

# Integració de l'atenció social i sanitària



Col·lecció Estudis i Informes. Número 51

# INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA

## INFORME

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



**Ponent**

Salvador Guillermo

**Director**

Xavier Riudor

**Gestor**

Diego Herrera

**Autors**

Diego Herrera  
Xavier Riudor  
Virgínia Villar

**Membres del grup de treball**

Enric Arqués  
Juan Cobacho  
Carme Martínez  
Lluís Viguera

**Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya**

Barcelona, 2018



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

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

© Generalitat de Catalunya

Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya

Diputació, 284

08009 Barcelona

Tel. 93 270 17 80

Adreça Internet: [ctesc.gencat.cat](http://ctesc.gencat.cat)

A/e: [ctesc@gencat.cat](mailto:ctesc@gencat.cat)

ISBN: 978-84-393-9816-5

Imatges:

Vector de fondo creat per freepik - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

[https://www.freepik.es/foto-gratis/pareja-mayor-en-casa-de-ancianos-mirandose\\_2272115.htm](https://www.freepik.es/foto-gratis/pareja-mayor-en-casa-de-ancianos-mirandose_2272115.htm)

Foto de personas creada per freepik - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

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

[https://www.freepik.es/foto-gratis/madre-abrazando-a-su-madre-mayor-sentado-en-el-sofa-en-casa\\_2698304.htm](https://www.freepik.es/foto-gratis/madre-abrazando-a-su-madre-mayor-sentado-en-el-sofa-en-casa_2698304.htm)

Foto de personas creada per freepik - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

[https://www.freepik.es/foto-gratis/mujer-adulta-que-cuida-a-la-madre-mayor-mal\\_1473930.htm](https://www.freepik.es/foto-gratis/mujer-adulta-que-cuida-a-la-madre-mayor-mal_1473930.htm)

Foto de invierno creada per bearfotos - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

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

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

Creative Commons CC0 1.0 Universal

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

Llicència Creative Commons

[https://www.freepik.es/foto-gratis/joven-medico-apoyando-su-paciente\\_863047.htm#term=doctores%20jovenes&page=1&position=7](https://www.freepik.es/foto-gratis/joven-medico-apoyando-su-paciente_863047.htm#term=doctores%20jovenes&page=1&position=7)

Foto de personas creada per pressfoto - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

[https://www.freepik.es/foto-gratis/concepto-borroso-de-asilo-de-ancianos\\_2014481.htm](https://www.freepik.es/foto-gratis/concepto-borroso-de-asilo-de-ancianos_2014481.htm)

Foto de personas creada per freepik - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

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

Creative Commons CC0 1.0 Universal

Barcelona, desembre de 2018

ÍNDEX.....	<b>1</b>
<b>1. RESUM EXECUTIU.....</b>	<b>7</b>
1.1. SÍNTESI.....	7
1.2. CONSIDERACIONS I RECOMANACIONS.....	8
<b>2. INTRODUCCIÓ I METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
2.1. INTRODUCCIÓ.....	20
2.2. METODOLOGIA.....	20
<b>3. QUÈ S'ENTÉN PER ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....</b>	<b>25</b>
3.1. ORÍGENS I JUSTIFICACIONS DE L'ATENCIÓ INTEGRADA.....	25
3.2. APROXIMACIÓ A L'ATENCIÓ INTEGRADA.....	32
<b>4. MODELS D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....</b>	<b>47</b>
4.1. L'ATENCIÓ INTEGRADA AL MÓN.....	47
4.2. EL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	66
<b>5. APORTACIONS AL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....</b>	<b>77</b>
5.1. QUÈ S'ENTÉN PER “ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA”.....	77
5.2. COM ES VALORA EL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	80
5.3. QUINS SÓN ELS FACILITADORS I LES BARRERES PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	81
5.4. QUINES SÓN LES EXPERIÈNCIES DESTACADES D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	90
5.5. QUINES SÓN LES RECOMANACIONS PER IMPLEMENTAR L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	96
<b>6. CONSIDERACIONS I RECOMANACIONS.....</b>	<b>107</b>
6.1. L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	107
6.2. PERQUÈ CAL UNA ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	108

6.3. ELEMENTS QUE EXPLIQUEN L'ÈXIT DELS PROGRAMES I EXPERIÈNCIES D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	109
6.4. CATALUNYA I L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA.....	110
6.5. FACILITADORS I BARRERES PER AL DESPLEGAMENT DE L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA A CATALUNYA.....	111
6.6. COM IMPULSAR LA INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA A CATALUNYA .....	113
7. BIBLIOGRAFIA.....	119

## 1. RESUM EXECUTIU

### 1.1. SÍNTESI

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## 1.2. CONSIDERACIONS I RECOMANACIONS

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



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

### 1.2.1. L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2.2. PERQUÈ CAL UNA ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **1.2.4. CATALUNYA I L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

cara a l'articulació de respostes assistencials

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. INTRODUCCIÓ I METODOLOGIA

### 2.1. INTRODUCCIÓ

El Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC), a iniciativa pròpia, acorda la realització d'un informe sobre l'atenció integrada social i sanitària. L'objectiu últim de l'informe és elaborar un conjunt de consideracions i recomanacions al Govern en aquest àmbit en compliment de la finalitat del CTESC, reconeguda a l'article 72.2 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya.

Per tal d'assolir aquest objectiu, l'informe aborda els següents objectius específics, a l'entorn dels quals s'estructura temàticament:

- En primer lloc, clarificar el concepte d'atenció integrada social i sanitària i identificar els elements que la diferencien de l'atenció convencional, sobre la base del reconeixement de la diversitat que caracteritza els processos d'integració
- En segon lloc, conèixer els antecedents històrics de l'atenció integrada social i sanitària en l'àmbit català, estatal i internacional, així com els elements que han facilitat l'èxit dels programes i les experiències que s'han pogut desenvolupar en aquest sentit
- En tercer lloc, explicar sistemàticament la diversitat de models d'integració que hi ha al món i analitzar amb detall les característiques del model català d'atenció integrada social i sanitària tal com apareix descrit en els documents oficials
- En quart lloc, contrastar i complementar aquests coneixements amb les aportacions de deu persones expertes convidades pel CTESC a comparèixer i parlar sobre el paradigma de l'atenció integrada, el model català, els seus facilitadors i barreres, així com a formular recomanacions per al desplegament de l'atenció integrada a Catalunya

Per a cadascun d'aquests objectius i de manera transversal a tot l'informe, s'han tingut en compte un conjunt d'advertiments sobre atenció integrada, formulats per diversos autors i autores: la integració es distingeix, sobretot, per un triple objectiu de millora (*i.e.* els resultats en benestar i salut, l'experiència de les persones usuàries i la utilització dels recursos); es pot integrar l'atenció social i sanitària a través de camins diferents; no es pot integrar tot per a tothom sinó que s'ha de fer en base a un model d'estratificació de necessitats; i la integració és un procés lent que requereix sincronitzar un conjunt ampli de voluntats i accions.

### 2.2. METODOLOGIA

L'elaboració d'aquest informe s'ha dut a terme seguint una estructura general de continguts que va des dels aspectes més generals i teòrics als més específics i pràctics. Així, el cos central de l'informe comença amb una aproximació conceptual a l'atenció integrada, continua amb l'anàlisi de models i experiències -incloent el model català- i desemboca en un apartat d'aportacions per al desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya -on s'explica, en tant que referent, el projecte col·laboratiu de la Garrotxa (vegeu glossa 6). L'informe conclou amb un apartat de consideracions i recomanacions al Govern.

Aquesta diversitat d'aproximacions a l'objecte d'estudi porta parella la utilització de diferents mètodes de recerca: l'anàlisi bibliogràfica per a la part conceptual (capítol 3 de l'informe), l'anàlisi bibliogràfica i de recursos *on-line* pel que fa als models i les experiències (capítol 4), les compareixences per a la part d'aportacions al model català d'atenció integrada (capítol 5) i els Grups de Treball amb els agents del CTESC de cara a l'elaboració de les consideracions i les recomanacions (capítol 6).

S'ha fet una revisió bibliogràfica i documental extensa de fonts relacionades amb la integració de l'atenció social i sanitària, bé a dins de cada sistema bé entre ambdós sistemes. Aquest treball de lectura i anàlisi ha proporcionat les bases necessàries per a definir i acotar l'objecte d'estudi, així com per estructurar i desenvolupar els diferents capítols de l'informe. Les fonts consultades representen una àmplia diversitat de punts de vista i de contextos polítics, demogràfics i socials on s'està desenvolupant la integració de l'atenció social i sanitària.

En aquest procés de recerca s'ha d'emmarcar també l'assistència de l'equip tècnic de informe a diferents fòrums de debat i reflexió a l'entorn de la integració de l'atenció social i sanitària:

- La jornada "El model d'atenció comunitària centrada en la persona", organitzada per la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya el 15 de novembre de 2017
- La jornada "Mapa de tendències en TIC Salut i Social", organitzada per la Fundació TIC Salut Social el 15 de desembre de 2017
- La III jornada sociosanitària "Propostes disruptives per a l'evolució del model d'atenció sociosanitària", organitzada per L'Associació d'Entitats Sanitàries i Socials La Unió i La Fundació Unió Catalana d'Hospitals el dia 18 d'abril de 2018

Degut a les característiques de l'objecte d'estudi, no ha estat necessari aplicar tècniques d'investigació quantitativa. Pel que fa a les qualitatives, s'ha optat per organitzar deu compareixences amb persones expertes en atenció integrada social i sanitària i una visita al projecte d'integració de la Garrotxa.

Les compareixences han tingut lloc a la seu del CTEESC entre els mesos de març i juliol de 2018 i s'han concertat mitjançant correu electrònic o per via telefònica. Les compareixences han tingut una durada aproximada d'una hora entre el temps destinat a les presentacions de les persones convidades (30 minuts) i el debat posterior amb els membres del Grup de Treball (30 minuts), i s'han enregistrat en suport àudio digital.

La selecció de les persones s'ha fet sobre la base de criteris relacionats amb l'experiència professional en el disseny i el desenvolupament de processos d'integració, en els àmbits de la política, la gestió i la consultoria. La selecció de les persones compareixents s'ha dut a terme de manera consensuada entre els membres del Grup de Treball, fet que garanteix la pluralitat de punts de vista en les compareixences.

### **Persones que han participat en les compareixences, per ordre cronològic:**

-Toni Vilà, investigador a l'IGOP, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

-Albert Ledesma, director del CAP El Remei (Vic) i ex director del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)

-Joan Carles Contel, membre del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya (PPAC) i del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)

-Fernando Fantova, consultor social i ex viceconseller d'Afers Socials del Govern Basc (2009-2013)

-Teia Fàbrega, directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa

-Francesc Brosa, director general del Grup Mutuam

-Marta Poll, directora de la Federació Salut Mental Catalunya

-Pilar Rodríguez, representant de la Federació d'Organitzacions Catalanes de Gent Gran, Dones i Família (FO-CAGG)

-Andrea Barbiero, consultora tecnològica i estratègica en entorns sanitaris

-Carles Blay, cap d'estudis de la Facultat de Medicina de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC) i ex responsable operatiu del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya (PPAC)

S'ha fet una transcripció natural de totes les compareixences, és a dir, s'han transcrit literalment les presentacions de les deu persones convidades però s'ha obviat tota la informació considerada irrellevant (*i.e.* repeticions, vacil·lacions, errors gramaticals, etc.). També s'ha fet un resum temàtic i argumental dels debats posteriors a les presentacions. Aquesta tasca ha donat lloc a deu documents, un per cada persona convidada.

L'anàlisi de les compareixences ha consistit, en primer lloc, en el buidatge de les transcripcions en base als temes que estructuraven el guió general de preguntes, prèviament enviat a les persones convidades. A cadascuna de les deu transcripcions, s'ha destacat amb un fons de color diferent els fragments o paràgrafs que fan referència als temes plantejats en el guió, d'acord amb la classificació següent:

1. Què s'entén per "atenció integrada social i sanitària"
2. Com es valora el model català d'atenció integrada social i sanitària
3. Quines són les barreres i els facilitadors per a l'atenció integrada a Catalunya
4. Quines són les diferències entre el sector social i el sector sanitari (en tant que barrera específica)
5. Quines són les experiències destacades d'atenció integrada social i sanitària
6. Quines són les recomanacions per al desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya
7. Quins són els "instruments" que permeten desenvolupar la integració (en tant que recomanació pràctica)

A continuació s'ha reordenat la informació destacada en funció dels set temes. D'aquesta manera, s'han generat set documents monogràfics diferents (un per cada tema) que apleguen la diversitat de punts de vista i opinions expressats per les persones convidades.

A partir d'aquest buidatge s'ha procedit, en segon lloc, a l'anàlisi dels continguts, els quals apareixen estructurats de manera ordenada en el capítol 5 ("Aportacions al model català d'atenció integrada social i sanitària"). Paral·lelament, s'ha seleccionat un conjunt de cites per il·lustrar les idees i conclusions principals d'aquesta part de l'informe.

Amb aquest procediment de buidatge i anàlisi s'ha volgut prioritzar la lectura "transversal" de les compareixences (*i.e.* la identificació de coincidències i divergències que es produeix en relació amb cadascun dels temes plantejats) en lloc de la lectura "vertical" (*i.e.* el coneixement en detall de les opinions individualitzades de les persones convidades).

Pel que fa a la visita al projecte col·laboratiu de la Garrotxa, aquesta ha consistit en el desplaçament de l'equip tècnic del CTEESC fins a Olot i Besalú per conèixer de primera mà el dia a dia de l'atenció integrada social i sanitària. La visita va estar organitzada per la directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa



(Teia Fàbrega) i es va estructurar a l'entorn de tres reunions amb presència i participació activa dels i les professionals dels àmbits social i sanitari: una primera reunió de caràcter introductori i general en la seu del Consorci a Olot i dues més de caràcter pràctic i específic en els CAPs de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de Besalú (àmbit rural) i Olot (àmbit urbà).

### **Professionals que han participat en les reunions amb el projecte col·laboratiu de la Garrotxa**

#### **1.-Reunió al Consorci d'Acció Social de la Garrotxa:**

- Teia Fàbrega, directora general del Consorci Acció Social de la Garrotxa
- Montse Canet, responsable de processos i continuïtat de la Direcció d'Atenció Primària a Girona, ICS
- Josep Lluís Nicolau, director dels EAP Olot i Besalú, ICS
- Marta Espona, adjunta de direcció dels EAP Olot i Besalú, ICS
- Ernest Torrell, cap de psiquiatria de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Xarxa de salut mental de la Garrotxa
- Carme Sans, directora de serveis del Consorci Acció Social de la Garrotxa
- Roser Coromina, coordinadora d'Atenció Primària Social rural del Consorci Acció Social de la Garrotxa
- Sandra Casado, coordinadora d'atenció a l'autonomia del Consorci Acció Social de la Garrotxa

#### **2.-Reunió al CAP de l'ABS de Besalú:**

- Roser Coromina, coordinadora d'Atenció Primària Social rural del Consorci Acció Social de la Garrotxa
- Josep Lluís Nicolau, director dels EAP Olot i Besalú, ICS
- Elena Güell, treballadora social del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa
- Laura Sánchez, infermera, ICS
- Carme Guàrdia, auxiliar d'infermeria, ICS
- Irene Vila, educadora social del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa
- Ferran Campillo, pediatre de l'Equip pediàtric territorial de la Garrotxa, Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
- Quionia Villar, metgessa, ICS

#### **3.-Reunió al CAP de l'ABS d'Olot:**

- Roser Coromina, coordinadora d'Atenció Primària Social rural del Consorci Acció Social de la Garrotxa
- Josep Lluís Nicolau, director dels EAP la Olot i Besalú, ICS
- Anna Suñé, treballadora social del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa
- Marta Espona, adjunta de direcció dels EAP la Olot i Besalú, ICS
- Anna Mas, metgessa d'atenció primària i unitats funcionals de salut mental infantil i juvenil i de població adulta,

ICS

-Núria Barberí, infermera gestora de casos, ICS

-Maria Rosa Vilar, metgessa d'atenció primària, ICS

-Margarita Rabasa, infermera gestora de casos, ICS

-Sandra Casado, coordinadora d'atenció a l'autonomia del Consorci Acció Social de la Garrotxa

Les tres reunions han durat un total de cinc hores i també s'han enregistrat en suport àudio digital. Posteriorment, s'ha fet una audició d'aquest material per extreure les idees principals en base a les quals poder desenvolupar una glossa explicativa, a mode d'estudi de cas, sobre el projecte col·laboratiu de la Garrotxa (vegeu glossa 6 a l'informe).

Tots els continguts de les cites incloses en aquest informe, així com els de la glossa número 6, han estat revisats i autoritzats a ser publicats pels i les professionals que han participat en les deu compareixences i en les tres visites fetes a la Garrotxa (en total, 31 persones).

### 3. QUÈ S'ENTÉN PER ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

L'atenció integrada social i sanitària és un concepte complex que adopta diverses manifestacions pràctiques. En aquest capítol s'ha posat l'èmfasi en la identificació d'aquelles característiques que permeten diferenciar l'atenció integrada de l'atenció no integrada o convencional.

Per a això, es comença amb un breu repàs de la història d'aquesta idea i els seus orígens (*i.e.* la relació entre el "món del cuidar" i el "món del curar" i la concepció holística de la salut) i es continua amb un conjunt d'aportacions teòriques (*i.e.* definicions de l'atenció integrada) i pràctiques (*i.e.* elements que promouen el seu èxit i eines que faciliten el seu desplegament).

#### 3.1. ORÍGENS I JUSTIFICACIONS DE L'ATENCIÓ INTEGRADA

L'atenció integrada social i sanitària no és cap idea nova encara que ho pugui semblar. Allò que sí representa una novetat segons Subirats i Vilà (2015) és l'interès que hi ha hagut al llarg dels últims anys per posar-la en pràctica a diferents parts del món i a Catalunya amb més o menys determinació política (vegeu capítol 4). Tal com assenyalen aquests autors, fa dècades que es desenvolupen iniciatives que qüestionen la separació estricta entre el "món del cuidar" i el "món del curar" i que advoquen per articular millor les polítiques socials i sanitàries.

En aquest sentit, assenyalen que el preàmbul del document constitutiu de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de l'any 1946 defineix la salut com "un estat de benestar físic, mental i social complet, i no només l'absència d'afeccions o malalties". De la mateixa manera, l'Informe Lalonde de l'any 1974 proposa superar el paradigma mèdic dominant centrat en els factors biològics i la malaltia per un altre d'holístic que inclogui els determinants socials de la salut i la promoció preventiva dels estils de vida saludables (Lalonde, 1974).

En el context català, Subirats i Vilà destaquen el programa Vida als Anys creat l'any 1986 pel llavors anomenat Departament de Sanitat i Seguretat Social amb l'objectiu de millorar l'atenció a les persones grans malaltes, amb malaltia crònica i en situació de final de vida. Aquest programa pioner constitueix un primer pas en el camí de l'atenció integrada social i sanitària, atès que preveu la planificació i coordinació dels tractaments mèdics i les prestacions dels serveis socials.

El programa Vida als Anys crea una cartera de serveis sociosanitaris encara plenament vigents que inclou l'atenció de llarga estada, els hospitals de dia, l'estada mitjana per a convalsència i cures pal·liatives, les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS) (de suport als hospitals), el Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) (a la comunitat) i els Equips Multidisciplinaris d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAIA) en geriatría, cures pal·liatives i trastorns cognitius. Subirats i Vilà fan una referència explícita als PADES, atès que els consideren un model d'èxit de suport a l'atenció primària i comunitària de les persones amb malalties cròniques complexes que viuen a la seva llar.

Sarquella, Ledesma, Blay *et al.* (2015) també fan referència al programa Vida als Anys i afegeixen a la llista d'iniciatives el Programa per a l'impuls i ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependència (ProDep), el Pla Director Sociosanitari (PDSS), el Pla Integral de Salut mental i addiccions i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat a Catalunya (PPAC) (vegeu glossa 1).

El Govern crea l'any 2006 el ProDep, a través del qual s'aprova el model de sol·licitud de valoració de la dependència, el procediment per al reconeixement de la situació de dependència i el calendari del desplegament de la llei de la dependència.

El PDSS -iniciat també l'any 2006- és l'instrument mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per a impulsar, planificar i coordinar l'atenció de la salut a persones que necessiten atenció geriàtrica, cures palliatives, que pateixen la malaltia d'Alzheimer i altres demències, així com altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat. El PDSS actua des d'una perspectiva integral, preventiva, curativa, rehabilitadora i d'ajuda a morir dignament. D'acord amb Sarquella, Ledesma, Blay *et al.* (2015: 69) el PDSS ha promogut "l'excel·lència en un sector d'atenció sociosanitària a Catalunya referent a nivell internacional".

El Pla Integral de Salut mental i addiccions és una estratègia interdepartamental per millorar l'atenció a les persones amb trastorns mentals o addiccions. En la seva actualització més recent (2017-2019), el Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (Generalitat de Catalunya, 2017) es proposa consolidar el model d'atenció comunitari i orientar l'organització dels serveis d'atenció des del paradigma de la recuperació. Aquesta mirada àmplia implica la integració de l'atenció entre els diferents serveis de la xarxa sanitària i entre el sistema sanitari, social, educatiu, laboral i judicial.

Sarquella, Ledesma, Blay *et al.* reconeixen en el PPAC el precedent més immediat del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS). El Pla de Salut 2011-2015 de Catalunya posa l'èmfasi per primera vegada en la creació d'un sistema més orientat a les persones amb malalties cròniques. Per poder avançar en el desenvolupament de l'atenció integral, el Departament de Salut crea el PPAC, el qual "ha tingut un impacte molt destacable en el conjunt del sistema sanitari" i és clau per entendre "la formulació de l'estratègia d'atenció integrada social i sanitària" (2015: 69).

#### Glossa 1: El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya (PPAC)

L'Acord de Govern de 5 de juliol de 2011 crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) de Catalunya,<sup>1</sup> adscrit a la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut, amb la finalitat d'impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a dur a terme per millorar el procés d'atenció a la cronicitat. La missió del programa és desenvolupar un model d'atenció integrada social i sanitària, de caràcter interdepartamental i amb visió poblacional. El programa es proposa respondre amb qualitat i de manera sostenible a les necessitats de les persones en situació de cronicitat o risc de patir-la i donar suport als cuidadors i cuidadores (Generalitat de Catalunya, 2012).

El PPAC es fa operatiu com a línia 2 del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 ("Un sistema més orientat als malalts crònics"). Després d'una revisió de la primera etapa de la seva activitat (Generalitat de Catalunya, 2015), el programa s'actualitza com a línia 6 en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 ("Atenció integrada i cronicitat"). En l'actualitat, les quatre línies estratègiques del PPAC són:<sup>2</sup>

-Línia 1. Prevenció, autoresponsabilitat i foment de l'autocura centrada en la persona. L'evidència posa de manifest que la participació activa de les persones en la seva salut millora l'autoconeixement, l'experiència en la utilització dels serveis i la sostenibilitat del sistema.

-Línia 2. Model d'atenció a la complexitat. L'impacte de la població amb necessitats complexes en el model d'atenció i en l'ús dels recursos és molt important. Per això el PPAC es proposa assegurar una resposta assistencial adequada i continuada, basada en una valoració multidimensional, un diagnòstic situacional i la millor evidència científica possible (vegeu subapartat 4.2.5.).

-Línia 3. Desenvolupament d'instruments transversals de suport al model d'atenció a la cronicitat i a la complexitat. Entre les accions que es proposen destaca: desenvolupar un marc avaluatiu amb visió de triple objectiu o "triple aim" (i.e. millorar els resultats en salut, l'experiència de l'atenció per part de les persones usuàries i l'ús dels recursos), crear funcionalitats TIC, planificar, contractar i comprar atenció integrada, consolidar un model d'estratificació poblacional i impulsar el lideratge clínic i professional.

-Línia 4. Formació i recerca. Entre les accions previstes hi ha: promoure la investigació integral en l'àmbit de la salut i social i promoure el model català d'atenció integrada entre els i les professionals i a nivell internacional.

<sup>1</sup> ACORD GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

<sup>2</sup> Vegeu lloc web sobre "Cronicitat" del Departament de Salut. Consulta: juliol de 2018.

Finalment, el Govern elabora l'any 2014 el PIAISS, el qual depèn directament del Departament de la Presidència i està participat pel Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies en el moment d'elaboració d'aquest informe). L'objectiu del pla és promoure la transformació del model actual d'atenció social i sanitària cap a un model que garanteixi una atenció integrada i centrada en la persona.

Els elements clau del model català d'atenció integrada són la vocació poblacional (tot i que inicialment es proposa prioritzar l'aplicació a persones en situació de complexitat social i sanitària), la redefinició del rol de les persones subjectes d'atenció i del seu entorn, el lideratge dels i les professionals com a motor de la transformació i una visió territorial en la implementació a través de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida (Sarquella, Ledesma, Blay et al., 2015) (vegeu apartat 4.2.).

Per la seva banda, la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (T3SC) observa que l'atenció integrada centrada en la persona és una idea que s'incorpora en els textos legíslatius des de fa aproximadament una dècada (Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2015). En l'àmbit internacional en destaca la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (2006), en l'àmbit espanyol la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de Dependència d'Espanya (LAPAD) i en l'àmbit català la Llei 12/2007, d'11 d'Octubre, de Serveis Socials de Catalunya.

Paral·lelament, a Catalunya es desenvolupen diverses experiències d'atenció integrada que permeten avançar molta feina en els últims anys i crear les bases des d'on articular la transformació del model. El PPAC incorpora vuit projectes col·laboratius d'àmbit local i/o comarcal entre serveis socials i sanitaris que proporcionen atenció integrada a persones amb malalties cròniques. Aquestes iniciatives "han esdevingut l'embrió del model d'atenció integrada social i sanitària que en aquests moments promou el PIAISS" (Sarquella, Ledesma, Blay et al., 2015: 69). De la mateixa manera, en el Tercer Sector Social de Catalunya sorgeixen nombroses iniciatives orientades al desenvolupament d'un model d'atenció comunitària centrada en la persona (vegeu glossa 2 al final d'aquest apartat).

Els vuit projectes col·laboratius entre serveis socials i sanitaris (Alt Penedès, Gironès, Lleida ciutat, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana i Vilanova i la Geltrú), més un altre que s'ha anat desenvolupant a La Garrotxa durant dues dècades, han estat avaluats externament per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Els resultats són d'interès de cara orientar la presa de decisions per desenvolupar el model català d'atenció integrada social i sanitària i es poden sintetitzar de la manera següent (Sutton, Montané, Pons et al., 2015a i 2015b):

- Característiques dels projectes:

Els projectes són heterogenis quant a objectius, proveïdors, població diana, fases d'evolució, perfils professionals i lideratges dels àmbits sanitari i social.

Els projectes destaquen positivament per l'experiència de treball col·laboratiu i el lideratge estratègic i motivacional.

Pocs projectes disposaven d'un pla funcional o circuits escrits.

- Visió dels i les professionals:

El model col·laboratiu va més enllà de l'atenció coordinada informal entre professionals

El model col·laboratiu d'atenció social i sanitària implica treball en equip i sobretot un acord formal entre institucions i proveïdors amb protocols d'actuació.

▪ Barreres:

Manca de directius clares i objectius comuns per part del Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies en el moment d'elaboració d'aquest informe).

Manca de reconeixement institucional i dependència del voluntarisme professional.

Resistències d'alguns professionals als canvis organitzatius.

Resistències de les institucions i proveïdors, que tenen objectius propis.

Inexistència de sistemes d'informació, terminologia i espais compartits.

▪ Elements facilitadors:

El context i la història de treball col·laboratiu entre institucions i proveïdors.

La mida dels projectes col·laboratius, la delimitació territorial (local i comarcal) i les estructures organitzatives que promouen el treball multidisciplinari en equip i l'atenció integrada.

El lideratge, l'existència de professionals de referència entre ambdós àmbits, la motivació dels equips i la creença en el model.

Poc a poc, l'atenció integrada social i sanitària va anar adquirint rellevància en l'agenda política del serveis socials i sanitaris de Catalunya (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015: 66). Malgrat l'existència de barreres, els avenços que s'han produït al llarg dels últims anys han contribuït a la configuració d'un escenari favorable al canvi des del punt de vista social, institucional i professional: experiència acumulada, maduresa de les idees en l'entorn professional, posicionament de la Taula del Tercer Sector Social, incorporació a l'agenda política, etc. (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015; Sutton, Montané, Pons *et al.*, 2015b i T3SC, 2015).

Alguns documents com el del T3SC (2015) suggereixen la possibilitat que la crisi econòmica i financera hagi contribuït favorablement a impulsar en determinats casos la transformació del model d'atenció, actualment fragmentat i amb marges de millora importants pel que fa als seus nivells d'eficàcia i eficiència. Sense negar la importància que pugui tenir aquest factor i la racionalització de la despesa pública, cal subratllar que els primers intents d'articulació d'experiències i programes d'atenció integrada a Catalunya i el món són anteriors a la situació econòmica actual. El motor principal de l'atenció integrada social i sanitària té a veure amb el repte assistencial i amb la voluntat d'assolir un triple objectiu: el de millorar 1) els resultats de salut i benestar de les persones, 2) l'experiència o percepció de qualitat de l'atenció rebuda i 3) l'ús dels recursos disponibles.

L'increment de l'esperança de vida, l'envelliment poblacional, l'augment de la cronicitat, la discapacitat, la dependència i la fragilitat es combinen amb un escenari caracteritzat per l'increment de la complexitat social degut a l'impacte de l'atur i el risc de pobresa i exclusió social en les famílies i les comunitats (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015: 67). Les persones amb necessitats d'atenció social i sanitària complexes -població diana del PIAISS- representen a l'entorn del 8% de la població de Catalunya i es calcula que aquest percentatge tendirà a créixer amb el pas dels anys

Davant d'aquest escenari, existeix un elevat consens polític, acadèmic i professional sobre la manca d'adequació del model d'atenció actual a la realitat demogràfica, epidemiològica i social del país (vegeu capítol 5). A grans trets, els sistemes social i sanitari tenen dificultats de coordinació mútua ("horitzontal")

i interna ("vertical") i comparteixen una visió anacrònica de les persones usuàries en tant que subjectes passius d'una atenció compensatòria (serveis socials) i centrada en la malaltia aguda (sistema sanitari).

La sensació compartida de "repte imperatiu" (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015: 73) o "assistencial" (T3SC, 2015: 39) s'aguditzava pels canvis experimentats en els rols dels cuidadors i cuidadores, les famílies i les xarxes comunitàries, així com per les expectatives de les persones respecte de l'atenció social i sanitària (*i.e.* autonomia, participació en les decisions, llibertat per triar la manera de viure, etc.). Tal com es indiquen González, Piqué i Vilà (coords.) (2016: 5):

“Les indicacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2008) en l'escenari de crisi actual, i d'acord amb les previsions poblacionals, són clares i recomanen revisar els models d'atenció dels diferents països, per tal de fer la transformació necessària i introduir els canvis que convinguin, per donar una resposta adequada als nous reptes que planteja l'actual context social, sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic. Hi ha, doncs, la necessitat que el nostre sistema de benestar i de salut es reorganitzi i emprengui accions transversals, interdepartamentals i integrades adreçades a la prevenció, la promoció i l'atenció centrades en la persona i amb una visió comunitària i poblacional”.

L'evidència empírica dona suport a aquesta necessitat, atès que l'atenció integrada pot millorar el benestar de les persones en situació de complexitat social i sanitària. Concretament, es constaten "beneficis derivats de l'atenció integrada sobretot pel que fa a la millora en l'accessibilitat als serveis, la coordinació i la continuïtat assistencial, l'experiència en l'atenció i la millor pràctica col·laborativa entre professionals i organitzacions", així com una "millora en els resultats de salut [...], la utilització de recursos d'institucionalització i les crisis derivades de la claudicació del/de la cuidadora" (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015: 74, a partir de Kodner, 2012).

### **Glossa 2: El model d'atenció comunitària centrada en la persona: situació i perspectives al Tercer Sector Social de Catalunya**

El 15 de novembre de 2017 va tenir lloc a Barcelona la jornada "El model d'atenció comunitària centrada en la persona" sobre el posicionament, la situació i les perspectives del Tercer Sector Social de Catalunya a l'entorn de l'atenció integrada. La jornada es va estructurar en quatre espais, les conclusions principals dels quals es resumeixen a continuació:

#### **1.-Avançar cap a un model d'atenció comunitària centrada en la persona des de la perspectiva institucional:**

Els serveis socials bàsics i especialitzats estan molt aïllats entre si. Les dues xarxes s'han d'integrar verticalment i cal redistribuir els recursos de manera més equitativa, atès que en l'actualitat es concentren excessivament en l'atenció especialitzada. Al mateix temps, s'ha d'avançar horitzontalment amb l'objectiu de coordinar les accions dels serveis socials, salut, habitatge, treball i educació, entre d'altres àmbits.

Les institucions han d'acordar amb les entitats proveïdores una cartera de serveis molt més flexible i adaptada a les possibilitats que ofereixen els territoris i a les necessitats de les persones. L'atenció integrada, per ser personalitzada, ha de tenir en compte les característiques de la xarxa social dels usuaris i usuàries, així com els recursos i l'activació del seu entorn comunitari.

El sistema de salut està allunyat de la realitat de l'atenció comunitària centrada en la persona. Tot i això, s'han assentat algunes bases a partir de les quals poder construir el model. D'una banda, s'ha definit una estratègia transversal interna per abordar la salut comunitària. De l'altra, s'han dut a terme accions interdepartamentals per desenvolupar diversos projectes com ara el Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP), el Programa Salut i Escola i el Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

Al mateix temps, eines com el Pla Individual d'Atenció Integral (PIAI) centrat en la persona contribueixen a aproximar el Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. El PIAI ha servit sobretot per avançar cap a un acord semàntic entre els i les professionals de l'atenció social i sanitària, però més enllà d'abordar els elements instrumentals cal continuar treballant conjuntament per integrar les dues cultures organitzatives i posar la persona en el centre de l'atenció.



**2.-Avançar cap a un model d'atenció comunitària centrada en la persona des de la perspectiva del Tercer Sector (a partir d'Institut Cerdà, 2017a i de les intervencions de la jornada):**

La Taula del Tercer Sector Social de Catalunya va impulsar l'any 2015 l'Estratègia COM3 amb l'objectiu d'articular una estratègia sistemàtica, participativa i transversal comuna al Tercer Sector Social català i poder estructurar, enfortir i generalitzar el model d'atenció comunitària a tots els àmbits i a tot el territori. Es pretén passar d'un model clàssic, institucional, rígid i impersonal de prestació de serveis cap a un model de prestació de suports que ofereixi respostes flexibles, integrades i personalitzades a cada circumstància de les persones.

Al Tercer Sector Social de Catalunya han sorgit nombroses iniciatives i projectes orientats cap el desenvolupament d'un model d'atenció comunitària centrada en la persona. Això queda palès en les "bones pràctiques" recollides en l'estudi de l'Estratègia COM3 dut a terme per l'Institut Cerdà (2017b i 2017c) (vegeu punts 3 i 4 d'aquesta glossa). L'estudi constitueix una primera diagnosi sobre el grau de proximitat del sistema actual d'atenció a les persones al model comunitari centrat en la persona. Es constata l'existència de diverses iniciatives comunitàries que treballen en aquesta direcció però alhora es detecta una manca d'estratègia comuna.

La diagnosi s'estructura en nou àmbits o col·lectius "instrumentals" (infància, gent gran, salut mental, discapacitat física, sensorial, intel·lectual, dona, exclusió social i drogodependència), atès que l'objectiu del model és crear serveis organitzats en itineraris en els quals el centre sigui la persona. Els dos àmbits on s'atenen més persones actualment són el de l'exclusió social i el de gent gran (que també és l'àmbit amb el pressupost assignat més gran). Alhora, els àmbits en què s'ha avançat més són salut mental i drogodependències i els àmbits en què s'ha avançat menys són discapacitat sensorial i atenció a la dona.

Durant l'elaboració de la diagnosi de l'Estratègia COM3 també s'ha consensuat amb tots els agents implicats (Govern, federacions participants, experts i expertes acadèmics, institucions col·laboradores) els sis vectors que defineixen el model comunitari centrat en la persona: atenció des de la comunitat, integració amb altres serveis, personalització, autonomia de decisió, multidisciplinarietat i prevenció (*i.e.* capacitat d'anticipació i generació d'hàbits).

L'estudi conclou que el desenvolupament de les noves fases de l'Estratègia COM3 requereix canvis normatius que permetin implementar el model així com un pla de finançament europeu.

**3.-Avançar cap a un model d'atenció comunitària centrada en la persona des de la perspectiva europea (a partir d'Institut Cerdà, 2017a i 2017b i de les intervencions de la jornada):**

L'Estratègia COM3 parteix d'experiències catalanes i alhora de l'Estratègia Europa 2014-2020. Aquesta agenda té com a una de les seves prioritats la transició d'un model d'atenció residencial a un model d'atenció comunitària basta en el full de l'European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (EEG). L'EEG és un ens format per representants de persones amb necessitats d'assistència o suport i les seves famílies. La missió del Grup és la promoció de models de serveis centrats en la persona, de qualitat i potenciadors de serveis i d'atenció formal i informal que respectin plenament els drets humans de totes les persones amb necessitats d'atenció o suport.

Durant la jornada van participar cinc de les dotze organitzacions que componen l'EEG, els i les representants de les quals fan d'enllaç entre la Unió Europea i les experiències nacionals, regionals i locals d'atenció integrada i apoderament de les persones:

**-L'European Association of Service Providers for persons with Disabilities (EASPD)** és una organització no governamental sense ànim de lucre que representa el punt de vista dels proveïdors de serveis per a persones amb discapacitat. Per a l'EASPD, l'atenció comunitària centrada en la persona requereix fonamentalment impulsar la informació compartida, la formació contínua, la intervenció primerenca, els serveis de respir familiar i d'atenció temporal, l'articulació de les transicions vitals i el suport a les famílies, les escoles i els serveis sanitaris. Més enllà d'aquests aspectes, l'EASPD considera que el repte més gran de l'atenció comunitària centrada en les persones amb discapacitat és la coproducció de l'atenció i de l'entorn social i relacional on aquesta té lloc.

**-Mental Health Europe (MHE)** és la plataforma europea que representa associacions, organitzacions i persones que actuen en l'àmbit de la salut mental i el benestar a Europa, incloses les persones usuàries de serveis de salut mental. L'any 2012 elabora un estudi sobre la transició des d'un model d'atenció basat en la institucionalització cap a un altre basat en l'atenció comunitària centrada en la persona. D'acord amb MHE, la transformació del model requereix facilitar la participació efectiva en tots els nivells de presa de decisions (*i.e.* polític, professional i persones usuàries), disposar d'un pla de finançament sostenible, garantir l'accés a l'atenció primària, dissenyar polítiques antidiscriminatòries, respectar l'individu i la seva privacitat, reconèixer el dret a decidir on viure,

participar en la comunitat i donar consentiment als tractaments, així com fomentar un lideratge no jeràrquic.

**-Eurochild** és la xarxa europea d'organitzacions d'infància que advoca per ubicar els drets i el benestar dels infants al centre de les polítiques. L'organització calcula que en el conjunt d'Europa hi ha mig milió d'infants institucionalitzats i entén que aquesta situació és sobretot producte d'un conjunt de dèficits, com ara la manca de polítiques preventives i de serveis socials comunitaris, l'absència d'alternatives atractives o de qualitat a l'internament i les situacions de pobresa familiar i exclusió social. Eurochild constata que els infants d'origen immigratori, de minories ètniques i/o amb discapacitats tenen més probabilitats de ser institucionalitzats que la resta. Finalment, l'organització adverteix que les regulacions actuals de la UE a favor dels infants no són del tot suficients per promoure un canvi efectiu de paradigma en aquest sentit.

**-L'European Network of Independent Living (ENIL)** és una xarxa europea que treballa en l'àmbit de les persones amb discapacitat per afavorir la inclusió social basada en la solidaritat, el suport mutu, la desinstitucionalització, la democràcia, l'autorepresentació, la multidiscapacitat i l'autodeterminació. ENIL denuncia que les taxes elevades de persones institucionalitzades amb discapacitat d'alguns països són conseqüència de la manca d'alternatives reals a l'internament. D'acord amb ENIL, el model dominant d'atenció de molts països europeus prioritza, d'una banda, la "cura" de les persones (i.e. paternalisme) per sobre del "suport" (i.e. apoderament) i, de l'altra, la intervenció en el cos per sobre de l'entorn. Com a resposta, l'organització proposa un enfocament de "vida independent" basat en un model d'atenció centrada en la persona que combini el suport a les persones amb discapacitat amb l'eliminació de les barreres físiques i socials de l'entorn.

**-L'European Federation of National Organisations Working for the Homeless (FEANTSA)** és una organització no governamental europea que treballa amb les persones sense llar. És la única plataforma a nivell europeu que se centra en la lluita contra la manca d'habitatge. FEANTSA calcula que quatre milions de persones dormen al ras o en equipaments a tot Europa com a resultat de la fallida dels sistemes de protecció social. No hi ha un perfil únic de persones sense llar i, per tant, tampoc no pot existir un paquet de mesures úniques ni estàndard. FEANTSA posa en marxa a través de seves organitzacions diversos projectes de Housing Led o Housing First els quals, a diferència del "model d'escala", no posen condicions d'accés sinó que faciliten en primer lloc una solució d'habitatge acompanyada amb mesures de suport personalitzades per ajudar a mantenir-ho

#### 4.-"Bones pràctiques" en l'atenció comunitària centrada en la persona amb participació de les entitats socials catalanes (a partir d'Institut Cerdà, 2017c i de les intervencions de la jornada):

La Taula del Tercer Sector Social de Catalunya impulsa l'any 2015 l'Estratègia COM3 amb l'objectiu d'articular una estratègia sistemàtica, participativa i transversal del conjunt del Tercer Sector Social català a partir d'experiències ja existents. S'han identificat 46 "bones pràctiques" al Tercer Sector Social de Catalunya vinculades als diversos àmbits o col·lectius. A la jornada s'hi van presentar set d'aquestes experiències pertanyents als àmbits de la infància ("In Situ"), la gent gran ("Radars"), la salut mental ("Activa't"), la discapacitat física ("AVAN"), la pluridiscapacitat ("Construint inclusió"), l'atenció a la dona ("Espai Ariadna") i les drogodependències ("Programa PSVA"):

**-El programa d'intervenció socioeducativa In Situ** es desenvolupa en alguns centres residencials d'acció educativa (CRAE) i centres residencials d'educació intensiva (CREI) de la Fundació Resilis de Girona. Es tracta de centres que acullen infants i adolescents que han hagut de ser separats temporalment de les seves famílies. S'havia constatat que molts infants i adolescents tornaven a casa sense que s'haguessin resolt els problemes que havien donat lloc a la retirada de la tutela. El programa s'allunya del paradigma paternalista dels centres de protecció i promou la participació de tots els membres de la família en la resolució dels problemes. Els educadors i educadores fan un treball de tutories amb les famílies tant en els centres residencials com en els domicilis familiars, fet que valoren molt positivament les persones usuàries del programa.

**-El programa Radars** és un projecte de la fundació Amics de la Gent Gran, liderada per l'Ajuntament de Barcelona, que té com a objectiu lluitar contra la soledat no volguda de les persones grans. Radars està format principalment per voluntaris i voluntàries i s'organitza a l'entorn de diverses taules de coordinació presents en els barris. El programa funciona com una xarxa veïnal i comunitària preventiva formada per veïns i veïnes, comerços i farmàcies de barri que ofereixen suport emocional en funció de les necessitats de les persones, les quals poden variar globalment segons el barri. En l'actualitat, el 50% de les farmàcies de la ciutat de Barcelona participen en el programa Radars amb tres dispositius: "Radar bàsic", a través del qual es notifiquen les persones que deixen d'anar a la farmàcia; "Radar mediació", a través del qual les farmàcies s'ofereixen com a espai de trobada entre les persones i els serveis socials; i "Radar especialitzat", a través del qual es revisa i controla l'adherència de les persones als tractaments.

**-Activa't per la Salut Mental** és un programa conjunt de la Generalitat de Catalunya, la Federació VEUS i la Federació Salut Mental Catalunya, en aliança amb serveis de salut mental i associacions locals de familiars i persones usuàries. El programa pretén aconseguir que les persones amb problemes de salut mental, o risc de patir-ne, i

els seus familiars, puguin esdevenir agents de salut actius en el procés de recuperació. Els pilars d'Activa't són l'autonomia (i.e. facilitació d'eines d'autogestió, apoderament i capacitació), l'accessibilitat (i.e. coordinació amb serveis de salut, benestar social i teixit associatiu dels barris) i la participació (i.e. incorporació al Comitè de Direcció, presa conjunta de decisions, , etc.). El programa ofereix a les persones amb trastorns mentals i les seves famílies un circuit estructurat que consta d'una oficina d'informació, de serveis psicoeducatius, d'un programa d'apoderament i de grups d'ajuda mútua. A banda d'aquest circuit, Activa't desenvolupa eines específiques de suport com ara manuals, fulletons, vídeos, continguts virtuals i una pàgina web.

**-El programa de lleure** de l'Associació Vallès Amics de la Neurologia (AVAN) de Sabadell consta de cinc projectes destinats a facilitar l'esfera lúdica i relacional de les persones que pateixen alguna malaltia neurològica. El programa parteix de la base que les accions de rehabilitació s'han d'adreçar tant a les persones com a l'entorn social on s'ubiquen. El projectes de lleure d'AVAN són el següents: "Anem", o sortides lúdiques, esportives i culturals de cap de setmana per a persones amb lesió cerebral; "Kedem", un programa d'activitats lúdiques protegides adreçades a persones joves i adultes joves i que es fan els dissabtes a Sabadell quan no s'organitzen sortides; "Casal Obert", un programa d'oci setmanal que realitza activitats tant en les instal·lacions de l'associació com en els recursos que ofereix la ciutat; "Cuidem", o vacances terapèutiques dinamitzades per professionals especialitzats i adreçades a persones que pateixen malalties neurològiques; i "Avançem", un programa lúdic de gestió assembleària on els i les participants gestionen les activitats i recursos de què disposen.

**-Programa Construint Inclusió** el desenvolupa l'Associació ESCLAT de Barcelona a la seva residència Marina per a persones amb pluridiscapacitat. Aquestes persones necessiten una atenció i supervisió intensa i individualitzada en els àmbits sanitari, psicopedagògic i social. L'objectiu del programa és mantenir, facilitar i potenciar les capacitats de les persones amb pluridiscapacitat per mitjà d'activitats de caràcter terapèutic concretades en Plans Individuals d'Atenció que intervenen en diverses àrees: cura personal, comunicació alternativa, habitatge, inclusió a la comunitat, autonomia, lleure, benestar emocional i físic, autodeterminació, relacions interpersonals i drets. Les activitats es duen a terme amb el suport de professionals de diferents disciplines i fent ús dels recursos comunitaris. En aquest sentit, Construint Inclusió organitza dinars en restaurants adaptats, així com altres activitats de lleure fora de la residència: compres a centres comercials, visites a biblioteques, lleure en piscines, horts urbans i colònies, etc.

**-L'Espai Ariadna, Sortint del Laberint** és un servei d'acolliment temporal urbà de la Fundació Salut i Comunitat adreçat a dones, i als seus fills i filles, que requereixen un espai d'intervenció integral on s'abordi la situació de violència i de drogodependència en un entorn segur fora de la seva llar habitual. Es tracta d'un projecte innovador iniciat el 2014 a la ciutat de Barcelona per omplir un buit i donar resposta a dones que per les seves especificitats no encaixaven en els recursos existents a les xarxes de drogodependències i de violència masclista. D'una banda, segons aquest servei, les xarxes de drogodependències acostumen a ser androcèntriques i, de l'altra, els recursos d'atenció a la dona sovint expulsen aquest perfil d'usuàries pels seus comportaments disruptius. Els eixos que defineixen el projecte són la perspectiva de gènere i l'atenció centrada en la persona, que possibilita la flexibilitat i capacitat d'adaptació a cada circumstància.

**-Programa de suport a la vida autònoma (PSVA)** per a persones amb addiccions és un programa comunitari del Grup ATRA que es porta a terme a les àrees de Girona i de Barcelona. S'adreça a persones amb drogodependència i/o altres addiccions que necessiten suport en alguns àmbits de la seva vida per aconseguir i mantenir un estil de vida abstinent, autònom i satisfactori. El programa neix l'any 2005 a partir de la demanda plantejada per un grup de persones usuàries que havien acabat el procés terapèutic i consideraven que necessitaven orientació específica en aspectes bàsics de la vida quotidiana (i.e. gestió dels diners, reinserció laboral i temps de lleure). El programa s'organitza en mòduls, elabora itineraris personalitzats i designa un referent de cas per revisar i ajustar periòdicament els objectius definits per les persones usuàries.

### 3.2. APROXIMACIÓ A L'ATENCIÓ INTEGRADA

La integració social i sanitària ha esdevingut un espai de referència per a una part creixent dels governs d'arreu del món preocupats per millorar l'atenció de les necessitats des del triple punt de vista del benestar assolit, l'experiència i la satisfacció de les persones i l'ús dels recursos. En aquest context, diversos països han desenvolupat models d'atenció integrada que han donat lloc a una multiplicitat de situacions i marcs conceptuals que cal aclarir a efectes pràctics.

La diversitat històrica, política, social i institucional dels contextos on s'està desplegant l'atenció integrada, i el reflex d'aquesta pluralitat sobre el terreny, fa que no sigui recomanable intentar establir una definició unívoca al respecte pels riscos de purisme i exclusió que implicaria aquesta manera de treballar. Tanmateix, la manca de claredat conceptual és una barrera important per a la promoció de l'atenció

integrada social i sanitària (Kodner i Spreeuwenberg, 2002: 1). Per aquest motiu, convé esbossar els resultats d'alguns treballs que tenien com a objectiu identificar les característiques principals de l'atenció integrada, els factors que promouen el seu èxit i els instruments que ajuden a desplegar-la.

### 3.2.1. DEFINICIONS

En una revisió bibliogràfica sistemàtica, Armitage, Suter, Oelke *et al.* (2009) conclouen que, malgrat l'elevat nombre de publicacions sobre atenció integrada, encara existien buits d'informació importants a començaments del segle XXI. Els autors troben a faltar a) una reflexió sobre què hauria de significar l'atenció integrada, b) estudis empírics de qualitat que expliquin de quina manera es pot millorar a la pràctica l'atenció de les persones i c) eines estandarditzades d'avaluació que permetin mesurar resultats i establir comparacions entre experiències. Els autors, a més a més, observen que la major part de les publicacions que defineixen explícitament l'atenció integrada posen l'accent en garantir el continu assistencial dins del sistema sanitari, però només en un cas s'hi inclouen els serveis socials (2009: 4).

Pocs anys abans, Leichsenring (2004) havia cridat l'atenció sobre el biaix sanitari en les aproximacions i desenvolupaments de l'atenció integrada. En el marc dels primers resultats del projecte PROCARE del V Programa Marc Europeu, Leichsenring destaca que “la major part de les reformes i iniciatives es basen en aproximacions centrades en l'atenció aguda mentre que els serveis socials –per no parlar dels cuidadors i cuidadores familiars o informals- continuen estan inadequadament finançats, infravalorats, menys implicats i menys formats” (2004: 2).

Leichsenring classifica els discursos i experiències d'atenció integrada a Europa en quatre “aproximacions”, dues de les quals inclouen les experiències que han començat a integrar per la banda del sistema sanitari (*i.e.* l'aproximació de la “gestió de la cura” i de la “salut pública”) i dues més que inclouen les experiències que ho han començat a fer per la banda dels serveis socials (*i.e.* l'aproximació de “l'atenció centrada en la persona” i del “sistema” o “institucional”).

L'aproximació de la gestió de la cura gira al voltant de l'organització de la interrelació entre serveis i sistemes mentre que l'aproximació de la salut pública se centra en la integració de l'atenció primària i secundària i s'amplia fins a incloure la interrelació amb la comunitat. Per la seva banda, l'aproximació de l'atenció centrada en la persona situa les persones i les seves necessitats en el centre del sistema, s'inclina cap a una atenció menys medicalitzada i subratlla la interdependència entre cuidar i curar. Finalment, l'aproximació institucional o de sistema s'interessa per les estratègies que faciliten la cooperació, coordinació o integració entre serveis.

Leichsenring adopta una aproximació “pragmàtica” i estableix com a condició *sine qua non* de l'atenció integrada la inclusió de com a mínim una interrelació entre organitzacions i/o professionals dels sistemes sanitari i social. D'aquesta manera, l'atenció integrada “esdevé un concepte útil per descriure la coordinació, cooperació i interconnexió entre serveis d'atenció sanitària i social amb l'objectiu de millorar els serveis i la qualitat de vida des de la perspectiva de les persones usuàries” (2004: 6).

Kodner i Spreeuwenberg (2002) també desenvolupen una definició “pragmàtica” sobre l'atenció integrada que s'allunya de les aproximacions “ideològiques” o “idealistes” d'altres autors (2002: 2) o, tal com diria Leichsenring, de les definicions arrelades en les tradicions culturals i polítiques de cada país (2004: 2). Així,

“La integració és un conjunt de mètodes i models de finançament, administració, organització, prestació de serveis i atenció clínica dissenyats per crear connectivitat, alineació i col·laboració a dins i entre el sector dedicat a cuidar i el sector dedicat a curar. L'objectiu d'aquests mètodes i models és millorar la qualitat de l'atenció, la qualitat de vida, la satisfacció de les persones i l'eficiència del sistema en el cas de pacients amb problemes complexos i de llarga durada que necessiten serveis, proveïdors i espais d'atenció múltiples” (2002: 3).

La definició de Kodner i Spreeuwenberg, tot i que més centrada a l'entorn del sistema sanitari, conté alguns elements d'interès per a l'objecte d'estudi d'aquest informe (2002: 2):

- L'atenció integrada no significa necessàriament la fusió de totes les parts o nivells del sistema, o que aquesta hagi de ser "completa"
- La integració és un pas en el procés del sistema d'atenció per esdevenir més complet i comprensiu

En el rerefons d'aquestes definicions hi ha la idea que l'atenció integrada no consisteix tant en l'assoliment d'una determinada meta d'una determinada manera com en un procés continu expressat a través de la voluntat i l'esforç d'adaptació de l'atenció social i sanitària a les necessitats canviants de les persones amb l'objectiu de millorar els resultats des del triple punt de vista del nivell de benestar assolit, la satisfacció amb els serveis i l'ús racional dels recursos (financers, tecnologies, personal, etc.). Aquesta és l'aproximació a l'atenció integrada que s'ha prioritzat en el PIAISS (vegeu subapartat 4.2.1.).

També Leutz emfasitzava aquesta dimensió processual de l'atenció integrada quan la definia com "la cerca per connectar el sistema de salut (i.e. atenció primària, especialitzada i aguda) amb altres sistemes d'atenció humana (i.e. llarga durada, educació i formació, habitatge, etc.) amb l'objectiu de millorar els resultats (clínic, satisfacció i eficiència)" (1999: 77-78).

Cap d'aquestes definicions entra a valorar el sentit (de dalt a baix, de baix a dalt), la mesura (política, organitzativa, operativa) ni la intensitat (interacció, coordinació, fusió) de la integració perquè són característiques que depenen en bona mesura de les circumstàncies de cada lloc. Leutz afirma que la integració pot tenir lloc a diferents nivells (i.e. polític, financer, gestió i clínic) i que els mitjans per a la integració són diversos i inclouen la planificació conjunta, la formació del personal, la presa de decisions, la instrumentació, els sistemes d'informació, la compra de serveis, les revisions i derivacions, la planificació de l'atenció, la cobertura de serveis, la prestació de serveis, el seguiment i el feedback (1999: 78).

Com es veurà en els dos subapartats següents i en el capítol 4, l'atenció integrada es pot assolir a través de camins diferents.

### 3.2.2. ELEMENTS QUE PROMOUEN L'ÈXIT

Continua sent molt difícil generar evidència empírica fiable sobre l'impacte econòmic de les experiències d'atenció integrada en el món. Tanmateix, la literatura especialitzada sí que ha identificat un conjunt d'elements que es consideren explicatius de l'èxit d'alguns programes i iniciatives d'atenció integrada social i sanitària des del punt de vista de les experiències i els resultats en salut (Nolte i Pitchforth, 2014: 38). Aquests elements han estat identificats com a "llicions clau" (Goodwin, Dixon, Anderson et al. (2014)), "llicions de l'experiència" (Ham i Walsh (2013)), "principis universals" (Suter, Oelke, Adair et al. (2009)) o "llicions" (Leutz (1999)), i alberguen per tant el potencial de ser extrapolables a altres contextos polítics, econòmics i socials.

Goodwin, Dixon, Anderson et al. (2014) identifiquen les característiques comunes de set programes reeixits d'atenció integrada de set països diferents (Austràlia, Canadà, Estats Units, Holanda, Nova Zelanda, Regne Unit i Suècia). El seu treball reuneix almenys tres virtuts destacables. En primer lloc, una metodologia basada en l'estudi de casos de programes ben establerts (i no pas de proves pilot). En segon lloc, una selecció d'exemples d'atenció integrada social i sanitària (a diferència d'altres estudis que analitzen processos d'integració fonamentalment sanitaris). Finalment, una diversitat de països que permet superar les limitacions dels treballs arrelats en contextos específics i facilita la identificació d'algunes "llicions clau" o "determinants universals" de l'atenció integrada (vegeu taula 1 al final d'aquest subapartat).

Els autors consideren que els elements centrals de l'atenció integrada per a persones grans amb necessitats complexes són (2014: 3, 13-15):

- Definir criteris d'elegibilitat
- Disposar d'un punt d'accés únic
- Realitzar una avaluació única i holística de necessitats
- Elaborar un pla d'atenció
- Promocionar la implicació dels usuaris i usuàries, així com dels cuidadors i cuidadores informals i familiars, en la gestió de la seva salut
- Designar una persona que ajudi a avaluar necessitats, a compartir informació i a coordinar la prestació formal i informal d'atenció social i sanitària

Goodwin, Dixon, Anderson *et al.* afegixen a aquesta llista una altra característica compartida pels set programes reeixits que analitzen: la diferenciació entre, d'una banda, un grup "central" de professionals o equip assistencial multidisciplinari que proporciona una atenció propera i contínua (per exemple, els equips d'atenció domiciliària) i, de l'altra, una xarxa més àmplia de proveïdors susceptible de ser activada per garantir l'accés a altres serveis d'atenció social i/o sanitària.

Els autors també criden l'atenció en contra d'alguns pressupòsits sobre l'atenció integrada. En aquest sentit, expliquen que el punt de partida de la integració no ha de ser un model organitzatiu amb un disseny predeterminat "de dalt a baix" sinó un model de prestació de serveis pensat per millorar l'atenció a les persones. De fet, a la major part dels programes que estudien la integració organitzativa -quan s'assoleix- és una conseqüència de la integració de la pràctica assistencial, i no pas al contrari.

De la mateixa manera, Goodwin, Dixon, Anderson *et al.* constaten que si bé les TIC i l'historial clínic compartit poden facilitar l'intercanvi d'informació entre professionals, és possible proporcionar atenció integrada sense un sistema integrat de tecnologies de la informació. A més a més, contrasten l'interès creixent per l'ús de dispositius de monitoratge a distància (*i.e.* telesalut, teleassistència, etc.) amb els resultats de la seva anàlisi: la major part dels programes no utilitzen aquestes eines i, malgrat això, proporcionen atenció integrada social i sanitària.

D'acord amb els autors, "en general, els estudis de cas suggereixen que l'atenció de proximitat [*"high-touch care"*] i personalitzada és més important que l'atenció amb alta tecnologia [*"high-tech care"*] basada en historials electrònics o dispositius de telesalut/teleassistència", els quals "no són essencials per a l'èxit de l'atenció integrada" (2014: 17).

Goodwin, Dixon, Anderson *et al.* també qüestionen la importància que una part de la literatura ha atorgat als metges i metgesses de primària en l'atenció integrada. En els casos que estudien, aquests professionals no acostumen a formar part dels equips "centrals" encarregats de coordinar o gestionar l'atenció a les persones que atenen. És més, es constata que sovint ha sigut difícil comptar amb el suport dels metges i metgesses d'atenció primària a l'hora de compartir informació i oferir una atenció integrada.

Els motius d'aquesta realitat són diversos depenent del país i les circumstàncies (*i.e.* interessos professionals, manca de temps, absència d'incentius econòmics, etc.) però no deixa de ser "una paradoxa" que els metges i metgesses d'atenció primària acabin jugant "un rol tangencial més que no pas central en el procés d'atenció [integrada]" (2014: 19) quan un dels seus rols centrals és "proporcionar continuïtat assistencial a les persones en l'àmbit local" (2014: 19).

Per la seva banda, Ham i Walsh (2013) consideren que el repte actual de l'atenció integrada consisteix a convertir les intencions polítiques i els projectes locals en actuacions eficients i territorialment generalitzades. Amb aquesta finalitat, extreuen setze "llicions de l'experiència" local d'Anglaterra que coadjuven a fer l'atenció integrada una realitat (vegeu taula 1). Ham i Walsh parteixen de la hipòtesi que les pressions que reben els sistemes social i sanitari no poden ser abordades amb més ajustaments i que cal dur a terme un canvi de paradigma.



La seva proposta emfatitza la necessitat de construir una narrativa comuna sobre l'atenció integrada i els seus beneficis que motivi les parts a superar la fragmentació i compartir el poder. Per a això, cal explicar de forma clara i realista quines millores pot aportar l'atenció integrada, quins són els seus costos a curt, mitjà i llarg termini i avaluar-ne els resultats. A banda d'un lideratge compartit, el desenvolupament de l'atenció integrada requereix el trencament de barreres entre serveis i àmbits diferents i a dins d'un mateix àmbit o servei, així com l'ús flexible dels recursos compartits, tant financers com humans.

Ham i Walsh deixen clar que no hi ha models d'integració millors que d'altres i que moltes de les lliçons apreses a través de l'anàlisi de les experiències locals s'hi troben sota diferents models d'integració. Coincideixen amb autors com Goodwin, Dixon, Anderson *et al.* (2014) i Leutz (1999) en que integració no significa necessàriament fusió i en que els beneficis principals es deriven de la integració clínica o de serveis més que no pas de la integració en l'àmbit organitzatiu.

Suter, Oelke, Adair *et al.* (2009) identifiquen deu "principis universals" que comparteixen els "sistemes d'atenció integrada" que funcionen bé, independentment del model d'integració, el context de la prestació dels serveis i la població atesa (vegeu taula 1). Aquests principis constitueixen una guia orientativa basada en l'evidència empírica (*i.e.* revisió bibliogràfica sistemàtica) i, segons els seus autors, poden ser adaptats en funció del context.

Amb la seva aportació, Suter, Oelke, Adair *et al.* pretenen compensar els buits d'informació amb què s'hi troben els àmbits de la decisió política i la gestió de projectes a l'hora de dissenyar i implementar l'atenció integrada. Els deu principis fan referència a molts dels aspectes mencionats per Ham i Walsh (2013) però emfatitzen també l'existència de barreres culturals i professionals contràries a l'atenció integrada i la necessitat de superar-les per garantir la coordinació i continuïtat assistencial centrada en la persona.

Els autors adverteixen que no existeix una fórmula generalitzable per al desenvolupament de l'atenció integrada. Tot i això, consideren de vital importància disposar d'una "estructura orgànica" de comunicació i d'un lideratge "amb visió" capaços de fer circular la informació de manera transversal i dotar de cohesió interna el projecte.

Ambdós principis són necessaris per fer front a les barreres que dificulten la col·laboració interprofessional: confusió entre rols, interessos corporatius, valors i ideologies diferents, manca de confiança mútua, visions divergents sobre l'interès de les persones usuàries, etc.). Més concretament, Suter, Oelke, Adair *et al.* criden l'atenció sobre el risc de resistència al canvi del personal mèdic i sobre el xoc cultural entre el paradigma de l'atenció aguda –que posa l'hospital al centre del continu assistencial– i el paradigma de l'atenció de llarga durada –que posa la persona i el seu entorn en el centre.

Finalment, Leutz (1999) analitza alguns dels esforços d'atenció integrada en el Regne Unit i els EEUU amb la finalitat d'identificar quines aproximacions han funcionat bé i sintetitzar-les en cinc "lliçons" (vegeu taula 1). Tots dos països tenen sistemes molt diferents d'atenció social i sanitària però s'enfronten als mateixos reptes que en altres parts del món: increment del nombre de persones amb discapacitats, reducció de les places d'hospitalització, augment dels costos assistencials, derivació de l'atenció a la comunitat, pressions financeres, etc.

Leutz va ser un dels pioners en oferir un conjunt d'orientacions generals per al desenvolupament de l'atenció integrada independentment del context i el paradigma d'Estat del Benestar. Les cinc lliçons representen un bany de realisme respecte de l'excés d'optimisme i ambició que ha fet fracassar molts intents d'integració, tal com també ha advertit anys després l'Oficina Nacional de l'Auditoria en relació amb el cas britànic (The Comptroller i Auditor General, 2017).

La primera lliçó de Leutz és que "pots integrar tots els serveis per a algunes persones, alguns serveis per a totes les persones, però no pots integrar tots els serveis per a totes les persones" (1999:83). Segons l'autor, a cada nivell de necessitat (*i.e.* baix, moderat, alt) li correspon un nivell d'integració (*i.e.* enllaç, coordinació, integració completa).



L'enllaç entre sistemes o serveis garanteix l'atenció de les persones amb menys necessitats sense haver d'activar suports externs. La coordinació s'adreça a persones que reben atenció per part de diferents sistemes o serveis, motiu pel qual consisteix a compartir informació i gestionar actuacions a través d'una persona o equip de referència. La integració completa es basa en la creació de nous programes o unitats que comparteixen recursos anteriorment separats. Més que compartir informació, la integració genera nous registres a partir dels quals poder organitzar eficientment l'atenció múltiple que necessiten les persones més vulnerables.

La segona lliçó diu que “la integració costa abans de donar beneficis” (1999: 89) i crida l'atenció sobre el fet que les despeses són inevitables per garantir amb èxit la transició entre paradigmes. Hi ha almenys tres tipus de despeses: personal i sistemes d'informació (*i.e.* aprenentatge de noves competències i desenvolupament de sistemes de suport), serveis (*i.e.* finançament de la integració de sistemes) i posada en marxa. Segons Leutz, els errors a l'hora d'anticipar els costos que implica inicialment l'atenció integrada i, concretament, les reticències per haver de compartir poder i informació a tots nivells (*i.e.* polític, organitzatiu i operatiu) han arruïnat molts esforços d'atenció integrada.

La tercera lliçó de Leutz afirma que “la teva integració és la meua fragmentació” (1999: 91) i fa referència a la diferència d'expectatives que existeix entre, d'una banda, les persones que promouen l'atenció integrada (les quals acostumen a tenir algun tipus de relació, personal o professional, amb la complexitat social i/o sanitària) i, de l'altra, la resta de persones (de les quals s'espera que s'acomodin al canvi). Per fer les coses més complicades, l'autor constata que molts professionals que valoren el potencial de millora de l'atenció integrada continuen experimentant el seu treball com a fragmentat.

Leutz també menciona el cas dels metges i metgesses d'atenció primària, atès que qualsevol demanda addicional significa incrementar encara més el nivell de pressió de la seva pràctica rutinària. Les avaluacions d'algunes experiències posen de manifest la fatiga que senten molts metges i metgesses que han de participar en el disseny de l'atenció integrada com si fossin autoritats sanitàries.

La quarta lliçó –“no pots integrar una peça quadrada en un forat rodó” (1999: 93)– posa sobre la taula un dels reptes més importants de l'atenció integrada: el de les diferències entre el sistema sanitari i el sistema d'atenció social. Segons l'autor, la font d'aquest problema d'encaix té a veure amb les bases que regulen l'accés a un i altre tipus de servei. En primer lloc, l'accés al sistema sanitari és universal mentre que l'accés al que ell anomena “atenció de llarga durada” no ho és. En segon lloc, l'accés a l'atenció sanitària es basa en una necessitat mèdica determinada per facultatius mentre que l'accés a les prestacions de llarga durada es basa en un estatus funcional determinat per infermeres i infermers i/o treballadors i treballadores socials.

Aquestes diferències “creen conflictes d'interès, reptes de gestió i xocs culturals que frustren la integració” (Leutz, 1999: 94). L'autor comenta el cas d'un programa britànic en què el personal dels serveis socials valorava positivament la gestió de casos com a instrument afavoridor de l'atenció integrada mentre que el personal mèdic tendia a veure-ho com una “distracció” respecte de la prestació sanitària.

La cinquena i darrera lliçó de Leutz observa que “qui integra porta la veu cantant” (1999: 97). En el cas dels EEUU, una part important de les experiències d'atenció integrada ha estat promoguda pels serveis d'atenció de llarga durada, el món de la recerca i els i les buròcrates. Les seves organitzacions han tingut com a prioritat dotar el sistema sanitari d'una orientació més social però això ha desencadenat generalment respostes reactives en el personal mèdic.

Contràriament, les experiències locals d'atenció integrada del Regne Unit han estat dirigides per metges els quals, a la major part dels casos, a) només s'han centrat en una o dues àrees d'actuació, b) no han mostrat interès per integrar àrees més àmplies com la de l'habitatge o la gestió de les diferències entre les aproximacions sanitària i social i c) no han prioritzat l'atenció dels infants en situació de risc, de les persones adultes amb discapacitats físiques o de les persones amb problemes d'aprenentatge. Davant

d'això, Leutz constata que la creació de comissions paritàries basades en el treball cooperatiu és la millor manera d'aproximar-se a la integració de l'atenció social i sanitària.

TAULA 1. Elements que promouen l'èxit de l'atenció integrada segons autors

	<b>“Lliçons clau” Goodwin, Dixon, Anderson et al. (2014)</b>	<b>Setze “Lliçons de l'experiència” Ham i Walsh (2013)</b>	<b>Deu “principis universals” Suter, Oelke, Adair et al. (2009)</b>	<b>Cinc “lleis” Leutz (1999)</b>
Nivell de sistema	1.-Reconèixer la importància que té una agenda d'atenció integrada per a les persones grans i fràgils	1.-Trobar amb els <i>partners</i> una causa comuna per superar la fragmentació i estar preparat per compartir el poder	1.-Serveis comprensius al llarg del continu assistencial: cooperació entre organitzacions socials i sanitàries; accessibilitat al continu assistencial des de diferents punts; èmfasi en el benestar, la promoció de la salut i l'atenció primària	1.-Pots integrar tots els serveis per a algunes persones, alguns serveis per a totes les persones, però no pots integrar tots els serveis per a totes les persones
	2.-Proporcionar estímuls financers i d'altre tipus per afavorir el desenvolupament de les iniciatives locals	2.-Construir una narrativa compartida per explicar la importància que té l'atenció integrada	2.-Atenció centrada en la persona: atenció de necessitats; participació i implicació dels i les pacients [persones usuàries], avaluació [i estratificació] poblacional; enfocament en grups de població específics	2.-La integració costa abans de donar beneficis
	3.-Evitar una política de dalt a baix que suposi dur a terme fusions organitzatives o estructurals	3.-Desenvolupar una visió persuasiva per explicar què es pretén assolir amb l'atenció integrada	3.-Cobertura geogràfica i llistat de proveïdors: maximitzar l'accés als serveis i minimitzar les duplicitats a través d'una cobertura geogràfica adequada; considerar la llibertat d'elecció de proveïdors per part de les persones usuàries	3.-La teva integració és la meva fragmentació
	4.-Eliminar les barreres que dificultin l'atenció integrada, com ara les diferències en el finançament i en l'elegibilitat	4.-Establir un lideratge compartit	4.-Atenció estandarditzada a través d'equips interprofessionals: crear equips de treball interprofessionals i autònoms; compartir guies protocols d'actuació basats en l'evidència empírica	4.-No pots integrar una peça quadrada en un forat rodó
	5.-No existeix un únic model o aproximació que sigui millor per al desenvolupament de l'atenció integrada	5.-Crear temps i espai per afavorir el coneixement i les noves maneres de treballar	5.-Gestió del rendiment: compromís envers la qualitat, l'avaluació i la millora; desenvolupar sistemes d'avaluació de processos i resultats per millorar la qualitat dels serveis	5.-Qui integra porta la veu cantant
	6.-El punt de partida ha de ser un model clínic o de servei més que no pas un model organitzatiu amb un disseny predeterminat	6.-Identificar els serveis i els grups de persones usuàries on els beneficis potencials de l'atenció integrada siguin més grans	6.-Sistemes d'informació: implementar sistemes d'informació que permetin compartir i gestionar dades sobre el continu assistencial (persones usuàries, ús dels recursos i resultats)	

CONSELL DE TREBALL, ECONÒMIC I SOCIAL DE CATALUNYA

	7.-Es necessita temps per desenvolupar i fer madurar l'atenció integrada; la major part dels programes evolucionen constantment	7.-Construir l'atenció integrada de baix a dalt i de dalt a baix	7.-Cultura organitzativa i lideratge: establir lideratges amb capacitat per crear cultures organitzatives alineades amb l'atenció integrada (mitjançant la creació d'oportunitats, recursos i incentius)	
	8.-Les organitzacions totalment integrades no són l'objectiu (final)	8.-Agrupar els recursos perquè els comissions i els equips integrats puguin fer-ne un ús flexible	8.-Integració dels metges i metgesses: dedicar temps, atenció i recursos a fomentar el lideratge del personal mèdic en el disseny, organització i implementació de l'atenció integrada	
Nivell funcional	9.-L'èxit sembla estar relacionat amb una bona comunicació i relació entre les persones que reben l'atenció i les que intervenen en la prestació d'atenció	9.-Innovar en l'ús dels mecanismes de comissió, contractació i pagament, així com en la participació del sector privat (amb i sense ànim de lucre)	9.-Estructura de governança: desenvolupar una estructura de governança forta i representativa de la diversitat d'actors; promoció a través de la governança la coordinació entre serveis [horitzontal] i a dins dels serveis [vertical]	
	10.-Utilitzar més les TIC pot facilitar l'atenció integrada però no sembla ser una condició necessària	10.-Reconèixer que no existeix "la millor manera" d'integrar l'atenció	10.-Gestió financera: distribuir recursos de manera equitativa entre serveis i nivells assistencials (i.e. atenció primària, aguda, domiciliària, de llarga durada, social, en salut mental, etc.); promoure el treball interprofessional a través del finançament dels serveis.	
	11.-Les relacions necessàries per donar suport a l'atenció integrada requereixen temps (per construir capital social i fomentar la confiança)	11.-Donar suport i apoderar les persones usuàries perquè tinguin més control sobre la seva salut i benestar		
Nivell professional	12.-Els i les professionals (generalistes i especialistes, d'atenció social i sanitària) han de treballar conjuntament en equips multidisciplinaris o xarxes de proveïdors	12.-Compartir informació sobre les persones usuàries amb el suport d'un sistema adequat de governança de la informació		
	13.-Els i les professionals han de tenir els rols ben definits dins dels equips i han de poder col·laborar en el marc d'un enfocament compartit sobre què significa "atenció"	13.-Utilitzar la força de treball de manera efectiva i restar obert a innovacions en la combinació i substitució de competències		

INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA

	14.-Els pacients [les persones] amb necessitats complexes socials i sanitàries poden requerir un suport intensiu més enllà del que els metges i metgesses d'atenció primària poden oferir	14.-Establir objectius específics i mesurar i avaluar els avenços cap a aquestes fites		
Nivell del servei	15.-Els elements més importants per al disseny de l'atenció en el nivell del servei són: les avaluacions holístiques, la planificació de l'atenció, un punt d'accés únic, la coordinació assistencial i una xarxa ben connectada de proveïdors que garanteixi l'accessibilitat, especialment per a l'autogestió	15.-Ser realista amb els costos de l'atenció integrada		
Nivell personal	16.-Treballar amb les persones i els seus cuidadors i cuidadores informals per donar suport a l'autogestió	16.-Actuar en relació amb totes aquestes lliçons com a part d'una estratègia coherent		
	17.-Garantir la continuïtat assistencial i l'atenció coordinada per donar resposta a les necessitats específiques de les persones			
	18.-El contacte personal amb un coordinador o coordinadora d'atenció, o amb un gestor o gestora de casos, és més efectiu que els suports de control remot o telefònics			

Font: elaboració pròpia.

### 3.2.3. EINES PER AL DESPLEGAMENT DE L'ATENCIÓ INTEGRADA

Com s'ha vist, és pràcticament impossible consensuar una definició unívoca sobre l'atenció integrada. Resulta més útil i interessant donar a conèixer quins són els factors que afavoreixen el seu èxit, així com l'inventari d'eines i estratègies d'integració que s'han posat en marxa a diferents parts del món d'acord amb els seus recursos i tradicions. Sigui quin sigui el model d'atenció integrada pel qual s'opti (vegeu apartat 4.1.), cal emfasitzar que el propòsit del canvi ha de ser millorar la qualitat de l'atenció, l'experiència de les persones usuàries i l'ús dels recursos.

D'acord amb això, l'atenció integrada s'ha desplegat a través de diverses combinacions d'eines i estratègies orientades a fer cooperar components anteriorment separats però susceptibles de jugar rols complementaris, particularment en el cas de les persones en situació de complexitat social i sanitària. El desplegament d'aquestes eines i estratègies ha hagut de fer front a situacions de partida poc favorables que Hardy, Mur-Veeman, Steenberg *et al.* (1999) i Kodner i Kyriacou (2000) (citats a Kodner i Spreu-ewenberg, 2002: 3) resumeixen amb tres constatacions: l'atenció social i l'atenció sanitària funcionen 1) sota responsabilitat de sectors, jurisdiccions, institucions i proveïdors diferents, 2) amb fonts de finançament i pressupostos separats i regulacions mútuament conflictives i 3) amb llenguatges, cultures, rols professionals i aproximacions a les persones no coincidents.

Curry i Ham (2010) classifiquen els sistemes d'atenció integrada dels EEUU i Europa, i les eines que fan servir, en tres nivells operatius (vegeu taula 2 al final d'aquest subapartat). En el nivell "macro" hi encabeixen els sistemes i les eines que proporcionen atenció integrada a tota la població que atenen. En el nivell "meso" engloben els sistemes i les eines que s'adrecen a persones que comparteixen determinats grups de necessitats o condicions. I en el nivell "micro" classifiquen els sistemes i les eines que atenen a determinades persones usuàries. Encara que els autors separen els sistemes i les eines en tres nivells operatius, a la pràctica el desenvolupament de l'atenció integrada és molt més complex i té lloc en diferent mesura a tots els nivells.

Pel que fa als sistemes "macro", Curry i Ham consideren que el bon funcionament de l'atenció integrada depèn de la combinació de diverses eines més que no de l'ús privilegiat d'unes poques. Els autors es basen en l'evidència empírica per mantenir que la provisió d'atenció integrada no requereix necessàriament una integració "real" i que aquesta pot ser perfectament assolible a través de mitjans "virtuals". Les dades també posen de manifest que el desenvolupament de l'atenció integrada es beneficia d'una certa massa crítica i observen que les organitzacions petites tenen generalment pitjors resultats que les grans. Alhora, Curry i Ham adverteixen que una de les claus de l'èxit de l'atenció integrada és l'ús sostingut d'eines i estratègies durant anys fins que s'assoleixen els nivells de confiança i col·laboració necessaris perquè es produeixi el canvi de paradigma. Els autors també valoren positivament la combinació d'estratègies d'integració amb estratègies de competició entre serveis i proveïdors, l'expertesa en el lideratge i la gestió i el rol dels incentius a l'hora de motivar el personal mèdic.

En relació amb els sistemes "meso", Curri i Ham conclouen que els sistemes d'atenció integrada que atenen diferents grups de condicions o necessitats produeixen resultats més heterogenis que els sistemes especialitzats. Concretament, als EEUU l'atenció integrada adreçada a persones grans ha donat bons resultats en l'àmbit de la reducció dels ingressos hospitalaris, l'increment de la satisfacció, l'autonomia física i la qualitat de vida de les persones. En el Regne Unit, els sistemes que aborden específicament determinades condicions, com ara la depressió, la diabetis o la insuficiència cardíaca, són els que reporten els resultats més positius. Tot i això, els autors emfasitzen que en la major part dels casos no s'ha pogut demostrar amb claredat la millora de l'eficiència i que aquesta possibilitat depèn de condicions molt específiques. També en relació amb aquest nivell, Curri i Ham argumenten que la integració clínica i de serveis és molt més rellevant per al canvi de paradigma d'atenció que no pas la integració a nivell polític i organitzatiu.

Quant als sistemes “micro”, els autors observen que les eines i estratègies per al desenvolupament de l'atenció integrada són múltiples i que gairebé mai s'utilitzen de manera aïllada. El seu ús varia considerablement en funció del context i de factors externs, de manera que és molt difícil parlar de quines són les eines o estratègies més eficients en la promoció de l'atenció integrada. L'impacte d'una eina en un sistema molt integrat pot ser diferent de l'impacte d'aquesta mateixa eina en un sistema més fragmentat. Basant-se en una revisió sistemàtica d'estratègies de coordinació d'atenció social i sanitària (Powell Davies, Williams, A. M., Larsen K. *et al.*, 2008), Curry i Ham confirmen que les intervencions que utilitzen simultàniament diverses eines o estratègies –com ara acords per millorar la comunicació entre serveis i el suport a les persones usuàries- tenen més possibilitats d'èxit que les intervencions que es recolzen en una sola eina o estratègia

Per la seva banda, Leichsenring (2004) identifica en el marc del projecte PROCARE les eines i estratègies que es fan servir per al desenvolupament de l'atenció integrada social i sanitària a Alemanya, Àustria, Dinamarca, Finlàndia, França, Grècia, Holanda, Itàlia i el Regne Unit (vegeu taula 2). La seva proposta és numèricament més limitada que la d'altres autors com Kodner i Spreeuwenberg (2002) (en els quals es basa), però val a destacar que Leichsenring “[es] mou més enllà cap a un discurs realment centrat en la interdependència entre els serveis socials i de salut de llarga durada” (2004: 6). Així, l'inventari de Leichsenring fa referència a “aquells mètodes i estratègies que s'utilitzen per superar els colls d'ampolla que es generen en les interfícies que hi ha entre els àmbits de l'atenció sanitària i l'atenció social” (2004: 6).

Per a l'autor, l'eina més genuïna de l'atenció integrada social i sanitària és la gestió de casos o gestió de l'atenció, un instrument originari del sector de l'atenció social que s'adreça a persones en situacions complexes (vegeu glossa 5 al subapartat 4.2.2.). Tal com observa Leichsenring, “cas” fa referència a la situació en què es troba la persona i no pas a la persona en si mateix. La gestió de casos s'ha desenvolupat a molts països però sota interpretacions molt diverses. Com que les persones fràgils sovint necessiten intervencions ràpides i efectives, l'autor també inclou en la seva proposta les eines i estratègies que actuen a la interfície entre la comunitat i els hospitals per evitar ingressos innecessaris: sistemes d'alerta eficients, visites domiciliàries preventives, serveis de rehabilitació, etc.

Altres eines i estratègies que Leichsenring considera distintives de l'atenció integrada social i sanitària als països europeus que analitza són:

- Punt d'accés i referència únic i avaluació interdisciplinària de les necessitats d'atenció social i sanitària de les persones
- Pressupostos personals (“*personal budgets*”) per a persones amb discapacitats i prestacions econòmiques per pagar als cuidadors i cuidadores informals
- Treball conjunt entre professionals d'àmbits diferents per atenuar les jerarquies i els clivatges culturals: formació conjunta, taules rodones, equips geriàtrics, reunions mixtes per valorar les altes hospitalàries, etc.
- Serveis de suport a l'entorn comunitari de les persones o que actuen a la interfície entre la llar i les institucions externes: activació del capital social dels barris, desenvolupament de xarxes de solidaritat, prevenció de l'aïllament no desitjat, etc.
- Serveis de suport a les famílies i/o als cuidadors i cuidadores informals: prestacions econòmiques, formació, informació, creació d'ocupació, serveis de “respir”, etc.
- Gestió de la qualitat i certificació de processos que condueixen cap el canvi de paradigma (*i.e.* atenció centrada en la persona, assoliment de resultats i objectius, autonomia dels equips, etc.)

Finalment, Kodner i Spreeuwenberg (2002) proposen un continu macro-micro d'eines i estratègies adreçades a superar les barreres per a l'atenció integrada que s'eleva en cinc "dominis" interconnectats: finançament, administració, organització, prestació del servei i clínic (vegeu taula 2). Els autors adverteixen 1) que "més sovint que no, la forma segueix al finançament" (2002: 4), és a dir, que el finançament pot afectar la resta d'aspectes de l'atenció integrada; 2) que des de l'administració es pot simplificar l'estructura i el funcionament del sistema; 3) que l'organització d'una xarxa de relacions verticals i horitzontals és fonamental per poder garantir un continu assistencial fluid; 4) que la configuració de la prestació dels serveis (*i.e.* formació del personal, treball en equip, relació amb les persones i les famílies, etc.) impacta sobre variables crítiques: accessibilitat, disponibilitat, flexibilitat, continuïtat, coordinació, satisfacció, despeses, etc.; i per últim 5) que els components del nivell clínic (*i.e.* visió compartida sobre les necessitats de les persones, utilització de guies i protocols d'actuació, etc.) són igualment essencials per a la promoció de l'atenció integrada.

En definitiva, Kodner i Spreeuwenberg opten per una aproximació a l'atenció integrada "humanística" o centrada en la persona, és a dir, caracteritzada "per sobre de tot pel desig de millorar la qualitat i proporcionar un millor nivell de servei –més sensible a les circumstàncies personals i els desitjos dels pacients individuals" (2002: 3). Tanmateix, l'àmplia relació d'eines i estratègies que identifiquen no es limita a aquest objectiu i també té com a finalitat millorar l'eficàcia dels serveis i el sistema.



TAULA 2. Eines per a la integració segons autors

Curry i Ham (2010)	Leichsenring (2004)	Kodner i Spreeunwenberg (2002)
<b>INTEGRACIÓ MACRO</b>	Gestió de casos i gestió de l'atenció	<b>FINANÇAMENT</b>
Equips mèdics multiespecialistes	Atenció en la interfície comunitat - hospital	Finançament compartit a diferents nivells
Incentius financers alineats amb la integració	Avaluació multiprofessional de necessitats i planificació conjunta	Pagament per capitació; prepagament a diferents nivells
Tecnologies de la informació	Pressupostos personals ("personal budgets") i prestacions econòmiques	<b>ADMINISTRACIÓ</b>
Utilització de guies pràctiques	Treball conjunt	Consolidació i descentralització de responsabilitats i funcions
Rendició de comptes	Reducció de l'atenció institucionalitzada	Planificació intersectorial
Població definida	Integració de la llar i la comunitat en l'atenció	Valoració de necessitats i assignació de recursos
Partenariats entre professionals mèdics i professionals de la gestió	Integració dels cuidadors i cuidadores familiars (incloent els serveis de "respir" i la creació d'ocupació)	Compra conjunta o comissionada
Lideratge efectiu	Assessorament independent	<b>ORGANITZACIÓ</b>
Cultura col·laborativa	Coordinació de fòrums sobre atenció integrada	Generació conjunta de serveis
<b>INTEGRACIÓ MESO</b>	Gestió de qualitat	Acords sobre altes i derivacions
Estructures organitzatives "paraigua"		Planificació i/o pressupostació conjunta
Gestió de casos i atenció a través d'equips multidisciplinaris		Afiliació o contractació de serveis
Xarxa organitzada per a la prestació de serveis		Gestió conjunta de serveis i programes
Incentius financers		Aliances estratègiques i xarxes d'atenció
Punt d'accés únic		Consolidació, propietat conjunta o fusió
<b>INTEGRACIÓ MICRO</b>		<b>PRESTACIÓ DEL SERVEI</b>
Atenció planificada		Formació conjunta
Gestió de casos		Informació, derivacions i admissions conjuntes
Atenció primària centrada en la persona		Gestió de casos i gestió de l'atenció

Pressupostos personals ("personal budgets")		Treball d'equip multidisciplinari
Historial clínic compartit		Cobertura durant les 24 hores
E-salut i atenció telemàtica		Sistemes d'informació integrats
		<b>CLÍNIC</b>
		Criteris estàndards de diagnòstic
		Procediments uniformes i comprensius d'avaluació
		Planificació conjunta de l'atenció
		Historial clínic compartit
		Supervisió contínua dels pacients [persones usuàries]
		Eines de suport comunes per a la presa de decisions ( <i>i.e.</i> guies pràctiques i protocols)
		Suport continu als i les pacients [persones usuàries] i les famílies

Font: elaboració pròpia.

## 4. MODELS D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

### 4.1. L'ATENCIÓ INTEGRADA AL MÓN

#### 4.1.1. INTRODUCCIÓ

S'han posat en marxa diverses aproximacions a l'atenció integrada a escala internacional. En moltes ocasions, l'evolució demogràfica i l'augment de la cronicitat –que suposen un increment de les necessitats socials i sanitàries de la població– han justificat un avenç cap a models que permeten superar la fragmentació de l'atenció i se centren en les necessitats de les persones. Cal tenir present que l'atenció integrada social i sanitària pot significar coses diverses en contextos diferents i que, en ocasions, són precisament aquests contextos –organitzatius, de finançament o de cultures professionals– els que marquen les possibilitats de la integració.

Les taxonomies que s'utilitzen per comparar i contrastar models d'atenció integrada són diverses (vegeu OMS, 2016). Lewis, Rosen, Goodwin *et al.* (2010, citat a OMS, 2016) distingeixen quatre tipus d'integració: organitzacional, funcional, de serveis i clínica. Així mateix, en funció del seu grau o intensitat, la integració pot consistir en diversos tipus de vincles per promoure la coordinació o bé en la integració completa. Altres tipus de distincions fan referència a la verticalitat o horitzontalitat de la integració o als diversos processos d'integració (culturals i socials, així com estructurals i sistèmics). Igualment, Nolte i McKee (2008, citat a OMS, 2016) i Curry i Ham (2010) distingeixen models en funció de l'"extensió" o el "nivell" d'integració. En aquest sentit, diferencien entre l'atenció integrada adreçada al total de la població o models de base poblacional (extensió o nivell "macro"), la destinada a grups o malalties específiques (extensió o nivell "meso") i la que se centra en casos particulars (extensió o nivell "micro").

La revisió de la literatura mostra una riquesa de models en les experiències implementades. Cal tenir present que la naturalesa multidimensional i la complexitat dels processos d'integració, així com la multiplicitat de possibilitats en el seu disseny, pot dificultar la identificació de les experiències amb un model o altre. En aquest informe s'analitzen una sèrie d'experiències reconegudes internacionalment en funció de l'àmbit de la població al qual es dirigeixen (*i.e.* experiències de base poblacional, dirigides a grups poblacionals específics o centrades en casos individuals). L'anàlisi es fa en funció d'una sèrie de categories, de cara a facilitar la comparativa entre models.

Aquestes experiències s'han seleccionat perquè permeten donar una visió completa de la diversitat de models d'integració operatius. Així, es presenten experiències que suposen essencialment una integració vertical del sistema sanitari i altres que avancen vers la integració de l'atenció social i sanitària. Amb les experiències seleccionades, també es mostren diverses intensitats d'integració i tipus d'integració diferents. Així mateix, els exemples que s'exposen a continuació permeten extreure aprenentatges en relació amb els reptes que es plantegen i les possibilitats que sorgeixen en el marc de diferents contextos polítics, econòmics i socials en els quals s'han dissenyat, desenvolupat i implementat cadascuna de les experiències.

#### 4.1.2. MODELS DE BASE POBLACIONAL

##### Kaiser Permanente (EUA)<sup>3</sup>

###### Justificació

Kaiser Permanente (KP) neix durant els anys 30 del segle passat com a pla d'assegurança mèdica privat per a un col·lectiu de treballadors específics. L'any 1945, s'obre a la inscripció de la població en general. Des del 1996, es treballa a partir de la constatació de l'augment de la cronicitat en la població atesa per

<sup>3</sup> Elaboració a partir d'OMS (2016). *Integrated care models: an overview*. Copenhagen: OMS, Oficina regional per a Europa; Townsend, M. (2014). *Learning from Kaiser Permanente: Integrated Systems and healthcare improvement in Canada*. Ottawa: Fundació canadencs per la millora de l'atenció a la salut; i Nuño, R. (2015). *Estudio de caso Kaiser Permanente*. Madrid: Universitat de Deusto.

Kaiser i, per tant, del previsible augment de la demanda d'atenció sanitària. En aquest sentit, la justificació de l'atenció integrada deriva de la necessitat d'assolir com a organització l'objectiu d'actuar de manera eficient i eficaç, optimitzar els recursos, millorar la satisfacció de la població atesa amb l'atenció rebuda i maximitzar els resultats en l'àmbit de la salut.

### **Objectiu**

Tal com s'afirma a Nuño (2015), la missió de KP és proveir atenció sanitària i millorar l'estat de salut de les persones assegurades i de les comunitats en les quals presta servei. La seva visió consisteix a ser líder en Salut Total (*Total Health*), millorant les vides de les persones assegurades. La visió *Total Health* és similar conceptualment a la definició de salut de l'OMS: gaudir de salut, retornar a la salut, viure bé amb malalties cròniques i envellir amb salut.

### **Població destinatària**

La població a la qual KP dona atenció supera els 9,1 milions de persones en vuit estats diferents dels EUA i en el districte de Columbia (el 70% de les persones assegurades pertanyen a l'Estat de Califòrnia) (Nuño, 2015). El model té un enfocament de salut poblacional centrat en l'atenció a la cronicitat, atès el seu pes rellevant entre la població atesa per Kaiser. Per fer front al repte de la cronicitat, s'estratifica la població en funció dels riscos i les necessitats d'atenció sanitària.

### **Intensitat i tipus d'integració**

Cooperació en l'organització, finançament i prestació de l'assistència sanitària.

### **Organització**

El model integrat d'organització, finançament i prestació de serveis sanitaris sorgeix a través del partenariat de tres entitats:

- a) Pla de Salut de la Fundació Kaiser (KFHP, en les seves sigles en anglès): realitza contractes per proveir atenció sanitària integrada de prepagament.
- b) Hospitals de la Fundació Kaiser (KFH, en les seves sigles en anglès): s'encarreguen de l'atenció hospitalària, l'atenció de llarga estada i l'atenció sanitària a domicili.
- c) Grups Mèdics Permanents (PMGs, en les seves sigles en anglès): són grups de metges i metgesses de diverses especialitats que reben un pagament fixe, anomenat capitació, per tal de prestar atenció mèdica exclusivament als membres del KFHP en les instal·lacions de Kaiser. Per tant, són metges i metgesses contractats pels PMGs que no poden treballar fora del seu compromís contractual amb el corresponent PMG. Així mateix, els PMGs contracten personal no mèdic que treballa en l'entorn de l'atenció primària i comunitària.

Les tres entitats comparteixen la mateixa missió, tot i que continuen sent organitzacions diferents que cooperen en l'organització, finançament i prestació d'assistència mèdica a través de contractes que demanen exclusivitat mútua i interdependència.

### **Descripció**

El model d'atenció integrada de KP es basa en l'estratificació piramidal de la població en funció de la complexitat de la seva situació i de les necessitats d'atenció corresponents. Sobre cada segment de població es duen a terme actuacions diferenciades, proactives i planificades.

Així, Kaiser realitza activitats preventives i de promoció de l'autocura destinades a controlar l'exposició als riscos de la població general atesa (s'utilitzen eines com *Healthwise Handbook*, *Healthphone*, *KP online* i *el Preventive Health Prompt*). Pel que fa a la majoria de persones amb malaltia crònica, reben suport per a l'autocura a través de l'equip d'atenció primària, l'educació individual o grupal o les cites de grup. Així mateix, la gestió de cures és el mètode utilitzat en el cas de persones malaltes cròniques amb risc elevat i consisteix en oferir avaluació, administració de medicaments/consulta, educació, teràpia

física i serveis psicològics, a més de consultes presencials i telefòniques. Per últim, els casos més greus reben atenció a través de la gestió de casos (*i.e.* es coordina l'atenció sanitària de la persona malalta).

Un element fonamental del model Kaiser és garantir que l'assistència sanitària es realitzi en els centres d'atenció primària i comunitària, sempre que sigui possible. Amb aquesta finalitat es potencien els equips multidisciplinaris en els centres d'atenció primària, dins dels quals hi ha metges i metgesses de família i especialistes. Una altra qüestió important és que l'estada a l'hospital sigui el més curta possible sense comprometre la qualitat assistencial. En aquesta línia, un ingrés no programat o reingrés hospitalari d'aguts es veu com una fallada del sistema.

Per reduir al mínim les estades hospitalàries, entre d'altres actuacions, KP realitza una gestió activa de l'estada a través de protocols clínics, la planificació i el seguiment de l'alta i l'accessibilitat a l'atenció una vegada obtinguda l'alta. Per aconseguir-ho, s'han creat nous grups professionals, com ara metges i metgesses anomenats "hospitalistes" amb una funció centrada en l'atenció mèdica general de les persones hospitalitzades, gestors i gestores d'altres i diversos perfils d'infermeria i de coordinació de l'atenció. KP també ha desenvolupat programes de seguiment de les altes amb una efectivitat elevada, com ara el *Care Transitions*. Aquests programes recorren a personal d'infermeria especialista o de treball social.

Un element clau del model Kaiser són les tecnologies aplicades a millorar l'atenció i l'accessibilitat: mitjançant el sistema d'informació *KP HealthConnect*, es gaudeix d'un registre longitudinal de les consultes realitzades en totes les instal·lacions de KP, interconnectades entre elles. Aquest sistema d'informació també proporciona dades analítiques, de prescripcions i d'imatge mèdica. Des de la vessant de la persona assegurada, cal fer esment de *My Health manager*, un canal personal de salut on es pot accedir a la informació mèdica seleccionada de la història clínica, així com gestionar visites mèdiques, consultar el resultat de proves mèdiques i comunicar-se electrònicament amb l'equip mèdic o farmacèutic, entre altres utilitats.

### **Barreres i facilitadors**

Kaiser s'enfronta al repte d'operar en un entorn d'atomització de l'atenció sanitària. Als EUA, l'assegurança de l'assistència sanitària es reparteix entre un gran nombre de companyies privades i plans federals com *Medicare* i *Medicaid*, entre d'altres. Així mateix, el mercat de provisió sanitària està repartit entre un gran nombre de proveïdors habitualment no integrats verticalment. Tot plegat en un entorn altament competitiu amb pressions simultànies de contenció de costos i de millora de la qualitat d'atenció.

Pel que fa als facilitadors, es pot fer referència a dos factors mencionats freqüentment a la literatura: el desenvolupament de sistemes de tecnologia de la informació i el compromís del personal mèdic amb l'organització. En aquest sentit, cal fer referència a l'exclusivitat mútua entre el Pla de Salut i els Grups Mèdics Permanents.

Així mateix, cal fer esment de la participació del personal clínic en el desenvolupament i implementació dels canvis en els mètodes de treball i en la monitorització del rendiment de tot el sistema, la qual cosa es pot considerar com un facilitador de l'èxit en la implementació dels canvis. Tot plegat en el marc d'un lideratge mèdic, que a la pràctica es manifesta en una prioritització dels processos assistencials. Un últim element del model de cara a l'aprenentatge i la millora de resultats és la cultura de rendiment de comptes entre el personal mèdic pel que fa a resultats de qualitat i utilització de recursos (*peer review*).

### **Avaluació i resultats**

KP és un dels models sanitaris que gaudeix d'un nivell de reconeixement més elevat a escala internacional i ha estat objecte d'una important literatura comparada. A Nuño (2015) es fa un breu repàs dels resultats del model:

En una comparativa de l'any 2002 entre el model KP i el *National Health Service* (NHS) del Regne Unit, es mostra un rendiment millor de KP en la majoria d'indicadors analitzats, entre els quals destaca la gran

diferència en la freqüentació dels hospitals d'aguts, molt més baixa en el cas de KP. També es posa de manifest que KP es caracteritza per una inversió més elevada en serveis d'atenció primària i comunitària, que els temps d'espera són més curts i que s'assoleixen bons resultats de salut.

Així mateix, KP també obté resultats excel·lents en l'àmbit dels EUA. Com a mostra de l'alta qualitat que ofereix als seus membres, KP es posiciona en el 6% superior entre els 484 plans que configuren el rànquing elaborat pel Comitè Nacional d'Assegurament de la Qualitat d'EUA l'any 2013. Així mateix, els seus resultats de salut habitualment són molt superiors a la mitjana dels EUA i de Califòrnia.

Amb tot, en el model es detecten aspectes poc desenvolupats o que presenten clarobscur: el lideratge limitat de les professions no mèdiques, les limitacions a la llibertat de pràctica, l'escassa coordinació assistencial en el cas de les necessitats socials i la cobertura baixa de la salut mental, entre altres coses.

### Punts a destacar

- El fet que KP sigui un sistema privat fa que els seus resultats no siguin directament comparables amb els sistemes sanitaris que han de garantir una cobertura universal.
- Les tres organitzacions que formen KP cooperen en l'organització, finançament i prestació de l'assistència sanitària.
- L'enfocament de salut és poblacional, a partir de la segmentació piramidal de la població. Es fa una gestió proactiva i planificada de cada segment de població.
- Hi ha un ampli desenvolupament de les activitats preventives, de promoció de l'autocura i de responsabilització de les persones assegurades en la seva pròpia salut.
- Es potencia al màxim la capacitat resolutiva de l'atenció primària i es presta atenció especialment a la minimització de les hospitalitzacions no programades.
- S'han creat grups professionals nous.
- Hi ha una utilització intensiva de tecnologia orientada a millorar la qualitat de l'atenció i l'accessibilitat.
- El personal clínic participa en la planificació i seguiment dels canvis en els mètodes de treball.
- Es potencia el lideratge mèdic i la cultura del *peer review*.
- Es potencia la investigació i la innovació al servei de la pràctica assistencial.
- Hi ha una escassa coordinació assistencial en el cas de les necessitats socials.

## L'Estratègia d'atenció a la cronicitat (Euskadi)<sup>4</sup>

### Justificació

L'Estratègia d'atenció a la cronicitat d'Euskadi pretén fer front a l'augment de la demanda assistencial, conseqüència principalment de l'increment de les malalties cròniques. Aquesta situació suposa un increment dels costos sanitaris i socials i es considera que compromet la sostenibilitat del sistema de protecció a mitjà termini. Així mateix, es vol posar solució a les llacunes en coordinació i continuïtat dels serveis, les quals es manifesten principalment en relació amb les persones fràgils i pluripatològiques.

### Objectiu

Transformar el model de provisió sanitària cap a l'atenció integrada de la cronicitat, on la persona i el seu entorn passen a ser el focus central del sistema, en detriment de la mera atenció a la malaltia. Amb aquesta transformació es persegueix millorar la salut i el benestar de les persones amb malalties cròniques, així com reduir la incidència i impacte d'aquesta condició de salut.

<sup>4</sup> Elaboració a partir d'Osakidetza i Govern basc (2010). *Estratègia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Vitoria: Govern basc, Departament de Sanitat i Consum; Canal, R. et al. (2015). *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones*. Barcelona: Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya; Arrieta, F. i Sobremonte, E. (2015). El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes. Dins *Revista de Treball Social*, núm. 206 (desembre 2015), p. 51-66; Toro, N., Vázquez, P., Nuño, R. i Mira, J.J. (2014). Evaluación del nuevo enfoque en atención a la cronicidad en las organizaciones sanitarias integradas del País Vasco. Dins *Anales del sistema sanitario de Navarra 2014*, vol. 37, núm. 2, p. 189-201; i Nuño, R. (2016). Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. Dins de *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, núm. S1 (novembre 2016), p. 106-110.

**Població destinatària**

El model, que té una vocació poblacional, parteix de la base de l'estratificació segons risc clínic i necessitats socials i sanitàries amb la finalitat d'atendre de manera proactiva i adaptada les persones usuàries i reduir les desigualtats en salut. El canvi d'un enfocament "pacient" a un enfocament "poblacional" de la salut situa la promoció i la prevenció com elements clau del model.

**Intensitat i tipus d'integració**

Coordinació intersectorial entre atenció sanitària i social a nivell operatiu i de gestió. En l'àmbit sanitari, s'han creat estructures comunes de coordinació territorial, les Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI).

**Organització**

El model es comença a implementar l'any 2011 amb el desenvolupament d'onze Sistemes Locals Integrats de Salut (SLIS) o microsistemes (àrees de Bilbao, Uribe, Ezkerraldea-Enkarterri, Interior, Àlaba, Guipúscoa, Bidasoa, Goierri-Alto Urola, Baix Deba, Alt Deba i Donostia). Els SLIS-Microsistemes es conceben com l'acció coordinada de tots els agents i organitzacions sanitàries i socials que atenen a la població de referència.

Aquest marc es substitueix l'any 2013 per un model d'integració vertical amb la implementació de les OSI de l'Osakidetza, el Servei Basc de Salut (OSI Bidasoa, OSI Alt Deba, OSI Baix Deba i OSI Goierri-Alto). L'estructura organitzativa OSI té per objectiu la integració de l'atenció primària i l'especialitzada per superar la fragmentació de l'atenció, així com esdevenir el marc de relació amb els serveis socials. En aquest sentit, cal destacar la creació de les comissions sociosanitàries, adscrites a les OSI i els seus municipis d'influència, amb la participació d'agents socials i sanitaris.

A la pràctica, les OSI suposen la creació d'una estructura comuna entre un hospital comarcal i els centres d'atenció primària d'una àrea determinada, sota una governança única i objectius i sistemes de gestió comuns. La coordinació assistencial s'aconsegueix a través de l'establiment de rutes assistencials. La gestió econòmica també és comuna.

**Descripció**

L'Estratègia d'atenció a la cronicitat d'Euskadi consta de catorze projectes estratègics agrupats en cinc polítiques o àrees d'actuació: 1) enfocament poblacional; 2) prevenció i promoció; 3) autonomia de les persones usuàries; 4) continuïtat assistencial; i 5) intervencions adaptades. En el marc de la política sobre continuïtat assistencial, es troba el projecte estratègic de "col·laboració sociosanitària".

L'Estratègia estableix que la continuïtat assistencial s'ha de garantir "mitjançant l'impuls d'una assistència multidisciplinària, coordinada i integrada entre els diferents serveis, nivells d'atenció i sectors" (Osakidetza i Govern basc, 2010). Aquesta integració de l'assistència s'ha produït per vies diverses, que es poden classificar en dos grans grups (Nuño, 2016): a) les iniciatives d'integració vertical estructural, amb la creació de les OSI i b) les iniciatives centrades en el desenvolupament de processos assistencials integrats entre l'assistència primària i l'especialitzada, amb el manteniment de la independència de les organitzacions.

Cal ressaltar que l'ús de les TIC en les rutes assistencials ha estat clau per a l'èxit del model. Les TIC han afavorit la coordinació entre professionals sanitaris, han millorat el compliment del tractament, han impulsat la cura i auto gestió en les persones usuàries i han augmentat la consciència sobre l'estat de salut, tant en les persones amb malalties com en les persones cuidadores. En aquest sentit, cal fer referència al desenvolupament de la història clínica unificada i de l'atenció no presencial, *i.e.* atenció telefònica urgent, suport sociosanitari i telemonitorització (Osarean).

És important ressaltar que la línia d'implementació del procés de transformació que estableix l'Estratègia és una combinació de canvis "de dalt a baix" (com ara la història clínica unificada) amb canvis de "de baix a dalt" (a través d'iniciatives locals d'innovació organitzativa dels equips de professionals clínics). La raó que es dona és trobar un equilibri en la presa de decisions i en l'estil de lideratge entre un enfocament



purament dirigista “des de dalt” i un altre fonamentat en el desenvolupament “de baix a dalt”, que aconsegeixi involucrar tots els sectors implicats i que, en definitiva, asseguri l’èxit de la implementació de les reformes plantejades.

Paral·lelament a l’Estratègia d’atenció a la cronicitat, liderada per la Conselleria de Sanitat, des de la Conselleria d’Ocupació i Afers Socials es posa en marxa un projecte per avançar cap a un model d’atenció integral i centrada en la persona. Existeixen molts nexes d’unió entre ambdós projectes, tot i que han estat dissenyats amb lògiques i objectius diferents i des de departaments diferents (Canal, R. i Vilà, T., 2015).

En relació amb el model d’atenció integral i centrada en la persona aplicat a l’envelliment, no es pot deixar de fer referència al programa pilot “Etxean Ondo” (“a casa” o “com a casa”), el qual s’ha desenvolupat essencialment a l’àmbit domiciliari com un projecte pilot d’atenció domiciliària integral a cinc localitats de Guipúscoa i una d’Àlaba. Les experiències pilot utilitzen metodologies innovadores, com ara la gestió de casos i, a més de l’atenció en el domicili, inclouen serveis de proximitat complementaris (*i.e.* perruqueria), teleassistència avançada, suport a les famílies cuidadores, participació social i comunitària, promoció de la salut, autocura i control de la pròpia vida.

Pel que fa a les experiències en centres residencials i de dia en el marc d’“Etxean Ondo”, s’han incorporat diverses accions, com ara intervencions terapèutiques basades en la vida quotidiana (*i.e.* sortides del centre) i en les històries de vida (biografia de les persones, les seves aficions, gustos i preferències, etc.). Una experiència important en l’àmbit de l’atenció institucionalitzada són les unitats de convivència basades en el “model llar” (o “*Housing Model*”), on es disposa d’espais comuns, com cuina i sala d’estar, i habitacions individuals per a cada persona que hi resideix.

### **Barreres i facilitadors**

Pel que fa als facilitadors, cal assenyalar que el País Basc disposa d’un marc normatiu suficient per efectuar reformes en l’àmbit de l’atenció social i sanitària, atès que té competència exclusiva en matèria de serveis socials i pot desenvolupar i executar la legislació bàsica de l’Estat en matèria de sanitat.

Respecte de les barreres, Nuño (2016) indica que l’Estratègia d’atenció a la cronicitat del País Basc es desenvolupa en un context de crisi econòmica i financera i que es troba amb una forta oposició política i la resistència o passivitat de grups d’interès rellevants, que han vist el desenvolupament de l’atenció integrada com una amenaça. En concret, l’autor assenyala que líders d’opinió de l’atenció primària es van manifestar en contra de l’Estratègia perquè suposadament agredia els pilars de l’atenció primària i que fins i tot es temia la fagocitació de l’atenció primària per part de l’hospitalària. Aquesta és la raó de l’aposta per iniciatives orientades a la integració clínica en l’àmbit local.

Aquest autor també assenyala que no s’han acabat de superar plenament les barreres de la debilitat política i de la immobilitat burocràtica, les quals han limitat el desplegament dels canvis, sobretot els relatius a l’escalabilitat de les innovacions locals d’èxit (els anomenats projectes “de baix a dalt”).

### **Avaluació i resultats**

Bioef, la Fundació d’innovació i investigació sanitàries d’Euskadi, Osakidetza i altres entitats han desenvolupat IEMAC-ARCHO, una eina per a l’autoavaluació del grau d’implementació de models de gestió de la cronicitat en organitzacions sanitàries i socials. L’IEMAC-ARCHO consta de sis dimensions, considerades com a eixos de transformació necessaris que afavoreixen l’adopció d’un model d’atenció a la cronicitat: organització del sistema de salut, salut comunitària, model assistencial, autocura, suport en la presa de decisions clíniques i sistemes d’informació.

Aquesta eina s’ha utilitzat en l’autoavaluació de les OSI, els resultats de la qual s’exposen a Toro, Vázquez, Nuño i Mira (2014). En aquest sentit, es destaca que la dimensió que gaudeix d’un desplegament més elevat de les intervencions és l’“organització del sistema de salut” mentre que la dimensió “salut comunitària” és la que té un nivell més baix de desenvolupament.

Així mateix, a Nuño (2016) es realitza una valoració de la implementació de l'Estratègia d'atenció a la cronicitat. Es posa de manifest que tots els projectes han complert els seus objectius, amb excepció de la coordinació social i sanitària, a la qual qualifica de "*wicked problem*". S'afegeix que malgrat complir els seus objectius, no tots els projectes poden qualificar-se d'exitosos en termes d'impacte. També s'assenyala que s'aprecien alguns canvis en la cultura d'integració assistencial, tant en l'àmbit clínic com gestor, així com progressos organitzatius dins d'un model d'atenció orientat a la cronicitat. En aquesta línia, es detecta un canvi de vocabulari lligat a l'Estratègia d'atenció a la cronicitat.

Arrieta i Sobremonte (2015) fan una anàlisi de la coordinació entre sistemes. Assenyalen que des de la vessant sanitària s'ha produït una integració intrasistèmica a través de les OSIS. Així mateix, indiquen que s'estan produint actuacions de coordinació a nivell operatiu i de gestió entre els serveis socials i sanitaris (i.e. integració intersistèmica) mitjançant l'elaboració de protocols de coordinació entre els i les professionals de referència de tots dos sistemes que operen en el mateix territori.

Pel que fa a l'impacte econòmic de l'Estratègia, d'acord amb Canal, R. i Vilà, T. (2015), s'ha aconseguit un estalvi de 28 milions d'euros al llarg de l'exercici 2011 gràcies als projectes següents: Osarean (atenció no presencial), història clínica unificada, hospitalització a domicili (suposa un estalvi de 700 euros/persona respecte de l'hospitalització convencional) i hospitals de subaguts (aconsegueixen estalvis de 450 euros/persona).

#### Punts a destacar

- L'Estratègia d'atenció a la cronicitat ha primat la vessant sanitària. L'assegurament de la continuïtat assistencial de les persones amb malalties cròniques es vehicula sobretot a través de la integració de l'atenció primària i especialitzada sanitàries en estructures per coordinar l'atenció assistencial.
- L'enfocament poblacional de l'Estratègia reconeix els determinants socials de la salut que incideixen en les malalties cròniques i crea un marc que inclou la promoció i la prevenció.
- Les TIC han estat un factor clau en el desplegament del model d'atenció a la cronicitat, com a eines per afavorir la continuïtat assistencial.
- L'adopció de la perspectiva d'innovació "de baix a dalt" de l'Estratègia afavoreix l'aparició de projectes, tot i que la seva escalabilitat s'ha vist frenada per barreres burocràtiques.
- S'ha desenvolupat una eina d'avaluació pròpia (IEMAC-ARCHO), amb la qual s'ha dut a terme l'autoavaluació de les OSI en el procés d'implementació dels canvis.
- Paral·lelament a l'Estratègia, es desenvolupa un projecte d'atenció integral i centrat en la persona, que tot i compartir nexes d'unió amb la primera, està dissenyat des d'una secretaria i amb una lògica diferents.

### 4.1.3. MODELS DE GRUP POBLACIONAL O MALALTIA ESPECÍFICA

#### "Cadenes de cura" (Regió de Norrtaelje, Suècia)<sup>5</sup>

##### Justificació

El disseny de les "cadenes de cura" de Norrtaelje respon a una realitat caracteritzada per l'envelliment de la població i la consegüent pressió financera sobre el sistema, així com a la voluntat de millorar la qualitat de l'atenció. En aquest sentit, val a dir que les persones usuàries perceben dèficits de seguretat, continuïtat i coordinació en les actuacions dels diferents proveïdors de serveis socials i sanitaris. Aquests proveïdors, a més a més, partien de diferències relatives als seus sistemes d'organització i gestió i a les seves cultures, tradicions i procediments.

##### Objectiu

<sup>5</sup> Elaboració a partir de Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. i Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven International cas studies*. Londres: The King's Fund; Andersson, M. i Calltorp, J. (2015). The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. Dins d'*International Journal of Integrated Care*, vol. 15 (setembre 2015); i Lara, A., Van Duijn, S., Zonnenveld, N., Minkman, M. i Nies, H. (2016). *Integrated Social Services in Europe*. Brighton: European Social Network.

Promoure i desenvolupar la cooperació vertical i horitzontal amb la finalitat de respondre millor a les necessitats comunes de l'atenció social i sanitària.

### **Població destinatària**

Malgrat que el model es va dissenyar per donar cobertura a tota la població de la regió, la seva implementació s'ha centrat en l'atenció de grups específics de població d'edat avançada, amb una focalització important en el grup de gent gran amb necessitats complexes. L'objectiu és que aquest col·lectiu pugui romandre a la seva llar tot el temps que sigui possible.

### **Intensitat i tipus d'integració**

Integració total de l'atenció social i sanitària, amb la fusió de la direcció, la gestió i la provisió a partir de la creació de nous organismes (*i.e.* Comitè de Govern, administració integrada i empresa pública), amb finançament integrat. La integració s'ha fet en tres etapes: una primera etapa de planificació i preparació entre els anys 2004 i 2005, una segona d'establiment de la macro-estructura l'any 2006 (direcció i gestió) i, finalment una tercera de desenvolupament de la micro-integració (provisió de l'atenció) en el període 2007-2009.

### **Organització**

Cal tenir present que els canvis organitzatius en l'atenció social i sanitària de Norrtaelje només han tingut lloc a una regió i no pas a escala estatal. El Consell regional d'Estocolm –responsable dels serveis de salut– i l'autoritat local de Norrtaelje –responsable de l'atenció social– han format un Comitè de Govern conjunt responsable de l'atenció social i sanitària de la població de Norrtaelje. El Comitè de Govern dirigeix i controla una empresa pública, "TioHundra AB", amb responsabilitats tant de compra com de prestació de l'atenció.

El model també compta amb una administració integrada, "TioHundra", basada en sistemes de finançament i estructures reorganitzades per implementar les directrius polítiques del Comitè, així com per recaptar pagaments de diverses fonts i pagar als proveïdors.

Pel que fa a l'àmbit de la prestació de l'atenció, una qüestió clau del model és que tots els proveïdors públics i privats que vulguin prestar serveis a la població del municipi han d'actuar en el marc d'una cadena integrada de serveis d'atenció domiciliària, atenció sanitària i rehabilitació (és el que es coneix com a "cadena de cura").

### **Descripció**

El plantejament global del model es basa en la salut, la cura i la documentació mèdica integrada, la planificació de l'atenció sanitària, les activitats de rehabilitació, la prevenció i medicació segura, l'atenció domiciliària i l'atenció primària. Això ha implicat la creació d'equips per a propòsits específics i l'establiment de fòrums de reunió, millora i capacitació. El plantejament de Norrtaelje es pot encabir en l'enfocament general de millora de l'atenció utilitzat a Suècia, que implica la implementació de processos per a col·lectius de població o intervencions determinades.

Cal ressaltar que el model se centra en la millora dels processos d'atenció a les persones d'edat avançada amb necessitats complexes. En aquest sentit, els àmbits de l'atenció domiciliària i residencial, així com l'assistència després d'una alta hospitalària, ofereixen exemples de com el model aplica la combinació de millora de processos, creació de nous rols i treball en equip.

En l'àmbit de l'atenció domiciliària i en centres residencials, es crea un procés per a la provisió integrada de serveis sanitaris, socials i de rehabilitació. El seu objectiu és prevenir visites als serveis d'urgències i hospitalitzacions evitables. Hi ha una persona coordinadora de l'atenció, que dona suport a cada persona per moure's entre l'atenció domiciliària, la rehabilitació i l'hospital/atenció primària i contribueix a coordinar les intervencions de diversos professionals.

Així mateix, la persona gestora de l'atenció –un rol formal en el sistema suec– té la facultat delegada de prendre decisions en l'àmbit de l'atenció de persones amb necessitats d'assistència domiciliària i residencial d'acord amb unes pautes elaborades pel municipi de Norrtälje (molts municipis suecs tenen aquestes pautes). Aquestes decisions es poden adaptar en funció de les necessitats i les preferències de les persones usuàries.

Pel que fa a les persones d'edat avançada que estan hospitalitzades, s'elabora un pla d'atenció per assegurar una bona transició des de l'hospital a la llar o centre residencial. Aquest pla es fa a partir dels resultats d'una reunió entre la persona responsable en l'àmbit mèdic, la persona gestora de cas a l'hospital, la gestora de l'atenció i altres professionals implicats en els anomenats “punts de trobada”. La planificació es fa conjuntament amb la persona atesa i els seus familiars. Cal ressaltar que a l'hospital hi ha dues persones per departament responsables de la planificació de l'atenció, la qual cosa ha implicat un canvi en la manera de treballar dels departaments. Juntament amb això, un equip o persona és responsable de la implementació dels plans de seguiment.

També s'han fet esforços per millorar els processos d'informació i comunicació entre l'hospital i l'atenció primària, així com entre l'atenció primària i la domiciliària. Així mateix, s'han fet trobades amb persones gestores i professionals d'organitzacions diverses per dissenyar rutines que assegurin el flux d'informació i la continuïtat de l'atenció entre els diferents proveïdors.

### **Barreres i facilitadors**

D'una banda, alguns aspectes estructurals i contextuals han obstaculitzat la integració durant molt de temps. En aquest sentit, cal fer referència a les diferències arrelades entre els serveis socials i sanitaris (de tipus cultural, professional i normatiu i en la manera de treballar i comunicar-se), així com a les traves normatives per accedir a les dades intersectorials. Amb el projecte ja en marxa, un altre aspecte que ha dificultat la integració han estat els canvis normatius duts a terme a escala estatal, afavorint l'entrada de nous actors al sistema alhora que els existents tractaven de buscar vies d'integració.

D'altra banda, diversos factors han contribuït a l'èxit del model. En primer lloc, l'amenaça de tancament de l'hospital de Norrtälje per qüestions financeres va activar un esperit de compromís compartit i de col·laboració en la comunitat que permet i impulsa el canvi (“esperit de Norrtälje”). En segon lloc, des del seu inici, el projecte ha gaudit d'un lideratge fort i compromès amb la integració, amb una visió compartida que ha facilitat treballar per unir les diferents activitats, considerant l'empresa com un sol actor.

### **Resultats i avaluació**

Tot i que el procés per passar de la planificació a la implementació clínica ha estat lent i encara està en evolució, el model de Norrtälje ha canviat la manera de proporcionar l'atenció i ha augmentat la seva qualitat. El canvi s'ha dut a terme amb el pressupost existent i no ha implicat fons nous. Amb la implementació del model, s'ha millorat la posició de la regió de Norrtälje en alguns indicadors clau de rendiment respecte d'altres regions del país.

Més concretament, els i les professionals han percebut un augment de la informació i la comunicació. També s'ha apreciat un accés a l'atenció més fàcil i ràpid, així com una reducció de les entrades de la gent a gran a centres residencials. Finalment, s'han observat uns costos més baixos per persona usuària en l'atenció domiciliària si es compara l'àrea de Norrtälje amb municipis de característiques similars.

### **Punts a destacar**

- El model suposa la integració completa de l'atenció social i sanitària, amb la fusió de la direcció, la gestió i la provisió de l'atenció i amb finançament integrat.
- Destaca la implicació de la comunitat i dels i les professionals.
- Una qüestió clau per a l'èxit del model ha estat la visió compartida i el compromís i implicació de l'equip gestor en el projecte, amb una estructura organitzativa plana.
- El sistema es basa en les anomenades “cadena d'atenció” i no pas en l'existència d'un únic punt d'accés des del qual es fan remissions a diverses activitats d'atenció.

- Es dona rellevància a la planificació de l'atenció, amb la participació de la persona atesa i la seva família.
- Es dona importància als equips multidisciplinaris i als punts de trobada per compartir informació i planificar conjuntament l'atenció.
- Apareixen nous rols professionals amb funcions de coordinació de l'atenció, de gestió de l'atenció i de gestió del cas.

### “Gestió de xarxes clíniques” (Escòcia)<sup>6</sup>

#### Justificació

Un factor clau que ha motivat la integració ha estat l'increment projectat de la demanda d'atenció social i sanitària com a conseqüència de l'envelliment de la població.

#### Objectiu

Proporcionar atenció social i sanitària integrada al voltant de les necessitats de les persones, dels seus cuidadors i cuidadores i de les seves famílies. Per aconseguir aquest objectiu, el que es pretén és: a) millorar la qualitat i la continuïtat de l'atenció, b) prestar una atenció de tipus més comunitari a fi que les persones romanguin a la seva llar o en un ambient “casolà” i c) assegurar que els recursos s'utilitzin de manera més eficaç i eficient. En aquest sentit, un dels objectius concrets del canvi de model és reduir les hospitalitzacions innecessàries, així com les altes hospitalàries ajornades.

#### Població destinatària

Persones amb necessitats d'atenció a llarg termini i freqüentment complexes, moltes de les quals són d'edat avançada.

#### Intensitat i tipus d'integració

Fusió en l'àmbit polític, organitzatiu i de finançament. Coordinació en la prestació de l'atenció.

#### Organització

L'organització operativa del model s'estableix a escala nacional a través de la Llei de corporacions públiques d'Escòcia (2014). La seva implementació es fa a escala local, on es gaudeix d'una flexibilitat elevada en la concreció de diversos aspectes.

La llei esmentada requereix a les entitats locals i als Consells Territorials de Salut (*NHS boards*) que integrin en una estructura de partenariat (o “autoritat d'integració”) els següents elements: la governança, la planificació i el pressupost de l'atenció social; l'atenció primària de salut; i alguns serveis hospitalaris (*i.e.* serveis d'emergències i accidents, medicina general, rehabilitació mèdica, medicina respiratòria, psiquiatria de la dificultat d'aprenentatge, cures palliatives, serveis d'addiccions i de dependències a substàncies i serveis de malaltia mental). Aquests elements es refereixen exclusivament a l'atenció de les persones adultes. Tanmateix, es preveu que els partenariats puguin integrar altres àrees, com ara l'atenció social i sanitària de la infància i el treball social en el marc de la justícia penal.

En base a l'anterior, s'han creat 32 partenariats, el territori dels quals està dividit en dues o més localitats, amb un paper important en la planificació i decisió sobre la implementació dels canvis a escala local. Alhora, les autoritats d'integració tenen una direcció-gerència única i la seva composició inclou membres amb dret a vot (que provenen dels Consells Territorials de Salut i de les entitats locals, en condició de paritat) i membres sense dret a vot (entre d'altres, la direcció-gerència, una representació de les persones usuàries i cuidadores i del sector voluntari, una professional de la infermeria i dues de la medicina). Cal ressaltar que aquests organismes no contracten personal de forma directa.

<sup>6</sup> Elaborat a partir de Taylor, A. (2014). Integrating adult health and social care in Scotland. Dins d'*International Journal of Integrated Care*, vol. 14 (octubre de 2014); Burgess, L. (2016). *Integration of Health and Social Care*. Edinburg: Parlament d'Escòcia; Auditoria d'Escòcia (2015). *Health and social care Integration*. Edinburg: Auditoria d'Escòcia; Govern d'Escòcia (2016). *Strategic Commissioning Plans. An overview of strategic commissioning plans produced by Integration Authorities for 2016-2019*. Edinburg: Govern d'Escòcia; Bate, A. (2017). *Health and Social Care Integration*. Londres: Parlament del Regne Unit; i Govern d'Escòcia (2018). <https://www2.gov.scot/Topics/Health/Policy/Health-Social-Care-Integration>. Consulta feta el 31.01.2018.

Pel que fa al finançament de les funcions integrades, malgrat que els recursos provenen dels ens locals i dels Consells Territorials de Salut, les autoritats d'integració tenen el poder (delegat) de decidir sobre el destí de la despesa. A partir de l'1 d'abril del 2016, aquests organismes tenen la responsabilitat sobre 8 milions de lliures de pressupost anual, els quals representen a l'entorn de dues terceres parts de la despesa d'Escòcia en salut i atenció social (Auditoria d'Escòcia, 2015).

Les autoritats d'integració són responsables davant els ministeris escocesos, les autoritats locals, els Consells Territorials de Salut i la ciutadania d'obtenir els resultats establerts mitjançant la integració de l'atenció social i sanitària.

Per tant, el model d'integració d'Escòcia crea un sistema únic de comissió conjunta (governança i planificació) de l'atenció social i sanitària a través de les autoritats d'integració, amb pressupostos integrats.

### Descripció

Les autoritats d'integració són les que planifiquen la prestació dels serveis mitjançant plans estratègics, amb la utilització de pressupostos integrats que estan sota el seu control. Cada autoritat ha d'establir un grup de planificació estratègica per desenvolupar i revisar el pla. Aquest grup ha d'incloure les persones usuàries, les cuidadores, les professionals, el tercer sector social i el sector independent, el qual inclou tant empreses privades amb ànim de lucre com associacions i altres entitats sense ànim de lucre.

Tots els plans estratègics per al període 2016-2019 han estat aprovats l'abril del 2016. Així mateix, el procés de planificació continua amb el desenvolupament de plans operatius detallats i pressupostats, per tal de dur a terme les prioritats d'actuació identificades en els plans estratègics.

Pel que fa als plans estratègics per al període 2016-2019, el Govern d'Escòcia (2016) ha fet una revisió i anàlisi dels seus continguts. En primer lloc, es destaca que els plans identifiquen freqüentment una sèrie de prioritats estratègiques: treballar conjuntament amb la comunitat local, reduir els ingressos hospitalaris evitables, donar suport a les persones cuidadores, fomentar la prevenció i intervenció primerenca, promocionar estils de vida saludables, fomentar l'autogestió i la independència, desenvolupar l'atenció primària i comunitària, establir models integrats d'atenció i punts d'entrada únics als serveis.

En segon lloc, s'assenyala que tots els plans identifiquen els metges i metgesses de família i l'atenció primària com un component clau en la integració de l'atenció social i sanitària, atès que és el lloc on es produeixen la majoria de contactes amb les persones usuàries. Alguns plans identifiquen el tipus de suport dels partenariats per millorar l'atenció primària, inclosa la millora dels vincles amb l'atenció d'aguts, la introducció de llits alternatius a l'ingrés hospitalari,<sup>7</sup> així com el desenvolupament de vincles més forts amb la comunitat i la millora de l'accés a diversos serveis i suports de la comunitat.

Així mateix, el vincle entre l'atenció primària i l'atenció social i els serveis comunitaris apareix en una sèrie de plans. En molts partenariats s'han establert o es preveuen establir nodes al voltant del metge o metgessa de família, o mitjançant altres fórmules en funció de l'organització de l'atenció primària a cada territori. El desenvolupament d'equips multidisciplinaris es concep com a crucial per transformar els serveis d'atenció primària en entorns integrats. Es preveu que els metges i metgesses de família esdevinguin experts generalistes en atenció complexa i que se centrin en la qualitat i el lideratge.

En aquest sentit, cal ressaltar que l'Estratègia Clínica del Govern d'Escòcia (2016) dóna suport als objectius i resultats previstos a través de la integració social i sanitària. L'Estratègia també estableix la intenció de millorar la capacitat de l'atenció primària, amb la participació de més professionals que treballin de forma col·laborativa en *clústers* amb el sector de l'atenció social i el tercer sector.

Pel que fa a l'atenció d'aguts, alguns plans assenyalen que cal millorar la interacció entre la comunitat i l'hospital per tal de centrar l'atenció hospitalària en aquelles persones que més la necessiten i que en

<sup>7</sup> Els anomenats *step up/step down beds* ofereixen una alternativa a l'ingrés hospitalari o a una alta hospitalària anticipada quan la persona usuària encara no pot rebre suport domiciliari, però no està tan malament com per estar a l'hospital. Els centres residencials (*care homes*) han assumit aquestes funcions.

poden treure més profit. Així, prevenir les admissions hospitalàries innecessàries i agilitar les altes quan siguin oportunes són prioritats de molts partenariats. Per al seu assoliment, els plans emfasitzen la prevenció i la intervenció primerenca, juntament amb la inversió en l'atenció intermèdia com aspectes clau, malgrat que molts d'aquests plans no quantifiquen els seus costos.

Una altra qüestió a ressaltar és que la majoria de partenariats han creat o preveuen desenvolupar equips multidisciplinaris, lligats a les prioritats identificades en el pla estratègic, amb l'objectiu de donar una atenció adequada i continuada.

Així mateix, alguns plans mencionen que estan desenvolupant una estratègia relativa a la força de treball. Altrament, el desenvolupament de formació integrada intersectorial o intraprofessional és encara incipient en la majoria dels partenariats.

Finalment, es posa de manifest que en molts plans no es considera l'impacte financer que implica la remodelació de serveis i que no sempre queda clar el mètode de presa de decisions sobre assignació de recursos per assolir les prioritats estratègiques identificades en el propi pla.

### **Barreres i facilitadors**

Auditoria d'Escòcia (2015) posa de manifest que hi ha un suport generalitzat a la política d'integració de l'atenció social i sanitària, però mostra la seva preocupació pel que fa a la seva posada en pràctica.

Així, el consens polític i social s'ha reflectit en la cobertura legal de la reforma amb l'aprovació l'any 2014 de la Llei de corporacions públiques d'Escòcia. Entre els elements que acompanyen la reforma, es pot destacar el Mapa de ruta 2020 (elaborat el 2013), el qual incorpora un element important d'implicació i capacitat de la força laboral. Així mateix, cal ressaltar que per ajudar a establir el nou model d'integració, el Govern escocès ha proporcionat suport financer, sobretot a través de l'anomenat Fons per a la integració social.

Pel que fa a la posada en pràctica del nou model, s'identifiquen alguns reptes importants derivats de: a) les diferències en les cultures organitzatives i els bagatges professionals, tant dels membres dels partenariats com dels i les professionals; b) les reticències dels Consells Territorials de Salut i les entitats locals a cedir espai a les noves autoritats d'integració per conflicte d'interessos (i que es tradueixen en retards per arribar a acords en el pressupost integrat, dilució de responsabilitats, etc.); c) els recursos, les habilitats i l'experiència necessàries del personal per prestar una atenció més centrada en la comunitat; d) el grau d'implicació i el temps de que disposen els metges i metgesses de família de cara a la contribució al canvi de model. Cal tenir present que els metges i metgesses de família tenen un paper clau en les derivacions i en l'enllaç amb altres serveis socials i sanitaris.

### **Avaluació i resultats**

El procés d'integració a Escòcia s'avalua en base al grau d'assoliment de resultats en diverses àrees definides a la Llei de corporacions públiques d'Escòcia (2014): vida més saludable, vida independent a la llar o en la comunitat, experiències i resultats positius, reducció de les desigualtats en salut, atenció a la persona cuidadora, seguretat i dignitat, suport a la força laboral i utilització eficaç i eficient dels recursos. Cada autoritat d'integració ha d'elaborar un informe anual per mesurar el seu progrés a partir de 23 indicadors de resultats. Els primers informes de les autoritats d'integració fan referència al període 2016-2017.

Pel que fa a l'impacte econòmic, en la Memòria financera de la Llei de corporacions públiques es preveu que la integració de l'atenció social i sanitària pugui donar lloc a una eficiència pressupostària de 138 a 157 milions de lliures. Aquest resultat vindria motivat per la reducció dels retards en les altes hospitalàries i en les admissions hospitalàries no planificades, així com per la disminució de les divergències en l'actuació entre diferents autoritats d'integració incloses en l'àrea d'un Consell Territorial de Salut. Auditoria d'Escòcia (2015) ha posat de manifest que no està clar si aquests estalvis previstos s'invertiran en una atenció més preventiva i basada en la comunitat o com el Govern monitoritzarà i informarà sobre l'avenç en els estalvis.



El Govern d'Escòcia ha donat suport al procés d'integració amb la provisió de més de 500 milions de lliures de 2015/16 a 2017/18 per ajudar els partenariats a desenvolupar noves formes de treballar, enfocades en la prevenció i la intervenció primerenca per tal de reduir costos a llarg termini. Aquesta provisió no és directament per donar suport a la integració, sinó per donar continuïtat a iniciatives de millora dels serveis que ja estaven en marxa i es desglossa en les partides següents (Auditoria d'Escòcia, 2015): a) 300 milions de lliures en un fons d'atenció integrada per ajudar els partenariats a assolir els objectius sobre salut i benestar establerts pel Govern d'Escòcia i avançar cap a l'atenció preventiva; b) 100 milions de lliures per reduir les altes hospitalàries retardades; c) 30 milions de lliures per telesalut; d) 60 milions de lliures per la millora de l'atenció primària; i e) 51,5 milions de lliures destinats a un fons d'atenció social.

#### Punts a destacar

- La integració de l'atenció social i sanitària disposa de cobertura legal, amb una Llei del Parlament d'Escòcia.
- La implementació del model està descentralitzada en el territori.
- Es creen nous organismes de base territorial per a la governança i la planificació conjunta de l'atenció social i sanitària, amb pressupostos integrats.
- El model cerca prestar una atenció més de tipus comunitari, a fi que les persones romanguin a la seva llar o en un ambient "casolà".
- Els metges de família i l'atenció primària s'identifiquen com un component clau en la integració de l'atenció social i sanitària.
- S'emfasitza la prevenció i la intervenció primerenca.
- L'atenció hospitalària s'ha de centrar en les persones que més la necessiten i que en poden treure més profit.
- S'estableix un sistema d'avaluació a través d'indicadors consensuats en relació amb l'assoliment d'uns resultats en l'àmbit de l'atenció integrada social i sanitària.
- La reforma ha generat costos importants. No obstant això, es preveu que el canvi generi estalvis a mitjà i llarg termini a partir de la reducció dels costos unitaris de l'atenció.

#### 4.1.4. MODELS INDIVIDUALS D'ATENCIÓ INTEGRADA

L'OMS (2016) identifica els models individuals d'atenció integrada següents: la gestió de casos, els plans d'atenció individuals, la llar mèdica centrada en la persona (en atenció primària) i el pressupost personal de salut. Tanmateix, aquests models també es poden interpretar com a combinacions d'eines i estratègies orientades a articular la integració de l'atenció social i sanitària, tal com s'explica en l'apartat 3.2. de l'informe.

L'anàlisi del programa següent com a model individual d'atenció integrada es justifica perquè un dels seus trets distintius és que es comprova individualment que les persones compleixin uns requisits d'accés i, una vegada seleccionades, se'ls proporciona atenció a partir de la gestió del seu cas.

#### **"Connexions de cura" (Te Whiringa Ora) (Eastern Bay of Plenty, Nova Zelanda)<sup>8</sup>**

##### Justificació

El programa *Te Whiringa Ora* sorgeix l'any 2011 com a resposta a la crida del Govern de Nova Zelanda a desenvolupar programes d'atenció primària integrada en l'àmbit de la salut per crear serveis millors, més ràpids i més convenients ("*Better, Sooner, More Convenient*") a Eastern Bay of Plenty. Es tracta d'una "regió bicultural" amb nivells elevats d'atur i privació on el 48% de la població és maorí (la mitjana del país és del 14%). La política estatal que promou aquest tipus de serveis pretén crear un entorn en què

<sup>8</sup> Elaborat a partir de Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. i Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven International cas estudis*. Londres: The King's Fund; i Carswell, P. (2015). *Te Whiringa Ora: person-centred and integrated care in the Eastern Bay of Plenty, New Zealand*. Dins d'*International Journal of Integrated Care*, vol. 15 (setembre 2015).

els i les professionals de la salut comunitària treballin conjuntament entre si i amb el personal clínic hospitalari per tal d'oferir una atenció sanitària coordinada.

### Objectiu

L'objectiu del programa és proporcionar una atenció coordinada, fluïda i holística (*i.e.* que atengui les necessitats clíniques, socials i culturals) centrada en la persona, particularment en situacions de cronicitat elevada, així com incrementar el nombre de serveis a la comunitat, reduir els temps d'espera i millorar l'estat de salut de la població.

### Població destinatària

Les persones que entren al programa són aquelles prèviament identificades pels metges i metgesses de família, el personal de l'hospital, els proveïdors del servei de salut, el personal d'infermeria dels districtes, etc. Les persones elegibles han de tenir una malaltia crònica (anteriorment només es considerava la malaltia respiratòria crònica) i han d'utilitzar el servei d'urgències hospitalàries d'una manera freqüent. Tot i que inicialment el programa s'aplica a la regió d'Eastern Bay of Plenty, la idea del Govern és estendre'l més endavant a tot el país en funció dels resultats

### Intensitat i tipus d'integració

Integració de la prestació de l'atenció i coordinació entre diversos proveïdors.

### Organització

*Te Whiringa Ora* és un programa de l'empresa privada *Healthcare of New Zealand* (el proveïdor més gran d'atenció de la salut i la discapacitat de Nova Zelanda), el qual està finançat per l'Aliança d'atenció primària de salut d'Eastern Bay of Plenty (en endavant, l'Aliança), que prové de la fusió de tres organitzacions d'atenció primària de salut. L'empresa privada ha fet el disseny i la implementació del programa a través de contracte amb l'Aliança. A banda, altres entitats també participen en la prestació de l'atenció.

L'equip de govern del programa està format per membres amb experiència en l'àmbit clínic i de gestió provinents de l'Aliança, de l'empresa privada i del Comitè de salut del districte. Cal assenyalar que aquest últim organisme és responsable de planificar i finançar tots els serveis de salut de la seva zona i que, per tant, representa els interessos de l'hospital d'aguts en l'equip de govern del programa.

La integració de l'activitat de totes les entitats que participen en la prestació de l'atenció és clau i s'aconsegueix a través de dos instruments tecnològics: en primer lloc, una plataforma compartida que permet la interacció dels i les professionals i, en segon lloc, el monitoratge de la salut. Addicionalment, el programa disposa d'un pressupost integrat a través de l'agrupació de diverses fonts de finançament.

### Descripció

*Te Whiringa Ora* és un programa d'atenció integrada i comunitària que facilita l'atenció interdisciplinària per tal de proveir una xarxa de cures al voltant de les persones beneficiàries i de les seves famílies (*whanau*). Funciona a través dels metges i metgesses de família, l'hospital, els proveïdors de serveis de la comunitat i els proveïdors *iwi* (*i.e.* agrupacions importants a Nova Zelanda amb responsabilitat d'oferir una sèrie de serveis sanitaris, socials i educatius).

La majoria de les persones que arriben al programa venen derivades dels metges de família (el 62%). Si la persona està d'acord en participar-hi, l'Oficina del programa és l'organisme que finalment decideix si compleix els requisits d'accés en base a uns criteris determinats.

El programa proporciona una gestió de cas basada en una avaluació de necessitats, seguida d'un seguiment per garantir la continuïtat assistencial entre les diferents prestacions. Més concretament, els seus elements centrals inclouen els aspectes següents: a) avaluació de necessitats, b) visites domiciliàries de la persona gestora del cas (*i.e.* personal d'infermeria que proporciona coneixements i habilitats clíniques) i del *kaitautoko* (*i.e.* membre de la comunitat que se centra en els aspectes socials i culturals que poden influir en el procés de curació i en la salut en general), c) monitorització telefònica, d) suport per a l'auto-gestió, e) derivació a altres serveis de tipus social, comunitari o sanitari, f) pla d'atenció compartit i g)

monitorització de la salut per via telemàtica, de manera que el personal clínic i la pròpia persona atesa poden detectar signes d'un episodi agut.

Un element important del model és que la persona atesa i la seva família (*whanau*) estan implicats com a *partners* en tots els aspectes de l'atenció: tant en l'avaluació de necessitats i en la determinació dels resultats de salut que es volen assolir, com en l'elaboració posterior del pla d'atenció. El model situa aquesta implicació de la persona i la seva família com una garantia de l'assoliment dels objectius fixats.

Cal assenyalar finalment que el model adopta una visió holística: el seu enfocament engloba aspectes sanitaris, socials i culturals, així com els determinants de la salut.

### **Barreres i facilitadors**

Pel que fa als factors sistèmics i contextuals, cal fer referència a dues polítiques estatals que han contribuït a l'impacte del programa i han esdevingut tant elements facilitadors com barreres per al seu desenvolupament.

En primer lloc, la política anomenada "*Better, Sooner, More Convenient*", preveu, entre d'altres qüestions, més flexibilitat en els fluxos de finançament per al desenvolupament d'iniciatives d'atenció integrada arreu del país. No obstant això, el fet que es determinin uns resultats en la utilització dels recursos sanitaris (com ara l'hospital) pot condicionar la facultat de decisió dels i les professionals.

En segon lloc, la política anomenada "*Whanau Ora*" promou i finança el treball de les agències amb la família/*whanau* per tal d'identificar i ajudar a assolir els seus objectius, els quals poden no coincidir amb els interessos en el curt termini de l'entitat que finança el programa *Te Whiringa Ora*. En aquest sentit, cal posar de manifest que la salut pot no ser l'objectiu immediat de la família/*whanau*, sinó altres prioritats com l'habitatge o l'ocupació.

Altrament, cal esmentar dos factors contextuals que actuen com a facilitadors: en primer lloc, la bona relació que ha existit històricament entre les entitats que constitueixen el partenariat del programa i, especialment, entre les tres organitzacions d'atenció primària de salut. En segon lloc, el suport de la junta sanitària del districte al programa, atesa la pressió que havia estat suportant el servei hospitalari, i que el programa té la potencialitat de disminuir.

Així mateix, un element més directament relacionat amb el programa i que afavoreix el seu desenvolupament és la construcció prèvia del compromís i suport del personal hospitalari i dels metges i metgesses de família al projecte. Un altre factor important per a l'èxit del programa ha estat la selecció i formació de personal clau, especialment el *kaitaukoko*.

D'altra banda, hi ha una sèrie de factors que poden ser considerats barreres. En l'àmbit del context, cal fer esment d'una població amb altes necessitats i dispersada geogràficament, així com uns serveis sotmesos a una pressió assistencial molt elevada.

Així mateix, hi ha elements relacionats amb la implementació del programa que també han actuat com a barreres: en primer lloc, el compromís de les persones participants i dels i les professionals no ha estat el desitjable degut a que: a) en ambdós casos s'ha reaccionat amb por davant la possibilitat de perdre alguns serveis, b) els i les professionals s'han mostrat escèptics davant d'un programa que pot prioritzar altres esferes que no siguin únicament la sanitària en base a l'atenció centrada en la persona i c) s'ha hagut de generar confiança entre els metges i metgesses de família i l'equip del programa, la qual cosa s'ha hagut de treballar prèviament a l'aplicació del programa, tal com s'ha esmentat anteriorment com a factor facilitador.

Altres reptes de la implementació del programa han estat els relacionats amb el procés d'identificació de les persones destinatàries i amb els temps que han de dedicar els i les professionals a activitats de

formació, aplicació d'eines d'avaluació de necessitats, construcció de relacions, confirmació de rols i responsabilitats, etc. sumat a l'atenció de la població seleccionada pel programa.

### **Avaluació i resultats**

El programa disposa d'un gran nombre d'indicadors quantitatius i qualitius per mesurar el seu rendiment, atès que el Govern de Nova Zelanda pretén estendre'l a tot el país en funció dels resultats. Les avaluacions fetes sis mesos després de la posada en marxa del programa l'any 2011 i la corresponent al 2012 constaten: a) la disminució dels ingressos hospitalaris i l'augment del temps entre hospitalitzacions de la població que participa en el programa i b) l'opinió favorable dels i les professionals de la salut, amb algunes reserves.

Així mateix, King, Appleton-Dyer, Field i Hanham (2014, citat a Carswell, 2015) duen a terme una avaluació econòmica del programa l'any 2014, la qual estima que l'estalvi en cinc anys per una comunitat de 50.000 persones és de 6,8 milions NZ\$. Aquesta estimació ve donada per la previsió de reducció de costos sobretot en termes d'ingressos hospitalaris en comparació amb la predicció d'augment de costos d'altres localitats similars que no disposen dels serveis de *Te Whiringa Ora*. Aquesta avaluació també proporciona evidència sobre l'augment de la qualitat de l'atenció, així com sobre la millora de la salut i de l'equitat.

Finalment, cal afegir que la plataforma compartida per integrar la prestació de l'atenció en l'àmbit del programa no ha tingut els resultats esperats en termes d'utilització, atès que ha estat vista com un recurs addicional en un entorn en què cada professional té el seu propi sistema de recollida de dades clíniques. A més, el sistema emprat per la plataforma no és compatible amb el que utilitzen els metges i metgesses de família i no permet la comunicació entre plataformes. Un últim punt que tampoc ha afavorit l'ús de la plataforma és que només està disponible mentre que la persona està en el programa.

### **Punts a destacar**

- El programa el dissenya i implementa una empresa a través del contracte amb una entitat pública, que és la que aporta el finançament.
- Destaca el grau elevat d'implicació de la persona atesa i la seva família, que el propi model situa com a qüestió clau per aconseguir els objectius d'atenció fixats, els quals s'estableixen amb la participació de la persona atesa i la seva família.
- Es seleccionen i formen nous perfils professionals, particularment el *kaitautoko*
- Es duu a terme un treball previ amb el personal clínic per aconseguir la seva confiança i compromís amb el programa.
- El programa va més enllà dels models que prioritzen l'esfera clínica amb la finalitat d'obtenir resultats entre determinats col·lectius de població.
- L'ús de la tecnologia és un altre element clau del programa.

TAULA 3. Comparativa de les característiques principals d'algunes experiències d'atenció integrada segons model

Models	Models de base poblacional		Models de grup poblacional o malaltia específica		Models individuals
Nom	Kaiser Permanente (EUA)	Estratègia d'atenció a la cronicitat (Euskadi)	"Cadenes de cura" (Norrtälje, Suècia)	"Gestió de xarxes clíniques" (Escòcia)	"Te Whiringa Ora" (Eastern Bay of Plenty, Nova Zelanda)
<b>Descripció general</b>	Prestació integrada de l'atenció sanitària primària i especialitzada a la població atesa per KP, en funció dels seus riscos i necessitats	Sistema d'atenció integrada a la cronicitat a partir de la integració de l'atenció sanitària primària i especialitzada i la coordinació a nivell operatiu i de gestió entre els àmbits social i sanitari	Fusió de l'atenció social i sanitària a partir de la creació d'organismes nous. Una empresa pública té responsabilitats en la compra i prestació de l'atenció	Governança i gestió integrada de l'atenció social i sanitària en el territori. Creació de partenariats territorials que gestionen xarxes clíniques	Servei d'atenció integrada social i sanitària basat en la comunitat. El servei coordina l'atenció a persones amb malalties cròniques mitjançant la gestió del cas
<b>Justificació</b>	Increment de la cronicitat	Increment de la cronicitat	Envelliment de la població	Increment de la cronicitat	Resposta al programa estatal de promoció de l'atenció sanitària en la comunitat i a l'increment de la cronicitat en contextos "biculturals" amb nivells de privació elevats
<b>Objectiu</b>	Proveir atenció sanitària d'alta qualitat i millorar l'estat de salut de la població atesa per KP	Transformar el model de provisió sanitària cap a l'atenció integrada de la cronicitat, amb la persona com a centre	Respondre a les necessitats comunes de l'atenció social i sanitària	Proporcionar atenció integrada social i sanitària al voltant de les necessitats de les persones	Proveir una atenció integrada comunitària centrada en la persona
<b>Població destinatària</b>	Tota la població a la qual KP dona atenció, estratificada piramidalment en funció de riscos i necessitats	Tota la població, estratificada piramidalment en funció de riscos i necessitats	Grups específics de població d'edat avançada, amb focalització en gent gran amb necessitats complexes	Persones amb necessitats d'atenció a llarg termini i freqüentment complexes	Persones seleccionades individualment d'entre les que pateixen una malaltia crònica i utilitzen freqüentment el servei d'urgències hospitalàries

CONSELL DE TREBALL, ECONÒMIC I SOCIAL DE CATALUNYA

Models	Models de base poblacional		Models de grup poblacional o malaltia específica		Models individuals
Nom	Kaiser Permanente (EUA)	Estratègia d'atenció a la crocitatat (Euskadi)	"Cadenes de cura" (Norrtälje, Suècia)	"Gestió de xarxes clíniques" (Escòcia)	"Te Whiringa Ora" (Eastern Bay of Plenty, Nova Zelanda)
<b>Organització</b>	Partenariat de tres entitats que cooperen en l'organització, finançament i prestació de l'assistència mèdica	Creació de les Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI): estructures d'integració vertical en l'àmbit sanitari	Creació de nous organismes que fusionen la direcció, gestió i provisió de l'atenció social i sanitària (Comitè de Govern, administració integrada i empresa pública)	Integració en una estructura de partenariat a escala local de la governança, la planificació i el pressupost de l'atenció social, l'atenció primària de salut i alguns serveis hospitalaris	L'Aliança d'atenció primària de salut de la regió (organisme públic) finança el programa, el qual està dissenyat i implementat per l'empresa privada <i>Health Care of New Zealand</i>
<b>Descripció: Instruments</b>	Instruments diferenciats sobre cada segment poblacional: activitats preventives i de promoció de la salut, suport per a l'autocura, gestió de cures i gestió de casos	D'una banda, iniciatives d'integració vertical estructural (OSI) i, de l'altra, processos assistencials integrats. Desenvolupament de la història clínica unificada, de l'atenció no presencial i la telemonitorització (Osarean). Projectes "de baix a dalt"	Combinació de millora de processos, creació de nous rols professionals (amb funcions de coordinació de la gestió, gestió de l'atenció i gestió de casos) i treball en equip (equips multidisciplinaris i punts de trobada)	Reforç dels vincles entre l'atenció primària, l'atenció d'aguts, la comunitat i l'atenció social. Molts partenariats han establert o preveuen establir nodes al voltant dels metges i metgesses de família o de l'atenció primària. Enfortiment de la prevenció i la intervenció primerenca, així com de l'atenció intermèdia, per evitar ingressos hospitalaris.	Gestió de casOs basada en l'avaluació de necessitats amb participació de la persona atesa i la seva família. Visites domiciliàries. Monitorització de la salut per via telemàtica. Suport per a l'autogestió. Derivació a altres serveis socials, comunitaris o sanitaris.
<b>Barreres</b>	Entorn d'assistència sanitària atomitzada: nombre elevat d'asseguradores privades, a més dels plans federals Medicare i Medicaid, i nombre elevat de proveïdors habitualment no integrats verticalment	Oposició política i resistència o passivitat de grups d'interès rellevants de l'atenció primària	Diferències entre serveis socials i sanitaris (culturals, professionals, etc.). Traves normatives per accedir a dades intersectorials. Canvis normatius estatals que afavoreixen l'entrada de nous actors al sistema	Diferències organitzatives i de bagatge professional. Reticències a cedir espai a les noves estructures de partenariat. Mancances relatives als recursos, les habilitats i l'experiència del personal. Temps disponible dels metges i metgesses de família en relació amb el grau d'impliació requerit	Manca de compromís d'algunes persones participants i professionals. Sobrecàrrega dels i les professionals derivada de l'atenció assistencial amb la dedicació de temps a activitats formatives, aplicació d'eines d'avaluació, establiment de relacions, etc.

## INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA

Models	Models de base poblacional		Models de grup poblacional o malaltia específica		Models individuals
Nom	Kaiser Permanente (EUA)	Estratègia d'atenció a la cronicitat (Euskadi)	"Cadenes de cura" (Norrtälje, Suècia)	"Gestió de xarxes clíniques" (Escòcia)	"Te Whiringa Ora" (Eastern Bay of Plenty, Nova Zelanda)
<b>Facilitadors</b>	Desenvolupament de sistemes TIC i compromís del personal mèdic	Marc normatiu suficient per fer reformes en els àmbits social i sanitari	L'amenaça de tancament de l'hospital de la regió motiva el canvi ("l'esperit de Norrtälje"). Lideratge fort i compromès amb la integració, amb una visió compartida	Consens polític i social reflectit en la cobertura legal de la reforma. Suport financer	La política <i>Better, Sooner, More Convenient</i> (preveu flexibilitat en els fluxos de finançament) i la política <i>Whanau Ora</i> (promou el treball amb la família). Bona relació entre les entitats del parteneriat del programa. Construcció prèvia del compromís del personal clínic. Selecció i formació de personal clau ( <i>kaitaukoko</i> )
<b>Resultats</b>	Freqüentació baixa d'hospitals d'aguts. Esperes curtes en atenció primària i comunitària. Resultats de salut molt superiors a la mitjana dels EUA i Califòrnia	Integració intrasistèmica a través de les OSI (àmbit sanitària). Apreciació de canvis en la cultura d'integració assistencial i d'una progressió organitzativa dins d'un model d'atenció orientat a la cronicitat	Percepció per part dels i les professionals d'un augment de la informació i comunicació. Accés a l'atenció més fàcil i ràpid. Reducció de l'accés a centres residencials. Costos més baixos per persona usuària en atenció domiciliària	Desenvolupament d'un sistema d'indicadors per mesurar el progrés de la reforma. Es preveu una eficiència pressupostària d'entre 138 a 157 milions de lliures, motivada per la reducció dels retards en les altes hospitalàries i en les admissions hospitalàries no planificades, entre d'altres coses.	Disminució dels ingressos hospitalaris i augment del temps entre hospitalitzacions. Opinió favorable dels professionals de la salut, amb algunes reserves. Estimació d'un estalvi en cinc anys de 6,8 milions de NZ\$ per previsió de reducció de costos relacionats amb els ingressos hospitalaris

Font: elaboració pròpia.



## 4.2. EL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

En aquest apartat s'explica quines són les característiques principals que defineixen el model teòric d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Tenint en compte que una part important del model encara està pendent de desenvolupar-se a la pràctica, s'ha optat per prioritzar l'anàlisi i buidatge d'alguns dels documents oficials que estaven publicats en el moment d'elaboració d'aquest informe i que parlen de l'atenció integrada, l'atenció centrada en la persona i l'atenció de les necessitats complexes (vegeu bibliografia).

### 4.2.1. EL PLA INTERDEPARTAMENTAL D'ATENCIÓ I INTERACCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA (PIAISS)

El Pla de Govern 2013-2016 (Generalitat de Catalunya, 2013) va fer palès que el model d'atenció assistencial s'havia d'adaptar a les necessitats socials i sanitàries de la població. En aquest full de ruta, el Govern es compromet a promoure l'encaix entre els serveis socials i sanitaris i preveu la definició d'un nou model de serveis "en xarxa" centrat en la persona que garanteixi el continu assistencial i l'ús eficient dels recursos.

L'Acord de Govern de 3 de setembre de 2013 crea el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials, fet que s'entén com una "oportunitat per enfocar un canvi de paradigma i model de relació" entre els serveis socials i els sanitaris.<sup>9</sup> Els objectius del pla són "l'atenció centrada en la persona, integral i integrada, eficient i de qualitat" i es fonamenten en la conveniència d'atendre les persones usuàries "dels serveis socials amb determinats problemes de salut d'una forma global".

Uns mesos més tard, el Govern evidencia la necessitat de revisar alguns aspectes de la regulació del pla. Com a expressió de la voluntat d'anar un pas més enllà, l'Acord de Govern de 25 de febrer de 2014 deixa sense efectes l'acord l'anterior i aprova la creació d'un nou Pla amb un canvi de nom: el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS).<sup>10</sup>

El PIAISS incorpora les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC), les quals es reconeixen com a necessàries per assolir els objectius estratègics atesa la rellevància que adquireix compartir dades socials i sanitàries. Així mateix, el PIAISS reforça les directrius i objectius estratègics per mirar d'aclarir temes cabdals, com ara el model col·laboratiu entre professionals dels diferents àmbits i els models de gestió que han de facilitar el continu assistencial.

El nou pla modifica l'estructura dels òrgans de govern amb la finalitat, d'una banda, de crear la figura d'un director o directora del PIAISS i, de l'altra, de facilitar la negociació, el consens i la presa de decisions. Finalment, la revisió del pla passa també per identificar amb més claredat l'àmbit d'intervenció i els agents implicats en la transformació del model (amb menció expressa a les institucions locals), així com per definir amb més detall els instruments comuns que hauran d'emprar aquests actors.

#### Glossa 3: Objectius estratègics del PIAISS<sup>11</sup>

- Definir un programa general d'atenció sanitària des de la xarxa pública que respongui a les necessitats específiques de les persones residents
- Formular un pla d'atenció que garanteixi el continuïtat assistencial entre l'atenció especialitzada i els serveis socials territorials

<sup>9</sup> ACORD GOV/120/2013, de 3 de setembre, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials.

<sup>10</sup> ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.

<sup>11</sup> Vegeu ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer.

- Definir un pla d'acció conjunta entre els dos departaments per a la implementació del model d'atenció integral sanitària i social en el territori
- Adequar l'actual llarga estada sociosanitària i de salut mental, diferenciant-ne els serveis sanitaris d'aquells altres que hauran de formar part dels serveis d'atenció a la dependència, adaptant-ne la normativa i el sistema de finançament i contraprestació
- Dissenyar un nou escenari dels serveis sociosanitaris i de salut mental de Catalunya amb la creació d'un sector d'atenció a la llarga durada que inclogui els serveis socials actuals i part dels de llarga estada sociosanitària i de salut mental
- Elaborar un pla estratègic d'adequació de la llarga estada sociosanitària i de salut mental que inclogui els objectius, les accions a desenvolupar pel CatSalut i pel Departament de Benestar Social i Família i el calendari d'implantació

#### Glossa 4: Instruments comuns del PIAISS<sup>12</sup>

- Identificació dels aspectes econòmics i el marc jurídic existent, així com els elements clau per executar la transferència
- Articulació d'un model de governança a nivell territorial que permeti la gestió del model a nivell territorial i local
- Anàlisi de les experiències d'interacció que ja s'han posat en marxa
- Selecció dels aspectes bàsics per configurar una història clínic i social compartida, incorporant els elements de comunicació segura i interoperabilitat entre les diferents xarxes d'atenció
- Avenç en l'aplicació de les TIC amb el suport de la Fundació TicSalut
- Elaboració d'un marc avaluatiu comú i transversal amb un conjunt mínim d'objectius comuns que permeti una avaluació del model col·laboratiu d'atenció
- Incorporació dels objectius del marc avaluatiu comú en els sistemes de planificació i contractació de cada Departament i evolucionar vers un model de planificació i un contracte programa que incorpori les propostes derivades del Pla
- Desenvolupament d'un Pla funcional territorial de base local que, a partir dels elements recollits en aquest Acord, tingui en compte les xarxes de serveis socials i de serveis sanitaris

### 4.2.2. EL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

El model teòric d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya és resultat de les aportacions realitzades per un ampli grup de professionals dels sectors social i sanitari a la proposta d'atenció integrada que es recollia en un document de bases. El document *Model català d'atenció integrada: cap a una atenció centrada en la persona* (Ledesma, Blay, Contel *et al.*, 2015) compila els resultats d'aquest treball i resta obert a la incorporació de noves propostes de millora, incloent les aportacions dels col·lectius de persones usuàries, les associacions de pacients i la ciutadania.

Tal com s'assenyala al capítol 3 d'aquest informe, per poder fer realitat la transició cap a un nou model és necessari construir un relat que contextualitzi i motivi les actuacions i permeti justificar les transformacions davant de la societat. La publicació de Ledesma, Blay, Contel *et al.* (2015) té com a un dels seus objectius "que les persones entenguin l'estratègia d'atenció integrada i centrada en la persona, la

<sup>12</sup> Vegeu ACORD GOV/28./2014, de 25 de febrer.

comparteixin i hi participin", així com "implicar tota la societat en la missió del Pla: promoure la transformació del model [...] per tal de garantir una atenció integrada i centrada en les persones capaç de donar resposta a les seves necessitats" (2015: 7).

El document explica de manera entenedora les característiques principals del model català d'atenció integrada social i sanitària pel que fa a a) la seva definició ("què?"), b) justificació ("per què?"), c) població ("per a qui?"), d) marc relacional ("en quin marc?"), e) desplegament ("com?") i f) àmbit territorial ("on?").

## Què?

El model català d'atenció integrada social i sanitària proposa atendre les persones tenint en compte les seves necessitats, preferències i expectatives. Per a això, preveu l'elaboració de plans d'atenció personalitzats per part dels i les professionals que participen en el procés. Aquests plans han de considerar la persona en la seva globalitat, oferir una resposta multidimensional i garantir la continuïtat assistencial. El model neix amb la voluntat d'anar més enllà del fet de curar i aposta per promoure l'autonomia de les persones perquè puguin desenvolupar el seu projecte vital en el seu entorn familiar, social i comunitari.

## Per què?

Els motius que fan desitjable i recomanable transformar el model d'atenció són múltiples.

- En primer lloc, existeix evidència que l'atenció integrada pot ser més efectiva, eficient, sostenible i satisfactòria que l'atenció no integrada, especialment pel que fa a les persones més vulnerables o amb necessitats socials i/o sanitàries complexes.
- En segon lloc, els canvis socials, dels estils de vides i en les formes de relacionar-se són paral·lels al desenvolupament d'una sensibilitat més gran envers la consideració i el respecte per les necessitats i preferències de les persones.
- En tercer lloc, l'allargament de l'esperança de vida porta implícit un envelliment demogràfic i situacions de cronicitat, discapacitat i dependència. El canvi en el perfil de necessitats és de molta magnitud i en molts casos no és gradual.
- Finalment, les persones amb necessitats d'atenció social i sanitària complexes (*i.e.* la població diana del PIAISS) representa al voltant del 8% de la població i del 40% del pressupost de despesa pública en atenció. La fragmentació de la resposta assistencial genera àmbits evitables d'ineficiència.

En resum, l'atenció integrada millora els resultats de salut, optimitza la percepció de qualitat i contribueix a la sostenibilitat del sistema.

## Per a qui?

D'acord amb Ledesma, Blay, Contel *et al.* (2015: 12) "del model d'atenció integrada, se'n beneficia tota la ciutadania [...]. No és possible crear un model d'atenció integrada només per a un determinat grup de població". L'atenció integrada és desitjable a qualsevol situació de salut però per motius de prioritat es posa el focus inicial en l'atenció a les persones amb necessitats socials o sanitàries complexes (vegeu subapartat 4.2.4.). És a dir:

"[A] persones que presenten -o estan en risc de presentar- necessitats d'atenció social o sanitària complexes, de manera concurrent prioritàriament, o no concurrent quan una d'aquestes pugui impactar en l'adequada atenció a l'altra, i independentment que les persones siguin o no capaces de gestionar-les per elles mateixes" (Ledesma, Blay, Contel *et al.*, 2015: 12).

A continuació de les persones amb necessitats complexes, el grup següent que es preveu prioritzar és el de les persones que tenen necessitats d'atenció simultànies no complexes. Es tracta de les persones que tenen més risc de pujar pels graons de la complexitat i, per tant, cal abordar la seva atenció amb una visió que inclogui la prevenció.

Les persones no tenen perquè encaixar netament i de manera excloent en determinades condicions de salut (*i.e.* persones amb discapacitat, persones amb problemes de salut mental, amb malalties cròniques, etc.). Per aquest motiu, no convé crear models d'atenció integrada per a col·lectius específics. El model català d'atenció integrada aposta per considerar les persones globalment i organitzar l'assistència de manera personalitzada, proactiva i adaptada en funció del nivell de complexitat de les necessitats.

### En quin marc?

El sistema sanitari i el sistema de protecció social s'han desenvolupat i madurat per separat. De cara a la integració de l'atenció, cal tenir en compte que cada sector parteix d'un punt diferent pel que fa al seu nivell de desenvolupament, recursos, sistemes d'informació, modernització de les estructures, valors, normes i criteris d'accés a les prestacions.

Al mateix temps, els serveis socials i sanitaris han contribuït molt considerablement al desenvolupament de l'estat de benestar però ho han fet sense considerar el fet que una mateixa persona pot ser destinatària de l'atenció que ofereixen per separat.

El procés d'atenció integrada que proposa el PAISS té una vocació transversal i poblacional, en el sentit que els seus elements essencials són comuns a tots els casos, persones, situacions vitals i territoris de Catalunya. L'atenció integrada social i sanitària està constituïda per la suma de les visions preventiva, curativa, rehabilitadora i paliativa i ha de comptar amb la implicació i responsabilitat de la persona en el procés de construcció del seu pla d'atenció.

L'atenció primària social i sanitària esdevé fonamental i assumeix el compromís d'atendre les persones preferentment en el seu entorn més proper (*i.e.* domicili -incloent el centre residencial-, CAP i/o serveis socials de base) a través d'equips territorials formats per professionals socials i sanitaris amb objectius comuns. Es tracta de desplaçar les modalitats d'atenció basades en l'ingrés, la institucionalització i el règim d'internament per unes altres que prioritzin els dispositius domiciliaris i comunitaris.

Per a l'assoliment d'aquests objectius, "el model català d'atenció integrada situa com a marc d'actuació i, a la vegada, com a element nuclear assistencial l'atenció centrada en les persones (ACP)" (Ledesma, Blay, Contel et al., 2015: 16) (vegeu subapartat 4.2.3.). Això significa dur a terme un canvi d'enfocament o paradigma en el qual el procés d'atenció es construeix de manera conjunta en base a les preferències i els projectes de vida de les persones, dins dels límits ètics i professionals.

Finalment, un altre agent protagonista de l'atenció integrada social i sanitària són els i les professionals, els quals han d'assumir nous rols, competències i capacitats relacionals que facin possible el treball col·laboratiu, també amb les persones o famílies que atenen. El lideratge professional, basat en la confiança i no pas en el control i la verticalitat, s'ha d'exercir en el territori amb la participació de tots els i les professionals en el disseny i implementació local del model.

### Com?

El desplegament de l'atenció integrada social i sanitària es fonamenta en un conjunt de "compromisos" i "elements nuclears".

Els compromisos assumits pel Govern tenen a veure amb el triple objectiu ("*Triple Aim*") de l'atenció integrada: 1) millorar els resultats de salut i benestar de les persones, 2) optimitzar la percepció de qualitat

de l'atenció social i sanitària rebuda i 3) contribuir a la sostenibilitat del sistema de benestar actual, garantint la utilització més adequada dels recursos disponibles (Ledesma, Blay, Contel et al., 2015: 20-21).

Els elements nuclears del procés d'atenció integrada social i sanitària són (Ledesma, Blay, Contel et al., 2015: 22-27):

- La identificació i el cribratge de la condició de salut o de benestar de la persona
- La confirmació de la condició en els sistemes d'informació a partir d'un perfil de necessitats, del criteri professional i, sobretot, dels beneficis potencialment derivats de l'aplicació del model d'atenció
- La valoració integral de la persona que posi de relleu les necessitats d'atenció, les capacitats per afrontar-les i per participar o ser part de la resposta assistencial
- El pla d'atenció integral elaborat de manera compartida amb l'objectiu d'atendre les necessitats de la persona, considerant la seva opinió i les decisions anticipades que prengui
- La determinació del professional de referència que aconsella i orienta la persona a través dels dispositius assistencials en cada moment evolutiu
- La gestió del cas -imprescindible en aquelles situacions de més complexitat- i la pràctica compartida de l'atenció a les persones per part diferents professionals (vegeu glossa 5)
- La provisió de serveis de manera integrada d'acord amb les condicions que han estat planificades
- L'avaluació del Pla d'atenció i redefinició d'aquest sempre que calgui

#### Glossa 5: La gestió de casos

La gestió de casos o "*case management*" va sorgir als EEUU i al Canadà durant els anys setanta del segle passat per fer front a la fragmentació en la provisió de serveis. L'*Allied Services Act* de 1971 reconeixia la necessitat de millorar la coordinació entre els programes d'àmbit estatal i local dels departaments de salut, educació i benestar. Per aquest motiu es va impulsar un conjunt de projectes pilot basats en una nova metodologia: el "*case management*" (Sarabia-Sánchez, 2015: 100-101).

En els EEUU, la gestió de casos va néixer en l'espai del treball social i actualment és una funció associada amb els treballadors i treballadores socials. En el Regne Unit, en canvi, la gestió de casos s'aplica majoritàriament a l'àmbit de la salut i està lligada des dels seus inicis als anys noranta als i les professionals de la infermeria, a les cures de llarga durada per a gent gran i a les discapacitats severes (Sarabia-Sánchez, 2015: 101 i 105).

Segons Generalitat de Catalunya (2014), la gestió de casos als Estats Units i el Canadà va néixer amb un enfocament orientat fonamentalment a l'eficiència econòmica mentre que en el model britànic -que serveix de referent per a Catalunya- està més orientada a la millora assistencial. A *Terminologia de la cronicitat* (Generalitat de Catalunya i Termcat, 2013) es defineix la gestió de casos com la "pràctica assistencial avançada que planifica i executa un pla d'atenció individualitzat, basada en la coordinació entre organitzacions i professionals, amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats socials o de salut de les persones o del seu entorn".

S'ha d'evitar utilitzar l'expressió "gestió de casos" per referir-se a qualsevol esforç de coordinació de serveis i no s'ha de confondre amb la "gestió de les cures" (o "*managed care*"), amb el o la "professional de referència" o amb els "coordinadors" o "coordinadores" (Hunter, 1988, citat a Sarabia-Sánchez, 2015: 104). El "*managed care*" està orientat a evitar les hospitalitzacions i intervencions innecessàries i reduir les despeses. Els i les professionals de referència estan adscrits a un servei concret i tenen un rol més limitat i els coordinadors o coordinadores tenen com a funció gestionar serveis i no pas atendre les necessitats de les persones usuàries.

Les funcions fonamentals de la gestió de casos engloba els passos següents (Sarabia-Sánchez, 2015: 102 i

103): acotar l'àmbit d'actuació del programa concret; fer la valoració inicial de les persones usuàries potencials ("cribratge"); valorar de manera integral la persona usuària i el seu entorn; planificar el cas amb la persona per acordar un paquet de mesures i serveis; implementar el pla i concertar serveis, tant formals com informals; fer un seguiment per respondre als canvis en la situació la persona; i revalorar per comprovar l'adequació del paquet i els avenços cap a les metes establertes en el pla.

A Catalunya, l'ICS va consolidar l'any 2014 la figura dels i les professionals de la infermeria gestors de casos per atendre persones en situació de complexitat social i sanitària (Generalitat de Catalunya, 2014). Aquesta figura professional es troba integrada en els EAP del territori i coordina tots els serveis per garantir la continuïtat assistencial, racionalitzar els recursos, promoure l'autonomia de les persones i cercar els recursos més adients.

Els primers infermers i infermeres gestors de casos es van incorporar a l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona l'any 2006. Des de llavors, aquesta figura assistencial s'ha anat estenen progressivament a la resta del territori. Entre el març del 2015 i l'abril del 2016 els i les professionals d'infermeria gestors de casos de l'ICS van atendre 12.799 persones usuàries a través d'unes 250.000 visites (Institut Català de la Salut, 08/07/2016). A finals del 2017, la gestió de casos arriba a Lleida i s'implanta a l'atenció primària amb dotacions específiques de personal, vehicles i equipaments (Institut Català de la Salut, 04/12/2017).

### On?

El model català d'atenció integrada social i sanitària té un marcat caràcter territorial i atribueix als dispositius de base comunitària un paper central en l'atenció a les persones. La seva implementació assumeix com a bàsics els principis de subsidiarietat i responsabilitat compartida entre els diferents agents que es fan càrrec de la governança en el territori i els serveis que hi operen. Segons Ledesma, Blay, Contel *et al.*, aquesta responsabilitat "es pot exercir amb independència de les modalitats de prestació i provisió, i no implica en cap cas la integració de caràcter estructural, tant vertical com horitzontal" (2015: 28).

La innovació del model sorgeix sobretot quan es tracta d'augmentar la capacitat de resposta comunitària i d'atendre les persones a casa seva en situacions més complexes o de descompensació. Això permetria reservar els hospitals i els centres residencials per a les persones en situacions de complexitat màxima.

Al mateix temps, un dels reptes s'ubica en les condicions d'accés i de sortida, és a dir, en les transicions, de manera que siguin les millors per a les persones sense esperes innecessàries però també sense estades perllongades fins trobar un lloc adequat on poder-les reubicar.

Al llarg d'aquest procés caldrà modificar rols, funcions i competències, d'una banda, i donar suport i formació als i les professionals, de l'altra.

### Primers passos

Un cop establerts els conceptes i instruments del model, el pas següent és articular una proposta d'implementació. Inicialment es proposa fer-ho de manera funcional, amb consolidació de l'estructura, l'organització i el marc legislatiu que el faci possible:

- Des de l'àmbit centralitzat i amb visió de país: el model s'ha de governar des d'una estructura i visió úniques capaces de promoure les actuacions necessàries per donar resposta integrada a les necessitats socials i sanitàries. Cal fer canvis importants en el finançament, l'assignació de recursos, les condicions d'accés i els criteris de copagament.
- En base a una implementació territorial: el model s'ha d'impulsar i garantir des dels òrgans de govern territorial. Cal endegar un procés de redisseny de la governança on es deixin de fer coses que no aporten valor o que sí n'aporten però de manera ineficient, i passar a fer actuacions noves de manera compartida i eficient.

- Amb participació dels agents del territori: des dels òrgans de govern territorial s'ha d'impulsar la participació dels agents, professionals, individus, comunitat, associacions, etc. sense por d'obrir-se i escoltar. És indispensable comptar amb un pla de comunicació.

D'acord amb el full de ruta del PIAISS per al període 2017-2020 (Generalitat de Catalunya, 2016: 4 i 5), la implementació del pla durant els anys 2014 i 2015 s'ha limitat a "un procés d'arrencada" en el qual destaquen dues fites. D'una banda, la inclusió a l'agenda política i operativa de l'atenció integrada social i sanitària i, de l'altra, el desplegament d'un conjunt d'experiències col·laboratives en l'àmbit local (algunes de les quals ja estaven prèviament arrelades en el territori) (vegeu subapartat 3.1.). A més d'això, l'any 2016 s'ha avançat en la interoperabilitat entre la històrica clínica i la història social, en l'adopció d'un instrument de cribatge de les necessitats d'atenció complexa, en l'elaboració d'una proposta d'avaluació i en el consens terminològic en atenció integrada.

La metodologia de treball durant la primera fase de desplegament del PIAISS ha estat fonamentalment de tipus "de baix a dalt" ("*bottom-up*"). El full de ruta del PIAISS proposa donar continuïtat a aquesta línia de treball basada en "projectes territorials" i, al mateix temps, afegir-hi un treball interdepartamental "de dalt a baix" ("*top-down*") focalitzat en la formulació d'eines i instruments per al canvi (Generalitat de Catalunya, 2016: 35-40). Els "projectes funcionals" proposats per al període 2017-2020 són els següents:

- Desenvolupament i integració dels sistemes d'informació socials i sanitaris
- Articulació d'un model d'implementació territorial basat en una atenció integrada de base comunitària
- Atenció integrada social i sanitària al domicili
- Atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials
- Atenció integrada en salut mental

#### **4.2.3. L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA**

Un dels elements centrals del model català d'atenció integrada social i sanitària és l'atenció centrada en la persona. Els canvis econòmics, demogràfics i socials han fet emergir dues qüestions importants: en primer lloc, l'augment del nombre de persones amb problemes socials i de salut crònics, fet que genera un increment de les necessitats socials i sanitàries; i, en segon lloc, els canvis de rols dels agents que formen part del sistema de benestar, en relació amb els quals cal destacar la demanda creixent de participació de les persones usuàries en la presa de decisions al voltant de la seva salut.

En aquest context, per donar resposta als nous reptes que es plantegen, el PPAC (vegeu glossa 1) i el PIAISS proposen desenvolupar l'Estratègia d'atenció centrada en la persona (en endavant, ACP), dins del marc del model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Aquest model es construeix en base al rol actiu, responsable i apoderat de les persones, de les persones que en tenen la cura i de les seves famílies. El desenvolupament de l'Estratègia d'ACP planteja, per tant, un canvi en el disseny i la planificació dels serveis i els programes, així com en les intervencions i la praxi professional.

No hi ha una definició consensuada d'ACP, però des del PIAISS es proposa la següent: "atenció que posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció" (Generalitat de Catalunya, 2016b: 8).



El document “L’atenció centrada en la persona en el model d’atenció integrada social i sanitària de Catalunya” (2016) realitza una revisió bibliogràfica sobre l’ACP. En destaquen els aspectes següents:

En primer lloc, es fa referència a les condicions fonamentals per a desenvolupar l’ACP: a) persones informades, compromeses i apoderades i que puguin decidir; b) professionals amb els coneixements adequats, les habilitats, les actituds i la mentalitat oberta per treballar de manera compartida; c) sistemes d’organització i processos que incorporin noves formes de treball; i d) sistemes de finançament i compra de serveis que promoguin i incentivin l’atenció integrada.

En segon lloc, i seguint el principi proposat per Àngela Coulter l’any 2012, “Cap decisió sobre mi sense mi” (Generalitat de Catalunya, 2016b: 9), es relacionen els elements principals per a l’establiment d’una metodologia comuna de l’ACP: a) considerar la persona com a copartícip i coresponsable en la planificació, el desenvolupament i l’avaluació a partir de les seves necessitats; facilitar eines i coneixements a les persones per prendre decisions informades; b) requerir un treball col·laboratiu dins dels serveis de salut i socials que tinguin en compte les capacitats, preferències i valors de les persones; c) promoure l’autogestió, la independència i l’autonomia de la persona, proporcionant eines en base al treball d’equip i col·laboratiu; i d) plantejar, en ocasions, intervencions que incloguin la persona i el seu entorn.

En tercer lloc, es distingeixen els tres tipus de persones i actors següents, amb els seus rols corresponents: la ciutadania (l’ACP parteix d’un enfocament poblacional, tot i que es posa un èmfasi especial en determinats col·lectius, com ara les persones amb necessitats complexes), els i les professionals i les organitzacions dels àmbits social i sanitari.

En quart lloc, s’identifica una sèrie de components nuclears de la pràctica assistencial i de la relació professional-persona: l’experiència professional; la dignitat, la solidaritat i l’empatia; el compromís i l’activació de la persona; la comunicació proactiva centrada en la persona; la presa de decisions compartides; el suport en l’autogestió; els valors ètics; i un nou sistema documental.

En cinquè lloc, es posa de manifest que l’ACP és un element clau en el disseny i el desenvolupament dels àmbits d’actuació següents: l’atenció directa (*i.e.* individual, a un col·lectiu o a la unitat familiar), l’atenció a la comunitat (*i.e.* promoció, prevenció i atenció) i en l’àmbit de les organitzacions (*i.e.* nous models organitzatius que promoguin la prestació de serveis en concordança amb l’ACP).

En sisè lloc, s’identifiquen un seguit d’elements facilitadors de la implementació de l’ACP, així com una sèrie d’obstacles:

Pel que fa als facilitadors, es poden destacar els següents: lideratge professional i organitzatiu; clima de l’organització favorable al canvi de mirada; comunicació proactiva entre totes les parts implicades (persones, cuidadors i cuidadores, professionals i famílies); participació i compromís dels i les professionals en l’atenció directa; disseny del procés de canvi adaptat a cada organització i territori amb el pacte d’objectius assumibles; metodologia de gestió de casos; implicació de tota l’estructura; seguiment i supervisió; redisseny i replantejament dels rols professionals; avaluació del sistema per afavorir la seva millora contínua; i avaluació de l’experiència de la persona respecte de l’atenció rebuda.

Quant als obstacles a la implementació, es poden ressaltar els següents: a) en relació amb el model cultural: paternalista i poc facilitador de la coresponsabilitat; excés d’intervencionisme dels i les professionals; objectius no compartits per la persona usuària; i rols professionals rígids i fragmentats; b) respecte de les mancances del model d’atenció: coordinació entre serveis socials i sanitaris; integració de les propostes d’intervenció en el marc de les estratègies social i sanitària; interoperabilitat dels sistemes d’informació respectius; unificació terminològica dels llenguatges social i sanitari; equitat en l’atorgament de recursos segons el territori; i congruència en el sistema de codificació diagnòstica; i c) en relació amb el model organitzatiu: gestió dels temps; resistència als canvis estructurals i de relació; serveis fragmentats; prioritat de la visió sanitària; dèficit de recursos; i escassa connexió dels professionals socials i sanitaris amb la xarxa ciutadana (entitats).



Per últim, es relacionen un seguit d'actuacions prioritàries en el terreny metodològic, de la formació i del lideratge per al desenvolupament del model. Quant a la metodologia, cal disposar d'un model d'atenció integrada centrat en la persona avalat legalment, amb finançament propi, flexibilitat organitzativa, rediseny d'equips, finestreta única, cartera de serveis i sistemes d'informació compartits i de base territorial. Pel que fa a la formació, s'ha de facilitar el coneixement del model per tal de sensibilitzar la ciutadania, els i les professionals i tots els agents de la comunitat. Finalment, cal impulsar el lideratge comunitari i territorial en el desplegament del model.

Pel que fa als escenaris de futur, es posen de manifest diverses qüestions en els àmbits següents: en l'àmbit de la persona: garantir el dret a decidir a totes les persones; en l'àmbit de la informació i la comunicació: assegurar el contínuum assistencial; en l'àmbit comunitari: desenvolupar nous enfocaments, models formatius i rols professionals; i en l'àmbit organitzatiu: dissenyar i implementar nous models de gestió.

#### 4.2.4. L'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB NECESSITATS COMPLEXES

La complexitat és cada cop més prevalent i gairebé sempre va associada tant amb necessitats d'atenció socials com sanitàries, la qual cosa suposa un repte sense precedents per al sistema. Davant aquesta situació, el document "Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes", publicat l'any 2016, exposa el coneixement i l'expertesa en aquest àmbit, compilada pel PPAC i el PIAISS.

Cal tenir present que l'anterior Pla de salut 2011-2015 va posar èmfasi en la comprensió i la identificació de les persones amb necessitats complexes. L'actual Pla del període 2016-2020, se centra en el desenvolupament del model d'atenció integrada i centrada en la persona per tal d'atendre aquestes necessitats, tenint en compte les preferències de les persones usuàries.

La complexitat es pot conceptualitzar com "aquella situació que reflecteix la dificultat de gestió de l'atenció d'una persona i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn" (Generalitat de Catalunya, 2017: 11).

Cal diferenciar la complexitat d'altres conceptes o constructes, com ara la fragilitat i la multimorbiditat. Així, els termes fragilitat i complexitat no són sinònims, sinó en tot cas concurrents: les persones amb fragilitat avançada gairebé sempre presenten necessitats complexes, però potser la fragilitat no és l'única ni la principal causa de la complexitat. Així mateix, pel que fa a la relació entre multimorbiditat i complexitat, és cert que la majoria de persones amb complexitat presenta una càrrega significativa de (multi)morbidity, però aquesta ni és el factor *sine qua non*, ni n'és sempre el factor explicatiu.

És important posar de manifest que la complexitat és quelcom perceptiu, més que no pas objectiu, i que és un factor que emergeix quan la pròpia persona o el seu entorn no poden gestionar les necessitats per ells mateixos. En aquest sentit, la complexitat es fonamenta en el judici clínic, més enllà dels criteris emprats per a l'estratificació poblacional i d'altres factors, com ara el perfil de morbiditat, la presència de fragilitat o el consum de recursos. Així, segons el TERMCAT, un pacient crònic complex (PCC) és aquella persona la gestió clínica de la qual és percebuda com a especialment difícil pels seus professionals de referència.

La identificació de la complexitat es basa en el judici clínic del o la professional de referència (PR) i en el potencial de millora que es deriva de la identificació d'aquesta condició. Diversos estudis epidemiològics demostren la validesa d'aquest enfocament per a la identificació de la complexitat de tipus clínic a Catalunya, la qual té una prevalença poblacional a l'entorn del 5% (el 4% correspondria al concepte de pacient crònic complex (PCC) i l'1% restant al del pacient amb malaltia avançada crònica (MACA)).

Cal tenir present que ni PCC ni MACA no són condicions clíniques *per se*, sinó identificacions funcionals. En aquest sentit, es tracta de persones amb determinades necessitats, respecte de les quals s'elaboren plans d'actuació específics per tal de millorar els resultats pel que fa a un triple objectiu ("*Triple Aim*"): experiència i qualitat de vida de la persona i el seu entorn, resultats en indicadors de salut i eficiència del model d'atenció i utilització de recursos.

Cal ressaltar els beneficis associats a la identificació, atès que implica l'activació d'una comprensió diferent de la persona que ha de permetre millorar tant l'atenció proporcionada com els resultats en benestar i salut assolits. És per aquest motiu que es recomana promoure la identificació d'una manera sistèmica i col·laborativa.

Pel que fa a la interacció entre les necessitats socials i sanitàries, cal indicar que en contextos de complexitat elevada és més probable tenir-ne ambdues. En ocasions, les necessitats socials i sanitàries es donen en termes de concurrència, però en alguns casos un entorn social advers pot fer que una persona esdevingui PCC malgrat no tenir un perfil de morbiditat especialment complex. En qualsevol cas, es posa de manifest que s'hauria d'avançar en el coneixement i la complexitat social per poder avançar en la mirada integral de l'atenció.

L'enfocament del Model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes es basa en l'atenció centrada en la persona (ACP), descrita en l'epígraf anterior, i per tant, un factor important del model és l'apoderament de la persona per prendre decisions relatives a la seva salut. Així, la identificació de les necessitats de la persona, dels seus valors i preferències i l'establiment dels objectius de l'atenció ha de tenir lloc en el marc d'un procés de diàleg continu, proporcionat i progressiu, des d'una comprensió integral de la persona.

Aquest procés es coneix com a planificació de les decisions anticipades (PDA). Les conclusions de la PDA es recullen al Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC). El o la professional de referència és responsable de dirigir el pla, juntament amb la persona i, si escau, la família. La planificació ha de ser ordenada i compartida per tots els i les professionals i agents que atenen la persona.

A més del o la professional de referència –que coneix la persona i el seu entorn i colidra amb aquesta la gestió del pla d'atenció– des del PIAISS es proposa els perfils següents en l'atenció a la complexitat: el o la professional expert amb competència elevada en àmbits específics i capacitat per donar suport al procés d'atenció, i el gestor o gestora del cas, que és qui coneix el cas i els recursos de l'entorn, vetlla pel compliment del pla i acompanya la persona en el trajecte d'atenció.

Una qüestió important és que l'atenció a la complexitat influeix en tots els equips assistencials i els obliga a repensar la seva composició i el seu funcionament des d'una dimensió sistèmica (a escala de país) i una de territorial (a escala d'un determinat context geogràfic i poblacional). També cal repensar com es presta l'atenció en tots els àmbits assistencials, especialment el domicili, els centres residencials i els centres d'atenció intermèdia o sociosanitaris.

Cal ressaltar que l'atenció a la complexitat es basa en la implementació a escala territorial, per la qual cosa cal que la governança del territori en garanteixi el desenvolupament i la implementació. La bona atenció a la complexitat depèn, doncs, de la integració funcional, no pas estructural, de tots els agents del territori. Així mateix, a escala territorial es proposa el desplegament de les rutes d'atenció a la complexitat (RAC), com la manera d'ordenar les bones pràctiques al territori.

Els sistemes d'informació han d'acompanyar tots aquests canvis, permetent la visualització generalitzada de la identificació de la condició de complexitat i dels PIIC, facilitant als i les professionals una visió 360° de les persones, de la seva utilització dels serveis i de la seva valoració integral. També ha de permetre l'avaluació sistemàtica del model, la comunicació i el model d'atenció no presencial.

Pel que fa al marc avaluador de les estratègies de complexitat, aquest hauria de ser transversal, evitar enfocaments centrats en la gestió de malalties i incorporar la conceptualització de l'atenció integrada. La proposta del document sobre bases d'atenció a la complexitat, citat anteriorment, és utilitzar el triple objectiu ("*Triple Aim*") com a model conceptual, contextualitzat en cada territori. Recentment, s'ha començat a proposar la satisfacció dels i les professionals com a quart objectiu per aconseguir una atenció de qualitat.

## 5. APORTACIONS AL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

Tal com s'ha explicat amb més detall en el capítol introductori, l'equip tècnic del CTESC va organitzar, en el context d'aquest informe, deu compareixences amb persones avesades en atenció integrada social i sanitària. L'objectiu d'aquestes consultes era complementar els coneixements adquirits a través de fonts documentals amb un conjunt d'aportacions que, des de l'experiència pràctica i la proximitat geogràfica, fossin d'interès per a la concreció i desenvolupament del model català d'atenció integrada.

Les compareixences es van registrar en suport àudio i posteriorment se'n van fer les transcripcions naturals. Les persones compareixents han tingut l'oportunitat de llegir i revisar les cites de les intervencions que han estat seleccionades per il·lustrar les discussions temàtiques que estructuraven aquest capítol: el concepte, la valoració, els facilitadors, les barreres, les experiències i les recomanacions a l'entorn de l'atenció integrada social i sanitària.

### 5.1. QUÈ S'ENTÉN PER “ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA”

Les persones consultades comparteixen a grans trets un mateix concepte d'atenció integrada social i sanitària. Aquest concepte, a més a més, es manté en línia de continuïtat amb els desenvolupaments teòrics del capítol 3. Així, s'explica que la integració és a) un procés d'adaptació a les necessitats canviants de la població –més que no pas una fita fixa, b) una qüestió políticament ineludible si es vol garantir a mig termini la sostenibilitat del sistema d'atenció i, finalment, c) una oportunitat per millorar els nivells d'autonomia, benestar i satisfacció de les persones.

En les intervencions dels i les compareixents abunda una sensació d'urgència envers la transformació del model d'atenció actual, fragmentat i ineficient, cap a un altre d'integrat que posa les persones i les seves necessitats en el centre del sistema. De la mateixa manera, també és freqüent el reconeixement dels determinants socials de la salut i l'expressió del convenciment que la integració de l'atenció acabarà imposant-se tard o d'hora, millor o pitjor, perquè la magnitud dels canvis socials i sanitaris és molt profunda:

“La primera proposta que se'm va fer a mi va ser dirigir el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat [PPAC]. Llavors et poses a treballar i a ordenar la cronicitat com a fenomen poblacional i epidemiològic [...] i veus que hi ha gent amb moltes necessitats d'atenció, tan socials com sanitàries, al llarg de la vida. [...] Quan dius “Bé, vaig a ordenar [l'atenció a la cronicitat] des de l'àmbit sanitari” et dones compte que la resposta que pots oferir a aquestes persones és bona però molt limitada i insuficient. No respon gens a les seves necessitats. [...] Aquesta visió separada per sistemes és una visió errònia des del meu punt de vista”. (Albert Ledesma)

“Quan vam parlar del model d'atenció a la cronicitat vam veure que parlar de malalties cròniques de manera aïllada no tenia gaire sentit. [...] I, per tant, vam començar a parlar de multimorbiditat, que a Europa és un concepte molt present i emergent. [...] Després ens vam adonar que havíem d'avançar cap a un concepte de complexitat, que està present només en alguns països. Quan vam començar a treballar la complexitat ho fèiem des d'una conceptualització pensada en termes sanitaris, però ara estem evolucionant cap a un concepte de complexitat de necessitats sanitàries i socials, que moltes vegades es donen de manera recurrent”. (Joan Carles Contel)

“[La integració de l'atenció social i sanitària] és un tema molt important que és evident que passarà sí o sí. No hi ha volta de full. Jo dic sempre que malgrat que hi hagi gent que no ho vegi clar és igual. Això passarà perquè és una necessitat de país”. (Teia Fàbrega)

“Amb les noves necessitats i la situació de crisi, el procés [de canvi] dins dels serveis socials ha anat madurant, però no és suficient. Ens ha portat a una situació en la qual hem de ser molt més crítics amb nosaltres mateixos i afavorir un canvi paral·lel. Per tant, el resultat de totes aquestes confluències [canvis

econòmics i socials] ha estat un augment de l'exigència de la ciutadania, que genera demandes i respostes diferents, i això comporta que sí o sí ens hem de coordinar, com a mínim coordinar". (Pilar Rodríguez)

Del conjunt d'aspectes que defineixen l'atenció integrada social i sanitària, les persones compareixents se centren en la descripció i anàlisi de tres: el subjecte d'aquesta atenció, el paper de la prevenció i l'autonomia i el significat d'allò que a la pràctica discursiva s'ha convertit en un "eslògan" (Andrea Barbiero): l'"atenció centrada en la persona".

Pel que fa al subjecte de l'atenció integrada, la major part de les persones compareixents ha assumit el canvi d'accent que comporta el nou paradigma des de l'individu i les "seves" malalties cap a la consideració de les necessitats de les persones en el context d'unes determinades condicions objectives d'existència i xarxa relacional. Algunes veus consideren que el desplegament de la integració social i sanitària requereix prioritzar, durant una primera fase, l'atenció a determinats perfils de necessitats. Tanmateix, el punt de vista dominant en les persones consultades és que es tracta d'un model d'atenció transversal amb vocació universal:

"[Sobre el perfil de les persones amb necessitats socials i sanitàries "al llarg de la vida":] Alguns d'ells són joves i altres no tan joves. [...] L'atenció integrada és la resposta global, prioritzada i única a les necessitats d'atenció que presentin les persones. [...] És una transformació que no la fem només per a les persones que tenen cronicitat o dependència o discapacitat. La fem per a tothom perquè, fixeu-vos bé, en el cas d'un matrimoni en què la dona està embarassada i té un fill, el fet de néixer en determinades condicions socials i econòmiques predestina el futur d'aquest nadó". (Albert Ledesma)

"La mayoría de la población lo único que necesita es que esté claro qué nos ofrecen en cada lado y que los proveedores estén cercanos: centro de salud, escuela, servicio de empleo, etc. Hay una segunda capa poblacional algo más compleja que sí requiere itinerarios, protocolos, interoperabilidad de la información. [...] Luego hay una tercera franja de personas que casi necesita un traje a medida, una gerencia [gestión] de casos. [...] Y luego hay una mínima franja de personas que necesita un *pack* integrado, como en el caso de un chico que está siendo tratado de un cáncer en un hospital. [...] En este modelo de atención integrada se asume que el sistema tiene que ser capaz de perfilar, atender y anticiparse para saber a qué personas introduces en cada uno de los estratos y además sin coche escoba. Hay un diseño de una arquitectura del bienestar". (Fernando Fantova)

"El model de salut mental ha anat canviant amb els anys. Hem anat incorporant nous elements que tenen a veure amb aquest model d'atenció integrada social i sanitària. I en els darreres anys s'han pensat altres maneres d'entendre i atendre la salut mental. La Federació [Federació de Salut Mental Catalunya] ha anat incorporant aquests elements que tenen a veure amb el fet de parlar de la salut mental d'una forma més global, en totes les etapes de la vida i en els diferents estadis". (Marta Poll)

"[De fet,] jo no només parlaria d'atenció social i sanitària, sinó d'una atenció conjunta. Hi ha molts sistemes que han de participar per atendre aquestes necessitats: educació, ocupació, habitatge, salut, cultura, etc. I aquesta crec que serà la mirada d'aquí a uns anys". (Pilar Rodríguez)

Quant a la prevenció i l'autonomia, es tracta de dos aspectes estretament relacionats en el discurs dels i les compareixents. La idea que es transmet gira al voltant de la promoció d'un model d'atenció que s'anticipa a l'aparició dels problemes i evita les intervencions potencialment innecessàries (sobretot de tipus sanitari). L'èmfasi en la prevenció afavoriria l'autonomia d'unes persones molt més actives en la gestió del seu benestar i alhora conscients dels determinants de la seva salut:

"No podem crear departaments a l'hospital o en l'àmbit social i dir "Aquí els pacients crònics complexos que tenen moltes necessitats". No, no, això té una voluntat preventiva: si actuem sobre els nens que neixen en determinats ambients des d'un bon principi, no haurem d'abordar després moltes problemàtiques, n'evitarem moltes". (Albert Ledesma)

“¿Para qué sirven las experiencias e iniciativas de integración de sanidad y servicios sociales? Fundamentalmente hay que entenderlas como una contribución al cambio de los servicios sociales y a la reestructuración del sistema de bienestar. [...] A lo mejor proteger el bien de mi autonomía y red comunitaria es potenciar que yo me autocuide y tenga una buena red familiar que me cuide y luego complementar. [...] [Per exemple,] Sé que tengo derecho a una cama de residencia pero quiero no ejercer ese derecho porque quiero unos servicios sociales que sean capaces de activar en mí y en mi entorno una serie de capacidades que me sujeten en la comunidad *sine die* [...]”. (Fernando Fantova)

“El paradigma de la recuperació, que és des d'on treballem a la Federació [Federació de Salut Mental Catalunya], és el que està impregnant l'atenció en salut mental en els darreres anys. Vol dir que abans “tractàvem” les persones i ara orientem les accions per a la seva recuperació, entesa com a resultat final, allò que perseguim. No perseguim reduir símptomes o estabilitzar la problemàtica de salut mental, sinó que les persones siguin capaces de viure, treballar i participar en les seves comunitats, de tenir una vida plena i significativa malgrat les dificultats derivades de la problemàtica de salut mental”. (Marta Poll)

“En els contextos de cronicitat, l'enfocament curatiu deixar de ser el sentit principal dels sistemes de salut. En tot cas, tant o més que curar, és important controlar, prevenir o pal·liar. Us poso un exemple: la llista d'espera de pròtesis. A Catalunya una de cada tres pròtesis es podria evitar si féssim mesures preventives adequades. [...] I després una cosa que és fonamental: en el sector salut, fins ara, semblava que el millor que et podia passar quan t'anaves a visitar era tenir davant un metge que prengués decisions bones i això ja no és tant així, perquè les decisions ja no són patrimoni dels metges, sinó que les prenen les pròpies persones ateses i, en cas que siguin decisions complexes, les adopten en col·laboració amb equips multidisciplinaris”. (Carles Blay)

Finalment, pel que fa a l'atenció centrada en la persona, la major part de les persones compareixents en fan referència i consideren que es tracta d'una característica troncal i distintiva de la integració social i sanitària. Per aquest motiu, i per la preocupació que genera l'ús i abús d'aquesta idea, diverses veus s'esforcen en definir en què consisteix posar la persona al mig del sistema en comptes de en l'òrbita de diferents subsistemes:

“Un altre aspecte important lligat amb l'atenció integrada és l'atenció centrada en la persona. És un tema molt complicat i tothom s'omple la boca. Vol dir que tota l'organització i tot el que es faci ja no està centrat en el servei ni en el personal sinó en la persona. Això significa que s'han de canviar moltes coses”. (Toni Vilà)

“Esta frase [de Hipócrates] me gusta mucho [“Es mucho más importante saber qué persona tiene la enfermedad que qué enfermedad tiene la persona”]. Siempre estamos hablando de enfermedades pero en realidad es más importante conocer a las personas que a las enfermedades. Tiene que ver con la atención centrada en la persona. También hablo del ciudadano Sherpa porque tenemos a los ciudadanos dando vuelta por todos lados con el papel, con la historia clínica, con la autorización, etc. [...] Cuando hablamos de centrarnos en las personas, ahora es como un eslogan que se utiliza mucho pero significa sentarse a entender realmente cuáles son las problemáticas para resolverlas de manera conjunta y poniendo la visión en los pacientes. [...] La palabra clave es compartir”. (Andrea Barbiero)

“Que tu tinguis una bronquitis crònica greu i que no t'acabis morint o ingressant més del que et toca no depèn únicament de quant de bo sigui el pneumòleg o el metge de capçalera que et visita. Depèn molt de com s'organitzin les persones que treballen a l'entorn on vius per atendre't bé. O sigui, que els enfocaments tradicionals de la medicina basats en una mirada científica, curativa, individualista i paternalista han quedat totalment difuminats per la cronicitat. [...] Quins són els paradigmes emergents avui en dia? L'atenció integral centrada en la persona [...], l'atenció integrada social i sanitària, les pràctiques col·laboratives entre professionals i amb les persones, la presa de decisions basada en *big data* i la utilització de les tecnologies, el redisseny continu de les estructures i dels àmbits funcionals”. (Carles Blay)

També en coincidència amb les idees expressades en el capítol 3 d'aquest informe, en el discurs de la major part de les persones consultades subjau la idea que no hi ha un únic model vàlid i universal d'atenció integrada social i sanitària sinó tot el contrari: la història, les cultures polítiques, l'estructura social i els recursos territorials, entre d'altres coses, condicionen i alhora possibiliten de maneres diferents l'articulació del nou paradigma.

## 5.2. COM ES VALORA EL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

La major part dels i les compareixents valoren positivament els avenços que s'han dut a terme en els darrers anys a l'hora de conceptualitzar un model català d'atenció integrada. El model que es pretén desenvolupar rep el suport general de les persones consultades, encara que en algun cas es critica la manca de concreció d'algunes de les seves característiques. Més enllà d'això, els aspectes pitjor valorats tenen a veure amb les dificultats per desplegar el model en el territori de manera efectiva. En relació amb aquest darrer aspecte, les valoracions es poden resumir de la manera següent:

- Falta d'impuls polític per dur a terme la transformació profunda que requereix l'actual model d'atenció de les necessitats socials i sanitàries:

“El primer que cal dir és que Catalunya ha sigut capaç de tenir present políticament i com a prioritat de govern que s'hauria d'afrontar aquesta transformació del model de benestar en aquestes dues potes [social i sanitària], si més no, per convertir-lo en un model d'atenció integrada. [...] Jo crec que això seria l'aspecte positiu de la història. [...] [...] Vam fer un treball amb els agents. La majoria dels agents, fins i tot els que sabien que podrien sortir perjudicats en alguns aspectes –farmacèutics, residències, etc.– ens van donar suport i estaven disposats a viure un procés de transformació. Això és una opinió personal meua però penso que es va desapropiar una oportunitat magnífica”. (Albert Ledesma)

“Estem totalment d'acord amb el que es diu als documents i amb el que hem pogut compartir a nivell teòric. Compartim el model. Veiem possibilitats de canvi, però cal una aposta ferma i decidida, que suposi una transformació real. Hi ha un element que és molt important en la salut mental que pot canviar el sistema: el desplegament del model d'atenció comunitària, la reconversió de la llarga i mitjana estada psiquiàtrica, que necessàriament ha d'anar acompanyada de suports en l'àmbit de l'habitatge. Això en el primer PIAISS apareixia. Hi havia una proposta que ha anat desapareixent i no l'hem vista més. [...] [...] Ens preocupa molt la capacitat per liderar aquesta transformació”. (Marta Poll)

- Manca de concreció d'algunes característiques del model d'atenció integrada en el relat que s'ha anat construint en l'àmbit polític:

“Trobo a faltar en el PIAISS una cosa més pràctica. Per exemple, el PIAISS no es refereix a les dificultats legislatives. [...] Una altra cosa que veig del PIAISS és que continua fent experiències i analitzant casos. Està molt bé però penso que n'estem una mica cansats. Sí que és veritat que les experiències d'ara són més operatives, de treball del dia a dia, no són tan teòriques. Tampoc no parla de la ràtio de personal, que és un tema clau. La ràtio del personal en aquests models al País Basc i la nostra ràtio són força diferents”. (Toni Vilà)

“Amb l'experiència de tots aquests anys és inconcebible que no tinguem un model propi actualment. [...] [...] Em referia a que hi ha molts models però no hi ha un eix vertebrador troncal que després pugui fer el model sostenible i replicable a tot el territori i posar-lo en pràctica. Està molt bé el tema de les voluntats anticipades, el tema de final de la vida, treballar el model amb persones amb discapacitat intel·lectual, física, etc. perquè la teoria ho aguanta. [...] Estem creant des de la base, a vegades com podem, desenvolupant xarxes, perquè ens ho creiem i perquè ho necessitem fer”. (Pilar Rodríguez)

- Constatació de necessitats no cobertes o mal cobertes degut a la fragmentació i als problemes d'adaptació del sistema als canvis socials i demogràfics:

“Comença a haver-hi signes de deteriorament dels sistemes, per dir-ho suaument. Si tinc cataractes però triguen dos anys en atendre'm... La tieta d'un company té 90 anys. Viu sola i ha hagut d'esperar dos anys perquè l'apliquin un làser a l'ull per treure-li una fibra després d'haver estat operada de cataractes. El risc de caure d'aquesta senyora és molt alt, a part del deteriorament de la seva qualitat de vida. El problema és que ara no estem fent res, per dir-ho globalment. No hi ha lideratge ni en un àmbit ni en l'altre. No estem caminant per reformar tot això i crec que és molt urgent i necessari”. (Albert Ledesma)

Quan des d'una residència es deriva a una persona gran i probablement fràgil a les urgències d'un hospital per la desestabilització de les seves malalties cròniques hem de tenir present que l'hospital en si mateix pot representar un risc important per a la salut de les persones fràgils. Es poden donar complicacions que poden anar des de la desorientació fins a situacions molt més greus com sobreinfeccions, que poden posar en risc a la persona. Cal, per tant, fer la reflexió de si aquesta descompensació s'hagués pogut prevenir o si un cop produïda es pot tractar a la mateixa residència amb el suport adequat. (Francesc Brosa)

- I existència de contradiccions derivades de la falta de coordinació entre les actuacions del sistema sanitari i els serveis socials:

“[Sobre l'ENAPISC [Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària]] Des del meu punt de vista, en el moment en què estem de desenvolupament, tornar a fer una reforma parcial i particular d'un departament és un error”. (Albert Ledesma)

“[Sobre l'ENAPISC [Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària]] Pensem que està bé perquè primària té un paper importantíssim. No obstant això, l'atenció primària s'ha de repensar i reformular en un escenari d'atenció integrada en un model de col·laboració amb l'hospital, la xarxa sociosanitària i de salut mental i també amb els serveis socials bàsics, essent aquest últim un repte”. (Joan Carles Contel)

“Els dos departaments no van alineats. Segurament té a veure amb el que dèiem: la fortalesa o la debilitat de cadascun dels sistemes, que fa que un tiri milles i que l'altre no acabi d'agafar-se. I us posaré un exemple que és l'aprovació de l'ENAPISC [Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària]: a l'estratègia de primària de salut es planteja contractar no sé quants treballadors socials a l'àmbit de salut. Si no han fet encara la discussió de com hem d'integrar els dos sistemes crec que no és gaire adequat que es puguin plantejar aquestes idees, que vol dir que hi ha un sistema que tira milles sense realment parlar amb l'altre”. (Teia Fàbrega)

“Jo crec que el problema és que segurament les grans estratègies de país, com l'ENAPISC [Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària] i del PIAISS són compartides àmpliament per tots dos sectors, però la seva concreció amb plans operatius orientats a les necessitats reals de la població es fan molt difícils d'aplicar sense canvis profunds en la cultura, l'estratègia, els objectius i els incentius de les xarxes d'ambos sectors. L'ENAPISC és una estratègia orientada a donar solució als problemes de l'atenció primària. La problemàtica de la integració social i sanitària és molt més complexa, i requereix un abordatge molt més multidisciplinari”. (Francesc Brosa)

“Aquesta reflexió [escalar els projectes pilot] no s'està ni fent ni implementant prou decididament. Seguim fent plans: el pla d'urgències, el pla de primària, el de salut mental, etc. Per què no fem el pla de les persones? Perquè, de fet, tots els plans que s'estan fent tenen molts punts en comú, especialment quan afecten les persones més vulnerables i, en fragmentar-los, els estàs fent perdre efectivitat, eficiència i relat. Molta gent pensa que a la llarga és millor una bona fragmentació que una mala integració i aquest és l'argument -sovint l'excusa- que permet de retornar als enfocaments fragmentats tradicionals. Però penso que ens equivoquem del tot al fer-ho”. (Carles Blay)

### 5.3. QUINS SÓN ELS FACILITADORS I LES BARRERES PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

Les persones compareixents en els grups de treball han identificat de manera explícita o implícita una sèrie de facilitadors i barreres per al desenvolupament de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya.

#### 5.3.1. FACILITADORS

A diferència del subapartat 3.2.2. d'aquest informe (on s'hi relacionen els elements que la literatura especialitzada considera explicatius de l'èxit d'alguns programes o experiències d'atenció integrada), en aquest subapartat s'identifiquen els elements de caràcter contextual o estructural que les persones compareixents consideren que poden afavorir el desplegament de l'atenció integrada a Catalunya.



En primer lloc, cal fer esment a una qüestió a la qual s'han referit totes les persones compareixents i que es pot considerar com un element facilitador, necessari però no suficient, per a la integració social i sanitària. Així, s'expressa la necessitat de transformar l'atenció donada l'evolució de determinades variables demogràfiques i socials, amb l'envelliment de la població i l'augment de la cronicitat:

“Un altre facilitador [...] és que el sistema sociosanitari triomfarà perquè l'altre no es pot pagar. És tan car anar separats que d'aquí un o dos dies no el podrem pagar. El sistema actual no és sostenible a la llarga sobretot amb les previsions d'envelliment”. (Toni Vilà)

“Hi ha una realitat que és tossuda i no la canviarem i la necessitat hi és. Anem ja tard”. (Francesc Brosa)

“El envejecimiento y la cronificación de la enfermedad plantean nuevos retos al sistema sanitario. Los retos que tenemos es la colaboración entre todos los sistemas, la utilización de tecnología para ayudarnos entre todos y poder resolver realmente los problemas que están centrados en la persona”. (Andrea Barbiero)

“Aparecen –y aquí en Cataluña también– plataformas que tratan de resolver problemáticas sociales. [...]. Esto es, para demostrar que otros *players*, otros terceros empiezan a meterse a resolver problemas que si nosotros no resolvemos dentro de nuestras administraciones alguien los resolverá”. (Andrea Barbiero)

Un segon factor facilitador que mencionen la majoria de les persones compareixents és que hi ha experiències suficients que avalen la integració social i sanitària:

“En aquest moment hi ha prou experiències valuades per poder estar segurs de la bondat de fer la integració. [...]. Tenim ja molts models europeus que ens mostren el camí a seguir”. (Toni Vilà)

“Ara tenim suficient experiència en molts models, en molts territoris”. (Marta Poll)

“[...] ja tenim llocs on emmirallar-nos i aprendre”. (Carles Blay)

En tercer lloc, les persones compareixents han mencionat als i les professionals d'ambdós sectors com a factor facilitador del procés d'integració:

“[...] hi ha un apropament professional en els darrers anys: han començat a treballar junts. Des de la base i des del territori ja fa anys que treballen junts malgrat els de dalt no s'entenguin. Hi ha una complicitat entre ells que és un valor important”. (Toni Vilà)

“Hi ha un facilitador que som els professionals. Els professionals que estem el dia a dia amb les persones tenim clar que això és imprescindible”. (Albert Ledesma)

A continuació, es relacionen altres factors facilitadors que només han estat mencionats per una persona compareixent:

“[...] ja es comencen a donar recomanacions basades en l'evidència científica respecte d'aquesta tipologia de persones [es refereix a persones amb necessitats sanitàries i socials], com ja veiem amb algunes guies del NICE (Intitut d'Excel·lència en l'Atenció i la Cura a Regne Unit). També s'ha de dur a terme un procés d'aprenentatge organitzatiu en base a implementacions territorials com ja està passant a alguns territoris”. (Joan Carles Contel)

“[...] Sistemes d'informació. Aquí a Catalunya malgrat tot tenim una situació almenys dins l'àmbit sanitari que és avantatjosa respecte d'altres països. Per exemple, nosaltres tenim una història clínica compartida. Penso que això és un avenç i estem ja en disposició de poder interoperar millor que altres països del nostre entorn a Europa”. (Joan Carles Contel)

“Tenemos a favor la tecnología y un montón de elementos positivos, como que estos ámbitos –salud, educación, servicios sociales, etc.– están basados cada vez más en el conocimiento científico, en la tecnología y en la digitalización. Y esto nos lleva a otro modelo social”. (Fernando Fantova)

“Una de les coses del sistema català i espanyol, i portuguès, és que l'atenció primària és teòricament forta, s'assembla a la dels països nòrdics. No hi ha sistema, no hi ha model d'atenció integrada, que no tingui una bona atenció primària”. (Joan Carles Contel)

“Tenim uns marcs normatius diversos, la Convenció [Convenció internacional de Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitat], el Pla europeu de salut mental, etc. Molts elements que estan molt alineats amb això i que ens empenyen a anar cap aquí”. (Marta Poll)

“Tenim un model associatiu en primera persona i de familiars [en l'àmbit de la salut mental] que, tot i que encara té una gran fragilitat, sí que té ganes de col·laborar, d'aportar, que té presència a tot Catalunya. [...]. I això també s'ha d'aprofitar. (Marta Poll)

“L'estalvi. Aquí no s'ha calculat, però al País Basc es va calcular i és molt si es treballa conjuntament. A Escòcia també s'ha calculat i són molts els diners que s'estalvien treballant conjuntament”. (Toni Vilà)

### 5.3.2. BARRERES

De la mateixa manera, les persones compareixents identifiquen diversos factors de caràcter contextual o estructural que poden actuar com a barreres o frens contra el desplegament de l'atenció integrada a Catalunya.

#### Les diferències entre el sector social i el sector sanitari

Totes les persones compareixents coincideixen en la dificultat que suposa integrar dos sectors amb diferències importants. En la majoria de les ocasions, quan es fa referència a aquestes diferències, es menciona el nivell més baix de desenvolupament del sector social en relació amb el sanitari. Es parla d'un sistema social “feble” i d'un sistema sanitari “potent” i “estructurat”. Algunes veus relacionen aquestes diferències amb la desconfiança entre ambdós sistemes i les consegüents reticències a col·laborar:

“El sistema social té por del sistema sanitari i el sanitari creu que al sistema social som molt lents, que no resollem els temes, etc.” (Teia Fàbrega).

En concret, una de les persones compareixents opina que aquestes diferències entre sistemes constitueixen una qüestió estructural que explica en gran mesura que la integració social i sanitària es pugui qualificar de “problema maleït”:

“La migración exitosa de un seguro de enfermedad contributivo a una política universal sanitaria basada en el conocimiento no ha pasado en servicios sociales. [...]. La asistencia social comienza un movimiento de convertirse en un pilar universal pero no acaba de hacerlo, [...], no acaba de abandonar esa condición residual de ocuparse un poco de todo, de personas consideradas especiales”. (Fernando Fantova)

En relació amb l'anterior, diverses veus assenyalen que els serveis socials no tenen clara la seva identitat sectorial i el seu valor afegit, el seu “perímetre” (Fernando Fantova), i això dificulta la integració. En conseqüència, la ciutadania tampoc té clar quin és el contingut dels serveis socials i quins drets té al respecte:

“Quan es planteja com a pilar [els serveis socials], ha de ser el pilar d'alguna cosa, no de les restes del altres i aquí comença un discurs a dins de serveis socials de dir: a què ens dediquem realment? Què fa serveis socials? Jo et diré unes coses i d'altres, unes altres” (Teia Fàbrega).

“La sanidad tiene un posicionamiento muy potente entre la ciudadanía y todo el mundo sabe de qué se encargan los servicios sanitarios [...] hay un cierto consenso social”. (Fernando Fantova)

“No ho sap la ciutadania [els serveis socials que existeixen i als que té dret]. I el ciutadà, quan recorre als serveis socials? Quan la situació ja és límit. Llavors ja hem de fer la reacció, és acció-reacció. Serveis socials és problema-resposta. Ens manca desenvolupar models més preventius”. (Pilar Rodríguez)

A continuació, es relacionen les diferències entre ambdós sistemes que han mencionat les persones compareixents:

En primer lloc, en diverses ocasions s'ha fet referència a la qüestió del desequilibri entre drets, atès que hi ha un dret universal d'accés a la salut, mentre que la majoria dels serveis socials tenen un accés condicionat. Aquesta situació, a més d'estar admesa legalment, també ho està socialment:

“La sanitat és universal i és un sistema que és molt bo i, per altra banda, tenim uns serveis socials que naixien i que amb aquestes noves necessitats la demanda s'ha anat desbordant i s'ha hagut de prioritzar”. (Pilar Rodríguez)

“No només legalment, sinó socialment està admès que la salut és gratuïta i, en canvi, en els serveis socials està admès que s'han de pagar. Llavors la gent fa una gran pressió sobre la salut perquè els serveis socials, a sobre que fan pagar, tenen una llarga llista d'espera”. (Toni Vilà)

En segon lloc, un altre dels aspectes més mencionats són les diferències que la normativa estableix en l'organització competencial d'ambdós sistemes: mentre que els serveis sanitaris estan més centralitzats i tenen un criteri únic per accedir a les prestacions, els serveis socials (les prestacions bàsiques) són competència de l'administració local. Es posa de manifest que això genera desigualtat en l'accés a aquests serveis i per tant, inequitat territorial. En una ocasió, es relaciona aquesta situació amb el seu menor desenvolupament:

“[...] pots tenir una Garrotxa en que una sèrie de coincidències han fet que políticament això [els serveis socials] hagi tingut una rellevància diferent, però pots trobar uns altres serveis socials que no disposen de material adequat, com pot ser un ordinador [...]. Des del 2007 tenim unes ràtios marcades que encara hi ha ajuntaments que no les compleixen”. (Teia Fàbrega)

“Quan parlem de serveis socials d'atenció domiciliària, hi ha territoris amb preus que oscil·len entre els 14-15 euros/hora i territoris amb preus de 19-20 euros/hora. Això què vol dir? Equitat en el territori?” (Pilar Rodríguez)

“L'articulació d'aquest sistema [els serveis socials] és molt molt més complexa per la seva descentralització. Això ha fet que a nivell tècnic, científic i professional, malgrat s'hagi evolucionat en moltes coses, l'atomització fa que sigui difícil l'enfortiment com a sistema”. (Teia Fàbrega)

En tercer lloc, diverses veus assenyalen com a fre a la integració que els sectors social i sanitari tenen maneres d'organitzar-se i orientacions professionals diferents:

“Tots dos sectors fan front a la problemàtica de les persones des de vessants diferents (....) On es el problema? Les dificultats apareixen quan s'ha de fer front a situacions en què conflueixen totes dues xarxes, cadascuna amb una cultura concreta, amb formes de treballar diferents, fins i tot en alguns casos amb objectius que poden ser diferents. En aquests casos, per molt que l'estratègia pugui ser comuna, pot arribar a ser molt difícil donar satisfacció a les necessitats d'ambdues xarxes d'una manera satisfactòria”. (Francesc Brosa)

“Són models organitzatius diferents, sistemes de pagament diferents i cultures organitzatives diferents, però en moltes ocasions atenem a les mateixes persones i s'ha de construir un model col·laboratiu d'atenció centrat en la persona”. (Joan Carles Contel)

“Tenim orientacions professionals diferents, que seria una gran riquesa si fóssim capaços de trobar consensos i de complementar-nos, però és una gran barrera si ens dificulta poder treballar plegats”. (Marta Poll)

“Els i les professionals dels serveis socials han estat formats per cuidar i els sanitaris per curar”. (Toni Vilà)

Una quarta diferència mencionada de forma freqüent per les persones compareixents són les condicions laborals dels i les professionals:

“Actualment a Catalunya els recursos humans de salut i els de serveis socials no tenen res a veure ni en les professions, ni en els horaris, ni en el que cobren”. (Toni Vilà)

“[...] hi ha una disputa professional entre les treballadores socials de salut, que cobren jo crec el que han de cobrar, i les dels municipis que cobren molt menys”. (Albert Ledesma)

“Un problema afegit a l'hora d'analitzar les diferències entre tots dos sectors es deriva de les implicacions que a nivell laboral i pressupostari pot tenir la confluència de tots dos sectors”. (Francesc Brosa)

En cinquè lloc, algunes de les persones compareixents mencionen que els serveis socials sovint ofereixen prestacions econòmiques, mentre que el sistema sanitari ofereix serveis. Lligat amb el tema de les prestacions, es fa referència a la burocratització del sistema de serveis socials:

“El tercer tema més important, perquè en el fons és l'essència de com s'atén a les persones, és que els serveis socials ofereixen prestacions, no serveis. [...]. El circuit per validar les prestacions en l'àmbit més general del Departament de Benestar Social i Famílies és un sistema molt burocratitzat”. (Albert Ledesma)

“Social està més centrat en buscar, donar una resposta amb recursos. És una cartera de serveis obsoleta, que no dona resposta a les necessitats actuals de la persona si és que parlem d'aquest enfocament centrat en la persona”. (Pilar Rodríguez)

Una sisena diferència mencionada és la dotació de recursos:

“[...] quan mires les àrees bàsiques de salut o quan mires les bàsiques de social, les dotacions que hi ha a un lloc i l'altre no són comparables”. (Teia Fàbrega)

“Tenim una xarxa de salut mental des d'una perspectiva més sanitària que ha fet un gran esforç [...]. Però tenim una manca enorme de recursos comunitaris d'inclusió social, d'acompanyament a la comunitat, d'atenció a domicili”. (Marta Poll)

En setè lloc, algunes persones compareixents fan referència a que les divisions territorials d'ambdós sistemes són diferents, la qual cosa dificulta la coordinació:

“No coincideixen els territoris de serveis socials i de salut. No coincideixen les àrees bàsiques de serveis socials i salut perquè segueixen lògiques diferents”. (Toni Vilà)

“La distribució territorial de salut és una, la de benestar una altra i quan anem a educació també és una altra. És difícil treballar de forma coordinada així” (Marta Poll).

En vuitè lloc, amb una freqüència elevada es fa referència al diferent nivell de desenvolupament dels sistemes d'informació i, en concret, al nivell baix de desenvolupament que tenen en l'àmbit social, on no hi ha un sistema únic de recollida de dades:

“Salut té un tant per cent molt elevat de visualitzacions amb l'HC3 [Història Clínica Compartida]. El sistema social està atomitzat. Ara ens estem com situant i tenim uns quants programes. Hi ha el de Barcelona, el

SASI, hi ha l'HESTIA, a les comarques gironines tenim el GESS. Llavors hi ha petits per tot. Això és una dificultat". (Teia Fàbrega)

"Crec que hi ha vint-i-sis programaris diferents a Catalunya que gestionen els serveis socials i això és un problema". (Albert Ledesma)

"Ni tan sols podem creuar dades entre el propi sistema de serveis socials, com volem compatir i creuar dades amb salut?". (Pilar Rodríguez)

La novena diferència assenyalada és el volum en el coneixement científic i tècnic i d'evidències:

"Una altra diferència, que pot esdevenir clau, és la diferent cultura que existeix entre la pràctica assistencial d'ambdós sectors. D'una banda, el sector sanitari està molt basat en l'aplicació de l'estandarització en base a protocols, guies de pràctica clínica, trajectòries assistencials, etc, molt basats en el concepte de l'evidència. D'altra banda, tenim un sector social amb patrons de funcionament molt més centrats en la persona i amb solucions que han de ser molt més personalitzades a cada situació." (Francesc Brosa)

"[La sanitat] té al voltant de 150 associacions científiques de professionals sanitaris. Quantes n'hi ha al sector de les professions de l'àmbit social, més enllà del Col·legi Oficial de Treballadors Socials?". (Carles Blay)

"Hi ha grans reptes. Un per exemple és la necessitat de disposar d'una estandarització i codificació de la problemàtica social comuna als Serveis Socials. És una premissa prèvia que pot tenir efectes beneficiosos en termes d'afavorir escenaris d'interoperabilitat entre els sistemes d'informació dels àmbits sanitari i social". (Joan Carles Contel)

"Igual que Salut està prevenint que d'aquí 30 anys els ictus seran un percentatge determinat i estic posant mecanismes per prevenir, dins de serveis socials també hauríem d'intentar establir models predictius [...]. A serveis socials això no ho apliquem". (Pilar Rodríguez)

Com a última diferència, una de les persones compareixents posa de manifest les diferències en la participació de les persones usuàries en ambdós sistemes:

"No deixem que la persona opini [als serveis socials], per tant tampoc hi ha mecanismes perquè la persona pugui opinar, i això ens ajudaria. A Salut, en el seu moment, [...] va ser clau poder conèixer l'opinió de les persones per millorar". (Pilar Rodríguez)

Per acabar, algunes de les persones compareixents assenyalen que com a factor explicatiu de la desigualtat entre ambdós sistemes i que suposa una barrera per al seu equilibri, subjau el fet que tot allò que està relacionat amb la cura no està valorat socialment, contràriament al que passa amb l'objecte del sistema sanitari, curar:

"Tot el que és cuidar no està valorat per la societat. I els professionals que són cuidadors, auxiliars de geriatría, auxiliars de clínica, no estan valorats per la societat. És que no està valorat ni el cuidador familiar, que està sostenint part d'aquesta integració sociosanitària als domicilis". (Pilar Rodríguez)

"Parlar de serveis socials és despesa, [mentre que] a Salut és inversió". (Pilar Rodríguez)

"Els col·lectius no mèdics ho tenen molt difícil per contrarestar el poder dels metges que la pròpia societat els atorga. [...]. O sigui, que hi ha una asimetria enorme en la capacitat d'influència de cada col·lectiu i això es nota molt en els contextos d'integració". (Carles Blay)

## Altres barreres

Fernando Fantova menciona les “falses solucions” com a barrera a la integració. Aquest compareixent apunta dues falses solucions: en primer lloc, tot allò que aprofundeixi en l'aspecte residual dels serveis socials (el que ell anomena “camió escombra”), atès que els serveis socials es tornen invisibles per al sistema sanitari; en segon lloc, tot allò que enforteixi la sanitat i debiliti els serveis socials i posa l'exemple de les treballadores socials del sector de la salut que depenen del Departament de Salut, “entendiendo que según como se plantee la presencia del trabajo social en el sector sanitario, se puede contribuir a fortalecer ambos sistemas y a mejorar su respuesta integrada o lo contrario” (Fernando Fantova). Algunes de les persones compareixents fan referència a aquesta última qüestió:

“L'àrea bàsica de salut [es refereix a la treballadora social de l'ABS] pot fer un diagnòstic súper ben fet, però no té la cartera de serveis socials. [...] igualment, haurà de derivar al sistema social”. (Teia Fàbrega)

“Hi ha dos posicionaments aquí. Un és dir: posem professionals de l'àmbit social al sistema sanitari. [L'altre és dir] enfortim el sistema social i que el sistema social sigui qui determini quin és el treball social a fer”. (Teia Fàbrega)

“Quan aquests treballadors de salut [treballadores socials de sanitat] han de passar a dependre del món local per poder treballar conjuntament la cartera de serveis socials ...[...] Què vol un professional? No sortir de l'ICS, degut a diferències en les condicions laborals. Les diferències econòmiques són importants entre tècnics amb les mateixes competències i amb la mateixa jornada laboral. [...] La pràctica ens impedeix integrar.” (Pilar Rodríguez)

Una altra barrera que es menciona per diverses persones compareixents és que es continua planificant de la mateixa manera, mentre que els paràmetres demogràfics i socials han canviat (envelliment de la població i augment de la cronicitat), amb els mateixos recursos i d'una manera fragmentada, “adaptant les persones a les estructures i no les estructures a les persones” (Francesc Brosa):

“Altres barreres estan promogudes pels canvis que s'han anat produint en les necessitats de la població i la dificultat dels models tradicionals d'adaptar-s'hi. Per exemple, quan es proposa una licitació per una residència es fa d'una forma homogènia, sense tenir present l'envelliment d'aquella zona, la càrrega de cronicitat d'aquella població. En aquestes circumstàncies es difícil l'adaptació posterior. Les diferències de les càrregues de treball que porten implícites les diferents situacions no estan previstes en els models”. (Francesc Brosa)

“Quan parlem d'aquesta atenció integrada, atenció íntegra, sociosanitària, etc..., ho fem des d'una mirada on una persona necessita uns serveis socials, uns serveis sanitaris. [...]. La mirada a la persona no hi és. Aquest és el handicap”. (Pilar Rodríguez)

“Ara hi ha tota una iniciativa de transformar la primària a Catalunya que, de nou, corre el risc d'esdevenir un pla fragmentat”. (Carles Blay)

Diverses persones compareixents també consideren una barrera que es continuïn fent projectes pilot, sense generalitzar el model:

“Passen els anys i només tenim programes pilot”. (Pilar Rodríguez)

“A casa nostra, les proves pilot sempre han estat bastant inefectives quant a la seva escalabilitat real” (Carles Blay)

Una altra qüestió mencionada per la majoria de les persones compareixents és la manca de treball conjunt i de coordinació entre nivells assistencials i dispositius del sistema, la qual cosa genera una resposta fragmentada, discontinuïtat assistencial i manca de referent. En relació amb l'anterior, s'assenyala la manca de temps dels i les professionals per dedicar-se a activitats de coordinació:

“Moltes vegades costa saber qui és el referent, tants caps tants barrets. És a dir, una mica aquesta idea que vas circulant i et trobes que a cada lloc et diuen coses diferents, la qual cosa genera un sentiment de desorientació entres les persones i les famílies”. (Marta Poll)

“S’hauria de donar una cooperació i no es dona, perquè no hi ha capacitat de comunicar-se”. (Pilar Rodríguez)

“Una persona a vegades perquè pugui cobrir una part de les seves necessitats, ha de contactar amb vint persones diferents”. (Pilar Rodríguez)

“Hi ha una manca de temps i dedicació dels professionals per generar espais que permetin aquest treball conjunt”. [...] Estem esgotant cada cop més els professionals i cada cop hi ha més resistències” (Marta Poll)

Així mateix, la majoria de les persones compareixents fan referència al fre que suposa que no hi hagi un lideratge ni central ni territorial, així com tampoc una decisió política ferma vers la integració:

“Si fos una cosa forta de país no hi hauria aquestes discussions i malgrat no haver-hi govern les posicions serien molt clares”. (Teia Fàbrega)

“El tema clau jo diria que rau en la capacitat dels polítics de prendre decisions clarividents i valentes”. (Carles Blay)

“Els darrers 15-20 anys s’ha tendit a anul·lar el lideratge professional, especialment el que en podríem dir “lideratge dissident”, que és el que més ens pot interessar en contextos disruptius com l’actual”. (Carles Blay)

En diverses ocasions, es fa referència a les resistències dels i les professionals com a barrera a la integració, atesos els canvis que es requereixen en l’organització dels serveis i en la cultura i metodologia de treball dels i les professionals:

“Això requereix un canvi de mentalitat, de compartir els lideratges, els projectes. [...] el treball conjunt seria clau perquè això funcioni. Si els professionals no hi estan d’acord és molt difícil de...”. (Toni Vilà)

“Quan baixes a l’àmbit professional trobes resistències dels dos costats. Resistències a integrar perquè aquesta integració, quan tu estàs fent la reordenació, aquesta valoració integral i com canvies els serveis, provoca canvis importants en el dia a dia de les institucions i dels professionals”. (Albert Ledesma)

“Hi ha un rebuig al canvi cultural per part dels professionals. Partim d’aquest model tan paternalista i assistencialista, que a vegades hi ha un excés d’intervenció per part dels professionals, que decideixen per la persona. Els rols dels professionals són rígids i fragmentats”. (Pilar Rodríguez).

Una altra qüestió que es menciona és la relativa a que el sistema no forma els i les professionals d’acord amb els principis de l’atenció integrada centrada en la persona:

“Una altra barrera que per a mi es cada cop més important, almenys en l’entorn sanitari, és l’enfoc formatiu amb el que surten al mercat de treball els professionals. S’estan preparant professionals sanitaris perquè treballin en entorns cada cop més especialitats. En canvi la realitat del carrer ens enfronta cada cop més a una complexitat de caire socio sanitari en que no es poden mesurar les intervencions amb els criteris que convencionalment s’han utilitzat. Avui l’aspecte social i el sanitari van cada cop més de la mà, almenys en el segment de la població de la gent gran. La formació dels professionals en les facultats hauria d’anar també en aquesta línia”. (Francesc Brosa)

“L’altre tema clau són els professionals. Hi ha nous perfils professionals que estan sortint. La formació seria clau perquè això funcioni”. (Toni Vilà)

Algunes veus fan menció als interessos creats i la instauració de determinades estructures com a qüestió que dificulta la transformació del model, més encara si es té en compte que la velocitat dels canvis demana respostes ràpides:

“La transformació dels models d’atenció a la salut i el benestar de les persones és un tema que afecta als interessos de sector importants”. (Carles Blay)

“[...] tenim instaurades algun tipus d’estructures, en salut mental venim d’un model molt hospitalari. Passar a la comunitària costa molt”. (Marta Poll)

“[...] Però la resposta de l’administració és molt lenta, pels interessos que siguin, polítics, estructurals, etc.”. (Pilar Rodríguez)

Una altra barrera mencionada és la que fa referència a l’avaluació:

“Fem moltes coses, però ens costa tenir resultats d’allò que estem fent. Avaluem el volum que fem, però no els resultats en salut”. (Marta Poll).

“Tenim molt poca tradició d’avaluar seriosament allò que fem”. (Carles Blay)

En connexió amb l’anterior, les persones compareixents assenyalen com un altre fre a la integració la feblesa dels sistemes d’informació, tant socials com sanitaris:

“Ahora hay que ver si toda esa información es reutilizable. Esta es otra discusión. La Historia Clínica Compartida y La Meva Salut tienen determinada información pero tampoco hace falta que esté toda la información”. (Andrea Barbiero)

“És un privilegi poder comptar amb les dades que disposa el sistema sanitari català, tot i que sovint s’utilitzen més per contractar serveis, que per analitzar la salut dels catalans i planificar les polítiques”. (Carles Blay)

Finalment, en algunes ocasions es fa referència a la rigidesa i lentitud del sistema com a fre per al desenvolupament del nou model:

“La cartera de serveis? L’actual és molt rígida i aquesta rigidesa és incompatible amb el model centrat en la persona”. (Toni Vilà)

“Tenim un sistema que és molt rígida i que atén la necessitat del moment i potser amb el pas del temps aquella necessitat ha canviat. Som molt lents a l’hora de poder donar respostes a les persones”. (Marta Poll)

“Els rols professionals són rígids i fragmentats”. (Pilar Rodríguez)

A continuació, es relacionen una sèrie de barreres que han estat citades en una sola ocasió:

“Penso que ens equivoquem si només construïm el relat sanitari del nostre país sobre la base de grans hospitals, grans UCIS i altres serveis d’alta tecnologia. Ens han acostumat a que aquesta sigui l’argumentació més glamorosa i convincent, però no és la que millor permet d’assegurar els resultats de salut desitjats. (Carles Blay)

“La manca d’evidència, de proves científiques, que avalin els sistemes basats en la integració social i sanitària, és un dels principals frens a la seva implementació i aquest és un fet que cal afrontar amb intel·ligència, rigor i diligència. (Carles Blay)



"Tenim una xarxa molt fragmentada. Això ens preocupa molt perquè hi ha cultures institucionals molt diferents, hi ha maneres de fer molt diferents". (Marta Poll)

"S'escolta poc, es pregunta poc i es compta poc amb les famílies. [...]. A nivell individual, la persona s'ha de responsabilitzar, ha de participar. Per tant s'ha de formar les persones [...]. Aquest canvi de rol no és fàcil". (Marta Poll).

"Les polítiques d'austeritat són un altre fre, sobretot perquè la llei de dependència ha quedat en aquests moments gairebé en un no-res". (Toni Vilà)

#### 5.4. QUINES SÓN LES EXPERIÈNCIES DESTACADES D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

En el context dels Grups de Treball de l'informe, els membres de les organitzacions i les persones compareixents han fet referència a algunes de les experiències d'atenció integrada explicades en aquest informe; en concret, les del País Basc, Escòcia i la Garrotxa (vegeu glossa 6). A més, citen altres experiències corresponents a diferents parts del món i models d'integració. A continuació, es relacionen els aspectes i característiques d'aquestes experiències que poden ser d'interès en el context de l'informe i en relació amb el model català d'atenció integrada social i sanitària.

##### Àmbit internacional

El model del Quebec, el SIPA (sistema de serveis per a persones grans que han perdut l'autonomia), se cita com a exemple d'integració "forta", atès que salut i serveis socials s'han integrat a nivell institucional.

Pel que fa a Anglaterra, es menciona el cas de Torbay (comtat de Devon) com una de les primeres experiències d'atenció integrada. Així mateix, es fa menció dels "Pioneers", uns projectes territorials d'atenció integrada social i sanitària que es posen en marxa l'any 2013. Amb posterioritat, Anglaterra ha unificat en un sol departament de govern els àmbits social i sanitari i treballa amb una agenda d'atenció integrada. S'han creat partenariats territorials ("boards") socials i sanitaris, a l'estil d'Escòcia. Es destaquen altres qüestions: la introducció de l'agenda de set dies a la setmana, la valoració i el pla integrat compartit amb un o una professional de referència, així com el pagament per resultats. Com a aspecte a millorar, s'assenyala que estan tenint molts problemes amb els sistemes d'informació.

També es fa referència a l'experiència del Gran Manchester, la qual s'ha desenvolupat en el marc de la descentralització o "devolution". S'ha creat una bossa comuna de sis milions de lliures, s'ha desenvolupat una nova legislació i s'està treballant en qüestions com les rutes assistencials i la millora de les transicions de les persones que tornen a casa des de l'hospital. Així mateix, s'està introduint la concepció de l'atenció integrada que va més enllà d'allò que es considerava estrictament sanitari i social, amb la incorporació d'àmbits d'actuació com l'habitatge o la justícia, entre d'altres.

Un altre model comentat és el de Finlàndia, on l'organització, el finançament i l'atorgament dels serveis es fa a través de la comarca. El disseny del model és relativament nou i l'agenda d'implementació està prevista per als propers anys. Es preveuen valoracions i plans integrals, així com paquets integrats per a les persones usuàries que freqüenten molt els serveis.

Una experiència que s'identifica com inspiradora per al model català és la de Canadà, on s'està fent una aposta molt gran per l'atenció domiciliària. D'acord amb el Ministeri de Salut i Afers Socials d'Ontario, la prioritització d'aquest tipus d'atenció es fa palesa amb l'increment de la dotació pressupostària d'una sèrie d'actuacions: atenció domiciliària, activitats de la vida diària de persones objecte d'atenció domiciliària i d'hores addicionals de cures d'infermeria.

Finalment, es fa referència a l'experiència de Canterbury, a Nova Zelanda. Després d'un terratrèmol que destrueix els hospitals, el model es reconstrueix des d'una mirada molt més comunitària i integrada, amb una atenció primària molt apoderada. Canterbury és una de les zones amb millors resultats en salut de Nova Zelanda i és un exemple de bones pràctiques.

### Àmbit estatal

Algunes persones destaquen el model de Castella i Lleó, concretament el fet que existeixen uns criteris comuns d'accés a tot el sistema de serveis socials. Això s'ha aconseguit a partir del consens amb tots els ajuntaments i el Departament de serveis socials de Castella i Lleó sense necessitat de fer cap modificació normativa. En aquest sentit, la reforma dels serveis socials ha estat un pas previ al procés d'integració amb l'àmbit sanitari a partir d'un lideratge fort de la conselleria de serveis socials.

### Àmbit català

Es menciona un dels projectes pilot de la Fundació TIC Salut (un organisme del Departament de Salut) que consisteix a codificar i compartir informació amb l'objectiu d'avançar en la integració de l'atenció social i sanitària.

També es fa referència al Programa del Pacient Expert Catalunya®, el qual té com a objectiu potenciar l'autocura, la coresponsabilitat i l'autonomia de les persones amb una malaltia crònica.

Finalment, es menciona un projecte desenvolupat per la Universitat de Barcelona que ha tingut com a finalitat dissenyar un instrument de detecció i mesura de les "capacitats" de les persones, en lloc de les seves "incapacitats" o "limitacions" (que és allò que s'acostuma a fer normalment). El projecte es va dur a terme per encàrrec del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i va donar lloc al manual de baremació "Bateria d'avaluació de capacitats per a l'assignació de recursos a persones amb limitacions funcionals" (Bateria SISPA-UB). L'instrument va ser elaborat per un equip de recerca de la Secció de Psicologia Quantitativa del Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament de la Facultat de Psicologia (Universitat de Barcelona) i va estar liderat per Joan Guàrdia Ollmos.

### Àmbit local

Es fa referència al projecte d'història clínica i social compartida de l'Ajuntament de Barcelona i el Departament de Salut. El seu objectiu és integrar els sistemes d'informació per tal de compartir dades socials i sanitàries i facilitar la presa de decisions en l'atenció a les persones. Aquest projecte és una prova pilot que s'ha desenvolupat en dos barris de Barcelona i s'ha centrat en el col·lectiu de persones de més de 64 anys que tenen una malaltia crònica i que reben el servei d'ajuda a domicili. Es menciona que el projecte s'ha quedat en un primer pas i que caldria aprofundir en la construcció d'un sistema d'informació social i sanitària compartit.

També es comenta el projecte de les "superilles socials" de l'Ajuntament de Barcelona. Aquests espais són territoris qualificats com d'abast humà, de sis a vuit mil habitants, els quals passen a ser el marc de la gestió de l'atenció a les persones i de les relacions comunitàries. S'han iniciat quatre projectes pilot amb els serveis d'ajuda a domicili, als quals s'aniran afegint altres serveis.

Finalment, altres experiències a les quals es fa referència són al pla d'actuació "Fent companyia" del Servei de Prevenció i Promoció de l'Autonomia de persones soles del Consell Comarcal del Pla de l'Estany i al programa "Els serveis socials més a prop" de l'Àrea d'Atenció a les Persones de la Diputació de Barcelona.

“Fent companyia” és un pla d’actuació centrat en l’atenció a les persones de més de 70 anys que viuen soles. Consisteix fonamentalment en conèixer les formes de vida i relació de les persones grans, identificar situacions d’aïllament social i sentiments de solitud i desenvolupar actuacions preventives o, en cas de necessitat, estratègies generadores de vincle. “Fent companyia” i, en general, el Servei de Prevenció i Promoció de l’Autonomia de persones soles, representen un pas en endavant des del treball personalitzat de suport a la higiene i atenció a la llar que caracteritza el Servei d’Atenció Domiciliària (SAD) a un treball de potenciació de l’autonomia personal i retard de l’aparició de malalties i situacions de dependència mitjançant la participació a la comunitat.<sup>13</sup>

Per la seva banda, “Els serveis socials més a prop” consisteix en la realització d’entrevistes domiciliàries mitjançant professionals diplomats en treball social, amb periodicitat anual, a totes les persones més grans de 80 anys que no siguin usuàries dels serveis socials, per detectar situacions potencials de desempament. Des de l’any 2007, el programa ha dut a terme 32.000 entrevistes a 260 municipis i ha derivat a l’entorn de 500 persones als serveis socials bàsics (Diputació de Barcelona, sense any).

#### Glossa 6: Visita al projecte col·laboratiu de la Garrotxa

El dia 24 de juliol de 2018, l’equip tècnic del CTEESC encarregat de redactar aquest informe (Xavier Riudor (dir.), Diego Herrera i Virgínia Villar) es va desplaçar fins a Olot i Besalú amb l’objectiu de conèixer de prop i de primera mà el dia a dia de l’atenció integrada social i sanitària a la Garrotxa. Els membres de l’Equip de Treball de l’informe van estar d’acord amb seleccionar l’experiència d’aquesta comarca perquè, tal com s’explica a Sutton, Montané, Pons *et al.* (2015a i 2015b) (vegeu capítol 3), es tracta d’un dels “projectes col·laboratius” més avançats de tot Catalunya.

La visita va estar organitzada pel Consorci d’Acció Social de la Garrotxa i va consistir en la celebració de tres reunions informatives amb presència i participació activa de diversos professionals de l’àmbit social i sanitari: una primera reunió de caràcter introductori i general en la seu del Consorci a Olot i dues més de caràcter pràctic i específic en els CAPS de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de Besalú (àmbit rural) i Olot (àmbit urbà). Totes les reunions es van registrar en format àudio i posteriorment se’n va fer la transcripció natural. Sobre la base d’aquest material, l’equip tècnic va dur a terme un buidatge i l’anàlisi de la informació més rellevant, emfatitzant la identificació dels elements distintius de la Garrotxa que aporten un valor afegit al model català d’atenció integrada social i sanitària.

La primera reunió va tenir lloc a l’edifici del **Consorci d’Acció Social de la Garrotxa** i hi van participar les vuit persones següents: Teia Fàbrega (directora general del Consorci Acció Social de la Garrotxa), Montse Canet (responsable de processos i continuïtat de la Direcció d’Atenció Primària a Girona, ICS), Josep Lluís Nicolau (director dels EAP Olot i Besalú, ICS), Marta Espona (adjunta de direcció dels EAP Olot i Besalú, ICS), Ernest Torrell (cap de psiquiatria de l’Institut d’Assistència Sanitària (IAS), Xarxa de salut mental de la Garrotxa), Carme Sans (directora de serveis del Consorci Acció Social de la Garrotxa), Roser Coromina (coordinadora d’Atenció Primària Social rural del Consorci Acció Social de la Garrotxa) i Sandra Casado (coordinadora d’atenció a l’autonomia del Consorci Acció Social de la Garrotxa).

Els continguts més rellevants de la reunió es poden resumir en dues parts: en primer lloc, els aspectes contextuals que han actuat com a condicions de possibilitat de l’experiència d’atenció integrada de la Garrotxa i, en segon lloc, les característiques diferencials del model que poden servir com a referents per al desenvolupament de l’atenció integrada a Catalunya.

Pel que fa als elements contextuals, algunes de les persones que van participar a la reunió argumenten que a la Garrotxa hi ha una tradició col·laborativa que ha facilitat el camí de la integració: d’una banda, entre professionals dels àmbits social i sanitari i, de l’altra, entre l’Ajuntament d’Olot i el Consell Comarcal. La situació actual de l’atenció integrada a la Garrotxa no s’interpreta com la conseqüència de l’aplicació pràctica d’un model teòric prèviament validat sinó més aviat com el resultat d’haver anat desenvolupant durant dues dècades un conjunt de solucions innovadores per donar resposta a les necessitats de la població.

En relació amb les **característiques més destacables del model d’atenció de la Garrotxa**, les persones participants

<sup>13</sup> Agraïm la informació addicional proporcionada pel Sr. Antoni Pérez Yuste, director de l’Àrea de Benestar Social del Consell Comarcal del Pla de l’Estany, a través de la facilitació d’una presentació en format Power-Point sobre el Servei de Prevenció i Promoció de l’Autonomia de persones soles al Pla de l’Estany.

a la reunió en van identificar deu:

-En primer lloc, l'existència del Consorci d'Acció Social, el qual actua com a paraigües institucional i vector de la transformació –lenta però progressiva– des d'un model d'atenció fragmentat cap a un altre d'integrat. El Consorci d'Acció Social funciona amb una fórmula que és única a Catalunya: la signatura de convenis de col·laboració entre els àmbits social i sanitari. Aquest element implica l'assoliment d'acords per part de les direccions de les organitzacions i la definició de directrius que faciliten el treball col·laboratiu entre els i les professionals dels dos àmbits.

-En segon lloc, el consens polític al voltant del Consorci i el model d'atenció que representa. Aquest consens es manté independentment del canvi polític i s'estén a la gestió d'altres esferes de la realitat social de la comarca, com ara el model d'acollida de la població d'origen immigratori. El més rellevant de tot és que el consens polític dona estabilitat al projecte d'integració de l'atenció social i sanitària i reforça la confiança entre els actors que participen en la seva implementació.

-En tercer lloc, l'èmfasi que posa el Consorci en el canvi organitzatiu i el disseny de processos integrats. Pel que fa al primer aspecte, el Consorci impulsa la transformació progressiva de l'atenció des d'un model clàssic estructurat al voltant dels serveis a un altre d'innovador estructurat en funció de les necessitats de les persones (a la pràctica, per exemple, no existeix la diferenciació entre els serveis socials bàsics i els especialitzats). Pel que fa al segon aspecte, el Consorci dissenya processos integrats que posen l'accent en la simplificació i l'execució de les accions i eviten d'entrada la realització de valoracions múltiples i fragmentades. S'ha de destacar en aquest sentit la participació activa del Consorci en la definició del model PIAISS d'atenció integrada en l'entorn domiciliari.

-En quart lloc, la presència a dins de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de treballadores socials del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa. A diferència del que succeeix en altres territoris –on els treballadors i treballadores socials dels EAP depenen del Departament de Salut– a la Garrotxa poden prescriure directament prestacions de la cartera de serveis socials sense necessitat de derivació i doble valoració. Aquesta singularitat es tradueix en una atenció de necessitats més àgil i integrada.

-En cinquè lloc, el model de Serveis d'Atenció Domiciliària (SAD), caracteritzat per l'absència de llistes d'espera i per una relació de confiança amb els dispositius sanitaris. D'aquesta manera, tant el Programa d'atenció domiciliària–Equips de suport (PADES) com els treballadors i treballadores socials de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa (dependents del Departament de Salut) poden prescriure directament SAD (i.e. serveis d'ajuda a domicili i/o serveis de les tecnologies de suport i cura).

-En sisè lloc, el reconeixement de l'existència d'urgències socials i l'adequació de la prestació d'atenció social i sanitària a aquesta realitat en augment. Tant l'equip directiu de l'EAP com la treballadora social de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa poden prescriure directament prestacions de la cartera de serveis socials durant els caps de setmana i els dies festius a l'espera que el primer dia laborable es decideixi quin és el millor recurs per atendre les necessitats de les persones. Aquesta possibilitat garanteix la cobertura de les necessitats socials al llarg de l'any, facilita la gestió de les altes i les admissions hospitalàries i permet reduir les estades mitjanes hospitalàries.

-En setè lloc, l'existència d'unitats funcionals de salut mental, adreçades a l'atenció integrada de persones amb necessitats complexes. Les unitats faciliten el disseny de plans d'actuació conjunts entre els recursos i serveis especialitzats d'atenció a la salut mental (incloent del CAS–Centre d'Atenció a Toxicomanies) i la resta de dispositius socials i sanitaris (i.e. atenció primària de salut, atenció hospitalària, atenció social, centres residencials, etc.). En els casos de salut mental infantil i juvenil, el model d'atenció comunitària en salut mental s'estén fins a englobar els centres educatius.

-En vuitè lloc, les gestores de cas tenen un paper molt important com a equip de suport de les persones amb necessitats complexes; tanmateix, els i les professionals de referència que fan gestió de casos poden ser indistintament persones de l'àmbit social o sanitari, bé en funció de l'ascendència que tingui la persona usuària amb un o altre professional, bé en funció del seu perfil de necessitats (més socials vs. més sanitàries). En aquest sentit, val a destacar també l'elaboració, per part del Consorci, d'una escala integrada de valoració del grau de complexitat social i sanitària.

-En novè lloc, el Servei de teràpia ocupacional i productes de suport, posat recentment en marxa pel Consorci, conjuntament amb les comarques d'Osona i el Ripollès. Es tracta d'un servei d'informació i assessorament personalitzat que pretén assegurar l'autonomia de la persona i la seva continuïtat al domicili. Els i les professionals dels àmbits social i sanitari poden prescriure directament aquest servei. Una terapeuta ocupacional duu a terme la valoració de necessitats de les persones demandants. Per a això, es desplaça fins als domicilis amb l'objectiu

de conèixer de primera ma l'entorn físic i relacional on s'integren les necessitats que cal atendre.

-En desè lloc, s'estan fent avenços en el terreny de la interoperabilitat de les dades de caràcter social i sanitari. Malgrat no disposar d'un sistema d'informació integrat (i.e. un únic aplicatiu on poder abocar i consultar dades des dels àmbits social i sanitari), tot els centres sanitaris, d'atenció primària, l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa i les residències comparteixen informació bé a través de l'estació clínica ECAP, bé a través de l'accés ICS Clínic. Alhora, el Consorci, conjuntament amb els territoris del Ripollès, Pla de l'Estany, Gironès-Salt i Alt Empordà, està treballant amb TIC Salut Social per integrar l'aplicatiu d'informació que comparteixen –el GESS– amb el sistema de salut HC3.

Les persones que han participat en la reunió consideren que aquest conjunt de característiques diferencials i, més concretament, el model de Serveis d'Atenció Domiciliària i la integració de les atencions primàries de salut i social, expliquen el fet que la Garrotxa sigui la comarca amb la proporció més baixa d'hospitalitzacions evitables de caràcter general i psiquiàtric de tot Catalunya. Alhora, recomanen dur a terme estudis científics que demostrin la relació de causalitat (i no només la covariància) entre, d'una banda, l'atenció integrada social i sanitària i, de l'altra, la reducció en la utilització de recursos i serveis sanitaris, amb l'objectiu de practicar una transferència de recursos de l'àmbit sanitari a l'àmbit social equivalent a l'estalvi generat.

Les persones participants també creuen que l'Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC) hauria de considerar la possibilitat d'incorporar treballadors i treballadores socials del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies en els dispositius sanitaris, en comptes de contractar-los directament, per tal de mantenir l'ascendent social sobre aquests perfils professionals i facilitar el desenvolupament de l'atenció integrada a través de la prescripció directa de prestacions de la cartera de serveis socials.

Finalment, les persones participants en aquesta reunió consideren del tot rellevant introduir millores en els sistemes d'informació de serveis socials (actualment molt fragmentat segons comarca i/o municipi) i avançar paral·lelament en la interconnexió entre els sistemes d'informació social i sanitari per tal de facilitar la presa de decisions en el procés d'atenció integrada a les persones.

La segona reunió es va celebrar al CAP de l'ABS de Besalú i hi van participar les vuit persones següents: Roser Coromina (coordinadora d'Atenció Primària Social rural del Consorci Acció Social de la Garrotxa), Josep Lluís Nicolau (director dels EAP Olot i Besalú, ICS), Elena Güell (treballadora social del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa), Laura Sánchez (infermera, ICS), Carme Guàrdia (auxiliar d'infermeria, ICS), Irene Vila (educadora social del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa), Ferran Campillo (pediatre de l'Equip pediàtric territorial de la Garrotxa, Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa) i Quionia Villar (metgessa, ICS).

Els i les professionals que van participar en aquesta reunió destaquen el treball en equip, independentment de si pertanyen a l'ICS o al Consorci, amb l'objectiu de garantir una atenció centrada en la persona. Aquest treball en equip es realitza a través d'una coordinació de caràcter informal: no hi ha un espai de coordinació, sinó que aquesta es desenvolupa a través de reserves d'agenda "ad hoc" o de trobades en els espais comuns del CAP ("ens trobem pel passadís", "esmorzem junts"). En ocasions, els i les professionals es reuneixen conjuntament amb les persones usuàries. En concret, es posa molt èmfasi en la coordinació en l'àmbit de la salut mental, "a través de telèfon i les actuacions que facin falta".

A Besalú, aquesta coordinació informal es veu possibilitada per l'accessibilitat física i personal: els i les professionals presents a la reunió valoren com un avantatge que tot l'equip comparteixi un mateix espai físic i que es coneguin tots els membres, amb "un tracte molt a mà, molt personal i directe". Així mateix, aquesta manera de treballar també es veu possibilitada perquè el volum de població a atendre és petit i perquè tothom es coneix. Precisament aquestes característiques de la població permeten detectar casos de gent amb necessitats socials i sanitàries, sense que prèviament hagin sol·licitat el servei. En aquests casos, la comunitat és la que dona el toc d'alerta ("moltes vegades, l'alcalde ja ens ha alertat de la situació").

Totes les persones presents a la reunió destaquen que l'atenció es fa d'una manera ràpida i integrada. Per exemple, es pot disposar d'un SAD el mateix dia de l'activació o el següent. Això evita ingressos hospitalaris. Així mateix, es ressalta que hi ha un acompanyament a la persona en tot el procés (també als i les familiars), la qual cosa assegura la continuïtat en l'atenció. En relació amb això, s'indica que el fet que la treballadora social de l'EAP depengui del Consorci en comptes del Departament de Salut garanteix aquesta continuïtat en l'atenció: "la mateixa persona fa tot el circuit: coneixement de la situació, tramitació del recurs, seguiment i coordinació amb l'equip".

Una altra qüestió que també possibilita la continuïtat de l'atenció és que les treballadores socials de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, malgrat no pertànyer al Consorci, poden tramitar recursos de la cartera de serveis socials. Això significa que, juntament amb l'alta, les persones surten de l'hospital amb un servei d'ajuda a

domicili i amb cita per ser valorades per les treballadores socials.

Respecte del o la professional de referència que fa el seguiment, les persones que van participar en aquesta reunió també destaquen que no està predeterminada: depèn de qui detecti el problema, de qui tingui més vincle amb la persona o també de si hi ha més pes dels factors socials o dels sanitaris. Per tant, en la determinació del o la professional de referència també es detecta un cert grau de flexibilitat derivat de les pròpies característiques de l'EAP (poca població, tothom es coneix) i de la idiosincràsia de funcionament que se'n deriva.

Un element que els i les professionals destaquen de cara a facilitar la integració de l'atenció és que el territori de les àrees bàsiques socials i sanitàries coincideix.

Per acabar, totes les persones presents a la reunió destaquen que la qüestió dels aplicatius dels sistemes d'informació és una barrera que, en el cas de l'EAP de Besalú, s'ha pogut superar per la proximitat entre professionals ("sort en tenim que estem a prop i ens ho podem anar dient"). Així, expliquen que en l'àmbit sanitari hi ha un programa (ECAP) i en l'àmbit social un altre (GESS). En l'actualitat, els i les professionals de l'àmbit social poden consultar l'ECAP, però no a la inversa. Per tant, a la pràctica s'ha desenvolupat una forma de treballar molt basada en la confiança.

La tercera reunió es va dur a terme en el CAP de l'ABS d'Olot hi van participar les 9 persones següents: Roser Coromina (coordinadora d'Atenció Primària Social rural del Consorci Acció Social de la Garrotxa), Josep Lluís Nicolau (director dels EAP la Olot i Besalú, ICS), Anna Suñé (treballadora social del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa), Marta Espona (adjunta de direcció dels EAP la Olot i Besalú, ICS), Anna Mas (metgessa d'atenció primària i unitats funcionals de salut mental infantil i juvenil i de població adulta, ICS), Núria Barberí (infermera gestora de casos, ICS), Maria Rosa Vilar (metgessa d'atenció primària, ICS), Margarita Rabasa (infermera gestora de casos, ICS) i Sandra Casado (coordinadora d'atenció a l'autonomia del Consorci Acció Social de la Garrotxa).

Com en el cas de Besalú, la treballadora social de l'ABS d'Olot depèn del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa, la qual cosa li permet activar els recursos de la cartera de serveis socials. Totes les persones presents valoren molt positivament la presència de la treballadora social al CAP i que aquesta professional depengui de serveis socials. Opinen que aquesta "fusió" permet donar una resposta integral als casos de complexitat social i sanitària.

Les persones que participen en aquesta reunió també destaquen que el CAP no és l'únic lloc des del qual es poden activar recursos de serveis socials. Les treballadores socials de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa poden prescriure prestacions de la cartera de serveis socials en casos d'urgència, com ara serveis d'ajuda a domicili i/o serveis de les tecnologies de suport i cura (o "banc d'ajudes tècniques"). Per tant, la cartera de serveis socials es pot activar des de diferents punts i per diversos professionals (els CAP, l'Hospital i el Consorci).

Dues infermeres assumeixen el rol professional de gestores de cas. Aquest rol és valorat molt positivament per totes les persones presents, sobretot de cara a l'atenció dels casos més complexos, en relació amb els quals s'assenyala que les gestores de cas actuen de pont entre els àmbits social i sanitari i faciliten la feina. També es posa de manifest que eviten hospitalitzacions innecessàries. Aquestes professionals comenten que sovint es converteixen en les professionals de referència i identifiquen algunes de les funcions que realitzen en el seu rol de gestores de cas, com ara la identificació de recursos i l'atenció directa als domicilis. Les persones presents valoren l'accessibilitat d'aquestes professionals: tant les persones ateses com les professionals poden contactar-hi per via telefònica.

El sistema de coordinació entre professionals és bastant informal i es basa en l'accessibilitat i la confiança: tothom es coneix de fa temps i això ha facilitat les relacions interpersonals. No obstant això, es valora la conveniència de gaudir d'estructures més formals de coordinació (es parla, per exemple, de "circuit de coordinació").

Totes les persones que participen en aquesta reunió coincideixen en que un aspecte molt millorable són els sistemes d'informació. Posen de manifest que el CatSalut no té un únic programa per a tots els seus proveïdors i que els serveis socials encara estan més enrere. Per posar un exemple, Olot no pot accedir a les dades de Pla de l'Estany, malgrat utilitzar el mateix programa. Així, si una persona es trasllada de comarca, la seva història social s'ha de començar des de zero.

Les persones comenten que des del Consorci s'està treballant en un projecte per a la detecció de l'alta complexitat social, atès que no hi ha referències ni escales en relació amb aquest aspecte. De moment, s'han elaborat uns ítems indicatius de la complexitat en base a l'estudi de casos de l'EAP i a l'"escala d'autosuficiència" que està desenvolupant la Generalitat de Catalunya (anteriorment la Diputació de Barcelona). Aquest projecte de la Generalitat ha consistit en l'adaptació d'una escala elaborada a Holanda per valorar el grau d'autosuficiència de les persones i no pas l'alta complexitat. Tanmateix, algunes persones presents a la reunió comenten que la reducció de l'autosuficiència (i, per tant, l'increment del suport i la cura) es pot correlacionar amb l'increment de la



complexitat.<sup>14</sup>

Finalment, es posa l'èmfasi en la pressió assistencial, tant en l'àmbit sanitari com en el social, com a conseqüència del manteniment de les ràtios de personal enmig d'un context de canvi caracteritzat per una cartera de serveis que augmenta, l'envelliment poblacional i la cronificació dels problemes. En aquest sentit, s'argumenta que el desenvolupament de l'atenció integrada social i sanitària centrada en la persona no és possible si els i les professionals no disposen d'uns temps de dedicació suficients i alineats amb els objectius d'aquest model.

## 5.5. QUINES SÓN LES RECOMANACIONS PER IMPLEMENTAR L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

Una part important de les aportacions que han fet les persones compareixents al model català d'atenció integrada estaven formulades com a recomanacions, bé de manera explícita bé a través d'un llenguatge de tipus propositiu. Les recomanacions s'han agrupat al voltant dels temes següents: necessitat d'acció, implementació “de dalt a baix”, estructura de governança, transformació dels serveis socials, impuls del coneixement i la tecnologia, característiques del model d'atenció integrada i model de finançament

### 5.5.1. ACCIÓ

Totes les persones que han comparegut en els Grups de Treball coincideixen en què és l'hora de “passar a l'acció” en l'àmbit de l'atenció integrada social i sanitària. Es tracta d'un dels aspectes més recurrents en les compareixences i apareix de manera explícita (durant la formulació de recomanacions) i implícita (quan el llenguatge és propositiu). La percepció dominant és que a Catalunya s'ha acumulat molta experiència gràcies al desenvolupament de programes específics i d'experiències pilot, algunes de les quals han estat avaluades i han donat bons resultats (vegeu capítol 3):

“És molt important veure la trajectòria: fa 32 anys que va començar això i estem discutint el mateix. Va començar l'any 1986 amb el programa Vida als anys. Si llegíssim els seus objectius veuríem que són exactament els mateixos que ara”. (Toni Vilà)

“El PIAISS és la continuació del ProDep [Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependència]. El programa Vida als anys va suposar un gran canvi a Catalunya. El ProDep va ser un intent [per integrar]: vam desenvolupar models i experiències pilot en l'àmbit de la salut mental, la discapacitat, etc. El PIAISS és un altre intent. Tenim experiències per tot arreu. Penso que ja n'hi ha prou”. (Pilar Rodríguez)

Algunes de les persones compareixents utilitzen expressions com “se li ha de donar un impuls amb un lideratge sistèmic i col·laboratiu” (Joan Carles Contel), “cal una aposta valenta” (Marta Poll) o “ara és el moment de fer apostes disruptives” (Carles Blay) per referir-se a la necessitat de superar alguns temors, fonamentalment polítics. Més concretament, hi ha persones que recomanen assumir els riscos que implica la innovació en comptes d'esperar a introduir canvis fins que tot estigui suposadament ben planificat:

<sup>14</sup> L'“escala d'autosuficiència” mencionada en la reunió al CAP de l'ABS d'Olot és un producte de recerca desenvolupat dins del projecte “Detecció de persones en situació de necessitats socials complexes (PNASC)”. Aquest projecte ha estat co-liderat per l'Àrea d'Atenció a les Persones de la Diputació de Barcelona i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya. El PNASC ha tingut dues fases fins el moment de publicació d'aquest informe. Una primera fase de prioritització d'un instrument per a la valoració de la complexitat a serveis socials. Aquesta fase dona lloc a l'adopció de la versió holandesa de l'escala Self Sufficiency Matrix (SSM-D) com a estàndard a Catalunya. Una segona fase de traducció transcultural, adaptació i pilotatge de l'instrument SSM-D que culmina amb l'elaboració de l'“Instrument d'identificació de persones en situacions de necessitats socials complexes” SSM-CAT (i ES). Actualment s'està desenvolupant, sota la direcció del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, la tercera fase del PNASC que consisteix a pilotar l'estratègia d'implementació de l'instrument SSM-CAT. (Agraïm les explicacions i els aclariments al Sr. Francesc Hernández i Torres, Cap del Servei d'Acció Social de l'Àrea d'Atenció a les Persones de la Diputació de Barcelona.)

“En Escocia, en esta nueva filosofía que tienen, hacen pruebas piloto pero muy rápidas. La filosofía es “prefiero que sea antes que esperar a que sea perfecto”. No tienen la “*pilotitis*” eterna que tenemos nosotros. Se trata de valorar a medida que estás creando para reconducir en el mismo momento”. (Andrea Barbiero)

“Estem en un context on implementació, avaluació i reflexió es donen al mateix temps i hem d'aprendre a prendre decisions en ruta. Això ho veiem en els britànics, que estan contínuament repensant els seus models. [...] És probable que la planificació estratègica, que ha estat un paradigma del segle XX, no funcioni en un entorn tan complex i incert com l'actual on el que segurament cal és tenir una visió clara i fer accions simultànies que promoguin aquesta visió. Potser no té sentit planificar tant si el que planifiqués avui probablement d'aquí a un any ja no tindrà sentit”. (Carles Blay)

En definitiva, els i les compareixents consideren que s'han de donar els passos necessaris per portar a la pràctica el model català d'atenció integrada, el qual és vist en una ocasió com “una estructura d'Estat per si mateixa i, per tant, una qüestió prioritària que cal tirar endavant independentment de les condicions polítiques que hi hagi. L'atenció a les persones i aquest canvi no pot esperar molt” (Albert Ledesma).

### 5.5.2. DE DALT A BAIX

La major part de les persones compareixents comenten que la implementació de l'atenció integrada social i sanitària requereix dos tipus de compromisos i corretges de transmissió: un “de baix a dalt” i un altre “de dalt a baix”. Pel que fa al primer, s'insisteix que alguns territoris han desenvolupat experiències d'atenció integrada susceptibles de ser escalades al conjunt de Catalunya, amb adaptacions o variacions en funció de les característiques de cada lloc. Pel que fa al segon, els i les compareixents coincideixen en assenyalar la manca de voluntat o valentia política i el conseqüent desaprofitaent de la predisposició que han expressat alguns territoris envers l'atenció integrada. Es demana compromís i lideratge polític atès que sense aquest no és possible implementar l'atenció integrada social i sanitària en el conjunt del territori:

“Primer de tot –i això és important– aquest projecte necessita un fort lideratge polític. [...] Algú que no defensi directament ni el sistema sanitari ni el sistema social sinó els interessos i les necessitats dels ciutadans”. (Albert Ledesma)

“Per tal d'integrar de veritat els dos sistemes cal un compromís polític, un compromís de tot el Govern. [...] Les coses que es fan dins del PIAISS estan alineades i donen bons resultats. Es pot avançar a nivell tècnic. Ara bé, si no fem una estructura forta de govern que organitzi aspectes com l'atenció domiciliària continuarem fent “*pinitos*”” (Teia Fàbrega).

Es comparteix també consciència sobre la dimensió dels canvis que suposa passar d'un paradigma d'atenció del segle XX (*i.e.* segmentat) a un del segle XXI (*i.e.* integrat). Precisament per això, i per evitar possibles contradiccions entre diferents iniciatives que conviuen en el temps, algunes persones compareixents recomanen construir políticament un relat únic i coherent i establir un conjunt d'objectius comuns que mobilitzin la voluntat col·laborativa:

“Cal un únic pla i no un conjunt de serveis que es coordinen i posen bona voluntat. Necessitem una proposta única i global però que alhora sigui flexible i s'adapti a les necessitats de cada moment”. (Marta Poll)

“Ara el que cal és que algú amb lideratge des de dalt, amb una ordre, amb un decret, etc. digui “Senyors, aquest és el model”. I que sigui equitatiu a tot el territori perquè els drets de les persones han de ser iguals arreu del territori i això no està passant actualment”. (Pilar Rodríguez)

“Al final, una cosa que hem après en atenció integrada és que hi ha molts elements però el “*top-down*” és el que acaba determinant el canvi. La decisió política és la que acaba fent que les coses passin. Necessitem polítics que prenguin decisions valentes. [...] Marca clarament els objectius i veuràs què ràpidament escales”. (Carles Blay)



### 5.5.3. GOVERNANÇA

En línia de continuïtat amb el que s'ha dit fins ara, els i les compareixents proposen crear una estructura de governança amb capacitat per prendre decisions, traslladar-les als territoris i avaluar resultats en funció dels objectius acordats. Una de les preocupacions més freqüents té a veure amb el risc del desequilibri de poder entre l'àmbit social i el sanitari. Per aquest motiu, s'insisteix molt en la necessitat de fer les coses en base al diàleg i el consens. Més concretament, diverses veus insisteixen en la conveniència de treballar de manera conjunta i transversal en comptes de crear un nou organisme:

“La Llei de serveis socials de Catalunya parla de la creació d'un organisme nou, d'una agència per a la gestió de les polítiques públiques en l'àmbit de l'atenció a la dependència i la vida autònoma. Això és un tema molt discutit perquè si amb dos hi ha problemes imagineu-vos amb tres. [...] Jo soc partidari d'un òrgan interdepartamental més que no pas de crear una agència o un nou ens”. (Toni Vilà)

“En la meua opinió s'hauria de cooperar des de dalt entre sistemes. Hauria d'existir una “interoperabilitat”, que és un nou concepte que hem d'introduir a nivell del Consell d'Europa i que significa habilitar les organitzacions i els sistemes de manera que puguin interaccionar en base a un conjunt d'objectius consensuats i comuns per a l'obtenció de beneficis mutus”. (Pilar Rodríguez)

“Cal articular una governança compartida entre els diferents departaments i el món local. Compartida vol dir amb equilibri [entre l'àmbit social i sanitari] perquè fins ara ho hem vist amb molt de desequilibri”. (Marta Poll)

L'exercici efectiu de la governança en els territoris és un altre dels aspectes més mencionats. Algunes veus proposen els contractes programa com a instruments que facilitarien la implementació de les directrius polítiques. Independentment d'això, entre les persones compareixents hi ha consens a l'hora de visualitzar una estructura de governança flexible, és a dir, que defineixi els objectius comuns de l'atenció integrada i que confiï en la capacitat dels territoris per proporcionar-la en funció de les seves especificitats:

“El contracte programa és un element a reforçar perquè influeix molt en la conducta de les organitzacions i per tant, hi ha oportunitats de contractació i compra conjunta sanitària i social d'alguns serveis (el que els anglosaxons anomenen “*joint commissioning*”). (Joan Carles Contel)

“Jo intentaria buscar les fórmules per articular des del món local i potser una manera de fer-ho és a partir del contracte programa. [...] Tindries una eina a través de la qual podries definir uns mínims i cada territori sabria com organitzar-se. Cada territori és diferent”. (Teia Fàbrega)

“Hi hauria una voluntat política general impulsada des dels departaments amb una normativa i un projecte globals. I després hi hauria tots els àmbits territorials. [...] Els territoris són molt diferents a Catalunya i aquest marc general hauria de permetre l'adaptació del model d'atenció en funció del territori”. (Albert Ledesma)

L'efectivitat de la governança també requereix la creació de lideratges no només a nivell polític (com ja s'ha esmentat) sinó també a nivell territorial i professional (*i.e.* a dins de les organitzacions). Aquest aspecte és vist per algunes de les persones compareixents com un dels reptes més importants als quals ha de fer front la implementació de l'atenció integrada social i sanitària:

“Nosaltres sempre hem cregut des del primer moment en la importància dels líders territorials. Hi ha d'haver lideratge al Govern però si vas a un territori, per molt que hi vagis ... S'han de cultivar els lideratges en els territoris. S'ha d'imposar un model de lideratge resonant i distributiu”. (Joan Carles Contel)

“El lideratge estratègic és important per garantir el compromís de les organitzacions i la implicació en la gestió [de l'atenció integrada], per transmetre il·lusió en comptes de frustració. Cal formar líders”. (Pilar Rodríguez)

“Per fer aquesta transformació es necessiten lideratges i aquest és un altre problema seriós al nostre país. És necessari trobar líders en les noves generacions perquè hi trobem un cert punt gerontocràtic a les elits socials i sanitàries. [...] Insisteixo especialment en els líders de base perquè la clau de la transformació està en el territori. La governança s’ha de demostrar i ha d’operar en el territori”. (Carles Blay)

### 5.5.4. SERVEIS SOCIALS

Com s’ha comentat anteriorment (vegeu subapartat 5.3.2.), les diferències entre el sector social i el sanitari no només són importants sinó que s’interpreten com una barrera per a l’atenció integrada. Per aquest motiu, una de les recomanacions més freqüents per part dels i les compareixents és que cal transformar els serveis socials amb l’objectiu d’equiparar els drets d’accés i la qualitat de les prestacions amb les del sistema sanitari.

“Hem d’equiparar els drets de salut i de serveis socials, sempre que no sigui a la baixa”. (Toni Vilà)

“Com treballem integradament per donar aquest servei conjunt? Hi ha d’haver una reforma profunda dels serveis socials [...]. [...] Hauríem d’equilibrar el dret social i el dret sanitari. [...] Els serveis socials estan en condicions de convertir-se en un servei real i no en una oficina d’adjudicar prestacions. Si fem la reforma conjuntament amb els serveis sanitaris podríem reeixir força”. (Albert Ledesma)

“Tiene que haber un modelo de integración del bienestar con unos servicios sociales universales y sectoriales. [Els serveis socials] No se dedicarían a alojar a la gente, a la escolarización o educación, al empleo o a la pobreza económica, que son cosas que tienen que estar cubiertas por otro lado. Se dedicarían a esta parte de cuidados, de acompañamiento relacional y de autonomía en la comunidad”. (Fernando Fantova)

Més concretament, pel que fa la millora de l’atenció social, diverses veus criden l’atenció sobre la manca d’equitat del model actual, basat en una llei de serveis socials que no té cap reglament que la desenvolupi i que transfereix les competències a l’àmbit local. Aquest fet, sumat a la falta del control, ha donat lloc a desigualtats territorials. Per aquest motiu es reclama garantir l’equitat:

“Mai ningú no s’ha atrevit a dir als ajuntaments que malgrat poder dir la seva hi ha uns mínims que venen marcats per la llei. [...] Des del 2007 tenim unes ràtios marcades però encara hi ha ajuntaments que no les compleixen. Algú s’hi ha de posar amb això. Per què ha de ser diferent a salut?”. (Teia Fàbrega)

“La complexitat [de l’atenció integrada] ve perquè no hi ha una sèrie de coses –un contracte programa o el que sigui– que obligui a fer el que marca la llei. La llei de serveis socials és molt indefinida i hi ha aspectes molt arbitraris. S’han de fer reglaments. Quants s’han fet? Cap. De fet, no s’han regulat ni els serveis d’atenció domiciliària, que són el tema estrella de la integració. El Departament d’Afers Socials és feble i per tant s’hauria d’enfortir perquè li facin cas.” (Teia Fàbrega)

“El que no ens podem permetre és què l’accés a la cartera de serveis per part del ciutadà estigui condicionada pel seu lloc de residència. És a dir, tenim experiències al territori realment interessants i exitoses de coordinació de xarxes i per tant d’atenció integrada. Hem de pensar que aquest és un dret universal de la població, amb independència del seu lloc de residència. Des del meu punt de vista, és preferible definir la cartera de serveis i saber en cada moment què podem implementar amb garanties a tot el territori que anar mantenint situacions d’iniquitat flagrants”. (Francesc Brosa)

Finalment, els i les compareixents consideren que la integració de l’atenció social i sanitària i la transformació dels serveis socials han de ser processos paral·lels i complementaris en el temps. La idea dominant és que la implementació de l’atenció integrada no s’hauria de posposar més degut a la magnitud i pressió dels canvis:

“Per fer aquesta integració es requereixen dues coses: una, integrar els dos serveis i des del mateix moment en què estàs integrant els dos serveis necessites una reforma en profunditat dels serveis socials. Sense això és molt difícil fer-ho.” (Albert Ledesma)

“En los últimos años vemos grandes plataformas que empiezan a *hakear* de alguna manera a determinados sectores. Bien o mal, lo hacen y empiezan a ofrecer servicios y respuestas donde hay necesidades. En salud hay muchos ejemplos de plataformas que te ofrecen servicios al momento. Por tanto, hay que tener en cuenta que aparecen otros *players* y se ponen a resolver problemas. Si no lo hacemos nosotros desde las administraciones, alguien vendrá y lo hará”. (Andrea Barbiero)

Tot i això, convé tenir en compte els matisos que introdueix en aquest tema un dels compareixents:

“Tanto a nivel micro como meso y macro, la sectorialidad de los servicios sociales es a veces condición de posibilidad para la integración. Los falsos atajos y las iniciativas que no consideren el fortalecimiento de los servicios sociales como una condición previa o paralela nos llevan a construir con pies de barro. Ahora, tampoco sería tan radical como para decir “Paren las máquinas de la integración””. (Fernando Fantova)

### 5.5.5. CONEIXEMENT I TECNOLOGIA

Els i les compareixents destaquen la importància que té el coneixement científic a l'hora de justificar i desplegar l'atenció integrada social i sanitària. Algunes veus lamenten no pas una suposada manca d'evidència empírica sinó l'ús que sovint se'n fa del concepte (*i.e.* des del desconeixement, com a etiqueta buida de contingut, etc.):

“Josep Pla deia que el fàcil és opinar i el difícil és descriure. És veritat, [l'atenció integrada social i sanitària] és un tema amb molt de debat i del qual se'n parla molt. Però en el fons, quanta gent hi ha que llegeixi, que estudiï, que en sàpiga i que finalment faci alguna cosa des del coneixement, l'avaluació i la reflexió profunda i no des de la mera opinió? (Carles Blay)

“Potser hem esgotat la paraula “integració” de tant repetir-la. Probablement hauríem de parlar de “cooperació” o d’“interoperabilitat”, que també m'agrada i fa referència al fet de compartir informació. Hem de començar, com a mínim, a compartir informació”. (Pilar Rodríguez)

Una de les demandes més reiterades durant les compareixences té a veure amb la inversió en recerca, desenvolupament i innovació (R+D+I) en l'àmbit dels serveis socials. Una part rellevant dels i les compareixents en fan referència i recomanen fer un esforç addicional per generar dades i utilitzar aquest coneixement amb l'objectiu de millorar l'atenció i afavorir la integració:

“¿Cómo se construye todo esto? [uns serveis socials universals i sectorials] Pues como lo ha hecho la sanidad: con conocimiento, con tecnología, con la comunidad, con una nueva generación de servicios, etc. [...] Una intervención social más basada en el conocimiento y de más calidad que permita un nuevo modelo de integración intersectorial”. (Fernando Fantova)

“Dins de serveis socials també hauríem d'establir models predictius territorials per veure quines són les persones vulnerables i diana que necessitaran aquesta atenció. [...] Això no ho sabem actualment a serveis socials. [...] Hem d'establir models predictius, anar cap a la innovació, [...] definir indicadors i veure l'impacte”. (Pilar Rodríguez)

“Hay que avanzar en la digitalización de los servicios sociales. Hay una diferencia importante entre lo que está pasando en salud y lo que está pasando en social y creo que el ámbito de la atención social se merece poder estar al mismo nivel para poder trabajar de manera equilibrada. [...] Con toda esta información tendremos modelos predictivos. En salud ya lo estamos logrando con el *Big Data* y demás”. (Andrea Barbiero)

Algunes veus argumenten que el coneixement científic ha d'ajudar a millorar l'atenció a les persones i, concretament, a avançar en el desplegament de l'atenció integrada social i sanitària. Es poden destacar dos grups d'aportacions fonamentades en l'evidència empírica. D'una banda, aquelles en què els i les compareixents recomanen tenir en compte els determinants socials de la salut. I, de l'altra, aquelles en què les persones consultades recomanen destinar més recursos a l'atenció social degut al seu impacte en l'estat de salut i el benestar de les persones (vegeu subapartat 5.5.7.):

“El tema dels determinants socials [i.e. el seu reconeixement professional i social] està agafant importància i cal tenir-los estudiats, estructurats i abordats perquè penso que donaran una dimensió nova a aquest tema. [...] [...] A Catalunya treballem l'estratificació [poblacional] fonamentalment amb les dades que aporta el sistema sanitari. Hi hauríem d'incorporar la part social de manera progressiva perquè ens pot ajudar a perfilar segments de població amb major risc des de la perspectiva de complexitat sanitària i social”. (Joan Carles Contel)

“Identificar [i.e. estratificar la població] és molt important. Ho dic perquè hi ha gent que ho critica. Quan vam veure les característiques dels pacients identificats pels professionals de referència com a “pacients crònics complexos” ens vam adonar que només el 57% tenien malalties que expliquessin aquesta situació. [...] [Segons els resultats d'un conjunt de tesis doctorals] D'aquest 43% que no està especialment malalt, almenys la meitat està considerat com a “pacient complex” degut a les condicions socials. [...] Per tant, una part substancial de la resposta als “problemes de salut” –que ens costen molts diners– ve d'una resposta cada cop més efectiva i coordinada des de per exemple el sector social”. (Carles Blay)

“De manera reiterada, l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa té la taxa més baixa d'hospitalitzacions evitables. I estic convençuda que té a veure amb el model d'integració que tenim. [...] En qualsevol cas, això hauria de tenir una repercussió. [...] [...] M'agradaria que es fes un estudi que expliqués les raons per les quals l'Hospital d'Olot i Comarcal ocupa la millor posició de Catalunya. I si fos així [i.e. si tingués a veure amb l'atenció integrada], una part determinada del finançament hauria d'anar a una bossa comuna. L'hospital és el primer interessat en què les persones puguin ser “altables” i vagin al seu domicili”. (Teia Fàbrega)

Finalment, pel que fa a la tecnologia, molts dels i les compareixents reflexionen sobre les seves potencialitats en la provisió d'atenció social i sanitària. Les persones consultades valoren molt positivament la històrica clínica compartida de Catalunya (HC3). És per això que recomanen millorar els sistemes d'informació de serveis socials i fer un pas endavant per integrar els sistemes d'informació clínics i socials, tal com s'està fent a la ciutat de Barcelona i a la Garrotxa, entre d'altres llocs:

“Ens queda el pas per construir una història clínica i social compartida. [...] Acabarem necessitant una plataforma que ens doni suport per poder incorporar tota aquesta informació durant el procés d'elaboració d'un pla integrat. És una de les coses que s'ha de desenvolupar en els propers anys de manera que cada persona que estigui en situació de complexitat tingui un sol pla d'atenció, no 2, 3 o 4 plans com pot arribar a tenir (el d'atenció primària, el PIA de Serveis Socials, el Pla de seguiment de l'empresa SAD, etc)”. (Joan Carles Contel)

“Tenim un sistema educatiu amb unes dades, un de serveis socials amb unes altres, un de salut que també genera les seves dades, etc. Hem de ser capaços de tenir no només una història clínica compartida sinó sistemes d'informació unificats que ens permetin planificar projectes de manera conjunta”. (Marta Poll)

“La interoperabilidad de los datos del sector sanitario y de otros sectores nos permitirá compartir información y tomar mejores decisiones. La información tiene que estar disponible cuando se necesite, tanto por parte de los profesionales como del ciudadano, que toma decisiones. [...] Y si tuviéramos disponible la información relevante social y sanitaria y la pudiéramos unir ya sería un gran paso”. (Andrea Barbiero)

### 5.5.6. MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA

Com s'ha comentat anteriorment, les persones compareixents coincideixen a grans trets a l'hora d'explicar què s'entén per “atenció integrada social i sanitària”. En la part propositiva de les seves intervencions elaboren una sèrie de recomanacions pràctiques orientades al desenvolupament d'un model català d'atenció integrada. Algunes consideracions bàsiques, com ara que el model estigui centrat en la persona o que hi s'institucionalitzi la figura del professional de referència, gairebé no es mencionen com a recomanacions perquè es donen pràcticament per descomptat. Les recomanacions més reiterades són les següents:

- Donar un paper central a l'atenció domiciliària (i cuidar les famílies):

“En aquest model, si volem que sigui de proximitat, centrat en la persona, social i sanitari, un dels serveis clau és l’atenció domiciliària. Totes les enquestes diuen que la gent el que vol és quedar-se a casa [i evitar els ingressos en residències]. Als ajuntaments se’ls ha de donar recursos perquè puguin fer atenció domiciliària”. (Toni Vilà)

“L’altre element clau que jo plantejo és el servei d’atenció domiciliària. En una zona com la Garrotxa –que no és pas diferent a la resta de Catalunya en aquest sentit– tenim entre 12 i 14 serveis dels dos sistemes [social i sanitari] que van a parar al domicili. És evident que això s’ha de reordenar. No pot ser que els dos sistemes públics tinguin tots aquests serveis sense estructurar”. (Teia Fàbrega)

“Crec que en aquests models preventius i d’interoperabilitat de sistemes –digue-li com vulguis– hauríem de començar pels serveis a domicili. És un espai que abasta la persona en general, en el seu entorn, on tots els sistemes han de ser-hi: habitatge, educació, etc. L’atenció domiciliària no és només per a persones grans: hi ha famílies, infants, etc.”. (Pilar Rodríguez)

“A Catalunya, gairebé un terç de les persones que estan en una UCI [Unitat de Cures Intensives] tenen un pronòstic de vida limitat i sabem que tres de cada quatre persones en aquesta situació no voldria estar en una UCI, sinó que preferirien estar a casa seva ben ateses. Per cada dia que estan a la UCI es podria pagar un mes i mig de cuidador *full time* a casa o un mes de residència. Això ens ha de fer reflexionar a on posem els diners com a ciutadania. [...] Segur que haurem de contenir i racionalitzar els recursos d’internament, siguin hospitals d’aguts, atenció intermèdia o residències, en pro de la resposta domiciliària”. (Carles Blay)

“Es tracta d’un model centrat en la persona però també en la família. [...] Les famílies amb persones dependents estan patint moltíssim perquè no reben pràcticament cap suport, ni tan sols formació per cuidar les persones. [...] [...] En la llei que es faci també s’han de tenir present els familiars i els cuidadors. És bàsic que als familiars se’ls doni “respirs” i que els cuidadors estiguin formats. És un tema que surt a la llei de dependència però a la pràctica no s’ha fet o s’ha fet poc”. (Toni Vilà)

- Incorporar al model altres àmbits d’actuació:

“S’ha de tenir en compte també la coordinació amb altres àmbits. Les persones poden tenir molts problemes en molts àmbits, no només en el social i el sanitari. Caldria coordinar també àmbits com l’habitatge, el treball, l’esplai, etc.”. (Toni Vilà)

“Jo crec que [l’atenció integrada] s’hauria de situar en un espai encara més ampli, reporto aquesta idea. Vam situar tot en l’àmbit dels serveis socials i l’atenció sanitària. [...] Però hi ha altres àmbits com l’educació, les pensions, etc. que també s’haurien de contemplar per abordar l’atenció de manera integrada”. (Albert Ledesma)

“Alguien –una vicepresidenta social o un vicealcalde social– tiene que ir construyendo esa arquitectura de la gobernanza de los pilares del bienestar. No sólo entre sanidad y servicios sociales sino también entre empleo y educación, etc.”. (Fernando Fantova)

“Des de salut s’està treballant el model educatiu. I jo deia “Però no hi ha ningú dels EAPs [Equips d’assessorament i orientació psicopedagògica]? Cap mestre?”. Estàvem treballant gent dels CSMIJs [Centres de salut mental infantil i juvenil], psiquiatres, psicòlegs i nosaltres. [...] I bé, els mestres i els EAPs no hi són? Potser també han de dir alguna cosa”. (Marta Poll)

“Avui en dia hem de tenir una mirada molt més àmplia. Hem de prevenir i veure qèe suposa el sobreenvelliment, hem de tenir la mirada posada en els cuidadors d’aquestes famílies, que també envelleixen. Hem de parlar d’una economia molt més globalitzada, amb desnonaments, aïllament social, solitud no desitjada, pobresa energètica, etc. Tot això ens determina factors de salut i ho hem de tenir en compte a l’hora de treballar, i no només des de dos sistemes [*i.e.* serveis socials i salut]”. (Pilar Rodríguez)

- Impulsar un model d’atenció comunitària:

“El tercer sector [social] té molta experiència en aquest camp i hauria de tenir un paper molt destacat. Si es fa un document o una llei seria bàsic considerar les aportacions del tercer sector. En el disseny, per l'experiència en el disseny de models alternatius. En la implementació, perquè el tercer sector és més flexible que l'Administració. [...] I en la provisió, perquè està obert a la comunitat i a les entitats del territori”. (Toni Vilà)

“I pel que fa al tema de les relacions comunitàries, tu pots fer la intervenció a la seu [dels serveis socials] o en molts llocs. En els domicilis veus persones grans que poden tenir certs recels. Ja saps que no aniran allà [a serveis socials]. Llavors vas al domicili. I sobretot actuar en l'àmbit comunitari dona moltes possibilitats”. (Teia Fàbrega)

“La mitjana i llarga estada psiquiàtrica és un model que no ens agrada a la Federació [Federació Salut Mental Catalunya] perquè entenem que aïlla les persones del seu entorn comunitari. No volem que això es perpetui. Les persones han d'estar a la comunitat, en el seu entorn, amb els recursos adients”. (Marta Poll)

“Aquest model comunitari s'ha de treballar constantment. L'estan agafant altres sistemes però no està present a tot el territori. No hi ha equitat en el territori català. [...] [...] El treball comunitari és una metodologia d'intervenció social que beneficia les persones, afavoreix els interessos comuns i ajuda a enfortir els vincles entre tots els actors que hi ha al territori. S'hauria de potenciar”. (Pilar Rodríguez)

- Garantir la participació ciutadana en la definició i implementació del model:

“La persona és un agent que ha d'estar present perquè la seva visió no és la mateixa que la dels professionals dels serveis socials i dels serveis sanitaris”. (Albert Ledesma)

“Creiem que les persones afectades i les seves famílies han d'estar en tots aquests espais. [...] No pot ser que se'ns consulti només al final del procés per fer esmenes d'una cosa que ja està molt treballada. Ens agradaria ser-hi des de l'inici [del disseny dels models d'atenció]”. (Marta Poll)

“És important millorar la gestió dels recursos humans, revisar els rols professionals, reformular els serveis i establir polítiques salarials competitives. Així mateix, també és important que les persones usuàries participin en el disseny dels serveis, així com conèixer la seva opinió sobre el funcionament de les actuacions, tant a través d'enquestes com de les queixes i reclamacions efectuades. Tot això ens ajudarà a treballar cap a la millora contínua”. (Pilar Rodríguez)

“Importante: para poder codiseñar los servicios sociales i sanitarios tenemos que trabajar juntos y preferiblemente con los usuarios”. (Andrea Barbiero)

- Unificar els processos d'accés i avaluació:

“Des del punt de vista de l'organització, hi ha aspectes sobre els quals pràcticament tothom està d'acord. Hi ha d'haver una finestra o porta d'entrada única –que no vol dir que hi hagi de ser el mateix lloc per a tothom. [...] I el procés d'avaluació també ha de ser únic per facilitar els tràmits a les persones i unificar criteris”. (Toni Vilà)

“Quan redefeixes l'atenció que dones a les persones el primer que has de fer és una valoració integral de les necessitats. [...] [...] [Pel que fa a la dimensió social] s'ha de dissenyar un procés únic per sol·licitar els serveis –que no les prestacions. Aquest procés ha de ser accessible a tots els ciutadans i directament validable pels professionals assistencials, i no pas a través d'uns centres de validació que fan una feina purament burocràtica”. (Albert Ledesma)

“Nosaltres creiem que no podem permetre'ns duplicar els diagnòstics, fer voltar les famílies d'un lloc a l'altre. [...] Integració vol dir fer un diagnòstic conjunt, social i sanitari, amb els professionals socials i els professionals sanitaris”. (Teia Fàbrega)

- Integrar la cartera de serveis:

“La cartera [de serveis] hauria de ser flexible i àgil i amb prestacions de gestió compartida entre sanitat i serveis socials”. (Toni Vilà)

“Després de fer l'avaluació integral de la persona, hauríem de tenir una bossa comuna per poder assignar serveis socials i/o sanitaris”. (Albert Ledesma)

“Integració vol dir fer un pla d'actuació conjunt i veure les necessitats socials i sanitàries de la persona. Com que tindríem tota la cartera social i sanitària podríem fer el pla d'actuació que creiem que necessita aquella persona o aquella família”. (Teia Fàbrega)

- Promoure la prevenció i l'autonomia:

“Un tema clau d'aquest model i que es fa molt poc és la prevenció. Als països nòrdics estan promovent molt la prevenció i han retardat l'aparició de la dependència”. (Toni Vilà)

“Jo diria que a banda de centrar l'atenció en la persona un dels eixos del model haurien de ser les capacitats. Quan es valora a les persones en realitat es valora tot allò que no poder fer, totes les limitacions que tenen. “Escolti: no valori el que no puc fer, expliqui'm el que puc fer malgrat la meva limitació”. [...] La majoria dels sistemes actuals funcionen més a l'entorn de la dependència que no pas de l'autonomia”. (Toni Vilà)

“Es tracta d'una nova manera d'entendre la salut mental que incorpora elements del model d'atenció integrada com ara l'autodeterminació, el suport individualitzat, l'apoderament de les persones, etc.”. (Marta Poll)

- Prioritzar d'entrada l'atenció integrada de determinats perfils de necessitats:

“Els subjectes per mi haurien de ser les persones en situació de dependència”. (Toni Vilà)

“Potser també hem de prioritzar. Una possibilitat té a veure amb la integració de l'atenció en salut mental. És un bon moment ara degut a l'aprovació del pla de salut mental [*i.e.* Estratègies de Salut Mental 2017-2020], que representat una oportunitat. I també s'hauria d'abordar l'atenció sanitària a dins de les residències de gent gran o de discapacitats”. (Teia Fàbrega)

En relació amb aquesta darrera recomanació cal tenir present els resultats més recents de l'explotació de dades, atès que qüestionen algunes de les representacions socials més potents sobre el perfil de les persones amb malalties cròniques complexes:

Ara estem fent una altra tesi doctoral d'anàlisi de *clústers* per veure com es caracteritzen [aquestes persones]. Aquest estudi mostra que els pacients crònics complexos on la complexitat s'explica per les condicions socials són fonamentalment els més joves. Mentre que els pacients més vells serien complexos per la pròpia malaltia, en els joves, però, la dimensió social és característicament molt important. Destriar les necessitats socials de les sanitàries és prou artificial: les persones tenen necessitats de tota mena, que interactuen entre elles de manera intensa. Sanitaritzar la resposta que els donem no és sempre la millor opció”. (Carles Blay)

### 5.5.7. FINANÇAMENT

El finançament és un aspecte troncal en la transformació cap a un model d'atenció integrada social i sanitària i genera posicionaments diferents. L'opinió majoritària entre les persones consultades que parlen d'aquest tema és, d'una banda, que el desplegament d'un model d'atenció integrada requereix un increment inicial de la despesa i, de l'altra, que no apostar per la integració acabaria traduint-se en un increment dels costos econòmics i socials a mitjà i llarg termini. Tal com s'afirma en el marc teòric d'aquest informe, “la integració costa abans de donar beneficis” (Leutz 1999: 89):

“El tema clau és el finançament: això val molts diners. Un estudi que va fer la Taula del Tercer Sector va analitzar el cas d'Escòcia i el País Basc i van veure en tots dos casos es dediquen proporcionalment més diners que a Catalunya. Hi ha experts que diuen que a Catalunya, pel nivell econòmic que té, es podrien dedicar més diners a aquest àmbit. [...] Ara bé, s'ha de tenir en compte una cosa: el que podríem dir el retorn de diners que suposa l'atenció a la dependència (per exemple, mitjançant la creació de llocs de treball)”. (Toni Vilà)

“Reconfigurar los servicios sociales como pilar [sectorial y universal] da respuesta a un problema de modelo social. La alternativa es trocear ese ámbito entre policía, servicios domésticos, robótica deshumanizante y servicios privados de hostelería para rico. Ganaríamos mucho como sociedad si ponemos a un pilar del Estado del Bienestar en ese ámbito”. (Fernando Fantova)

“Hi ha d'haver un increment en inversió econòmica. [...] S'ha de fer una inversió econòmica i valorar l'estructura de costos actual”. (Pilar Rodríguez)

“S'han de millorar els mecanismes de gestió econòmica i de finançament. [...] S'ha de fer una inversió econòmica i valorar l'estructura de costos actual. Així mateix, s'han de crear aliances reals i construir xarxa i paral·lelament són necessàries estratègies de màrqueting social per sensibilitzar a la ciutadania sobre quins són els seus drets; en definitiva, anar avançant en la garantia dels drets de les persones”. (Pilar Rodríguez)

Més enllà d'això, val a dir que la major part dels i les compareixents reconeixen de forma explícita l'impacte positiu que té l'atenció primària i l'atenció social en la salut i el benestar de les persones. Algunes experiències territorials d'atenció integrada social i sanitària (*i.e.* la Garrotxa, Canterbury (Nova Zelanda), etc.) es relacionen amb un increment de l'eficiència econòmica i, més concretament, amb la disminució dels ingressos hospitalaris evitables. En conseqüència, una de les recomanacions més reiterades en el context de les compareixences és la de dur a terme una redistribució de recursos, tant vertical (*i.e.* de l'atenció especialitzada a la primària) com sobretot horitzontal (*i.e.* de l'atenció sanitària a la social):

“Si volem desenvolupar aquest model només per estalviar, d'entrada no és possible. Al mateix temps, s'han de reajustar els pressupostos, sobretot entre salut i serveis socials. Es demana que aquest model sigui molt proper. Això suposa un transvasament de recursos des de l'especialitzada a la primària. Tenim excel·lents hospitals amb tecnologia per a malalts aguts però el 75% són malalts crònics. [...] Si no volem que es pressioni tant el sistema sanitari s'han de posar més diners i recursos en els serveis socials”. (Toni Vilà)

“En aquest procés qui ha de guanyar més és el sistema social. Aquí hi ha algunes diferències respecte de la resta d'Espanya, on no han invertit en hospitals sociosanitaris com nosaltres. No dic que estigui ni bé ni malament. Però nosaltres tenim 92 centres sociosanitaris amb moltes persones que haurien d'estar en l'àmbit social, no en un hospital. Això representa una quantitat molt elevada de recursos. [...] Si hi ha tres coses que hem de fer són invertir en atenció domiciliària, invertir en prevenció i determinants de salut i, per tant, invertir en l'entorn i les condicions i els estils de vida”. (Albert Ledesma)

“Dinero sí, recursos sí, pero para girar. Fondos estratégicos de innovación para girar. La sanidad dejada a su libre evolución medicaliza y consume muchos recursos. Hay que potenciar la lucidez de la gente del mundo sanitario para que se dé cuenta de que la medicalización, la hiperespecialización, la patologización es un camino sin retorno de destrucción de lo humano y sólo es sostenible ese artefacto maravilloso de la sanidad pública en un contexto ecológico de pilares que se equilibran mutuamente. Es hora de apostar más por los servicios sociales si emerge una inteligencia política, técnica y organizativa que emita una señal clara de que se va a girar a un enfoque más comunitario, basado en evidencias, y personalizado”. (Fernando Fantova)

“Tots aquests recursos econòmics de l'ENAPISC [Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària], que diu que posaran tants treballadors socials més a les Àrees Bàsiques de Salut, traspassa'ls a serveis socials per enfortir el sistema. O arribem a un acord: no els traspassem i els posem en una bossa comuna”. (Teia Fàbrega)



“Com que les previsions econòmiques no són optimistes haurem d’aprendre a treure els diners d’un lloc i posar-los en un altre. Sembla clar que en termes de proporció haurem de gastar menys en recursos hospitalaris i més en recursos comunitaris i socials. Algun dia ho hem de començar a fer. [...] Aquesta transformació s’ha de fer des d’una òptica *win-win*, cercant que tothom hi guanyi, però alguns hauran de guanyar més que d’altres: es tracta de prioritzar fonamentalment els recursos socials i els de l’àmbit comunitari”. (Carles Blay)

Finalment, una de les persones compareixents també recomana crear fons mancomunats per finançar l’atenció integrada social i sanitària:

“També s’han d’introduir escenaris de co-finançament de serveis amb especial interès per l’atenció integrada com el SAD temporal en situacions postagudes posterior a l’alta hospitalària. Sense escenaris de pressupost compartit (el que s’anomena “*pooling budget*”) no es podrà avançar ja que suposa una barrera al tenir que assumir una part del sistema l’eficiència de l’altra”. (Joan Carles Contel)

## 6. CONSIDERACIONS I RECOMANACIONS

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

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

### 6.1. L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

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

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

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

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

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

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

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

## 6.2. PERQUÈ CAL UNA ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

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

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

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

Per fer front a aquests reptes, l'evidència empírica dóna suport a la necessitat de desenvolupar urgentment un model d'atenció integrada social i sanitària, atès que millora l'atenció i els resultats en salut, particularment en el cas de les persones en situació de complexitat social i sanitària. Aquestes persones

representen a l'entorn del 8% de la població catalana i del 40% del pressupost de despesa pública en atenció, amb la previsió que aquestes percentatges s'incrementin amb el pas dels anys (Ledema, Blay, Contel, *et al.* 2015: 9 i 10).

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

El risc de no posar en marxa la integració social i sanitària és, d'una banda, assistencial, per la manca d'adequació de les respostes a les noves necessitats i, de l'altra, econòmic, per l'increment dels costos derivats de l'augment intens en la utilització de serveis: hospitalització urgent, institucionalitzacions evitables i, en general, atenció de complexitats evitables o prematures causades per la manca de prevenció i d'atenció integrada.

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

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

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

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

- a. Una narrativa comuna, clara i realista sobre els beneficis i possibilitats de l'atenció integrada que motiví les parts a superar la fragmentació actual i a compartir el poder
- b. Un lideratge polític amb visió, així com lideratges territorials i professionals (a dins de les organitzacions) amb capacitat per mobilitzar recursos i voluntats
- c. Realisme a l'hora d'establir els objectius, el calendari i les despeses per al desplegament de l'atenció integrada social i sanitària (es necessita molt de temps per canviar les coses)
- d. Avaluació contínua dels avenços cap el triple objectiu de l'atenció integrada social i sanitària: millorar els resultats de salut, l'experiència de l'atenció i l'ús dels recursos
- e. L'equilibri de poders entre el sector social i sanitari en la definició i articulació del model d'atenció integrada i treball cooperatiu paritari
- f. La consideració dels aprenentatges derivats de la pràctica assistencial i les experiències locals d'integració, per oposició al desplegament, de “dalt a baix”, d'un model teòricament predeterminat

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

#### 6.4. CATALUNYA I L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

La relació de Catalunya amb l'atenció integrada social i sanitària té com a punt de partida el programa Vida als Anys, creat el 1986 pel Departament de Salut amb l'objectiu de millorar l'atenció a les persones grans malaltes, amb malaltia crònica i en situació de final de vida. La importància d'aquest programa es reflecteix en la posada en marxa d'una cartera de serveis socio-sanitaris, encara plenament vigents, que

inclou l'atenció de llarga estada, els hospitals de dia, l'estada mitjana per a convalescència i cures paliatives, les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS), el Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) i els Equips Multidisciplinaris d'Avaluació Integral Ambulatoria (EAIA) en geriatria, cures paliatives i trastorns cognitius.

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

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

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

## 6.5. FACILITADORS I BARRERES PER AL DESPLEGAMENT DE L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA A CATALUNYA

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

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

- f. Un sistema sòlid d'atenció primària de salut, d'accés directe, finançament públic i caràcter universal

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

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

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

- a. El sistema d'atenció social està menys desenvolupat i és més feble que el sistema sanitari, i no té ben definit el seu perímetre sectorial (*i.e.* fa de "camió escombra" en comptes d'ocupar-se dels vincles i de l'autonomia de les persones)

- b. El sistema sanitari és universal mentre que la major part dels serveis socials té un accés condicionat
- c. Els serveis sanitaris es financen a partir dels pressupostos públics mentre que la major part dels serveis socials es cofinança amb la participació dels usuaris i usuàries
- d. El sistema sanitari està centralitzat i compta amb uns criteris d'accés únics, mentre que els serveis socials estan descentralitzats i l'accés a les prestacions bàsiques pot variar en funció de l'àmbit local
- e. Els serveis socials estan orientats vers l'atenció de llarga durada mentre que el sistema sanitari té uns temps d'estada més curts
- f. Les condicions laborals dels treballadors i treballadores dels sectors social i sanitari són diferents
- g. El sistema sanitari ofereix serveis a les persones mentre que els serveis socials sovint ofereixen prestacions econòmiques
- h. Les divisions territorials del sistema sanitari i de serveis socials no coincideixen i això dificulta la coordinació entre dispositius i professionals
- i. L'àmbit sanitari té un sistema d'informació pràcticament únic a tot el territori mentre que en el cas de serveis socials aquest està molt fragmentat i desigualment desenvolupat
- j. Hi ha un desequilibri entre els dos sistemes pel que fa al volum de coneixement científic, l'acumulació d'evidències empíriques, amb una manca molt important de models predictius en l'àmbit social que permetin planificar de manera acurada
- k. A diferència del que passa en el sistema sanitari, l'àmbit social no disposa de dispositius estandaritzats per conèixer la valoració que fan les persones usuàries de l'atenció rebuda

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

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

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

1. Accelerar el procés d'integració de l'atenció social i sanitària a tot Catalunya i sobre la base d'un calendari realista
2. Assolir un compromís polític amb un lideratge fort de tot el Govern que faci de l'atenció integrada una prioritat de país
3. Establir lideratges polítics, però també professionals, per fer front als reptes de la integració de l'atenció social i sanitària en tant que transformació innovadora i d'abast estructural
4. Reforçar i difondre la vessant social del relat a l'entorn dels beneficis i les possibilitats de l'atenció integrada, amb la participació i adhesió de la societat civil



5. Establir un Acord estratègic i un Pla d'acció per al desenvolupament de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya entre els diferents nivells de l'Administració pública i amb la participació de les organitzacions empresarials i sindicals, les entitats del tercer sector, els col·legis professionals, etc. L'Acord estratègic ha de definir el model d'atenció integrada social i sanitària centrada en la persona, així com les línies a desenvolupar pel Pla d'acció. Aquest Pla hauria de ser ambiciós i realista, tenir un horitzó temporal raonable i comptar amb instruments sòlids (calendari, sistema de governança, avaluació i indicadors, memòria econòmica, etc.).

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

6. Dotar el model d'una vocació universal, si bé en una primera fase pugui ser convenient prioritzar l'atenció a determinats perfils de necessitats de tot el territori
7. No donar per descomptat que la integració ha de ser necessàriament estructural, però sí que ha de ser com a mínim funcional, és a dir, ha de ser efectiva en l'àmbit de l'atenció a les persones i de l'assignació de recursos econòmics
8. Impulsar un model que consideri l'atenció primària i comunitària com una garantia per atendre necessitats socials i sanitàries de manera adequada i eficient
9. Ampliar substancialment i donar un paper central als serveis d'atenció domiciliària (*i.e.* serveis d'ajuda a domicili i/o serveis de les tecnologies de suport i cura), tant de l'àmbit social com sanitari, centrats en la persona i la seva família. L'eficiència dels serveis d'atenció domiciliària requereix reduir prèviament les llistes d'espera de forma considerable
10. Desplegar serveis de suport a les famílies i a les persones cuidadores: prestacions econòmiques, accions formatives, oportunitats per al descans, etc.
11. Potenciar el paper de la societat civil, del voluntariat i del veïnatge en la detecció de necessitats i la seva resolució integrada
12. Fer efectiva la participació de la ciutadania en la definició, la implementació i l'avaluació del model
13. Apoderar la persona usuària en el procés de presa de decisions relatives a la gestió de la seva salut i les característiques de l'atenció, el tractament o la intervenció rebuts
14. Promoure la prevenció, entesa com la participació activa de les persones en la seva salut, a través de la presa de consciència dels determinants de la salut i de la promoció d'uns estils de vida i hàbits saludables
15. Potenciar les capacitats i l'autonomia personal
16. Ampliar el concepte d'atenció paliativa i transitar cap a un model en el qual es presti una atenció global més precoç, amb programes específics d'atenció a les necessitats de les persones properes a les fases de final de vida. Aquesta acció ha d'adaptar-se

a l'estructura poblacional, a les previsions de longevitat i a l'increment de les persones en situació de final de vida

17. Elaborar un estudi sobre els costos i els beneficis que suposaria l'apropament progressiu de les condicions laborals dels i les professionals d'ambdós sectors
18. Evitar que el desplegament de la integració es fonamenti en una sola intervenció, atès que l'experiència acumulada indica que les accions concertades, coordinades i sincronitzades (i.e. "models multipalanca") són les que s'han demostrat efectives
19. Incentivar la pràctica col·laborativa entre professionals i àmbits assistencials diferents i reconèixer que aquest és un factor o "input" organitzatiu imprescindible de cara a l'articulació de respostes assistencials
20. Dotar-se d'un marc integrat d'avaluació contínua del desplegament i funcionament de l'atenció integrada
21. Actualitzar la cartera de serveis socials de l'any 2010 i desenvolupar un catàleg específic de serveis socials i sanitaris integrats, encara que inicialment puguin ser de caràcter compartit i complementari

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

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

29. Proveir els serveis d'atenció a la persona a través d'una organització instrumental comuna i integrada de finançament, planificació, acreditació, contractació i sistemes d'informació i avaluació que interactuï amb els proveïdors
30. Coordinar l'atenció integrada social i sanitària amb altres àrees d'actuació com l'habitatge, la formació, el lleure o el treball

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

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

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

41. Respondre a la creixent pressió assistencial amb unes ràtios de personal més adients, tant en l'àmbit social com sanitari, de manera que es garanteixi l'equitat i l'eficiència assistencial
42. Avançar vers una formació professional inicial i contínua transversal d'acord amb els principis de l'atenció integrada centrada en la persona, que permeti atenuar les diferències entre les cultures professionals dels sectors social i sanitari
43. Continuar avançant en la interoperabilitat i unificació dels sistemes d'informació social i sanitari a partir de l'avaluació de les experiències pilot existents
44. Fer una gestió acurada de la qualitat i certificació de processos
45. Unificar els processos d'avaluació per evitar duplicitats, a través de la creació d'equips interdisciplinaris que tinguin en compte les necessitats socials i sanitàries de les persones
46. Treballar en l'elaboració d'escales integrades de detecció de necessitats socials i sanitàries
47. Tal com indica l'AQuAS, establir la figura d'un director o directora de projectes amb capacitat de resolució de problemes en els processos d'integració social i sanitària en el territori. Aquesta funció la pot dur a terme un professional extern o bé alguna persona nomenada per consens, amb la conseqüent legitimitat, amb l'objectiu de facilitar l'acollida i implicació en el projecte
48. Impulsar la gestió de casos o gestió de l'atenció, que té com a objectiu coordinar l'oferta i la demanda de serveis per a persones en situacions complexes. Els gestors o gestores de cas no han de ser necessàriament professionals de l'àmbit de la salut, sinó que han de venir determinades pel perfil de necessitats de les persones usuàries i pels vincles que mantenen amb els seus ascendents socials i sanitaris
49. Establir la figura del professional de referència, que coneix la persona i el seu entorn, essent el o la responsable de dirigir el pla d'atenció, conjuntament amb la persona i, si escau, la seva família. Com en el cas del gestor o gestora de cas, el professional de referència no ha de ser necessàriament de l'àmbit de la salut
50. Possibilitar l'activació de serveis i prestacions en qualsevol moment de l'any per poder donar resposta a les necessitats socials i sanitàries urgents

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

51. Incrementar els recursos econòmics per desplegar l'atenció integrada social i sanitària. Aquest increment de recursos suposarà, a mitjà i llarg termini, una millora de la sostenibilitat financera del sistema respecte de l'opció de no dur a terme el procés d'integració
52. Reequilibrar el finançament entre el sistema social i sanitari per tal d'equiparar drets, sobre la base de l'estudi acurat dels costos i les fonts de finançament

53. Introduir escenaris de pressupost compartit (“pooling budget”) per finançar l’atenció integrada social i sanitària, tal com s’ha recollit en l’informe a partir de les experiències internacionals
54. Acompanyar la cartera comuna de serveis socials i sanitaris de més coherència, equilibri i transparència en les eventuais despeses suportades per les persones usuàries, de manera que les despeses semblants no assistencials rebin el mateix tracte en tots els serveis, amb l’objectiu d’assolir més equitat i cohesió social
55. Reforçar especialment els recursos humans, materials i financers de l’atenció primària, social i domiciliària. Serà útil aprofitar els increments globals de pressupost conjunt per operar aquesta prioritització, fins arribar a uns equilibris més adequats en el finançament relatiu que rebin els sectors d’activitat abans esmentats
56. Modificar les mesures de participació financera en l’àmbit de l’atenció social, fent-les progressives, de manera que quedi garantida l’autonomia personal i financera de les persones usuàries
57. Resoldre les distorsions derivades de les diferents participacions financeres entre els àmbits social i sanitari pel que fa a determinades casuístiques com en els casos de la salut mental i de les discapacitats

## 7. BIBLIOGRAFIA

*Anales del sistema sanitario de Navarra*. Pamplona: Govern de Navarra. Departament de Salut.

Andersson, M. i Calltorp, J. (2015). The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *International journal of integrated care*, vol. 15 (setembre 2015). Netherlands: Utrech University, Maastrich University, Groningen University. Consulta a <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628508/>.

Armitage, G.D., Suter, E., Oelke, N.D. et alt. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International journal of integrated care*, vol. 9 (2009). Netherlands: Utrech University, Maastrich University, Groningen University. Consulta a <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.316/>.

Arrieta, F. i Sobremonte, E. (2015). El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes. *Revista de Treball Social*, núm. 206 (desembre 2015), p.51-66. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Auditoria d'Escòcia (2015). *Health and Social Care Integration*. Edinburg: Auditoria d'Escòcia. Consulta a [http://www.audit-scotland.gov.uk/uploads/docs/report/2015/nr\\_151203\\_health\\_socialcare.pdf](http://www.audit-scotland.gov.uk/uploads/docs/report/2015/nr_151203_health_socialcare.pdf).

Bate, A. (2017). *Health and Social Care Integration*. Londres: Parlament del Regne Unit. Consulta a <https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7902#fullreport>.

Burgess, L. (2016). *Integration of Health and Social Care*. Edinburg: Parlament d'Escòcia.

Carswell, P. (2015). Te Whiringa Ora: person-centred and integrated care in the Eastern Bay of Plenty, New Zealand. *International journal of integrated care*, vol. 15 (setembre 2015). Netherlands: Utrech University, Maastrich University, Groningen University. Consulta a <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2242/>.

Curry, N. i Ham, C. (2010). *Clinical and service integration: the route to improved outcomes*. Londres: The King's Fund.

Diputació de Barcelona (sense any). *Els serveis socials més a prop*. Díptic informatiu. Barcelona: Diputació de Barcelona: Àrea d'Atenció a les Persones.

Generalitat de Catalunya (2013). *Pla de Govern 2013-2016*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consulta a [https://govern.cat/pres\\_gov/AppJava/docrel/acord-govern/contingut/.../8642.htm?](https://govern.cat/pres_gov/AppJava/docrel/acord-govern/contingut/.../8642.htm?).

Generalitat de Catalunya (2014). *L'ICS consolida la figura de la infermera gestora de casos per atendre pacients complexos*. Nota de premsa (13/02/014). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2015). *El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut.

Generalitat de Catalunya (2016). *Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària 2017-2020*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2017). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2016). *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2017). *Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya i Termcat (2013). *Terminologia de la cronicitat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Cultura i Departament de Salut. Consulta a <http://www.termcat.cat/docs/PDF/TerminologiaCronicitat.pdf>.

González, A., Piqué, J. Ll. i Vilà, A. (coords.) (2016). *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. i Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*. Londres: The King's Fund. Consulta a <https://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>.

Govern d'Escòcia (2016). *Strategic Commissioning Plans. An overview of strategic commissioning plans produced by Integration Authorities for 2016-2019*. Edinburg: Govern d'Escòcia.

Govern d'Escòcia. <https://www2.gov.scot/Topics/Health/Policy/Health-Social-Care-Integration>. Consulta feta el 31.01.2018.

Ham, C. i Walsh, N. (2013). *Making integrated care happen at scale and pace: Lessons from experience*. Londres: The King's Fund. Consulta a <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-integrated-care-happen-scale-and-pace>.

Hardy, B., Mur-Veeman, I. Steenbergen, M. i Wistow, G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health policy*, vol. 48, núm. 2, p. 87-105. Amsterdam: Elsevier.

Hardy, B., Mur-Veeman, I. Steenbergen, M. i Wistow, G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health policy*, vol. 48, núm. 2, p. 87-105. Amsterdam: Elsevier.

Hunter, D. J. (ed.) (1988). *Bridging the gap: case management and advocacy for people with physical handicaps*. Londres: King Edward's Hospital Fund for London.

Institut Català de la Salut (2016). *Les infermeres gestores de casos de l'ICS atenen prop de 13.000 pacients cada any*. Nota de premsa (08/07/2016). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Institut Català de la Salut (2017). *L'Atenció Primària de Lleida implanta el Projecte de gestió de casos per a malalts crònics complexos*. Nota de premsa (04/12/2017). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consulta a [http://ics.gencat.cat/ca/detall/noticia/GTLleida\\_AP\\_Implanta\\_un\\_nou\\_projecte](http://ics.gencat.cat/ca/detall/noticia/GTLleida_AP_Implanta_un_nou_projecte).

Institut Cerdà (2017a). *Estratègia COM3: cap a una atenció comunitària centrada en la persona*. Barcelona: Institut Cerdà. Consulta a [https://www.icerda.org/media/files/noticies/Model\\_d'atenci%C3%a3\\_comunit%C3%a1ria\\_centrada\\_en\\_la\\_persona.pdf](https://www.icerda.org/media/files/noticies/Model_d'atenci%C3%a3_comunit%C3%a1ria_centrada_en_la_persona.pdf).

Institut Cerdà (2017b). *L'European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Base Care*. Barcelona: Institut Cerdà. Consulta a [http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/european\\_expert\\_group.pdf](http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/european_expert_group.pdf).

Institut Cerdà (2017c). *Bones pràctiques en l'atenció comunitària centrada en la persona al Tercer Sector Social de Catalunya*. Barcelona: Institut Cerdà. Consulta a [http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/bones\\_practiques\\_d\\_entitats.pdf](http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/bones_practiques_d_entitats.pdf).

Kodner, D. (2012). *Integrated Care Model That Works for Frail Older People*. Londres: The King's Fund.

Kodner, D. i Kyriakou, K. (2000). Fully integrated care for the frail elderly: two American models. *International journal of integrated care*, vol. 1 (2000). Netherlands: Utrecht University, Maastrich University, Groningen University. Consulta a <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.11/>.

Kodner, D. i Spreeuwenberg, C. (2002). *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper*. vol. 2. Holanda: Utrecht University, Maastrich University, Groningen University. Consulta a <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.67/>.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services. Consulta a <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

Lara, A., Van Duijn, S., Zonnenveld, N., Minkman, M. i Nies, H. (2016). *Integrated Social Services in Europe*. Brighton: European Social Network. Consulta a <http://www.esn-eu.org/news/746/index.html>.

Ledesma, A., Blay, C., Contel, C. et al. (2015). *El model català d'atenció integrada: cap a una atenció centrada en la persona*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Leichsenring, K. (2004). Developing health and social care services for older persons in Europe. *International journal of integrated care*, vol. 4. Netherlands: Utrecht University, Maastrich University, Groningen University. Consulta a <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.107/>.

Letuz, W. N. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, vol. 77, núm. 1, p. 77-110. Nova York: Milbank Memorial Fund by Cambridge University Press. Consulta a [https://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter\\_leutz.pdf](https://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf).

Nolte, E. i Pitchford, E. (2014). *What is the evidence on economic impacts of integrated care?*. Copenhagen: European Observatori on Health Systems and Policies.

Nuño, R. (2015). *Estudio de caso Kaiser Permanente*. Madrid: Universitat de Deusto. Consulta a [https://www.researchgate.net/publication/303524096\\_Estudio\\_de\\_caso\\_Kaiser\\_Permanente](https://www.researchgate.net/publication/303524096_Estudio_de_caso_Kaiser_Permanente).

Nuño, R. (2016). Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gaceta sanitaria*, vol. 30, núm. S1 (novembre 2016), p.106-110. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

OMS (2016). *Integrated care models: an overview*. Copenhagen: OMS, Oficina regional per a Europa. Consulta a [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf).

Osakidetza i Govern basc (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskady*. Vitoria: Govern basc, Departament de Sanitat i Consum.

Powell Davies, G., Williams, A. M., Larsen, K. et al. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal of Australia*, vol. 188, núm. 8, p. 65-68. Kingsgrove: Australasian Medical Pub. Co.

Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (2012). *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat: document conceptual: versió 5.0 del 28.02.2012*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Sarquella, E., Ledesma, A., Blay, C. et al. (2015). Atenció integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones. *Revista de Treball Social*, núm. 206, p. 66-81. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Subirats, J. i Vilà, T. (2005). És la salut un tema estrictament sanitari? Curar, cuidar i condicionants socials de la salut. *Revista de Treball Social*, vol. 206, p. 66-81. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. i Armitage, G. D. (2009). Ten key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly*, núm. 13, p. 16-23. Toronto: University of Toronto. Consulta a <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/>.

Sutton, V., Montané, C., Pons, J. et al. (2015a). *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2015). *Cap a una atenció integrada social i sanitària: per un nou model centrat en les persones*. Barcelona: Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. Consulta a [http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier\\_cap\\_a\\_una\\_atencio.pdf](http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_cap_a_una_atencio.pdf).

Taylor, A. (2014). Integrating adult health and social care in Scotland. *International journal of integrated care*, vol. 14 (octubre 2014). Netherlands: Utrecht University, Maastrich University, Groningen University. Consulta a <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.1719/>.

The Comptroller i Auditor General (2017). *Health and social care Integration*. Londres: National Audit Office. Consulta a <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Health-and-social-care-integration.pdf>.

The King's Fund (2015). *Integrated Care Models That Work for Frail Older People*. Londres: The King's Fund.

Toro, N., Vázquez, P., Nuño, R. i Mira, J.J. (2014). Evaluación del nuevo enfoque en atención a la cronicidad en las organizaciones integradas del País Vasco. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 37, núm. 2, p. 189-201. Pamplona: Govern de Navarra. Departament de Salut. Consulta a [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200002).

Townsend, M. (2014). *Learning from Kaiser Permanente: Integrated Systems and healthcare improvement in Canada*. Ottawa: Fundació canadencs per a la millora de l'atenció a la salut.