

REFERENT 19

NÚM.

PAPERS DE LA **FUNDACIÓ UNIÓ**

Desembre 2022

L'IMPACTE DE LA COVID-19 I LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARI



L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA INTEGRADA, SOCIAL I SANITÀRIA (ADI)

REVISTA DE MANAGEMENT
PER AL SECTOR SANITARI
I D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

Sumari

5 Editorial

6 L'impacte de la COVID-19 i la reforma pendent del sistema de salut

8 Entrevista
Josep Maria Argimon

10 Debat sobre l'impacte de la COVID-19 i la reforma pendent del sistema de salut
Miquel Vilardell, Manuel Álvarez, Adrià Comella, Guillem López Casanovas, Josep Martí, Dolors Navarro, Ivan Planas, Aina Plaza, Marta Serrarols, Mireia Subirana, Xavier Trias i Antoni Trilla

13 **Quins són els principals aprenentatges de l'impacte de la COVID-19? I a partir d'aquí, quines són les principals reformes pendents?**

19 **Quina és la clau per passar d'informes de diagnòstic i mesures a les reformes efectives?**

24 **Com el model sanitari català ha estat clau per donar resposta a la COVID-19**

28 **Com construïm el nou contracte social amb els professionals i amb els ciutadans?**

31 El lideratge és pacte i el pacte, exigència
Xavier Trias

32 L'atenció domiciliària integrada, social i sanitària (ADI)

- 34 ADI, necessitat i propòsit
El futur passa per l'atenció domiciliària
Pepa Romero
-
- 40 ADI, obrir la mirada al món
Atenció integrada social i sanitària, mirada internacional
Josep Fusté, Carles Oliete, Joan Cánovas i Oriol Fuertes
-
- 48 ADI, voluntat política
Atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari a Catalunya: passem a l'acció
Aina Plaza i Montserrat Vilella
-
- 56 L'atenció integrada com a eina estratègica
Joana Ortega
-
- 58 ADI, la proposta de La Unió
Des d'una mirada transversal
Lluís Gràcia Prado, Ignasi Riera, Joan Solà, Meritxell Centeno i Francesc Brosa
-
- 66 Partim de projectes demostratius d'atenció domiciliària a Catalunya
- 68 Una transformació possible
Oriol Fuertes
Propòsits i finalitats · Enfocament · Línies estratègiques ·
Propostes per avançar · Decàleg per impulsar l'ADI social i sanitària ·
La Unió, transformadora del model
-
- 78 Opinió
Experts i Administració, representants del món local, professionals i ciutadania
-

Editorial

La COVID-19 ens ha portat un canvi d'època en què, més que mai, la conversa permanent i oberta basada en la confiança i l'argumentació tècnica ens permet construir realitats concretes que ens arrelen a l'organització, al territori i al sistema; i, sobretot, a les persones amb qui i per a les quals treballem.

En moments d'incertesa, la confiança i el rigor són clau, com també ho és pensar que tenim una oportunitat que ens empeny a millorar com a societat. Des de la Fundació Unió apostem per la creació de valor per generar compromís que provoqui un canvi en favor de la qualitat de vida de les persones.

En aquesta línia, i per primera vegada en 19 edicions, a iniciativa del Consell Científic Assessor de la Fundació Unió encetem un cicle de debats que pretén inspirar, compartir i sobretot contribuir a transformar realitats. I que recollirem en el **REFERENT**.

Us presentem dues temàtiques que han de marcar l'agenda de transformació de les polítiques públiques de salut: l'impacte de la COVID-19 i la reforma pendent del sistema de salut, i l'atenció domiciliària integrada social i sanitària.

Vull agrair molt sincerament la participació dels experts i professionals del sector sense els quals aquest **REFERENT** no hauria estat possible.

Gràcies també a l'equip tècnic de La Unió i la Fundació Unió.

Roser Fernández

Directora general de La Unió
i de la Fundació Unió

L'impacte de la COVID-19 i la reforma pendent del sistema de salut

Entrevista



Josep M. Argimon

Conseller de Salut (fins a l'octubre de 2022). Visió de Govern.
Contribució del debat de salut aquí i ara.

Debat amb



Miquel Vilardell

Moderador del debat i catedràtic de Medicina Interna a la Universitat Autònoma de Barcelona. Membre del Consell Científic Assessor de la Fundació Unió.



Manuel Álvarez

Director general del Consorci Sanitari Integral.



Adrià Comella

Director del CatSalut (fins a juny de 2021) quan va irrompre la COVID-19 i actualment gerent de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.



Guillem López Casanovas

Economista, professor universitari i assessor expert.



Josep Martí

Periodista. Escriu a *La Vanguardia*, *El Confidencial* i *Comunicació 21*. Opina a *El Món a RAC1* de RAC1 i *Planta baixa* de TV3, entre altres.



Dolors Navarro

Membre del Consell d'Ètica i Bones Pràctiques i coordinadora del Consell Tècnic Assessor d'Experiència, Pacient i Família de La Unió. Visió de pacients i famílies.



Ivan Planas

Sotsdirector del Servei Català de la Salut (fins a octubre de 2022).



Aina Plaza

Directora general de Planificació i Recerca en Salut.



Marta Serrarols

Metgessa d'atenció primària de l'EBA Vic Sud. Visió des de l'atenció primària i encaix amb l'atenció sanitària a residències.



Mireia Subirana

Directora d'Infermeria de la Corporació Sanitària Parc Taulí (fins al novembre de 2022). Visió del treball en equip en els plans de contingència i resposta a la COVID-19.



Xavier Trias

Exconseller de Salut. Valoració de les aportacions.



Antoni Trilla

Cap d'Epidemiologia de l'Hospital Clínic. Membre del Consell Científic Assessor de la Fundació Unió.

Entrevista Josep Maria Argimon



Conseller de Salut
(fins a l'octubre de 2022)

1. Quins són els principals aprenentatges de l'impacte de la COVID-19? I a partir d'aquí, les principals reformes pendents?

L'impacte i el repte de la COVID-19 ha estat tan notable que n'hem extret nombrosos aprenentatges. També ens ha marcat el camí de les reformes pendents, algunes de les quals ja eren conegudes abans de la pandèmia. No puc assenyalar tots els reptes i reformes pendents; en citaré només alguns que considero fonamentals.

El nostre sistema ha de ser capaç de reduir i lluitar contra les desigualtats socials i econòmiques que ens impacten. Per això necessitem una atenció primària que sigui l'eix, necessitem enfortir-la i transformar-la. I necessitem una planificació i una atenció sanitària en xarxa, i això implica el conjunt del sistema.

Necessitem també que els professionals s'empoderin al màxim perquè són ells els qui finalment construeixen un sistema sanitari. I hem de poder dotar-nos dels professionals que necessita el nostre sistema.

Ens cal una salut mental proactiva, que afronti els problemes amb una visió més propera a la ciutadania i a l'entorn on viu la persona que pateix el trastorn mental.

Hem de millorar la resposta a les necessitats complexes d'atenció que té la gent gran, les persones amb dependència o amb discapacitat. Això vol dir una atenció integrada social i sanitària.

Necessitem una salut pública focalitzada en la prevenció i promoció de la salut, que busqui anticipar-se als problemes; i ens cal més recerca (amb un trasllat efectiu a la capçalera del pacient), més innovació

i més digitalització, perquè un bon ús de les dades ens pot ajudar molt a millorar els problemes de salut de la ciutadania.

Ens cal també que el sistema de salut sigui més participatiu, amb un empoderament de la persona envers la seva salut, que és clau per desmedicalitzar la nostra societat. Perquè aquesta desmedicalització de la vida quotidiana és també un dels grans reptes que tenim.

2. Quina és la clau per passar d'informes de diagnòstic i mesures a les reformes efectives?

La clau és la voluntat, una voluntat col·lectiva. Efectivament, ja ha passat el moment dels diagnòstics, en els quals hi ha una coincidència majoritària. Cal passar als fets i això ens implica a tots: responsables polítics, gestors i professionals. En tots els nivells hem de tenir iniciativa per transformar. Cadascú, dins del seu àmbit de responsabilitat, sap què cal transformar. Ho he dit en moltes ocasions, nosaltres hem de crear l'entorn necessari per poder introduir canvis, però són els mateixos professionals els que han de liderar en el seu àmbit, han de tenir prou autonomia i capacitat per decidir què volen fer i com ho volen fer.

3. Com creu que el model sanitari català (d'accés públic i universal amb una xarxa de provisió de serveis de proximitat territorial, diversa i compromesa socialment) ha estat clau per donar resposta a la COVID-19?

Ha estat clau a tots els nivells. No puc imaginar-me com hauria estat donar resposta a un embat com aquest sense un sistema sanitari d'accés públic i universal, amb centres i serveis distribuïts per tot el

territori, com el que tenim. Els exemples de la gran resposta del nostre sistema els tenim en tots els nivells de l'atenció sanitària i també en campanyes com la vacunació, que ha estat un exemple d'èxit.

Però hem vist també com aquest sistema s'ha tensionat al màxim i com ha arribat als seus límits. Per això, ara és clau dotar-lo pressupostàriament com cal, per poder enfortir-lo i perquè continuï sent un referent capaç de fer front a situacions com aquesta. No es poden eliminar els fons COVID així com així, perquè bona part de l'increment de la despesa d'aquests anys s'ha convertit en estructural.

4. Com construïm el nou contracte social amb els professionals i amb la ciutadania?

Fa uns mesos, en una conferència, ja vaig assenyalar que necessitàvem un acord de salut amb mirada àmplia, llarga i generosa: un acord de país. Això implica responsabilitat i posar els interessos col·lectius per sobre dels legítims interessos individuals de cada agent del sector.

Però aquest acord s'ha de sostenir també amb uns pilars sòlids que, en l'actual configuració de l'Estat, malauradament no depenen només de Catalunya. En el context actual no podem disposar de tots els recursos que generem. Per això, cal una voluntat política en el conjunt de l'Estat per millorar el finançament de la sanitat.

Debat sobre l'impacte de la COVID-19 i la reforma pendent del sistema de salut

Davant d'un moment insòlit i sense precedents com ha estat la pandèmia de la COVID-19, el sistema sanitari català ha demostrat una gran capacitat de resposta i ha dut a terme transformacions en temps rècord. Enmig d'unes circumstàncies de màxima exigència, la bona resposta ha estat possible gràcies al compromís i resiliència de professionals i organitzacions,

i també de la pròpia ciutadania. I com a societat, la principal lliçó extreta ha estat que les persones són el bé més preuat d'un país.

Més que mai, la pandèmia ha posat de manifest la necessitat d'adaptar i transformar el sistema de serveis socials i el sistema sanitari a la realitat demogràfica



actual i a les necessitats de la ciutadania. Per aquest motiu, des del sector se celebra l'aposta del Govern per l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària, que ha de garantir l'atenció integrada a les persones grans, amb discapacitat, amb malaltia mental i, en general, a totes les persones amb necessitats complexes. I també s'aposta, en línia amb la definició de salut de l'OMS, perquè les polítiques públiques avancin en la interacció entre les polítiques socials, econòmiques i ambientals en favor del benestar de les persones. Salut a totes les polítiques.

A Catalunya, gaudim d'un sistema públic de serveis de salut amb bons resultats i avalat per la ciutadania. Universalitat, diversitat de proveïdors, accessibilitat en el territori i una clara vocació de servei a la comunitat. Actualment, la gestió pública dels serveis de salut s'enfronta a un subfinançament històric agreujat per l'impacte de la COVID-19 i per una iniciativa legislativa estatal que no reconeix la realitat del model sanitari català.

I en aquesta situació els fons europeus Next Generation han de servir per recuperar-nos però sobretot per transformar-nos.

La Unió Europea ha apostat per sortir de la crisi del coronavirus amb polítiques d'inversió. Cal aprofitar els fons europeus per transitar cap a una economia verda, tecnològicament capdavantera i socialment justa, que cuidi les persones i el planeta.

Canvi d'època

Després de l'impacte de la pandèmia, les organitzacions estan redefinint les seves prioritats per fer front a una realitat canviant caracteritzada per la inestabilitat econòmica i social generada, en gran

part, per la guerra a Ucraïna, la creixent desigualtat social o l'emergència climàtica. **Davant un context en plena transformació calen lideratges publicopolítics i socials responsables que incorporin valors com el diàleg, la cooperació o el treball en xarxa i amb prou coratge per liderar un canvi d'època i el procés d'adaptació a aquesta nova realitat.**

Aquests lideratges responsables i basats en valors s'han d'articular a partir de solucions tècniques adaptades als reptes, l'emprenedoria, avançant-se als canvis, arriscant quan sigui necessari i aportant respostes innovadores, basant-se en la transformació, per construir una nova realitat i han d'estimular la capacitat de resiliència per evitar que els canvis alterin l'essència del que som i el que fem. Aquests lideratges no han de perdre de vista que treballen amb persones i per a les persones.

En el seu conjunt, el sistema de salut de Catalunya ha mostrat la seva flexibilitat però, inexorablement, ara cal abordar reformes estructurals inajornables i passar del diagnòstic a l'acció perquè sigui sostenible en el temps i de futur. A les taules d'experts i responsables polítics hi ha el diagnòstic i propostes, majoritàriament compartides. En aquests moments, cal voluntat i coratge polític per aterrar una agenda de transformació del sistema públic de salut.

A començament del segle XXI només es parlava dels entorns VUCA (volatilitat, incertesa, complexitat i ambigüitat) en ambients especialitzats molt reduïts. Ara la incertesa ha esdevingut un element habitual a les nostres vides; per això és important gestionar-la i comunicar-la bé i, partint de la informació, generar compromís i provocar canvis.

Una nova relació del professional amb la societat i un nou contracte social

I en aquest sistema, la peça clau són els professionals de la salut. La pandèmia ha fet que ens plantejem com a societat com cuidem les persones que ens cuiden, més enllà d'aspectes com el sobre esforç físic i psicològic, com les hem acompanyat en les decisions en l'exercici de la seva professió.

I des de la preocupació per l'escassetat generalitzada de professionals també observem que cal aprofundir en aspectes vinculats a l'evolució del model i els nous rols professionals, així com en la multidisciplinarietat. Però sobretot urgeix establir i consolidar un nou contracte social amb els professionals de la salut que inclogui les perspectives de salut, de canvi climàtic i de gènere i, sobretot, que s'adeqüi a les expectatives socials, als nous valors del professionalisme i les seves aspiracions com a col·lectiu.

Més enllà de les decisions sobre la salut i la malaltia i la incorporació del pacient en el disseny de serveis, cal més participació i corresponsabilitat del ciutadà amb el sistema, que ha de participar de quin model vol i com vol que sigui la seva relació amb el sistema i amb el professional sanitari. En definitiva, què necessita i què està disposat a oferir, el contracte social.

I hem de prendre aquestes decisions com a societat superant la crisi de confiança general que provoca incertesa, angonya i que mostra la pitjor cara de l'individualisme i del populisme que tendeix a la remor social que distreu. Per això, cal compartir propòsit, rigor en el coneixement i el fer, i confiança. Des de l'escolta activa i la comunicació interactiva és necessari gestionar oportunitats amb mirada sectorial, amb prudència, solidària i transformadora.

I, en aquesta transformació del sistema de salut, el pacte és essencial; un pacte entès com a exigència i compromís per impactar de manera positiva en la salut i la qualitat de vida de les persones.



DEBAT

Quins són els principals aprenentatges de l'impacte de la COVID-19? I a partir d'aquí, quines són les principals reformes pendents?

*Què ha passat en els últims tres anys? La incertesa posa a prova una situació estressant i posa a prova les institucions i les persones. En situacions d'estrès és quan es veuen les fortaleeses del sistema i també les mancances. Què cal modificar des del punt de vista de l'Administració, les polítiques públiques, la gestió, els professionals i la ciutadania? Ens interessa posar avui damunt la taula les possibles solucions i reptes de futur, i què cal prioritzar. **Miquel Vilardell** introdueix la primera pregunta del debat.*

Des del punt epidemiològic i de la malaltia de la COVID-19 s'ha constatat la necessitat d'una salut pública més sòlida i amb instruments de vigilància en temps real. El Centre Europeu de Control de Malalties (ECDC) ha proporcionat criteris tècnics, però cal un major lideratge transnacional acceptat pels països membres. I, a Catalunya, s'aposta pel desplegament de l'Agència de Salut de Catalunya amb suficients recursos i autonomia.

Antoni Trilla

"Les vacunes són el gran triomf de la ciència d'aquesta pandèmia."

"La campanya de vacunació, el gran triomf de la societat."

Marta Serrarols

"Cal més preparació davant de possibles catàstrofes naturals a causa del canvi climàtic."

"Una de les coses bones que van passar i que hem d'aprendre és la coordinació i la interacció amb Salut Pública."



El nou Pla de salut de Catalunya, que recull l'experiència viscuda durant la pandèmia, persegueix un concepte ampli de la salut (la salut més enllà de la malaltia i de la supervivència) i la reducció de les desigualtats que s'han vist incrementades amb la pandèmia.



Aina Plaza

“El Pla de salut planteja tres grans estratègies per transformar el sistema sanitari:

- Igualtat d'oportunitats al llarg de la vida: més promoció, prevenció i detecció precoç, sobretot en grups en situació de més desigualtat o vulnerabilitat.
- Entorns saludables: coincidint en l'ambient urbà, l'habitatge o el lloc de treball, que condicionen la salut.
- Integració de l'atenció a la salut: hem d'avançar en models assistencials i organitzatius que facilitin el treball multidisciplinari i s'orientin a les necessitats globals, especialment en problemes de salut crònics, i treballar de manera col·laborativa, amb un grau més alt de coordinació i integració, i on és clau el treball coordinat i col·laboratiu entre els diferents serveis que hi intervenen.”

Recerca

Segons **Antoni Trilla** “hem assistit a una paràlisi de la recerca estàndard i a una gran acceleració de la recerca en relació amb la COVID-19, amb assajos clínics pragmàtics adreçats a un propòsit comú”. Per part de l'Agència Europea del Medicament (EMA) s'ha produït una acceleració espectacular dels seus procediments d'aprovació, i això ha de quedar en un futur. Necessitat de més recursos, avaluació i més facilitats per compaginar-la amb la pràctica assistencial.



Gestió en els centres

Se subratlla la col·laboració entre entitats, nivells assistencials, professionals, en el territori i amb l'Administració. Es posa de manifest que una de les pedres angulars del sistema són els sistemes d'informació i la coordinació entre ells.

I en el territori, s'incideix en la necessitat de fer una assignació de recursos amb visió territorial i orientada a resultats. Es posa en relleu l'èxit de models com les EBA avalats per resultats i amb vocació de servei públic i les resistències a què aquest sistema organitzatiu s'ampliï.



Manuel Álvarez

“La informació clara, transparent, compartida i *online* ens va permetre prendre decisions més assenyades i treballar de manera col·laborativa.”

Resiliència, adaptació i empoderament clínic dels professionals

La pandèmia va servir per superar corporativismes i aprofundir en el canvi de rols i en l'aparició de nous perfils funcionals. Els equips estan canviant, amb cultures, valors, interessos i competències diferents que conviuen dins unes mateixes organitzacions. La necessitat d'abordatge integral de la persona requereix un enfocament multidisciplinari i interdisciplinari i amb equips amb components multiprofessionals. Cal promoure un entorn segur i facilitador per a l'exercici professional, la configuració d'equips i la innovació en la gestió dels recursos humans.

Mireia Subirana

“Els professionals han demostrat una gran capacitat d'adaptació, aprenentatge i lideratge en la presa de decisions.”

“Ha estat clau el treball en equip entorn d'una orientació única.”

Humanització

Models de relació més participatius, incorporant la veu de les persones ateses i de les seves famílies, promovent les decisions compartides.

Josep Martí

“Reivindico que s’entengui la salut com un element per fer la vida millor més enllà de les constants vitals.”

“El principal element de la vida és la humanitat. I no és només curar.”

Dolors Navarro

“Les famílies volen ser part de la solució. No hem de tenir por d’incorporar-les.”

“Els ciutadans han hagut d’aprendre a adaptar-se, però sobretot a estimar el que els professionals feien. Necessitem que els professionals estiguin bé perquè ens puguin curar.”



Debat bioètic

Hem incorporat a l’ètica clínica l’ètica de la salut pública, en què els criteris de presa de decisions es basen en la distribució justa i equitativa de recursos en el si de la població, fet que ha accelerat un debat ètic pendent. Cal acompanyar i dotar d’eines els professionals perquè puguin fer-hi front.

Mireia Subirana ressalta que els professionals van encarar una situació de gran incertesa i canviant, fins i tot de letalitat, amb por però orientats a l’atenció i a la cura de pacients en situació de solitud i vulnerabilitat.

Marta Serrarols

“S’han obert molts debats ètics pendents entorn del final de vida i l’ètica de la salut pública i la vacunació.”

El rol informatiu dels mitjans de comunicació: es destaca el paper d’altaveus de la informació governamental i es fa referència a la poca capacitat d’aprofundiment per la pròpia de la naturalesa dels mitjans de comunicació, que tendeixen a l’espectacularització en situacions com aquesta.

Josep Martí

“Es va generar un estat d’opinió les 24 hores. Els formats audiovisuals no estan pensats per informar amb rigor.”

Ivan Planas

“L’opinió escrita està basada en els extrems.”

Un sistema que aporti recursos i capacitat de gestió

La presa de decisions extraordinària per atendre l'emergència requereix d'un sistema que aporti els recursos necessaris, que sigui flexible i doni seguretat jurídica als que han de prendre decisions.

Adrià Comella destaca “l'enorme capacitat organitzativa dels professionals de la salut” i que “segurament en una situació de tanta tensió i d'observació de tant risc social i individual, es prenen decisions més assenyades, menys egoistes i més altruistes”.

“Cal dotar els professionals de la capacitat de continuar fent-ho per tal que continuïn prenent bones decisions en pro del sistema, amb la màxima flexibilitat, autonomia de gestió, amb normes i pautes; i a partir

de recursos finits proporcionar-los més cobertura jurídica i legal en la presa de decisions. Hem de tenir capacitat de seguir fent-ho.”

“No ens podem permetre no garantir un pressupost públic que ens permeti retenir uns professionals que ens han donat tant.”



Transformació digital: més oportunitats per connectar amb la ciutadania, per accelerar els processos assistencials i organitzatius. Cal un impuls a l'alfabetització sense deixar ningú enrere. Transformació digital amb i al servei de les persones, l'organització i el sistema.

Mireia Subirana

“Vam innovar tots. La salut digital ens va permetre mantenir el vincle amb les famílies i seguir atenent les persones amb models d'atenció no presencials.”

Transformació contínua del model assistencial: cal avançar cap a una atenció integrada i sanitària i cal potenciar l'atenció primària i comunitària, l'atenció intermèdia més enllà de l'hospitalització convencional, i orientar l'atenció hospitalària a una més alta intensitat i una atenció a la dependència amb serveis més personalitzats. Vetllar pel continuïtat assistencial i millorar l'atenció a la dependència, la cronicitat, l'atenció en el domicili i en les residències.

Marta Serrarols

“El veritable repte del sistema és situar l'atenció primària en el centre.”

“Hem de superar situacions com les que es van produir a les residències.”



Models en xarxa

Acceleració de la transformació del model assistencial amb més necessitat d'integració i col·laboració entre centres, amb requeriments de mobilitat de professionals i amb menys dependència de les estructures físiques localitzades.

Manuel Álvarez

“El treball col·laboratiu i en xarxa ha estat clau per mobilitzar tots els recursos, públics i privats.”

Governança del sistema

Els centres sanitaris reafirmen el seu rol com a generadors de coneixement i la seva aposta per l'evidència científica i l'aportació de valor en la pràctica clínica. En un context de recursos finits, és rellevant la prioritització, la planificació i l'avaluació.

Ivan Planas assenyalava que tenim un model d'interrelació entre el pagament i els resultats que va més enllà de parlar de capítols pressupostaris. “Hem de recuperar la planificació que, preparada per respondre a situacions d'emergència, orienti la coordinació entre accions, doni autonomia de gestió i s'avanci a temes tan importants com l'orientació sanitària a residències.”

Nou contracte social

Orientat a un millor servei a les persones i a les poblacions que atenen. Explicar a través d'una comunicació responsable el balanç social del que es fa i perquè es fa per tal de generar confiança i compromís i la prioritització com a instrument de racionalització.

Guillem López Casanovas

“La salut necessita una bona economia per finançar-la i l'economia necessita un bon sistema de salut perquè no s'enfonsi.”

“El sector salut ha guanyat crèdit davant la societat, necessitem una bona governança de sistema i organitzacions per enfortir un nou contracte social.”

Ivan Planas

“El sector salut necessita estabilitat econòmica, la que el pacte social li reconeix.”



DEBAT

Quina és la clau per passar d'informes de diagnòstic i mesures a les reformes efectives?

Miquel Vilardell

“Hem fet molts informes, contra-informes. Està tot escrit. Però el que es pot fer és molt diferent. Alguna cosa està impedit que es puguin portar a terme certes coses. La teoria ho aguanta però la pràctica, no.” I obre fil.



El 1991, l'Informe Abril Martorell aportava 64 recomanacions per a la reforma del SNS a l'Estat espanyol amb l'objectiu de garantir la seva sostenibilitat de futur i, des d'aleshores, hi ha hagut desenes d'informes més amb el mateix propòsit.

A Catalunya cal recordar els informes del grup d'experts coordinat per **Miquel Vilardell** del 2005 i el 2009, i el document de Bases per a un Pacte Nacional de Salut a Catalunya, entregat al Parlament el 2014 i elaborat per una comissió coordinada pel professor Pere Ibern. I, més recentment, en el marc de l'ACORD GOV/91/2020, de 14 de juliol de 2020, pel qual es creen el Comitè d'experts per a la transformació del sistema públic de salut i la Comissió interdepartamental per a l'elaboració de l'Agenda de transformació del sistema públic de salut, **Antoni Trilla** va liderar l'informe "30 Mesures per enfortir el sistema de salut de Catalunya" (setembre 2020). Un treball altament participat i de gran consens entre el sector.

Del mateix any és l'informe "La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança", de **Guillem López Casanovas**. La principal conclusió és que Catalunya necessita 5.000 milions a la sanitat pública per equiparar la seva despesa a la de països similars. El document fa evident un infrafinançament de gairebé el 40% en comparació amb aquests països i alerta que el dèficit crònic pot abocar el sistema sanitari català a una situació crítica.

Si assumim que vivim una nova època i que reconeguts experts ja han dibuixat

el camí per transitar millor a partir d'argumentacions tècniques i evidències, com passem de la bibliografia documental als canvis transformacionals?

Segurament superant resistències i entenent noves formes i nous estils d'encarar els assumptes col·lectius. Promovent lideratges transformacionals, que siguin capaços de transformar la realitat actual i construir-ne una de nova. En aquests moments, a més d'aportar una visió, el lideratge ha de fer entendre la naturalesa del canvi que estem vivint i ha de generar complicitats per assumir i sostenir aquesta nova realitat. Necessitem lideratges polítics i socials carismàtics amb vocació d'exercir com a exemple, conscients que han de ser un referent per a la resta amb l'objectiu clar que dirigir és servir.

Lideratge per conduir l'agenda de transformació del sistema públic de salut

Els lideratges han de fer possible una agenda de transformació orientada a l'acció, i han de posar més èmfasi a analitzar quines són les resistències al canvi que han motivat que informes precedents no hagin tingut recorregut per fer que les coses passin.

Per a **Antoni Trilla** "el problema és que ens hem de creure el que diem i que necessitem voluntat política, lideratge polític, voluntat professional i lideratge professional per dur a terme alguns d'aquests canvis proposats o per entendre que no es poden fer ara i s'han d'ajornar i planificar". Des de la seva experiència, **Josep Martí** considera "molt difícil aglutinar voluntats polítiques per abordar una veritable reforma sistemàtica,



perquè en aquests moments l'àgora política no està preparada per encaixar les tensions que generen veritables reformes, i la bondat no té capacitat d'imposar-se”.



Les incerteses vinculades als reptes del nostre temps com ara la digitalització de la informació, la crisi climàtica, la transició energètica i la globalització econòmicofinancera dificulten cada cop més l'encert en les actuacions públiques. Per això, calen gran dosis de responsabilitat i de compromís individual i col·lectiu amb l'estat del benestar.

I aquest compromís s'ha de concretar en pactes socials amb agents legítims superant interessos partidistes i acordant un pla d'acció.

En aquest entorn sembla raonable centrar-nos a donar resposta als reptes actuals i no obrir debats ideològics de model que ens allunyen d'allò que preocupa professionals i ciutadania. És hora de sumar i no de confrontar models, i Catalunya, des del seu propi model diferencial, està ben posicionada per a fer-ho.

Activar el pacte i el consens social

Acord parlamentari, acord d'acció de govern, acord social? S'han provat totes les opcions per procurar generar consensos estables, però darrerament l'interès particular ha ocupat el debat des de la ideologia, i no des de les dades i la realitat. En aquest context és difícil encaixar l'agenda política amb l'agenda de les propostes d'experts per a millorar l'accessibilitat, qualitat i sostenibilitat del sistema de salut. Per això és important activar el pacte i el consens social.

Manuel Álvarez

“En aquest nou contracte social cal posar en valor la contribució de la col·laboració públicoprivada en el model sanitari català, amb una xarxa diversa de proveïdors i de servei públic.”

Ivan Planas se suma a la necessitat d'abordar reformes, sota el seu punt de vista, un cop superada la pandèmia hi ha la tendència a creure que ho hem superat i tornar al punt de partida, i en l'àmbit social i en l'àmbit polític el sector salut està perdent rèdit reputacional. “Cal alineament, cohesió com a sector i lideratge”, afirma.

Marta Serrarols

“No hi haurà recursos infinits i amb el que tenim hem d'escoltar els professionals i la ciutadania per centrar-nos en allò que aporta valor.”

“Hem de superar entrebancs ideològics, normatius, tecnològics per fer el que hem de fer. La solució també ha d'estar dintre mateix, professionals i organitzacions.”

“Els resultats de les EBA són bons, transparents i ben valorats per la població. I per què no hi ha més EBA? No hem sabut explicar que les EBA som i ens sentim sanitat pública.”

Guillem López afirma que una opció és actuar per la via de la mateixa voluntat política i una altra és fer un pacte d'estat i impulsar un HispaNICE. En aquest sentit, recorda que els experts han proposat la creació d'una institució independent d'avaluació de les prestacions sanitàries, incloent-hi l'avaluació econòmica i el seu impacte pressupostari. Aquesta institució, HispaNICE, hauria d'informar l'Estat espanyol sobre les decisions del Sistema Nacional de Salut (SNS), d'acord amb els coneixements i les evidències disponibles. "O actuem per la via política o anem per la via subliminal d'anar fent coses organitzatives. A la política li costa molt dir que no, i els gestors han de dir que no de tant en tant."

"Creem una autoritat independent per a la priorització i avaluació i donem més autonomia de gestió als centres."

Tenim un bon sistema de salut però cal més salut a totes les polítiques i més prevenció

En bona mesura, el sistema de salut ha permès encaixar l'impacte de la COVID-19 però perquè sigui efectiu cal més salut a totes les polítiques públiques. Davant de societats longeves el repte és estar preparat per atendre la malaltia i la dependència, però sobretot per actuar preventivament per millorar l'estat de salut, disminuir el risc a emmalaltir, i promoure l'autonomia personal.

Ivan Planas recorda que més d'un 80% dels determinants de la salut no tenen a veure amb la pròpia salut.



Aina Plaza
"Hem de treballar més enllà del sistema sanitari; si no assumim la lluita contra les desigualtats en salut, no abordant-ne els determinants

socials, no tindrem la salut que volem. Per això és necessària una governança compartida amb altres departaments, altres sectors, el món local, els agents socials, les entitats ciutadanes i la societat civil."

Recursos per transformar

Partiem d'un subfinançament i han entrat recursos extraordinaris per atendre la COVID-19 que cal mantenir en el sistema per fer front als nous reptes.

Millorar el finançament del sistema de salut i social per a adequar-lo a les necessitats creixents associades a l'envelliment, a la incorporació de nous tractaments amb eficàcia provada, entre d'altres. El subfinançament del sistema no pot anar a càrrec de la viabilitat de les organitzacions, retribucions de professionals, llistes d'espera, obsolescència d'equipaments i infraestructures.

La millora del finançament de Catalunya respecte a la seva capacitat de generar riquesa, i la seva capacitat d'autogovern formen part del debat sobre recursos i prioritats.

Els participants en el debat coincideixen en què l'Estat s'ha fet càrrec d'una situació

d'emergència amb els fons COVID-19 però reclamen que aquests fons es consolidin en el pressupost per tal de fer front a una despesa que continua creixent.



Adrià Comella

“Siguem propositius amb la necessitat de mantenir l'actiu dels recursos COVID-19 per generar transformacions. Les transformacions no es fan en un any. Hem de tenir un horitzó de transformació.”

Ivan Planas

“El sector necessita estabilitat econòmica amb uns escenaris plurianuals.”

Salut com a sector estratègic

Aina Plaza

“La salut porta més benestar, més seguretat i més creixement econòmic. Per això, una primera mesura essencial és enfortir el sistema de salut, dotar-lo dels recursos que necessita perquè contribueixi al creixement econòmic i social del país, reforçar-lo per respondre als reptes futurs i impulsar els canvis pendents per garantir-ne la sostenibilitat.”

Integració sanitària i social, essencial i inajornable

La pandèmia ha posat de manifest que l'abordatge de l'atenció sanitària a les residències és una prioritat estratègica de país. Requereix d'un coneixement profund i professional del canvi en el perfil de les persones i famílies, de la complexitat i els reptes associats a les societats longeves, i de com el sistema de salut i el sistema social hi han de donar resposta de manera integrada.

Bona governança de les polítiques públiques

Marcant prioritats, facilitant els marcs normatius que permetin gestionar eficaçment els recursos i serveis públics, exigint bons resultats i fent-los transparents a la ciutadania.

S'aposta per més autonomia de gestió vinculada a resultats tant per part d'organitzacions com de professionals.

Ivan Planas

“Hem de repensar el que aporta valor i és més eficient a cada nivell, governança pública, organitzacions i professionals. I a partir d'aquí saber gestionar la diversitat.”



DEBAT

Com el model sanitari català ha estat clau per donar resposta a la COVID-19

Miquel Vilardell: “Model sanitari català. Tots aquí coneixem molt bé el model sanitari català. Però és un model que al món polític n’hi ha uns que en són defensors i d’altres que en són detractors. Hi ha bases per a tot això? O només ideologia política?”



El model sanitari català és un model de sistema nacional de salut de governança pública –amb una xarxa històrica de proveïdors diversa que aporta proximitat i excel·lència, compromesa amb les polítiques públiques– i avaluat per entitats transparents.

Tanmateix, la bondat del model, que ha respost davant la COVID-19, està qüestionada ideològicament, mentre continua essent un referent internacional.



La qüestió del model sanitari català

El model sanitari català ha entrat en el debat polític, uns el defensen, d'altres no. I el sector no s'ho qüestiona perquè hi ha un sentiment col·lectiu de pertinença al SISCAT i de treball en xarxa.

Ivan Planas

“El punt fort del nostre sistema és la diversitat de proveïdors amb professionals implicats i organitzacions amb iniciatives.”

“La diversitat de proveïdors ens ha portat a aconseguir millors resultats.”

“També ho són el Mapa Sanitari, és el moment de repensar-lo, i els sistemes de contractació, d'informació i avaluació.”

“Hem de repensar el que aporta valor i és més eficient a cada nivell, governança pública, organitzacions i professionals. I a partir d'aquí saber gestionar la diversitat.”



Manuel Álvarez

“La col·laboració publicoprivada és un dels pilars del sistema català, que és diferent d'altres autonomies i que ha funcionat bé.” Però “la manca de planificació normativa a la legislació sobre com ens hem de relacionar amb les entitats públiques genera inseguretat”, matisa.

Mireia Subirana

“Hem de vetllar perquè la diversitat de proveïdors no afecti l'equitat de l'atenció als pacients i els professionals no percebin massa greuges diferencials. És bo compartir protocols i experiències.”

Dolors Navarro

“És un model d'accés públic, de proximitat que genera confiança a la ciutadania. És important comptar amb la ciutadania per posar-lo en valor, prendre mesures de millora perquè també se'l sentin seu i gestionar expectatives. Com a població, tenim drets i deures.”



S'han posat en valor les fortaleeses del sistema però cal generar consensos estables en temes clau de model

Un sistema nacional de salut i social d'accés universal per a tothom amb una governança i polítiques públiques que garanteixen el bé comú i l'excel·lència dels serveis públics.



Una xarxa plural d'entitats d'excel·lència i properes al territori, amb un model de concertació que ha permès sumar recursos i coneixement, fent del nostre sistema de salut un sistema de referència en qualitat, equitat i eficiència.

Adrià Comella

“La bondat del sistema que tenim és que el fet de no ser uniforme permet que hi hagi més iniciativa, més creativitat en diversos llocs.”

“La diversitat del model permet que hi hagi més iniciativa i creativitat a més llocs i no som suficientment capaços de treure'n rendiment incentivant les bones pràctiques i estenent-les.”

Una xarxa integral d'atenció a les persones, amb uns excel·lents hospitals i sistema d'emergències, però posant en valor i potenciant la xarxa d'atenció primària i comunitària, sociosanitària i de salut mental, de residències de gent gran, de discapacitats, serveis d'atenció domiciliària, rehabilitació, transport sanitari, oficines de farmàcia, que ha de treballar de manera coordinada amb rutes assistencials centrades en la persona.

Manuel Álvarez

“La col·laboració entre diferents entitats sanitàries de diferents nivells i complexitats de forma no *fagocítica* va ser clau i ha de ser clau.”

El valor del professionalisme clínic i gestor, de la seva competència tècnica i qualitat humana.

Manuel Álvarez, Mireia Subirana, Marta Serrarols i Adrià Comella fan especial referència a l'empoderament clínic i professional. Els dos últims destaquen la importància de mantenir-lo en el temps en un escenari de més seguretat jurídica.

Mireia Subirana

“A nivell competencial de totes les professions, hem de desenvolupar al màxim la nostra competència i posar en valor l'ètica de la cura.”

Aina Plaza

“Els professionals de la salut són una de les palanques de transformació més centrals.

Davant la manca de professionals, més enllà d'incorporar nous professionals, també caldrà potenciar al màxim les competències dels professionals que ja tenim, aportar major flexibilitat al sistema, noves tasques, nous perfils professionals i equips multiprofessionals.

Al mateix temps, els professionals s'han de sentir reconeguts, ben tractats, motivats i han de participar en la presa de decisions: són atributs imprescindibles per retenir i atreure talent.”



DEBAT

Com construïm el nou contracte social amb els professionals i amb els ciutadans?



Quan vam tancar porta de casa el 13 de març de 2020, de cop i volta s'hi va colar la fragilitat, la pròpia i la dels altres. La vida i el món havien canviat per sempre. A partir d'aquí, el “cuidem-nos” i el “cuidar qui ens cuida”. A primera fila, els professionals van rebre l'impacte més gran.

En un tancar i obrir d'ulls, el marc per exercir les professions sanitàries havia desaparegut; des dels estàndards d'atenció als pacients passant per la seguretat o la disponibilitat del material, fins a la presa de decisions. Els experts assenyalen que quan hi ha pocs recursos cal destinar-los a qui més benefici en pugui treure. Fàcil de dir i molt difícil de gestionar i de fer.

Cal un debat social a fons, més enllà de l'àmbit sanitari, perquè els professionals estiguin ben acompanyats si malauradament es troben en aquesta tessitura i han de disposar de criteris compartits com ara guies, protocols i equips de suport a les decisions o comitès d'ètica, que els ajudin i els donin suport davant de decisions difícils.

Amb la irrupció de la pandèmia va quedar palès que a més de l'ètica les professions sanitàries porten en el seu ADN també la bioètica. I seguint aquest fil, també cal una anàlisi més profunda de com volem enfrontar-nos a la mort i al dol.

Amb els professionals

Més enllà del reconeixement públic cal millorar altres aspectes vinculats al professionalisme com el model de relació metge - pacient - organització sanitària - societat i dotar els sistemes de salut de l'estat de benestar dels recursos necessaris.

Cal transformar la cultura de les organitzacions, els estils de lideratge i incloure el benestar i la cura del professional com un element imprescindible en l'avaluació de la qualitat del servei prestat.

Quan la COVID-19 sembla no tenir aturador, ens cal un debat a fons sobre com cuidem i què esperem de les professions sanitàries. Es tracta d'un debat que va més enllà del sector i que implica el conjunt de la ciutadania. Aquest debat ha d'establir un equilibri entre allò que volem com a ciutadans i allò que estem disposats a oferir (condicions laborals).



Tot això va representar un desgast important a nivell psicològic, emocional i físic. **Marta Serrarols** fa èmfasi en què “ens hem d'escoltar més i estar al cas de la salut mental dels professionals en aquests moments perquè no ho hem valorat prou. I n'hi ha molts que estan a punt de petar”. I afegeix que cal reforçar el suport emocional, revisar càrregues assistencials, implicar-los en l'organització del treball i reconeixement.



Amb els ciutadans

Dolors Navarro opina que és important avançar en la incorporació de les persones (professionals, ciutadans, pacients i famílies) en la presa de decisions. Així mateix, veu necessària més formació tant per a professionals com per a pacients per poder assolir un contracte social de manera efectiva. I rebla: “em preocupa molt que aquest nou pacte social deixi que les bretxes encara es facin més grans. Per tant, ha de ser un pacte social que posi molt èmfasi en el valor del bé comú, en aspectes de protecció social de les famílies, del benestar i d’atenció a la vulnerabilitat”.

En aquest context, **Josep Martí** defensa que ha d’haver un marge per a “gestió del risc personal” en el sentit de poder prendre i assumir determinades decisions.



Entre ciutadans i governants

Segons afirma **Guillem López Casasnovas** “el contracte social és entre ciutadans i governants” i “després es traduirà en la valoració que facin els ciutadans com a pacients respecte dels governants, que són els seus gestors”. I afirma que, en aquests moments, “el contracte social està trencat” i “la sanitat és una arma llancívola per fer batalla política”. I segueix explicant que “serà difícil reconstruir-lo, però s’ha de fer, perquè no tot serà *gratis anymore* i cal trobar un acord entre nosaltres per no allunyar-nos del món real”.



DEBAT

El lideratge és pacte i el pacte, exigència



Xavier Trias, exconseller de Salut, recorda, l'any 1991, en què s'encarrega l'informe Abril Martorell i que apuntava un seguit de mesures per fer front a la sostenibilitat d'un sistema nacional de salut i opina sovint ens sentim en el punt de partida de moltes reformes.

“La pandèmia, es digui el que es vulgui, ha confirmat l'èxit de la nostra sanitat.” En aquest sentit, subratlla que “el resultat ha estat un esforç ingent de la gent i el sistema ha demostrat que, amb moltes dificultats, era capaç de donar resposta, fins i tot més enllà”. I que, “l'Estat ha decidit que hi posava diners i, per tant, hi ha hagut possibilitats, dintre del desconcert que genera una pandèmia com aquesta”. Tanmateix, “tenim una situació difícil, complicada, més complexa”.

Pel que fa als recursos econòmics, considera que “ara tenim un problema gravíssim: s'ha acabat la pandèmia, s'han injectat uns diners i cal que es consolidin en el pressupost. Perquè necessitem un millor finançament i saber explicar per què i a què els destinarem. Aquesta és la discussió de fons”.

“Una de les obligacions que té l'Administració pública ara, en col·laboració amb la resta d'entitats, és com dissenyem el

sistema sanitari de futur. Què fem? Per què ho fem? En quines condicions ho farem?”

“Hem de repensar la relació amb els professionals. Com pagarem els nostres professionals d'una manera que incentivi el que volem incentivar. Volem incentivar la prevenció, el contacte personal i com fem que les noves tecnologies serveixin per apropar-nos. Aquest és el plantejament que hem de fer.”

“Encara que no tinguem els diners, hem de ser capaços de començar a dissenyar tot això per generar un entusiasme en els professionals. Els professionals s'han d'entusiasmar. Crec que no es gens fàcil. Això exigeix coses que s'han dit en el debat: lideratge. Lideratge és que tot el sector decideixi que fa massa crítica perquè això exigeix acabar en un pacte. El pacte és lideratge i el pacte és exigència. Cal establir consensos en l'àmbit polític.”

L'atenció domiciliària integrada, social i sanitària (ADI)

La Unió aposta decididament per una transformació del model d'atenció en l'àmbit domiciliari per tal de proporcionar una atenció integral de necessitats socials i de salut als ciutadans de Catalunya, millorant la qualitat de vida des l'entorn més proper a la persona. L'envelliment de la població i les preferències de la societat actual situen l'atenció domiciliària integral (ADI) com una opció preferent, individualitzada, segura, personalitzada i de qualitat.

Un dels reptes de les societats longeves és prioritzar l'acció preventiva per millorar la salut i l'autonomia de les persones més enllà de la malaltia i la dependència. Actualment, més de 50.000 persones a Catalunya reben serveis d'atenció a domicili públics i/o privats i segons dades recents el 96,4% de la gent prefereix ser atesa a casa seva.

La necessitat està diagnosticada i el tractament està escrit. En aquest monogràfic us proposem una ruta ràpida per aprofundir en la necessitat, el propòsit, la mirada internacional, sobre els estudis i sobre el terreny, la voluntat política i la iniciativa social, així com la proposta de La Unió.

Una proposta que és fruit de la transversalitat del teixit associatiu de La Unió. Des de la Comissió d'Interacció Sanitària i Social s'ha incorporat la visió de l'atenció especialitzada, la visió de l'atenció primària i comunitària, l'atenció a la salut mental, els serveis socials i l'autonomia personal i l'atenció sociosanitària partint d'exemples demostratius d'entitats capdavanteres en l'ADI. La proposta de La Unió es recull en un informe i es concreta en un Decàleg de propostes.

ADI, necessitat i propòsit

- 34 **El futur passa per l'atenció domiciliària**
Pepa Romero

ADI, obrim la mirada al món

- 40 **Atenció integrada social i sanitària, mirada internacional**
Josep Fusté, Carles Oliete, Joan Cánovas i Oriol Fuertes

ADI, voluntat política

- 48 **Atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari a Catalunya: passem a l'acció**
Aina Plaza i Montserrat Vilella

- 56 **L'atenció integrada com a eina estratègica**
Joana Ortega

ADI, la proposta de La Unió

- 58 **Des d'una mirada transversal**
Lluís Gràcia Prado, Ignasi Riera, Joan Solà, Meritxell Centeno i Francesc Brosa

- 66 **Partim de projectes demostratius d'atenció domiciliària a Catalunya**

- 68 **Una transformació possible**
Oriol Fuertes

70 **Propòsit i finalitats**

72 **Enfocament**

73 **Línies estratègiques**

74 **Propostes per avançar**

76 **Decàleg per impulsar l'ADI social i sanitària**

77 **La Unió, transformadora del model**

Opinió

- 78 **Experts i Administració, representants del món local, professionals i ciutadania**

ADI, NECESSITAT I PROPÒSIT

El futur passa per l'atenció domiciliària



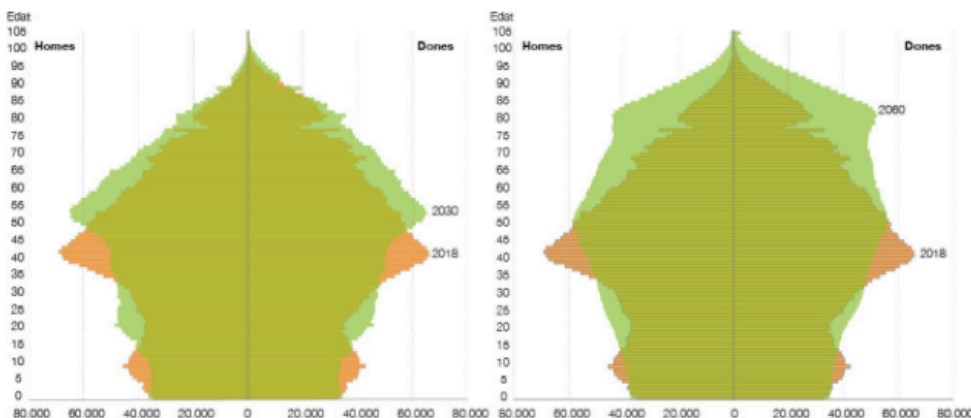
Pepa Romero

Secretaria Tècnica d'Atenció Sociosanitària i Dependència de La Unió

Com bé sabem i s'ha constatat en diferents estudis, la majoria de les societats han evolucionat en els darrers anys a causa dels diferents canvis que s'han produït, canvis demogràfics, culturals, tecnològics, econòmics, de valors, de preferències... que han comportat un augment de l'esperança de vida i una disminució de la natalitat, fets que han provocat un increment molt significatiu de les persones grans a la nostra societat. Però aquest augment de la longevitat també és un avenç social important i un gran triomf de la humanitat, i ha suposat alhora un repte per crear les condicions socials, econòmiques i personals que permetin arribar a edats avançades en bones condicions de salut i de qualitat de vida.

L'evolució de la població de 65 anys i més ha augmentat de manera progressiva i constant en les darreres dècades i ho continuarà fent en el futur.

Població per sexe i edat segons l'escenari mitjà. Catalunya, 2018, 2030 i 2060



Dades extretes d'IDESCAT.

Vida activa i amb qualitat

Cal considerar l'envelliment com un procés individual que s'estén al llarg de la vida i fa que la ciutadania arribi a la vellesa en bones condicions de salut, promovent la seva participació en la societat, afavorint la formació al llarg de la vida i garantint els seus drets de viure una vida activa i amb qualitat.

L'OMS defineix l'envelliment saludable com el procés d'optimitzar les oportunitats de salut física, mental i social que permetin a la gent gran participar activament en la societat sense patir discriminació i gaudir una qualitat de vida bona i independent.

Amb tot, l'entrada a la vellesa no es refereix a cap edat en particular, sinó a un estat de deteriorament funcional experimentat

subjectivament o objectivament. En aquest context, la tendència és abordar en positiu els reptes de les societats longeves i considerar un nou concepte de gent gran.

Certament, amb el sobreenvelliment no podrem obviar que, segons els estudis publicats, aquesta longevitat anirà acompanyada d'alta fragilitat i alta probabilitat de patir una patologia crònica complexa o de risc elevat, amb l'evolució cap a un grau de discapacitat i/o increment del nivell de dependència. També es constata que l'increment de la complexitat variarà segons si la persona viu a casa seva o està institucionalitzada. Cal actuar avui preventivament, acompanyant un envelliment actiu i saludable per disminuir el risc d'emmalaltir i disminuir el risc a la dependència.

	Índex d'envelliment	Índex de sobreenvelliment
2022	131,1	17
2021	127,1	16,9
2020	124,2	17,1
2019	121,5	16,9

Dades extretes d'IDESCAT.

A casa fins a l'últim moment

En l'evolució de les necessitats globals de les persones de la nostra societat, tenint en compte l'opinió dels experts dels diferents sectors (social i de salut) i les diferents experiències internacionals, serà bàsic reconèixer la diversitat de la població i la necessitat immediata d'una atenció més integrada, social i sanitària, en tots els seus àmbits: gent gran, persones amb sobre-
envelliment, persones amb discapacitat i/o dependència, persones amb problemàtica social derivada de la salut mental i, en general, per a totes les persones amb necessitats complexes d'atenció durant el cicle vital. L'objectiu principal és millorar la qualitat de vida de les persones, independentment del lloc on visquin, però satisfent les seves necessitats.

Hem de pensar que quan parlem de dependència, aquesta pot aparèixer en les persones a qualsevol edat i cal respondre a les seves necessitats, proporcionant els recursos als seus familiars i afavorint el seu entorn.

Un altre punt a destacar, tal com es reflecteix en l'estudi d'AQuAS de 2017, és que les persones grans prefereixen quedar-se a casa seva fins a l'últim moment de la seva vida, sempre que sigui possible, i evitar els internaments a centres. Actualment aquest desig no és possible per a tothom, ja que els recursos d'atenció a domicili són escassos i no poden cobrir les necessitats de les persones a atendre. Per això actualment només tenen possibilitats les persones amb un estatus econòmic elevat, que poden cobrir les necessitats

	Índex de dependència juvenil	Índex de dependència de la gent gran	Índex de dependència global
2022	22,2	29,1	51,3
2021	22,7	28,9	51,6
2020	23,2	28,8	52
2019	23,7	28,8	52,5

Dades extretes d'IDESCAT.

de les persones les hores i els dies que calgui (les persones tenen cada dia les mateixes necessitats i a diferents moments i hores del dia, no només a hores i dies puntuals, que són les que cobreix l'atenció domiciliària actual). L'atenció domiciliària és una necessitat objectiva i creixent que legitima el canvi. Es demostra que avui per avui no és una alternativa real a l'internament residencial; actualment no existeix una cartera de serveis de cobertura pública com a tal.

Des de fa temps es promulga que el domicili passarà a ser un espai predominant en l'atenció a les persones, i que aquesta atenció ha de ser integrada en funció de les necessitats de cada persona. Tot i que s'han fet propostes de model des de les polítiques, el cert és que queda un camí llarg per recórrer en la seva implantació, però la necessitat d'avançar-hi no té marxa enrere.



En el model de l'atenció domiciliària, el nostre país ha d'afrontar i donar resposta a quatre grans reptes:

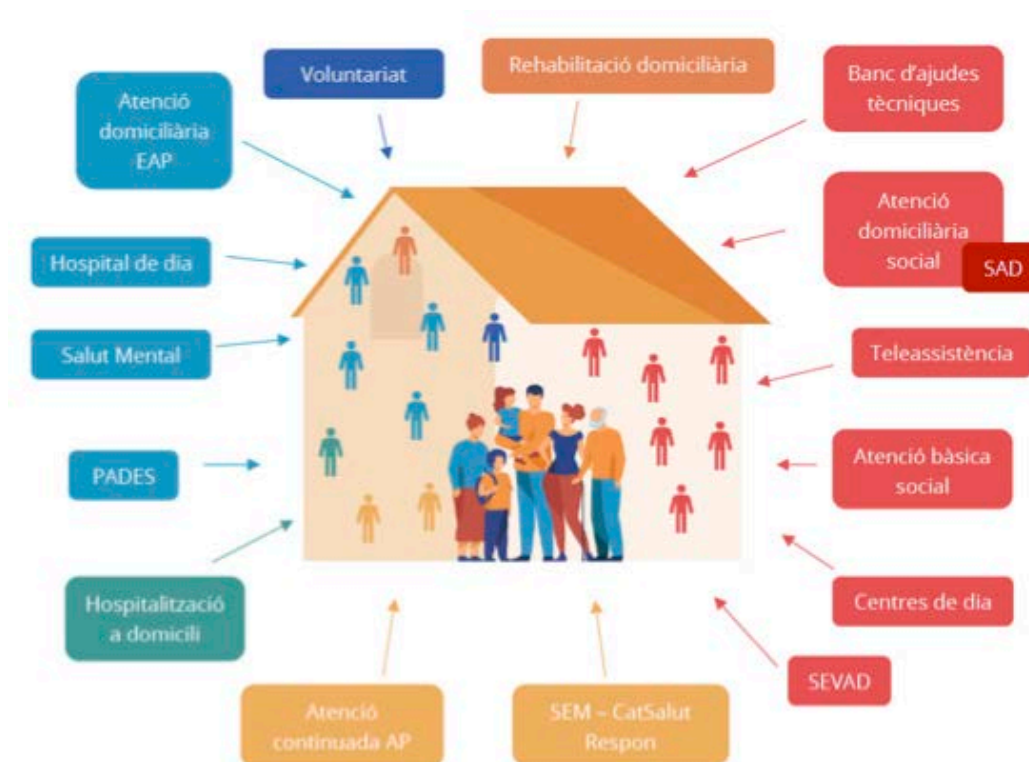
- Envel·liment, cronicitat i dependència de la nostra població, amb un creixement esperable de la demanda de serveis d'atenció a domicili.
- Un sistema d'atenció domiciliària separat entre les polítiques de salut i les polítiques socials, estancat quant a model assistencial i altament atomitzat i fragmentat (a Catalunya, s'han arribat a comptar 13 proveïdors diferents en un mateix domicili, amb objectius separats), amb dificultats d'interrelació de sistemes d'informació, cosa que fa que es perdi la visió de l'atenció centrada en la persona.
- Un col·lectiu professional cuidador amb un estatus social baix, elevada precarietat laboral i gran escassetat de professionals present i, sobretot, futura.
- El repte de sostenibilitat econòmica del sistema social i de salut, tal i com l'entenem avui.



Fins a

13

Professionals al domicili amb objectius separats.



Cal dur a terme una transformació de model d'atenció en l'àmbit domiciliari que tingui per objectiu principal una atenció integral de necessitats socials i de salut de la ciutadania de Catalunya, millorant la qualitat de vida a casa i estalviant l'ús de recursos públics. Cal una atenció domiciliària integral, segura i personalitzada, tenint en compte els valors, preferències i necessitats de la persona a atendre, dels seus familiars i del seu entorn.

Les noves polítiques de salut requereixen una visió holística i comunitària més àmplia i no només atendre la malaltia i la dependència, sinó sobretot procurar la salut i l'autonomia personal amb polítiques preventives i de promoció. Calen unes polítiques preventives transversals, tenint en compte que un 80% dels determinants de salut no depenen del sistema sanitari.

Com hem comentat anteriorment, en l'evolució de la nostra societat, les persones també hem anat evolucionant i han sorgit noves necessitats que requereixen uns nous models d'atenció, amb uns sistemes de cura i de seguiment que incloguin la proximitat.

Uns models d'atenció centrats en les persones que requereixen treballar en xarxa en el territori (salut i social), i des d'un enfocament multidisciplinari i interdisciplinari.

Catalunya aposta per l'atenció integrada social i sanitària com a eina estratègica per garantir una resposta de qualitat i equitativa a les persones amb necessitats d'atenció. Actualment impulsada pels departaments de Drets Socials i de Salut i amb la col·laboració dels ens locals, s'ha creat l'**Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària**, que serà l'instrument que ha de permetre dur a terme totes les línies estratègiques d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. L'atenció integrada és una oportunitat per transformar el sistema, una palanca de canvi cap a una atenció de més valor i amb valors. Una de les quatre línies estratègiques és l'atenció domiciliària integrada social i sanitària, per promoure el domicili com el lloc natural d'atenció de les persones i dels seus cuidadors, d'acord amb les seves necessitats, valors i preferències.

Davant d'aquesta situació, La Unió es compromet a ajudar a impulsar i desenvolupar l'atenció domiciliària integrada.

ADI, OBRIM LA MIRADA AL MÓN

Atenció integrada social i sanitària, mirada internacional



Josep Fusté

Director de l'Àrea Tècnica i de Participació de La Unió



Carles Oliete

Referent internacional de La Unió



Joan Cánovas

Àrea Tècnica i de Participació de La Unió



Oriol Fuertes

Referent de la Comissió Sanitària i Social de La Unió

A Europa, s'espera que la proporció de població de 65 anys o més creixi del 32% el 2020 al 52% el 2050¹. Els països s'estan plantejant com fer front a aquest escenari de transformació del model assistencial passant de l'atenció centrada en les estructures a l'atenció centrada en la persona. Entre aquests canvis, destaca l'atenció al domicili com un espai més rellevant en el futur, tenint en compte les possibilitats que ofereix la revolució tecnològica, potenciant una major autonomia personal i responsabilitat de la persona i el seu entorn.

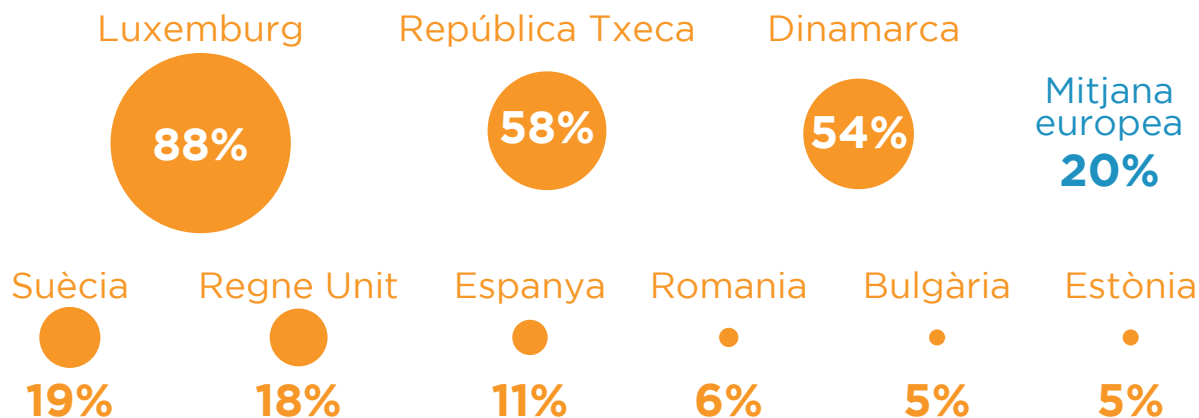
Segons dades de l'Eurostat², l'any 2016, el 20% de les llars de la Unió Europea amb persones que necessitaven ajuda a causa de problemes de salut utilitzaven serveis d'atenció domiciliària tant de professionals sanitaris, per al tractament o seguiment de la malaltia, com socials, per a l'ajuda en les tasques diàries. Les **llars que van utilitzar atenció domiciliària** en alguns països d'Europa varien del 88% de Luxemburg al 5% de Bulgària o Estònia, amb una mitjana europea del 20%.

Extret en gran part de Fusté J, Oliete C, Cánovas J, Fuertes O. Análisis comparado de los modelos de atención domiciliaria sanitarios y sociales del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia. *Estudis de la Fundació Unió*. Fundació Unió Catalana d'Hospitals 2019. Disponible a: <https://www.uch.cat/documents/anlisis-comparado-de-los-modelos-de-atencin-domiciliaria-fase-i-i-ii.pdf>

¹ European Commission. Report on the Impact of Demographic Change. 2021. Disponible a: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/demography_report_2020_n.pdf.

² Spasova, S.; Baeten, R.; Coster, S.; Ghailani, D.; Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

Llars que van utilitzar atenció domiciliària



Una de les peculiaritats de l'atenció domiciliària és la seva complexitat per coordinar els diferents agents implicats en la prestació del servei, que implica diferents professionals de l'àmbit de social i sanitari. A la majoria de països d'Europa, la responsabilitat està repartida entre els departaments de salut i el de serveis socials, que elaboren per separat la seva planificació estratègica, de provisió i finançament.

Cal destacar que orgànicament és poc freqüent la integració social i sanitària, i el nivell de descentralització territorial de competències és diferent en l'àmbit sanitari i l'àmbit social³.

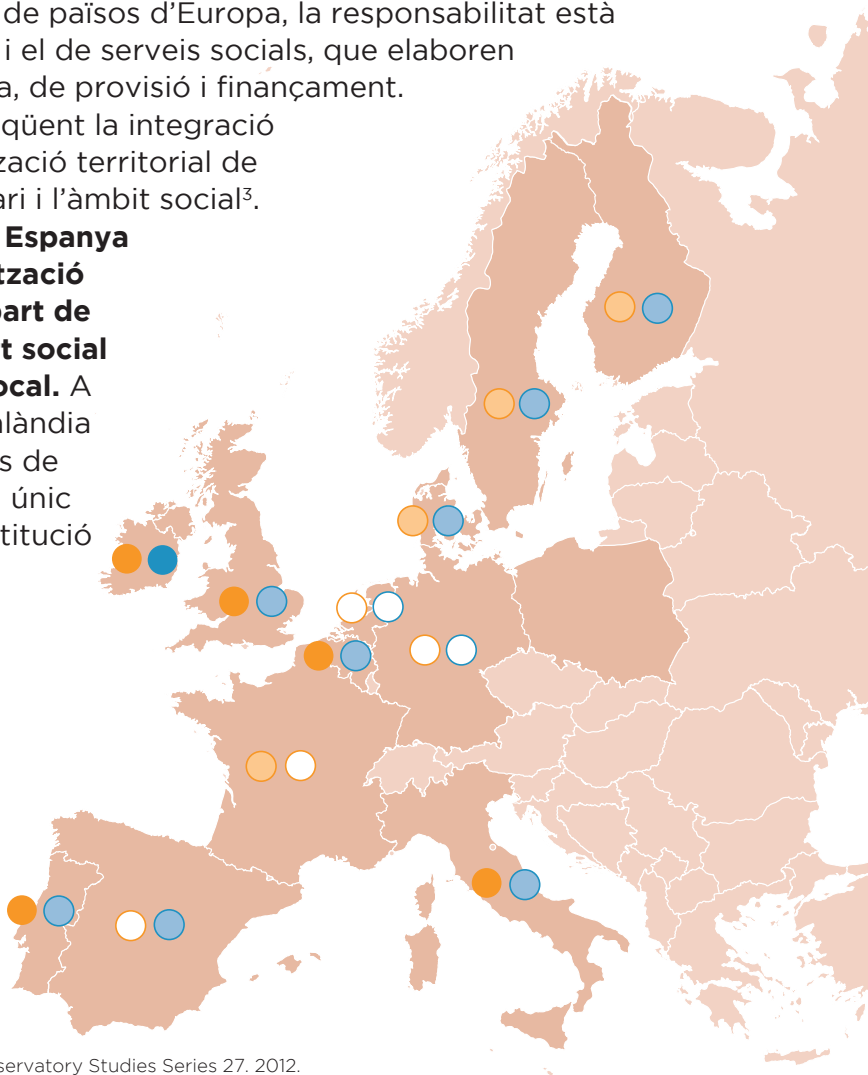
Molts països, com Bèlgica, França, Itàlia, Espanya i el Regne Unit, tenen un model d'organització on l'atenció domiciliària de salut forma part de l'Administració central o regional i la part social està descentralitzada a l'Administració local. A l'altra costat, a països com Dinamarca, Finlàndia o Suècia el govern reconeix els avantatges de proveir l'atenció domiciliària per part d'un únic ministeri i sota la responsabilitat d'una institució municipal⁴.

Administració domiciliària sanitària

- Administració central o regional (Bèlgica, Irlanda, Itàlia, Portugal, Regne Unit)
- Administració local o municipi (Dinamarca, Finlàndia, França, Suècia)
- Seguretat social o sistema nacional (França, Alemanya, Països Baixos, Espanya)

Administració domiciliària social

- Administració central o regional (Irlanda)
- Administració local o municipi (Bèlgica, Dinamarca, Finlàndia, Itàlia, Portugal, Espanya, Suècia, Regne Unit)
- Seguretat social o sistema nacional (Alemanya, Països Baixos)



³ Organització Mundial de la Salut. Home Care across Europe, Observatory Studies Series 27. 2012. Disponible a <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges-2012>.

⁴ Adaptació de l'Organització Mundial de la Salut. Home care in Europe. The solid facts. 2008. Consultat l'octubre de 2018 <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>.

Experiències internacionals innovadores

L'atenció domiciliària és una modalitat assistencial que ha evolucionat en els últims anys però que necessita d'una profunda transformació per seguir avançant. L'estudi elaborat per La Unió el 2019⁵ aporta un marc de referència sobre els models existents d'atenció domiciliària sanitària i social en el context de les experiències internacionals més rellevants, entre les quals destaquen països com Finlàndia, Holanda, Canadà i Gran Bretanya.

A continuació s'exposen **alguns països capdavaners en el desenvolupament de l'atenció domiciliària** que han prioritzat aspectes com el **lideratge institucional**, el **treball interdisciplinari**, l'**orientació preventiva i comunitària i de suport al cuidador**, i la **transformació digital i els marcs avaluatius**.



Canadà

Pràctiques col·laboratives i de treball interdisciplinari

Es disposa de les xarxes locals d'integració de la salut que defineixen la distribució de treball amb assignació de rols i tasques als diferents professionals i nivells assistencials que intervenen en el domicili. Per a això es fomenta el coneixement mutu entre professionals i la seva comunicació amb protocols, circuits, planificació de tasques, quadres de comandament, etc.⁶ A més, és dels pocs països que avalua amb qüestionaris el grau de col·laboració dels professionals⁷.



Estats Units

Kaiser Permanente i la seva aposta per la transformació digital

Prioritza l'atenció no presencial i el monitoratge a distància de les persones en el domicili com la clau per ser més eficients i com a eines facilitadores de la coordinació i col·laboració entre professionals⁸. Els pacients reben videotrucades, tenen accés a una infermera les 24 hores del dia i els dispositius perifèrics permeten als professionals monitoritzar i vigilar l'estat de salut.

5 Fundació Unió Catalana d'Hospitals. Análisis comparado de los modelos de atención domiciliaria sanitarios y sociales del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia. *Estudis de la Fundació Unió*. 2019.

6 Govern del Canadà. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/home-community-care.html> d'atenció domiciliària i comunitària.

7 Hort, C.A.; Rei, G.A.; Khalili, H.; Bezzina, M.B. Assessment of Interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Cura Prof*. 2012;32(1):58-67.

8 Kaiser Permanente. The value of telehealth in a connected System. <https://business.kaiserpermanente.org/kp-difference/high-quality-care/telehealth-value-in-connected-system>.



Gran Bretanya

Pressupostos conjunts entre els sector salut i social

Els *pooling budgets*, o pressupostos compartits, permeten a les organitzacions locals socials i sanitàries finançar conjuntament serveis domiciliaris en lloc de prestar uns serveis amb contractes per separat. Així, els serveis són transversals mitjançant un fons comú destinat a un equip multidisciplinari social i sanitari i s'eviten duplicitats⁹.



Anglaterra

Millorar l'experiència del pacient mitjançant els instruments del NHS

El NHS prioritza involucrar els pacients en la presa de decisions compartides sobre el seu tractament i atenció, sobre la base de la informació i l'educació adequades. Per a això, les organitzacions territorials del NHS i els proveïdors han de treballar conjuntament per capturar les vivències dels pacients al llarg dels processos, transicions i contactes amb els diferents nivells assistencials, incloent-hi el domicili.



Finlàndia

Governança compartida, descentralitzada i local

Les administracions locals poden decidir descentralitzar en una agència que sigui la responsable d'integrar tots els serveis que són finançats per l'Administració i pels usuaris a través de copagament. Així, amb l'agència es promou el treball col·laboratiu entre sectors i l'Administració local descentralitza, amb totes les negociacions dels proveïdors de serveis en un sol agent. A més, el país disposa d'un sistema d'informació compartit entre tots els agents implicats en el servei amb l'objectiu de donar suport als professionals en la presa de decisions ja que permet la interoperabilitat de les dades del pacient.



Dinamarca

Circuits i protocols locals de cooperació

Els municipis són responsables de proporcionar i garantir la qualitat dels serveis socials amb algunes competències del sector salut com l'atenció domiciliària. Es prioritza la col·laboració intersectorial amb normes i directrius per a la comunicació entre els diferents nivells assistencials i amb una infraestructura per a l'intercanvi d'informació entre els actors de l'atenció sanitària i social implicats en l'atenció domiciliària¹⁰. En tot moment, el pacient té identificat un professional de referència.



Holanda

El model Buurtzorg d'autoorganització funcional d'equips

El model consisteix en la creació d'equips comunitaris autogovernats liderats per infermeres, amb total autonomia de treball i que tenen per objectiu maximitzar l'autonomia dels pacients. Prioritzen que la totalitat dels serveis realitzats es facin al domicili de la persona i propers a la comunitat.

⁹ NHS Nord-oest de Londres. Què volem aconseguir posant en comú pressupostos? NHS North West London, Collaboration of Clinical Commissioning Groups (data de consulta setembre de 2019). Disponible a <https://www.nwlondonccg.nhs.uk/professionals/primary-care/whole-systems-integrated-care-wsic-dashboards-and-information-sharing/wsic-toolkit/chapter-7/what-do-we-want-achieve-pooling-budgets>.

¹⁰ Campbell, L; Wagner, L. Prevention and rehabilitation in the long-term care System. National Report Denmark. INTERLINKS - A Europe-wide resource that aims to improve long-term care for older people. European Comission.

Conclusió

Els països amb experiències d'atenció domiciliària més innovadores han impulsat estratègies en el marc del model d'atenció centrada en la persona, amb l'objectiu de respectar les necessitats i preferències de les persones fent-les participar per igual en la planificació, desenvolupament i avaluació dels processos d'atenció. Tot i la gran variabilitat de models internacionals, es pot observar un denominador comú: la necessitat d'integrar els serveis sanitaris i socials que interactuen en el domicili de la persona.

En la majoria de països, l'atenció domiciliària és present en les polítiques sanitàries i socials, cosa que mostra com la idea de proximitat de l'atenció i

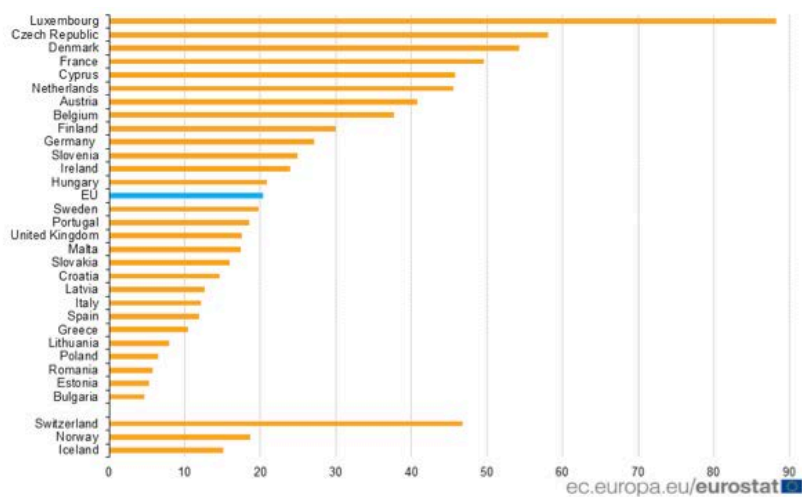
l'apropament al domicili en general està força introduïda, però en general no es tradueix en la fixació d'objectius explícits i metes a assolir.¹¹ En general, es pot observar que encara hi ha una manca d'elements de governança i instruments facilitadors, com també de sistemes d'informació i comunicació, que fan que aquestes experiències se situïn a un nivell territorial molt local i que a nivell sistèmic es trobin en fases d'implantació incipient.

No obstant, per concloure, tot i que l'atenció domiciliària integrada social i sanitària està poc desenvolupada, sí que hi ha un convenciment clar que aquest és el camí a seguir i s'espera que en els propers anys es desenvolupi dins del procés actual de transformació del model d'atenció a les persones.



¹¹ The Kings Fund. Making sense of integrated care systems. 2018. Consultat l'octubre de 2019: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems#what>

Annex. Distribució de població que rep atenció domiciliària. Europa, 2016



Font: Eurostat. 1 in 5 households in need in the EU use professional homecare services. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20180228-1>

Article fet amb el suport de **Pepa Romero**, Secretaria Tècnica d'Atenció Sociosanitària i Dependència de La Unió.

Study Tour Fundació Unió: Nottinghamshire

En el marc de l'àmbit d'internacionalització de La Unió, els **Study Tours** impulsats per la Fundació Unió permeten als assistents conèixer com funcionen i s'organitzen sistemes de salut d'arreu del món. Són uns viatges per reflexionar, fer avaluacions comparatives en profunditat i tenir l'oportunitat de veure en primera persona el que funciona i el que no.

L'any 2021 hem posat el focus en el cas d'Anglaterra, un dels països pioners a desenvolupar l'atenció integrada; en aquest sentit, el comtat de Nottinghamshire –i en concret la ciutat de Nottingham– és un territori referent. Aquesta comarca té una població diversa d'1,2 milions de persones, amb esperança de vida entre 77-80 anys (homes) i 82-83 anys (dones), i entre un 12% i 20% de la població té més de 65 anys, amb una taxa alta de persones amb malaltia o discapacitat que s'incrementarà a llarg termini.

Hi ha una gran història de col·laboració entre els sectors social i sanitari, i durant

els darrers anys han treballat en el desplegament del Sistema d'Atenció Integrat (Integrated Care Systems, ICS), el qual està format per organitzacions que planifiquen conjuntament per oferir serveis de salut i socials, a fi de millorar la vida de les persones de la seva zona. Aquestes organitzacions són salut pública, atenció primària, hospital d'aguts, serveis comunitaris i de salut mental, atenció social i altres com habitatge.

Actualment, disposen d'un model referent d'autonomia de gestió dels ens locals, gestió dels serveis i gestió pressupostària.



La finalitat de l'Study Tour era conèixer *in situ* els sistemes d'atenció integrada (ICS) de Nottingham, en un entorn demostratiu, amb professionals experts dels diferents

àmbits d'actuació i amb proveïdors, que aporten una experiència contrastada, per comprendre un nou model d'integració.

Aprentatges del model d'atenció integrada Nottinghamshire:

■ Governança:

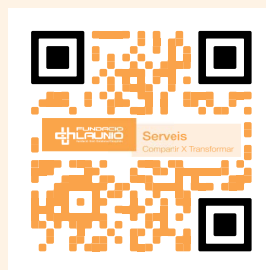
- Estratègia compartida entre sectors
- Contractació conjunta
- Participació ciutadana
- Marc d'avaluació i seguiment dels objectius pactats

■ Abordatge assistencial

- Serveis personalitzats
- Prevenció i intervenció primerenca a casa i a la comunitat
- Racionalització i eficiència en l'ús dels serveis
- Experiència persona i família

■ Treball conjunt entre professionals:

- Formació i aprenentatge conjunt
- Prescripció social
- Canals de comunicació formals i informals entre professionals i cuidadors
- Espais estables per compartir i gestionar
- Llenguatge unificat amb registres conjunts per facilitar l'accés



ADI, VOLUNTAT POLÍTICA

Des de l'Administració de la Generalitat de Catalunya i el món local s'aposta per l'atenció integrada social i sanitària. La relació entre els diferents actors serà fonamental. I també altres aspectes com l'entorn cuidador i les eines de suport, la governança i el model de contractació i compra de serveis d'atenció a domicili, entre altres.

En línia amb les polítiques públiques i la iniciativa social, La Unió proposa que l'atenció domiciliària integral sigui la punta de llança del compromís del Govern en la posada en marxa de l'Agència Integrada Social i Sanitària, i que més enllà del seu procés formal de creació avanci des d'ara mateix en aquest objectiu amb accions i fites concretes, amb la complicitat del món local i de la xarxa de provisió de serveis.

Atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari a Catalunya: passem a l'acció



Aina Plaza

Directora general de Planificació i Recerca en Salut



Montserrat Vilella

Directora general d'Autonomia Personal i Discapacitat

Al llarg de la vida, les persones podem tenir necessitats d'atenció sanitària o d'atenció social; en alguns casos, aquestes necessitats es presenten de forma concurrent –moment en el qual es fa imprescindible una atenció especialment coordinada–. Aquesta és una realitat cada vegada més prevalent, donada tant per la transició epidemiològica (cada vegada hi ha més persones amb malalties i condicions cròniques) com per la transició demogràfica. Així, si actualment una de cada cinc persones a Catalunya té més de 65 anys (i un 6% és major de 80 anys), l'any 2050 més d'un 35% persones serà major de 65 anys (i un 12% tindrà més de 80 anys), amb el consegüent increment de multimorbiditat i de situacions de complexitat. (Idescat, 2019) (OECD, 2020)

Per altra banda, les necessitats d'aquestes persones topen massa freqüentment amb uns sistemes sanitaris i de serveis socials pensats per donar resposta a la realitat del segle passat; pràcticament seguim organitzats de la mateixa manera que fa dècades, independentment dels canvis demogràfics i epidemiològics esmentats anteriorment. Aquesta realitat té implicacions negatives tant des de la perspectiva de resultats de salut i benestar (necessitats no cobertes, iatrogènia...), d'ús de recursos (duplicitats, sobre diagnòstic i sobretractament...), com d'experiència d'atenció percebuda (tant d'aquestes persones com dels professionals que les atenen i el seu entorn cuidador).

Davant aquesta realitat cada vegada més emergent, Catalunya aposta per l'**atenció integrada social i sanitària** com a eina estratègica, tant per garantir una resposta de qualitat i equitativa a aquestes persones, com també com una oportunitat transformadora de sistema, una palanca de

canvi cap a una atenció de més valor i amb valors, comptant amb la participació de totes les persones i agents que intervenen en el procés d'atenció.

Catalunya aposta per l'atenció integrada

Aquesta aposta per l'atenció més integrada té una llarga tradició a Catalunya: al llarg dels darrers decennis s'han impulsat diferents iniciatives: des del Programa vida als anys (1986), fins al Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS), l'any 2019. Totes elles han estat experiències extraordinàriament enriquidores, sense les quals avui no seria possible fer el salt definitiu cap a una atenció més integrada social i sanitària –la necessitat de la qual s'ha fet més evident que mai durant la pandèmia de la COVID-19–. Amb aquest objectiu, el Govern de la Generalitat de Catalunya ha fet explícit, a través del Pla de Govern, la decisió de crear una agència d'atenció integrada social i sanitària. L'Agència ha d'aportar respostes diligents però flexibles, basades en el coneixement però pragmàtiques, i sobretot consensuades entre els protagonistes d'aquest procés –les persones i el seu entorn cuidador, els professionals i els proveïdors–, a qui s'està implicant en la identificació de les prioritats, en el co-disseny/co-creació de les respostes i en l'avaluació d'aquestes.

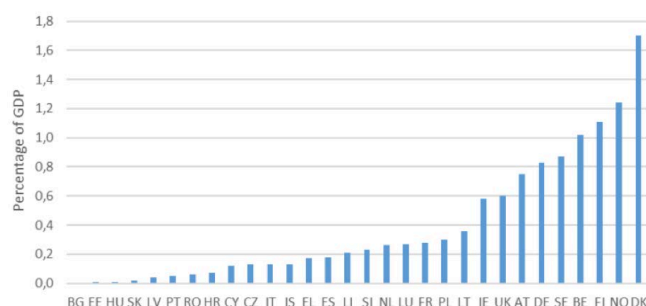
Paral·lelament al procés de creació de l'Agència, a Catalunya s'està treballant també en el desplegament operatiu de quatre línies estratègiques: atenció integrada a les residències, atenció integrada a la salut mental i les addiccions, sistemes d'informació integrats i, com no podia ser d'una altra manera, atenció integrada a l'entorn domiciliari. Partint del

treball de consens realitzat prèviament amb el **model d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari**, es vol promoure el domicili com el lloc natural d'atenció de les persones i el seu entorn cuidador, d'acord amb les seves necessitats, valors i preferències. Aquest model fomenta l'atenció proactiva, integral i integrada, a partir d'un pla d'atenció únic i compartit entre tots els i les professionals i la persona, per aquelles situacions en què són concurrents les necessitats d'atenció social i sanitària.

Atenció a domicili: més integrada que mai

Comparat amb altres països europeus, fins al moment actual, les polítiques d'atenció de llarga durada en el nostre entorn han tingut un protagonisme relatiu –tal i com mostra algun informe de la Comissió Europea sobre *Long term care policy* (Spasova, 2018) (OECD 2020)– (figura 1). En aquest context, l'atenció domiciliària (AD) ha tingut un paper residual, en contraposició a la prioritització dels recursos residencials.

Figura 1. Despesa sanitària en cures de llarga durada a domicili. Eurostat, 2018 (ES: Espanya)



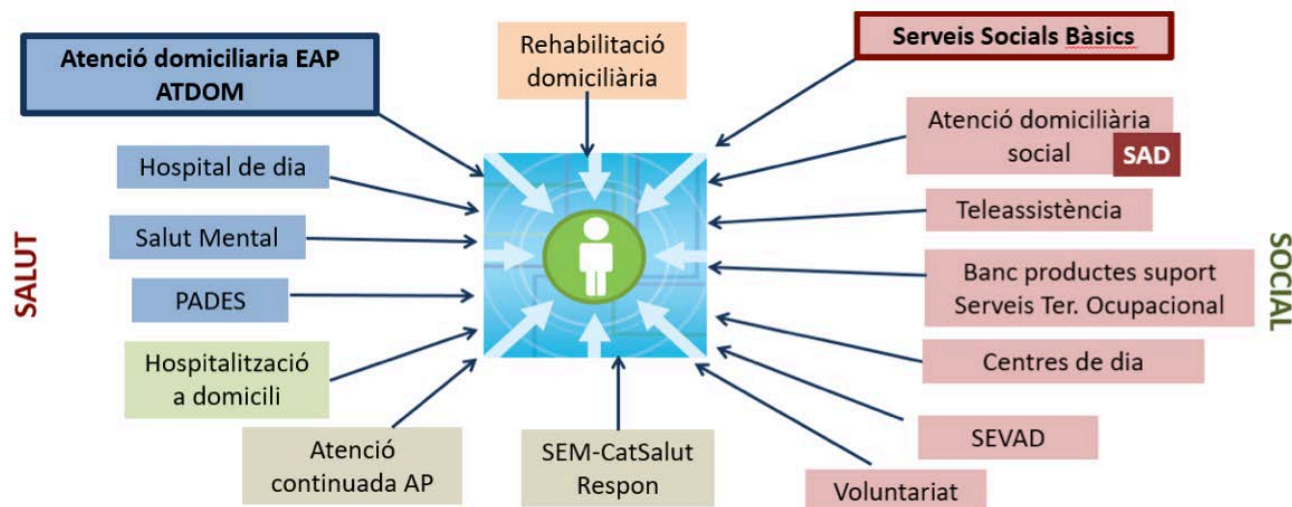
Amb aquesta realitat, i precipitat també pel sacseig que ha suposat la pandèmia viscuda, es fa imprescindible afrontar tant una reflexió estratègica profunda, com la necessitat de passar a l'acció des de la premissa d'unes polítiques públiques orientades a canviar a millor l'atenció de llarga durada a les persones, especialment a l'entorn domiciliari. Efectivament, l'entorn domiciliari ha de ser una autèntica prioritat de política pública: Catalunya ha d'apostar per una atenció domiciliària amb major cobertura poblacional, de més intensitat, de més qualitat i, sobretot, més integrada.

Per on comencem?

L'àmbit de l'atenció domiciliària és un escenari altament fragmentat, on els diferents actors que presten atenció sanitària (atenció primària, hospitalària, atenció intermèdia i salut mental) tenen línies específiques d'atenció domiciliària (programa ATDOM, hospitalització domiciliària...). En aquest entorn comparteixen el procés d'atenció amb professionals de l'entorn social (serveis socials bàsics i especialitzats, serveis d'atenció domiciliària...). Això sovint configura un ecosistema divers de models d'atenció, sistemes d'informació, models de pagament i sistemes de contractació també fragmentats i que moltes vegades són la causa de noves barreres per a l'atenció integrada que esperen i mereixen les persones que han de ser ateses a l'entorn domiciliari (figura 2).

Malgrat que l'atenció integrada es podria veure com un supòsit desitjable per a totes les persones, independentment del seu nivell de complexitat, com un principi universal, quan es baixa al terreny operatiu, en un primer moment, s'han de "prioritzar"

Figura 2. Situació actual de fragmentació en atenció domiciliària



col·lectius que puguin beneficiar-se de manera clara d'aquest nou abordatge. A aquest efecte i en termes operatius les **persones que tenen necessitats complexes tant des del vessant sanitari com social** esdevindrien les primeres sobre les quals podríem dedicar major esforç en una atenció que incorpori aquests nous models. Tota la conceptualització i desenvolupaments que s'han fet en multimorbiditat i complexitat clínica, així com en "complexitat social" poden ajudar a concretar operatius molt interessants i necessàries. En aquest sentit, cal fer esment tant al desenvolupament de nous models d'individualització de l'atenció –com en el cas del model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) del Departament de Salut–, així com d'instruments per a la identificació de complexitat social –com per exemple la validació de l'SSM-Cat per part del Departament de Drets Socials–.

L'atenció primària com a base del model

En aquest context de fragmentació en el sistema sanitari i social que ha de donar resposta a les persones que requereixen atenció al domicili, una manera esperable d'ordenar el procés d'atenció seria a través del treball col·laboratiu entre l'atenció primària de salut i els serveis socials bàsics, com a base del model, donant entrada a partir d'aquí als diferents actors com serien els equips de suport en atenció pal·liativa (PADES), l'hospitalització domiciliària, l'atenció continuada i urgent amb garanties 7x24, els serveis de rehabilitació i teràpia ocupacional, o la incorporació de la teleassistència (TAD) –amb components de teleassistència avançada en un futur–.

Aquest plantejament fa necessària una reflexió estratègica sobre la innovació i la prestació de serveis en aquest entorn, que ja s'està duent a terme en la definició i implementació de la seva nova cartera de serveis per part de la Direcció Estratègica

d'Atenció Primària del Departament de Salut, o la proposta del model de Serveis d'Atenció en Entorn Domiciliari (SAED) al Departament de Drets Socials, per exemple.

L'entorn cuidador i les eines de suport com a elements clau

L'entorn cuidador és clau en l'àmbit domiciliari. El model d'atenció domiciliària integrada ha d'articular necessàriament propostes de serveis de suport i formació a les persones cuidadores de l'entorn familiar en clau territorial, coparticipades pels dos àmbits d'atenció, incorporant així mateix noves mesures d'experiència d'atenció, tant de la persona com d'aquest entorn cuidador.

Un altre aspecte clau són el conjunt d'actius relacionats amb l'adaptació física del domicili i **la disponibilitat de productes de suport o ajudes tècniques** que facilitin que una persona pugui romandre al domicili. Aquest és un element que molts països europeus ja han incorporat i que aquí hauria

d'articular-se en els entorns territorials de la mà de disciplines com la teràpia ocupacional. En el nou model de SAED impulsat pel Departament de Drets Socials aquest serà un component important i altament prioritzat i que serà objecte de desplegament territorial en propers anys, com a element de suport per al model d'atenció integrada a l'entorn domiciliari.

La governança i el model de contractació i compra de serveis d'atenció a domicili com a catalitzadors de l'atenció integrada social i sanitària

Atès que les competències dels serveis que es presten a l'entorn domiciliari són de diferents conselleries així com del Govern local, sembla lògic que a nivell territorial hi hagi **escenaris de governança i d'estructuració d'aquesta responsabilitat compartida**, que permetin crear una visió compartida i la construcció d'un model d'atenció integrada real a

L'adaptació física del domicili i la disponibilitat de productes de suport o ajudes tècniques per romandre al domicili són clau.



l'entorn domiciliari a nivell territorial. La construcció de la futura **Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària** desenvoluparà les propostes dels models de governança, tant a nivell macro com a nivell territorial. Aquests nous entorns de governança haurien de facilitar entorns de corresponsabilitat i de generació de confiança i avenç, identificant lideratges que impulsin un model d'atenció domiciliar amb aquesta visió i nova conceptualització d'atenció integrada.

L'avenç vers un model d'atenció integrada a domicili en un escenari de fragmentació ofereix oportunitats d'articular alguna part de la cartera de serveis en un **model**

de contractació i pagament que faciliti i impulsi escenaris d'atenció integrada. La literatura internacional aporta ja exemples d'alineació en la contractació i d'introducció d'objectius que reimpulsen aquesta agenda amb aquesta visió d'atenció integrada, com es el cas dels Integrated Care Systems anglesos.

Els sistemes d'informació com a facilitadors i transformadors

La realitat actual és que les persones disposen de pràcticament tants plans com unitats intervenen en la seva atenció (EAP, PADES, Serveis Socials, SAD). Aquest

escenari requereix un esforç addicional per avançar en visions i desenvolupaments tecnològics que facilitin la màxima **“una persona, un pla”**, idealment desenvolupat col·laborativament entre els principals actors que intervenen en l’atenció i la pròpia persona. Actualment ja es disposen d’algunes iniciatives de compartició d’informació d’interès comú entre el sistema informació dels serveis socials i de salut a Catalunya que han demostrat el valor que aporta aquesta possibilitat en la presa de decisions –malgrat que encara hi ha molt camí per recórrer–.

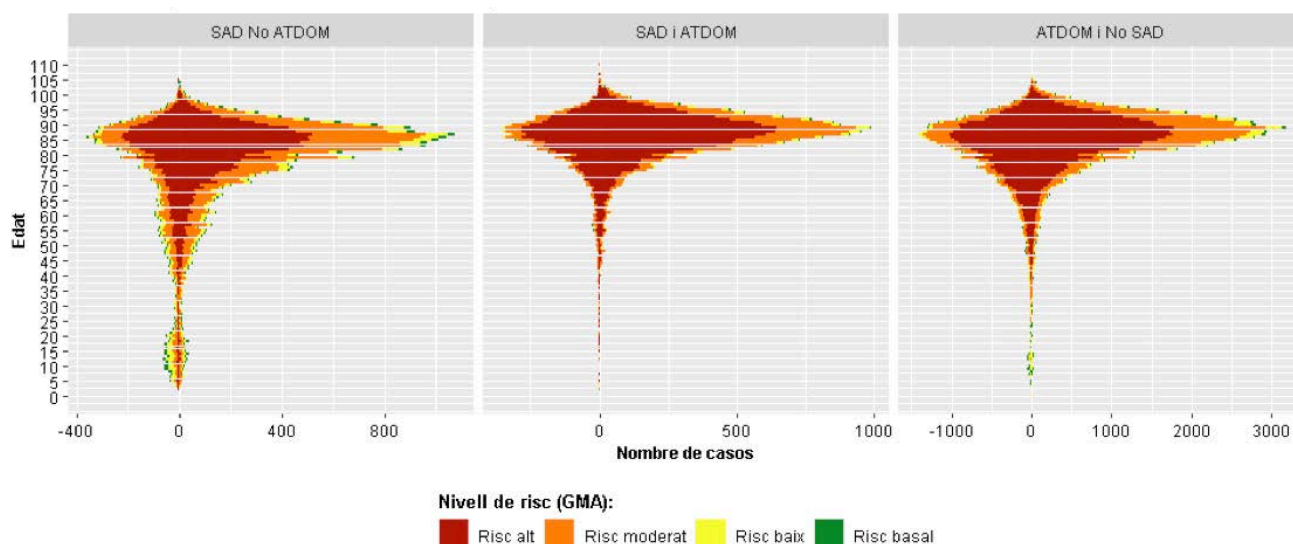
En aquest sentit, cal destacar també la recent aprovació de la Llei 2/2021, de 29 de desembre, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic, on la disposició addicional quinzena (“comunicació de dades entre serveis sanitaris del sistema públic”) habilita els serveis socials i de salut a compartir dades de persones ateses per ambdós

sistemes. Aquest precepte ha de servir per desencallar alguns aspectes de l’atenció integrada que eren de difícil resolució en el marc legal anterior, i vetllant sempre per la protecció de dades de les persones.

Tenim alguna evidència a favor de l’atenció integrada a domicili a Catalunya?

En el marc dels fons PROAVA del Departament d’Economia de la Generalitat de Catalunya sobre avaluació de polítiques públiques s’ha realitzat un estudi que permet, per primera vegada a nivell internacional, mitjançant l’agregació d’informació sanitària i social, fer una primera anàlisi de la caracterització de població que de manera concurrent és beneficiària d’atenció domiciliària sanitària i social vinculada a la seva situació de dependència (figura 3).

Figura 3. Distribució per edat, sexe i nivell de risc (comorbiditat) de les persones amb SAD i/o ATDOM. Casos prevalents, 2019



Font: MUSCAT / DTASF.

En aquest estudi es mostra com els territoris amb millor valoració en els components d'atenció integrada (com valoració integral i integrada, pla d'atenció coordinat, coordinació sanitària i social amb incorporació de protocols conjunts i una cartera de serveis conjunta) tenen millors resultats, com per exemple una disminució aproximada d'un 20% de la taxa d'institucionalització, afavorint l'atenció a l'entorn domiciliari, no incrementant la despesa sanitària global i afavorint la reducció en la despesa social (en relació amb la disminució d'institucionalització).

L'atenció domiciliària com a element clau de la futura Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya

Les persones, majoritàriament, volen ser ateses en el lloc on viuen; així doncs, l'atenció domiciliària ha de ser i serà un element clau i un pilar de la futura

Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya. Com ja passa a altres països, l'atenció domiciliària pot arribar a constituir un àmbit d'atenció amb entitat pròpia i reconeguda, i formulada de manera innovadora com un veritable escenari d'atenció integrada i centrada en la persona, que doni resposta a les seves necessitats i que compti amb tots els agents protagonistes d'aquesta intervenció.

Els territoris amb millor valoració en aspectes d'atenció integrada tenen millors resultats, com per exemple una disminució del 20% de la taxa d'institucionalització.

ADI, VOLUNTAT POLÍTICA

L'atenció integrada com a eina estratègica



Joana Ortega

Secretària general de l'Associació Catalana de Municipis

Catalunya aposta per l'atenció integrada social i sanitària com a eina estratègica per garantir una resposta de qualitat i equitativa a les persones amb necessitats d'atenció.

Des de l'Associació Catalana de Municipis (ACM) posem en valor l'oportunitat que és, per a tots els agents implicats, l'Agència d'Atenció Social i Sanitària (en endavant, AGAISS). Una oportunitat per a la ciutadania, i també per als serveis socials municipals, per garantir un model de serveis socials bàsics. En definitiva, per transformar el sistema de serveis socials.

Ara bé, per canviar de paradigma fa falta una reflexió profunda i més recursos. Ha de ser un compromís de tot el país si volem fer una transformació sincera.

Alhora, considerem que l'Agència ha de ser una eina per als dos sistemes, el de salut i social, però no pot ser un tercer sistema. És importantíssim que, amb la creació de l'AGAISS, evitem duplicitats i simplifiquem els processos i l'accessibilitat. És necessari un treball conjunt, debatre i abordar totes les inquietuds i necessitats d'ambdós sistemes per impulsar l'AGAISS. Per tant, no hem de parlar de professionals coordinats sinó de professionals capacitats en un model integrat social i sanitari.

Els ens locals hi tenim un paper clau. Som la base on s'ha d'implementar el sistema. Per tant, és importantíssim donar més rellevància al món local en tot aquest procés. És la palanca, perquè l'AGAISS no pot evolucionar sense el món local. Cal anar plegats en el camí de la creació i la implementació de la pròpia Agència.

Una part important de l'Agència serà l'atenció integrada a l'entorn domiciliari. La Llei de serveis socials del 2007 especifica que el Servei d'Ajuda a Domicili (en endavant SAD), és un servei bàsic competència de l'ens local. I la cartera de serveis socials també ho detalla.

Els serveis socials parteixen de la situació següent: mòdul de SAD congelat durant més de 10 anys; poques hores de servei de SAD per persona usuària i una manca de model de servei i molta diversitat de criteris en els territoris. Aquesta situació de partida no es correspon amb la voluntat que tenim tots de donar importància al SAD i, per tant, el punt de partida de la construcció del model neix coix.

Amb el nou contracte-programa es posen les bases per a la transformació del model. Des dels serveis socials municipals no podem integrar els serveis si prèviament no tenim definit i consensuat el model entre els propis serveis socials. Aquest hauria de ser preventiu, comunitari i

polivalent; que empoderi i capaciti els professionals dels serveis d'atenció a l'entorn domiciliari; més intensitat d'hores, més perfils professionals, més flexibilitat, entre altres, per fer un servei més preventiu, comunitari i adequat a les necessitats.

I, sens dubte, el model d'atenció integrada social i sanitària ha d'anar acompanyat dels recursos econòmics per desplegar-lo. Aquest increment de recursos suposarà, a mitjà i llarg termini, una millora de la sostenibilitat financera del sistema.

Els municipis volem ser corresponsables de tot aquest procés i ens posem a disposició del Govern de la Generalitat per avançar plegats.

L'aposta per aquest model assistencial és una oportunitat per dotar-nos d'un model preventiu, comunitari i polivalent que empoderi i capaciti tots els professionals implicats.

ADI, LA PROPOSTA DE LA UNIÓ

*La Comissió d'Interacció Sanitària de La Unió, coordinada per l'**Oriol Fuertes** i amb el suport tècnic de la **Pepa Romero**, ha impulsat el procés de debat transversal sobre l'ADI.*

Recollim el punt de vista de cada línia assistencial (atenció especialitzada d'aguts, atenció primària i comunitària, atenció a la salut mental, serveis socials i autonomia personal i atenció sociosanitària) sobre el valor de l'ADI. Recollim també les conclusions del taller que es va fer amb experiències demostratives. Finalment, el document de posicionament i decàleg de propostes de La Unió sobre l'ADI.

Des d'una mirada transversal



Lluís Gràcia Prado

Vocal president del Consell d'Atenció Primària i Comunitària de La Unió



Ignasi Riera

Vocal president del Consell d'Atenció Especialitzada d'Aguts de La Unió



Joan Solà

Vocal president del Consell de Serveis Socials i Autonomia Personal de La Unió



Meritxell Centeno

Vocal presidenta del Consell d'Atenció a la Salut Mental de La Unió



Francesc Brosa

Vocal president del Consell d'Atenció Sociosanitària de La Unió

Membres de la Comissió d'Interacció Sanitària i Social de La Unió, de la qual és coordinador Oriol Fuertes.

■ Atenció primària i comunitària

Lluís Gràcia

Des de l'atenció primària de salut ja fa temps que estem assistint a un increment de les necessitats d'atenció a domicili de les persones grans o amb graus importants de minusvàlua. **L'increment de l'esperança de vida i l'envelliment progressiu de la població fan que el nombre de persones tributàries d'aquests serveis vagi augmentant constantment.** Aquestes necessitats van des dels aspectes més sanitaris de seguiment de patologies cròniques o l'aparició de problemes aguts fins a necessitats bàsiques que cauen més en l'àmbit de responsabilitat dels serveis socials: accés a un habitatge digne, neteja de l'habitatge o higiene personal, problemes de mobilitat, necessitats alimentàries bàsiques...

La majoria de persones desitgen, arribat aquest punt de la seva vida, seguir en el seu domicili habitual i en la comunitat on han viscut sempre. La possibilitat de donar aquests serveis domiciliaris de qualitat o, per contra, de no poder-los oferir poden marcar la diferència entre aconseguir aquest desig o haver de deixar el domicili per traslladar-se a una entitat residencial que sí que pot prestar aquests serveis.

L'atenció primària de salut dedica una part important dels seus esforços a aquestes persones amb necessitats sanitàries importants i que no es poden traslladar al centre d'atenció primària. Ja fa temps que el programa ATDOM està molt desenvolupat en els centres. L'equip d'infermeria dels centres és qui té més protagonisme en el seguiment d'aquests pacients, amb la participació dels metges

quan la situació ho requereix. Aquest programa inclou visites periòdiques a domicili, mantenir al dia el calendari vacunal dels pacients (vacuna antigripal, coronavirus, pneumònia...), analítiques a domicili per al control de les patologies, educació sanitària...

Però els professionals de primària són només una part dels que presten aquests serveis. El nombre de professionals diferents que poden acabar donant suport a domicili és molt gran i variat i pot arribar a involucrar fins a tretze persones, que dependran de proveïdors diferents, combinant l'àmbit social i el sanitari: personal mèdic i d'infermeria de primària, professionals de l'hospitalització a domicili de l'hospital o l'atenció intermèdia, rehabilitador a domicili, treballadora social, treballadora familiar...

La correcta integració entre tots aquests professionals i entre els àmbits social i sanitari encara té molt recorregut de millora per fer. El preu de la no-coordinació suposa un malbaratament dels recursos. Una correcta comunicació entre els diferents professionals de l'àmbit social amb els sanitaris podria resultar molt eficient i hauria de permetre avançar-se a necessitats canviants de la persona, evitar situacions de reaguditzacions de problemes de salut que es podrien agafar a temps abans que es compliquessin si aquesta comunicació entre agents socials i sanitaris fos fluïda. Això suposaria evitar, en alguns casos, ingressos hospitalaris o necessitats de l'increment de cures sanitàries a domicili.

D'altra banda, els professionals sanitaris també es troben sovint demandes que, podent ser inicialment sanitàries, acaben tenint també aspectes de l'àmbit social que no els és fàcil transmetre i que



quan no es poden cobrir també poden provocar actuacions disfuncionals. La majoria de persones ateses a domicili per empitjorament de patologies clíniques necessiten un increment de les cures socials a domicili que, si no es produeixen a temps, poden provocar que la persona acabi ingressada en un àmbit hospitalari o de l'atenció intermèdia quan, estrictament pels seus problemes sanitaris, no hagués calgut.

Cal desenvolupar models de governança en base territorial de tots els serveis socials i sanitaris per tal d'oferir una cartera integrada de serveis que possibiliti actuacions proactives centrades en la persona. Aquest model ha de permetre aconseguir l'objectiu de prestar serveis de qualitat a domicili per tal que les persones que ho desitgen puguin continuar en el seu domicili i la seva comunitat quan la seva salut posa en risc aquest objectiu. També ha de permetre fer-ho esmerçant els recursos públics, que sempre són limitats, de la manera més eficient possible.

La creació de l'Agència de Salut Integrada Social i Sanitària de Catalunya ha de promoure i facilitar el desenvolupament d'aquest model d'atenció. Molta sort i encert en la tasca. Us oferim tot el nostre suport per dur-la a terme.

■ Atenció especialitzada

Ignasi Riera

El sector salut és un dels àmbits de la nostra societat que és més ben valorat pel conjunt de la ciutadania, però també és un dels eixos de major reivindicació de garanties de drets per part de la població, i fins i tot de professionals. Eix de reivindicació que es manté invariablement actiu tot i les diferents estratègies d'actualització que s'han implementat en el nostre país en els darrers 40 anys. I és que sempre sembla que anem un pas enrere de les necessitats i expectatives de les persones a qui hem d'atendre, segurament perquè no fa pas gaire que hem començat a incorporar la seva veu en la presa de decisions i les hem convertit en decisions compartides.

Sabem que **el 80% dels determinants de salut són fora el sistema sanitari i que més del 96% de la població vol ser atesa a casa seva**, però en canvi els seguim oferint una atenció que es basa en grans centres impersonals que treballen de dilluns a divendres en horari d'oficina i que no parla amb els agents socials de l'àmbit local.

En l'àmbit de l'atenció hospitalària especialitzada això es tradueix en consultes per motius que no responen a l'àmbit de coneixement o competències dels professionals que hi treballen, i que per tant costen d'entendre, atendre i resoldre, fet que provoca una atenció molt lenta, friccionada. Un clar exponent d'això són aquelles queixes on la població explicita que no se li ha resolt el motiu de consulta, però en el redactat n'exonera el professional carregant contra l'organització o el conjunt del sistema sanitari; la població entén que aquell professional ha

fet tot el que podia, però tot i això no ha estat suficient, i ens reclama que des de l'àmbit directiu o administratiu prenguem decisions per resoldre-ho. Aquest fet és especialment freqüent a urgències: tot i gaudir d'un sistema d'accés universal al conjunt del sistema, la majoria de gent tria la porta d'urgències encara que no tingui cap problema ni nou, ni urgent, i sovint ni mèdic. Per tant, hi venen amb problemes que els professionals d'urgències no tenen eines necessàries per resoldre, cosa que genera tensió, esperes i sovint ingressos indeguts. El conjunt de la població ho sap, però urgències és l'única porta d'accés al sistema que els acull sempre i per tot, sense condicions; per això la segueixen triant.

Com resoldre-ho? Tenim algunes pistes. Per exemple, l'abordatge integrat que es fa als processos d'atenció pal·liativa, on un conjunt divers de professionals treballen de manera integrada tant al domicili com a l'hospital de dia o a l'àrea d'ingrés, planificant les decisions de manera avançada i actuant proactivament. Involucrant en l'atenció de les més que segures descompensacions que esdevindran a la persona atesa, i sempre que ella ho desitja, el seu entorn familiar i social més proper. I creiem que aquest abordatge fa que tot i el dramatisme del moment, aquest sigui l'àmbit que més agraïments i mostres de comunió genera a les diferents organitzacions de tot el país. Un altre exemple demostratiu és l'atenció domiciliària intensiva en persones amb un trastorn greu de salut mental, de base comunitària, amb pesos de perfils professionals diferents als de l'àmbit d'ingrés, i amb molt diàleg amb famílies i cuidadors.

A l'atenció especialitzada d'aguts, per tant, tenim clar l'horitzó de transformació, sobretot per a aquells centres amb fort

arrelament territorial que històricament han estat el garant d'atenció de poblacions allunyades de l'àrea metropolitana. Però aquesta transformació, un cop més, no serà suficient si com a sistema d'atenció pública social i sanitària no actuem de manera integrada allà on es produeix la necessitat, això és a l'entorn familiar i social; i tampoc serà suficient si qui hi actua no és el perfil professional més amable, competent i efectiu. Per tant, per tal de deixar de sanitaritzar problemes socials, el lideratge i el pes de l'atenció no ens correspon; però per reeixir en un abordatge integrat i integral, segur que el conjunt de professionals de l'atenció especialitzada també hi tindran molt a oferir.

■ Serveis socials i autonomia personal

Joan Solà

Un senyal del progrés social i cultural dels països avançats és el respecte a la seva gent gran i en general a les seves persones més vulnerables.

La pandèmia de la COVID-19 ha posat sobre la taula les febleses d'un sector que mai no ha pogut superar l'estigma de desconfiança envers la seva actuació.

El sector residencial, en tots els seus àmbits: gent gran, salut mental i discapacitat intel·lectual i física, tenen en l'actualitat un paper assistencial fonamental –sovint no prou reconegut–, que contribueix en gran manera a evitar el col·lapse d'un sector sanitari sobresaturat.

Lamentablement, expressions com envelliment, discapacitat, edatisme, maltractament, abús, solitud, ràtios de personal... són portada de mitjans de

comunicació i sovint s'utilitzen de manera matussera i interessada.

Assistim regularment a queixes i fins i tot manifestacions de protesta envers les cures que s'han donat i es donen a les residències, molt especialment les de gent gran.

Aquesta desconfiança social està basada en abusos puntuals d'alguns proveïdors de serveis i sobretot en una manca de reconeixement de la pròpia Administració, que més enllà de les paraules grandiloqüents, especialment en èpoques electorals, mai ha estat capaç de dotar amb els recursos necessaris les entitats i els professionals, amb tarifes públiques ajustades al límit, que sovint no permeten assolir les expectatives dels usuaris i les seves famílies i en cap cas donar unes condicions laborals dignes als professionals que hi treballen.

Més enllà de la demagògia habitual en aquests casos, el futur demogràfic immediat ens obliga a definir un model residencial diferent i a fer una profunda reflexió social, que sens dubte comportarà una autèntica revolució, un canvi de paradigma i, més enllà d'això, a dotar de recursos un sector castigat des de tots els àmbits.

S'ha de fer front a un canvi cultural i demogràfic de grans dimensions. El triangle format per envelliment, cronicitat i dependència ens imposa una revisió del model actual d'atenció a les persones en situació de dependència.

S'ha acabat el moment de les paraules. Sense renegar en cap cas del camí que s'ha fet fins al dia d'avui, ara és el moment dels fets i això implica necessàriament revolució, sense apriorismes i prejudicis, que doni una resposta real, equilibrada

i eficient a la gent gran i al conjunt de persones vulnerables del nostre país.

Així mateix, caldrà abocar-hi els recursos econòmics i humans necessaris però sense oblidar que cal donar-hi el reconeixement social i professional que mereix, d'acord amb la importància que té el sector en una societat moderna.

No es pot entendre l'abordatge de l'envelliment i la dependència sense una integració de l'atenció sanitària i social que es desenvolupi en tots els nivells d'atenció i que s'adapti a les necessitats reals de les persones en tots i cadascun dels moments del seu procés vital, sempre respectant els seus valors i creences i, per sobre de tot, la seva dignitat.

Lamentablement, d'aquesta integració, fa molt de temps que se'n parla. Confiam que l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària (AAISS), de recent creació, pugui consolidar-se i impulsar accions de millora que determinin un model d'atenció eficaç i modern.

Si no som capaços de posar en valor i situar allà on toca les necessitats dels col·lectius



més febles de la nostra societat, haurem fracassat con a país.

En aquest sentit, La Unió. Associació d'entitats sanitàries i socials, una associació que agrupa entitats de l'àmbit sanitari i social, fermament compromesa amb la nostra societat, està impulsant entre els seus associats una revisió global del model a les persones amb dependència, amb un esperit realista però, alhora, propositiu i constructiu, que identifiqui les necessitats del sector i que representi una palanca dinamitzadora per donar una resposta assistencial i humana a les persones més febles del nostre país.

■ Salut mental

Meritxell Centeno

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut com l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència d'afeccions o malalties; això vol dir que hem de tenir cura alhora del cos, la ment i la nostra relació amb l'entorn.

Els professionals que atensem la salut mental i les addiccions sempre hem treballat "cos a cos" amb el vessant social de l'ésser humà. Tothom necessita viure en societat per estar bé; veïns, companys de feina, família, amistats... ens ajuden a mantenir o assolir el benestar emocional tan necessari per sentir-nos realitzats, per sentir que formem part de la nostra comunitat. És per això que, si volem tenir cura de la nostra salut mental i promoure activitats i comunitats salutogèniques, ho hem de fer de la mà de la societat; i com més propera sigui aquesta atenció, més eficaç serà.

Des de sempre hem atès la persona situant-la al centre, però el canvi cap al

model de recuperació en el qual està immers tot el sistema de salut mental i addiccions proposa que l'atenció se centri a assolir el projecte vital de la persona i pugui així estar en societat, sense que tenir una trastorn mental o d'addiccions sigui un impediment. A més, aquesta atenció s'ha de fer garantint els drets de les persones i ha d'estar basada en les capacitats i les fortaleces que té aquesta persona per donar resposta a les limitacions i problemes que li ocasiona un trastorn o situació funcional derivada de múltiples malalties, en lloc de basar-nos a tractar només la malaltia.

Per tal que això sigui una realitat i la persona assoleixi el seu projecte vital, el que és lògic és que totes aquestes intervencions es facin el més properes al lloc on viu i a la comunitat on vol pertànyer i és per això que cada cop més, els nous programes fan èmfasi en la mobilitat dels professionals i l'adaptació d'aquests a les necessitats de les persones ateses i les seves famílies, ja sigui en format d'hospitalització domiciliària (on els professionals acudeixen a atendre la persona a casa seva), el programa d'atenció en crisis infanto-juvenils o els equips guia que atenen persones d'elevada complexitat; i, en cas que la persona hagi de ser hospitalitzada, és molt rellevant que no perdi el vincle amb la comunitat, ja sigui durant l'ingrés o durant el treball de l'alta. Això sí, és important tenir en compte que aquest model d'atenció, molt més proper i individualitzat, pot resultar en ocasions més costós econòmicament que no pas un model més centralitzat i menys individualitzat i cal tenir-ho previst a l'hora de planificar i dimensionar els programes. Per tant, cal decidir què és millor: programes més cars, que poden atendre menys persones però de major satisfacció

i millors resultats a llarg termini per a les persones usuàries i les seves famílies, o programes amb un menor impacte econòmic, que poden abastar més persones però amb una valoració inferior per part de les persones usuàries i les famílies.

D'altra banda, les persones que nosaltres atenem no només tenen problemes relacionats amb la seva salut, sinó que també és probable que tinguin problemes econòmics, d'habitatge, feina, educatius o judicials. Això vol dir que persones que de vegades ja tenen dificultats per assistir a les visites o inclús dificultats per saber on demanar ajut, si cada cop han d'explicar el que necessiten i a més han de saber fer-ho allà on toca, en lloc de posar-los les coses més fàcils, els compliquem la vida, fent, de forma indirecta, que la situació s'agreugi. És per això que el concepte "integrar" pren molta força, en lloc del que fem hores d'ara que és "col·laborar", ja que col·laborar vol dir treballar en comú i, en canvi, integrar significa que una cosa forma part de l'altra i per tant tot es treballa alhora. D'aquí és d'on surt el concepte **"finestreta única"** que és el que ens agradaria disposar des de l'atenció en salut mental i addiccions, però el gran handicap és la interdepartamentalitat de tots aquests problemes, situació en què la Taula del Pacte Nacional per la Salut Mental és clau per desencallar-ho.

Tots aquests bons propòsits i fites que tenim per millorar la qualitat de vida de les persones amb un trastorn mental només es faran possibles si hi ha finançament suficient i persones que duguin a terme aquestes intervencions. En aquests moments d'esgotament del personal sanitari, gran nombre de jubilacions i fuga de professionals a altres països amb millor remuneració econòmica es fa una mica

difícil plantejar que el canvi de model sigui una realitat a curt termini, però això no ens ha de fer defallir, potser el camí serà més llarg i amb corbes però no hem de perdre l'objectiu que perseguim, que al cap i a la fi és el motiu pel qual treballem en el món sanitari: ajudar la persona que pateix a causa d'un trastorn.

■ Atenció sociosanitària

Francesc Brosa

El models clàssics d'atenció domiciliària, molt centrats en una atenció episòdica, han evolucionat de manera molt significativa en els darrers temps. Els canvis demogràfics, el canvi en les necessitats de la població i els canvis d'usos de la població derivats de la pandèmia de la COVID-19 ens obliguen a revisar-los amb una visió més integradora, longitudinal i transversal de l'assistència.

D'altra banda, els models tradicionals d'atenció domiciliària, en una gran part, no han tingut present les persones que viuen a les residències assistides. Malauradament, això ha incidit de forma negativa en l'esdevenir de la pandèmia que acabem de passar i ens ha de fer reflexionar i rectificar aquesta situació.

La realitat és que l'estructura assistencial actual, molt compartimentada i centrada en estructures, no facilita una prestació eficient de les transicions que doni respostes a les noves necessitats assistencials i de cures de la població.

Un exemple en negatiu dels models d'atenció clàssics es reflecteix en la informació que es dona en la introducció del decàleg presentat per La Unió sobre l'atenció domiciliària integrada social i sanitària (ADI) en el qual s'afirma que fins

a 13 professionals coincideixen al domicili amb objectius separats. També ens diuen que el 96,4% de les persones prefereixen ser ateses al seu domicili.

En aquesta línia, els models més desenvolupats s'orienten actualment a una atenció integrada centrada en les persones en què es posa la ciutadania en el centre de l'atenció.

Aquest canvi de model necessari passa per abandonar l'actual model "hospitalcentrista" i avançar cap a un model amb mirada més comunitària en el qual es pot entendre perfectament el domicili com un espai assistencial més, que forma part de la història vital de la persona, i on han de confluïr de forma integrada, coordinada, estable, amb continuïtat i segura els recursos necessaris per poder donar resposta a la cartera de serveis social i sanitària a què té dret la ciutadania.

Per tant, l'atenció domiciliària necessita una nova mirada, més personalitzada i orientada a les necessitats i característiques de la població a la qual s'ha de donar el servei. Aquesta atenció ha d'estar orientada més a la funcionalitat i a la transversalitat que a l'estructura.

L'atenció intermèdia (AI), com a evolució natural de l'espai sociosanitari, ens obre una gran finestra d'oportunitats i possibilitats per garantir aquesta atenció especialitzada de qualitat a la complexitat de manera eficient, desplegant també el paper d'atenció a les transicions entre els hospitals d'aguts i el domicili, i evitant l'admissió prematura en residències i reduint els ingressos a hospitals d'aguts.

El sector sociosanitari al nostre país té una llarga tradició i ha fet, en els darrers anys, l'evolució cap al nou paradigma de l'atenció intermèdia, garantint ja actualment aquesta visió centrada en la persona, especialitzada en la complexitat, integrada i integradora, amb continuïtat i estabilitat, amb gran tradició de treball interdisciplinari, vinculat a les xarxes sanitàries i socials i amb uns professionals altament qualificats i experts en el maneig d'aquest sector de població.

Tenim per davant l'obligació d'evolucionar i fer canvis en el model assistencial del nostre país. Un model que ha estat d'èxit en els darrers 40 anys, però que en l'actualitat està sobrepassat per unes necessitats i unes demandes de la població que ens obliguen a prendre decisions ara mateix, d'una manera ràpida.



ADI, LA PROPOSTA DE LA UNIÓ

Partim de projectes demostratius d'atenció domiciliària a Catalunya

Realització d'un taller d'experiències d'associats de La Unió en el qual es van compartir casos d'èxit de diverses entitats ubicades a diferents llocs del territori. Aquest taller es va fer el 15 de juliol amb l'objectiu de conèixer la diversitat en l'abordatge de l'atenció domiciliària integrada en diferents territoris, per diferents entitats i en diferents projectes i poder fer propostes i/o recomanacions a les organitzacions del sector i a l'Administració.

Programa

- 09.30 - 09.40 h **Benvinguda.** *Roser Fernández, directora general de La Unió*
- 09.40 - 09.50 h **Intervenció.** *Aina Plaza, directora general de planificació en Salut*
- 09.50 - 10.20 h **PRESENTACIÓ EXPERIÈNCIES**
- Perspectiva d'una organització sanitària integrada**
Anna Ribera, directora assistencial de la Fundació Hospital de Palamós - Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà
Claudia Illa, Fundació Hospital de Palamós - Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà
- Projecte ACASA**
Marco Inzitari, director assistencial del Parc Sanitari Pere Virgili
Azucena Carranzo, metgessa de família, ACEBA, Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa, EAP Vallcarca-Sant Gervasi
- Iniciatives d'acció social i sanitària de la Garrotxa**
Teia Fàbrega, directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa
- Plataforma PLEBGO**
Neus Domènech, Innovació, Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
- 10.20 - 11.20 h **Grup de discussió i debat**
Moderador: Oriol Fuertes, director general de QIDA
- 11.20 - 11.30 h **Resum de conclusions i cloenda**

Entitats participants

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà, SSIBE (Fundació Hospital Palamós), Parternariat d'entitats sanitàries i socials, públiques i privades, promotores

del Projecte ACASA (Parc Sanitari Pere Virgili, ACEBA. EAP Vallcarca Sant Gervasi), Consorci d'Acció Social de la Garrotxa Iniciatives, Plataforma PLEBGO (Fundació Hospital Comarcal Olot i la Garrotxa).

Presentem una relació d'accions que s'han dut a terme per implementar l'atenció domiciliària integral, així com els aspectes que han funcionat i aquells sobre els quals s'hauria de treballar més.

Accions que funcionen	Dificultats
Equip intern integrat des de fa temps.	Actors no integrats: dintre del seu funcionament no estan Integrats amb els serveis vinculats als ajuntaments i Consell Comarcal (SAD, teleassistència, serveis socials de base), empreses del tercer sector i privades, i tampoc amb el sector de la salut mental.
PADES: no és un equip propi tancat, sinó que els professionals són compartits entre diferents serveis (EAP i centre sociosanitari). En ampliació per assumir l'atenció a pacients crònics complexos.	
Experiència de relació de l'hospital amb Serveis Socials en l'atenció domiciliària: el Consell Comarcal gestiona un servei amb fisioterapeutes que col·laboren amb el programa ATDOM i PADES.	
Nou projecte amb les treballadores socials de l'hospital per millorar la coordinació entre la part de salut al domicili (equip de personal infermer i mèdic) i els equips dels ajuntaments (reunions periòdiques...).	No tenien incorporada la figura de TS en l'equip de PADES (suport per part de l'hospital i AP).
Operativització del model integrat d'atenció de salut i social a domicili.	L'alt nombre d'actors de salut i social reflecteixen la realitat de la fragmentació de l'atenció.
Nous productes digitals.	
Model d'atenció, dissenyat des de la perspectiva i participació assistencial, amb criteris d'inclusió i activitats a realitzar assignades (persona, professionals, dispositius) amb les seves responsabilitats.	
Proposta de creació d'un ecosistema amb set productes adaptats a cada interlocutor: app-cuidador, app-famílies, visor professional, robòtica, sensòrica, algoritmes de decisió, recollida de dades intel·ligents.	Passar de l'experiència al pla de continuïtat i escalat en clau de sistema.
Informació compartida.	
Desplegament a diferents territoris (Barcelona, Olot i Tarragona).	
Estratègia d'avaluació planificada, pla de continuïtat i escalat.	Diferència en els valors entre els dos sistemes.
Suport institucional (DDS, DS, TIC Salut i Social, CIMTI, AQUAS).	
Plataforma per dissenyar des de l'expertesa dels professionals i sobre el terreny.	
Convenis d'integració de la treballadora social del sistema social a les àrees bàsiques de salut, formant part del mateix equip i assegurant el Pla d'intervenció conjunt.	Desconfiança entre els departaments.
Obrir la cartera de serveis d'atenció domiciliària social a l'hospital per a les altes hospitalàries.	Sistemes d'informació diferents.
Des de l'equip de PADES pot donar servei d'atenció domiciliària social sense procés administratiu.	
Existència de la comissió única (residències, hospital i centre sociosanitari): estructura per prioritzar i validar els ingressos a les residències de gent gran).	
Òrgan de governança (agents sanitaris i socials) en el context del PIAISS-PAISS. Fulls de ruta (2015-2018 i 2019-2022):	Mirada diferent, que es tradueix en diferents indicadors, diferents processos...
• Consolidar la integració de la treballadora social a les ABS. • Anàlisi i visibilització de l'atenció domiciliària.	Rigidesa dels sistemes i dificultats d'adaptació.
• Unitat funcional social i salut mental. • Suport a les cuidadores. • Integració de sistemes d'informació. • Incloure teràpia ocupacional i suport.	
• Programa d'atenció psicològica per a les persones amb malaltia avançada.	
Aposta per la porta única, tenint en compte que la ciutadania té unes necessitats que s'han de resoldre independentment de la porta d'entrada.	Estructures socials molt febles comparades amb les estructures de salut, que generen més dificultats per a la integració.
Aliança territorial.	Desplegament territorial.
Definició d'un conjunt de dades bàsiques de salut i social.	
Dispositiu mòbil com a eina de telemedicina per a la gestió entre professionals i monitoratge de l'usuari.	
La comunicació (videotrucades i missatgeria) entre professionals.	Les dades socials s'actualitzaran un cop al dia i de forma manual.
Gamificació.	

ADI, LA PROPOSTA DE LA UNIÓ

Una transformació possible



Oriol Fuertes Solà

Referent de la Comissió
Sanitària i Social
de La Unió

Des de La Unió tenim el ferm convenciment que aquest canvi, cap a una atenció domiciliària integrada, sanitària i social, suposa una transformació necessària i possible.

En aquest sentit, des del passat mes de maig del 2021, hem estat treballant de manera conjunta amb més de 50 professionals experts/es de l'àmbit sanitari i social el disseny d'un decàleg d'atenció domiciliària integrada. 50 professionals que representen la diversitat i la transversalitat de les més de 115 entitats sanitàries i socials i més de 70.000 professionals que aglutinem.

Al llarg d'aquests més de 15 mesos de treball hem realitzat diverses accions de co-creació amb el sector, buscant la transversalitat i el consens, de la mateixa manera que assegurant realitzar una proposta concreta que ajudés a l'objectiu global d'avançar cap a l'ADI. Entre d'altres s'han dut a terme les següents accions:

- Confecció d'un **primer document marc de l'ADI** per part de l'equip tècnic de La Unió, validat per la Comissió Sanitària i Social.
- **Taller d'experiències online** amb més de 25 representants de l'àmbit social i sanitari on es van presentar quatre experiències d'atenció domiciliària integrada del nostre entorn.
- Confecció d'un **segon document marc de l'ADI**, incloent-hi els aprenentatges de les experiències locals presentades, així com aprenentatges d'experiències internacionals.
- Desenvolupament del **Decàleg i presentació pública** del mateix, amb la presència de les dues direccions generals de Salut i Drets Socials de Catalunya, la Sra. Aina Plaza i la Sra. Montserrat Vilella.
- **Study-Tour Nottinghamshire** (Regne Unit), on més de 15 professionals, principalment representants del món local, de la futura Agència Integrada Social i Sanitària i de La Unió, van poder conèixer de primera mà el desenvolupament, el camí, els encerts i aprenentatges d'un dels sistemes d'atenció integrada més avançats del Regne Unit.

Aquests mesos de feina es resumeixen en el Decàleg, que té per objectiu resumir, en 10 punts, les 10 línies d'actuació prioritàries per avançar, de manera decidida, cap a l'objectiu marcat. **A partir d'un únic pla d'atenció individual, social i sanitari, millorar els resultats de salut i benestar de les persones, millorar l'experiència i satisfacció dels usuaris i famílies, garantir un ús eficient dels recursos, incorporar els elements tecnològics de suport que facilitin l'empoderament de les persones i facilitin el suport dels cuidadors, i dignificar i millorar la qualificació dels professionals d'atenció domiciliària.** En els darrers mesos, hem vist una aposta decidida del Govern de Catalunya, per impulsar l'Agència Integrada Social i Sanitària; treballant sobre quatre eixos principals, un dels quals és l'ADI.

En aquest sentit, La Unió proposa que anem un pas més enllà. **Proposem que l'atenció domiciliària integrada sigui la punta de llança del compromís del Govern en la posada en marxa de l'Agència Integrada Social i Sanitària, i que més enllà del seu procés formal de creació avanci des d'ara mateix en aquest objectiu amb accions i fites concretes, amb la complicitat del món local i de la xarxa de provisió de serveis.**

La necessitat està diagnosticada, el tractament està escrit, només cal actuar decididament.

No voldria acabar aquest escrit sense abans agrair, de la manera més sincera, la tasca de totes les persones que han participat en la confecció del Decàleg i en les sessions organitzades, en aquest marc, per La Unió fins al dia d'avui. Gràcies de tot cor.

Des de La Unió tenim el ferm convenciment que aquest canvi, cap a una atenció domiciliària integrada, sanitària i social, suposa una transformació necessària i possible.

Propòsit i finalitats

Dur a terme una transformació del model d'atenció en l'àmbit domiciliari que tingui per objectiu principal una atenció integral de necessitats socials i de salut dels ciutadans de Catalunya, millorant la qualitat de vida des l'entorn més proper a la persona.

Una **atenció individualitzada, segura, personalitzada i de qualitat**, que doni resposta a les necessitats canviants de les persones que ho necessiten i als seus familiars, tenint en compte la seva **participació**, els seus **valors**, les seves **preferències** i respectant al màxim les seves **decisions**. Incorporant la veu de la **persona i la família**, facilitant l'accés amb **protocols integrats**, un **equip multidisciplinari** i un **gestor del cas** que vetlla per la correcta coordinació, i promovent la integració en l'**entorn comunitari**.

- Millorar els resultats de salut i benestar de les persones, sent la pròpia persona qui hauria de poder decidir quins són els resultats que considera importants per a ella (Patient Reported Outcomes o PROMS).
- Garantir l'adequació de la utilització de recursos i d'eficiència, fent especial èmfasi en les pràctiques que aporten valor a les persones.
- Incorporar elements de robòtica i sensòrica en les cures de les persones en situació de dependència per tal d'investigar-ne l'impacte en el domicili, així com reduir l'estrès en el col·lectiu cuidador i el factor limitant que tenim actualment de nombre de professionals al domicili, augmentant alhora l'autoestima i la seguretat de la persona usuària.
- Millorar els sistemes de treball i l'experiència dels professionals implicats en relació amb la cohesió d'equip i confiança, especialment entre professionals de l'àmbit de salut i social. També creiem necessari millorar la percepció dels professionals d'atenció domiciliària, millorant els sistemes de treball, augmentant el reconeixement de la seva tasca i augmentant l'accés a la formació per a professionals per millorar la qualitat i el seu estatus social. Formació del nou model de cures customitzada i curada en funció d'algoritmes d'AI, amb incentius per a completar-la.
- Tenir una avaluació robusta de diferents models d'atenció, millors pràctiques i solucions tecnològiques (domòtica/sensorització) al domicili per saber què i com escalar a nivell de sistema.



Propostes de La Unió per al desplegament d'un model d'atenció domiciliària integrada



Comissió d'Interacció Sanitària i Social

Maig 2021



Enfocament

Cal actualitzar i ampliar la cartera de serveis de cobertura pública en aquest àmbit des d'una visió integradora. Actualment és fragmentada i de desplegament desigual, i altament condicionada a la contractació de serveis alternatius privats, per part de les famílies que tenen possibilitats.

L'atenció domiciliària ha de ser un servei molt adaptatiu i donar resposta de forma dinàmica i operativa, ja que la situació de la persona i el seu entorn són canviants de forma ràpida i de vegades sobtada. Ens cal una atenció domiciliària integrada.

Tot i que s'han fet propostes de model des de les polítiques, el cert és que queda un camí llarg per recórrer en la seva implantació. Des de La Unió ens proposem impulsar el desplegament del model, amb tot allò que des de les entitats associades es pot oferir com a serveis d'atenció domiciliària amb un alt nivell d'integració en la base, encara que transitòriament es puguin contractar de forma fragmentada per part de les administracions implicades.

El model català d'atenció integrada proposa atendre les persones comptant amb elles, tenint en compte les seves preferències, valors, necessitats, percepcions i expectatives, oferint-los un servei integral i multidimensional que garanteixi la continuïtat assistencial, des del compromís amb els seus drets i deures, mitjançant un pla d'atenció individualitzat i compartit, pensat i fet conjuntament entre tots els professionals que participen

en el procés i prestat de manera que les mateixes persones, les seves persones cuidadores o la família el percebin com un servei únic, que dona resposta a les seves necessitats (sanitàries o socials que no puguin assumir elles mateixes o el seu entorn més proper).

En aquest marc, la permanència de la persona al seu domicili, el seu empoderament i mantenir el seu entorn faciliten el desplegament d'un sistema de salut i serveis socials basat en processos d'atenció centrats en la persona, per millorar i afavorir el seu projecte vital, així com la capacitat del seu entorn relacional i comunitari per donar-hi suport.

Des de 2021, La Unió ha treballat de manera conjunta amb professionals i experts de tots els àmbits fent diverses accions co-creatives per tal de fer propostes que contribueixin a avançar en la línia de l'ADI.

Davant de tota la situació i amb l'anàlisi de les parts més febles del funcionament actual, s'han dut a terme diferents accions per la co-creació i el consens en el sector.

Línies estratègiques

■ Front 1. Model d'atenció integrada, proactiu i centrat en la persona:

redefinir el model d'atenció integrada al domicili, entre salut, social, entorn cuidador, entorn familiar, comunitat i persona; que giri entorn d'un "únic pla de la persona". Un model d'atenció proactiu realment coordinat entre salut i social (Pre-ingrés / Comunitat i Post-ingrés / Retorn a la comunitat) amb un instrument bàsic: **Pla d'atenció individual (PAI)** i **PDA**.

■ Front 2. Empoderament i proximitat:

definir, desenvolupar i compartir programes d'autocura i formació a familiars, cuidadors formals i informals, integrats amb les solucions digitals existents per a assegurar la participació de les persones usuàries i les seves famílies, amb un sistema i una coordinació de proximitat.

■ Front 3. Tecnologia per avançar-se i desenvolupar una solució tecnològica,

que permeti sustentar el treball dels professionals en l'atenció integrada al domicili.

Desenvolupar un ecosistema de solucions de robòtica, sensòrica, algorismes de decisió per la intervenció i recollida de dades intel·ligent. **Integrar/interoperar aquesta solució amb els sistemes actuals** de treball d'ambdós àmbits.

■ **Front 4. Cartera de serveis:** el model d'atenció integrada requereix reconèixer el ventall de serveis i la interrelació entre ells, de manera que les entitats proveïdores són responsables de proveir els serveis que tenen contractats, però també han d'estar implicades en la compartició d'informació i la coordinació d'actuacions en el contacte dels professionals i les persones/famílies entorn al domicili i especialment en les transicions.

■ **Front 5. Governança:** desenvolupar un model de governança territorial social i sanitari, basat en: lideratge sistèmic local i transversal. Alleugerir les tramitacions administratives, disposar d'equips flexibles, nous perfils professionals i noves figures (figura d'enllaç). Planificació, compra i avaluació de serveis d'atenció domiciliària, amb participació dels ens locals. Alineament de zones/regions de salut i social. Cadència de reunions i resultats esperats determinats i monitoritzats de manera integrada per DS i DTASF centralment, amb retiment de comptes continuat. Criteris d'avaluació i marc avaluatiu (indicadors-resultats i nivell de satisfacció...).

Propostes per avançar

- 1 Crear un equip central amb les millors persones expertes del sistema per impulsar l'ADI.** En el futur, conformaran el “cor” de l'Agència d'Atenció Integrada. Veiem un equip de 4-5 persones, amb dedicació completa. Ens podem inspirar en l'equip del NHS de New Models of Care, llançat l'any 2015.
- 2 Centralitzar un “pool” de recursos específics per comprar ADI amb base poblacional.** Aquests recursos surten del pressupost del Departament de Salut i del Departament de Drets Socials, així com dels ajuntaments/món local. És un “fons comú” (“pooling budget”) que es dedica a ADI amb un enfocament de compra capitativa.
- 3 Organitzar ADI per regions comunes de salut i social a tot el territori.** Recomanem territoris de 400.000-800.000 habitants de població assignada (per maximitzar el talent disponible al territori, sense perdre la realitat local). En aquestes zones és on s'aplica el model d'atenció integrada i compra conjunta. Proposem començar pels territoris amb les experiències més avançades i unificar els territoris de salut i social a tot Catalunya.
- 4 Compartir des d'ambdós departaments, de manera conjunta, les bases del model d'ADI** (escrites per l'equip central, en línia amb el PAID). Hi ha elements que han de ser comuns (p. ex. model de valoració i seguiment proactiu únic) i d'altres que, sota aquestes directrius centrals, cal adaptar a la realitat local.
- 5 Demanar als territoris que duguin a terme passos decidits per avançar en una governança conjunta:** seleccionar un lideratge comú d'ADI al territori (de salut o de social, però únic); que s'organitzi la governança local (amb representació al màxim nivell de cada actor involucrat, incloent representació de pacients); la cadència de sessions; el desenvolupament, en un termini limitat de temps, el seu pla d'ADI aterrat al territori. Aquesta tasca ha de tenir el suport, sens dubte, de l'equip conjunt d'ambdós departaments.

6 Fer una aposta clara per una solució tecnològica única que integri els sistemes de salut i social actuals amb el domicili. Apostar per tenir una HESS (història electrònica de salut i social) que sigui un projecte comú d'ambdues conselleries. Aprofitar els fons Next Generation per finançar projectes en aquesta línia.

7 Fer un posicionament públic fort envers l'atenció domiciliària, amb una aposta comunicativa clara en mitjans amb impacte social. Posicionar l'ADI com a punta de llança de l'agenda d'atenció integrada de Catalunya.

8 Promoure una àrea de coneixement, habilitats i competències professionals específiques, des de la interdisciplinarietat dels plans d'acció i intervenció.

9 Integrar l'ADI com a espai d'atenció de les rutes assistencials territorials i avaluar els resultats de les intervencions proposades. Incloure l'ADI en el marc de treball en xarxa de tots els dispositius del territori i definir i seguir indicadors d'avaluació per monitorar l'aportació de valor d'aquesta nova línia d'atenció.

10 De manera transversal, seguir un enfocament d'acció: documents curts, *deadlines* curts, finançament a un territori en base a solidesa del pla i alineament dels lideratges del sistema.

Decàleg per impulsar l'ADI social i sanitària

Decàleg de La Unió per impulsar l'Atenció Domiciliària Integrada (ADI), social i sanitària



50.000

Persones reben serveis d'atenció a domicili públics i/o privats.



96,4%

Prefereix ser atès a casa seva.



Fins a

13

Professionals al domicili amb objectius separats.

Un únic pla d'atenció sanitària i social centrat en la persona

Propòsit: Dur a terme una transformació del model d'atenció en l'àmbit domiciliari que tingui per objectiu principal una atenció integral de necessitats socials i de salut dels/les ciutadans/es de Catalunya, millorant la qualitat de vida des de l'entorn més proper a la persona.

Una atenció **individualitzada**, **segura**, **personalitzada** i de **qualitat**, que doni resposta a les necessitats canviants de les persones que ho necessiten i als seus familiars, tenint en compte la seva **participació**, els seus **valors**, les seves **preferències** i respectant al màxim les seves **decisions**.

Incorporant la veu de la **persona i la família**, facilitant l'accés amb **protocols integrats**, un **equip multidisciplinari** i un **gestor del cas** que vetlla per la correcta coordinació, i promovent la integració en l'**entorn comunitari**.



Hem d'avançar al màxim en l'Atenció Domiciliària Integral fent d'aquesta aposta la **punta de llança de la transformació en el sistema d'atenció a les persones**.



5 línies estratègiques

Model d'atenció integrada, proactiu i centrat en la persona

Empoderament i Proximitat

Cartera de serveis integrada

Tecnologia per avançar-se

Model de governança territorial social i sanitari

10 propostes per a l'acció

1

Crear un **equip central** amb els/les millors persones expertes del sistema per impulsar l'ADI.

2

Centralitzar un **"pool" de recursos** específics per comprar ADI amb base poblacional.

3

Organitzar ADI per **regions comunes** de salut i social a tot el territori.

4

Compartir des de **ambdós Departaments, de manera conjunta**, les bases del model d'ADI.

5

Demandar als territoris que duguin a terme passes decidides per avançar en una **governança conjunta**.

6

Fer una aposta clara per una **solució tecnològica** única que integri els sistemes de salut i social actuals, amb el domicili.

7

Fer un **posicionament públic** fort envers a l'Atenció Domiciliària, amb una aposta comunicativa clara en mitjans amb impacte social.

8

Promoure un àrea de coneixement, **habilitats i competències professionals** específiques.

9

Integrar l'ADI com a espai d'atenció de les **rutes assistencials territorials** i avaluar els resultats de les intervencions proposades.

10

De manera transversal, seguir un **enfocament d'acció**.

La Unió, transformadora del model

La Unió, a través del seu teixit associatiu i el compromís social que l'uneix, pot impulsar aquesta transformació del model. Transformació aterrada al que és a l'abast de les organitzacions, en les condicions actuals, alineada amb les directrius de les polítiques socials i sanitària i amb suport a les organitzacions per a la gestió del canvi.

El **valor diferencial** dels serveis d'atenció domiciliària que poden oferir les entitats implicades en la transformació del model que propugna La Unió es basa en els atributs següents:

- Enfocament sota el paradigma d'atenció centrada en la persona, proactiva i integrada.
- Entitats de diferents línies de serveis complementàries connectades entres elles amb xarxa promoguda/articulada per La Unió.
- Cartera de serveis clara en les responsabilitats de cada entitat implicada i organitzada amb acords col·laboratius.
- Promoció de les estratègies de reconeixement de l'organització funcional d'equips interdisciplinaris i lideratges.
- Impuls de la incorporació de solucions tecnològiques i la interoperabilitat.

Per tal d'anar avançant de forma conjunta, La Unió es posa a disposició de les administracions per acompanyar aquest procés de desplegament i demanem participar en les propostes d'adaptació dels instruments de contractació, pagament i avaluació, com també en les propostes de canvis normatius que requereix el nou model. Ser part de l'execució, amb la força dels nostres associats i la capacitat d'articular partenariats i contribuir amb l'aterratge del model, amb la concreció de la cartera de serveis, sistema de contractació i pagament i avaluació.

Des de la nostra visió transversal, amb una mirada global de la salut (social i sanitària), la solvència i el nostre compromís, i la nostra lleialtat institucional amb les polítiques públiques i el sistema de salut i social de Catalunya, volem participar i contribuir activament a fer realitat el model d'atenció domiciliària integrada i de qualitat, amb serveis amb un plus d'interconnexió i que es caracteritzin per la seva adaptació a la proximitat a la ciutadania i a les necessitats de les persones en tot moment.

OPINIÓ

Experts i Administració, representants del món local, professionals i ciutadania

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?
2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?
3. Quin és el principal obstacle per al canvi?
4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?
5. Quin primer pas proposaria fer?



Joan Carles Contel

EXPERTS I ADMINISTRACIÓ

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Moltes de les persones ateses en programes d'atenció domiciliària requereixen la intervenció de diversos professionals i organitzacions de diferents àmbits d'atenció. Per tant, s'ha d'articular un model d'atenció integrada entre els diferents actors que amb molta freqüència concorren i participen en el procés d'atenció. Implica acceptar la limitació que té una organització pel maneig de situacions d'alta complexitat que requereix construir escenaris de pràctica col·laborativa entre les parts implicades i sempre pensant en un model d'atenció integrada centrat en la persona i entorn cuidador.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

S'ha d'explicitar per part del Govern i les administracions locals que l'atenció domiciliària sigui una política pública prioritària. Fins ara no ha estat suficientment prioritzada en un model d'atenció encara basat en les cures proporcionades per les famílies. Per això implica incrementar l'aportació pressupostària a aquest àmbit i promoure que el comportament de les organitzacions que presten serveis es configuri en un model d'atenció integrada entre les parts implicades.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

Hi ha moltes barreres que s'han identificat, com és el cas del comportament fragmentat del sistema per donar una

bona resposta en el procés d'atenció, la dificultat de compartir informació entre l'àmbit sanitari i social, la poca visibilitat de l'atenció domiciliària en la definició del contracte-programa, la dificultat de dur a terme innovació real en el model o disseny de prestació del servei i la manca de models de governança en el territori entre les diferents administracions responsables i implicades en la prestació del servei.

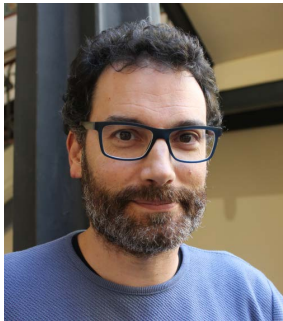
4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

La prioritització en el Pla de Govern en aquesta legislatura per a la construcció d'una agència d'atenció integrada i una agenda específica d'atenció integrada en l'àmbit domiciliari. La creació d'una agència podria impulsar la introducció d'elements de transformació en diferents àrees com la contractació i compra d'alguna part de la cartera de serveis que aportin un valor afegit en el model d'atenció domiciliària.

5. Quin primer pas proposaria fer? Durant aquests últims anys s'ha estat treballant durant l'etapa PIAISS en la definició del model que ja està disponible i publicat.

I ara el que tocaria és dissenyar i dur a terme l'inici de la implementació i avaluació d'impacte. Necessitem impulsar activitat implementadora de nous models d'atenció integrada en l'àmbit domiciliari, compromís pressupostari que incrementin cobertura i intensitat de l'atenció domiciliària, especialment en l'àmbit dels serveis socials, i promoure i incentivar el comportament dels diferents proveïdors amb més treball col·laboratiu entre les parts.

Joan Carles Contel forma part de l'Equip d'Atenció Integrada Social i Sanitària del Departament de Salut.



Sebastià
Santauegènia

1. Què espera de l'atenció domiciliària

integrada? L'ADI és un element clau de la reconfiguració futura del sector d'atenció de llarga durada a Catalunya. En aquest sentit, l'ADI és probablement el model d'atenció més centrat en la persona ja que parteix de la premissa de poder mantenir la persona en el seu entorn habitual, el seu propi domicili. A nivell personal espero que aquest sector creixi de forma significativa (en quantitat i qualitat) els propers anys, això ens situaria en la mitjana d'altres països europeus que ja han apostat en els darrers anys per aquest tipus de model com a eix de l'atenció de llarga durada.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè

sigui possible? Al meu parer necessitem tres coses: un model homogeni d'ADI (de fet, recentment s'ha publicat el model català de futur) adaptable a la realitat territorial del país; en segon lloc, un sistema de provisió i finançament adequat que estimuli la presència d'entitats o empreses que apliquin el model des d'un punt de vista d'aportar valor a les persones, i en tercer lloc necessitem un sistema d'avaluació sòlid que detecti les millors experiències per aprendre de forma conjunta i poder replicar les millors iniciatives en altres territoris.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

El sistema de finançament i la manca de visualització actual a Catalunya de l'ADI com a element clau del canvi del sistema

EXPERTS I ADMINISTRACIÓ

actual de provisió d'atenció de llarga durada, basat en recurs residencial o en unitats de llarga estada sociosanitària (gènesi inicial del model d'atenció de llarga durada a mitjan dels anys 80 del segle passat, quan no existien aquests altres recursos socials).

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

L'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària i l'interès d'algunes patronals (com La Unió. Associació d'entitats sanitàries i socials o el Consorci Social i Sanitari de Catalunya) semblen elements cabdals per estimular el canvi, als quals s'afegeix l'interès dels professionals i de la pròpia ciutadania per un canvi de model cap a una atenció més propera al domicili i a la persona.

5. Quin primer pas proposaria fer? Més enllà de la definició del nou model d'ADI, crec que és prioritari definir l'encaix d'aquest en el sector d'atenció de llarga durada. És necessari, doncs, definir en primer lloc quan, com i amb quina intensitat d'atenció es desplegarà aquest model respecte dels altres dispositius d'atenció de llarga durada (residències, unitats d'atenció de llarga durada) per generar un ventall de prestacions per a la persona de forma complementària, integrada i amb continuïtat, sempre en funció de les necessitats i voluntats de la mateixa i el seu entorn afectiu.

Sebastià Santauegènia és director del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Pla Director Sociosanitari del Departament de Salut.



Toni
Andreu

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Que situï la persona en el centre de l'atenció. Així de senzill de dir i, al mateix temps, així de complicat de fer ja que implica un canvi de concepció de l'atenció, actualment molt fragmentada, i passar a una atenció on les necessitats socials i de salut estiguin perfectament integrades i adaptades a les necessitats de cada persona en funció del seu moment vital.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible? N'hi ha d'importants, però amb caràcter previ considero que la voluntat política és essencial. Si no hi ha una implicació molt gran per part de les administracions no s'avançarà. Més enllà de la tecnologia, els processos, les integracions i el model, cal un lideratge aglutinador, un pacte de país que entengui que l'atenció domiciliària integrada és fonamental per a la salut, especialment en aquells col·lectius molt vulnerables com les persones grans, persones amb discapacitat, persones amb problemàtiques de salut mental, i infants i adolescents.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

L'atomització de l'atenció domiciliària com a sector a tot el territori és una debilitat que s'haurà de superar per intentar assolir una governança sanitària i social conjunta. Es tracta d'un servei que depèn de cada municipi, molt sovint fet a mida de les

necessitats i també de les possibilitats de cada ajuntament, però amb coses bones, com la seva proximitat.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

La pandèmia i el sobreenvelliment han disparat l'interès de les polítiques públiques per la coordinació social i sanitària, una de les principals debilitats sistèmiques. Hem de ser capaços de situar l'atenció domiciliària integrada en el debat públic i mediàtic. Necessitem un relat fort i coherent que situï l'atenció domiciliària integrada com a la principal eina per a la promoció de l'autonomia personal.

5. Quin primer pas proposaria fer? Crear un espai de diàleg estable i periòdic amb les administracions, funcional i resolutiu, per deliberar i prendre decisions que permetin avançar en el procés de desplegament de l'atenció domiciliària integrada.

Toni Andreu és científic d'EATRIS.



Marco
Inzitari

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

L'atenció domiciliària té múltiples reptes, perquè ha d'integrar l'atenció primària de salut, altres recursos de salut (hospitalització a domicili, PADES, etc.) i recursos socials.

Serà de benefici per a la qualitat de vida de les persones amb necessitats més complexes, respondrem als desitjos de la majoria d'elles, millorarà la percepció dels professionals i probablement estalviarem recursos.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

Els canvis han de ser alhora “de baix a dalt” (facilitar la integració entre recursos existents de manera adaptada al territori i mitjançant la col·laboració dels professionals i dels ciutadans/pacients) i “de dalt a baix” (governança general i territorial compartida que marqui línies mestres, permetent flexibilitat, sistemes d'informació compartits, formació i lideratge dels professionals).

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

Per un costat (de “baix a dalt”, de nou), la inèrcia dels territoris i de les institucions, certa desconfiança entre institucions de salut i, bidireccional, amb els serveis socials, i també cert corporativisme professional. De “dalt a baix”, una gran dificultat d'evolucionar de les administracions, ancorades en esquemes consolidats.

EXPERTS I ADMINISTRACIÓ

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

En aquest moment la conjuntura política sembla favorable: de fet, s'està potenciant una feina de governs anteriors i també una de les “30 mesures per enfortir el sistema de salut a Catalunya”, que vam presentar al 2020, que reclamava la creació d'una agència d'atenció integrada. També des de baix s'han generat moltes iniciatives –amb implantació incompleta i parcel·lades– que cal aprofitar.

5. Quin primer pas proposaria fer?

Més enllà de l'Agència, una gran oportunitat seria utilitzar els fons europeus per facilitar la implementació, l'escalat i l'avaluació (impacte en benestar, experiència de persones i professionals, valor i escalabilitat) de projectes d'atenció domiciliària integrada. Haurien de ser projectes adaptats als territoris, seguint línies mestres de l'Administració, que després segueixin implantats.

Marco Inzitari és director d'Atenció Integrada i Recerca del Parc Sanitari Pere Virgili i president de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia.



**Assumpció
González**

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Un model d'atenció integrada, proactiu i centrat en la persona que tingui en compte la seva participació activa, els seus valors, les seves preferències i respectant al màxim les seves decisions en el disseny del procés d'atenció. És necessari elaborar plans d'atenció individualitzats, conjuntament amb tots els agents implicats en el procés, que assegurin i donin resposta a la necessitat de cures de cada persona.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

Per al disseny del model, caldrà crear un equip central format per les millors persones expertes en l'atenció domiciliària integrada i on també hi siguin presents representants dels dos departaments i del món local implicats en el procés d'atenció. D'altra banda, serà necessari fer una aposta clara per una solució tecnològica única que integri les dades, socials i sanitàries, de les persones ateses al seu domicili.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

En l'actualitat ens trobem davant d'una realitat que és el fet que per donar resposta a les necessitats de les persones ateses al seu domicili són diferents els agents implicats que, de forma segmentada i sense que hi hagi una coordinació entre ells, intervenen en el procés. Sovint és la pròpia persona o el seu cuidador els que han de fer de gestor del seu cas i coordinar totes les parts implicades.

EXPERTS I ADMINISTRACIÓ

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

Crear la figura de l'equip gestor del cas, format pels diferents perfils professionals, que valori de forma integral i integrada totes les necessitats de servei de les persones ateses al seu domicili per poder romandre a casa seva el màxim temps possible.

5. Quin primer pas proposaria fer?

És imprescindible disposar d'un pla d'atenció individualitzat que doni resposta a les necessitats de les persones ateses al seu domicili. En aquesta línia serà necessari compartir des d'ambdós departaments de manera conjunta el model d'atenció domiciliària integrada que s'acordi implementar. En el disseny del procés caldrà implicar les persones i els cuidadors per dur a terme un treball conjunt entre tots els agents que hi prenen part.

Assumpció González és experta en atenció integrada centrada en les persones i foment de l'autocura i impulsora dels programes Pacient Expert i Cuidador Expert Catalunya.



EXPERTS I ADMINISTRACIÓ

Què s'espera de l'atenció domiciliària integrada des de la discapacitat intel·lectual i del desenvolupament?

Carles Campuzano, director de Dincat de 2019 a 2022 i actual conseller de Drets Socials

El procés obert per a un nou impuls a l'atenció integrada social i sanitària és, sens dubte, una nova oportunitat que té el país per a donar resposta a una de les febleses estructurals del nostre estat del benestar. Cal esperar que aquesta no sigui una nova oportunitat perduda i que s'avanci de manera concreta i precisa en la resposta als problemes i qüestions que estan identificats des de fa temps.

En el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament, quan abordem l'atenció integrada s'ha de partir clarament de la perspectiva que no estem necessàriament, ni principalment, davant d'unes persones que pateixen una malaltia de caràcter crònic i que poden ser ateses a casa seva. En qualsevol cas, estaríem davant de persones amb discapacitat que pateixen una malaltia, que pot estar o no associada a la seva discapacitat. En aquest sentit, cal recordar que "la discapacitat és un concepte que evoluciona i que resulta de la interacció entre les persones amb deficiències i les barreres degudes a l'actitud i a l'entorn que eviten la seva participació plena i efectiva en la societat, en igualtat de condicions respecte de les altres", en els termes expressats per la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat. Els termes entorn de la matèria en qüestió haurien de respondre a aquesta mirada.

Per tant, cal, d'entrada, emmarcar qualsevol política pública que afecti les persones amb discapacitat tenint en compte la Convenció. Aquesta, aprovada per les Nacions Unides el 2006 i ratificada per l'Estat espanyol el 2008, ha d'orientar els nostres marcs legals i les nostres polítiques públiques. En aquest sentit, la Convenció passa pàgina a la mirada medicorehabilitadora de la discapacitat i consolida la mirada des dels drets humans, la plena igualtat de drets i la no-discriminació, on els suports i els ajustos esdevenen centrals, precisament, per a garantir l'exercici d'aquests drets.

En el marc de l'atenció domiciliària, és necessari destacar la transcendència dels articles 9 (accessibilitat), 19 (dret a viure de forma independent) i 25 (dret a la salut) de l'esmentat text legal. En aquest sentit, és remarcable allò que contempla l'article 25 en la seva lletra D amb relació als estats que han ratificat la Convenció: "Han d'exigir als professionals de la salut que prestin a les persones amb discapacitat una atenció amb la mateixa qualitat que a les altres persones, basant-se en un consentiment lliure i informat, entre altres formes mitjançant la sensibilització sobre els drets humans, la dignitat, l'autonomia i les necessitats de les persones amb discapacitat, a través de la capacitació i la promulgació de normes ètiques per a l'atenció de la salut en els àmbits públic i privat."

Des d'aquest punt de vista, és remarcable que, encara, queda molta feina per fer per a sensibilitzar, donar a conèixer i formar els professionals de l'àmbit de la salut sobre la realitat de les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament. Durant els mesos més complicats i durs de la pandèmia de la COVID-19 les mancances en aquest àmbit foren evidents i importants. Sens dubte, reforçar la formació, el coneixement, l'expertesa i la sensibilització dels professionals del sistema de salut ens sembla el primer pas imprescindible per a garantir una atenció de qualitat d'acord amb la Convenció. Per als professionals sanitaris de l'atenció domiciliària aquesta perspectiva és fonamental.

La revisió i actualització de la targeta "Cuida'm", que ha quedat clarament obsoleta, o l'impuls i la difusió del "Passaport per anar al metge" són, també, eines rellevants per facilitar una atenció sanitària ajustada a les necessitats de les persones amb discapacitat. Es tracta d'instruments que han de permetre als professionals sanitaris identificar necessitats i suports per atendre de manera adequada i evitar males pràctiques que afecten negativament la qualitat de vida de les persones amb discapacitat i la seva salut.

D'altra banda, precisament l'article 19 de la Convenció està impulsant el procés de facilitar i promoure els processos de desinstitucionalització de les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament que viuen en entorns residencials, està provocant reformes i canvis en l'atenció residencial i incorpora la mirada preventiva per tal d'evitar l'ingrés a una residència. Es tracta, doncs, que més persones visquin en entorns més normalitzats i fomentar la vida independent.

Des d'aquest punt de vista, cal tenir en compte el Servei d'Autonomia a la Pròpia

Llar i la figura de l'assistent personal com els principals recursos que l'actual oferta de serveis contempla en aquesta direcció. Són, efectivament, els dos serveis específics orientats a donar suport a les persones amb discapacitat que volen viure de manera independent. Alhora, es tracta de serveis que no tenen encara avui un ús generalitzat, que estan clarament infrafinançats i amb un nivell d'extensió insuficient, en el cas del Servei a l'Autonomia de la Pròpia Llar, i pràcticament inèdit, en el cas dels assistents personals.

Avançar en el seu desplegament i dotar-los de manera adequada i suficient serà imprescindible. I, sens dubte, caldria que l'impuls a l'atenció domiciliària integrada els tingués en compte, amb totes les seves singularitats i especificats, recordant que l'objectiu d'aquests suports és el de facilitar la vida independent i la plena inclusió en la comunitat. En aquesta lògica, incorporar la qüestió de l'envelliment prematur de les persones amb discapacitat és fonamental, així com la necessitat d'invertir recursos de caràcter preventiu per a fer-hi front.

Finalment, els programes que donen suport als cuidadors familiars de persones amb discapacitat intel·lectual, com és el cas del "Respir", necessiten, clarament, convertir-se en un dret garantit.

Tot plegat implica transformacions profundes que haurien de desenvolupar-se amb relació a tres línies:

- a) Empoderar les persones i els seus entorns vitals i comunitaris per un projecte de salut més integral.
- b) Donar el màxim de suports perquè la persona sigui la primera gestora (o autogestora) de la seva salut, i del seu entorn vital i comunitari.
- c) Avançar de forma decidida en l'accessibilitat universal en entorns sanitaris.



Lluïsa
Moret

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

L'atenció domiciliària integrada és l'atenció en què intervenen conjuntament professionals de diversos àmbits i nivells d'atenció, que comparteixen informació i objectius i, si escau, prenen decisions de manera conjunta, per garantir l'atenció integral i integrada de les persones al domicili. Aquesta atenció requereix un bon sistema organitzatiu, de bons sistemes d'informació i d'una mirada holística que integri les diferents mirades i intervencions de manera que la persona atesa trobi en aquest sistema una veritable resposta a les seves necessitats.

Els canvis demogràfics, relacionats amb l'augment de la població major de 65 anys, fan que calgui modificar el model d'atenció actual per adaptar-nos a la nova realitat i a les previsions d'envelliment de la població dels nostres municipis en els propers anys. A més, és important considerar que totes les persones requereixen de cures al llarg de la seva vida i aquestes cures no es poden fer recaure només en les dones. Per això, l'atenció domiciliària integrada ha de posar el focus en l'atenció centrada en la persona, tenint en compte les preferències i les necessitats de la persona i del seu entorn (cuidadores) de cures més immediat.

MÓN LOCAL

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

La cura de les persones no es pot considerar un fet aïllat, tot al contrari, cal que s'integri en l'agenda política com una aposta de primer ordre, que esdevingui una eina de reconeixement de drets socials i individuals, amb una mirada d'atenció des de la proximitat i comunitària, que tingui la capacitat de millorar la vida quotidiana de les persones.

Cal que tots els implicats posin en valor l'atenció domiciliària. Això vol dir apostar per aquest servei, dotar-lo econòmicament i de visió de territori des d'un vessant comunitari, amb el reconeixement de les idiosincràsies individuals i col·lectives. Però, sobretot, un nou model de governança que el faci possible.

Cal entendre les cures com un valor públic que, a més de garantir la qualitat de vida de les persones ateses, es configura com un element clau de millora del benestar de la comunitat.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

El principal obstacle té a veure amb el gran nombre de professionals i organitzacions que intervenen en l'atenció domiciliària. Les administracions implicades són bàsicament dues: l'Ajuntament, administració que gestiona el servei d'atenció domiciliària al municipi; i la Generalitat de Catalunya, a través de dos departaments propis, Drets Socials i Salut.

Per tant, el principal obstacle és establir un sistema d'atenció domiciliària en el qual intervenen diferents administracions des de lògiques diferents i aconseguir establir un únic funcionament coordinat.

MÓN LOCAL

Un altre obstacle, que té a veure amb l'anterior, és el finançament de l'atenció domiciliària. Actualment, el nivell de cobertura dels serveis d'atenció domiciliària són molt baixos i no garanteixen que les persones puguin romandre al seu domicili el temps que elles desitjarien, ja que sense una aposta clara de les administracions públiques les famílies no poden sostenir els nivells d'atenció necessaris.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi? L'atenció domiciliària integrada significarà una integració efectiva i real dels àmbits socials i sanitari en l'atenció a les persones, millorant aquesta atenció dins dels seus domicilis amb l'objectiu de millorar el seu estat de salut i de benestar. Millorar aquesta atenció donaria com a resultat, també, la millora del benestar de les persones cuidadores, de les famílies... A més, aquesta atenció integrada pot integrar les tecnologies i la robòtica al servei de les persones oferint sistemes més sostenibles, més racionalitzats...

L'atenció integrada permet l'especialització de les tasques i les funcions dels i les professionals d'atenció directa a la persona i coordinar de manera més eficient i eficaç les actuacions entre els recursos comunitaris, assistencials, sanitaris, etc. relacionats amb els objectius a treballar. Harmonitzant i posant en joc les preferències i desitjos de les persones ateses i les necessitats d'aquestes, afavorint la participació activa de la persona atesa i la flexibilitat i l'adaptabilitat als diferents moments, contextos i circumstàncies dels i les professionals.

Aquesta atenció també ofereix la possibilitat de generar i enfortir les aliances entre els diferents agents i institucions, generant sinergies que milloren l'efectivitat, la comprensió de les diferents lògiques que actuen en simultani amb un únic propòsit, la millora de l'atenció.

5. Quin primer pas proposaria fer? Generar un sistema de cures que reconegui els drets de les persones i de la societat, i la cura com un valor públic, i garantir que es pugui desenvolupar a cadascun dels municipis oferint serveis diversificats de cura al llarg de la vida, que sigui sostenible i que ofereixi possibilitats d'intervenció i interacció de tots els agents que conformen l'ecosistema local.

Augmentar el finançament per poder desplegar aquest model d'atenció domiciliària. I donar suport als ajuntaments per desplegar l'atenció domiciliària integrada en els seus àmbits territorials.

Lluïsa Moret és diputada i presidenta delegada de l'Àrea de Cohesió Social, Ciutadania i Benestar de la Diputació de Barcelona.



Teia
Fàbrega

1. Què espera de l'atenció domiciliària

integrada? Poder atendre les persones amb més qualitat, que se sentin molt més acompanyades davant de situacions de vulnerabilitat social i sanitària, evitar les fragmentacions existents i aconseguir un sentiment de molta satisfacció per part de la persona atesa.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè

sigui possible? Que existeixi una voluntat real política i tècnica de fer-ho possible, acompanyada de valentia política per desenvolupar els canvis necessaris.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

És un canvi que necessita temps. Per aconseguir una veritable atenció integrada cal molta confiança entre els professionals dels dos sistemes i aquests són molt diferents en les seves cultures, en les seves mirades, en les seves intervencions, fins i tot en el seu llenguatge.

Precisament seran aquestes diferències, quan no siguin obstacles sinó que es complementin, les que faran fort el sistema integrat.

Com qualsevol canvi d'aquestes magnituds es necessitarà generositat i flexibilitat, que molt sovint són elements difícils de gestionar.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

L'atenció integrada pot ser una oportunitat molt clara de revisar aspectes dels sistemes de salut i social, que facin millorar les finalitats, els serveis, els procediments de cada sistema adequant-los amb una mirada més centrada en la persona i comunitària, i trobar-ne de nous i integrats que millorin l'atenció a la nostra població i s'adeqüin a les seves necessitats.

5. Quin primer pas proposaria fer? El primer pas és posar-s'hi. Crec que cal potenciar territoris que siguin un motor de canvi. Territoris que treballin projectes concrets integrats, que es puguin construir entre els professionals dels dos sistemes i que puguem avaluar, i que aquests territoris puguin ajudar a impulsar els projectes a altres territoris. Tot això amb una governança territorial i un compromís de desenvolupament dels projectes per part del Govern, compromís amb l'acompanyament dels territoris, compromís en la seva governança i compromís econòmic de desenvolupament dels projectes.

Teia Fàbrega és directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.

MÓN LOCAL



Joaquim
Nin

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Que sigui implantada amb rapidesa i equitat i amb consideració a la situació singular de cada persona i del seu entorn. No són iguals els recursos disponibles en una gran ciutat que en un entorn més rural. I aquí, considero que caldrà un esforç de planificació i de dotació de recursos humans, tecnològics i econòmics que evitin desigualtats territorials en la seva posada en marxa.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible? D'entrada, apostar per equips transversals planificadors. Implantar amb celeritat el banc de bones pràctiques que ajudaran a una aplicació ràpida i homogènia territorialment. Cal que tots els agents interioritzin que la integració ha de ser en origen i en destí: en la concepció i en la seva aplicació. I això ho ha de tenir present tothom: des d'un tècnic municipal, els professionals de l'atenció primària, els organismes prestadors, les famílies, els hospitals, els cuidadors i l'Administració.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

La por a perdre incidència i control de la situació en algunes àrees i, em temo, la manca de recursos econòmics per a la universalització de la seva implementació. L'ADI no hauria de ser un canvi estètic, una explicació retòrica o una atractiva

publicitat mancada de la voluntat real de transformació en l'atenció i cura de la persona a casa.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi? La principal és que gairebé tothom vol ser atès a casa. Aquesta oportunitat cal unir-la a les ganes, les capacitats i el talent de moltes entitats, fundacions, associacions, empreses i professionals que demanen i volen canviar el model actual, per ser més eficients a partir d'una atenció individualitzada, segura, personalitzada i de qualitat. I, a més, fent ús de diverses eines tecnològiques en l'entorn familiar.

5. Quin primer pas proposaria fer? Fer molt de cas del decàleg de La Unió i aplicar les línies d'acció que s'hi esmenten.

Joaquim Nin és vicepresident de la Diputació de Tarragona i alcalde d'Albinyana.



Joan Maria
Adserà

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

L'atenció domiciliària integrada ha de ser la resposta als reptes de futur que planteja l'atenció a les persones en termes de salut i benestar, i ha de ser el model que ens porti a una societat en què les persones, especialment la gent gran i amb dependència, gaudeixin d'una qualitat de vida digna durant totes les etapes vitals, sense oblidar l'optimització de recursos, tant econòmics com humans.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

El primer i més important, un canvi de paradigma per part de l'Administració a l'hora de planificar aquesta atenció que comporti, al seu torn, un canvi en la mentalitat i la percepció de la ciutadania. En el moment que la societat entengui que és necessari un impuls d'aquest nou model d'atenció domiciliària a la persona, estic segur que se'n copsaran els beneficis. I, en segon lloc, però no menys important, la convicció que cal dotar pressupostàriament i tecnològicament d'una manera adequada els agents implicats per dur a terme aquest canvi i vetllar per una correcta utilització d'aquests recursos.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

Des de la Xarxa Santa Tecla –com a històric proveïdor de serveis socials i sanitaris, entre els quals es troba l'atenció domiciliària tant des del vessant públic com privat– creiem que el principal obstacle serà conduir amb èxit una reestructuració dels actuals protocols d'organització, els quals

PROFESSIONALS

actualment són compartits per diferents administracions, amb les interferències que aquesta realitat provoca i que repercuteixen tant en els usuaris com en les entitats que ofereixen aquest servei i, de retruc, en el mateix sistema assistencial. Trencar una dinàmica de funcionament preestablerta durant tant de temps sempre és complicat. Però, alhora, és un repte.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

També en qualitat de proveïdors sanitaris i socials, en aquests darrers anys i especialment a causa de la pandèmia, hem pogut comprovar que la simplificació de protocols i la col·laboració interdepartamental és clau per maximitzar els recursos disponibles. Arran d'aquesta experiència, que ha posat a prova el nostre sistema sanitari i social, han sorgit noves oportunitats de replantejar-nos antics models que sabem que aviat quedaran obsolets. Estem en un bon moment per plantejar aquesta inquietud a tots els territoris i buscar sinergies i complicitats amb els actuals proveïdors d'aquest servei per aprofitar al màxim la seva experiència i coneixements.

5. Quin primer pas proposaria fer?

Coincidint amb la proposta de La Unió, considero que cal bastir un equip de persones expertes en el tema que posin sobre la taula tots els *inputs* que intervenen en aquest procés de transformació: els motius, les oportunitats, els recursos, les estratègies de comunicació, etc. Cal assentar una bona base de partida perquè els primers passos cap al model d'atenció domiciliària integrada siguin encertats i definitius.

Joan Maria Adserà és director general de la Xarxa Santa Tecla Sanitària, Social i Docent.

PROFESSIONALS



Candela
Calle

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

L'atenció a domicili en els seus inicis era l'única forma d'atenció mèdica; els hospitals estaven destinats a donar atenció a les malalties greus. El desenvolupament de les tècniques diagnòstiques i de tractaments ha afavorit que els hospitals es converteixin en el centre d'atenció dels problemes de salut, deixant enrere l'atenció al domicili. Tanmateix, en els últims anys s'ha despertat de nou l'interès per l'atenció al domicili de forma integrada, per l'augment de malalties cròniques i per motius econòmics.

Quan parlem d'atenció domiciliària integrada, parlem de models integrats per diferents dispositius assistencials (PADES, centre de dia, SAD, etc.) i per professionals de diferents disciplines de l'àmbit hospitalari, atenció primària i sociosanitària. I entre tots els agents implicats es planifica el procés assistencial orientat a la persona i a la seva família; i comptant amb elles, tenint en compte les seves preferències, valors, percepcions i expectatives, per oferir-los un servei integral que garanteixi la continuïtat assistencial.

El domicili és l'entorn ideal per a la cura de les persones malaltes i facilita el desplegament d'un sistema de salut i serveis socials basat en l'atenció tenint en compte l'entorn relacional i comunitari per donar-hi suport i empoderar el pacient i la persona cuidadora quan sigui necessari.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

El repte de l'atenció domiciliària integrada rau en la capacitat de proporcionar espais de diàlegs entre els diferents àmbits -hospitalari, primària i sociosanitari-, i treballar conjuntament en un projecte on els professionals siguin capaços de donar assistència sanitària de qualitat.

Es necessita una cartera de serveis que posi sobre la taula tots els serveis de què disposen, i tots els professionals implicats.

Desenvolupar un model de lideratge i governança amb visió global i del territori implicant les conselleries de salut i social.

Crear una xarxa integrada de serveis amb una utilització eficient dels recursos, i treballar conjuntament de forma interdisciplinària.

Disposar de sistemes d'informació i comunicació integrats dels àmbits social i sanitari.

Per fer possible això es necessita voluntat política de salut i política social i disposar d'una estratègia global a nivell de govern i amb una bona planificació de serveis d'atenció domiciliària.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

- El primer és la fragmentació que tenim en els centres sanitaris i les dificultats d'interrelació entre els diferents àmbits i les diferents conselleries.
- El canvi cultural.
- Diferents plans d'atenció.
- Diferents proveïdors.

PROFESSIONALS

Reptes als quals el model d'atenció domiciliària ha de donar resposta:

- El primer repte que tenim és donar resposta a les necessitats i expectatives de les persones.
- L'envelliment de la població, la cronicitat i dependència de la població, com un creixement de demanda de serveis d'atenció a domicili.
- Avaluació basada en valor i resultats. Per això hem d'apostar per tenir eines informàtiques i indicadors de seguiment i avaluació.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi? És la creació de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària, que pot ser una eina per garantir de forma equitativa i de qualitat les necessitats de les persones grans, salut mental, problemes socials i necessitats complexes.

5. Quin primer pas proposaria fer?

- Disposar de sistemes d'informació integrats.
- Tenir una xarxa de professionals dels diferents dispositius assistencials.
- Que existeixi un Pla de salut i social al país.

Candela Calle és directora general de la Fundació Sant Francesc d'Assís.

PROFESSIONALS



Eulàlia
Villegas

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

El meu àmbit de treball és l'hospitalització a domicili. Som un recurs que atén persones amb necessitats d'atenció sanitària complexa, com a alternativa a l'ingrés a hospital convencional, i seguint les directrius del CatSalut hem de respondre a les demandes de qualsevol equip sanitari del nostre àmbit, sigui territorial o hospitalari. Per aquest motiu treballem per assegurar la continuïtat assistencial entre equips.

Crec que l'atenció domiciliària integrada ha de basar-se en un model de comunicació i coordinació excel·lent entre recursos, per assegurar que la persona rebi en tot moment l'atenció sanitària més adequada al perfil clínic que presenti.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

L'Administració ha de seguir potenciant el treball coordinat entre recursos hospitalaris i territorials. Crec que és fonamental que s'implanti el concepte bàsic que, si és possible, el pacient ha de ser atès prioritàriament al seu domicili i que són els recursos sanitaris els que s'han d'adaptar a aquest nou paradigma, en què el domicili de les persones, i no l'hospital o el centre d'atenció primària, és el referent a partir del qual s'estructura l'atenció sanitària territorial.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

La percepció de molts del canvi en les estructures de poder que porta implícit aquest canvi en l'estructuració sanitària.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

La pròpia crisi sanitària que vivim des de fa anys ha demostrat que el model sanitari clàssic és poc resolutiu i eficient per als problemes reals de la població, cada cop més fràgil i envellida.

5. Quin primer pas proposaria fer?

Cada territori hauria de comptar amb un grup de treball adaptat a les seves necessitats particulars, que rebi informació real per poder analitzar situació, debilitats, accions de millora i resultats, amb capacitat operativa i de decisions, i la responsabilitat d'informar sobre els canvis i les millores realitzades.

Eulàlia Villegas és coordinadora mèdica de la Unitat d'Hospitalització a Domicili de l'Hospital Dos de Maig.



Isabel
Grimal

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Parlar de l'atenció domiciliària integrada és actualment un repte per assolir si parlem de la seva implantació total i posterior avaluació.

Hi ha diferents referències i evidències científiques d'àmbit mundial, europeu i a Catalunya que han demostrat com el nivell de resolució, més enllà del seu cost i efectivitat en innumerables processos, té com a valor afegit satisfer les necessitats i preferències de les persones quan se les manté en el seu entorn (atenció centrada en la persona ACP).

Actua també com a prevenció primària i secundària tant en els aspectes sanitaris com en els socials, afegint proactivitat a un model assistencial encara molt reactiu i poc consolidat.

És necessari, per a poder implementar-la, portar a terme canvis i una oportunitat per a transformar els sistemes sanitari i social. Existeixen uns factors determinants, que ara enumero. Els factors es deuen a:

- 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 per l'impacte de l'atur, 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 àmplia 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 les cures.
- f. Els canvis en les expectatives de les persones respecte de l'atenció social i sanitària (per exemple, més autonomia, participació, capacitat de decisió, etc.).
- g. L'increment de la pressió assistencial en un context caracteritzat per les pressions pressupostàries.
- h. L'augment dels costos de determinades teràpies i pràctiques assistencials (medicaments, rehabilitacions, etc.).

Com a visió futura espero de l'atenció domiciliària integrada un canvi de paradigma dins del model d'atenció a les persones, passant de l'atenció centrada en les estructures a les necessitats i preferències de la persona que atenem en el seu entorn a domicili, és a dir, considerar el domicili com l'espai d'atenció del futur, on es potenciïn les seves capacitats, autonomia i foment de les seves responsabilitats.

Per això esmentat anteriorment, l'atenció domiciliària integrada produirà beneficis

PROFESSIONALS

PROFESSIONALS

en la millora en l'accessibilitat dels serveis, la coordinació i la continuïtat assistencial, l'experiència de la persona/família i la millor pràctica col·laborativa entre professionals i organitzacions, "així com una millora en els resultats de salut, la utilització de recursos d'institucionalització i les crisis derivades de la claudicació de la persona cuidadora" (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015, p. 74, a partir de Kodner, 2012).

Per acabar, cal dir que per poder portar-la a terme en un futur immediat existeix la necessitat que es converteixi en una política pública emergent i una estratègia a llarg termini, una aposta real de futur.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

1. Aposta ferma per l'atenció domiciliària integrada dins de les polítiques públiques (plans de salut)
2. Governança col·laborativa i lideratge sistèmic
3. Implementació del model d'ACP en totes les polítiques
4. Canvi cultural dels nostres professionals
5. Inversió en desenvolupament d'eines facilitadores
6. Polítiques i incentius per al seu desenvolupament
7. Cultura organitzativa col·laborativa
8. Evitar la fragmentació i discontinuïtat sanitària i social (visió compartida)
9. Revisió de la cartera de serveis
10. Únic pla assistencial de la persona que atenem

11. Informació única de la persona
12. Manca de SSII integrats
13. Que existeixi l'avaluació i resultats d'impacte del programa
14. Revisió dels perfils professionals
15. Recollida de l'experiència de la persona i la seva família
16. Com s'organitzen els equips en el territori
17. Valorar els productes de suport i adaptació en la llar que són necessaris
18. Valorar la tecnologia digital necessària
19. Major inversió econòmica per a l'atenció domiciliària (finançament)

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

És obvi que el principal obstacle és la manca total de coordinació entre una mirada sanitària i una mirada social de les necessitats de la persona.

Sense aquesta mirada doble no es podrà fer una atenció integrada.

Existeix la necessitat d'aquesta visió compartida per tal que el seu desenvolupament sigui un èxit, també cal destacar la necessitat d'una feina en xarxa amb objectius compartits clars i únics.

Un altre entrebanc a destacar és la manca d'integració de les TIC en la gestió de serveis sanitaris i socials. Cal que hi hagi una HCI única o una plataforma tecnològica que intercanviï informació de les persones que atenem.

Com a resum diria que salvar tots els obstacles, que són variats, faria que la

PROFESSIONALS

qualitat, efectivitat i eficiència de l'atenció a les persones fos millor, com ho és quan es treballa amb aquesta mirada integrada (basada en les necessitats sanitàries i socials que exposa la persona que atenem, és a dir, donar més poder de decisió en tot el que compromet la seva salut).

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

Estem en una situació que requereix la necessitat de plantejar un escenari de futur que demana una reflexió estratègica i unes propostes orientades a millorar l'atenció de cures de llarga durada a les persones i especialment en l'entorn domiciliari. Aquesta és una prioritat no solament política sinó d'assignació de recursos que ho faci sostenible i que doni més cobertura poblacional, de gran intensitat de cures, més qualitat i amb una mirada holística de la persona.

5. Quin primer pas proposaria fer? L'atenció integrada, actualment a Catalunya, tot i que el seu objectiu sigui desitjat per a totes les persones independentment de la seva complexitat, és cert que s'hauria d'enfocar des de l'inici per tal que estigués orientada a aquelles persones amb necessitats més complexes (socials i sanitàries). Per a poder portar-ho a terme s'ha d'instaurar una governança territorial que incorpori responsables de les diferents conselleries i el govern local, que hauria d'articular-se amb corresponsabilitat, un tema que per ara encara està per resoldre. No podem oblidar-nos de la necessitat d'ordenar el procés d'atenció en l'atenció primària i els serveis socials com a base del model i a partir d'aquí donar entrada a l'atenció

especialitzada. Per tant, són aquests equips els que han de liderar el procés de l'atenció integrada, sense oblidar que s'ha d'incorporar al model un conjunt d'elements que facilitin que la persona pugui romandre al seu domicili.

Ja per últim cal recalcar que és important que hi hagi un canvi de mirada amb visió de futur pel que fa a l'atenció domiciliària integrada perquè es converteixi en un sector altament prioritzat en les polítiques d'atenció de llarga durada, però que sobretot aquest creixement tingui impacte en l'eficiència i experiència de la persona que atenem.

Isabel Grimal és directora d'Infermeria del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.



**Dolors
Quera**

PROFESSIONALS

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

La possibilitat que el malalt sigui valorat en un recurs derivador amb indicació i proposta de serveis i que disposi de seguiment tant a nivell social com sanitari de manera coordinada.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

Major implicació des d'atenció primària en la gestió de les necessitats de la persona gran i del malalt crònic o final de vida amb "necessitats especials" i que voldria romandre al domicili. Bona comunicació entre els serveis que s'estan prestant en aquest mateix malalt a casa: ATDOM de primària, serveis d'atenció domiciliària de suport (treballadora familiar, menjar a casa, PADES...). Actitud proactiva i no en resposta a una necessitat ja instaurada.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

El principal obstacle és la gestió social des d'ajuntaments i centres d'atenció primària. La treballadora social del CAP no té el servei, l'ha de sol·licitar a primària social, la família ha d'anar a sol·licitar-lo.... burocràcia farragosa per a la gent gran si no tenen qui els ho faciliti.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

La principal oportunitat és la voluntat de les administracions i la implicació tant de serveis socials de les ABS com de

la primària municipal. La digitalització dels serveis ha de portar a una ràpida revaloració quan sorgeixen canvis. Un ingrés ha de suposar la retirada ràpida dels serveis a domicili, però el retorn ha de suposar també la reintroducció ràpida dels mateixos o si han canviat les necessitats poder fer el canvi ràpid i això ha de ser possible amb les actuals vies de comunicació.

5. Quin primer pas proposaria fer? El primer pas seria la gestió territorial. Les necessitats no són les mateixes a tots els territoris, no únicament rural/urbà, sinó que dins la ciutat no tenen les mateixes necessitats a Sant Andreu, Nou Barris o l'Eixample.

Valorar que la persona gran tingui una persona referent (gestora de cas, infermera, treballadora social o una altra figura) que aglutini i supervisi les seves necessitats sense haver de tenir l'allau de professionals o serveis que, tot i existir, semblen compartiments estancs que no es comuniquen o ho fan de manera inadequada.

Que aquesta persona referent sigui una veritable professional que segueix el cas i que conegui de primera mà la situació al domicili, els serveis que té la persona i que els pugui canviar segons les necessitats del moment, i que pugui interactuar amb tothom de manera àgil i eficaç.

Dolors Quera és presidenta de la Secció Col·legial Metges de l'Àmbit Sociosanitari del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.



Conxita
Closa

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Ha de ser una pràctica clínica centrada en les persones amb malaltia crònica i comorbiditat afegida que millori la qualitat de l'atenció. Un dels objectius fonamentals és que minimitzi el pendent del deteriorament i/o discapacitat.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

- a. Existència d'una voluntat des de l'Administració sanitària i social (macro)
- b. Existència d'un ferm lideratge en les organitzacions (meso)
- c. Informació i formació als equips sanitaris i socials (micro)

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

El principal obstacle és la gestió de la resistència al canvi en professionals i l'absència de model contractual, tenint en compte que és un recurs on intervenen diferents proveïdors.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi? Hi ha una clara demanda per part dels pacients i és una necessitat real dels professionals per poder oferir solucions efectives atès el canvi demogràfic imparable.

PROFESSIONALS

5. Quin primer pas proposaria fer? Crear des de l'Administració sanitària i social una direcció que analitzi les experiències d'atenció integrada ja existents en els diferents territoris, consensuar metodologia i donar-les a conèixer com a model validat tant des del punt de vista assistencial com contractual.

Conxita Closa és doctora en Medicina, especialista en Medicina Física i Rehabilitació, i presidenta de la Societat Catalana de Medicina Física i Rehabilitació (SCMFIR).

PROFESSIONALS



**Josep
Ballester**

1. Què espera de l'atenció domiciliària

integrada? L'ADI és el resultat d'una nova mirada en l'atenció social i sanitària de la ciutadania. Com a metge i gestor sanitari, crec que l'actual model biològic, centrat a diagnosticar i curar la malaltia, ha d'evolucionar. No perquè l'actual sistema social i sanitari sigui dolent, sinó perquè la societat ha madurat i exigeix un canvi de prioritats. Des d'un punt de vista bioètic, cal incorporar a les decisions professionals, l'opinió i les prioritats de les persones i les seves famílies.

2. Quins canvis creu que han de produir-se

perquè sigui possible? El pressupost de les administracions implicades ha de prioritzar una cartera de serveis única d'ADI. Les entitats proveïdores han d'incorporar coneixement i competències dels seus professionals. Al Grup Mutuam ho estem fent des de fa temps perquè creiem que és el model de futur. Cal equilibrar l'assignació dels recursos territorials, així com també un lideratge únic de governança tot reunificant planificació i recursos en una sola administració sanitària i social a Catalunya.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

Les resistències al canvi radiquen en la por al que és desconegut i a la pèrdua de poder. És imprescindible fomentar una nova conceptualització del model de cura domiciliària, promoure el coneixement i

l'expertesa dels professionals; la recerca de models més eficients i l'avaluació contínua dels productes i serveis. Cal fomentar el *benchmarking* entre proveïdors. Si volem vèncer la resistència cal revisar la formació pregrau i postgrau dels professionals del futur.

4. Quina és la principal oportunitat per al

canvi? La recent pandèmia ha posat de manifest el valor que dona la ciutadania a les condicions de la llar, els recursos i la qualitat de vida que permet a les persones i les famílies viure dignament al domicili. Sabem que no s'han fet prou bé les coses. Mai com ara s'havien promocionat tants serveis privats d'atenció a la dependència al domicili. Cal doncs aprofitar aquesta sensibilització social per apostar pels serveis públics socials i sanitaris centrats en la persona al domicili.

5. Quin primer pas proposaria fer? Constituir una comissió de treball propositiva d'experts representants de totes les patronals i administracions implicades. Tot i que el Pla de salut 2021-2025 ja contempla la transformació del sistema sociosanitari actual, cal anar més enllà dels grups de treball del Consell Assessor Sociosanitari (abril 2022), i implicar directament l'Administració social. Coincideixo amb el Decàleg de La Unió en què és prioritari trobar una solució tecnològica integradora dels sistemes d'informació socials i sanitaris.

Josep Ballester i Roselló és metge i gestor sanitari, i patró de la Fundació Mutuam Conviure.



Delvi Wunder
Canido

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Para mi la atención domiciliaria integrada debe tener como objetivo la mejoría del usuario, el mantenimiento y trabajo de su autonomía. Velando así para que no haya un empeoramiento y/o falta de atención a las necesidades que requiere. Y esto debe ser un trabajo conjunto. Es decir, para todos el foco debe ser que el resultado se refleje en el estado de la persona, pero para ello el entorno debe estar coordinado para trabajar en equipo. Y esto hace que desde los profesionales sanitarios (médico de cabecera, enfermería, etc.) al entorno familiar y la persona cuidadora trabajen conjuntamente para ello.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

Creo que hay un cambio principal por el que todos debemos trabajar y participar, y es la comunicación entre los agentes del entorno de la persona. Es decir, médico, familia y persona cuidadora debemos trabajar en equipo y la coordinación debe ser responsabilidad compartida.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

Veó que al final poder estar atendido en casa aporta un valor añadido y diferencial al trato, y comodidad de la persona. La atención domiciliaria debe poder asegurar la cobertura de las necesidades que realmente tiene la persona. Es decir, para una persona que requiera una atención y acompañamiento continuado durante todo

PROFESSIONALS

el día, debe poder asegurarse y facilitar que sea así.

Ahora mismo el pase de la responsabilidad familiar está muy condicionado a los recursos que realmente se pueden integrar en el domicilio para hacer la atención domiciliaria integrada.

Con esto lo que quiero decir es que tenemos un reto en asegurar los recursos necesarios para cubrir todos los cuidados que sean necesarios en el domicilio. Como decía, dependemos de los recursos que tenga la familia (a nivel económico) y esto genera diferencias y carencias en muchos casos.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

La creación de protocolos e instrumentos de trabajo comunes pensados para la atención 24/7, con el objetivo de la atención integral completa de la persona (a nivel sanitario y social). Pensando siempre en la atención de la persona.

5. Quin primer pas proposaria fer? Al final creo que pasa por la inversión tecnológica para la mejora de la calidad del servicio y la atención del usuario, así como una mejor cualificación y valoración de los profesionales de atención domiciliaria. Y no solo me refiero a las personas cuidadoras. Me quiero referir, como decía antes, a los diferentes profesionales y agentes que intervienen para que la atención domiciliaria sea de calidad, como pueden ser fisioterapia, enfermería, auxiliar de geriatría, medicina, etc. Y por último, facilitando material para la autonomía del trabajo.

Delvi Wunder Canido és cuidadora de l'empresa Qida.

PROFESSIONALS



Montse
Pons

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Las personas aquejadas de diversas patologías desearían poder permanecer en su domicilio particular, por lo que se espera que con este modelo de atención se satisfagan las necesidades de las personas manteniéndolas en su entorno conocido. Este tipo de atención tiene un importante rol tanto en los aspectos sociales como sanitarios, por lo que sería necesario que este modelo asistencial fuera más proactivo.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

Las personas que tienen necesidades complejas, tanto desde la vertiente sanitaria como desde lo social, deberían ser las primeras sobre las que habría que dirigir mayores esfuerzos para poder incorporar nuevos modelos de atención. Un modelo de atención integrada debe contemplar una serie de elementos, como por ejemplo la adaptación física del domicilio y la disponibilidad de ayudas técnicas que faciliten la autonomía de la persona, así como que pueda permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

La falta de coordinación entre administraciones y gestores del sistema sanitario es uno de los principales obstáculos para el desarrollo real de un modelo de atención integrada.

Otro de los obstáculos podrían ser ciertos miedos y actitudes que no nos dejan ver más allá y bloquean cualquier disposición a un posible cambio.

Como último obstáculo habría que señalar el hecho de que el ámbito de la atención domiciliaria está fragmentado a su vez en otros ámbitos (atención primaria, hospitalaria, salud mental), de modo que sus líneas de servicio son la principal causa de las barreras que se forman para la atención integrada.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan seguir en su hogar habitual. Asimismo, favorecer que desarrollen sus capacidades personales y hábitos de vida saludables.

5. Quin primer pas proposaria fer?

No hay recetas mágicas, ni todas las situaciones son iguales. Cada realidad y cada lugar son únicos, por lo que cada proceso de atención deberá entenderse y plantearse como algo propio de cada persona.

Uno de los primeros pasos que deberían darse consistiría en sensibilizar a las personas usuarias, a las familias y a los profesionales que prestan este tipo de servicios.

Como propuesta de futuro habría que señalar que la atención domiciliaria debería ser un ámbito con una alta prioridad dentro de las políticas de larga duración y que creciera de manera que hubiera más demanda de atención domiciliaria integral, tanto en su vertiente sanitaria como en su lado social, lo que supondría una mayor intensidad en su cobertura y más calidad en los servicios.

Montse Pons Moreno és treballadora social a Grup Mutuam.

Anna Duch

1. Què espera de l'atenció domiciliària integrada?

Que la meua mare estigui atesa sense que jo hagi de deixar de treballar, o passàrem a estar per sota del llindar de la pobresa.

2. Quins canvis creu que han de produir-se perquè sigui possible?

Tinc la sort de treballar en un lloc on em permeten fer teletreball totes les tardes. Com que no puc pagar algú tot el dia sense recórrer a l'economia submergida, sense la flexibilització a la feina seria impossible. L'altra opció seria que els ajuts per a l'atenció domiciliària milloressin moltíssim.

3. Quin és el principal obstacle per al canvi?

L'econòmic i el patriarcat. L'atenció a familiars recau en un percentatge elevadíssim en les dones i simplement s'invisibilitza. Si ho haguessin de suportar els homes, estic segura que la situació seria ben diferent.

4. Quina és la principal oportunitat per al canvi?

Canvis en polítiques laborals, socials i en educació.

5. Quin primer pas proposaria fer?

Demana un exercici d'empatia a les persones que tenen més responsabilitat dins la nostra societat. La seva manca d'empatia condemna molta gent a viure en una mena d'arrest domiciliari o que moltes persones dependents quedin desamparades.

Anna Duch és familiar de persona que rep atenció domiciliària integral.

Comitè Editorial

Antoni Andreu
Salvador Cardús
Manel del Castillo
Roser Fernández
Josep Fusté
Pere Ibern
Amèlia Guilera
Salvador Guillermo
Enric Mangas
Mònica Reig
Genís Roca
Carles Sisternas
Núria Terribas
Antoni Trilla
Miquel Vilardell

Coordinació

Cristina Aragüés

Fotografies

Marta Forner, La Unió
Damià Garcia - Taula Tercer Sector (pàgina 84)
123rf (pàgines 1, 37, 44, 53, 60, 62, 65 i 71)

Fundació Unió

T. 34 93 209 36 99 · F. 34 93 414 71 22
www.fundaciounio.cat
www.uch.cat
[@uchcat](https://twitter.com/uchcat)

Realització: Verba Volant Comunicació, SL



REFERENT és una publicació plural, que difon informacions d'utilitat i d'interès. La societat editora respecta les opinions i el perfil biogràfic expressats per mitjà dels articles dels seus col·laboradors, però no les comparteix necessàriament, i només fa seus els continguts difosos per mitjà de l'editorial.



www.fundaciounio.cat
www.uch.cat
[@uchcat](https://twitter.com/uchcat)