

**REPTES D'UNA ATENCIÓ  
INTEGRAL DE QUALITAT:  
VISIÓ ACTUAL I PERSPECTIVES  
DE FUTUR DES DE SARQUAVITAE**

---

# **Reptes d'una atenció integral de qualitat: Visió actual i perspectives de futur des de SARquavitae**

Antonio Calvo Ara

Aina Maria Ferrà Cañellas

Elsa Herranz Sanz

Gregorio Molina Paniagua

María José Secilla Castro

Catalina María Vanrell Munar

Marián Vázquez Sánchez

## Resum

En les últimes dècades s'ha produït un **envelliment progressiu de la població i un increment de la cronicitat i la dependència**, principalment en la gent gran. Aquesta tendència es reflecteix en les estadístiques demogràfiques publicades, que mostren que l'índex d'envelliment de les Illes Balears ha passat d'un 67,8% el 2008 a un 73% el 2013 (Observatori del Treball de les Illes Balears, 2013).

Es pot pensar que aquest patró poblacional es reproduirà també en els centres residencials, on **el perfil de les persones ingressades ha tingut una transformació en els darrers anys**. En aquest sentit, resulta interessant analitzar l'evolució de la població atesa, ja que permet evidenciar les noves necessitats assistencials i els reptes que aquest fet planteja.

D'altra banda, en els centres residencials, el model d'atenció tradicional ha estat més paternalista sense tenir realment en compte els desitjos i les preferències dels residents. **El model assistencial de SARquavitae situa, des dels seus inicis, el focus en la mateixa persona**, i els professionals hi són facilitadors que ofereixen unes atencions especialitzades partint de la història de vida. Aquest canvi de mirada en l'àmbit de l'atenció residencial té implicacions ètiques, assistencials, organitzatives i estructurals i requereix un compromís de tota l'organització.

Finalment, en aquest capítol es reflexiona sobre una sèrie d'àrees, la consolidació de les quals, en el futur, contribuirà a millorar l'atenció proporcionada, examinant elements vinculats a les **intervencions, l'entorn i la universalització de la tecnologia en l'àmbit social i sanitari**.

## Resumen

En las últimas décadas se ha producido un **envejecimiento progresivo de la población y un incremento de la cronicidad y la dependencia**, principalmente en las personas mayores. Esta tendencia queda reflejada en las estadísticas demográficas publicadas, que muestran como el índice de envejecimiento de las Islas Baleares ha pasado del 67,8% en 2008 al 73% en 2013 (Observatori del Treball de les Illes Balears, 2013).

Cabe pensar que este patrón poblacional se reproducirá también en los centros residenciales, donde **el perfil de las personas ingresadas ha sufrido una transformación en los últimos años**. En este sentido, resulta interesante analizar la evolución de la población atendida explicitando las nuevas necesidades asistenciales y los retos que esto plantea.

Por otro lado, en los centros residenciales, el modelo de atención tradicional ha sido más paternalista, sin tener realmente en cuenta los deseos y preferencias de los residentes. **El modelo asistencial de SARquavitae sitúa, desde sus inicios, el foco en la propia persona**, en que los profesionales son facilitadores que ofrecen unos cuidados especializados partiendo de la historia de vida. Este cambio de mirada en el ámbito de la atención residencial tiene implicaciones éticas, asistenciales, organizativas y estructurales y requiere un compromiso de toda la organización.

Por último, en el presente capítulo se reflexiona sobre una serie de áreas cuya consolidación en el futuro contribuirá a mejorar la atención proporcionada, examinando elementos vinculados a las **intervenciones, el entorno y la universalización de la tecnología en el ámbito social y sanitario**.

## 1. Perfil de les persones que ingressaren a SARquavitae el 2013

Amb l'objectiu de conèixer el perfil de les persones que van ingressar en els centres residencials de SARquavitae a Mallorca durant l'any 2013, s'han explorat les dades recollides en el **Sistema d'Informació Assistencial informatitzat GCR®** (Gestió de Centres Residencials). En la Història Assistencial Informatitzada es registren totes les dades socials, psicològiques, funcionals i clíniques, incloent-hi les preferències i els desitjos de les persones en el moment de l'ingrés.

S'ha analitzat el perfil dels 248 ingressos que es van produir durant l'any passat. Es tracta d'una població predominantment femenina (72,2%) i molt envellida, ja que pràcticament tres quartes parts de les persones que hi ingressen tenen més de 80 anys.

D'aquestes, un 51% procedia del seu domicili; el 35%, d'un altre centre residencial, i el 14% restant, de l'hospital d'aguts o d'un recurs sociosanitari.

Pel que fa al grau de dependència funcional, mesurat per l'índex de Barthel, un 37,4% dels ingressos va presentar dependència greu o total i un 15,9% dependència moderada. La resta van ser persones amb un grau de dependència lleu (37,4%) o totalment independents (9,3%).

Pel que fa al nivell de funcionament cognitiu, avaluat per mitjà de l'escala Minimental (MMSE), de Folstein, la meitat de les persones van presentar un deteriorament cognitiu greu o molt greu (50,4%), seguidament d'un 26,1%, que van presentar deteriorament cognitiu moderat; un 15,8%, deteriorament lleu, i en un 7,7% hi va haver absència de deteriorament.

En els paràmetres clínics, un 76,6% de les persones que van ingressar el 2013 estaven polimedicades, amb més de set fàrmacs prescrits en el moment de l'ingrés.

A més, un 67,3% de les persones presentava tres o més diagnòstics clínics en el moment de l'ingrés. Les malalties que més prevalien eren les hipertensives del cor (16%), les malalties relacionades amb l'aparell cardiocirculatori (13%), la malaltia d'Alzheimer i altres demències (12%) i malalties relacionades amb el sistema nerviós (9%).

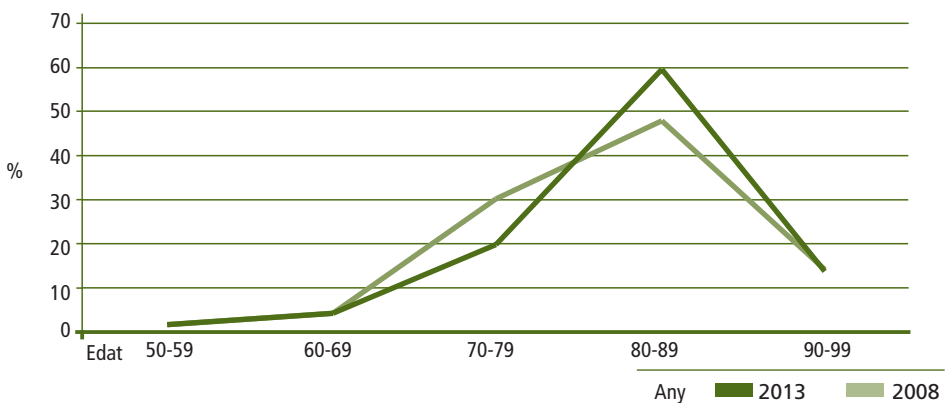
### 1.1. Evolució del perfil de les persones ingressades (2008-2013)

Amb l'objectiu d'analitzar l'evolució del perfil de les persones ingressades en els centres residencials SARquavitaie a Mallorca, s'han comparat les dades disponibles al GCR® dels 248 ingressos de 2013 amb les dels 278 ingressos de 2008.

Únicament s'han identificat diferències estadísticament significatives en l'edat de les persones, l'estat funcional mesurat per l'índex de Barthel, el nombre de diagnòstics clínics i el nombre de fàrmacs prescrits. Per analitzar les dues primeres variables, es va fer la prova de Mann-Whitney per a mostres independents, i per a les dues últimes, la prova khi quadrat de Pearson, ambdues amb un nivell de significació estadística del 5%.

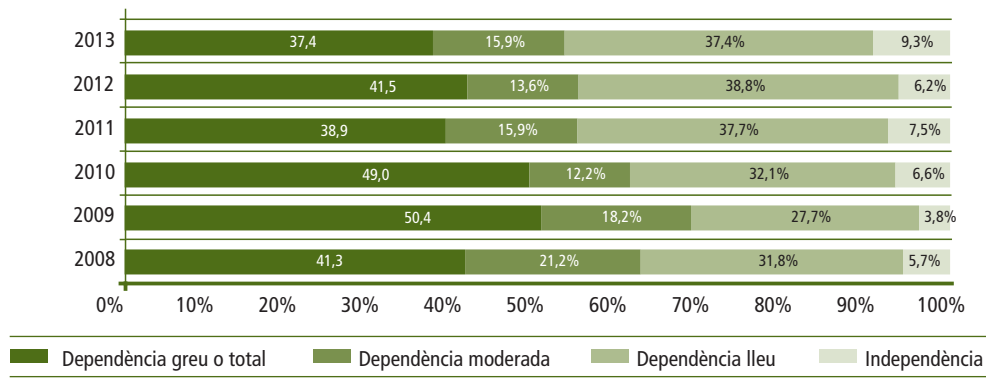
- L'edat mitjana de les persones que van ingressar en els centres SARquavitaie és més alta el 2013 ( $\bar{X}$ : 83,16; DE: 7,67) que el 2008 ( $\bar{X}$ : 81,48; DE: 8,90).

**Gràfic 1** | *Distribució de l'edat en el moment de l'ingrés 2008-2013*



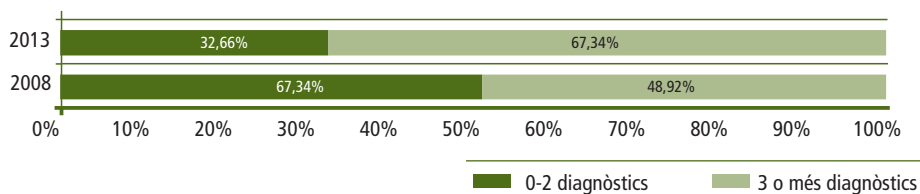
- El 2013, les persones tenen un nivell més baix de dependència funcional amb una mitjana de 51,73 (DE: 32,22) enfront de la mitjana de 46,31 (DE: 32,03) de l'any 2008.

**Gràfic 2 | Estat funcional en el moment de l'ingrés 2008-2013**



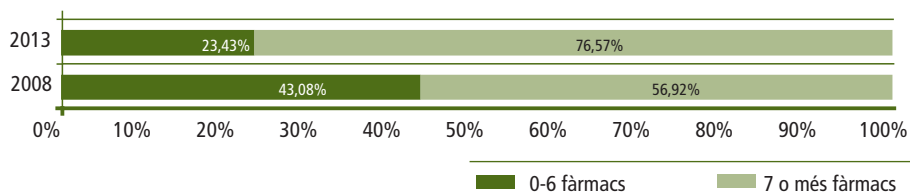
- Pel que fa als diagnòstics actius en el moment de l'ingrés, el 2013 hi va haver un 67,34% de la mostra amb tres o més diagnòstics actius enfront del 48,92% de 2008.

**Gràfic 3 | Diagnòstics per persona en el moment de l'ingrés 2008-2013**



- El 2013, un 76,57% de les persones tenia més de set fàrmacs prescrits en el moment de l'ingrés, enfront del 56,92% de 2008.

**Gràfic 4 | Fàrmacs prescrits per persona en el moment de l'ingrés 2008-2013**



La informació exposada permet afirmar que les persones ingressades en els centres SARquavitae de Mallorca durant el 2013 són més grans, presenten més diagnòstics actius i tenen més fàrmacs prescrits. Són, per tant, usuaris pluripatològics i polimedcats, i feturen de més mobilització de recursos sanitaris.

Com a dada significativa, cal assenyalar que el perfil de la persona que ingressa als centres residencials SARquavitae a Mallorca presenta un grau més baix de dependència en les activitats de la vida diària, i es manté sense diferències significatives l'estat cognitiu dels ingressos del 2013 ( $\bar{X}$ : 12,55; DE: 9,5) enfront dels del 2008 ( $\bar{X}$ : 12,45; DE: 9,38).

**En definitiva, l'evidència mostrada al llarg de l'apartat posa de manifest que el perfil de la persona ingressada a SARquavitae ha experimentat un augment de complexitat, en els últims cinc anys, amb un increment important de la càrrega sanitària associada a la seva atenció.**

## 2. Atenció centrada en la persona

En els últims temps, els models d'atenció centrada en la persona han experimentat un gran auge. Tot i això, no existeix una definició universalment acceptada per a aquest concepte. Entre els models desenvolupats, destaca el d'**atenció gerontològica centrada en la persona** (Martínez Rodríguez, 2011: 21), que és «un model d'atenció que assumeix, com a punt de partida, que les persones grans, com a éssers humans que són, mereixen ser tractades amb igual consideració i respecte que qualsevol altra, des del reconeixement que totes les persones tenim la mateixa dignitat».

D'acord amb Rodríguez Rodríguez (2010), aquest concepte es defineix com l'atenció que s'adreça a la consecució de millores, en tots els àmbits, de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació efectiva.

Segons Grob (2013), l'atenció centrada en la persona és l'assistència sanitària que s'estableix mitjançant una associació entre els professionals, les persones ateses i les famílies, per garantir que les decisions respectin els seus desitjos, necessitats i preferències i que tinguin l'educació i el suport que necessiten per prendre decisions i tenir cura d'ells mateixos.

Per la seva banda, Cliff (2012) argumenta que les atencions veritablement centrades en la persona consideren les tradicions culturals, les preferències i els valors, la seva situació familiar i el seu estil de vida. La persona i el seu entorn afectiu formen part integral de l'equip d'atenció i col·laboren amb els professionals sanitaris en la presa de decisions clíniques.

L'atenció integral, igual que l'atenció centrada en la persona, és reclamada en l'actualitat tant pels serveis sanitaris com pels socials. Això no obstant, **en pocs llocs del món es produeix de manera efectiva aquesta coordinació entre àmbits i sistemes i, en especial, el de l'atenció sociosanitària conjunta que requereixen les persones en situació de dependència** (Rodríguez Rodríguez, 2010).

## 2.1. El model assistencial de SARquavitaie

El model assistencial de SARquavitaie té per objecte oferir uns serveis flexibles i coordinats, que responguin a les necessitats i preferències de les persones, amb un enfocament integrador i en centres sectorials, segons els nivells de dependència.

A SARquavitaie, per mitjà de la **planificació centrada en la persona** (PCP) (Mata i Carratalá, 2007), s'individualitza l'atenció, adaptant-la a les dimensions de cada persona, a les seves capacitats i a la seva visió de la qualitat de vida, compartint amb ella i amb els membres del seu entorn afectiu les decisions sobre les seves atencions i treballant, per tant, en el disseny d'intervencions per a la persona i des de la persona, no des del sistema.

La PCP constitueix l'eix metodològic fonamental en la gestió assistencial dels centres i serveis de SARquavitaie, a partir de la qual es dissenyen les diferents actuacions professionals.

Tenint en compte les premisses de la PCP, en la gestió dels processos lligats a l'atenció dels usuaris del centre es treballa amb els principis següents:

- **La persona és el centre del procés.** La PCP es basa en drets, independència i eleccions. L'individu no es veu com una cosa aïllada, sinó dins un context familiar i comunitari.
- **El disseny de les intervencions se centra en les capacitats de la persona, així com en la definició dels suports que necessita per promoure la seva autonomia** en el grau més alt possible. La persona és el centre, tria el que és important i pren el rol de lideratge, decidint quines oportunitats cal crear i quins suports necessita, cosa que implica un replantejament i una redistribució de rols, i es reconeix que els professionals no són els «millors experts» sinó part del grup de suport.
- **La PCP és un procés continu d'aprenentatge i acció.** Així com la vida de cadascú canvia, també ho fan les seves circumstàncies, aspiracions i els seus interessos, i s'assumeix, per tant, que el treball en l'atenció a les persones és un procés flexible i d'adaptació contínua.

Treballar des d'aquest enfocament i amb aquest model permet garantir la posada en marxa d'intervencions dirigides a la millora de la qualitat de vida de les persones. La metodologia



de treball i els pilars metodològics que preveu parteixen d'uns principis d'actuació que es mostren en el gràfic.

**Gràfic 5** | *Principis i metodologia de la planificació centrada en la persona a SARquavitae*



Que la persona en sigui partícip permetrà optimitzar el benefici terapèutic, la independència i el control de la seva vida (Rodríguez Rodríguez, 2011).

L'absència d'un enfocament centrat en el **context significatiu per a la persona es tradueix en un pla d'atenció inadequat**. El context d'un pacient comprèn tot el que s'expressa fora dels límits de la seva pell i és significatiu per a la seva cura, incloent-hi les seves condicions de vida i comportaments (Weiner, 2004). En persones amb malalties cròniques complexes (o en cures pal·liatives), aquest model adquireix més rellevància, la qual cosa fa millorar el seu benestar, mesurat per l'augment de l'autoeficàcia i el nivell de confiança i la reducció de la depressió i de l'ansietat (Epstein et al. , 2010).

### 3. Iniciatives de millora assistencial i reptes en l'atenció a persones vulnerables des de SARquavitae

Tenint en compte la transformació del perfil de les persones ateses, resulta indispensable **adaptar els serveis a les noves necessitats identificades, aportant valor assistencial no només als centres residencials, sinó a l'àmbit de la població en general.**

Per aquest motiu, des de SARquavitae s'impulsen diferents línies de treball que s'exposen a continuació, algunes de les quals de caràcter més innovador, amb l'objectiu de millorar l'atenció prestada i, en darrer terme, el benestar dels usuaris dels serveis.

#### 3.1. Atenció sociosanitària

S'evidencia un augment en la **complexitat sanitària** de les persones que ingressen als centres residencials. És convenient **reconèixer i regular el paper dels centres com a recursos sociosanitaris proveïdors de serveis especialitzats** que contribueixen a garantir la continuïtat de l'atenció.

#### 3.2. Atenció especialitzada a persones en situacions de malaltia avançada-terminal (SEAT)

Una part significativa de les persones ateses per SARquavitae es troben en situació de malaltia avançada-terminal (SEAT). El procés d'evolució d'aquestes persones amb malalties avançades es caracteritza perquè presenta crisis freqüents, elevades necessitats assistencials, alta freqüentació d'ús dels serveis sanitaris i preses de decisions difícils, amb nombroses implicacions ètiques en molts casos.

En els centres SARquavitae, **l'aplicació de l'instrument NECPAL - SARquavitae - CCOMS® permet identificar les persones amb necessitats d'atenció paliativa.** L'objectiu que es persegueix és fer una millor avaluació, planificació i provisió de les atencions en relació amb les necessitats de la persona. D'aquesta manera, es poden posar en marxa processos de **planificació de decisions anticipades** amb l'objectiu d'oferir una atenció individualitzada que s'ajusti a les preferències de les persones ateses i el seu entorn familiar.

#### 3.3. Ètica assistencial

**A SARquavitae són pioners en la creació d'un comitè d'ètica assistencial en l'àmbit sociosanitari.** Registrat l'any 2008, està format per un grup multidisciplinari d'experts que ofereixen assessorament i consell ètic als professionals dels centres i serveis davant els dilemes ètics que els poden sorgir en la seva pràctica diària, per tal d'ajudar-los en la presa de decisions.

La dimensió ètica del treball assistencial que es duu a terme a SARquavitae és de gran importància, ja que està present en la vida diària de les persones que viuen als centres, de les seves famílies i de tots els professionals que les acompanyen i les atenen.

### 3.4. Nutrició

L'alimentació de les persones en situació d'especial vulnerabilitat a causa del seu estat de salut requereix un tractament específic, principalment per desnutrició o important risc de desnutrició. Per aquest motiu, SARquavitae compta amb una àrea responsable de l'assistència nutricional, NutriSAR. En aquesta matèria, s'han posat en marxa diferents projectes d'intervenció nutricional, entre els quals destaquen:

- **Actuació nutricional en disfàgia.** En el moment de l'ingrés, hi ha un important nombre de persones amb disfàgia no diagnosticada. Per aquesta raó, s'ha posat en marxa formació específica per a la correcta identificació d'aquestes persones per mitjà d'una valoració amb textures segures, una avaluació de l'estat nutricional mitjançant el *mini nutritional assessment* (MNA), el control de condicions d'ingesta i l'elaboració d'un menú adequat amb el suport nutricional necessari.
- **Sistema texturitzant.** Amb l'objectiu de facilitar plats que conservin el sabor, l'olor i la presentació per a persones que necessitin dietes triturades i de fàcil masticació, s'hi ha incorporat un robot emulsionant d'aliments.

La introducció d'aquesta innovació de l'alta cuina en l'àmbit de l'atenció residencial a persones en situació de cronicitat o dependència permet combinar la tècnica en la preparació dels plats (factor humà imprescindible) amb la tecnologia, per a la seva transformació.

Aquest sistema millora la conservació de propietats i pretén evitar la monotonia de sabors i presentacions en aquest tipus de dietes, oferint un impacte visual que predisposa a gaudir del menjar.

---

#### Imatge 1 | Transformació de plats i aliments en texturitzants

---

Algunes presentacions dels resultats obtinguts:



Postres de pa amb arròs



Salmó amb arròs

### 3.5. Serveis residencials orientats a la integració comunitària

Un dels principals reptes dels centres residencials per a gent gran és aconseguir una integració real en el seu entorn comunitari, ja que, en general, continua sent un recurs una mica distant. En els centres SARquavitaes **s'impulsa l'ús dels espais del centre per a agents de la comunitat i la participació activa de les persones que viuen als centres en la vida sociocultural i associativa de l'entorn**. És essencial que aquesta tendència s'hi instauri de manera global i que els centres residencials es visualitzin com a centres de serveis oberts a la comunitat.

En aquesta línia, un altre repte de futur és **fer accessible l'oferta de serveis sanitaris i socials dels centres residencials a persones que no hi resideixen**, a les mateixes instal·lacions o bé al domicili, oferint serveis d'assessorament en ajuts tècnics, atenció rehabilitadora, intervenció psicològica, disseny d'adaptacions a domicili, formació a cuidadors i professionals o grups de suport, entre altres elements.

### 3.6. Arquitectura, infraestructures i benestar subjectiu

**La relació que hi ha entre el disseny arquitectònic i el benestar subjectiu ha estat documentada en diferents publicacions** (Knudstrup, 2012; Vázquez-Honorato i Salazar-Martínez, 2010). El benestar de les persones en situació de dependència està relacionat amb el seu entorn. Les noves persones grans tenen un nivell cultural més alt, són més assertives i comunicatives quant a les seves necessitats i han desenvolupat habilitats de consumidors exigents per demanar serveis d'alta qualitat. Es fa necessari un espai arquitectònic que combini l'aspecte domèstic amb les exigències d'un entorn d'atencions personals, higièniques i sanitàries determinades (Rodríguez Rodríguez, 2012).

Els aspectes arquitectònics més importants que influeixen en el benestar de les persones són: la localització, el tipus d'edifici, la distribució d'espais i àrees comunes, la il·luminació, l'accessibilitat, les zones exteriors enjardinades, el disseny i la decoració interior i les tecnologies.

**El disseny dels centres SARquavitaes cerca afavorir les condicions ambientals.** La decoració i els colors són elements centrals per millorar les sensacions de les persones. Actualment,

a la UIB s'estan fent investigacions que estudien la influència de la luminoteràpia en els ritmes circadianis de la gent gran i l'impacte positiu de la llum natural. Aquesta és una línia interessant de recerca en la qual estam col·laborant.

En una altra línia, **les sales multisensorials**, utilitzades en persones amb discapacitat i en nens que requereixen estimulació primerenca, s'estan integrant cada vegada més al món de la geriatria. En aquestes sales s'utilitzen la il·luminació, les aromes, la música, els sons i les textures, amb l'objectiu d'estimular físicament i cognitivament les persones amb deterioraments greus i molt greus.

A més, **es poden emprar els espais exteriors de l'entorn amb una finalitat terapèutica**. Els jardins terapèutics estan dissenyats per potenciar el benestar emocional i físic de les persones. Poden contenir elements actius, com un hort, mobiliari biosaludable per a la pràctica d'exercici físic, jocs, espais per a passejos i socialització o racons aromàtics. És fonamental obrir els espais a la comunitat i potenciar la utilització d'aquest tipus de recursos.

### 3.7. Avenços en domòtica i entorn tecnològic

**Els centres d'atenció a persones grans no poden ser aliens als avenços de la tecnologia i haurien d'integrar-la en el seu model i activitat assistencial.**

El terme domòtica, etimològicament, fa referència a l'ús de sistemes que automatitzen les instal·lacions d'un habitatge. Els edificis intel·ligents i bioclimàtics semblen afavorir tant el benestar dels residents i del seu entorn afectiu com el treball dels professionals i l'eficàcia dels centres residencials. Un aspecte que encara s'ha de desenvolupar completament és la intel·ligència ambiental, l'objectiu fonamental de la qual és la creació d'espais on les persones interaccionaran de manera natural i sense esforç amb els diferents sistemes tecnològics. És la tecnologia la que s'adapta als individus i al seu context.

**El desenvolupament de les tecnologies propicia l'aparició de noves maneres de fer que podrien canviar, en un futur, alguns dels paradigmes de la intervenció terapèutica.** Una és la robòtica, que promou la intervenció amb els residents d'una manera diferent de la tradicional. Per exemple, hi ha l'evidència que els robots mascota milloren la qualitat de vida de les persones grans amb problemes cognitius o de conducta (Filan, 2006). Altres aplicacions de la robòtica s'han desenvolupat per endegar teràpies rehabilitadores de membres superiors en pacients amb afectació greu (Revuelta, 2014).

**La telerehabilitació també representa un camp rellevant d'actuació futura.** Actualment, s'estan desenvolupant sistemes de telerehabilitació, que promouen l'estimulació activa de les persones per tal d'alentir la seva deterioració cognitiva o estabilitzar-la, tot plegat de manera personalitzada i específica. No obstant això, encara són solucions no implantades

de manera generalitzada a causa del seu alt cost i de l'absència d'una demanda clara per part de la població. En un futur proper, aquest tipus de solucions seran un important valor afegit que millorarà l'abast de les intervencions i beneficiarà les persones en situació de cronicitat o dependència, especialment en l'àmbit comunitari, però també les ingressades en centres residencials o altres dispositius d'atenció.

Internet, en l'àmbit sanitari, està integrant a gran velocitat **l'eSalut, que engloba eines que donen autonomia als pacients i canvia les relacions entre aquests i el personal sanitari**. La generalització de la telemedicina, orientada a malalts crònics, permetrà una autogestió de les seves patologies. Aquest tipus d'avenços aconseguirà, a mitjà i llarg termini, una important optimització de recursos. Es pot aplicar a la gestió sanitària, a pacients i professionals. Com a exemple de dispositius pràctics hi ha les teleconsultes amb especialistes, la gestió de cites i dispositius que es poden implantar per millorar la hipertensió arterial (HTA), entre altres.

**Les aplicacions mòbils no són alienes a aquest canvi en àrees com la prevenció, el tractament, la dosificació, la informació diagnòstica, el seguiment, etc.** Actualment hi ha més de 97.000 aplicacions relacionades amb la salut, el 30% de les quals estan dirigides a pacients i professionals i el 70%, al públic en general. Hi ha exemples molt variats, com les aplicacions per al control de la diabetis, per a l'autogestió de malalties cròniques o per a la localització de desfibril·ladors (Olivares, 2014). L'oferta d'aquest tipus de solucions i la seva utilització en entorns domiciliaris i residencials creixerà de manera exponencial en un futur pròxim.

## 4. Conclusions

En els últims cinc anys (2008-2013) s'ha posat en relleu un canvi en els perfils de les persones que ingressen en els centres residencials de SARquavitaie a Mallorca. L'anàlisi de dades duta a terme permet afirmar que s'ha produït un **augment de la complexitat sanitària, amb una reducció significativa del temps d'estada mitjana**.

Així doncs, avui en dia, **cronicitat, complexitat i càrrega sanitària** conformen la realitat que s'atén en l'àmbit assistencial residencial.

Aquesta qüestió ens condueix a la necessitat d'una **especialització més elevada dels professionals i a orientar els recursos materials i funcionals per donar cobertura a les noves demandes**. S'hauria de reconèixer el treball sanitari que actualment s'exerceix en l'àmbit d'atenció residencial i formalitzar **l'acreditació** dels centres per regular la seva estructura sanitària. Considerant els beneficis d'un model d'atenció centrada en la persona, és indispensable enfocar els serveis des d'aquesta perspectiva, posant èmfasi en capacitats, eleccions i suports.

D'altra banda, resulta essencial reconèixer la transformació tan important que ha experimentat l'atenció residencial en els últims quinze anys. Ha passat d'atendre persones amb problemàtica social a cuidar **persones amb necessitats sanitàries**; de ser un àmbit aïllat a **comunicar-se i coordinar-se amb l'atenció primària i especialitzada**; de treballar de manera individualitzada a **treballar en equip, sempre amb la persona al centre**; de posar l'accent en les teràpies lúdiques a posar-lo en les **teràpies rehabilitadores**, i d'utilitzar plans d'atenció a emprar **plans de vida** que promouen l'autonomia de l'usuari en la presa de decisions davant un paper més passiu. Aquests són canvis essencials que mostren la progressiva evolució de l'atenció residencial, el paper de la qual en els sistemes d'atencions s'ha de **redefinir des del punt de vista social i sanitari**.

Per fer front als reptes plantejats, des de SARquavitae s'aposta per un **enfocament sociosanitari** en l'atenció; la introducció d'**innovacions assistencials de component tecnològic més gran**; el desenvolupament de **nous serveis de valor afegit**, especialment en el domicili; el disseny d'**espais arquitectònics** que combinin l'aspecte casolà amb les exigències d'un entorn d'atencions personals i sanitàries determinades, i també per la **construcció d'edificis intel·ligents i bioclimàtics** que afavoreixin el benestar dels residents i els seus familiars, la feina dels professionals i l'estalvi energètic.

En definitiva, SARquavitae treballa per la qualitat en un escenari de sostenibilitat i eficiència, en què els centres residencials han de ser entesos cada vegada més com a **centres de serveis oberts a la comunitat**.

## Referències bibliogràfiques

Cliff, B. (2012). The evolution of patient-centered care. *Journal of Healthcare Management*, 57 (2), 86-88.

Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S. i Stange, K.C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29 (8), 1489-1495.

Filan S. L. i Llewellyn-Jones, R. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 18 (4), 597-611.

Grob, R. (2013). The heart of patient-centered care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38 (2), 457-465.

Knudstrup, M. A. (2012). La relació entre el disseny arquitectònic i el benestar subjectiu. Rodríguez Rodríguez, A. P. (Coord.). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención* (p. 41-56). Madrid, Fundació Caser per a la Dependència i Fundació Pilars.

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitòria, Gobierno Vasco.

Mata, G. i Carratalá, A. (2007). *Planificació centrada en la persona. Experiència de la Fundació Sant Francesc de Borja per a persones amb discapacitat intel·lectual*. Madrid, FEAPS.

Observatori del Treball de les Illes Balears (2008). *Anuari municipal*. Extret el 26 maig de 2014 des de <http://observatorideltreball.caib.es/>

Observatori del Treball de les Illes Balears (2013). *Anuari municipal*. Extret el 26 de maig de 2014 des de <http://observatorideltreball.caib.es/>

Olivares, P. (2014). *Las 10 mejores aplicaciones de salud para tu smartphone*. Extret el 2 juny 2014 des de <http://www.efesalud.com/noticias/las-10-mejores-aplicaciones-de-salud-para-tu-smartphone/>

Revuelta, I. (2014). *La robótica rehabilita el miembro superior por ictus con garantías*. Extret el 30 de maig de 2014 des de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/actualidad/robotica-rehabilita-miembro-superior-ictus-garantias>



Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores*, 106. Extret el 19 març 2014 des de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=57590>

Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Extret el 16 d'abril de 2014 des de [http://www.fundacionpilares.org/docs/las\\_residencias\\_que\\_queremos.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf)

Rodríguez, P. (coord.) (2012). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. Madrid, Fundación Caser para la Dependencia y Fundación Pilares.

Vázquez-Honorato, L. A. i Salazar-Martínez, B. L. (2010). Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 2(2), 57-70.

Weiner, S. J. (2004). Contextualizing medical decisions to individualize care. Lessons from the qualitative sciences. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 281-285.

## Autors

### ANTONIO CALVO ARA

Aragüés del Puerto, Osca, 1962. Llicenciat en Dret per la Universitat de Saragossa. MBA per Esden, Madrid. Postgrau en Geriatria i Gerontologia per la UIB. Professor en el Postgrau en Gestió de Centres Sociosanitaris i Serveis per a la Dependència. ESB, Universitat Alfons X el Savi. Vinculat professionalment als serveis socials des de 1992. Des de setembre de 2008 director de Centre Residencial per a persones grans a SARquavitae, actualment a Costa d'en Blanes, Calvià.

### AINA MARIA FERRÀ CAÑELLAS

Santa Maria del Camí, 1985. Diplomada en Fisioteràpia per la Universitat de les Illes Balears. Especialista en fisioteràpia de l'activitat física i l'esport. Postgrau en Teràpia Manual Avançada. Fisioterapeuta del Centre Residencial per a persones grans SARquavitae Alcúdia.

### ELSA HERRANZ SANZ

Madrid, 1983. Diplomada en Treball Social per la Universitat Complutense de Madrid (UCM). Expert Universitari en Direcció de Centres de Serveis Socials per l'Escola Superior de Postgrau en Ciències de la Salut, Madrid. Expert Universitari en Model Sistèmic Relacional en Tractament Social i Familiar per la UCM. Des de 2006 desenvolupament professional en centres residencials del sector de la dependència. Des de 2011 fins a l'actualitat coordinadora del Centre de Dia SARquavitae Coll d'en Rabassa.

### GREGORIO MOLINA PANIAGUA

Capdepera, 1974. Diplomant en Educació Social per la UNED. Postgrau en Gestió de Residències i Serveis per a Gent Gran per la Universitat Ramon Llull, Màster en Direcció i Administració d'Empreses. Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia per la UIB. Professor al Postgrau en Gestió de Centres Sociosanitaris i Serveis per a la Dependència (ESB, Universitat Alfons X el Savi). Vinculat professionalment al món de la intervenció social des de 1994. Ha dirigit el Centre Residencial SARquavitae Palma. Actualment, director del centre residencial SARquavitae Capdepera.

**MARÍA JOSÉ SECILLA CASTRO**

Palma, 1985. Diplomada en Infermeria per la UIB. Tècnic en Dietètica i Nutrició per ADEMA. Vinculada al sector sanitari des de 2011. Des de 2014 infermera a l'àrea de Diàlisis de l'Hospital Són Llàtzer i infermera del Centre de Dia SARquavitae Coll d'en Rabassa.

**CATALINA MARÍA VANRELL MUNAR**

Palma, 1989. Diplomada en Teràpia Ocupacional per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Rehabilitació Neuropsicològica i Estimulació Cognitiva per l'Institut Guttmann, Badalona. Des de 2011, desenvolupament professional al Servei de Rehabilitació de l'Hospital Universitari Son Espases, Mallorca. Vinculada professionalment a SARquavitae des de 2013 al Centre Residencial Costa d'en Blanes i actualment al Centre de Dia SARquavitae Coll d'en Rabassa.

**MARIÁN VÁZQUEZ SÁNCHEZ**

Barcelona, 1979. Llicenciada en Pedagogia i Diplomada en Educació Social per la Universitat Pontifícia de Salamanca. Màster en Gerontologia per la Universitat de Salamanca. Postgrau en Direcció i Gestió de Centres Residencials i Altres Recursos Gerontològics per la Universitat de Barcelona. Directora del Centre Residencial per a persones grans SARquavitae Alcúdia. Voluntària en Programes d'Acompanyament a Domicili de Creu Roja Espanyola. Formadora en la Universitat de l'Experiència i alfabetitzadora de persones grans en barris marginals de Castella i Lleó. Directora de postgraus universitaris en Direcció i Gestió de Centres Socio-sanitaris i docent nivell expert de formacions socio-sanitàries.