara a la integració de l'atenció a Catalunya, per diverses raons:

- a. El sistema d'atenció social està menys desenvolupat i és més feble que el sistema sanitari, i no té ben definit el seu perímetre sectorial (*i.e.* fa de "camió escombra" en comptes d'ocupar-se dels vincles i de l'autonomia de les persones)
- b. El sistema sanitari és universal mentre que la major part dels serveis socials té un accés condicionat
- c. Els serveis sanitaris es financen a partir dels pressupostos públics mentre que la major part dels serveis socials es cofinança amb la participació dels usuaris i usuàries
- d. El sistema sanitari està centralitzat i compta amb uns criteris d'accés únics, mentre que el serveis socials estan descentralitzats i l'accés a les prestacions bàsiques pot variar en funció de l'àmbit local
- e. Els serveis socials estan orientats vers l'atenció de llarga durada mentre que el sistema sanitari té uns temps d'estada més curts

- f. Les condicions laborals dels treballadors i treballadores dels sectors social i sanitari són diferents
- g. El sistema sanitari ofereix serveis a les persones mentre que els serveis socials sovint ofereixen prestacions econòmiques
- h. Les divisions territorials del sistema sanitari i de serveis socials no coincideixen i això dificulta la coordinació entre dispositius i professionals
- i. L'àmbit sanitari té un sistema d'informació pràcticament únic a tot el territori mentre que en el cas de serveis socials aquest està molt fragmentat i desigualmente desenvolupat
- j. Hi ha un desequilibri entre els dos sistemes pel que fa al volum de coneixement científic, l'acumulació d'evidències empíriques, amb una manca molt important de models predictius en l'àmbit social que permetin planificar de manera acurada
- k. A diferència del que passa en el sistema sanitari, l'àmbit social no disposa de dispositius estandaritzats per conèixer la valoració que fan les persones usuàries de l'atenció rebuda

1.2.6. COM IMPULSAR LA INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA A CATALUNYA

Atesa la situació actual de l'atenció social i sanitària a Catalunya, i sobre la base de la identificació de facilitadors i barreres per a la implementació de la integració, el CTESC elabora les recomanacions següents:

Pel que fa a **la necessitat i l'oportunitat** de l'atenció integrada social i sanitària:

1. Accelerar el procés d'integració de l'atenció social i sanitària a tot Catalunya i sobre la base d'un calendari realista
2. Assolir un compromís polític amb un lideratge fort de tot el Govern que faci de l'atenció integrada una prioritat de país
3. Establir lideratges polítics, però també professionals, per fer front als reptes de la integració de l'atenció social i sanitària en tant que transformació innovadora i d'abast estructural
4. Reforçar i difondre la vessant social del relat a l'entorn dels beneficis i les possibilitats de l'atenció integrada, amb la participació i adhesió de la societat civil
5. Establir un Acord estratègic i un Pla d'acció per al desenvolupament de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya entre els diferents nivells de l'Administració pública i amb la participació de les organitzacions empresarials i sindicals, les entitats del tercer sector, els col·legis professionals, etc. L'Acord estratègic ha de definir el model d'atenció integrada social i sanitària centrada en la persona, així com les línies a desenvolupar pel Pla d'acció. Aquest Pla hauria de ser ambiciós i realista, tenir un horitzó temporal raonable i comptar amb instruments sòlids (calendari, sistema de governança, avaluació i indicadors, memòria econòmica, etc.).

En relació amb el **model català** d'atenció integrada social i sanitària:

6. Dotar el model d'una vocació universal, si bé en una primera fase pugui ser convenient prioritzar l'atenció a determinats perfils de necessitats de tot el territori
7. No donar per descomptat que la integració ha de ser necessàriament estructural, però sí que ha de ser com a mínim funcional, és a dir, ha de ser efectiva en l'àmbit de l'atenció a les persones i de l'assignació de recursos econòmics
8. Impulsar un model que consideri l'atenció primària i comunitària com una garantia per atendre necessitats socials i sanitàries de manera adequada i eficient
9. Ampliar substancialment i donar un paper central als serveis d'atenció domiciliària (i.e. serveis d'ajuda a domicili i/o serveis de les tecnologies de suport i cura), tant de l'àmbit social com sanitari, centrats en la persona i la seva família. L'eficiència dels serveis d'atenció domiciliària requereix reduir prèviament les llistes d'espera de forma considerable
10. Desplegar serveis de suport a les famílies i a les persones cuidadores: prestacions econòmiques, accions formatives, oportunitats per al descans, etc.
11. Potenciar el paper de la societat civil, del voluntariat i del veïnatge en la detecció de necessitats i la seva resolució integrada
12. Fer efectiva la participació de la ciutadania en la definició, la implementació i l'avaluació del model
13. Apoderar la persona usuària en el procés de presa de decisions relatives a la gestió de la seva salut i les característiques de l'atenció, el tractament o la intervenció rebuts
14. Promoure la prevenció, entesa com la participació activa de les persones en la seva salut, a través de la presa de consciència dels determinants de la salut i de la promoció d'uns estils de vida i hàbits saludables
15. Potenciar les capacitats i l'autonomia personal
16. Ampliar el concepte d'atenció paliativa i transitar cap a un model en el qual es presti una atenció global més precoç, amb programes específics d'atenció a les necessitats de les persones properes a les fases de final de vida. Aquesta acció ha d'adaptar-se a l'estructura poblacional, a les previsions de longevitat i a l'increment de les persones en situació de final de vida
17. Elaborar un estudi sobre els costos i els beneficis que suposaria l'apropament progressiu de les condicions laborals dels i les professionals d'ambdós sectors
18. Evitar que el desplegament de la integració es fonamenti en una sola intervenció, atès que l'experiència acumulada indica que les accions concertades, coordinades i sincronitzades (i.e. "models multipalanca") són les que s'han demostrat efectives
19. Incentivar la pràctica col·laborativa entre professionals i àmbits assistencials diferents i reconèixer que aquest és un factor o "input" organitzatiu imprescindible de

cara a l'articulació de respostes assistencials

20. Dotar-se d'un marc integrat d'avaluació contínua del desplegament i funcionament de l'atenció integrada
21. Actualitzar la cartera de serveis socials de l'any 2010 i desenvolupar un catàleg específic de serveis socials i sanitaris integrats, encara que inicialment puguin ser de caràcter compartit i complementari

Quant a la **governança** de l'atenció integrada social i sanitària:

22. Crear una estructura de governança amb equilibri de poders entre els sectors social i sanitari i amb capacitat de prendre decisions
23. Definir en l'organigrama del Govern un comissionat de serveis d'atenció a les persones que depengui del Departament de la Presidència, amb l'objectiu de coordinar la integració de l'atenció social i sanitària
24. Dissenyar un model de governança flexible que fixi objectius concrets, compartits i avaluable l'assoliment dels quals es concreti en el territori en funció de les seves característiques i especificitats. En aquesta línia, es recomana dotar a les governances territorials de base locals d'un grup d'instruments (o "caixa d'eines") sense que necessàriament tots els territoris acabin implementant el mateix "mix" de polítiques
25. Explorar la creació de partenariats o figures similars entre els àmbits implicats, sotmeses a un contracte programa. En aquest procés, caldria fer emergir lideratges locals que disposin dels recursos de gestió necessaris per dur a terme la integració
26. Dissenyar una proposta de participació ciutadana que contempli una visió global de la despesa, l'accés i la utilització dels serveis, amb els objectius d'assolir els graus d'eficiència més grans possibles en l'ús dels recursos i de reforçar la cohesió social i l'equitat en el finançament del nostre Estat del Benestar
27. Unificar els àmbits territorials de les àrees bàsiques socials i sanitàries
28. Promoure reformes normatives per facilitar el desenvolupament de la integració social i sanitària
29. Proveir els serveis d'atenció a la persona a través d'una organització instrumental comuna i integrada de finançament, planificació, acreditació, contractació i sistemes d'informació i avaluació que interactuï amb els proveïdors
30. Coordinar l'atenció integrada social i sanitària amb altres àrees d'actuació com l'habitatge, la formació, el lleure o el treball

Pel que fa a la **transformació dels serveis socials** a Catalunya:

31. Fer la transformació dels serveis socials en paral·lel amb el procés d'integració
32. Transformar els serveis socials amb l'objectiu d'apropar els drets d'accés i la qualitat de les prestacions als estàndards del sistema sanitari

33. Impulsar una nova estructuració dels serveis socials bàsics perquè acabin essent un pilar universal en la promoció de l'autonomia, el reforç de les relacions primàries i el desenvolupament de les relacions comunitàries, superant el model exclusivament centrat en l'assistència social per a col·lectius desfavorits i en les emergències
34. Desenvolupar normativament de la Llei de serveis socials, tenint present el model d'atenció integrada i amb una mirada preventiva i predictiva
35. Garantir una cartera de serveis socials que asseguri l'equitat territorial
36. Actualitzar el sistema d'informació dels serveis socials per avançar cap a la unificació, simplificació i agilització en la recollida de dades i fer possible la seva explotació i interoperabilitat en un sistema d'atenció integrada
37. Desenvolupar models predictius de necessitats socials a escala poblacional com una eina essencial de planificació
38. Desenvolupar models de detecció de l'alta complexitat social. En aquest sentit, es valora positivament com a eina d'aproximació el desenvolupament per part de la Generalitat d'una "escala d'autosuficiència" que posa l'èmfasi en la identificació de les capacitats de les persones
39. Establir una finestreta única social i dotar de coherència als processos per evitar que les persones usuàries hagin de fer gestions múltiples davant de les diferents administracions i entitats
40. Reforçar l'atenció social comunitària davant del fenomen creixent de la solitud no desitjada

Quant a la **gestió** de l'atenció integrada:

41. Respondre a la creixent pressió assistencial amb unes ràtios de personal més adients, tant en l'àmbit social com sanitari, de manera que es garanteixi l'equitat i l'eficiència assistencial
42. Avançar vers una formació professional inicial i contínua transversal d'acord amb els principis de l'atenció integrada centrada en la persona, que permeti atenuar les diferències entre les cultures professionals dels sectors social i sanitari
43. Continuar avançant en la interoperabilitat i unificació dels sistemes d'informació social i sanitari a partir de l'avaluació de les experiències pilot existents
44. Fer una gestió acurada de la qualitat i certificació de processos
45. Unificar els processos d'avaluació per evitar duplicitats, a través de la creació d'equips interdisciplinaris que tinguin en compte les necessitats socials i sanitàries de les persones
46. Treballar en l'elaboració d'escales integrades de detecció de necessitats socials i sanitàries

47. Tal com indica l'AQuAS, establir la figura d'un director o directora de projectes amb capacitat de resolució de problemes en els processos d'integració social i sanitària en el territori. Aquesta funció la pot dur a terme un professional extern o bé alguna persona nomenada per consens, amb la conseqüent legitimitat, amb l'objectiu de facilitar l'acollida i implicació en el projecte
48. Impulsar la gestió de casos o gestió de l'atenció, que té com a objectiu coordinar l'oferta i la demanda de serveis per a persones en situacions complexes. Els gestors o gestores de cas no han de ser necessàriament professionals de l'àmbit de la salut, sinó que han de venir determinades pel perfil de necessitats de les persones usuàries i pels vincles que mantenen amb els seus ascendents socials i sanitaris
49. Establir la figura del professional de referència, que coneix la persona i el seu entorn, essent el o la responsable de dirigir el pla d'atenció, conjuntament amb la persona i, si escau, la seva família. Com en el cas del gestor o gestora de cas, el professional de referència no ha de ser necessàriament de l'àmbit de la salut
50. Possibilitar l'activació de serveis i prestacions en qualsevol moment de l'any per poder donar resposta a les necessitats socials i sanitàries urgents

En relació amb **el finançament** de la integració de l'atenció social i sanitària:

51. Incrementar els recursos econòmics per desplegar l'atenció integrada social i sanitària. Aquest increment de recursos suposarà, a mitjà i llarg termini, una millora de la sostenibilitat financera del sistema respecte de l'opció de no dur a terme el procés d'integració
52. Reequilibrar el finançament entre el sistema social i sanitari per tal d'equiparar drets, sobre la base de l'estudi acurat dels costos i les fonts de finançament
53. Introduir escenaris de pressupost compartit ("pooling budget") per finançar l'atenció integrada social i sanitària, tal com s'ha recollit en l'informe a partir de les experiències internacionals
54. Acompanyar la cartera comuna de serveis socials i sanitaris de més coherència, equilibri i transparència en les eventuals despeses suportades per les persones usuàries, de manera que les despeses semblants no assistencials rebin el mateix tracte en tots els serveis, amb l'objectiu d'assolir més equitat i cohesió social
55. Reforçar especialment els recursos humans, materials i financers de l'atenció primària, social i domiciliària. Serà útil aprofitar els increments globals de pressupost conjunt per operar aquesta prioritització, fins arribar a uns equilibris més adequats en el finançament relatiu que rebin els sectors d'activitat abans esmentats
56. Modificar les mesures de participació financera en l'àmbit de l'atenció social, fent-les progressives, de manera que quedi garantida l'autonomia personal i financera de les persones usuàries
57. Resoldre les distorsions derivades de les diferents participacions financeres entre els àmbits social i sanitari pel que fa a determinades casuístiques com en els casos de la salut mental i de les discapacitats